

L 9 B 109/08 KR ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 81 KR 3378/07 ER
Datum
17.01.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 B 109/08 KR ER
Datum
16.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Nach [§ 86 b Abs. 2 SGG](#) dürfen die Sozialgerichte im Wege einstweiliger Anordnung Leistungen nur vom Zeitpunkt ihrer Entscheidung an zusprechen.

Nur wenn ein Versicherter gezwungen ist, zur Deckung seines sozialrechtlichen Anspruchs irreversible Verbindlichkeiten einzugehen oder er wegen bereits von ihm eingegangener Verbindlichkeiten von keinem zugelassenen Leistungserbringer die ihm zustehenden Leistungen erhalten kann, dürfen die Sozialgerichte Krankenkassen zur Übernahme von Schulden durch vorläufigen Rechtsschutz verpflichten. Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 17. Januar 2008 wird zurückgewiesen. Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

Das Sozialgericht hat den Antrag, den Antragsgegner im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, den Antragsteller mit Leistungen der Behandlungspflege (auch) in der Zeit vom 6. September 2007 bis zum 17. Januar 2008 zu versorgen, rechtsfehlerfrei abgelehnt, so dass die zulässige Beschwerde ([§§ 172, 173 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) erfolglos bleiben muss.

Die nachträgliche Bewilligung von Sachleistungen für einen bereits abgelaufenen Zeitraum ist (materiell-rechtlich) schon deshalb ausgeschlossen, weil Sachleistungen für diese Zeit nicht mehr erbracht werden können (Fehlen des Anordnungsanspruchs). Das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) trägt dieser Situation dadurch Rechnung, dass der Leistungsberechtigte sich eine ihm zustehende Sachleistung nach vorheriger Antragstellung bei und einer Ablehnung durch seine Krankenkasse selbst beschaffen und die dafür aufgewendeten Kosten gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) von seiner Krankenkasse verlangen darf; mit der Selbstbeschaffung der von der Krankenkasse geschuldeten Sachleistung wandelt sich der Anspruch auf die Sachleistung in einen Anspruch auf eine Geldleistung (bzw. Freistellung von einer Verbindlichkeit gegenüber dem Leistungserbringer) um, die die Krankenkasse ihrem Versicherten erbringen muss.

Auch wenn eine solche Leistungspflicht der Krankenkasse bestehen sollte, bedeutet dies aber nicht, dass der Versicherte seinen Kostenerstattungsanspruch für bereits abgelaufene Zeiträume im Wege der einstweiligen Anordnung gegen seine Krankenkasse durchsetzen können muss. [§ 86 b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) verlangt hierfür in Übereinstimmung mit [Art. 19 Abs. 4 GG](#) - neben dem Bestehen des Kostenerstattungsanspruchs selbst - zusätzlich die Gefahr, dass durch das Zuwarten auf das Hauptsacheverfahren der Kostenerstattungsanspruch des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte oder ihm bei einem Zuwarten wesentliche Nachteile drohen (sog. Anordnungsgrund). Diese Voraussetzungen hat das Sozialgericht zutreffend verneint. Die mit der Durchführung des Hauptsacheverfahrens verbundene zeitliche Verzögerung einer Entscheidung über den Kostenerstattungsanspruch führt regelmäßig und auch im vorliegenden Fall weder zu einem Verlust dieses Anspruchs noch zu einer wesentlichen Erschwerung seiner Durchsetzung. Ebenso wenig hat der Antragsteller durch die Verweisung auf das Hauptsacheverfahren sonstige wesentliche Nachteile zu befürchten. Dies wäre nur dann der Fall, wenn ihm aus der Weigerung des Antragsgegners, die ursprünglich geltend gemachte Sachleistung zu erbringen, noch im Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts irreversible Einbußen drohten, weil die Sozialgerichte nur diese durch eine zukunftsgerichtete einstweilige Anordnung noch abwenden könnten und müssten. Nur der Abwendung dieser gegenwärtigen Gefahren dient der in [§ 86 b Abs. 2 SGG](#) normierte (Eil-)Rechtsschutz. Nur dieser Zweck rechtfertigt es auch, dem Versicherten die Leistung regelmäßig unter Vorwegnahme der Hauptsache ohne eine vollständige Prüfung der materiellen Rechtslage zuzusprechen. Die Aufgabe des vorläufigen Rechtsschutzes besteht dagegen weder darin, dem Versicherten für bereits eingetretene Nachteile ein schnelleres Hauptsacheverfahren zu verschaffen und das Klageverfahren damit in ein "Nachverfahren" zu verwandeln, dessen Bedeutung weder darin besteht, über das Recht des Antragstellers zu befinden, die bereits erstatteten Leistungen auch behalten zu dürfen, noch darin, Leistungserbringern eine beschleunigte Liquidation

ihrer Außenstände zu ermöglichen.

Daraus ergibt sich weiterhin, dass vom Versicherten für die Selbstbeschaffung krankensicherungsrechtlicher Leistungen (für bereits abgelaufenen Zeiträume) gegenüber Dritten eingegangene Verbindlichkeiten grundsätzlich selbst dann keine wesentlichen Nachteile i. S. d. [§ 86 b Abs. 2 SGB V](#) begründen, wenn sie - wie im vorliegenden Fall - sein Leistungsvermögen übersteigen. Soweit die Leistungserbringer - anders als in den meisten Fällen - nicht bereit sein sollten, dem Versicherten die geschuldeten Entgelte bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache zu stunden, werden diese durch [§§ 708 ff. und 850 ff. Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#) ausreichend geschützt. Denn [§ 86 b Abs. 2 SGG](#) bezweckt grundsätzlich nicht, den durch diese Schuldnerschutzvorschriften gewährten Schutz des Vermögens des Versicherten zu erweitern. Eine Ausnahme gilt im Leistungsrecht der Krankenversicherung nur dann, wenn die von einem Versicherten eingegangenen Verbindlichkeiten dazu führen, dass sich kein zugelassener Leistungserbringer findet, der bereit ist, einen dem Versicherten aus [§ 27 SGB V](#) zustehenden Leistungsanspruch zu erbringen, oder der Versicherte für diese Leistung eigenes Vermögen (etwa ein Hausgrundstück) verwenden müsste, das er auch im Falle einer späteren Kostenerstattung durch seine Krankenkasse nicht wiederbeschaffen könnte. Eine solche Notsituation ist hier jedoch weder vorgetragen noch aus den Akten ersichtlich. Selbst wenn der ihn derzeit versorgende Leistungserbringer nach dem negativen Abschluss dieses vorläufigen Rechtsschutzverfahrens nicht mehr bereit sein sollte, den Antragsteller weiter zu versorgen, müsste der Antragsteller darüber hinaus eine erfolglose Suche nach einem anderen zugelassenen Leistungserbringer darlegen und glaubhaft machen, bevor er seinen Kostenerstattungsanspruch im vorläufigen Rechtsschutzverfahren erfolgreich durchsetzen könnte.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich schließlich, dass stattgebende Entscheidungen im vorläufigen sozialgerichtlichen Rechtsschutzverfahren erst vom Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung an möglich sind, weil - wie oben bereits dargelegt - nur die in und nach diesem Zeitpunkt bestehenden Gefahren für Rechte und Ansprüche des Antragstellers noch gegenwärtig und damit durch Eilrechtsschutz noch abwendbar sind. Für das Sachleistungsrecht der Krankenkassen ergibt sich dies außerdem noch daraus, dass der Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung die materiell-rechtliche Grenze zwischen Sachleistungsanspruch (nur für Zeiträume ab der gerichtlichen Entscheidung möglich) und Kostenerstattungsanspruch (vergangene Zeiträume) darstellt.

Dem Senat erscheint es im Übrigen zweifelhaft, ob der Antragsteller nach dem von ihm eingereichten Pflegedienstvertrag mit der G GmbH derzeit einer wirksamen zivilrechtlichen Zahlungsverpflichtung seitens dieses Leistungserbringers ausgesetzt ist. Denn nach [§ 3 Ziffer 1 Sätze 1 und 2](#) dieses Vertrags werden die Kosten der vereinbarten Pflegeleistungen von der Krankenkasse oder einem anderen Leistungsträger entsprechend den vom Leistungserbringer mit dem Leistungsträger geschlossenen Preisvereinbarung übernommen. Nur in den Fällen, in denen diese Preisvereinbarung nicht zur Kostendeckung ausreicht, trägt der Antragsteller den Differenzbetrag, wobei er über die Erforderlichkeit einer solchen Zuzahlung unverzüglich zu informieren ist ([Sätze 3 und 4](#) der o. g. vertraglichen Regelung). Dass der Antragsteller hingegen im Falle einer Leistungsablehnung seitens des Leistungsträgers die gesamten Kosten zu tragen hat, ist vertraglich gerade nicht geregelt. Auf welcher Rechtsgrundlage die G GmbH dem Antragsteller gegenüber - so seine Angaben - einen "offenen Gesamtbetrag von 33.196,88 EUR" geltend macht, ist daher fraglich.

Im Hinblick auf die Erfolglosigkeit der Beschwerde sind dem Antragsteller für das Beschwerdeverfahren keine Kosten gemäß [§ 193 SGG](#) zu erstatten.

Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) mit der Beschwerde zum Bundessozialgericht nicht anfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-06-04