



LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN



IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

L 4 KR 477/11
S 3 KR 142/09 Sozialgericht Osnabrück

Verkündet am: 7. Oktober 2013

A.,

Justizangestellte

als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

In dem Rechtsstreit

B.

- Klägerin und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigter:
Rechtsanwalt C.

gegen

D.

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen auf die mündliche Verhandlung vom 7. Oktober 2013 in Celle durch den Richter am Landessozialgericht E. sowie die ehrenamtlichen Richter F. und G. für Recht erkannt:

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Gewährung einer Mammareduktionsplastik.

Die im Jahre 1964 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Bei einer Größe von 172 cm besteht ein Körpergewicht von 75 kg. Die Klägerin trägt einen BH der Größe 85 DD bzw. D.

Die Klägerin beantragte durch Vorlage eines Attestes des Brustzentrums Nord-Münsterland vom 28. November 2008 gegenüber der Beklagten die Gewährung einer Mammareduktionsplastik. In dem Attest wird ausgeführt, dass die Klägerin gegenüber dem untersuchenden Arzt Dr. H. über HWS- und Schulterbeschwerden berichtet habe, bezüglich derer sie seit längerer Zeit in orthopädischer Behandlung sei. Ein Eingriff sei medizinisch indiziert. Es sollte je Brust 450 Gramm entfernt werden. Beigefügt war ferner eine ärztliche Bescheinigung des Orthopäden und Chirotherapeuten I.. Dieser führte aus, dass die Klägerin seit mehreren Jahren an Schmerzen in der Cerviko-Thorakalregion mit Ausstrahlung in die Schultergelenke leide. Trotz intensiver Krankengymnastik und Eigentherapie habe keine längerfristige Beschwerdefreiheit erreicht werden können. Die Rückenstrecker und die Schultergürtelmuskulatur seien trotz intensiven Trainings zu schwach, um dem Brustgewicht entgegenzuwirken. Es käme immer wieder zu Fehlhaltungen. Eine Mammareduktionsplastik sei aus orthopädischer Sicht indiziert, um Folgeschäden und Fehlhaltungen zu vermeiden. Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung. Dieser führte nach persönlicher Untersuchung am 1. Februar 2009 durch Dr. J. aus, dass keine medizinische Indikation für die Brustverkleinerung gegeben sei. Es bestehe kein Missverhältnis zwischen Brustgröße und Körperstatur. Die geklagten Beschwerden seien durch das chronische HWS-Syndrom ausreichend begründet. Außerdem solle gegebenenfalls ein Ausschluss eines Karpaltunnelsyndroms geführt werden, da die Klägerin angegeben habe, rezidivierend unter Kribbelparästhesien in den Fingern/Händen zu leiden. Gestützt auf diese Feststellungen lehnte die Beklagte den Antrag durch Bescheid vom 12. Februar 2009 ab. Nach den Feststellungen des MDK sei eine medizinische Indikation für eine Brustverkleinerung nicht gegeben.

Die Klägerin erhob Widerspruch und trug vor, dass nach ihrem Eindruck ihre Beschwerden bei der Untersuchung durch den MDK nicht ernst genommen worden seien und ihre Individualität missachtet worden sei. Sie überreichte ferner eine weitere Bescheinigung des Orthopäden I. vom 4. März 2009, der insbesondere auf die Gefahr der Chronifizierung einer HWS-Symptomatik hinwies. Die Beklagte beauftragte erneut den MDK mit der Überprüfung. Nach neuerlicher körperlicher Untersuchung führte N. K. am 8. April 2009 aus, dass die vorhandenen Beschwerden in HWS und BWS ihre Ursache in den strukturellen Abweichungen der Wirbelsäule hätten. Es empfehle sich eine orthopädische Behandlung mit Krankengymnastik und gegebenenfalls geeignete sportliche Betätigung. Insgesamt befände sich die Brustgröße der Klägerin innerhalb der Norm. Ein Missverhältnis zwischen Brustgröße und Statur liege nicht vor, ebenso wenig eine Entstellung. Es bestehe keine medizinische Indikation zu einer operativen Verkleinerung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Juni 2009 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Es sei keine medizinische Indikation für einen Eingriff festzustellen. Ferner sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) bei der Krankenbehandlung auf die Krankheitsursache abzustellen. Es gäbe auch keine wissenschaftlichen Studien, die einen Zusammenhang zwischen Brustgröße einerseits und Rückenbeschwerden andererseits belegen würden.

Hiergegen hat die Klägerin am 2. Juli 2009 Klage vor dem Sozialgericht (SG) Osnabrück erhoben. Eine Mammareduktionsplastik sei erforderlich, da sie seit Jahren unter Rückenbeschwerden an der Halswirbelsäule und im Schulterbereich leide, wobei die Beschwerden auf die Brustgröße zurückzuführen seien. Trotz krankengymnastischer Behandlungen und eines selbst durchgeführten Sportprogramms im Fitness-Studio sei eine Beschwerdelinderung nicht möglich gewesen. Die behandelnden Ärzte Dr. H. und I. würden eine Brustverkleinerung für medizinisch erforderlich erachten.

Das SG hat zur Aufklärung des medizinischen Sachverhalts den Befundbericht des Orthopäden I. vom 27. April 2010 und des Internisten Dr. L. vom 3. Mai 2010 beigezogen.

Mit Gerichtsbescheid vom 1. September 2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Ein regelwidriger Körperzustand liege bezüglich der Brüste der Klägerin nicht vor. Eine bestehende Mammaptosis als solche sei nicht behandlungsbedürftig. Funktionelle Beeinträchtigungen lägen ebenfalls nicht vor. Ebenso wenig sei eine entstellende Wirkung festzustellen. Schließlich käme auch keine Leistungsbewilligung unter dem Gesichtspunkt orthopädischer Beschwerden in Betracht. Zum einen sei es so, dass bislang kein wissenschaftlicher Nachweis dafür vorliege, dass Rückenprobleme ihre Ursache im Brustgewicht haben könnten bzw. dass ein Zusammenhang zwischen Brustgröße und dem Auftreten von Wirbelsäulenbeschwerden bestehe. Außerdem sei nicht ersichtlich, dass eine Brustverkleinerung von jeweils 450 Gramm zu einer Beeinflussung der auf orthopädischem Fachgebiet liegenden Beschwerden führen könne. Darüber hinaus lasse sich aus den eingeholten Befundberichten auch entnehmen, dass die hauptsächlichen Faktoren für die Beschwerden der Klägerin in der bestehenden Hyperkyphose der Wirbelsäule und der zervikalen Hyperlordose liegen dürften.

Gegen den am 14. September 2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 14. Oktober 2011 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Sie begehrt nunmehr die Erstattung entstandener Kosten in Höhe von 4.014,-- Euro für die im Februar 2010 durchgeführte Reduktionsplastik. Seit der Operation seien die Beschwerden nicht mehr vorhanden. Nach ihrer Ansicht sei damit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Gewicht der Brust und dem Auftreten von Wirbelsäulenbeschwerden gegeben. Das chronische HWS-Syndrom sei durch die Brustgröße bedingt gewesen. Der Eingriff sei mithin medizinisch indiziert gewesen. Nach ihrer Ansicht hätte das SG ein medizinisches Gutachten einholen müssen. Sie hat den Operationsbericht des Dr. H. vorgelegt, wonach jeweils 220 bzw. 250 Gramm entfernt worden seien.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Osnabrück vom 1. September 2011 sowie den Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juni 2009 aufzuheben und

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin die Kosten für die Mammareduktionsplastik in Höhe von 4.014,-- Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Entscheidungen für zutreffend und schließt sich den dort genannten Gründen an. Das SG habe sich zutreffend auf die Gutachten des MDK gestützt und habe diese auch verwerten können. Verwunderlich sei, dass die Klägerin erstinstanzlich nicht vortragen habe, dass die Mammareduktionsplastik bereits am 15. Februar 2010 durchgeführt wurde. Hinzu komme, dass laut Operationsbericht lediglich 250 Gramm pro Seite entfernt worden seien, obwohl laut Antrag ca. 450 Gramm pro Seite entfernt werden sollten. Es sei daher noch unwahrscheinlicher, dass die Rückenprobleme ihre Ursache im Brustgewicht gehabt haben.

Der Senat hat zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts das Gutachten des Orthopäden Prof. Dr. M. vom 6. August 2010 eingeholt. Wegen der Einzelheiten wird auf Blatt 113 ff. der Akte verwiesen. Soweit es hierauf ankommt, wird in der Begründung im Einzelnen Bezug genommen.

Mit Beschluss vom 22. August 2013 hat der Senat die Entscheidung über die Berufung nach § 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) dem Berichterstatter übertragen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die der Entscheidung zugrunde gelegen hat.

Entscheidungsgründe

Die Berufung ist form- und fristgemäß eingelegt worden und auch im Übrigen zulässig.

Sie ist jedoch nicht begründet. Der Gerichtsbescheid des SG Osnabrück vom 1. September 2011 sowie der Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Juni 2009 sind rechtmäßig und halten der rechtlichen Überprüfung stand. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung selbst verauslagter Kosten für eine Mammareduktionsplastik.

Rechtsgrundlage für das Begehren der Klägerin ist – nachdem die Leistung bereits erbracht wurde - § 13 Abs. 3 SGB V in Fassung, die zur Zeit der Durchführung der Operation gültig war. Diese Vorschrift lautet:

Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (Alternative 1) oder hat sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt (Alternative 2) und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Hiernach handelt es sich bei der durchgeführten Mammareduktionsplastik – ganz offenkundig - nicht um eine unaufschiebbare Leistung nach § 13 Abs. 2, 1. Alt. SGB V im Sinne eines Notfalles. Denn ein Notfall liegt nach der Rechtsprechung des BSG nur vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Versicherten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 1. Februar 1995, Az.: 6 R Ka 9/94 in SozR 3-2500 § 76 Nr. 2). Dabei kommt es allein auf medizinische Gründe an (Wagner in: Krauskopf, SGB V, § 13 Rn. 25; Noftz in: Hauck/Noftz, SGB V, § 13 Rn. 49). Notfälle im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V werden von dem Tatbestandsmerkmal der Unaufschiebbarkeit erfasst (BSG v. 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 22).

Das Erkrankungsbild der Klägerin vermag die Voraussetzungen eines Notfalles nicht zu begründen, denn Nacken- und Rückenbeschwerden können zwar das Symptom einer behand-

lungsbedürftigen Krankheit darstellen, sie führen jedoch nicht zu einem vital-bedrohlichen Zustand, der eine sofortige ärztliche Notfallintervention erforderlich gemacht hätte. Das Erkrankungs- und Beschwerdebild hat sich vielmehr über einen längeren Zeitraum erstreckt und fortschreitend weiter entwickelt. Als ein unvermittelt auftretendes Akutereignis kann es nicht qualifiziert werden.

Auch die Voraussetzungen der 2. Alternative des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V liegen nicht vor, denn die Beklagte hat die Mammareduktionsplastik nicht zu Unrecht abgelehnt. Dabei geht der Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als der ursprüngliche Sachleistungsanspruch. Die Kasse hat die Leistung nämlich nur dann „zu Unrecht“ abgelehnt, wenn die einschlägigen materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt gewesen sind.

Gesetzlich Versicherte haben nach § 27 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach dieser Vorschrift setzt die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung eine "Krankheit" voraus (vgl. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 20. Juni 2007 – L 4 KR 153/05). Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung wird von dieser Definition ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender, Körper- oder Geisteszustand umschrieben, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht (vgl.: Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Oktober 2004 - B 1 KR 3/03 R). Soweit § 33 Abs. 1 SGB V eine "Behinderung" bzw. eine "drohende Behinderung" genügen lasse, um in Verbindung mit § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V einen Anspruch auf Krankenbehandlung auszulösen, sei nichts wesentlich anderes gemeint. Es werde lediglich ein anderer Akzent gesetzt. Indem § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V neben der Heilung ausdrücklich auch die Linderung von Krankheitsbeschwerden zu den möglichen Zielen einer Krankenbehandlung zähle, mache das Gesetz keinen prinzipiellen Unterschied zwischen Krankheiten im engeren Sinne, bei denen die Betonung auf dem regelmäßig nur vorübergehenden Charakter einer als überwindbar angesehenen Gesundheitsbeeinträchtigung liege, und Behinderungen, die als weitgehend unabänderlich vor allem unter dem Gesichtspunkt des Ausgleichs für eine dauerhaft regelwidrige Körperfunktion die Leistungspflicht begründen könnten (vgl.: Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Oktober 2004 - B 1 KR 3/03 R). Weiterhin setzt die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 12 SGB V bei einer im Einzelfall begehrten bestimmten Behandlung deren Zweckmäßigkeit voraus, womit die Behandlung objektiv ausgerichtet und auch hinreichend wirksam sein muss (vgl.: Höfler in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 12 SGB V Rn. 23 ff. m.w.N.). Erforderlich ist insoweit ein wissenschaftlich begründeter Nachweis der Wirksamkeit, der nur dann anzunehmen ist, wenn die Wirksamkeit bis zur Behandlungszeit in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen aufgrund wissenschaftlich einwandfrei

geführter Statistiken belegt ist (vgl.: Bundessozialgericht, Urteil vom 28. März 2000 - B 1 KR 11/98 R - und Urteil vom 5. Juli 1995 - 1 RK 6/95 -; Höfler in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 12 SGB V Rn. 28 m.w.N.).

Nach diesen Vorgaben ist nicht ersichtlich, dass die beidseitige Brustverkleinerung unter Berücksichtigung der Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit der in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen (§ 12 Abs. 1 SGB V) und der Eigenverantwortung der Versicherten (§ 2 Abs. 1 SGB V) von der Beklagten als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen gewesen wäre.

Aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen ergibt sich zunächst keine unmittelbare Erkrankung der Brüste, die eine Reduktion medizinisch indizieren würde. Es bestehen keine Hautveränderungen, die ausschließlich durch eine Mammareduktionsplastik therapierbar wären. Die behandelnden Ärzte der Klägerin sprechen insofern ausschließlich von einer Mammaptose und einer mäßigen Mammahypertrophie. Entzündliche Hautveränderungen werden nicht beschrieben. Ausgehend von dem Zustand der Brüste vor der durchgeführten Mammareduktionsplastik ergibt sich auch keine entstellende Wirkung, die eine Leistungspflicht der Krankenkasse nach sich ziehen könnte. So lassen sich aus der überreichten Fotodokumentation keine auffälligen Asymmetrien erkennen oder keine sonstigen erheblichen Normabweichungen, die im bekleideten Zustand einem Dritten ins Auge fallen und negative Empfindungen auslösen könnten. Denn wenn sich bereits aus der Fotodokumentation im unbekleideten Zustand kein auffälliges Erscheinungsbild ergibt, so gilt dies erst recht für das Erscheinungsbild in üblicher Alltagskleidung.

Eine medizinische Notwendigkeit in Form einer indirekten Krankenbehandlung zur Behandlung bestehender Wirbelsäulenbeschwerden ist ebenfalls nicht gegeben. Dies ergibt sich für das Gericht maßgeblich aus den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. M. vom 6. August 2012. Zusammenfassend lag bei der Patientin eine Mamma-Hyperplasie und Mammaptosis vor, die durchaus adäquat zur körperlichen Gesamtkonstitution der Patientin war. Gleichzeitig bestanden degenerative Veränderungen am unteren Halswirbelsäulenbereich sowie scheinbar eine Fehlhaltung der Hals- und Brustwirbelsäule, die durchaus mitverursacht sein konnte durch die Mammahypertrophie. Bei der stattgehabten Operation wurden allerdings nur geringe Gewichtsmengen im Verhältnis zur Brustgröße entfernt, die auch in Anbetracht der Körperstruktur der Patientin auch unter Würdigung der Tatsache, dass eine generelle Bindegewebslaxizität und Gelenksüberbeweglichkeit besteht, als eine geringe Entfernung von Mammagewebe kategorisiert werden kann. Nach Aussagen des behandelnden Chirurgen handelte es sich bei der Operation aus seiner Sicht auch klar um einen eher plas-

tisch chirurgischen als einen durch Achsorgan beziehungsweise Skelettbeschwerden verursachten Eingriff.

So ergibt sich aus den Ermittlungen des Sachverständigen sogar, dass das Reduktionsgewicht höchstens 220 Gramm pro Seite betragen hat. Bei der Operation ging es nach Auskunft des Operateurs eher um eine Straffung beider Brüste bei bestehender Mammaptosis, wobei die Indikation zur Operation als kosmetische Indikation zu werten war. Vor diesem Hintergrund führt der Sachverständige Prof. Dr. M. zutreffend aus, dass die durchgeführte Mammareduktionsplastik medizinisch nicht zwingend erforderlich war, um die Gesundheitsstörungen der Klägerin wesentlich zu lindern. Es besteht kein wissenschaftlicher Beweis für die Effektivität einer Mammareduktion bei Rückenbeschwerden. Das Gericht hat die Ausführungen des Gutachters überprüft und in eigener Würdigung nachvollziehen können. Die Ausführungen des Gutachters sind schlüssig und plausibel und insbesondere zu der Frage der medizinischen Indikation in sich stimmig.

Der Sachverhalt ist ausreichend aufgeklärt. Weitere Ermittlungen bedarf es nicht. Insbesondere ist nicht den von der Klägerin aufgeworfenen Ermittlungsanregungen nachzugehen, da es auf die dortigen Fragen rechtlich nicht ankommt. Warum die Beschwerden seit der Operation nach dem subjektiven Empfinden der Klägerin nicht mehr vorhanden sind, ist nicht entscheidend, da ex post keine medizinische Operationsindikation begründet werden kann, die ex ante erforderlich gewesen wäre. Ebenso wenig kommt es darauf an, über welche Zeit krankengymnastisches Aufbautraining für die Rückenstreckmuskulatur im Sinne einer Haltungsschulung zur Beschwerdelinderung sinnvoll sein könnte, da auch diese Frage nicht rückwirkend eine Operationsindikation begründen kann.

Hiernach kann die Berufung keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Ein gesetzlicher Grund zur Zulassung der Revision ist nicht gegeben (§ 160 Abs. 2 SGG).

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. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen. Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte). Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht" in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln ist. Die hierfür erforderliche Software kann über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de) lizenzfrei heruntergeladen werden. Dort können auch weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs 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 behinderten Menschen 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.

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 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. ERLÄUTERUNGEN ZUR PROZESSKOSTENHILFE

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen. Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. 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. Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln (s.o.). 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 beigefügt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

(RMB LSG Entscheidung ohne zugelassene Revision (Inland) Stand 4/2012)

E.