

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 107/07 B

L 4 KR 2071/05 (LSG Baden-Württemberg)
S 2 KR 608/03 (SG Konstanz)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 21. Februar 2008 durch den
Präsidenten M a s u c h sowie die Richter Dr. K r e t s c h m e r und Dr. H a u c k
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 1. August 2007 wird als unzulässig verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe :

I

- 1 Der 1939 geborene, bei der beklagten Ersatzkasse in der Krankenversicherung der Rentner versicherte Kläger ist mit seinem Begehren, von den Kosten einer vom 19.2. bis 15.3.2003 in der Rheumaklinik Bad Wu. durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahme (2.535,84 Euro) freigestellt zu werden, beim Sozialgericht ohne Erfolg geblieben. Das Landes-sozialgericht (LSG) hat auf die Berufung des Klägers das erstinstanzliche Urteil geändert und die Beklagte verpflichtet, über den Antrag auf Kostenfreistellung in Höhe von 2.070 Euro unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden: Im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation gelte nicht die freie Wahl der Vertragseinrichtung durch den Versicherten, vielmehr habe die Krankenkasse im Sinne eines Auswahlermessens ein Bestimmungsrecht nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls (§ 40 Abs 3 Satz 1 bis 3 SGB V). Das von den Krankenkassen zu beachtende Wirtschaftlichkeitsgebot bewirke zudem, dass bei mehreren gleich geeigneten Kliniken diejenige mit den günstigsten Vergütungssätzen zu beauftragen sei. Von berechtigten Wünschen des Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung (§ 9 Abs 1 SGB IX, § 33 SGB I) könne nach den Gesetzesmaterialien nur ausgegangen werden, wenn sie sich im Rahmen des Leistungsrechts hielten. Hier sei die Auswahl der Beklagten, die eine Klinik in Bad Wö. gegenüber der vom Kläger gewünschten Behandlung in Bad Wu. präferiert habe, durch - näher beschriebene - Kostengesichtspunkte gerechtfertigt gewesen. Der Gesichtspunkt der räumlichen Nähe der Klinik zum Heimatort des Klägers habe zurücktreten dürfen. Gleichwohl sei die Beklagte verpflichtet, über eine Kostenfreistellung des Klägers in Höhe von 2.070 Euro zu entscheiden, nämlich desjenigen Betrages, den sie für die Behandlung in Bad Wö. hätte aufwenden müssen (Urteil vom 1.8.2007).
- 2 Hiergegen wendet sich der Kläger mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision und verfolgt weiterhin einen Anspruch auf vollständige Kostenfreistellung.

II

- 3 Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 Halbsatz 2 iVm § 169 Satz 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den Anforderungen an die Darlegung des geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG).



4 Wer sich auf diesen Zulassungsgrund beruft, muss gemäß § 160a Abs 2 Satz 3 SGG eine Rechtsfrage formulieren und ausführen, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Zwar formuliert die Beschwerde die Fragen, "Wie ist das Verhältnis des Wunschrechtes nach § 9 Abs 1 SGB IX zum Wirtschaftlichkeitsgebot der Sozialversicherung, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zu beurteilen?" sowie "Kann die berechtigte Ausübung des Wunschrechtes nach § 9 Abs 1 SGB IX eine finanzielle Beteiligung oder Zusatzbelastung des Versicherten zur Folge haben?". Unbeschadet von Zweifeln, ob diese Fragen in ihrer Offenheit und Allgemeinheit im hiesigen Rechtsstreit überhaupt als klärungsfähig angesehen werden könnten, legt der Beschwerdeführer jedenfalls nicht dar, dass es zur Beantwortung der Fragen speziell eines Revisionsverfahrens bedarf, mithin, dass die Rechtsfragen klärungsbedürftig sind. Klärungsbedürftige Fragen liegen nämlich nur dann vor, wenn sich die Antwort nicht schon unmittelbar und ohne Weiteres aus dem Gesetz ergibt, wenn also auch ohne höchstrichterliche Klärung praktisch außer Zweifel steht, bzw dann, wenn der bereits vorliegenden höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht schon Kriterien oder Grundsätze zur Auslegung der Norm zu entnehmen sind, die für die Entscheidung im Einzelfall ausreichen (*vgl zB BSGE 40, 40, 42 = SozR 1500 § 160a Nr 4; Meyer-Ladewig in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 160 RdNr 7 mwN*). Hierzu muss, um den Anforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG zu genügen, unter Auswertung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum Problemkreis substantiiert vorgetragen werden, dass das BSG zu diesem Fragenbereich entweder noch gar keine Entscheidungen getroffen oder vorliegende Urteile die hier maßgebenden Fragen von grundsätzlicher Bedeutung noch nicht beantwortet haben (*vgl zB BSG SozR 1500 § 160a Nr 65 S 87 mwN; BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6 und § 160a Nr 21 S 38 mwN; Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Aufl 2005, Kap IX RdNr 183 mwN*). Das geschieht im Falle des Klägers nicht.

5 Die Beschwerde nimmt trotz ihres umfänglichen Vorbringens § 7 SGB IX und bereits vorliegender höchstrichterlicher Rechtsprechung zum Problemkomplex nicht hinreichend in den Blick: Nach § 7 Satz 2 SGB IX richten sich ua die Voraussetzungen für die Leistungen der Teilhabe "nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen". Da hier die Beklagte nach dem Leistungsrecht der GKV in Anspruch genommen werden soll, bestimmt sich der Leistungsanspruch mithin nach Maßgabe des § 40 SGB V, den das LSG auch herangezogen hat. Der 1. Senat des BSG hat in seiner Rechtsprechung dementsprechend schon ausgeführt, dass der Anspruch der Versicherten der GKV auf Krankenbehandlung durch die Regelungen des SGB IX nicht erweitert wird (*vgl zB BSGE 96, 153 = SozR 4-2500 § 27 Nr 7, jeweils RdNr 12; BSG, Urteil vom 26.6.2007 - B 1 KR 36/06 R - RdNr 18, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; ferner bereits BSG, Beschluss vom 20.7.2005 - B 1 KR 39/05 B - sowie ähnlich 3. Senat des BSG, BSGE 91, 60 RdNr 11 ff = SozR 4-2500 § 33 Nr 3 RdNr 12 ff*). Der



Beschwerdeführer macht damit nicht deutlich, weshalb die Krankenkassen, soweit für sie als Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Vorschriften des SGB V maßgebend sind, gleichwohl verpflichtet sein sollten, mit Blick auf das Wunschrecht des § 9 Abs 1 SGB IX das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 2 Abs 1 und 4, § 12 SGB V) außer Acht zu lassen oder von anderen gesetzlichen Leistungsbegrenzungen gegenüber ihren Versicherten Abstand zu nehmen, die dazu führen, dass die betroffenen Leistungen nach dem SGB V der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind (vgl § 2 Abs 1 Satz 1 SGB V).

- 6 Von einer weiteren Begründung sieht der Senat analog § 160a Abs 4 Satz 3 SGG ab.
- 7 Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

