

L 15 B 303/08 SO ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Sozialhilfe
Abteilung
15
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 51 SO 2550/08 ER
Datum
25.11.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 15 B 303/08 SO ER
Datum
13.02.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Auf die Beschwerde des Antragsgegners wird der Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 25. November 2008 aufgehoben. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt. Außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

Gründe:

Die Beschwerde ist zulässig und begründet.

Da der Antragsteller eine Veränderung des bislang leistungslosen Zustandes erstrebt, kommt einstweiliger Rechtsschutz nur unter der Voraussetzung des [§ 86 b Abs. 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG – in Betracht. Danach sind einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Begründet ist der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz nach dieser Vorschrift, wenn sich bei summarischer Prüfung mit ausreichender Wahrscheinlichkeit ergibt, dass ein Anspruch nach materiellem Recht besteht ([§ 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i. V. m. [§§ 920 Abs. 2, 916](#) Zivilprozessordnung – ZPO –; Anordnungsanspruch) und eine besondere Eilbedürftigkeit vorliegt ([§ 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i. V. m. [§§ 920 Abs. 2, 917, 918 ZPO](#); Anordnungsgrund).

Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts liegen diese Voraussetzungen hier nicht vor.

Der Antragsteller hat keinen Anspruch gegen den Antragsgegner auf Übernahme der über die Kostensätze der gesetzlichen Krankenkassen hinausgehenden Kosten für die verordneten physiotherapeutischen Behandlungen gemäß den ärztlichen Verordnungen vom 03. November 2008. Nur diese Beträge sind Gegenstand des Verfahrens, da zu den Erstattungsbeträgen, die die private Krankenversicherung des Antragstellers leistet, verbleibende Differenzbeträge zu den Kostensätzen der gesetzlichen Krankenkassen vom Antragsgegner bereits für frühere Behandlungen übernommen wurden und bei ärztlich begründeter Notwendigkeit, wie sie hier durch die vom SG veranlasste ärztliche Stellungnahme vom 06. November 2008 noch einmal belegt worden ist, auch weiterhin und damit für die am 03. November 2008 verordneten Behandlungen übernommen werden. Dies hat der Antragsgegner erneut mit Schreiben vom 29. Januar 2001 klargestellt.

Wie das SG in dem angefochtenen Beschluss zutreffend ausgeführt hat, lässt die bestehende Rechtslage vorliegend eine über den Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgehende Leistungsgewährung nicht zu. Die durch [§§ 48, 52 SGB XII](#) begrenzte Gewährung von Krankenhilfe ist entgegen der Auffassung des SG nicht wegen eines vermeintlichen "Systemversagens" in teleologischer Auslegung zu erweitern. Ob für die Vergangenheit bei Fallgestaltungen wie vorliegend angesichts einer möglicherweise äußerst geringen Zahl von entsprechenden Fällen ein "Systemversagen" im vom SG genannten Sinne vorgelegen haben könnte, bedarf im vorliegenden Verfahren keiner weiteren Erörterung. Denn jedenfalls mit der ab 1. Juli 2007 eingeführten Möglichkeit der Rückkehr in die private Krankenversicherung (PKV) auf der Grundlage einer der medizinischen Versorgung in der GKV entsprechenden Versicherung (vgl. [§ 315 SGB V](#), eingefügt m. W. v. 1. Juli 2007 durch Gesetz vom 26. März 2007 –[BGBl. I S. 378](#)) hat der Gesetzgeber klargestellt, dass nunmehr neben die Versicherten der GKV auch eine Gruppe von Versicherten der PKV nach den Maßstäben der GKV (Stichwort Standardtarif) und damit neben den Kreis der landläufig als "privat versichert" verstandenen Personen tritt; der Antragsteller ist diesem neuen Personenkreis vergleichbar, auch wenn sein "Basistarif" nicht genau dem Leistungsumfang der GKV entspricht, wie seine Versicherung mitgeteilt hat. Dass damit ein lediglich von der Art der Abrechnung anderer Personenkreis hinzutritt, der im Ergebnis letztlich ebenfalls wie der Personenkreis der in der GKV Versicherten zu behandeln ist, bedarf jedenfalls zunächst noch der Erläuterung, um eine gleiche Praxis zu erreichen, wie der übersandte Bearbeitervermerk des Antragsgegners vom 21. Oktober 2008 belegt. Daraus lässt sich jedoch nicht auf ein generelles "Systemversagen" schließen. Dies insbesondere auch deshalb nicht, weil die Höhe der danach in Betracht kommenden Vergütung den Vergütungssätzen in der GKV entspricht und die Leistungserbringer nach diesen Sätzen in einer Vielzahl von Fällen ihre Leistungen

erbringen und abrechnen. Ein Ermessenspielraum ergibt sich vorliegend auch nicht im Hinblick auf die Regelung in [§ 52 Abs. 1 Satz 2 SGB XII](#), da die hier angesprochenen Leistungen nach Maßgabe der [§§ 92, 125 SGB V](#) und nicht durch Satzung der Krankenkasse bestimmt werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung von [§ 193 SGG](#).

Diese Entscheidung ist nicht mit der Beschwerde zum Bundessozialgericht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-02-27