

L 9 B 114/05 KR ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 89 KR 334/05 ER
Datum
14.03.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 B 114/05 KR ER
Datum
13.09.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde des Antragsstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 14. März 2005 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

Die Entscheidung konnte durch den Berichterstatter ergehen gemäß [§ 155 Abs. 3](#) u. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben.

Die Beschwerde des Antragsstellers ist zulässig, aber nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht Berlin den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurückgewiesen, denn die Voraussetzungen für den Erlass einer derartigen einstweiligen Anordnung liegen nicht vor. Gemäß [§ 86 b Abs. 2 S. 2 SGG](#) können einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis ergehen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Dies setzt voraus, dass sowohl ein Anordnungsanspruch – das heißt der materiell-rechtliche Regelungsanspruch – als auch ein Anordnungsgrund glaubhaft gemacht sind. Hieran fehlt es im vorliegenden Fall.

Zunächst ist zweifelhaft, ob der materiell-rechtliche Regelungsanspruch besteht. Ein Anspruch auf Kostenerstattung kann auf [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch/5. Buch \(SGB V\)](#) gestützt werden, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Dies setzt jedoch voraus, dass ursprünglich ein – von der Krankenkasse zu Unrecht abgelehnter – Anspruch auf Gewährung von Leistungen im Sachleistungswege bestanden hat. Die Gewährung einer Rehabilitationsleistung im Sachleistungswege ist in [§ 40 SGB V](#) geregelt. Dabei kann in diesem Zusammenhang offen bleiben, ob die Rehabilitationsleistungen, die der Antragssteller in Anspruch genommen hat, als Leistungen der ambulanten oder der stationären medizinischen Rehabilitation einzustufen sind. Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation nach [§ 40 Abs. 1 SGB V](#) können entweder in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag mit der Krankenkasse besteht, oder in besonderen Einzelfällen in wohnortnahen Einrichtungen erbracht werden. Stationäre Rehabilitationsleistungen können [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) nur in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Die Rehabilitationseinrichtung, in der die Behandlungen des Antragsstellers durchgeführt wurden, besaß jedenfalls keinen Versorgungsvertrag der vorgenannten Art. Es handelte sich aber auch nicht um eine wohnortnahe Einrichtung, denn die Rehabilitationsleistung wurde im Ausland erbracht. Derzeit ist im Übrigen auch nicht glaubhaft gemacht, dass die Leistung – entgegen der Vorschrift des [§ 40 Abs. 3 S. 4 SGB V](#) – aus medizinischen Gründen dringend vor Ablauf von vier Jahren seit der letzten Rehabilitationsleistung, die der Antragssteller im Jahre 2004 erhalten hat, durchgeführt werden musste.

Vor allem aber sind derzeit die Voraussetzungen eines Anordnungsgrundes nicht glaubhaft gemacht worden. Es ist nicht erkennbar, warum es dem Antragssteller unzumutbar sein soll, vor Abschluss des bereits anhängigen Verfahrens in der Hauptsache bereits im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes eine Kostenerstattung zu erhalten. Zwar ist der von ihm nach Vorlage der Rechnungen selbst verauslagte Betrag von 10.673,00 EUR beträchtlich hoch. Auch hat der Antragssteller im Einzelnen zu seinen persönlichen wirtschaftlichen Verhältnissen vorgetragen. Danach erhält er eine Altersrente in Höhe von 819,13 EUR monatlich und Versicherungsleistungen in Höhe von 840,08 EUR monatlich. Außerdem macht er zusätzlich Pflegekosten in Höhe von 500,00 EUR monatlich und Mietkosten in Höhe von mindestens 1.100,00 EUR geltend. Schließlich hat die Antragsgegnerin mitgeteilt, der Antragssteller erhalte auch Leistungen der Pflegekasse nach der Pflegestufe II in Form eines Pflegegeldes von 410,00 EUR monatlich.

Vor diesem Hintergrund mag der geltend gemachte Erstattungsbetrag von 10.600,00 EUR, gemessen an den wirtschaftlichen Verhältnissen

des Antragsstellers, eine beträchtliche Belastung für diesen darzustellen. Auf der anderen Seite ist jedoch auch zu bedenken, dass der Antragssteller diesen Geldbetrag bereits in vollem Umfang verauslagt hat. Er hat nicht vorgetragen und es ist sonst auch nicht ersichtlich, dass er durch die Verauslagung dieses Geldbetrages, etwa durch die Aufnahme eines unzumutbar belastenden Kredites, in eine wirtschaftlich nicht hinnehmbaren Situation geraten ist. Insbesondere hat er auch nicht vorgetragen, dass er überhaupt auf die Aufnahme eines Darlehens zur Verauslagung der Rechnungsbeträge für die Rehabilitationsmaßnahme zurückgreifen musste und das durch die Aufnahme eines solchen Darlehens oder seine Tilgung ihm unzumutbar Nachteile entstanden sind oder entstehen können, welche ihm ein Zuwarten auf den Abschluss des Entscheidungsverfahrens in der Hauptsache unzumutbar machen können.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) analog und entspricht dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Dieser Beschluss ist gemäß [§ 177 SGG](#) nicht anfechtbar.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2005-12-06