



Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Beschluss

L 16 KR 582/23

S 86 KR 770/21 Sozialgericht Hannover

In dem Rechtsstreit

A.

– Klägerin und Berufungsklägerin –

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte B.

gegen

C.

– Beklagte und Berufungsbeklagte –

hat der 16. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen am 29. Juli 2024 in Celle durch die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht D., die Richterin am Landessozialgericht E. und den Richter am Landessozialgericht F. beschlossen:

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgericht Hannover vom 6. November 2023 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt anteilige Kostenerstattung für eine Entwöhnungsbehandlung in einer Privatklinik.

Die 1958 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Bei ihr bestand eine langjährige Medikamentenabhängigkeit. Als keine Schlafmittel mehr rezeptiert wurden, beschaffte sie sich Medikamente über das Internet. Da die geordneten hochdosierten Medikamente in Deutschland keine Zulassung hatten, wurde durch den Zoll ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren eingeleitet. Im Zuge des Ermittlungsverfahrens erkannte die Klägerin ihre dringende Behandlungsbedürftigkeit. Mit Verordnung vom 10. Februar 2020 verordnete die Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie G. eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Entgiftung unter der Diagnose F13.2 Abhängigkeit von Hypnotika und Sedativa. Der Entzug sei ambulant zu riskant und nicht erfolgsversprechend. Die Klägerin sei seit 2016 in ambulanter nervenärztlicher Behandlung wegen Depression, Schlafstörungen, innerer Unruhe, Herzrasen und Suchtdruck.

Mit Schreiben vom 9. Dezember 2020 beantragte die Klägerin (vertreten durch ihren Ehemann) bei der Beklagten eine Kostenbeteiligung für die vollstationäre Behandlung in der H. Fachklinik I. ab Mitte Januar 2021 zum Tagessatz von 650,- Euro. Eine ambulante Behandlung sei aufgrund des Krankheitsbildes nicht ausreichend. Die J. (K.) habe zu lange Wartezeiten für einen stationären Termin. Geeignete Kliniken seien im Umkreis des Wohnortes nicht vorhanden.

Mit Bescheid vom 16. Dezember 2020 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Die H. Fachklinik I. sei eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag. Alternativ wäre eine Versorgung wohnortnah im L., im M. oder im N. möglich.

Mit Widerspruch vom 22. Dezember 2020 führte die Klägerin aus, das O. führe keine Entgiftung durch, das P. biete nur eine nicht ausreichende Behandlung für 5 Tage an und das N. habe bisher nicht geantwortet. Zudem legte sie das hausärztliche Attest vom 22. Dezember 2020 vor, in dem der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr Q. eine anteilige Kostenübernahme empfahl. Die von der Beklagten genannten Kliniken seien für die erforderliche Therapie nicht geeignet bzw. sei eine Behandlung nicht zeitnah möglich. Aus ärztlicher Sicht sollte die stationäre Therapie umgehend beginnen.

Unter dem 7. Januar 2021 verordnete Dr Q. Krankenhausbehandlung in der H. Fachklinik I. wegen Medikamentenabhängigkeit. Unter dem 24. Januar 2021 teilte die Klägerin mit, dass sie die stationäre Behandlung dort am 20. Januar 2021 begonnen habe.

Der von der Beklagten beauftragte Medizinische Dienst (MD) wies in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2021 darauf hin, dass ein aktueller psychiatrischer Befundbericht oder eine psychotherapeutische Stellungnahme nicht vorgelegt worden seien. Aus den vorliegenden Unterlagen könne eine vollstationäre Krankenhausbehandlungsindikation zur Entgiftung abgeleitet werden. Hinweise zur Durchführung einer Psychotherapie ergäben sich allerdings nicht. Die Einschätzung, dass bei langjährig bestehend übermittelter Sedativa-Abhängigkeit mit Krankenhausverordnung aus 2/2020 eine zeitnahe Entgiftung und stationäre psychotherapeutische Behandlung in 1/2021 erforderlich sei, für die es keine geeigneten Vertragskliniken gebe und dass es sich bei der vorgesehenen Privatklinik um die einzig geeignete Klinik handle, sei nicht nachvollziehbar. Empfohlen werde zeitnah und vor Durchführung der Entgiftungsbehandlung die Kontaktaufnahme zur regional ansässigen Suchtberatungsstelle sowie die Einleitung einer ambulanten psychotherapeutischen und fachpsychiatrischen Behandlung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27. April 2021 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Es sei ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu prüfen, da die Behandlung in der Privatklinik bereits durchgeführt worden sei. Die Beurteilung, ob eine selbstbeschaffte Leistung unaufschiebbar sei, sei ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen. Eine entsprechende Dringlichkeit sei den vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen.

Am 18. Mai 2021 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht (SG) Hannover erhoben und anteilige Kostenerstattung für die Behandlung in der H. Fachklinik I. in Höhe von 11.466,- Euro begehrt. Es sei eine kurzfristige Entgiftungsbehandlung medizinisch notwendig gewesen. Die Behandlung sei in der Zeit vom 20. Januar bis zum 3. März 2021 erfolgt zu einem Gesamtbetrag von 27.370,32 Euro. Zudem seien Laborkosten in Höhe von 494,03 Euro angefallen. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin vorgetragen, die Medikamentenabhängigkeit sei in ihrer Familie etwa Anfang November 2020 mit Beginn des Strafverfahrens „aufgeflogen“. Anfang Dezember 2020 habe sie sowohl die K. als auch das Krankenhaus in R. besucht und sei auf die Wartelisten gesetzt worden. Sie habe die von der Beklagten im Ablehnungsbescheid genannten Kliniken telefonisch bzw per E-Mail kontaktiert. Zu einer Suchtberatung habe sie vor dem Klinikaufenthalt keinen Kontakt gehabt. Allerdings sei sie im Dezember einmal bei einer Psychologin in S. gewesen.

Die Klägerin hat den Arztbrief der Neurologin G. vom 10. Dezember 2020 vorgelegt, die ihr die gewünschte fachärztliche Krankenhauseinweisung ausgestellt hat.

Mit Urteil vom 6. November 2023 hat das SG die Klage abgewiesen. Ein Kostenerstattungsanspruch könne sich nicht aus § 13 Abs 2 SGB V ergeben, da die Klägerin nicht das Kostenerstattungsverfahren gewählt habe. Die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V seien ebenfalls nicht erfüllt. Weder habe die Beklagte eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen können, noch habe sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt. Die Kammer sei davon überzeugt, dass die Klägerin bereits vor Antragstellung bei der Beklagten vorfestgelegt und auf eine Behandlung in der ausgewählten H. Fachklinik fixiert gewesen sei. Zum einen habe sie ihren Antrag vom 9. Dezember 2020 explizit auf eine Behandlung in dieser Klinik ausgerichtet. Zu diesem Zeitpunkt sei ihr bereits bewusst gewesen, dass es sich um eine Privatklinik handle. Bis zu diesem Zeitpunkt habe sie auch nur zu zwei Vertragskrankenhäusern Kontakt aufgenommen. Auch der behandelnde Hausarzt habe am 22. Dezember 2020 schriftlich erklärt, dass ein Termin zur stationären Aufnahme in der H. Fachklinik in Planung sei. Bereits im Widerspruchsschreiben vom 22. Dezember 2020 habe die Klägerin den Termin zur stationären Aufnahme mit dem 20. Januar 2021 angegeben. Bis zu diesem Zeitpunkt habe sie nach eigenem Vortrag noch keine Antwort des per E-Mail angefragten T. erhalten. Dennoch sei die stationäre Aufnahme in der H. Fachklinik bereits vereinbart gewesen. Auf der Verordnung der stationären Krankenhausbehandlung vom 7. Januar 2021 sei ausdrücklich die H. Fachklinik angegeben.

Gegen das ihr am 29. November 2023 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21. Dezember 2023 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Sie trägt vor, es könne auch eine Behandlung in Kliniken durchgeführt werden, mit denen kein Versorgungsvertrag bestünde, sofern vor Behandlungsbeginn eine Genehmigung für das Kostenerstattungsverfahren erteilt worden sei. Unzutreffend unterstelle das SG, die Klägerin habe das Kostenerstattungsverfahren nicht gewählt. Sie habe explizit eine anteilige Kostenerstattung beantragt, was schon sprachlich impliziere, dass um eine Kostenerstattung gebeten werde. Eine andere Vorgehensweise sei auch nicht möglich gewesen, da die Klinik auf unverzüglicher Zahlung bestanden habe. Dass ein gesondertes Kostenerstattungsverfahren hätte eingeleitet werden müssen, sei der Klägerin nicht bekannt gewesen und von der Beklagten auch niemals mitgeteilt worden.

Zudem verkenne das SG, dass die stationäre Behandlung unverzüglich habe begonnen werden müssen, um einen weiteren Gesundheitsschaden abzuwenden. Ein monatelanges Warten auf einen Behandlungsplatz sei der Klägerin nicht zumutbar gewesen. Ein sachlicher Grund für die Ablehnung der unverzüglichen Behandlung der Klägerin habe nicht bestanden. Gesetzlich Versicherte könnten in einer Privatklinik mit einer zumindest anteiligen Kostenbeteiligung aufgenommen werden, wenn eine Versorgung in gleicher Qualität wie in einem öffentlichen Krankenhaus gewährleistet sei. Insoweit habe der Gesetzgeber die Voraussetzungen in § 13 Abs 2 SGB

V geschaffen. Die vom SG zu Unrecht unterstellte Vorfestlegung auf die Privatklinik weise die Klägerin entschieden zurück. Sie habe sich erst für die Privatklinik entschieden, nachdem sie die K., das Krankenhaus R., das U. und die V. kontaktiert habe.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 6. November 2023 und den Bescheid der Beklagten vom 16. Dezember 2020 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. April 2021 aufzuheben und

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten für ihre stationäre Behandlung in der H. Fachklinik I. anteilig in Höhe von 11.466,- Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, dass sich auch aus dem Berufungsvortrag kein Anspruch auf Kostenerstattung ergebe. Kostenerstattung könne nach dem Gesetz für bestimmte Leistungsbereiche gewählt werden. Die Klägerin habe keine Wahl der Kostenerstattung für den stationären Bereich getroffen. Die kurzfristige medizinische Notwendigkeit der stationären Maßnahme habe der MD nicht bestätigt.

Die Beteiligten sind mit Verfügung vom 27. Februar 2024 zu einer Entscheidung im Beschlussverfahren nach § 153 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) angehört worden und hatten Gelegenheit zur Stellungnahme.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die Entscheidung konnte durch Beschluss gemäß § 153 Abs 4 SGG ergehen. Danach kann das Landessozialgericht, außer in den Fällen des § 105 Abs 2 Satz 1 SGG, die Berufung durch Beschluss zurückweisen, wenn es sie einstimmig für begründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Diese Voraussetzungen hält der Senat für erfüllt. Die Beteiligten müssen einer Entscheidung im Beschlussverfahren nicht zustimmen, sondern nur angehört werden (*Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG 14. Aufl, 2023, § 153 Rn 14*).

Die Berufung ist gemäß §§ 143 f SGG form- und fristgerecht eingelegt worden und auch im Übrigen zulässig. Der Senat hält die Berufung einstimmig für nicht begründet. Das Urteil des SG Hannover hält einer rechtlichen und tatsächlichen Überprüfung stand.

Das SG hat die maßgeblichen Rechtsgrundlagen herangezogen und zutreffend zur Anwendung gebracht. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils gemäß § 142 Abs 2 Satz 3 SGG Bezug genommen.

1. Nur ergänzend wird darauf hingewiesen, dass ein anteiliger Kostenerstattungsanspruch nicht auf § 13 Abs 2 SGB V gestützt werden kann. Aus den vorliegenden Unterlagen ergibt sich kein Hinweis, dass die Klägerin das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs 2 SGB V gewählt hat. Die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens ist in § 13 Abs 2 SGB V abschließend ausgeformt.

Gemäß § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen (§ 13 Abs 2 Satz 2 SGB V). Dabei ist eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen möglich (§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V). Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden (§ 13 Abs 2 Satz 12 SGB V). Das Wahlrecht, das durch eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung auszuüben ist, muss sich mindestens auf einen der in § 13 Abs 2 Satz 4 SGB V genannten Versorgungsbereiche beziehen (*vgl nur Schiffendecker in Kasseler Kommentar, Stand September 2021, § 13 Rn 23 f*). Ausgeschlossen ist die Beschränkung des Kostenerstattungsverfahrens auf eine konkrete Behandlungsmaßnahme (*LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 – L 11 KR 881/21 – Rn 29, juris*).

Die Klägerin hat eine Wahlerklärung für den stationären Versorgungsbereich im vorstehenden Sinne nicht abgegeben. Das hat sie im Berufungsverfahren auch eingeräumt. Der Antrag auf Kostenbeteiligung vom 9. Dezember 2020 bezog sich ausschließlich auf die (einzelne) stationäre therapeutische Behandlung in der H. Fachklinik I. in der Zeit ab Mitte Januar 2021 und nicht auf die grundsätzliche Wahl eines Kostenerstattungsverfahrens iSd § 13 Abs 2 SGG für den gesamten stationären Versorgungsbereich.

2. Legt sich der Versicherte von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer fest, besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V. Ein starkes Indiz für eine solche Vorfestlegung ist es, wenn ein Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten für eine konkrete, von der Versicherten selbst ausgesuchte nicht zugelassene Privatklinik gestellt wird für Krankheiten, deren Behandlung als Sachleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung ein alltäglicher Vorgang ist (*2. Leitsatz LSG Baden-Württemberg aaO*).

Die Unaufschiebbarkeit der sechswöchigen stationären Behandlung in der H. Fachklinik ist auch im Berufungsverfahren nicht dargelegt worden. Eine „Unaufschiebbarkeit“ im Sinne von § 13 Abs 3 Satz 1 Alternative 1 erscheint schon zweifelhaft, als die Verordnung von Krankenhausbehandlung vom 10. Februar 2020 („10.2.2020“) datiert. Selbst wenn bezüglich des Datums ein Schreibfehler vorliegen sollte und es statt „10.2.“ (Februar) richtigerweise „10. 12.“ (Dezember) heißen müsste, wäre die Unaufschiebbarkeit nicht belegt. Der MD hat in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2021 aus den Unterlagen eine eindeutige Indikation für die vollstationäre Krankenhausbehandlung *zur Entgiftung* abgeleitet. Diese hätte nach dem Widerspruchsvorbringen der Klägerin über 5 Tage im P. erfolgen können, was sie als unzureichend abgelehnt hat. Eine Indikation für die von der Klägerin im Verbund mit der Entgiftung begehrte vollstationäre Psychotherapie hat sich nach den plausiblen Ausführungen des MD aus den vorgelegten Unterlagen nicht ergeben. So ist weder ein aktueller psychiatrischer Befundbericht noch eine psychotherapeutische Stellungnahme für die Zeit vor der stationären Behandlung vorgelegt worden, Das ist auch im Berufungsverfahren nicht geschehen. Dem Vorbringen der Klägerin lässt sich vielmehr entnehmen, dass eine ambulante Psychotherapie im Vorfeld weder eingeleitet noch angestrebt worden ist. Trotz Empfehlung des MD hat sie auch keine Suchtberatungsstelle aufgesucht. Vor diesem Hintergrund war die Vernehmung des Ehemannes als Zeugen verzichtbar.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

Ein Grund, die Revision gem § 160 Abs 2 SGG zuzulassen, ist nicht ersichtlich.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Beschwerde als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Die Beschwerde muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Anschriften des Bundessozialgerichts:

bei Brief und Postkarte	bei Eilbrief, Paket und Päckchen
34114 Kassel	Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel
Telefax-Nummer:	
0561-3107475	

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,

6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem Sozialen Entschädigungsrecht oder der Menschen mit Behinderungen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen die Begründung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG).

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 SGG nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

D.

E.

F.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG).

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen**. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein. Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.