

L 11 KR 369/14 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 19 KR 5426/13 ER
Datum
27.12.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 369/14 ER-B
Datum
06.03.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Freiburg vom 27.12.2013 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

Der Antragsteller macht die Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Arzneimittel geltend.

Der 1947 geborene Antragsteller ist seit 01.11.2012 freiwilliges Mitglied der Antragsgegnerin. Zudem verfügt er über eine private Zusatzkrankenversicherung, deren Leistungsumfang nicht bekannt ist. Aufgrund seiner am 23.10.2012 bei der Antragsgegnerin eingegangenen Erklärung nimmt der Antragsteller am "Wahltarif erweiterte Kostenerstattung" der Antragsgegnerin teil. Mit diesem Wahltarif wird anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt. Der vom Antragsteller gewählte Wahltarif umfasst die entstandenen und nachgewiesenen Kosten für ambulante ärztliche Leistungen. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um eine in der vertragsärztlichen Versorgung anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt und der Versicherte diese nicht durch die Vorlage seiner Krankenversichertenkarte als Sachleistung in Anspruch genommen hat. Von dem Wahltarif nicht umfasst werden zahnärztliche Leistungen, Leistungen der psychotherapeutischen Behandlung sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ebenso wie Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL – Leistungen). Mit Schreiben vom 05.11.2012 teilte die Antragsgegnerin dem Antragsteller allerdings Folgendes mit: " Bei den Arzneimitteln müssen wir den Apotheken-, den Hersteller- und auch den Großhandelsrabatt abziehen. Darüber hinaus verringert sich Ihr Erstattungsbetrag, weil die Ärzte Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit zum Teil unterschiedlichen Sätzen abrechnen. Unsere Kostenerstattung richtet sich gemäß den gesetzlichen Vorschriften nach dem Berechnungssystem der Krankenkasse (EBM). "

Am 12.08.2013 reichte der Antragsteller folgende Privatrezepte ein, mit denen er die Erstattung von Kosten für selbst beschaffte Arzneimittel geltend machte:

Datum Arzt Betrag 18.06.2013 B. T. 418,74 EUR 18.06.2013 B. T. 750,72 EUR 18.06.2013 B. T. 288,28 EUR 02.05.2013 Praxis J. 548,96 EUR 02.05.2013 Praxis J. 343,42 EUR

Die Kosten dieser Arzneimittel wurden von der Antragsgegnerin nicht erstattet (Bescheid vom 22.08.2013, Bl 17 der Verwaltungsakte).

Am 19.09.2013 machte der Antragsteller weitere Kosten für Arzneimittel geltend, die ihm auf Privatrezept verordnet wurden:

Datum Arzt Betrag 06.03.2013 Prof. Dr. C. D. 1324,76 EUR 06.03.2013 Prof. Dr. C. D. 1028,79 EUR

Mit einem mit einer Rechtsbehelfsbelehrung (Widerspruch) versehenen Schreiben vom 02.10.2013 lehnte es die Beklagte ab, die Kosten der von Prof. Dr. D. verordneten Arzneimittel zu erstatten; Rechtsbehelfe gegen diese Entscheidung wurden zunächst nicht eingelegt. In einem an das Sozialgericht Freiburg ([S 19 KR 5426/13 ER](#)) gerichteten Fax vom 23.12.2013 führte der Prozessbevollmächtigte des Antragstellers aus, der Bescheid vom 02.10.2013 sei nicht bestandskräftig geworden, da er keine Rechtsbehelfsbelehrung enthalte. Er lege deshalb hiermit namens des Antragstellers gegen diesen Bescheid Widerspruch ein.

Der Antragsteller stellte weitere, in der nachfolgenden Übersicht dargestellte Anträge auf Erstattung von Kosten für Arzneimittel, die ihm auf

Privatrezept verordnet, von ihm aus der Apotheke abgeholt und von ihm bezahlt wurden.

Antragseingang Datum des Rezepts Arzt Betrag 08.10.2013 27.09.2013 Prof. Dr. C. D. 1089,16 EUR 22.10.2013 09.10.2013 Prof. Dr. C. D. 1950,62 EUR 22.10.2013 09.10.2013 Prof. Dr. C. D. 1498,98 EUR 12.11.2013 25.07.2013 Prof. Dr. C. D. 1191,88 EUR 12.11.2013 25.07.2013 Prof. Dr. C. D. 2002,00 EUR 28.11.2013 21.11.2013 Prof. Dr. C. D. 652,28 EUR

Mit dem Antrag vom Oktober 2013 übersandte der Antragsteller eine ärztliche Bescheinigung des Prof. Dr. D. vom 09.10.2012 sowie einen von diesem gegenüber dem Krankenversicherungsverein Deutscher Ring erläuterten Medikamentenplan vom 25.06.2013. Auf Nachfrage der Antragsgegnerin berichtete Prof. Dr. D. mit Schreiben vom 18.11.2013, welche Medikamente er mit welcher Dosierungsanleitung dem Antragsteller verordnet hatte (Bl 52 der Verwaltungsakte). Hierzu bat die Antragsgegnerin den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) um eine Stellungnahme. Im sozialmedizinischen Gutachten vom 22.01.2014 nahm Dr. P. zu sechs von Prof. Dr. D. im Schreiben vom 18.11.2013 aufgeführten Medikamenten Stellung. Bei den Arzneimitteln Xarelto 20 mg, Concor 5 mg plus und Sortis 40 mg könne die verordnete Menge gutachterlich nicht nachvollzogen werden. Mit Schreiben vom 07.02.2014 bat die Antragsgegnerin den MDK, auch zu den übrigen im Schreiben des Prof. Dr. D. vom 18.11.2013 aufgeführten Arzneimittel Stellung zu nehmen. Eine Antwort des MDK steht noch aus.

Bereits am 03.12.2013 hatte der Antragsteller, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten, beim Sozialgericht Freiburg (SG) den Antrag gestellt, die Antragsgegnerin im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes zu verpflichten, "die dem Antragsteller angefallenen Kosten für ärztliche Behandlungen und Arzneimittel im beantragten Umfang gemäß [§ 13 Abs 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu erstatten." Er habe einen Anspruch auf Erstattung der von ihm verauslagten Kosten auch bei Vorliegen eines Privatrezepts. Ein Anordnungsgrund liege ebenfalls vor. Aus eigener Tasche könne er die ihm verschriebenen Medikamente nicht finanzieren. Er verfüge lediglich über ein Einkommen in Höhe von monatlich knapp 600 EUR, da von der Antragsgegnerin auch kein Krankengeld gewährt werde. Er hat Belege vorgelegt, aus denen sich ergibt, dass er eine Rente aus einer privaten Versicherung von monatlich 456,00 EUR erhält und den ihm von seiner Bank eingeräumten Dispositionsrahmen von 7000 EUR am 28.11.2013 fast vollständig ausgeschöpft hatte.

Mit Beschluss vom 27.12.2013 lehnte das SG den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Zur Begründung führte es im Wesentlichen aus, fraglich erscheine bereits, ob dem Antragsteller ein sich aus [§ 13 Abs 2 SGB V](#) ergebender Anordnungsanspruch zukommen könne. Nach der im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes einzig gebotenen summarischen Prüfung stehe dem geltend gemachten Anspruch zumindest iHv 2.353,55 EUR die Bestandskraft des ablehnenden Bescheides der Antragsgegnerin vom 02.10.2013 entgegen, durch den der Kostenerstattungsantrag des Antragstellers vom 12.09.2013 hinsichtlich zwei von Prof. Dr. D. am 06.03.2013 ausgestellt Privatrezepte abgelehnt worden sei. Entgegen des Vortrags des Antragstellers sei dieser Bescheid nämlich mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen gewesen, sodass dieser bestandskräftig geworden sei und dadurch dem Erlass einer einstweiligen Anordnung entgegenstehe. Zweifelhaft erscheine darüber hinaus, ob im Rahmen des Wahltarifes "erweiterte Kostenerstattung" überhaupt die Erstattung von Arzneimitteln, die auf Privatrezepten verordnet worden seien, möglich sei. Da sich die Antragsgegnerin jedoch bisher "auf freiwilliger Basis" bereit erklärt habe, zumindest Privatrezepte von Ärzten, die über keine Kassenzulassung verfügten, grundsätzlich zu erstatten, dürfte es auf die zwischen den Beteiligten streitige Rechtsfrage vorliegend nicht ankommen. Nach summarischer Prüfung mache die Antragsgegnerin die streitgegenständliche Kostenerstattung allerdings zu Recht von einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK zu der Frage, ob die dem Antragsteller verordneten Arzneimittel der Menge nach medizinisch gerechtfertigt und nachvollziehbar waren, abhängig. Alleine angesichts des Umstandes, dass dem Antragsteller im Zeitraum Ende Juli 2013 bis Anfang Oktober 2014 Medikamente im Wert von über 10.000 EUR ausgegeben worden seien, dränge sich der Verdacht auf, dass ein unwirtschaftliches Verordnungsverhalten von Prof. Dr. D. vorliege, was einem Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) im Wege stehe und allenfalls einen Schadensersatzanspruch des Antragstellers gegen Prof. Dr. D. als dem verordnenden Arzt zur Folge haben könne. Auch unter Berücksichtigung des Dosierungsplanes von Prof. Dr. D. vom 18.11.2013 seien die verordneten und ausgegebenen Arzneimittelmengen nicht ohne weitere medizinische Sachverhaltsaufklärung erklärbar. Entgegen der Auffassung des Antragstellers fehle es auch an einem Anordnungsgrund. Ein konkretes Rezept, durch das ihm medizinisch erforderliche Arzneimittel verordnet worden seien und das er durch die noch offenen Kostenerstattungsansprüche gegen die Antragsgegnerin nicht einzulösen imstande gewesen sei, sei nicht vorgelegt worden. Im Gegenteil sei es dem Antragsteller offensichtlich möglich gewesen, seit dem 25.07.2013 Medikamente im Wert von weit über 10.000 EUR zu verauslagten, zuletzt am 27.11.2013 iHv 652,28 EUR. Dass dies dem Antragsteller zukünftig nicht möglich sein sollte, sei nicht hinreichend glaubhaft gemacht worden. Darüber hinaus sei es dem Antragsteller ohne Weiteres möglich, eine zukünftige Notlage zu vermeiden, in dem er seine Mitgliedschaft bei der Antragsgegnerin vom Kostenerstattungsprinzip auf das Sachleistungsprinzip umstelle, was nach Auskunft der Antragsgegnerin jederzeit möglich sei. Der Beschluss ist dem Prozessbevollmächtigten des Antragstellers mittels Empfangsbekenntnis am 02.01.2014 zugestellt worden. Am 28.01.2014 hat der Antragsteller Beschwerde erhoben. Er trägt im Wesentlichen vor, er sei bei der Antragsgegnerin krankenversichert. Er habe zudem den Wahltarif "erweiterte Kostenerstattung" gewählt. In den diesbezüglichen Informationsschreiben der Antragsgegnerin werde ausgeführt, dass sich der Antragsteller aufgrund dieser Wahl vom Arzt wie ein Privatpatient auf Rechnung behandeln lassen könne. Die Arztrechnungen seien erstattungsfähig bis zum 3,5-fachen des einfachen Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte. Er habe in der Folge ua Kostenerstattung für angefallene Arztrechnungen und Arzneimittelrezepte beantragt. Hierzu gehörten insbesondere auch Rezepte von Herrn Prof. Dr. D. vom 06.03.2013 iHv 1.028,79 EUR, vom 06.03.2013 iHv 1.324,76 EUR, vom 25.07.2013 iHv 1.191,88 EUR, 2.002 EUR und 1.089,16 EUR sowie vom 09.10.2013 iHv 1.498,88 EUR und 1.950,62 EUR. Die Anträge auf Kostenerstattung seien am 27.08.2013, 11.09.2013 und im Oktober 2013 gestellt worden. Da die Kostenerstattungsberechtigten Privatpatienten seien, habe er auch einen Anspruch auf Erstattung der Arzneimittelkosten bei Vorliegen eines Privatrezeptes. Ein Anordnungsgrund liege ebenfalls vor, denn es bestehe Eilbedürftigkeit. Er sei auf die ihm verschriebenen Medikamente und die entsprechende ärztliche Behandlung angewiesen. Aus eigener Tasche könne er die erforderlichen Leistungen nicht finanzieren.

Der Antragsteller beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Freiburg vom 27.12.2013 aufzuheben und die Antragsgegnerin zu verpflichten, die dem Antragsteller angefallenen Kosten für ärztliche Behandlungen und Arzneimittel im beantragten Umfang gemäß [§ 13 Abs 2 SGB V](#) zu erstatten.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Freiburg vom 27.12.2013 zurückzuweisen.

Sie trägt vor, der angefochtene Beschluss sei ihrer Auffassung nach rechtsfehlerfrei. Anzumerken bleibe insofern einzig, dass das SG den Wahltarif "erweiterte Kostenerstattung" falsch wiedergebe. Der Antragsteller habe gegenüber der Antragsgegnerin gerade keinen Anspruch iHv 92,5 % der Arzneimittelkosten abzüglich der gesetzlichen Rabatte. Der Antragsteller habe Anspruch auf die Erstattung iHv 92,5 % der ambulanten ärztlichen Behandlung. Ein Anspruch auf Erstattung von Arzneimitteln im Rahmen des Wahltarifs "erweiterte Kostenerstattung" bestehe nicht. Da die Antragsgegnerin die Verordnungsanzahl der verordneten Arzneimittel des Antragstellers durch Prof. Dr. D. entsprechend der eingereichten Rezepte nicht nachvollziehen könne, sei ein aktueller Dosierungsplan von Prof. Dr. D. angefordert worden. Letzterer liege ihr seit dem 22.11.2013 vor. Hierüber sei der Antragsteller auch laufend informiert worden. Aus dem Gutachten des MDK vom 22.01.2014 ergebe sich bereits jetzt eindeutig, dass die verschriebenen Mengen und Dosierungen gutachterlich nicht nachvollzogen werden könnten. Da der MDK jedoch entgegen der Fragestellung der Antragsgegnerin nicht zu allen Arzneimitteln und deren Verordnungsmengen Stellung genommen habe, habe über die Anträge aktuell noch nicht entschieden werden können. Aufgrund bestehender Rückfragen an den MDK sei dieser mit Schreiben vom 07.02.2014 um kurzfristige ergänzende Stellungnahme gebeten worden. Sobald diese Stellungnahme vorliege, werde die Beklagte eine weitere Erstattung der offenen Anträge umgehend prüfen und abschließend entscheiden. Dem Antragsteller könne auch nicht darin gefolgt werden, dass durch die Teilnahme am Wahltarif "erweiterte Kostenerstattung" eine Erstattung der Kosten für die auf Privatrezept verordneten Arzneimittel zu erfolgen habe. Ein Privatrezept könne es nach § 29 Abs 9 Satz 2 iVm § 18 Abs 8 Nr 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte nur geben, wenn der gesetzlich Krankenversicherte dieses ausdrücklich wünsche. Dies sei sodann aber eine Wunschleistung, auf die der Versicherte keinen Erstattungsanspruch habe. Sofern der Antragsteller wie wiederholt behaupte und anführe, dass er aufgrund einer noch bestehenden privaten Krankenversicherung auf die Ausstellung von Privatrezepten angewiesen sei, könne dies von ihr nur als unsubstanziierter und auch nicht zutreffender Vortrag gerügt werden. Da der Antragsteller bei ihr gesetzlich kranken- und pflegeversichert sei, könne beim Deutschen Ring nur eine private Zusatzversicherung bestehen. Diese erstatteten erfahrungsgemäß nicht nur Privatrezepte, sondern auch die Restkosten von Kassenrezepten, wenn diese im Rahmen des [§ 13 Abs 2 SGB V](#) ausgestellt worden seien. Insofern bitte sie um Darlegung des Antragstellers, welche Art der privaten Versicherung beim Deutschen Ring bestehe, sowie um die entsprechende Bestätigung der Versicherung, dass keine Restkosten von Kassenrezepten übernommen würden. Auch aufgrund der bestehenden privaten Zusatzversicherung könne seitens der Antragsgegnerin derzeit nicht nachvollzogen werden, dass die medizinische Versorgung des Antragstellers aufgrund finanzieller Mittel nicht mehr gewährleistet sein solle. Zudem könne der Antragsteller, unabhängig von seiner privaten Zusatzversicherung, wie bereits geschildert und auch erstinstanzlich im Beschluss festgehalten, jederzeit vom Kostenerstattungsprinzip in das Sachleistungsprinzip wechseln. Alle medizinisch notwendigen und erforderlichen Behandlungen/Arzneimittel würden dann über die Krankenversicherungskarte abgerechnet. Er müsste so keine Behandlungskosten aus eigener Tasche finanzieren.

II.

Die Beschwerde hat keinen Erfolg.

Die gemäß [§ 173](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde ist statthaft ([§ 172 Abs 1, Abs 3 Nr 1 SGG](#)) und damit zulässig, in der Sache aber nicht begründet. Das SG hat den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zu Recht abgelehnt.

Nach [§ 86b Abs 2 Satz 1 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache, soweit nicht ein Fall des Abs 1 vorliegt, eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Satz 2). Vorliegend kommt nur eine Regelungsanordnung nach [§ 86b Abs 2 Satz 2 SGG](#) in Betracht. Der Antragsteller hat auf Privatrezept verordnete Arzneimittel in der Apotheke gekauft und verlangt nun die Erstattung der von ihm aufgewendeten Kosten von der Antragsgegnerin. Er macht folglich einen Zahlungsanspruch geltend. Nach dem Antrag in der Beschwerdeschrift vom 28.01.2014 begehrt er keine (vorläufige) Verpflichtung der Antragsgegnerin, ihm künftig Arzneimittel als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

Der Erlass einer einstweiligen Anordnung verlangt grundsätzlich eine wenigstens summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache sowie die Erforderlichkeit einer vorläufigen gerichtlichen Entscheidung. Die Erfolgsaussicht des Hauptsacherechtsbehelfs (Anordnungsanspruch) und die Eilbedürftigkeit der angestrebten einstweiligen Regelung (Anordnungsgrund) sind glaubhaft zu machen ([§ 86b Abs 2 Satz 4 SGG](#) iVm [§ 920 Abs 2](#) der Zivilprozessordnung (ZPO)); dabei sind die insoweit zu stellenden Anforderungen umso niedriger, je schwerer die mit der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes verbundenen Belastungen - insbesondere mit Blick auf ihre Grundrechtsrelevanz - wiegen (vgl BVerfG 25.07.1996, [1 BvR 638/96](#), [NVwZ 1997, 479](#); BVerfG 12.05.2005, [1 BvR 569/05](#), [NVwZ 2005, 927](#) = [Breithaupt 2005, 803](#)). Maßgebend für die Beurteilung der Anordnungsvoraussetzungen sind regelmäßig die Verhältnisse im Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung.

Ob ein Anordnungsanspruch besteht, ist fraglich. Nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen (Satz 1). Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen (Satz 2). Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind (Satz 3). Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich (Satz 4). Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden (Satz 5). Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte (Satz 8). Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln (Satz 9). Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen (Satz 10). Im Falle der Kostenerstattung nach [§ 129 Absatz 1 Satz 5](#) sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach [§ 130a Absatz 8](#) sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach [§ 129 Absatz 1 Satz 3 und 4](#) zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden (Satz 11). Damit steht dem Antragsteller jedoch kein anderer Leistungskatalog als im Naturalleistungssystem zur Verfügung (BSG 08.09.2009, [B 1 KR 1/09 R](#), [BSGE 104, 160](#)).

Der Antragsteller hat einen Kostenerstattungstarif gewählt, der nur die ambulante ärztliche Behandlung, nicht aber veranlasste Leistungen umfasst. Die Begrenzung der Kostenerstattung auf bestimmte Sektoren ist zulässig ([§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V](#)). Käme es entscheidend auf den gewählten Tarif an, wäre ein Anspruch auf Kostenerstattung zu verneinen. Soweit davon auszugehen ist, dass der Antragsteller

aufgrund des Schreibens der Antragsgegnerin vom 05.11.2012 zur Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren berechtigt ist, kommt zwar ein Anspruch auf Kostenerstattung in Betracht. Da der Antragsteller in diesem Fall aber nur berechtigt und nicht verpflichtet wäre, sich Arzneimittel im Kostenerstattungsverfahren zu beschaffen, ist fraglich, ob auch in diesem Fall, in dem die Berechtigung zur Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren nicht aus dem gewählten Tarif folgt, sich das Verfahren der Kostenerstattung aus der Satzung der Antragsgegnerin ergibt. Wird dies verneint, dürfte die Antragsgegnerin ohne Weiteres dazu berechtigt sein, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Arzneimitteln durch den MDK prüfen zu lassen, und diese Prüfung ist im vorliegenden Fall noch nicht abgeschlossen. Letztlich können diese Fragen jedoch offen gelassen werden, da es an einem Anordnungsgrund fehlt.

Der Antragsteller hat einen Anordnungsgrund nicht glaubhaft gemacht. Die Kosten für die von ihm erworbenen Arzneimittel hat er bereits bezahlt. Er hat nicht substantiiert dargelegt, dass er angesichts seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse nicht in der Lage ist, den Ausgang des Verwaltungsverfahrens und eines sich ggf anschließenden Klageverfahrens abzuwarten. Hierfür genügt es nicht darauf hinzuweisen, dass er über ein Einkommen in Höhe von monatlich knapp 600 EUR verfügt und er seinen Kreditrahmen ausgeschöpft hat. Vielmehr hat er seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse detailliert aufzuschlüsseln und durch geeignete Belege wie zB Einkommensteuerbescheide nachzuweisen. Der Antragsteller ist nach Aktenlage immer noch freiwillig krankenversichert, obwohl er - wiederum nach Aktenlage - in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis steht. Dies bedeutet, dass sein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze des [§ 6 SGB V](#) liegt. Selbst wenn er derzeit kein Einkommen aus seiner Beschäftigung erzielt, ist die Annahme gerechtfertigt, dass mit diesem Verdienst auch eine nicht unerhebliche Sparleistung möglich war. Auch seine Bank hatte ihm einen Dispositionsrahmen von 7.000 EUR eingeräumt, was darauf schließen lässt, dass der Antragsteller insoweit kreditwürdig war. Ferner ist zu berücksichtigen, dass jeder, der freiwillig anstelle der Sachleistung eine Kostenerstattung wählt, weiß, dass er mit den Kosten für eine ärztliche Versorgung in Vorleistung treten muss. Dies rechtfertigt die Annahme, dass der Betreffende über einen gewissen finanziellen Spielraum verfügt, der ihm eine Entscheidung zugunsten der Kostenerstattung ermöglicht.

Im einstweiligen Rechtsschutzverfahren sollen nur überdies diejenigen Mittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Behebung einer aktuellen, dh noch gegenwärtigen Notlage erforderlich sind. Nur ausnahmsweise, wenn die Nichtgewährung der Leistung in der Vergangenheit in die Gegenwart fortwirkt und infolgedessen eine aktuelle Notlage besteht, kann von diesem Grundsatz eine Ausnahme gemacht werden. Bei Geldleistungen, die - wie vorliegend - ausschließlich für die Vergangenheit begehrt werden, fehlt deshalb idR der Anordnungsgrund (LSG Nordrhein-Westfalen 02.10.2013, [L 19 AS 1521/13 B ER](#), [L 19 AS 1522/13 B](#), juris; SächsLSG 31.01.2008, [L 3 B 465/07 AS-ER](#), juris; st Rspr des Senats speziell für Krankengeld, vgl zuletzt Beschluss vom 10.02.2014, [L 11 KR 122/14 ER-B](#), mwN).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-03-10