

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 108/09 B

L 9 KR 34/05 (LSG Berlin-Brandenburg)
S 36 KR 2334/03 *89 (SG Berlin)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Berlin - Die Gesundheitskasse,
Wilhelmstraße 1, 10963 Berlin,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 18. November 2009 durch den Präsidenten M a s u c h sowie den Richter Dr. K r e t s c h m e r und die Richterin Dr. B r a n d t s beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landesozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 30. April 2009 wird als unzulässig verworfen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird auf 6.280,71 Euro festgesetzt.



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



Gründe :

I

- 1 Die klagende Trägerin des Deutschen Herzzentrums B. ist mit ihrem Begehren auf restliche Vergütung (6.280,71 Euro) des dort vom 13. bis 24.12.2000 erfolgten stationären Aufenthalts (Legen eines koronaren Dreifachbypasses) des bei der beklagten AOK Versicherten D. W. in erster Instanz erfolgreich gewesen. Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Beklagten das sozialgerichtliche Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen: Die Beklagte habe die Vergütung für die Zeit vom 13. bis 17.12.2000 zu Recht abgelehnt, weil in dieser Zeit ein medizinisches Erfordernis für die stationäre Behandlung iS der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gefehlt habe. Ein solches Erfordernis könne nur durch Umstände begründet sein, die in der Person, dh im Gesundheitszustand, des zu behandelnden Versicherten lägen. Daran fehle es hier. Dass die Operation mehrmals habe verschoben werden müssen, habe an der besonderen Aufgabenstellung der Klägerin gelegen, die Notfallversorgung bei Organentnahmen in den Ländern Berlin und Brandenburg zu gewährleisten. Es obliege nicht den Gerichten, eine Operationsreihenfolge der Patienten festzulegen. Für eine Risikozuweisung zur Klägerin spreche, dass sie größeren Einfluss auf die organisatorischen Auswirkungen habe, welche aus kurzfristig erfolgenden Organangeboten resultierten. Dagegen könne das Risiko nicht derjenigen Krankenkasse auferlegt werden, deren Versicherter zufällig von einer - hier sogar mehrfachen - durch diese Umstände bedingten Operationsverschiebung betroffen sei, sondern eher der gesamten Versichertengemeinschaft, welche ggf über höhere Vorhaltungskosten zu beteiligen sei (Urteil vom 30.4.2009).
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil.

II

- 3 Die Beschwerde der Klägerin ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGG iVm § 169 Satz 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung des geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes nach § 160 Abs 2 Nr 1 SGG.
- 4 Wer sich auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) beruft, muss eine Rechtsfrage formulieren und ausführen, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (vgl zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21



S 38; BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN). In diesem Sinne wirft die Beschwerdebegründung vom 21.9.2009 zwar folgende Frage auf:

"Ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten, der aufgenommen worden ist, damit eine Operation durchgeführt werden kann und dessen stationäre Behandlung bis zur Operation aufgrund seines Gesundheitszustandes erforderlich ist, gem. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch hinsichtlich des Zeitraums erforderlich, um den sich der operative Eingriff im Vergleich zur ursprünglichen Planung verschiebt, weil die personellen und räumlichen Operationskapazitäten durch Notfälle gebunden waren?"

- 5 Es wird indessen nicht hinreichend dargelegt, dass diese Frage klärungsbedürftig ist. Die Klärungsbedürftigkeit einer Rechtsfrage fehlt, wenn ihre zutreffende Beantwortung nach dem Inhalt der maßgeblichen Rechtsvorschriften bzw der dazu vorliegenden höchstrichterlichen Rechtsprechung keinem vernünftigen Zweifel (mehr) unterliegt (vgl zB BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6 und § 160a Nr 21 S 38), die Frage also "geklärt" ist. So verhält es sich hier. Nach den Feststellungen des LSG bedingte nicht der Gesundheitszustand des Versicherten den stationären Krankenhausaufenthalt vom 13. bis 17.12.2000, vielmehr waren Kapazitätsgrenzen des Krankenhauses der Klägerin dafür verantwortlich. Schon das LSG-Urteil verweist insoweit auf den thematisch einschlägigen Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 - GS 1/06 (BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10) und die anschließend ergangene, näher zitierte Rechtsprechung des 1. und 3. Senats des BSG (vgl dazu zB zuletzt, auch zur grundsätzlichen Geltung unter dem DRG-Vergütungssystem: BSG, Urteil vom 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R, RdNr 14 f, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorge-sehen). Nach dieser Rechtsprechung richtet sich die Frage, ob und in welchem Umfang einem Versicherten auf Kosten seiner Krankenkasse vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, "allein nach den medizinischen Erfordernissen", und es kommt hierfür auf den "Gesundheitszustand des Patienten" an (Großer Senat, aaO, vgl jeweils Leitsatz 1 und RdNr 15). Der Große Senat hat zudem ausführlich begründet, weshalb für eine Auslegung des § 39 Abs 1 SGB V, die seinen Anwendungsbereich auf andere als in diesem Sinne medizinisch begründete Behandlungsnotwendigkeiten erweitert, kein Raum ist (aaO, vgl jeweils RdNr 11 bis 26). Die Klägerin nimmt nicht in den Blick, dass diese Rechtsprechung nicht nur isoliert für die Abgrenzung hinsichtlich des Anspruchs von Versicherten auf stationäre oder ambulante Behandlung bedeutsam ist, sondern ebenso für den Anspruch auf stationäre Behandlung dem Grunde und der Dauer nach allgemein wie auch für den daran anknüpfenden Vergütungsanspruch eines Krankenhauses. Die Beschwerdebegründung legt auch nicht dar, dass die BSG-Rechtsprechung in Entscheidungen der Instanzgerichte oder in der Literatur auf nachhaltige Kritik gestoßen und deshalb erneut klärungsbedürftig geworden wäre (vgl zu diesem Gesichtspunkt allgemein zB Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 160 RdNr 8b mwN).



- 6 Von einer weiteren Begründung sieht der Senat analog § 160a Abs 4 Satz 2 Halbsatz 2 SGG ab.
- 7 Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 154 Abs 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung. Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm §§ 52 Abs 3, 63 Abs 2 Satz 1 Gerichtskostengesetz.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)