

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 5/06 B

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

Techniker Krankenkasse,
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 22. Februar 2006 durch den
Präsidenten v o n W u l f f e n sowie die Richter Prof. Dr. S c h l e g e l
und Dr. H a u c k
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-
sozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 2. Dezember 2005 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 Kläger ist als Selbstständiger seit dem 1. November 2000 bei der beklagten Ersatzkasse freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld versichert. Zu Beginn der Versicherung war er in die Beitragsklasse 681 eingestuft. § 21 Abs 3 Satz 1 der Satzung der Beklagten sah ua für Selbstständige dieser Beitragsklasse vor, dass der Anspruch auf Krankengeld am 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit entsteht. § 21 Abs 1 der Satzung traf eine Regelung für Mitglieder anderer Beitragsklassen, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, § 21 Abs 3 Satz 1 zudem eine Regelung für Selbstständige, deren Anspruch auf Krankengeld am 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit entsteht. Zum 1. Januar 2002 wurde die Satzung der Beklagten dahingehend geändert, dass für Selbstständige ua der Beitragsklasse 676, der nunmehr der Kläger unterfällt, der Krankengeldanspruch erst am 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit beginnt. Der Kläger ist mit seinem Begehren, die Beklagte zu verpflichten, ihn über den 31. Dezember 2000 hinaus mit einem Anspruch auf Krankengeld ab dem 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit zu versichern, in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat ua ausgeführt, der Satzungsgeber habe sich mit der angegriffenen Satzungsänderung im Rahmen des ihm nach § 44 Abs 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (<BSG> *SozR 3-2500 § 44 Nr 4; Beschlüsse vom 27. Juni 2000 - B 1 KR 64/99 B, vom 14. Juni 2004 - B 1 KR 68/02 B -*) zustehenden Regelungsermessens gehalten (Urteil vom 2. Dezember 2005).
- 2 Mit seiner Beschwerde wendet sich der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil und beruft sich auf die grundsätzliche Bedeutung des Rechtsstreits.

II

- 3 Die Beschwerde ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 iVm § 169 Satz 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung des geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG).
- 4 1. Den Darlegungserfordernissen einer Grundsatzrüge genügt eine Nichtzulassungsbeschwerde nur dann, wenn eine Rechtsfrage klar formuliert und ausgeführt wird, 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; vgl zuletzt Senat, Beschluss vom 8. Februar 2000 - B 1 KR 65/05 B - RdNr 4 mwN*). Die



Beschwerdebegründung formuliert schon keine Rechtsfrage, sondern trägt nur ihre Rechtsansicht vor, wonach bei "kostenbedingten Satzungsänderungen" diese nur in der jeweiligen einschlägigen Versichertengruppe ihren Niederschlag finden dürften und eine nachvollziehbare Offenlegung der "Kalkulationsbasis" zu fordern sei, wofür allgemeine Hinweise auf "Kostenexplosionen im Gesundheitswesen" oder ein "Missverhältnis zwischen Beitragsaufkommen und Aufgaben" nicht genügten. Selbst wenn man hierin aber sinngemäß das Vortragen von Rechtsfragen sehen wollte, fehlte es an Darlegungen zur Klärungsbedürftigkeit und Entscheidungserheblichkeit. Grundsätzlich nicht mehr klärungsbedürftig ist eine Rechtsfrage, wenn sie höchstrichterlich bereits beantwortet worden ist (vgl. zB BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8 S 17; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38 mwN; Senat, Beschluss vom 14. November 2005 - B 1 KR 74/05 B - RdNr 5 mwN). Infolgedessen hätte sich die Beschwerdebegründung mit der Rechtsprechung des Senats auseinander setzen müssen, wonach zwar einerseits die Krankenversicherung der freiwillig Versicherten von den Pflichtversicherten möglichst nicht mitfinanziert werden soll (SozR 3-2500 § 44 Nr 4 S 10 unter Hinweis auf BSGE 70, 13, 19 = BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 6), während andererseits nach der Rechtsprechung des BSG grundsätzlich eine geringere Schutzbedürftigkeit der freiwilligen Mitglieder besteht, die anders als Pflichtversicherte jederzeit mit einer kurzen Kündigungsfrist austreten können (vgl. § 191 Satz 1 Nr 4 SGB V und hierzu BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 7 S 22) und die durch ihre Dispositionsmöglichkeiten auch bessere Gelegenheiten der Vorsorge wie zB die Bildung von Rücklagen oder den Abschluss einer privaten Krankenversicherung besitzen (vgl. Senat SozR 3-2500 § 44 Nr 4 S 8; BSGE 70, 13, 16). Auf diese Rechtsprechung geht die Beschwerdebegründung überhaupt nicht ein. Ebenso wenig setzt sie sich mit der Entscheidungserheblichkeit der allenfalls sinngemäß aufgeworfenen Fragen auseinander, da nach dem maßgeblichen Sachverhalt (vgl. § 163 SGG) Regelungsanlass für die Satzungsänderung gewesen ist, dass die Ausgaben für Krankengeldzahlungen bei Kurzzeiterkrankung überproportional angestiegen waren.

- 5 2. Von einer weiteren Begründung sieht der Senat gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 Halbsatz 2 SGG ab.
- 6 3. Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

