

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 33/07 B

L 5 KR 246/06 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 7 KR 31/04 (SG Speyer)

.....

Klägerin und Beschwerdeführerin,

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 24. April 2008 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 Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 6. September 2007 wird als unzulässig
verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



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



Gründe :

I

- 1 Die Klägerin begehrt von der beklagten Krankenkasse, deren Mitglied sie nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Rentner ist, die Erstattung der Kosten für einen im März 2003 selbst beschafften Rollstuhl nebst zwei speziellen Sitzkissen (3.892,01 Euro) sowie die Erstattung der dabei angefallenen - bisher nicht bezifferten - Fahrkosten. Die Klägerin, die an einer Ataxia teleangiectatica (Louis-Bar-Syndrom) leidet, stellte am 16.1.2003 bei der Stadt Kaiserslautern einen Antrag auf Versorgung mit einem Rollstuhl nebst passgerechtem Sitzkissen. Der neue Rollstuhl sollte den - nach ihren Angaben - nicht mehr geeigneten bisherigen Rollstuhl ersetzen. Diesen Antrag leitete die Stadt mit Schreiben vom 23.1.2003 an die Beklagte weiter, da diese für eine medizinische Rehabilitation vorrangig zuständig sei. Am 19.2.2003 legte die Klägerin der Stadt drei privatärztliche Verordnungen vom 13.2.2003 vor und beantragte erneut die "Übernahme der Kosten" für die von ihr auf ca 4.200 Euro veranschlagten Maßnahmen. Die Stadt leitete auch diesen Antrag und die privatärztlichen Verordnungen am 25.2.2003 an die Beklagte weiter. Gleichzeitig wies sie den Vater der Klägerin, der seine Tochter im damaligen Verfahren vertreten hatte, darauf hin, dass die Beklagte als Krankenkasse vorrangig zur Leistung verpflichtet und deshalb der Antrag zuständigkeitshalber an diese zur Entscheidung weitergeleitet worden sei. Am 5.3.2003 reichte die Beklagte den Antrag an die Stadt mit der Begründung zurück, ihre Zuständigkeit sei nicht gegeben, weil die Verordnungen privatärztlich und nicht vertragsärztlich ausgestellt seien. Außerdem sei die Klägerin bereits mit einem Rollstuhl versorgt. Mit Schreiben vom 7.5.2003 entgegnete die Stadt, sie halte die Beklagte nach § 14 SGB IX für zuständig. Auch wenn die Hilfsmittel auf einem Privatrezept verordnet worden seien, handele es sich dennoch um Hilfsmittel, die im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst seien. Die Klägerin beschaffte sich die Hilfsmittel bereits Ende März 2003 selbst (Rechnungen vom 25.3. und 2.4.2003). Am 16.12.2003 beantragte sie bei der Beklagten Kostenerstattung, wobei sie die beiden Rechnungen und zwei - auf den 13.2.2003 datierte - vertragsärztliche Verordnungen beifügte. Die Beklagte lehnte diesen Antrag ab (Bescheid vom 3.3.2004, Widerspruchsbescheid vom 4.4.2006).
- 2 Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 10.11.2006), das Landessozialgericht (LSG) die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 6.9.2007). Das LSG hat ausgeführt, eine Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V scheide aus, weil die Klägerin mit der Selbstbeschaffung nicht gewartet habe, bis die Beklagte über den Leistungsantrag entschieden habe. Erst durch den Bescheid der Beklagten vom 3.3.2004 sei eine Sachentscheidung erfolgt. Mit dem Schreiben an die Stadt Kaiserslautern vom 5.3.2003 habe die Beklagte lediglich darauf hingewiesen, sie halte sich für unzuständig, eine Sachentscheidung zu treffen, weil sich die Klägerin privatärztliche Verordnungen habe ausstellen lassen. Eine Kostenerstattung nach § 15



Abs 1 SGB IX komme nicht in Betracht, weil es die Klägerin vor der Selbstbeschaffung unterlassen habe, der Beklagten die nach § 15 Abs 1 Satz 2 und 3 SGB IX erforderliche Nachfrist zur Leistungsgewährung zu setzen.

- 3 Gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG richtet sich die Beschwerde der Klägerin. Das Rechtsmittel wird ausschließlich mit der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) begründet.

II

- 4 Die Beschwerde ist unzulässig, weil sie nicht in der durch die §§ 160 Abs 2 und 160a Abs 2 Satz 3 SGG festgelegten Form begründet worden ist. Sie ist deshalb nach § 160a Abs 4 Satz 1 iVm § 169 SGG ohne Zuziehung der ehrenamtlichen Richter zu verwerfen. Die Klägerin hat den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache nicht so formgerecht dargelegt, wie § 160a Abs 2 Satz 3 SGG dies verlangt.

- 5 1) 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*) und klärungsbedürftig (*BSG SozR 1500 § 160 Nr 17*) sowie klärungsfähig ist (*BSG SozR 1500 § 160 Nr 53*). Diese Erfordernisse betreffen die gesetzliche Form (*BVerfG SozR 1500 § 160a Nr 48*). Deren Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt.

- 6 2) Die Klägerin hat - sinngemäß - folgende zwei Rechtsfragen formuliert:
- a) Es sei zu klären, ob in einem von einem Rehabilitationsträger begonnenen Verfahren nach § 14 SGB IX nicht erst eine Sachentscheidung, sondern bereits die Entscheidung des nach § 14 Abs 1 Satz 2 SGB IX angegangenen Rehabilitationsträgers, er sei für die beantragte Leistung nicht zuständig, als eine zu Unrecht erfolgte Ablehnung der Leistung im Sinne des § 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX anzusehen sei, so dass diesem gegenüber auch ohne weitere Fristsetzung ein Erstattungsanspruch des Versicherten bestehe, wenn die Leistungsvoraussetzungen einer der in der konkreten Bedarfssituation in Betracht kommenden Rechtsgrundlagen gegeben seien. Entsprechendes gelte auch für den Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V
- b) Es sei zu klären, ob eine Fristsetzung nach § 15 SGB IX auch dann erforderlich sei, wenn der Rehabilitationsträger bereits im Verfahren nach § 14 SGB IX eindeutig zu erkennen gegeben habe, die ihm obliegende Leistung nicht erbringen zu wollen. In einem solchen Fall erscheine die Berufung auf das Erfordernis einer zusätzlichen Fristsetzung durch den Leistungsberechtigten als treuwidrig.



- 7 3) Damit hat die Klägerin zwar zwei über den Einzelfall hinaus interessierende Rechtsfragen aufgeworfen. Dies allein reicht indes zur formgerechten Darlegung des Zulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache nicht aus. Es mangelt hier an der notwendigen Darlegung der Klärungsbedürftigkeit und Klärungsfähigkeit dieser Rechtsfragen.
- 8 a) Die Klägerin setzt sich nicht damit auseinander, dass sie im Februar 2003 lediglich privatärztliche Verordnungen vorgelegt und erst im Dezember 2003 entsprechende vertragsärztliche Verordnungen nachgereicht hat. Es fehlte deshalb bis Dezember 2003 an der Verordnung der Hilfsmittel als Sachleistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (*zur Notwendigkeit einer solchen Verordnung bei - wie hier - im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Hilfsmitteln vgl Nr 8 und 24 ff der Hilfsmittel-Richtlinien sowie § 30 Abs 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte und § 16 Abs 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen*). Weshalb die Beklagte bei Erstellung ihres Schreibens vom 5.3.2003 davon hätte ausgehen müssen, die Klägerin wolle eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen, obwohl sie sich privatärztliche Hilfsmittelverordnungen hatte ausstellen lassen, wird in der Beschwerdebegründung nicht verdeutlicht. Es bleibt deshalb auch unklar, weshalb die Beklagte zuständig gewesen sein könnte, den Leistungsantrag unter allen denkbaren sozialversicherungsrechtlichen und sozialhilferechtlichen Gesichtspunkten nach § 14 SGB IX sachlich zu bescheiden, obgleich ihr diese Pflicht nur als Rehabilitationsträger (§ 6 Abs 1 Nr 1 iVm § 14 Abs 1 Satz 2 SGB IX) oblegen hätte, nach Vorlage der privatärztlichen Verordnungen aber erkennbar war, dass die Beklagte nicht in ihrer Funktion als gesetzliche Krankenkasse betroffen war und die Klägerin gegen die Weiterleitung der Anträge an die Beklagte sogar ausdrücklich Widerspruch bei der Stadt Kaiserslautern erhoben hatte (Schreiben vom 28.1.2003). Zudem ist nicht nachvollziehbar dargelegt, weshalb unter diesen Umständen das Schreiben der Beklagten vom 5.3.2003 als rechtswidrige Ablehnung eines Leistungsantrages nach § 33 SGB V oder wenigstens als einer ablehnenden Sachentscheidung zu § 33 SGB V gleichstehend anzusehen sein soll.
- 9 b) Ferner beschäftigt sich die Klägerin nicht damit, dass sie das Schreiben der Beklagten vom 5.3.2003, das an die Stadt Kaiserslautern gerichtet war, seinerzeit nicht zur Kenntnis übersandt bekommen hat. Das LSG hat eine solche Kenntnisgabe vor der Selbstbeschaffung der Hilfsmittel nicht festgestellt, und die Klägerin behauptet selbst, sich die Hilfsmittel beschafft zu haben, nachdem sie auf ihren Leistungsantrag von der Beklagten keine Reaktion erhalten habe und die Dreiwochenfrist des § 14 Abs 2 SGB IX abgelaufen gewesen sei (Schriftsatz vom 7.3.2004). Weshalb die Setzung einer angemessenen Nachfrist (§ 15 Abs 1 Satz 2 und 3 SGB IX) hier ausnahmsweise entbehrlich gewesen sein soll, obgleich ihr die ablehnende Haltung der Krankenkasse noch gar nicht bekannt war, hat die Klägerin nicht dargelegt.



- 10 4) Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)