

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 10/07 B

L 5 KR 110/06 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 13 KR 70/04 (SG Speyer)

1.,

2.,

Klägerinnen und Beschwerdeführerinnen,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 20. Juli 2007 durch den
Vorsitzenden Richter Dr. H a m b ü c h e n sowie die Richter S c h r i e v e r
und Dr. S c h ü t z e
beschlossen:

Die Beschwerden der Klägerinnen gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 22. März 2007 werden 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 :

I

- 1 Die 1975 geborene Klägerin zu 2) und die 1977 geborene Klägerin zu 1) sind Geschwister. Sie leiden an der autosomal-rezessiven erblichen Erkrankung "Ataxia teleangiectatica" (Louis-Bar-Syndrom). Von der beklagten Krankenkasse beehrten die Klägerinnen im Berufungsverfahren jeweils Kostenerstattung für selbst beschaffte BEMER-Magnetfeldtherapie-Geräte, die Befreiung von Zuzahlungen für das Jahr 2004, die Feststellung der Wahl der Kostenerstattung statt der Sachleistungen ab 1.1.2004 sowie die Kostenerstattung für selbst beschaffte medizinische Leistungen aus den Jahren 2001 bis 2003 (einschließlich Fahr- und Kopierkosten). Die Klägerin zu 2) beehrte ferner Kostenerstattung für ein selbst beschafftes Bewegungstrainingsgerät der Marke "MOTomed Viva 2"; die Klägerin zu 1) verlangte zusätzlich Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Therapieliege. Die Klagen waren in den Vorinstanzen ohne Erfolg. Gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz (LSG) vom 22.3.2007 richteten sich die Beschwerden der Klägerinnen.

II

- 2 Die Nichtzulassungsbeschwerden sind unzulässig, weil sie nicht in der durch die §§ 160 Abs 2 und 160a Abs 2 Satz 3 SGG normierten Form begründet worden sind. Sie sind deshalb ohne Zuziehung ehrenamtlicher Richter zu verwerfen (§§ 160a Abs 4 Satz 2 iVm 169 SGG). Die Klägerinnen weisen zwar auf Zulassungsgründe hin, die in § 160 Abs 2 SGG aufgeführt sind. Sie behaupten, die Rechtssache habe aus verschiedenen Gründen grundsätzliche Bedeutung iS des § 160 Abs 2 Nr 1 SGG und das angegriffene Urteil beruhe auf einem Verfahrensfehler iS des § 160 Abs 2 Nr 3 SGG.
- 3 Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) verlangt § 160a Abs 2 Satz 3 SGG, dass diese Zulassungsgründe schlüssig dargetan werden: Zur Begründung der Grundsätzlichkeit der Rechtssache muss erläutert werden, dass und warum in dem angestrebten Revisionsverfahren eine Rechtsfrage erheblich sein würde, die über den Einzelfall hinaus allgemeine Bedeutung hat (vgl. *BVerfG SozR 1500 § 160a Nr 44*; *BSG SozR 1500 § 160a Nr 39*). Eine vorschriftsmäßig begründete Verfahrensrüge liegt nur dann vor, wenn die sie begründenden Tatsachen im Einzelnen angegeben sind und in sich verständlich den behaupteten Verfahrensfehler ergeben (vgl. *BSG SozR 1500 § 160a Nr 14*). Diese Erfordernisse betreffen die gesetzliche Form iS des § 169 Satz 1 SGG (vgl. *BVerfG SozR 1500 § 160a Nr 48*); ihre Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall jedoch nicht erfüllt.
- 4 1) Die Klägerinnen machen als Verfahrensfehler die aus ihrer Sicht rechtswidrige Begrenzung der Redezeit ihres als Prozessbevollmächtigter auftretenden Vaters auf zunächst 34 Minuten

(12.26 bis 12.41 Uhr und 13.06 bis 13.25 Uhr) und den Entzug des Wortes nach weiteren 5 Minuten Redezeit (13.30 Uhr) geltend. Das LSG habe dadurch gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör nach § 62 SGG in diesem umfangreichen und rechtlich komplizierten Verfahren verstoßen. Ohne diesen Verfahrensfehler hätte das LSG der Berufung stattgeben müssen.

- 5 Mit dieser Behauptung ist ein Verfahrensmangel aber nicht formgerecht dargelegt worden. Bei einer Begrenzung der Redezeit in der mündlichen Verhandlung ist der Anspruch auf rechtliches Gehör nicht verletzt, wenn dem Betroffenen ausreichend Zeit zum mündlichen Vortrag eingeräumt worden war (*BVerwG NJW 1962, 124; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 62 RdNr 6 h*). Angesichts einer hier gewährten Redezeit von insgesamt 39 Minuten und des Umstandes, dass die Klägerinnen in den Vorinstanzen ausführlich in Schriftsätzen zur Sache vorgetragen hatten, wobei die Berufungsbegründung allein schon 38 Seiten umfasste, hätte zur Verdeutlichung der Rechtswidrigkeit der Redezeitbegrenzung vorgetragen werden müssen, welche neue und in den Schriftsätzen noch nicht enthaltene entscheidungserhebliche Tatsachenbehauptung oder welches neue rechtliche Argument nicht mehr vorgetragen und deshalb vom LSG bei der Entscheidungsfindung nicht berücksichtigt werden konnte. Dies ist nicht geschehen. Deshalb ist die behauptete Versagung des Anspruchs auf ausreichendes rechtliches Gehör nicht nachvollziehbar dargelegt worden.
- 6 2) Auch der Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache ist nicht formgerecht dargelegt worden.
- 7 a) Hinsichtlich der begehrten Kostenerstattung für die BEMER-Magnetfeldtherapie-Geräte bemängeln die Klägerinnen, die vom LSG herangezogenen Gründe für die Zurückweisung der Berufung würden "der gesetzlichen Systematik und der Tragweite des SGB IX nicht gerecht".
- 8 aa) Die Klägerinnen bezeichnen schon nicht mit hinreichender Klarheit, was sie insoweit als Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung geltend machen wollen. Eine Prüfung der Voraussetzung der Revisionszulassung nach § 160 Abs 2 Nr 1 SGG ist nur möglich, wenn die Rechtsfrage, deren Klärung in einem Revisionsverfahren angestrebt wird, in der Begründung klar formuliert wird (*BSGE 40, 158 = SozR 1500 § 160a Nr 11; Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Aufl 2005, Kapitel IX RdNr 181; Meyer-Ladewig in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, aaO, § 160a RdNr 14a und 14b*). Dies ist nicht geschehen. Die Klägerinnen bemängeln lediglich, dass das Urteil des LSG gegen die Koordinations- und Beratungspflichten der Rehabilitationsträger nach den §§ 8 Abs 1, 10 Abs 1, 12 und 14 SGB IX verstoße und nicht den allgemeinen "Grundsatz vernünftigen Handelns", der sich aus § 8 Abs 1 SGB IX ableiten lasse, berücksichtige. Damit rügen sie aber nur die unrichtige Rechtsanwendung im Einzelfall, ohne jedoch eine konkrete Rechtsfrage von über diesen Einzelfall hinausgehender Bedeutung zu formulieren.



- 9 bb) Zudem fehlen substantiierte Ausführungen zur Entscheidungserheblichkeit einer etwaigen Rechtsfrage, denn es wird nicht verdeutlicht, wie die behaupteten Rechtsverletzungen des LSG zu einem Kostenerstattungsanspruch wegen eines selbst beschafften Hilfsmittels (§ 33 SGB V) führen könnten. Der allgemeine "Grundsatz vernünftigen Handelns" mag zwar "auch jenseits rechtlicher Bindungen sinngemäß anzuwenden" sein, wie die Klägerinnen unter Hinweis auf eine Literaturmeinung vortragen, es wird aber nicht nachvollziehbar ausgeführt, wie dieses Prinzip schon aus sich heraus einen Rehabilitationsträger dazu verpflichten könnte, die Kosten für ein selbst beschafftes Hilfsmittel zu erstatten, ohne dass die in speziellen Vorschriften geregelten Voraussetzungen für eine Kostenerstattung erfüllt sein müssten.
- 10 b) Die Klägerinnen machen ferner geltend, der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6.12.2005 (1 BvR 347/98 - BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5 = NJW 2006, 891) gebiete aus ihrer Sicht nicht nur eine grundrechtsorientierte Auslegung aller materiell-rechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts, sondern auch aller verfahrensrechtlichen Vorschriften. Jedenfalls dürfe mit Rücksicht auf das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art 2 Abs 2 GG) bei lebensbedrohlichen Erkrankungen ein Kostenerstattungsanspruch nicht an "formalen Gesichtspunkten" scheitern.
- 11 Damit haben die Klägerinnen zwar eine grundsätzliche Rechtsfrage formuliert, es fehlt jedoch an der Darlegung der Klärungsbedürftigkeit dieser Frage. Sie gehen nicht auf die Frage ein, weshalb sich der notwendige Grundrechtsschutz nicht bereits aus der Regelung des § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V selbst ergeben soll, wonach ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse besteht, wenn eine notwendige "unaufschiebbare Leistung" nicht rechtzeitig erbracht werden kann, woraufhin der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft (Fall 1), und andernfalls eine Kostenerstattung davon abhängt, dass die Krankenkasse eine beantragte Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Fall 2). Weshalb diese differenzierende gesetzliche Regelung auf die berechtigten Interessen der Versicherten in Notlagen, die insbesondere bei lebensbedrohlichen Erkrankungen auftreten können, nicht hinreichend Rücksicht nimmt und zu unzumutbaren Ergebnissen führt, wird nicht nachvollziehbar dargelegt.
- 12 c) Soweit die Klägerinnen den Zahlungsanspruch auf § 9 Abs 2 Satz 1 SGB IX stützen, machen sie als grundsätzliche Rechtsfrage geltend, weder sachlich noch rechtlich setze die dort vorgeschriebene Prüfung der voraussichtlichen Gleichwertigkeit der Geldleistung mit der Sachleistung zur Teilhabe durch den Rehabilitationsträger voraus, dass dieser vor der Beschaffung eines Hilfsmittels durch den Versicherten bereits mit dem Antrag befasst gewesen sei. Die Prognoseentscheidung sei vielmehr lediglich vor der Entscheidung über den Antrag auf Geldleistung anstelle der Sachleistung zu treffen.
- 13 Damit ist die Klärungsbedürftigkeit dieser Frage aber nicht hinreichend dargetan. Die Klägerinnen setzen sich nicht mit dem Regelungsgehalt des § 9 Abs 2 Satz 1 SGB IX auseinander, der



unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf eine Geldleistung des Rehabilitationsträgers statt einer - grundsätzlich vorrangigen - Sachleistung zur Teilhabe gewährt und damit das Wahlrecht des Versicherten (§ 33 SGB I) im Vorfeld einer Leistungsgewährung konkretisiert. § 9 Abs 2 Satz 1 SGB IX sieht eine Geldleistung als Alternative zur Sachleistung vor, nicht aber einen Kostenerstattungsanspruch als Ausgleich für eine außerhalb eines solchen Wahlrechts selbst beschaffte Leistung, um den es hier geht.

- 14 d) Soweit die Klägerin zu 2) hinsichtlich des von ihr begehrten Bewegungstrainingsgeräts auf die Ausführungen zum Kostenerstattungsanspruch wegen des BEMER-Magnetfeldtherapie-Geräts verweist, ist die Beschwerde aus vorgenannten Gründen unzulässig. Die Darlegungen genügen nicht den nach § 160a Abs 2 Satz 3 SGG erforderlichen formellen Anforderungen.
- 15 e) Die Klägerin zu 2) wirft zudem die Rechtsfrage auf, ob ein Kostenerstattungsanspruch nach § 15 Abs 1 SGB IX stets an der fehlenden Fristsetzung nach § 15 Abs 1 Satz 2, 2. Alternative SGB IX scheitere - auch ohne Rücksicht auf mangelnden Leistungswillen der Krankenkasse. Auch hier fehlt es wiederum an der Darlegung der Klärungsbedürftigkeit dieser Frage. Die Klägerin zu 2) legt nicht dar, weshalb sich diese Frage nicht bereits aus dem Gesetzeswortlaut (§ 15 Abs 1 Satz 2 und 3 SGB IX) und aus der Rechtsprechung zur Parallelvorschrift des § 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V ohne Weiteres beantworten lässt. Nach § 15 Abs 1 Satz 3 SGB IX ist ein Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen nur verpflichtet, wenn sich ein Leistungsberechtigter "nach Ablauf der Frist" eine erforderliche Leistung selbst beschafft hat.
- 16 f) Soweit die Klägerin zu 1) eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen (§ 62 SGB V) begehrt und die unterbliebene Weitergabe des Befreiungsantrages an das Sozialamt (§ 14 SGB IX) bemängelt, hat sie - insbesondere mit Blick auf die Verfassungsmäßigkeit des § 62 SGB V - die Rechtsfrage aufgeworfen, ob auch bei einem Behinderten, der an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet und dauernder ärztlicher Behandlung bedarf, nach seinen aus Art 2 Abs 2 Satz 1 GG geschützten verfassungsmäßigen Rechten nicht ebenfalls das Vorliegen eines Härtefalls bei der Bestimmung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen unter Berücksichtigung eines behinderungsbedingten Mehraufwandes geltend gemacht werden kann. Sie geht jedoch nicht darauf ein, dass die Absenkung der Zuzahlungspflicht von 2 % auf 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen (Belastungsgrenze) für chronisch Kranke bereits eine gesetzliche Härtefallregelung zur Verringerung des krankheits- oder behinderungsbedingten Mehraufwandes darstellt und in ihrem Falle ohnehin nur 296 Euro von ihren monatlichen Gesamteinnahmen aus Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (538,79 Euro) und ergänzender Grundversicherung (zwischen 174,41 Euro und 186,58 Euro) als monatliche Bruttoeinnahmen berücksichtigt worden sind (§ 62 Abs 2 SGB V). Daher wird nicht nachvollziehbar dargelegt, weshalb verfassungsrechtlich eine weitere Absenkung oder gar eine Streichung der - hier ohnehin nur mit



monatlich 2,96 Euro (jährlich 35,52 Euro) zu Buche schlagenden - Zuzahlungspflicht geboten sein könnte.

- 17 3) Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG in entsprechender Anwendung.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)