

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 12 KR 68/10 B

L 4 KR 347/09 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 20 KR 295/08 (SG Hildesheim)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

Deutsche Angestellten-Krankenkasse,
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts hat am 18. Januar 2011 durch
den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. Voelzke sowie die Richter
Dr. Bernsdorff und Dr. Mecke
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 26. Juli 2010 wird als unzulässig
verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



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



Gründe :

- 1 Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V pflichtversichert ist.
- 2 Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 26.7.2010 ist in entsprechender Anwendung von § 169 Satz 2 und 3 SGG als unzulässig zu verwerfen. Der Kläger hat in der Begründung des Rechtsmittels entgegen § 160a Abs 2 Satz 3 SGG keinen Zulassungsgrund hinreichend dargelegt oder bezeichnet.
- 3 Das BSG darf gemäß § 160 Abs 2 SGG die Revision gegen eine Entscheidung des LSG nur dann zulassen, wenn
 - die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat (Nr 1) oder
 - das angefochtene Urteil von der höchstrichterlichen Rechtsprechung abweicht (Nr 2) oder
 - bestimmte Verfahrensmängel geltend gemacht werden (Nr 3).
- 4 Der Kläger beruft sich allein auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG). Hierzu muss die Beschwerdebegründung ausführen, welche Rechtsfrage sich ernsthaft stellt, deren Klärung über den zu entscheidenden Einzelfall hinaus aus Gründen der Rechtseinheit oder Rechtsfortbildung im allgemeinen Interesse erforderlich (Klärungsbedürftigkeit) und deren Klärung durch das Revisionsgericht zu erwarten (Klärungsfähigkeit) ist (BSG SozR 1500 § 160a Nr 60 und 65; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 16 mwN - stRspr; BVerwG NJW 1999, 304; vgl auch BVerfG SozR 3-1500 § 160a Nr 7). Die Beschwerdebegründung hat deshalb auszuführen, inwiefern die Rechtsfrage nach dem Stand von Rechtsprechung und Lehre nicht ohne Weiteres zu beantworten ist, und den Schritt darzustellen, den das Revisionsgericht zur Klärung der Rechtsfrage im allgemeinen Interesse vornehmen soll (BSG SozR 1500 § 160a Nr 31). Für die Darlegung einer verfassungsrechtlichen Frage gilt nichts anderes.
- 5 Der Kläger hat auf Seite 3 seiner Beschwerdebegründung die Frage formuliert:

"Sollten trotz des Auffangtatbestandes in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V generell alle privat Krankenversicherten ausgeschlossen werden, d.h. unabhängig vom Zeitpunkt des Abschlusses der privaten Krankenversicherung, unabhängig vom jeweiligen Tarif und unabhängig davon, ob z.B. eine freiwillige Versicherung ausgeschlossen war?"
- 6 Zur Erläuterung seiner Frage hat er darauf hingewiesen, dass, bei einer Selbstbeteiligung von 5200 Euro im Jahr noch von einer "Voll"-Versicherung auszugehen, fraglich sei, und es nicht "nachvollziehbar" und "schlüssig" sei, bei unzureichender privater Krankenversicherung über



die Sozialhilfe die Allgemeinheit mit den Kosten zu belasten statt wie bei "Nichtvorsorgenden" die Versichertengemeinschaft oder die Krankenkasse.

- 7 Die Klärungsbedürftigkeit der aufgeworfenen Frage ist damit nicht in der gebotenen Weise dargelegt. Zunächst geht der Kläger auf Seite 2 seiner Beschwerdebegründung - mit dem Berufungsgericht - selbst davon aus, dass der Versicherungspflichttatbestand des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V (schon deshalb) nicht erfüllt ist, weil ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall vorliegt. Er begründet diese Aussage auch (zutreffend) damit, dass es dem Gesetzgeber insbesondere darum gegangen sei, nicht Krankenversicherte aufzufangen. Wenn der Kläger dann auf Seite 3 seiner Beschwerdebegründung seine zuvor geäußerte Auffassung wieder in Zweifel zieht (... Frage, ob hier tatsächlich noch von einer "Voll"-Versicherung ausgegangen werden kann ...), ist die Klärungsbedürftigkeit weiter zu begründen. Ergeben sich hinsichtlich der Klärungsbedürftigkeit der Rechtsfrage Zweifel, muss die Beschwerde im Einzelnen dartun, in welchem Umfang, von welcher Seite und aus welchen Gründen ihre Beantwortung umstritten ist. Der Kläger hätte also seine Ansicht aus dem Zweck der Vorschrift, der Entstehungsgeschichte und dem (systematischen) Gesamtzusammenhang, in den § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V gestellt ist, herleiten müssen. In diesem Zusammenhang wäre weiter auf das mit der Einführung der Auffang-Versicherungspflicht verfolgte Ziel, sich aus den Konkretisierungen des § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V in § 5 Abs 8a SGB V ergebende Auslegungsgesichtspunkte, das Schrifttum und die hier vertretenen Auffassungen und die zu § 5 Abs 1 Nr 13 SGB V bereits vorliegende Rechtsprechung des Senats (*etwa Urteil vom 27.1.2010 - B 12 KR 2/09 R - SozR 4-2500 § 5 Nr 10*) einzugehen gewesen. Der Kläger hätte sich beispielsweise auch damit auseinandersetzen müssen, wie etwa - im Zusammenhang mit der Ausgangsfrage - beihilfeberechtigte Personen behandelt werden, die über keine ergänzende Krankheitskostenversicherung für den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenanteil verfügen (*vgl § 6 Abs 3 Satz 1 SGB V*).
- 8 Soweit der Kläger auf Seite 2 f seiner Beschwerdebegründung sinngemäß eine verfassungsrechtliche Frage aufwirft, ist auch deren Klärungsbedürftigkeit nicht in der gebotenen Weise dargelegt. Der Kläger hätte unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG dartun müssen, woraus sich im konkreten Fall die Verfassungswidrigkeit ergibt (*vgl BSGE 40, 158 = SozR 1500 § 160a Nr 11*). So hat der Kläger bei seiner Rüge eines Gleichheitsverstoßes mit den "nicht Krankenversicherten" eine Vergleichsgruppe benannt und erörtert, worin er die für die Benachteiligung gegenüber dieser Gruppe wesentlichen Sachverhaltsmerkmale erblickt. Er hat jedoch nicht dargetan, warum der Gesetzgeber, der bei der Abgrenzung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtigen Personenkreise über eine große Gestaltungsfreiheit verfügt, bei der von ihm beklagten Benachteiligung der von ihm repräsentierten Personengruppe die äußersten Grenzen dieser Gestaltungsfreiheit verfassungsrechtlich erheblich überschritten und dadurch nicht etwa nur sozialpolitisch eine unbefriedigende Situation herbeigeführt habe. Der Hinweis des Klägers



darauf, dass er jedenfalls "vorgesorgt" habe, während andere bewusst auf eine Absicherung verzichtet hätten, reicht insoweit nicht.

- 9 Von einer weiteren Begründung sieht der Senat ab, weil sie nicht geeignet ist, zur Klärung der Voraussetzungen der Revisionszulassung beizutragen (§ 160a Abs 4 Satz 2 Halbs 2 SGG).
- 10 Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung von § 193 SGG.

