

L 1 KR 538/17 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 72 KR 2328/17 ER
Datum
08.12.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 538/17 B ER
Datum
10.01.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 10/18 S
Datum
08.02.2018
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 8. Dezember 2017 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

Die am 21. Dezember 2017 erhobene Beschwerde gegen den genannten Beschluss des Sozialgerichts ist unbegründet.

Die Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung liegen nicht vor. Dies hat das Sozialgericht im angefochtenen Beschluss dargestellt. Zur Vermeidung bloßer Wiederholungen wird hierauf verwiesen, [§ 142 Abs. 2 S. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Das Beschwerdevorbringen des Antragstellers zeigt keine neuen Gesichtspunkte auf.

Nach [§ 86b Abs. 2 S. 1 SGG](#) ist der Erlass einer einstweiligen Anordnung zulässig, wenn andernfalls die Gefahr besteht, dass ein Recht des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert wird. Gemäß [§ 86b Abs. 2 S. 2 SGG](#) kann das Gericht auf Antrag eine einstweilige Anordnung auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn dies zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint (sog. Regulationsanordnung). Voraussetzung sind das Bestehen eines Anordnungsanspruches und das Vorliegen eines Anordnungsgrundes. Der Anordnungsanspruch bezieht sich dabei auf den geltend gemachten materiellen Anspruch, für den vorläufiger Rechtsschutz begehrt wird. Die erforderliche Dringlichkeit betrifft den Anordnungsgrund. Die Tatsachen, die den Anordnungsgrund und den Anordnungsanspruch begründen sollen, sind darzulegen und glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs. 2 S. 4 SGG](#) i. V. m. [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung).

Es fehlt hier an einem Anordnungsgrund, wie bereits das Sozialgericht ausgeführt hat. Die Untersuchung ist bereits durchgeführt und auch bezahlt. Unzumutbare Nachteile, den Ausgang des Hauptsacheverfahrens abwarten zu müssen, sind weder im Schriftsatz vom 11. Dezember 2017 noch in der Beschwerdebegründung vom 5. Januar 2018 vorgetragen worden.

Nach Aktenlage ist darüber hinaus auch ein Anordnungsanspruch zu verneinen.

Anspruchsgrundlage des im Hauptsacheverfahren geltend gemachten Erstattungsanspruches ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Danach sind von der Krankenkasse, sofern sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Im vorliegenden Fall kommt ausschließlich die zweite Alternative in Betracht. Denn bei der von dem Antragsteller beanspruchten Untersuchung handelt es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung. Unaufschiebbarkeit in diesem Sinne ist gegeben, wenn die Leistung, ohne die Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs, erbracht werden muss. Insoweit sind ausschließlich medizinische Gründe von Bedeutung. Der typische, aber nicht ausschließliche Fall dieser Art ist der (echte) Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Ein solcher liegt vor, wenn ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Es ist nach Aktenlage nicht ersichtlich, dass die Untersuchung, für welche der Antragsteller am 16. Mai 2017 Kostenübernahme beantragte, allerspätestens am 19. Mai 2017 hatte durchgeführt werden müssen, auch wenn sie möglichst bald erfolgen sollte.

Es liegen aber auch nicht die Voraussetzungen der zweiten Alternative des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) vor. Voraussetzung ist, dass die

Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Es muss also ein Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand und dem Nachteil der Versicherten (Kostenlast) bestehen. Aus diesem Erfordernis der Kausalität folgt zunächst, dass die Leistung zeitlich nach der Erteilung des Bescheides erbracht werden muss. Aus dem Umstand, dass zwischen Ablehnung der Leistung und der Selbstbeschaffung ein Ursachenzusammenhang bestehen muss, folgt aber auch die Notwendigkeit, dass die rechtswidrige Vorenthaltung von Naturalleistung durch die Beklagte wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung war. Insbesondere darf der Versicherte sich nicht – unabhängig davon, wie eine Entscheidung der Krankenkasse ausfällt – von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung festgelegt haben. Dies war hier aber nach Aktenlage der Fall. Bereits mit seiner E-Mail vom 16. Mai 2017 hatte der Antragsteller mitgeteilt, die Untersuchung am 19. Mai 2017 durchführen zu lassen.

Die Kostenentscheidung ergeht entsprechend [§ 193 SGG](#).

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-03-19