

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 61/07 B

L 5 KR 28/07 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 8 KR 191/06 (SG Mainz)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

Barmer Ersatzkasse,
Lichtscheider Straße 89-95, 42285 Wuppertal,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 24. Juli 2007 durch den
Präsidenten Dr. h. c. 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 Rheinland-Pfalz vom 3. Mai 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 Die bei der beklagten Ersatzkasse versicherte Klägerin leidet an Fehlsichtigkeit. Sie beantragte im Juli 2006, die Kosten eines ambulant durchzuführenden refraktiven laserchirurgischen Eingriffs (LASIK-Operation) bei dem nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Augenarzt Prof. Dr. W. zu übernehmen, was die Beklagte mit Bescheid vom 5.7.2006 ablehnte. Die Klägerin legte Widerspruch ein und verlangte nunmehr die Erstattung der Kosten in Höhe von 3.801,53 Euro für Leistungen, die Prof. Dr. W. in der Zeit vom 20.2. bis 24.7.2006 erbracht hatte. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück. Klage und Berufung blieben ohne Erfolg. Das Landessozialgericht (LSG) hat ua - zT unter Bezugnahme auf den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts - im Wesentlichen ausgeführt, dieses Behandlungsverfahren sei nach den auch für Versicherte verbindlichen, auf § 135 Abs 1 SGB V beruhenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dass der GBA mit Beschluss vom 18.7.2006 die Phototherapeutische Keratektomie mit dem Excimer-Laser bei bestimmten Indikationen in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen habe, rechtfertige keine andere Beurteilung, da dieser Beschluss auf die Behandlung der Klägerin keine Anwendung finde. Im Übrigen habe die Klägerin die Leistungen, für die sie Kostenerstattung verlangt, schon vor Antragstellung in Anspruch genommen und die Entscheidung der Beklagten nicht abgewartet. Ein Kostenerstattungsanspruch folge auch nicht aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6.12.2005 (SozR 4-2500 § 27 Nr 5).
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil und beruft sich auf die grundsätzliche Bedeutung des Rechtsstreits.

II

- 3 1. Die Beschwerde ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 iVm § 169 Satz 3 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 (*Zulassungsgrund des § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*).
- 4 Den Darlegungserfordernissen an eine 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). Es bedarf keiner Entscheidung, ob in der Beschwerdebegründung überhaupt hinreichend klar eine Rechtsfrage formuliert ist, indem ausgeführt wird, es gehe darum, ob "allein die Kriterien des Bundesausschusses der Ärzte maßgeblich sind oder ob es nicht zumindest in Einzelfällen geboten ist, ein medizinisches Gutachten einzuholen, um festzustellen, dass hier keinerlei medizinische Alternativen bestehen, weswegen es ein Systemmangel darstellt, lediglich auf die Vorgaben des Bundesausschusses abzustellen". Der Senat kann ebenfalls offen lassen, ob es sich um bloße Tatfragen handelt, soweit in der Beschwerdebegründung ausgeführt wird "von grundsätzlicher Bedeutung ist ebenfalls die Tatsache, ob sich die Beklagte lapidar auf Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zurückziehen kann, auf alternative Sehhilfen verweisen kann, ohne die eindeutige medizinische Indikation gemäß augenfachärztlichem Gutachten im Einzelfall in den Vordergrund zu stellen". Selbst wenn man in diesem Vorbringen klar formulierte Rechtsfragen sehen wollte, fehlt es an den erforderlichen Darlegungen dazu, inwiefern diese klärungsbedürftig sein könnten.

- 5 Eine Rechtsfrage ist grundsätzlich nicht mehr klärungsbedürftig, wenn sie bereits von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entschieden worden ist (vgl BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8 S 17; BSG SozR 1500 § 160 Nr 51 S 52 mwN). Deshalb hätte sich die Beschwerde eingehend mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung auseinandersetzen und darlegen müssen, inwiefern trotz dieser Rechtsprechung noch Klärungsbedarf besteht (vgl dazu auch BSG SozR 1500 § 160 Nr 51 S 52 mwN). Die Beschwerde hat sich dagegen in keiner Weise mit der einschlägigen, auch von den Vorinstanzen teilweise zitierten Rechtsprechung des erkennenden Senats befasst (vgl zB - zusammenfassend - Senat, Urteil vom 4.4.2006 - B 1 KR 12/05 R - SozR 4-2500 § 27 Nr 8 mwN).
- 6 Nichts anderes gilt für die weitere, von der Beschwerde formulierte Rechtsfrage, "inwieweit es rechtens ist, mit zweierlei Maß zu messen, zwischen gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungen, bei Vorliegen einer Krankheit". Insoweit setzt sich die Beschwerde nicht mit der Rechtsprechung der obersten Gerichtshöfe des Bundes auseinander (vgl zuletzt BSG, Beschluss vom 2.11.2006 - B 1 KR 111/06 B). Die Ungleichbehandlung von Personen, die privat versichert sind, gegenüber den gesetzlich Versicherten ist Folge der Entscheidung des Gesetzgebers für zwei Systeme der Krankenversicherung. Das BVerfG hat bereits entschieden, dass der Gesetzgeber trotz seiner Bindung an Art 3 Abs 1 GG weitgehend frei ist, Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung festzulegen, soweit er nicht gleichheitswidrig bestimmte Gruppen ausschließt (BVerfGE 18, 38, 45 f; 18, 257, 265 ff; 18, 366 = SozR Nr 54, 55, 56 zu Art 3 GG). Wie das Bundessozialgericht wiederholt ausgeführt hat, steht es unter Geltung des Sozialstaatsprinzips im Ermessen des Gesetzgebers, sich für verschiedene Leistungssysteme zu entscheiden, in denen sich der Gleichheitssatz unterschiedlich auswirkt (vgl BSGE 38, 149, 150 = SozR 2200 § 1267 Nr 3



S 10; BSGE 41, 157, 158 f = SozR 5420 § 2 Nr 2 S 2; BSGE 47, 259, 260 f = SozR 3100 § 40a Nr 6 S 16 f). Die unterschiedliche Behandlung in gesetzlicher und privater Krankenversicherung verstößt danach nicht gegen Art 3 Abs 1 GG. Klärungsbedarf ist auch insoweit nicht dargelegt.

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

