

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluß in dem Rechtsstreit

Az: 1 BK 30/95

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozeßbevollmächtigte:

.....

g e g e n

AOK Rheinland-Pfalz, Regionaldirektion Germersheim,
Germersheim, Josef-Probst-Straße 1,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 24. Juli 1995
durch den Präsidenten Prof. Dr. R e i t e r , den Richter
K u m m e r und den Richter Dr. D r e h e r
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision
in dem Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 30. März
1995 wird als unzulässig verworfen.

Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten des
Beschwerdeverfahrens nicht zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

G r ü n d e :

Die Beschwerde des Klägers entspricht nicht der gesetzlich vorgeschriebenen Form. Nach § 160a Abs 2 Satz 3 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) muß in der Beschwerdebegründung einer der in § 160 Abs 2 SGG aufgezählten Revisionszulassungsgründe detailliert bezeichnet werden.

Wird die Beschwerde - wie hier - darauf gestützt, daß die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG), ist in der Beschwerdebegründung die zu entscheidende Rechtsfrage klar zu bezeichnen und anzugeben, weshalb die Klärung dieser Rechtsfrage grundsätzliche, über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung hat. Insbesondere muß der Beschwerdeführer darlegen, daß die Rechtssache klärungsbedürftig, also zweifelhaft, und klärungsfähig, mithin rechtserheblich, ist, so daß hierzu eine Entscheidung des Revisionsgerichts erwartet werden kann (vgl BSG SozR 1500 § 160 Nrn 39 und 53).

Der Senat kann offenlassen, ob sich aus der Beschwerde die in einem künftigen Revisionsverfahren zu entscheidenden Rechtsfragen klar genug ergeben. Der Kläger hat jedenfalls nur eine der Rechtsfragen ausdrücklich formuliert, im übrigen die vorinstanzliche Entscheidung angegriffen und geltend gemacht, Art 19 Abs 1b der EWG-Verordnung (EWG-VO) Nr 1408/71 sei nach dem auch im EG-Recht geltenden Gleichheitsgrundsatz und dem Grundsatz der Freizügigkeit entweder verfassungskonform auszulegen oder sie widerspreche den insoweit geltenden EG-Normen. Dies bedeute: Er, der Kläger, könne durch seinen Wohnsitz in einem anderen EG-Staat nicht schlechtergestellt werden, als wenn er in dem EG-Staat wohnte, in dem er krankenversicherungspflichtig einer Beschäftigung nachgehe. Würde er in Frankreich ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, müßten diese vom französischen Krankenversicherungsträger in vollem Umfang übernommen werden. Daraus läßt sich entnehmen: Das Bundessozialgericht (BSG) soll - nach Zulassung der Revision - prüfen, ob der Gleichheitssatz und der Grundsatz der Freizügigkeit zu einer Auslegung des Art 19 Abs 1 EWG-VO Nr 1408/71 zwingen, nach der ein Arbeitnehmer, der aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in Frankreich versichert ist, auch dann in seinem Wohnsitzland, der Bundesrepublik Deutschland, von dem hier zuständigen Versicherungsträger für die Inanspruchnahme nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte Kostenerstattung verlangen kann.

Selbst wenn man davon ausgeht, daß die Beschwerde die aufgeworfene Rechtsfrage in ausreichendem Maße bezeichnet hat, kann die Beschwerde nicht als zulässig angesehen werden, weil der Kläger es versäumt hat, die Klärungsbedürftigkeit der Rechtsfrage eingehend darzulegen. So fehlt in den Ausführungen ein Hinweis darauf, ob es bereits eine einschlägige höchstrichterliche Rechtsprechung zu Art 19 EWG-VO Nr 1408/71 gibt, ins-



besondere setzt sich die Beschwerde nicht mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 28. Juni 1978 - SozR 6050 Art 3 Nr 3 - auseinander. In dieser Entscheidung wird ua ausgeführt:

"Zwar verbieten die Art 7 und 48 EWG-Vertrag den Mitgliedstaaten, ihr Recht im Anwendungsbereich des Vertrages je nach der Staatsangehörigkeit der Betroffenen unterschiedlich anzuwenden, sie erfassen jedoch nicht Unterschiede in der Behandlung, die sich für die dem Gemeinschaftsrecht unterstehenden Personen aus Unterschieden zwischen den Rechtsordnungen der einzelnen Mitgliedstaaten ergeben, sofern diese Rechtsordnungen auf alle ihrer Herrschaft unterworfenen Personen nach objektiven Merkmalen und ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit der Betroffenen anwendbar sind. Indem sie jeden Träger auf die "für diesen geltenden Rechtsvorschriften" verweisen, halten sich Art 19 Abs 1 Buchst b und 22 Abs 1 Buchst a Ziff ii der EWG-VO Nr 1408/71 an den in den Art 7 und 48 EWG-Vertrag und in Art 3 Abs 1 der VO formulierten Grundsatz der Nichtdiskriminierung".

Sowohl aus dem Wortlaut des Art 19 Abs 1 EWG-VO Nr 1408/71 als auch aus der zitierten Entscheidung des EuGH ergibt sich eindeutig, daß grundsätzlich der zuständige Träger des Wohnsitzstaates die Leistungen nach dem für ihn geltenden Rechtsvorschriften zu erbringen hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Versicherungsträger des Staates, in dem die versicherungspflichtige Beschäftigung besteht, andere oder umfangreichere Leistungen zu erbringen hätte. Diese unterschiedliche Behandlung knüpft nicht an die unterschiedliche Staatsangehörigkeit an, sondern beruht allein darauf, daß die EWG-VO Nr 1408/71 die für den zuständigen Träger des Wohnorts geltenden Rechtsvorschriften für anwendbar erklärt. Hiergegen hat der Beschwerdeführer keine durchgreifenden Einwendungen erhoben, die zu einer erneuten Prüfung der schon vom EuGH im Zusammenhang mit Art 19 EWG-VO Nr 1408/71 entschiedenen Rechtsfragen Anlaß geben könnten.

Auch soweit die Beschwerde die Rechtsfrage aufwirft, ob nicht unter dem Gesichtspunkt einer ungerechtfertigten Bereicherung oder einer Geschäftsführung ohne Auftrag die beklagte Krankenkasse zum Ersatz der vom Kläger für die ärztliche Behandlung erbrachten Aufwendungen verpflichtet ist, genügen die Ausführungen nicht den formellen Anforderungen, weil der Beschwerdeführer auch insoweit nicht die Klärungsbedürftigkeit der Rechtsfrage ausreichend dargelegt hat. Zu der über Art 19 Abs 1 EWG-VO Nr 1408/71 hier anwendbaren Vorschrift des § 13 Abs 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) aF hat bereits der 4. Senat des BSG entschieden, daß diese Vorschrift nur dann eine Kostenerstattung zulasse, wenn der Krankenversicherungsträger einen Sach- oder Dienstleistungsanspruch nicht erfüllt habe. Die Vorschrift erlaube unter keinen Umständen eine Wahl zwischen der Naturalleistung und der Kostenerstattung (BSGE 73, 271, 274). Zur Darlegung der Klärungsbedürftigkeit hätte die Beschwerde sich auch hiermit auseinandersetzen und darlegen müssen, weshalb trotz der zitierten Entscheidung des BSG die Rechtsfrage klärungsbedürftig geblieben oder wieder klärungsbedürftig geworden ist (vgl dazu BFHE 97, 281, 284; BSG SozR 1500 § 160a Nr 13; Kummer, Die Nichtzulassungsbeschwerde, Köln 1990, RdNr 119).



Der Senat hat die danach nicht formgerechte und damit unzulässige Beschwerde in entsprechender Anwendung des § 169 SGG (BSG SozR 1500 § 160a Nrn 1 und 5; sa BVerfG SozR 1500 § 160 Nr 30) durch Beschluß ohne Zuziehung der ehrenamtlichen Richter verworfen.

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](#)