

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 59/06 B

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

AOK Baden-Württemberg,
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 26. Juli 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 der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil
des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 5. April 2006 wird als unzu-
lässig 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 Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Klägerin ist mit ihrem Begehren, 27.057,31 € Kosten für die stationären Behandlungen der Wirbelsäulenbeschwerden in der Privatklinik Dres. C. erstattet zu erhalten, in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Zur Begründung hat das Landessozialgericht (LSG) ua ausgeführt, die Voraussetzungen des allein in Betracht kommenden Kostenerstattungsanspruchs aus § 13 Abs 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) seien nicht erfüllt. Weder habe die Klägerin die Krankenhausleistungen notfallmäßig in Anspruch nehmen müssen noch habe sie vor Aufnahme der Behandlung in der Privatklinik einen Versuch unternommen, eine verbindliche Entscheidung der Beklagten über die Kostenübernahme herbeizuführen (Urteil vom 5. April 2006).
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil.

II

- 3 Die Beschwerde der Klägerin 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 nach § 160 Abs 2 Nr 1 SGG.
- 4 1. Um den Darlegungserfordernissen für den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) zu genügen, muss eine konkrete Rechtsfrage klar formuliert und ausgeführt werden, inwiefern die 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; Senat, Beschluss vom 10. Juli 2006 - B 1 KR 38/06 B - RdNr 5 mwN). Dem entspricht die Beschwerdebegründung hinsichtlich keiner der von ihr formulierten vier Fragen.
- 5 a) Die erste Frage formuliert die Beschwerde wie folgt: "Ist für einen Anspruch aus § 13 Abs 3 SGB V auf Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Leistungen immer ein vorheriger Antrag bei der Krankenkasse erforderlich?". Aus der sich anschließenden Begründung folgt allerdings, dass die Beschwerde selbst bereits den Fall ausgenommen sehen will, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, wie es sich aus dem Wortlaut des § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V ergibt. Aber auch für die danach sinngemäß gestellte Frage legt

die Beschwerde nicht dar, inwiefern sie noch klärungsbedürftig ist. Grundsätzlich nicht mehr klärungsbedürftig ist eine Rechtsfrage, wenn sie höchstrichterlich bereits beantwortet ist (vgl. zB BSG SozR 1500 § 160 Nr 51; BSG SozR 1500 § 160a Nr 13, 65; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8). Die Beschwerde hätte sich folglich mit der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats auseinander setzen müssen, wonach entsprechend dem Wortlaut und Zweck des § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V zwischen dem die Haftung der Krankenkassen begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen muss. An diesem fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (vgl. zB Senat SozR 4-2500 § 13 Nr 1 RdNr 12 mwN). Die Beschwerde hat nicht dargelegt, inwieweit trotz dieser ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung die Rechtsfrage noch klärungsbedürftig sein könnte.

- 6 b) Als Zweites formuliert die Beschwerde folgende Frage: "Liegt ein Systemversagen, das eine Kostenerstattung rechtfertigt, vor, wenn die Krankenkasse trotz mehrfacher Nachfrage der Patientin keinen Kassenarzt benennt, der sie erfolgreich behandelt und sie sich deshalb einer Privatbehandlung unterzieht." Hierzu hat die Beschwerde nicht dargelegt, inwiefern die Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich ist. Ist ein Urteil nebeneinander auf mehrere Begründungen gestützt, so kann eine Nichtzulassungsbeschwerde nur dann zur Zulassung der Revision führen, wenn im Hinblick auf jede dieser Begründungen ein Zulassungsgrund vorliegt und formgerecht gerügt wird (BSG SozR 1500 § 160a Nr 5; BSG SozR 1500 § 160a Nr 38; BSG SozR 1500 § 160 Nr 65 mwN). Da das LSG-Urteil sich ua darauf gestützt hat, dass der Beschaffungsweg nicht eingehalten worden ist, im Hinblick auf diese Begründung aber ein Zulassungsgrund nicht von der Beschwerde hinreichend dargelegt worden ist, fehlt es an hinreichenden Darlegungen auch zu der zweiten Frage.
- 7 c) Nichts anderes gilt für die dritte, von der Beschwerde formulierte Frage: "Hat die Beklagte mit ihrem Verhalten Vertragspflichten verletzt, die zu einer Schadensersatzpflicht führen?" Hinsichtlich dieser Frage ist im Übrigen nicht dargelegt, inwiefern sie über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist. Denn die Frage knüpft an das konkrete Verhalten der Beklagten in der vorliegenden Sache an.
- 8 d) Die Beschwerde genügt den Darlegungserfordernissen auch nicht, soweit sie als vierte Frage formuliert: "Besteht über § 13 Abs 3 SGB V hinaus ein Anspruch auf Kostenerstattung aus dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch?" Auch insoweit hat die Beschwerde sich schon nicht mit der Rechtsprechung des erkennenden Senats auseinander gesetzt, wonach sich der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht darstellt (vgl. Senat BSGE 79, 125, 126 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 51 mwN). Ebenso wenig hat sich die Beschwerde mit der weiteren, im LSG-Urteil zitierten



Rechtsprechung des Senats auseinander gesetzt, wonach es vor diesem Hintergrund unerheblich ist, ob die Krankenkasse Aufwendungen erspart hat (vgl. *ebenda und Senat, BSGE 80, 181, 182 = SozR 3-2500 § 13 Nr 14 S 69; Senat, BSGE 86, 66, 76 = SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 97 f mwN*).

- 9 2. Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

