

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 46/13 B

L 8 KR 334/11 (Hessisches LSG)
S 12 KR 295/10 (SG Kassel)

Landeswohlfahrtsverband Hessen,
Ständeplatz 6-10, 34117 Kassel,

Kläger und Beschwerdegegner,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen,
Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg,

Beklagte und Beschwerdeführerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 29. August 2013 durch den
Präsidenten M a s u c h sowie die Richter Prof. Dr. H a u c k und
Dr. E s t e l m a n n
beschlossen:

Die Beschwerde der Beklagten gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Hessischen Landessozialgerichts vom 14. März 2013 wird als unzulässig verworfen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 2208,44 Euro festgesetzt.



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



Gründe :

I

- 1 Der Kläger ist Alleingesellschafter der V. GmbH; ihr gehört die V. gGmbH, Trägerin der V. Klinik E. . Der Kläger beehrte von der beklagten Krankenkasse, 2208,44 Euro nebst Zinsen als Vergütung der stationären Behandlung des Patienten C. P. (im Folgenden: P) in der Zeit vom 5. bis 12.8.2009 in der V. Klinik E. zu erhalten. Die Beklagte verweigerte die Zahlung, weil sie den Patienten P für nicht bei ihr versichert hielt. Er war vor Antritt seiner Haft bei der Beklagten pflichtversichert. Die JVA W. entließ ihn am 23.7.2009. Die D. Kliniken, W. , behandelten ihn vom 29.7. bis 5.8.2009 nach Heroineinnahme. Er machte am 31.7.2009 seine Versicherungspflicht nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V bei der Beklagten geltend. Kontaktversuche der Beklagten zu ihm scheiterten in der Folgezeit. Der Kläger hat in den Vorinstanzen mit seinem Begehren Erfolg gehabt. Das LSG hat zur Begründung ua ausgeführt, Patient P sei während der erforderlichen stationären Entgiftungs-Behandlung in der V. Klinik E. nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V bei der Beklagten versichert gewesen. Die Beklagte könne sich nicht darauf berufen, dass das Fehlen einer anderweitigen Absicherung des Patienten P nicht nachgewiesen sei. Nach den Einzelheiten des vorliegenden Falles bestünden nach Auffassung des Senats keine ernstzunehmenden Zweifel daran, dass dem Patienten P kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall zugestanden habe (*Urteil vom 14.3.2013*).
- 2 Die Beklagte wendet sich mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil.

II

- 3 Die Beschwerde der Beklagten ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 S 1 Halbs 2 SGG iVm § 169 S 3 SGG zu verwerfen. Ihre Beschwerde entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 S 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung des geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG).
- 4 1. Wer sich auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache 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; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*).

- 5 Die Beklagte formuliert die Frage:
- "Ist ein Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auch dann anzunehmen, wenn ein Leistungserbringer eine gesetzliche Krankenkasse, bei der der behandelte Patient früher einmal versichert war, auf Zahlung in Anspruch nimmt, aber aufgrund der fehlenden Mitwirkung des behandelten Patienten und erfolgloser sonstiger Ermittlungen es der Krankenkasse nicht möglich ist, positiv festzustellen, ob die Tatbestandsmerkmale der Regelung, insbesondere das Vorliegen einer anderweitigen Absicherung für den Krankheitsfall, im Zeitpunkt der Behandlung tatsächlich vorgelegen haben?"
- 6 Der Senat lässt es offen, ob die Beklagte damit eine Rechtsfrage klar formuliert. Sie legt jedenfalls nicht hinreichend dar, dass die von ihr gestellte Frage entscheidungserheblich ist. Es ist schon im Ansatz unklar, inwiefern es für den Ausgang des Rechtsstreits bedeutsam sein soll, dass eine Krankenkasse die Tatbestandsmerkmale des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V nicht positiv feststellen kann, obwohl das LSG nach Würdigung der Beweislage zum Ergebnis gekommen ist, dass die Voraussetzungen des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V erfüllt sind. Ebenso legt die Beklagte nicht hinreichend dar, inwiefern eine fehlende Mitwirkung des behandelten Patienten eine Rolle spielen soll. Sie setzt sich insbesondere nicht damit auseinander, dass Patient P im Rahmen seiner Meldung vom 31.7.2009 zu § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V erforderliche Angaben machte.
- 7 2. Der Senat sieht von einer weiteren Begründung ab (§ 160a Abs 4 S 2 Halbs 2 SGG).
- 8 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, die Entscheidung über den Streitwert auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 und 3 GKG.

