

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 32/07 B

L 1 KR 34/07 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 6 KR 164/04 (SG Braunschweig)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen - Direktion -,
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 12. Juni 2008 durch den Vorsitzenden Richter Dr. H a m b ü c h e n , die Richter S c h r i e v e r und Dr. S c h ü t z e sowie den ehrenamtlichen Richter H e r r m a n n y und die ehrenamtliche Richterin Dr. P i c k e r beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 27. September 2007 wird zurückgewiesen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



Gründe :

I

- 1 Streitig ist eine Leihgebühr für die Versorgung mit einer Schulterbewegungsschiene als Hilfsmittel nach § 33 SGB V.
- 2 Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger unterzog sich am 30.10.2003 einer ambulanten Schulteroperation und wurde am nachfolgenden Tag auf Veranlassung des operierenden Arztes von einem Sanitätshaus mit einer Schulterbewegungsschiene versorgt. Darüber stellte der Arzt im Nachhinein eine Verordnung aus, die das Sanitätshaus anschließend mit einem Kostenvoranschlag in Höhe von 401,94 Euro zur Genehmigung bei der Beklagten einreichte. Diese lehnte die Kostenübernahme mit Schreiben vom 10.12.2003 an das Sanitätshaus ab, weil sie die Versorgung nicht für erforderlich hielt, und sandte eine Zweitschrift an den Kläger. Nach Aufforderung des Sanitätshauses zahlte der Kläger 231 Euro an dieses und erhob bei der Beklagten Widerspruch gegen die Ablehnung der Kostenübernahme, den diese mit Widerspruchsbescheid vom 19.5.2004 zurückwies. Das Sozialgericht hat der hiergegen gerichteten Klage stattgegeben, die angefochtenen Bescheide der Beklagten aufgehoben und diese verurteilt, dem Kläger Zug um Zug gegen Abtretung eines Anspruchs gegen das Sanitätshaus 231 Euro zu zahlen (*Urteil vom 21.11.2006*). Das Landessozialgericht (LSG) hat das erstinstanzliche Urteil geändert und die Klage abgewiesen (*Urteil vom 27.9.2007*): Der Kläger habe keinen Zahlungsanspruch gegen die beklagte Krankenkasse. § 13 Abs 3 SGB V greife nicht ein, wenn eine Leistung - wie hier - als Sachleistung entgegen genommen worden sei. Auch ein Freistellungsanspruch bestehe nicht, weil zwischen Kläger und Sanitätshaus kein Vertrag bestanden habe. Aus Sicht beider Seiten habe die Versorgung eine Sachleistung dargestellt. Deshalb müsse der Rechtsstreit unmittelbar im Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse austragen werden; eine Leistungspflicht des Versicherten bestehe nicht.
- 3 Mit seiner Beschwerde wendet sich der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG und beruft sich auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache.

II

- 4 Es kann offen bleiben, ob die Nichtzulassungsbeschwerde den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG genügt, denn sie ist jedenfalls unbegründet.
- 5 1. Der Kläger macht geltend, die angegriffene Entscheidung betreffe eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG). Zur Darlegung dieses Zulassungsgrundes hat er eine grundsätzliche Rechtsfrage formuliert und behauptet, dass sie über den Einzelfall



hinausgehende Bedeutung besitze (*BSGE 40, 158 = SozR 1500 § 160a Nr 11 und SozR 1500 § 160a Nr 39*) und dass sie klärungsbedürftig sowie klärungsfähig sei (*BSG SozR 1500 § 160a Nr 13 und 65*), sie also im Falle der Revisionszulassung entscheidungserheblich wäre (*BSG SozR 1500 § 160a Nr 54*). Allerdings fehlt es in der Regel an der Klärungsbedürftigkeit einer Rechtsfrage, wenn diese höchstrichterlich bereits entschieden ist (*BSG SozR 1500 § 160 Nr 51, § 160a Nr 13 und 65; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8*) oder sich ihre Beantwortung eindeutig aus dem Gesetz ergibt (*Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 5. Aufl 2008, IX. Kap RdNr 66 mwN*). So liegt es hier.

- 6 Der Kläger sieht es als grundsätzlich klärungsbedürftig an, "ob ein Versicherter einen Erstattungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse für den Fall hat, dass er eine an ihn gerichtete Rechnung eines Leistungserbringers beglichen hat, nachdem die Krankenkasse den Kostenerstattungsantrag des Versicherten abgelehnt hatte und der Versicherte insoweit davon ausgehen musste, zunächst selbst aus der Rechnung verpflichtet zu sein, da über seinen Widerspruch noch nicht entschieden war". Die Beantwortung dieser Frage ergibt sich aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu der für den geltend gemachten Anspruch ausschließlich in Betracht kommenden Vorschrift des § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V, ohne dass es noch der Durchführung eines weiteren Revisionsverfahrens zur Klärung offener grundsätzlicher Fragen bedarf.
- 7 a) § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (1. *Alternative*) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (2. *Alternative*) und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. In der Rechtsprechung des BSG ist geklärt, dass die Voraussetzungen der 1. Alternative des § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V nicht vorliegen, wenn es der Krankenkasse bei objektiver Betrachtungsweise nicht unmöglich war, die unaufschiebbare Leistung rechtzeitig zu erbringen (*vgl BSG, Urteil vom 2.11.2007 - B 1 KR 14/07 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen <RdNr 28 mwN>*). Ebenfalls in ständiger Rechtsprechung ist zur 2. Alternative des § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V entschieden, dass nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen muss und es daran fehlt, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (*vgl BSG SozR 3-2500 § 13 Nr 15 S 74 mwN; BSG SozR 3-2500 § 13 Nr 22 S 105 f; BSG SozR 4-2500 § 135 Nr 10; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 8 RdNr 23, 24; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 12 RdNr 10; BSG, Urteil vom 28.2.2008 - B 1 KR 15/07 R -, SozR 4-2500 § 13 Nr 16 <RdNr 13>*).



- 8 Mit dieser Rechtsprechung ist geklärt, dass ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V nicht besteht, wenn die Kostenbelastung des Versicherten nicht durch einen der Krankenkasse zurechenbaren Organisationsmangel - § 13 Abs 3 Satz 1, 1. Alt SGB V - oder eine rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse - § 13 Abs 3 Satz 1, 2. Alt SGB V - verursacht worden, sondern - wie hier - auf andere Umstände zurückzuführen ist. Davon ausgehend hat das BSG insbesondere auch entschieden, dass Unsicherheiten über die Vergütungsfähigkeit einer Leistung nicht in der Weise auf den Versicherten übergewälzt werden dürfen, dass dieser dem Leistungserbringer die Leistung bezahlt und den aufgewendeten Betrag im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V bei der Krankenkasse geltend macht (vgl. *BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 9 RdNr 26 ff mwN*; *BSG, Urteil vom 18.7.2006 - B 1 KR 9/05 R -*, *USK 2006-79*, und *Urteil vom 2.11.2007 - B 1 KR 14/07 R -*, zur Veröffentlichung in *BSGE und SozR 4 vorgesehen <RdNr 16>*). Zwar könnte nach dieser Rechtsprechung in Ausnahmefällen möglicherweise an eine wirksame Honorarvereinbarung zwischen Versichertem und Leistungserbringer zu denken sein, etwa wenn ein Versicherter vollständig über die Risiken aufgeklärt ist und einen solchen Vertrag in dem Bewusstsein eingeht, dass er eine entsprechende Leistung gleicher Qualität ohne eigene Kosten bei einem zugelassenen Behandler in Anspruch nehmen könnte (vgl. *BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 9 RdNr 27*; *Urteil vom 2.11.2007 aaO RdNr 18*), doch würde dies nicht dazu führen, auch einen entsprechenden Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse zu begründen.
- 9 b) Ausgehend davon wirft der vorliegende Sachverhalt keine grundsätzlich klärungsbedürftigen Rechtsfragen über die Reichweite des Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V auf. Der Kläger ist mit Kosten nicht deshalb belastet worden, weil er sich die Schulterbewegungsschiene nach einer der Krankenkasse zuzurechnenden Unfähigkeit zur rechtzeitigen Bereitstellung oder nach einer rechtswidrigen Leistungsablehnung selbst beschafft hat, sondern weil das Sanitätshaus das Zahlungsverlangen unter Verstoß gegen die für das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern maßgebenden Vorschriften an den Kläger selbst gerichtet und dieser deshalb angenommen hat, dem Sanitätshaus zur Zahlung verpflichtet zu sein. In dieser Situation bietet § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V, wie das LSG zutreffend entschieden hat, keine Rechtsgrundlage für Ansprüche im Verhältnis zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse. Ob die Krankenkasse für die Kosten einer Schulterbewegungsschiene aufzukommen hat, ist vielmehr ausschließlich im Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und Sanitätshaus zu klären, ohne dass der Versicherte selbst mit Zahlungsansprüchen hätte belastet werden dürfen.
- 10 2. Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

