

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 8 SO 36/09 B

L 1 SO 19/07 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 16 SO 92/05 (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 22.3.2010 durch den
Vorsitzenden Richter E i c h e r sowie die Richter Dr. K o l o c z e k
und C o s e r i u
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 28.5.2009 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 7.5. bis 20.7.2005 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", "H" festgestellt. Von der Pflegeversicherung wurde sie in die Pflegestufe II eingestuft. Ihren Antrag auf Erstattung der Kosten für eine privatärztlich verordnete Hippotherapie lehnt der Beklagte ab (*Bescheide vom 10.8.2005 und 11.4.2006; Widerspruchsbescheide vom 14.6.2006 und 20.12.2006*). Klage und Berufung blieben ohne Erfolg (*Urteil des Sozialgerichts <SG> Speyer vom 17.4.2007; Urteil des Landesozialgerichts <LSG> Rheinland-Pfalz vom 28.5.2009*). 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 sähe Erstattungsansprüche bei selbst beschafften Leistungen (nur) vor, wenn sie unaufschiebbar oder zu Unrecht abgelehnt worden seien. Ungeachtet der Tatsache, dass die Klägerin vor Durchführung der Therapie keinen Antrag beim Beklagten gestellt habe, seien die Kosten für die begehrte Hippotherapie nicht nach § 54 Abs 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII) im Rahmen der Eingliederungshilfe übernahmefähig, weil die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen müssten, die Hippotherapie aber kein anerkanntes und verordnungsfähiges Heilmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sei. Eine Kostenübernahme nach § 55 Abs 2 SGB IX (Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft), auf den § 54 Abs 1 Satz 1 SGB XII auch 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.
- 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 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) geforderte Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) in gleicher Weise auch der Vorschrift des hier für die Hippotherapie anzuwendenden § 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX zu entnehmen sei. Auch stellten sich die weiteren grundsätzlichen Rechtsfragen, ob für die Anwendbarkeit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 - eine "akute" Lebensgefahr erforderlich sei, bei der der Tod zeitlich unmittelbar bevorstehe, oder ob eine "nahe" Lebensgefahr im Sinne eines naheliegenden, jederzeit möglichen Todesrisikos ausreichend sei und ob der Anwendungsbereich und die Auslegung dieser



Entscheidung sich auch auf Betroffene erstrecke, die am Louis-Bar-Syndrom leiden, insbesondere wenn sie die für diese Krankheit prognostizierte Lebenserwartung bereits überschritten hätten. Weiter grundsätzlich bedeutsam sei die 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 und ob der Gemeinsame Bundesausschuss überhaupt die Kompetenz besitze, den Begriff der medizinischen Rehabilitation und die sich daraus ergebenden Leistungsansprüche abschließend festzulegen. Wenn man die Hippotherapie nicht zum Leistungskatalog der Krankenkasse rechne, wie dies das LSG ausführe, sei der Schluss, eine Kostenübernahme komme dann auch nach § 55 Abs 2 SGB IX nicht in Betracht, keinesfalls zwingend. In diesem Zusammenhang stelle sich die grundsätzliche Rechtsfrage, ob sich 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 sei. Auch diese Frage bedürfe der Beantwortung in einem Revisionsverfahren, weil sie bislang in Rechtsprechung und Literatur noch nicht eindeutig beantwortet sei.

II

- 4 Die Nichtzulassungsbeschwerde ist unzulässig, weil der geltend gemachte Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung (§ 160a Abs 2 Nr 1 Sozialgerichtsgesetz <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.
- 5 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.



6 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 die Klägerin insbesondere darlegen müssen, dass diese Rechtsfrage höchstrichterlich noch nicht geklärt ist oder sich aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung keine ausreichenden Anhaltspunkte für ihre Beantwortung ergeben (*BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8 S 17 f*). Hierzu hätte sich die Klägerin mit der Entscheidung des 8. Senats vom 9.12.2008 (*BSGE 102, 126 ff = SozR 4-3500 § 54 Nr 3*) auseinandersetzen müssen, weil der Senat hier unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu § 13 SGB V (*BSGE 73, 271, 274 = SozR 3-2500 § 13 Nr 4 S 13*) die Voraussetzungen eines Anspruchs nach § 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX entwickelt hat. Vor Verneinung der Frage, ob die zu Erstattungsansprüchen nach § 13 SGB V vorliegende höchstrichterliche Rechtsprechung auch für die Beurteilung der hier aufgeworfenen Rechtsfrage heranzuziehen ist, hätte sich die Klägerin deshalb auch - was für die Darlegung der grundsätzlichen Bedeutung erforderlich gewesen wäre - mit der umfangreichen Rechtsprechung des BSG zu Erstattungsansprüchen nach § 13 SGB V auseinandersetzen und dabei darlegen müssen, weshalb die Heranziehung dieser Rechtsprechung für die Beurteilung eines Anspruchs nach § 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX ungeeignet ist. Dies gilt umso mehr, als § 13 Abs 3 Satz 2 SGB V für selbst beschaffte Leistungen der medizinischen Rehabilitation selbst auf § 15 SGB IX verweist. An einer solchen Auseinandersetzung fehlt es. Im Übrigen wird auch nicht deutlich, weshalb die aufgeworfene Frage klärungsfähig sein könnte. Die Klägerin selbst vertritt nach ihren Ausführungen die Auffassung, dass nach der Rechtsprechung des BVerfG jedenfalls in dem vorliegenden Fall die Kosten für die Hippotherapie als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen sind. Dann wäre es aber auch erforderlich gewesen darzulegen, dass die Klägerin selbst nicht krankenversichert ist und sich die Klage schon aus diesem Grund im Falle einer selbst beschafften Leistung ohne vorherige Leistungsablehnung nur gegen den Sozialhilfeträger, nicht jedoch (vorrangig) gegen die Krankenkasse richten kann.

7 Entsprechendes gilt für die weiteren im Zusammenhang mit der Rechtsprechung des BVerfG vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 (nicht 08 wie fälschlicherweise zitiert) - 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. Bevor die Klägerin die Frage erörtert, inwieweit Leistungen der Eingliederungshilfe durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 54 Abs 1 Satz 2 SGB XII begrenzt sind, hätte sie deshalb darlegen müssen, dass und warum im Hinblick auf die Rechtsprechung des BVerfG keine (vorrangige) Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Frage kommt, was sie allerdings gänzlich versäumt.



- 8 Soweit es schließlich die Ausführungen zu § 55 Abs 2 SGB IX betrifft, wirft die Klägerin zwar die Frage auf, ob sich 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 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 = 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.
- 9 Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)