

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 21/15 B

L 8 KR 120/14 (Hessisches LSG)
S 3 KR 579/12 (SG Fulda)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

BARMER GEK,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 6. Mai 2015 durch den
Präsidenten M a s u c h sowie die Richter Prof. Dr. H a u c k und C o s e r i u
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschluss des
Hessischen Landessozialgerichts vom 4. Februar 2015 wird als unzulässig verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



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



Gründe:

I

- 1 Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Klägerin ist mit ihrem Begehren, von der Beklagten die - der Höhe nach nicht festgestellten - Kosten der im Anschluss an die stationäre Behandlung der Humeruskopffraktur durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahme (27.4. bis 17.5.2012) erstattet zu erhalten, bei der Beklagten und den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Das LSG hat zur Begründung ua ausgeführt, die Maßnahme sei nicht unaufschiebbar gewesen. Die Kosten seien auch nicht durch die Ablehnung entstanden, da die Klägerin die Entscheidung der Beklagten über die einheitliche Leistung nicht abgewartet habe (*Beschluss vom 4.2.2015*).
- 2 Die Klägerin wendet sich mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Beschluss.

II

- 3 Die Beschwerde der Klägerin ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 S 1 Halbs 2 SGG iVm § 169 S 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 S 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung des geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung.
- 4 1. Wer sich - wie hier die Klägerin - auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) beruft, muss eine Rechtsfrage klar 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; BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Daran fehlt es.
- 5 Die Klägerin formuliert Folgendes:

"Besteht ein Ursachenzusammenhang i. S. d. § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V i. V. m. § 15 Abs. 1 Satz 4 2. Alt. SGB IX zwischen dem die Haftung des Versicherungsträgers begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast), wenn sich der Versicherte eine zumindest dringliche Leistung bereits nach einem Antrag bei dem Versicherungsträger und einer Ablehnung der Leistung durch dessen MDK beschafft oder wenn der Versicherte eine Leistung nach Zugang der Ablehnung des Versicherungsträgers fortsetzt?"



- 6 Der erkennende Senat lässt es offen, ob die Klägerin damit zwei Rechtsfragen - getrennt durch das Wort "oder" - klar formuliert. Die Klägerin legt jedenfalls die Klärungsbedürftigkeit der Rechtsfragen nicht hinreichend dar. Das Bedürfnis für die Klärung einer Rechtsfrage in einem Revisionsverfahren fehlt, wenn ihre Beantwortung nach der dazu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung keinem vernünftigen Zweifel unterliegt, die Frage also "geklärt ist" (BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6 und § 160a Nr 21 S 38; BSG Beschluss vom 21.10.2010 - B 1 KR 96/10 B - RdNr 7; BSG Beschluss vom 22.12.2010 - B 1 KR 100/10 B - Juris RdNr 7).
- 7 Insoweit setzt sich die Klägerin hinsichtlich der ersten Frage zur "Ablehnung der Leistung durch dessen MDK" nicht damit auseinander, dass nach der Rechtsprechung des erkennenden 1. BSG-Senats die Beurteilung des MDK lediglich die Bedeutung einer gutachtlichen Stellungnahme hat, die eine Grundlage für den über den Leistungsanspruch zu erteilenden Verwaltungsakt der Krankenkasse bildet, ohne dass Krankenkasse und Gerichte an den Inhalt der ärztlichen Bescheinigung gebunden sind (stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 7 RdNr 28; BSGE 111, 18 = SozR 4-2500 § 46 Nr 4, RdNr 14 mwN; BSG Urteil vom 16.12.2014 - B 1 KR 35/14 R - Juris RdNr 17, für SozR vorgesehen).
- 8 Die zweite Frage ist allenfalls sinngemäß darauf gerichtet, ob ein Kausalzusammenhang zwischen rechtswidriger Ablehnung und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) jedenfalls dann - teilweise (?) - bejaht werden muss, wenn der Versicherte die Inanspruchnahme einer selbstverschafften Leistung nach Zugang der Ablehnung des Versicherungsträgers fortsetzt. Insoweit hätte die Klägerin darlegen müssen, wieso diese Frage nicht nach der Rechtsprechung des erkennenden 1. BSG-Senats geklärt ist. Diese unterscheidet beim Kausalzusammenhang danach, ob eine teilbare oder einheitliche Leistung betroffen ist (vgl zB zur "einheitlichen Behandlung" BSGE 79, 125, 128 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 52 f; BSG SozR 3-2500 § 28 Nr 6 S 35 f; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 16 RdNr 17).
- 9 Eine Rechtsfrage, über die bereits höchstrichterlich entschieden worden ist, kann dennoch klärungsbedürftig sein, wenn der Rechtsprechung in nicht geringfügigem Umfang widersprochen wird und gegen sie nicht von vornherein abwegige Einwendungen vorgebracht werden (vgl zB BSG SozR 1500 § 160a Nr 13 S 19 mwN), was im Rahmen der Beschwerdebegründung ebenfalls darzulegen ist (vgl zum Ganzen auch BSG Beschluss vom 22.12.2010 - B 1 KR 100/10 B - Juris RdNr 7). Auch daran fehlt es völlig.
- 10 2. Der Senat sieht von einer weiteren Begründung ab (§ 160a Abs 4 S 2 Halbs 2 SGG).
- 11 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

