

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 78/07 B

L 8 KR 181/06 (Hessisches LSG)
S 25 KR 3345/02 (SG Frankfurt)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

BKK Ost-Hessen,
Schloß 12, 63607 Wächtersbach,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 12. November 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. K r e t s c h m e r
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschluss des
Hessischen Landessozialgerichts vom 1. Juni 2007 wird als unzulässig verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



Gründe :

I

- 1 Die Klägerin ist Witwe des am 16.10.2002 verstorbenen, bei der beklagten Krankenkasse versichert gewesenen Versicherten C. B., der seit 2001 an einem metastasierenden Bronchial-Karzinom litt und deswegen anschließend wiederholt stationär in einer Nichtvertragsklinik behandelt wurde. Sie ist mit ihrem Begehren, als Rechtsnachfolgerin die Kosten für stationäre Aufenthalte des Versicherten vom 26.8. bis 6.9.2002 sowie vom 9.10. bis 16.10.2002 in der Fachklinik Dr. H. (ein Nichtvertragskrankenhaus) von der Beklagten erstattet zu erhalten (4.140 Euro), bislang ohne Erfolg geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil - dessen Entscheidungsgründe ausführlich wiedergebend und teilweise darauf gemäß § 153 Abs 2 SGG verweisend - zurückgewiesen: Die Voraussetzungen des § 13 Abs 3 SGB V seien nicht erfüllt. Eine Notfallbehandlung des Versicherten habe nicht stattgefunden, weil die streitige Behandlung nicht unaufschiebbar gewesen sei und - wie näher ausgeführt wird - zugelassene Krankenhäuser für die Behandlung zur Verfügung gestanden hätten. Der Versicherte habe sich bewusst für die Behandlung in der Fachklinik entschieden, in Kenntnis des Umstandes, dass es sich nicht um ein Vertragskrankenhaus gehandelt habe. Selbst bei einem Notfall aber hätte unter Zugrundelegung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) allenfalls die Fachklinik einen Anspruch gegen die Beklagte. Der Wunsch nach einer wohnortnahen und ganzheitlich orientierten Therapie begründe keinen Kostenerstattungsanspruch für die Behandlung in einem Nichtvertragskrankenhaus. Soweit die Klägerin darauf abstelle, dass bei Aufnahme des Versicherten am 26.8.2002 der Verdacht auf ein myocardiales Infarktgeschehen bestanden habe, führe dies zu keinem anderen Ergebnis, weil eine solche Situation nicht vorgelegen habe, sondern die Fachklinik unabhängig von solchen Überlegungen angefahren worden sei. Dem entspreche die Unterzeichnung einer Kostenübernahmeerklärung durch den Versicherten bei Einlieferung; die Frage der Transportfähigkeit des Versicherten sei somit nicht entscheidungserheblich. Das gelte im gleichen Maße für die Entscheidung am 9.10.2002, den Versicherten zur Aufnahme in das Fachkrankenhaus zu fahren. Es könne dahinstehen, ob das Urteil des BSG vom 18.7.2006 - B 1 KR 24/05 - zur Anwendung komme (Beschluss vom 1.6.2007).
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Beschluss.

II



- 3 Die Beschwerde der Klägerin 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 der Revisionszulassungsgründe nach § 160 Abs 2 Nr 1 und Nr 3 SGG.
- 4 1. Wer sich auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) beruft, muss gemäß § 160a Abs 2 Satz 3 SGG (mindestens) 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; SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN). Daran fehlt es trotz des umfänglichen Beschwerdevorbringens.
- 5 Ist die Rechtsprechung des BSG, nach der bei der bewussten Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Krankenhauses kein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Alt 1 SGB V besteht, auch dann anwendbar, wenn die Notwendigkeit der stationären Aufnahme erst in dem nicht zugelassenen Krankenhaus festgestellt wird?

Die Beschwerde bezeichnet folgende Fragen:

1. Kann das Vorliegen einer unaufschiebbaren Leistung nach § 13 Abs 3 Alt 1 SGB V auch dann verneint werden, wenn diese erst bei der Untersuchung des Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus festgestellt wird und der Versicherte wegen dieser Feststellung stationär aufgenommen werden muss?
2. Kann sich das Vorliegen einer unaufschiebbaren Leistung iS von § 13 Abs 3 Alt 1 SGB V auch daraus ergeben, dass erst bei Aufnahme in dem nicht zugelassenen Krankenhaus die Transportunfähigkeit des Patienten festgestellt und deshalb eine stationäre Aufnahme erforderlich wird?
3. Kann eine Krankenkasse ihre Kostenerstattungspflicht nach § 13 Abs 3 Alt 1 SGB V auch dann ablehnen, wenn ein an der Versorgung der gesetzlich versicherten Patienten teilnehmender Arzt durch ärztliche Verordnung die Inanspruchnahme eines bestimmten nicht zugelassenen Krankenhauses angeordnet hat?
4. Kann eine Krankenkasse eine Kostenerstattungspflicht nach § 13 Abs 3 Alt 1 SGB V für die Weiterführung einer Behandlung auch dann ablehnen, wenn sie zunächst die Kosten der Behandlung des Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus erstattet hat und die Weiterführung dieser Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist?
5. Ist die Rechtsprechung des BSG, nach der bei der bewussten Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Krankenhauses kein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Alt 1 SGB V besteht, auch dann anwendbar, wenn die Notwendigkeit der stationären Aufnahme erst in dem nicht zugelassenen Krankenhaus festgestellt wird?



6. Ist die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) und des BSG zu der Leistungspflicht gesetzlicher Krankenkassen bei lebensbedrohender Erkrankung auch bei der Auslegung von § 13 Abs 3 SGB V mit der Folge heranzuziehen, dass ein Versicherter bei einer entsprechenden medizinischen Indikation einen Kostenerstattungsanspruch auf Ersatz der Kosten für eine komplementäre Krebsbehandlung auch bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer hat?

6 Mit den derart formulierten Rechtsfragen und dem ergänzenden Vorbringen wird die Klärungsfähigkeit und Entscheidungserheblichkeit nicht dargelegt. Die Beschwerde macht nicht deutlich, dass ausgehend von den für den Senat bindenden Feststellungen des LSG-Urteils (vgl § 163 SGG) und seinen Entscheidungsgründen das Bedürfnis nach Klärung durch das BSG besteht. Das ergibt sich bezüglich der Fragen 1., 2., 4. und 5. schon daraus, dass diese zu den konkreten Verhältnissen Prämissen tatsächlicher Art enthalten, die von entsprechenden Feststellungen des LSG-Urteils nicht gedeckt sind; das gilt insbesondere für die Frage, dass sich in der Privatklinik die Notwendigkeit für eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen in eben dieser Klinik herausgestellt habe und dass diese Einschätzung zutreffend gewesen sei. Insoweit wäre möglicherweise in Betracht gekommen, in den Vorinstanzen durch die anwaltlichen Bevollmächtigten Hilfs-Beweisanträge zu stellen und deren Nichtbefolgung durch das LSG dann im Nichtzulassungsbeschwerdeverfahren als Verfahrensrügen geltend zu machen. Da das LSG aus den Umständen des Falles abgeleitet hat, der Versicherte sei am 26.8. und 9.10.2002 von vornherein auf die Behandlung in der Nichtvertragsklinik festgelegt gewesen, hat es demgegenüber nicht entscheidungserheblich auf die von der Beschwerde hervorgehobenen Umstände abgestellt, sondern seine Einschätzung aus anderen Gesichtspunkten für die Nichtanwendung des § 13 Abs 3 SGB V hergeleitet. Hinzu kommt bei alledem, dass sich die Beschwerde nur marginal mit der umfangreichen Rechtsprechung des Senats zu § 13 Abs 3 SGB V bei unaufschiebbarer Behandlung auseinandersetzt und nicht auf den von den Vorinstanzen ebenfalls angesprochenen Gesichtspunkt eingeht, dass im Falle einer "echten" ärztlichen Notfallbehandlung die von Nichtvertragsärzten erbrachte Leistungen aus der Gesamtvergütung vergütet werden, nicht aber vom Versicherten beansprucht werden können (vgl zum Ganzen: BSG, Urteil vom 18.7.2006 - B 1 KR 24/05 R = SozR 4-2500 § 13 Nr 9 RdNr 30 mit umfangreichen Nachweisen).

7 Hinsichtlich der Frage 3. ist die Klärungsbedürftigkeit nicht erkennbar, weil sie offenbar die unzutreffende rechtliche Vorstellung enthält, der einweisende Vertragsarzt habe die Befugnis, die Krankenkasse contra legem (vgl § 39 Abs 1 Satz 2, § 108 SGB V) bindend auf die Berechtigung der Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Krankenhauses durch den Versicherten festzulegen. Demgegenüber ist geklärt, dass die Krankenkasse, nicht aber ein Leistungserbringer verbindlich darüber entscheidet, ob die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, dass der Versicherte stationäre Behandlung beanspruchen kann (vgl nur BSGE 82, 158, 161 f = SozR 3-2500 § 39



Nr 5). Es wird nicht hinreichend dargelegt, dass aus der in diesem Zusammenhang zitierten Rechtsprechung Gegenteiliges herzuleiten sein könnte.

- 8 Zur Frage 4. geht die Beschwerde schon nicht darauf ein, unter welchem rechtlichen Blickwinkel ein Anspruch des Versicherten bestanden haben sollte, mit Blick auf die erfolgte Kostenübernahme für privatklinische Behandlungen in einem anderen Krankenhaus im Jahr 2001 auch für die (sich nicht unmittelbar anschließende) streitige Zeit im Jahr 2002 und in einer anderen Privatklinik die Erstattung von Kosten verlangen zu können. Es ist geklärt, dass die Rechtsordnung angesichts des Grundsatzes vom Vorbehalt des Gesetzes (vgl § 31 SGB I) keinen Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht und auf konsequente Anwendung einer gesetzwidrigen Verwaltungspraxis im Wiederholungsfall kennt (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 1 RdNr 20 mwN).
- 9 Zu Frage 6. schließlich wird nicht dargetan, weshalb aus der - nicht näher zitierten - Rechtsprechung des BVerfG ein Leistungsanspruch des Versicherten folgen sollte. Die Beschwerde macht nicht deutlich, dass danach noch die Leistungspflicht der Krankenkassen für Maßnahmen klärungsbedürftig sein sollte, die auch innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung standen (= stationäre Behandlung in einer Vertragsklinik). Eine verfassungskonforme Auslegung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung ist danach nur bei schwersten Krankheiten geboten, für die - bezogen auf das angestrebte Behandlungsziel - eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht (Beschluss vom 6. Dezember 2005 - 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5 RdNr 33 ff); dafür, dass eine solche Konstellation vorlag, fehlt es an hinreichendem Vortrag.
- 10 2. Auch der gerügte Verfahrensmangel wird nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprechend dargelegt.
- 11 Nach § 160 Abs 2 Nr 3 SGG ist die Revision zuzulassen, wenn ein Verfahrensmangel geltend gemacht wird, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann; der Verfahrensmangel kann indessen nicht auf eine Verletzung von § 109 SGG und § 128 Abs 1 Satz 1 SGG (Grundsatz der freien richterlichen Beweiswürdigung) und auf eine Verletzung des § 103 SGG (Amtsermittlungsgrundsatz) nur gestützt werden, wenn er sich auf einen Beweisantrag bezieht, dem das LSG ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist. Um einen Verfahrensmangel in diesem Sinne geltend zu machen, müssen die Umstände bezeichnet werden, die den entscheidungserheblichen Mangel ergeben sollen (vgl zB BSG SozR 1500 § 160a Nr 14, 26, 36). Das geschieht nicht.
- 12 Die Beschwerdebegründung vom 20.8.2007 rügt unter II die Verletzung des § 128 Abs 1 Satz 2 SGG, weil das LSG-Urteil den Anforderungen an die Begründungspflicht "insbesondere



hinsichtlich der Frage, ob am 26.8.2002 und am 9.10.2002 eine unaufschiebbare Leistung iS von § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V vorgelegen habe, nicht gerecht" werde: Der Hausarzt Dr. S. habe eine derartige Aussage nicht getroffen, sondern am 26.8.2002 eine Einweisung für eine chemotherapeutische Behandlung begleitend zur radiologischen Behandlung ausgestellt; am 10.9.2003 habe der Arzt Atemnot, Beschwerden im Oberbauch und Schmerzen im Rücken diagnostiziert. Dr. H. habe auf gerichtliche Anforderung hin ua Äußerungen in ähnliche Richtung gemacht. Gleichwohl würden beide ärztliche Stellungnahmen in den Entscheidungsgründen des SG und des LSG mit keinem Wort erwähnt, sondern nur einseitig zu Lasten des Versicherten zitiert. Das LSG erkläre die Stellungnahme von Dr. H. für unbeachtlich, weil in einem Notfall bereits auf dem Weg zur Einlieferung zu entscheiden sei, welches Krankenhaus die Notfallbehandlung schnellstmöglich durchführen könne; dies möge bei Krankentransporten durch ausgebildetes Personal möglich sein, nicht aber, wenn Angehörige den Versicherten transportierten. Es könne auch nicht gesagt werden, dass die Klinik Dr. H. am 26.8.2002 zur Behandlung des Notfalls angefahren worden sei, weil dem Versicherten die Schwere der Erkrankung gar nicht bewusst gewesen sei.

- 13 Dieser Vortrag ist schon nach dem eigenen Vorbringen ersichtlich nicht auf die Rüge bezogen, dass eine Urteilsbegründung des LSG gänzlich fehle, sondern vielmehr darauf, dass das LSG die vorhandenen Beweismittel und beweiserheblichen Umstände in einem anderen Sinne hätte gewichten und würdigen müssen als in den Entscheidungsgründen des Urteils geschehen. Denn das LSG hat - im Wesentlichen unter Bezugnahme auf das erstinstanzliche Urteil - sehr wohl ausführlich zu der Frage Stellung genommen, weshalb es von unaufschiebbaren Behandlungen nicht ausgegangen ist. Wie dargelegt, kann aber die Rüge einer Verletzung des Grundsatzes der freien richterlichen Beweiswürdigung nicht Gegenstand einer zur Revisionszulassung führenden Verfahrensrüge nach § 160 Abs 2 Nr 3 SGG sein. Im Übrigen ist ein Gericht regelmäßig nur verpflichtet, die Ausführungen von Prozessbeteiligten zur Kenntnis zu nehmen und bei seiner Entscheidung in Erwägung zu ziehen; es verhält sich erst dann verfahrensfehlerhaft, wenn sich klar ergibt, dass das Vorbringen eines Beteiligten entweder überhaupt nicht zur Kenntnis genommen oder bei der Entscheidung gar nicht erwogen worden ist (vgl zB BSG, Beschluss vom 25.2.1997 - 12 BK 17/96; BVerfGE 65, 293, 295, 296 mwN = SozR 1100 Art 103 Nr 5). Ein Gericht muss sich in seinem Urteil dagegen nicht mit jedem Beteiligtenvorbringen auseinandersetzen, wenn sich aus der Entscheidung zweifelsfrei ergibt, dass das Gericht das Vorbringen auch ohne ausdrückliche Erwähnung für unerheblich gehalten hat (vgl Meyer-Ladewig in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 136 RdNr 7a mwN). So verhält es sich hier. Im Tatbestandsteil des LSG-Urteils werden nämlich die vom SG eingeholten Auskünfte von Dr. H. und Dr. S. zitiert und das Urteil geht in der Wiedergabe des SG-Urteils darauf ein; dass es nicht zu einer Würdigung gekommen ist, die mit derjenigen der Klägerin übereinstimmt, kann einen im hiesigen Verfahren rechtserheblichen Mangel nicht begründen. Darauf, ob das LSG den Rechtsstreit zutreffend



entschieden hat, kommt es nicht an; das Verfahren der Nichtzulassungsbeschwerde dient nicht dazu, die von einem Beschwerdeführer angezweifelte inhaltliche Richtigkeit des LSG-Urteils nochmals allgemein überprüfen zu lassen (*vgl BSG SozR 1500 § 160a Nr 7*).

- 14 3. Von einer weiteren Begründung sieht der Senat analog § 160a Abs 4 Satz 3 SGG ab.
- 15 4. Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

