

L 9 KR 283/10 B ER

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 81 KR 1585/10 ER

Datum

25.08.2010

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 9 KR 283/10 B ER

Datum

19.01.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 25. August 2010 wird zurückgewiesen. Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 25. August 2010 ist gemäß [§§ 172 Abs. 1, 173 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zulässig, aber unbegründet.

1.) Soweit die Antragstellerin für die Zeit bis zur Entscheidung des Senats Haushaltshilfe als Sachleistung oder für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe Kostenerstattung begehrt, fehlt es für den Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung schon an den hierfür durch [§ 86b Abs. 2 SGG](#) geforderten Voraussetzungen.

a) 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.

b) 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 der Antragstellerin vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte oder ihr bei einem Zuwarten wesentliche Nachteile drohen (sog. Anordnungsgrund). 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 die Antragstellerin durch die Verweisung auf das Hauptsacheverfahren sonstige wesentliche Nachteile zu befürchten. Dies wäre nur dann der Fall, wenn ihr aus der Weigerung der Antraggegnerin, 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 nicht darin, dem Versicherten für bereits eingetretene Nachteile ein schnelleres Hauptsacheverfahren zu verschaffen und das Klageverfahren damit in ein "Nachverfahren" zu verwandeln.

c) 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 sein Leistungsvermögen übersteigen sollten. 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, wird dieser 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.

d) 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 der Antragstellerin noch gegenwärtig und damit durch Eilrechtsschutz noch abwendbar sind. Für den Sachleistungsanspruch gegen die 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 (ständige Rechtsprechung des Senats, vgl. z.B. Beschluss vom 16. April 2008, L 9 B 109/08 KR ER, zitiert nach juris).

2.) Soweit die Antragstellerin für die Zeit ab der Entscheidung des Senats Haushaltshilfe begehrt, fehlt ihr allerdings ein Anordnungsanspruch i.S. d. § 86b Abs. 2 SGG. Nach § 38 Abs. 1 SGB V erhalten Versicherte Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Gemäß § 38 Abs. 2 SGB V kann die Satzung der Krankenkasse bestimmen, dass sie in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

Hiervon hat die Antragsgegnerin Gebrauch gemacht und in § 34 Abs. 2 ihrer Satzung vom 1. 1. 2010 in der hier maßgeblichen Fassung vom 2.1. 2011 einen über § 38 Abs. 1 SGB V hinausgehenden Anspruch auf eine Haushaltshilfe bestimmt. Danach besteht Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich ist, die Kasse Leistungen der Krankenhausbehandlung erbringt und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Diese Voraussetzungen lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht (mehr) feststellen. Denn die von der Antragstellerin vorgelegten "Ärztlichen Bescheinigungen zur Notwendigkeit einer Haushaltshilfe" lassen nicht erkennen, dass der Antragstellerin über den 16. Januar 2001 hinaus die Weiterführung ihres Haushalts wegen Krankheit vorübergehend nicht möglich ist. In der ärztlichen Bescheinigung hat ihr behandelnder Arzt ihr am 16. Juli 2010 die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe für den Zeitraum von sechs Monaten, also bis zum 16. Januar 2011 bescheinigt, zahlreiche Diagnosen angegeben und Funktionseinschränkungen beschrieben. Die ärztliche Bescheinigung vom 21. / 27. Juli 2010 enthält dagegen keine Angaben über die erforderliche Dauer der Behandlung und die durch die bei der Antragstellerin festgestellten Krankheiten verursachten Funktionseinschränkungen. Vielmehr lässt sich der zweiten Bescheinigung durch die Angabe des Umfangs der erforderlichen Hilfe (4 x wöchentlich drei Stunden täglich statt drei Stunden an jedem Wochentag) nur ein Hinweis darauf entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand der Antragstellerin schon gebessert hatte. Dass die Antragstellerin ihr Kind stillt, auf eine Therapie mit Antihypertensiva angewiesen ist, unter Müdigkeit und an einer Vertigo leidet, wie ihr Arzt in der Bescheinigung vom 21./27. Juli 2010 angegeben hat, reicht nicht aus, eine Unmöglichkeit, ihren Haushalt vorübergehend nicht weiterführen zu können, zu belegen. Hierauf hat der Senat die Antragstellerin hingewiesen und ihr unter Fristsetzung die Möglichkeit eingeräumt, eine aktuelle ärztliche Bescheinigung vorzulegen, aus der der gegenwärtige Grund für die Notwendigkeit einer Haushaltshilfe, die gegenwärtigen Funktionseinschränkungen sowie die Dauer und der Umfang der Hilfe hervorgehen. Hiervon hat die Antragstellerin (innerhalb der Frist) keinen Gebrauch gemacht, so dass die Beschwerde schon deshalb keinen Erfolg haben konnte. Ob der Anspruch auf Haushaltshilfe gemäß § 16 Abs. 3 a Satz 2 SGB V ruht, bedarf im vorliegenden Verfahren deshalb keiner Entscheidung.

Im Hinblick auf die Erfolglosigkeit der Beschwerde sind der Antragstellerin 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

2011-03-04