L 16 B 118/03 KR ER

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 255/03 ER
Datum
15.12.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 B 118/03 KR ER
Datum
17.03.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den ihm ihr einstweiligen Rechtsschutz versagenden Beschluss des Sozialgerichts (SG) Köln vom 15. Dezember 2003 wird zurückgewiesen, nachdem das SG der Beschwerde nicht abgeholfen hat (Entscheidung vom 10.3.2004). Kosten sind im Beschwerdeverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

Im Einverständnis der Beteiligten konnte der Senat durch den Berichterstatter entscheiden (§ 155 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Zu Recht hat es das Sozialgericht abgelehnt, die Beklagte im Wege der (Regelungs)Anordnung (§ 86 Abs 2 S. 2 SGG) zu verpflichten, der Antragstellerin die Fortsetzung der ambulanten Rehabilitation bei der T GmbH zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (hier § 40 Abs 1 des Sozialgesetzbuches (SGB) V) zu gewähren.

Es kann offen bleiben, ob eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile iS von § 86 Abs 2 S. 2 SGG schon deshalb nicht nötig erscheint, weil die Antragstellerin - was bislang nicht hinreichend deutlich geworden ist - nicht gehindert ist, sich die begehrte Leistung jedenfalls vorerst auf eigene Kosten zu beschaffen. Ist die Antragstellerin dazu jedoch außerstande, so trifft die Feststellung des SG zu, daß der Erlaß der begehrten Anordnung einer Vorwegnahme der Hauptsache gleichkäme. Das Risiko einer schon vor der Entscheidung in der Hauptsache mit Kosten belasteten Antragsgegnerin, diese auch im Falle späteren Obsiegens von einer mittellosen Antragsstellerin womöglich nicht zurückerlangen zu können, gebietet es, insoweit das Vorliegen eines besonderen Grades an Wahrscheinlichkeit zu fordern, um den behaupteten Anordnungsanspruch bejahen zu können.

Davon ist der vorliegende Fall deutlich entfernt, auch wenn es sich bei der T GmbH um eine Vertragseinrichtung handeln sollte, und auch wenn man davon ausgeht, daß die Leistung der Kasse nicht schon nach § 40 Abs 4 SGB V ausgeschlossen ist, weil "solche Leistungen" grundsätzlich nach § 15 SGB VI vom Träger der Rentenversicherung erbracht werden können, mag dieser im hier vorliegenden Einzelfall auch - mit Recht oder zu Unrecht - ohne Angabe einer Rechtsgrundlage behaupten, der zeitliche Rahmen für von ihm zu erbringende Rehabilitation sei ausgeschöpft (Bescheid der BfA vom 20.11.2003). Es findet jedenfalls die Sicht der Antragstellerin im Gesetz keine Stütze, nachdem die BfA über lange Zeiten Reha-Maßnahmen gewährt habe, sei jetzt einmal die insoweit noch unbelastete Kasse an der Reihe. Was die medizinischen Voraussetzungen der Gewährung der hier verlangten Erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) anbetrifft, so kann offen bleiben, ob mit dem SG davon auszugehen wäre, daß sich im Verfahren wegen der Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes jegliche weitere Ermittlungen schlechthin verbieten. Weitere Ermittlungen sind jedenfalls hier nicht angezeigt, weil es sich vorliegend gewissermaßen um den "Normalfall" handelt, in dem sich Leistungsanbieter und behandelnde Ärzte für und die Ärzte des von der Antragsgegnerin unabhängigen Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) gegen die Notwendigkeit der Maßnahme aussprechen, ohne daß sich bei der hier gebotenen summarischen Betrachtung ein Mehr an Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit der einen oder anderen Meinung ausmachen ließe. Im Gegenteil: es verwundert den Laien schon ein wenig, in welchem zeitlichen Umfang man sich bisher schon um Rehabilitation der Antragstellerin bemüht hat, um nun anscheinend die bisher vergeblichen Maßnahmen fortsetzen zu wollen.

Die Entscheidung über die Kosten folgt aus § 193 SGG.

Die Beschwerde zum Bundessozialgericht (BSG) ist nicht gegeben (§§ 172 ff, 177 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login

NRW
Saved
2004-03-23