

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 8 SO 25/09 B

L 1 SO 5/07 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 16 SO 73/05 (SG Speyer)

..... ,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

Oberbürgermeister der Stadt Kaiserslautern,
Willy-Brandt-Platz 1, 67657 Kaiserslautern,

Beklagter und Beschwerdegegner.

Der 8. Senat des Bundessozialgerichts hat am 31.3.2010 durch die
Richter Dr. Fichte -Vorsitzender-, Dr. Koloczek und Coseriu
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-
sozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 13.3.2009 wird als unzulässig verworfen.

Außergerichtliche Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe :

I

- 1 Im Streit sind (noch) die Kosten für eine von der Klägerin im Zeitraum vom 9.2. bis 4.5.2005 durchgeführten Hippotherapie in Höhe von 230 Euro.
- 2 Die Klägerin leidet an einem Louis-Bar-Syndrom. Bei ihr wurden ein Grad der Behinderung von 100 sowie die Nachteilsausgleiche "B", "G", "aG" und "H" festgestellt. Von der Pflegeversicherung wurde sie in die Pflegestufe II eingestuft. Ihren Antrag auf Erstattung der Kosten für eine privatärztlich verordnete Hippotherapie lehnte der Beklagte ab (*Bescheid vom 20.2.2006; Widerspruchsbescheid vom 20.12.2006*). Klage und Berufung sind ohne Erfolg geblieben (*Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 9.1.2007; Urteil des Landessozialgerichts <LSG> Rheinland-Pfalz vom 13.3.2009*). Zur Begründung seiner Entscheidung hat das LSG ausgeführt, die Voraussetzungen des § 15 Abs 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX) lägen nicht vor. Diese Vorschrift sehe Erstattungsansprüche bei selbst beschafften Leistungen (nur) vor, wenn sie unaufschiebbar oder zu Unrecht abgelehnt worden seien. Dabei müsse zwischen den Kosten für die selbst beschaffte Leistung und der Leistungsablehnung durch den Rehabilitationsträger ein Kausalzusammenhang bestehen. Beide Voraussetzungen seien vorliegend nicht erfüllt. Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für medizinische Leistungen komme weder nach § 54 Satz 1 noch nach Satz 2 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII) in Betracht, weil die Hippotherapie nicht den Katalogleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspreche. Auch eine Kostenübernahme nach § 55 Abs 2 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft), auf den § 54 Abs 1 Satz 1 SGB XII verweise, scheide trotz des offenen Leistungskatalogs ebenfalls aus, weil die Hippotherapie zu den medizinischen Leistungen zähle und deshalb gerade nicht unter den Anwendungsbereich des § 55 SGB IX falle. Ein Anspruch der nach § 5 Abs 1 Nr 11 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) als Rentenbezieherin pflichtversicherten Klägerin ergebe sich auch nicht aus § 48 SGB XII. Die sozialhilferechtliche Krankheitshilfe sei insoweit nur nachrangig zu erbringen.
- 3 Mit ihrer Beschwerde macht die Klägerin eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend. Zunächst ergebe sich die grundsätzliche Frage, ob der von § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V geforderte Kausalzusammenhang zwischen der Leistungsablehnung durch den Rehabilitationsträger und den Kosten für die selbst beschaffte Leistung auch von § 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX vorausgesetzt werde. Wenn von vornherein klar sei, dass der Leistungsträger nicht leisten werde, weil dies seiner ständigen Praxis entspreche, und wenn darüber hinaus in einem solchen Fall auf einen insoweit aussichtslosen Antrag auf die Leistung verzichtet werde, wäre es eine Förmerei, vom Betroffenen zu verlangen, zunächst eine Entscheidung des Rehabilitationsträgers abzuwarten. Daneben stelle sich die grundsätzliche Rechtsfrage, ob die



Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 - auch auf den Fall der nur mittelbaren Anwendung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung und damit des abschließenden Katalogs des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Anwendung finde. Dabei stellten sich folgende zwei Rechtsfragen:

- 4 "a) Kann die Entscheidung des BVerfG im Beschluss vom 6.12.2005 1 BvR 347/98 dahingehend ausgelegt werden, dass sie nur 'akut' lebensbedrohliche Notstandssituationen erfasst oder ist diese Entscheidung dahingehend auszulegen, dass auch die Fälle erfasst werden sollen, in denen Krankheitsbilder vorliegen, bei denen mit hohem Risiko ein tödlicher Verlauf jederzeit eintreten kann?
- 5 b) Ist die Entscheidung des BVerfG im Beschluss vom 6.12.2005 1 BvR 347/98 in Fällen einer Erkrankung am Louis-Bar-Syndrom (auch ataxia teleangiectatica) jedenfalls dann nach ihren Grundsätzen anwendbar, wenn die betreffenden Patienten die für diese Krankheit prognostizierte Lebenserwartung bereits überschritten haben?"
- 6 Schließlich stelle sich auch die grundsätzliche Rechtsfrage, ob in Fällen der medizinischen Rehabilitation für einen Leistungsanspruch einzig und allein auf den Katalog der Krankenversicherung zurückgegriffen werden könne, wie ihn der gemeinsame Bundesausschuss definiert habe. Wenn man allerdings die Hippotherapie nicht zum Leistungskatalog der Krankenkassen rechne, stelle sich die grundsätzliche Frage, ob Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX sich jeweils gegenseitig ausschließen und nicht auch eine Überschneidung möglich sei.

II

- 7 Die Klägerin ist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen Versäumung der Begründungsfrist des § 160a Abs 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu gewähren (§ 69 Abs 1 SGG). Die Nichtzulassungsbeschwerde ist aber unzulässig, weil der geltend gemachte Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) nicht in der erforderlichen Weise dargelegt ist (§ 160a Abs 2 Satz 3 SGG). Der Senat konnte daher über die Beschwerde ohne Zuziehung der ehrenamtlichen Richter gemäß § 160a Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGG iVm § 169 SGG entscheiden.
- 8 Grundsätzliche Bedeutung hat eine Rechtssache nur dann, wenn sie eine Rechtsfrage aufwirft, die - über den Einzelfall hinaus - aus Gründen der Rechtseinheit oder der Fortbildung des Rechts einer Klärung durch das Revisionsgericht bedürftig und fähig ist. Ein Beschwerdeführer muss daher anhand des anwendbaren Rechts sowie unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung aufzeigen, welche Fragen sich stellen, dass diese Rechtsfragen noch



nicht geklärt sind, weshalb eine Klärung der Fragen aus Gründen der Rechtseinheit oder der Fortbildung des Rechts erforderlich ist und dass das angestrebte Revisionsverfahren eine Klärung dieser Rechtsfragen erwarten lässt. Um seiner Darlegungspflicht zu genügen, muss ein Beschwerdeführer mithin eine konkrete Rechtsfrage aufwerfen, ihre (abstrakte) Klärungsbedürftigkeit, ihre (konkrete) Klärungsfähigkeit (= Entscheidungserheblichkeit) sowie die über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung der von ihm angestrebten Entscheidung (sog Breitenwirkung) darlegen (*zum Ganzen vgl BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 34 S 70 mwN*). Diesen Anforderungen wird die vorliegende Beschwerdebegründung nicht gerecht. Zwar formuliert die Klägerin verschiedene Rechtsfragen, versäumt es aber, deren Klärungsbedürftigkeit und Klärungsfähigkeit darzutun.

- 9 Hinsichtlich der Frage, ob in den Fällen des § 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX zwischen dem die Haftung des Rehabilitationsträgers begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen muss, hätte sich die Klägerin zur Darlegung der Klärungsbedürftigkeit mit der Rechtsprechung der Krankenversicherungssenate des Bundessozialgerichts (BSG) zum Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V und deren Entwicklung auseinandersetzen müssen. Dies gilt insbesondere deshalb, weil das BSG das Erfordernis einer ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse im Anwendungsbereich des § 13 Abs 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V ohne Ausnahme verlangt und seine frühere Rechtsprechung, der Versicherte brauche die Leistung dann nicht vorher zu beantragen, wenn von vornherein feststehe, dass die Krankenkasse sie ihm verweigern werde, ausdrücklich aufgegeben hat (BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 1 RdNr 13 mwN), so dass der Verweis der Klägerin auf die Entscheidung des BSG im 52. Band (*BSGE 52, 134*) fehlt. Aus der Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde ergeben sich auch sonst keine Anhaltspunkte, weshalb die Heranziehung der aktuellen Rechtsprechung des BSG zu § 13 Abs 3 SGB V für die Beurteilung eines Anspruchs nach § 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX ungeeignet sein soll. Dies gilt umso mehr, als § 13 Abs 2 Satz 2 SGB V für selbst beschaffte Leistungen der medizinischen Rehabilitation selbst auf § 15 SGB IX verweist und der erkennende Senat in seiner Entscheidung vom 9.12.2008 (*BSGE 102, 126 ff = SozR 4-3500 § 54 Nr 3*) die Voraussetzungen eines Anspruchs nach § 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX gerade unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG zu § 13 SGB V (*BSGE 73, 271, 274 = SozR 3-2500 § 13 Nr 4 S 13*) entwickelt hat. Insoweit kann für eine ordnungsgemäße Darlegung der grundsätzlichen Bedeutung nicht die bloße Behauptung genügen, in der Rechtsprechung sei "diese Fragestellung soweit ersichtlich bislang noch nicht geklärt worden".
- 10 Entsprechendes gilt für die weiteren im Zusammenhang mit der Rechtsprechung des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 - aufgeworfenen Rechtsfragen. Die Rechtsprechung des BVerfG betrifft den Maßstab für die Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung und seiner fachgerichtlichen Auslegung und Anwendung im Einzelfall. In diesem Zusammenhang spricht die Klägerin von einer "mittelbaren Anwendung



des Krankenversicherungsrechts im Rahmen des SGB XII" ohne im Einzelnen darzulegen, weshalb nicht bereits ein - vorrangiger - Anspruch nach dem SGB V besteht, wenn - wovon die Klägerin offensichtlich ausgeht - die Grundsätze des BVerfG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden. Auf entsprechende Ausführungen kann schon deshalb nicht verzichtet werden, weil die Klägerin nach den Feststellungen des LSG gesetzlich krankenversichert ist. Auch weitere Ausführungen zur Klärungsfähigkeit fehlen hier gänzlich. Die Aussage, die Rechtsprechung des BVerfG sei anzuwenden, genügt für sich allein nicht zur Darlegung der Klärungsfähigkeit; vielmehr sind die tatbestandlichen Voraussetzungen der Leistung anhand des materiellen Sozialhilferechts im Einzelnen aufzuzeigen, was die Klägerin allerdings unterlässt.

- 11 Gleiches gilt auch für ihre Ausführungen zu § 55 Abs 2 SGB IX. Zwar wirft die Klägerin die Frage auf, ob sich die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach § 55 SGB IX und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX gegenseitig ausschließen oder nicht auch eine Überschneidung möglich ist; sie behauptet aber nicht, dass diese Frage in der Rechtsprechung noch nicht geklärt sei. Sie behauptet lediglich, sie sei "in Rechtsprechung und Literatur noch nicht eindeutig beantwortet", versäumt es aber, sich mit der "nicht eindeutigen" Rechtsprechung auseinanderzusetzen, was angesichts der Entscheidung des Senats vom 19.5.2009 - B 8 SO 32/07 R - (*BSGE 103, 171 ff = SozR 4-3500 § 54 Nr 5; zur Petö-Block-Therapie nunmehr auch Urteil vom 29.9.2009 - B 8 SO 19/08 R - zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen*) erforderlich gewesen wäre, die das Verhältnis zwischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation auf der einen und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auf der anderen Seite betrifft. Die Klägerin hätte bei einer in der Rechtsprechung bislang "nicht eindeutig beantworteten" Rechtsfrage deshalb erläutern müssen, inwieweit über die genannte Entscheidung des 8. Senats hinaus noch ein weiterer Klärungsbedarf zu der aufgeworfenen Rechtsfrage besteht.
- 12 Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

