

# BUNDESSOZIALGERICHT



## Beschluss in dem Rechtsstreit

**Az: B 1 KR 117/12 B**

L 16 (5) KR 207/08 (LSG Nordrhein-Westfalen)  
S 9 KR 36/06 (SG Münster)

Landschaftsverband Westfalen-Lippe,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,  
Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 23. August 2013 durch den  
Präsidenten M a s u c h sowie den Richter Prof. Dr. H a u c k und  
die Richterin Dr. R o o s  
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-  
sozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 23. August 2012 wird als unzulässig verworfen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird auf 8304,84 Euro festgesetzt.



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



## Gründe:

### I

- 1 Der klagende Träger der W. Klinik M. , ist mit seinem Begehren, Vergütung der vollstationären Krankenhausbehandlung des bei der beklagten Krankenkasse versicherten L. K. in der Zeit vom 25.1. bis zu seinem Tod am 2.3.2005 in Höhe von 8304,84 Euro zu erhalten, bei der Beklagten und in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Das LSG hat zur Begründung ua ausgeführt, der Anspruch setze nach den Vorgaben des Großen Senats des BSG (*BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15*) ua Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit voraus. Der Versicherte habe nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme in der betroffenen Zeit keiner Krankenhausbehandlung bedurft. Es sei unerheblich, dass der erstinstanzlich gehörte Sachverständige die Unterbringung in einem Hospiz für notwendig erachtet habe. Es sei ohne Belang, ob die Beklagte die Unterbringung in einem Hospiz statt in einem Pflegeheim rechtswidrig abgelehnt habe. Das LSG habe den Sachverständigen hierzu auf den verspäteten Antrag des Klägers nicht anhören müssen (*Urteil vom 23.8.2012*).
- 2 Mit seiner Beschwerde wendet sich der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG.

### II

- 3 Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 S 1 Halbs 2 SGG iVm § 169 S 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 S 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung der geltend gemachten Revisionszulassungsgründe der grundsätzlichen Bedeutung und des Verfahrensfehlers.
- 4 1. Wer sich - wie hier der Kläger - auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) beruft, muss eine Rechtsfrage klar 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*).
- 5 Der Kläger formuliert als Fragen:
  1. "Ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten erforderlich, wenn die Krankenkasse die Übernahme der Kosten für die einzig in Betracht kommende Behandlungsalternative, im konkreten Fall die Übernahme der Kosten für eine Hospiz-Behandlung fehlerhaft bzw. rechtswidrig abgelehnt hat?"



- 6            2. "Ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten in einem solchen Fall insbesondere dann medizinisch erforderlich, wenn der Versicherte selbst nicht in der Lage ist, die fehlerhafte bzw. rechtswidrige Entscheidung der Krankenkasse rechtlich/gerichtlich überprüfen zu lassen?"
- 7            3. "Ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Versicherten in einem solchen Fall jedenfalls dann medizinisch erforderlich, wenn dem Versicherten bis zu einer Entscheidung über etwaige Rechtsmittel gegen die fehlerhafte bzw. rechtswidrige Entscheidung der Krankenkasse unwiederbringliche Nachteile entstehen?"
- 8            4. "Ist die Vereitelung der einzig in Betracht kommenden Behandlungsalternative zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung dem 'Fehlen alternativer Versorgungs- oder Unterbringungsmöglichkeiten' im Sinne des Beschlusses des Großen Senats des BSG vom 25.09.2007 gleichzustellen?"
- 9            5. "Ist die Vereitelung der einzig in Betracht kommenden Behandlungsalternative zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung als 'außermedizinischer Gesichtspunkt' im Sinne des Urteils des 3. Senats des BSG vom 10.04.2008 zu beurteilen, welcher die medizinische Erforderlichkeit der stattgefundenen Behandlung begründen kann?"
- 10           Soweit der Kläger Fragen nach der "medizinischen Erforderlichkeit" vollstationärer Krankenhausbehandlung formuliert (*Fragen 2., 3. und 5.*), handelt es sich nicht um Rechts-, sondern um Tatfragen: Dass vollstationäre Krankenhausbehandlung medizinisch erforderlich ist, ist durch Ermittlungen zu klären, etwa durch Sachverständige. Entscheidend ist insoweit, dass mit der Grundsatzrüge iS von § 160 Abs 2 Nr 1 SGG nur "Rechtsfragen" und nicht - wie hier - "Tatfragen" zur Überprüfung durch das Revisionsgericht gestellt werden können (*vgl zB BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 9 RdNr 5; zur Unterscheidung in der Rechtsprechungspraxis: Dreher in von Wulffen/Krasney, Festschrift 50 Jahre BSG, 2004, S 791, 793 ff mwN*).
- 11           Der Kläger legt hinsichtlich der Fragen 1. und 4., soweit er damit Rechtsfragen formuliert, jedenfalls den Klärungsbedarf nicht hinreichend dar. Das Bedürfnis für die Klärung einer Rechtsfrage fehlt, wenn ihre Beantwortung nach der dazu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung keinem vernünftigen Zweifel unterliegt, die Frage also "geklärt" ist (*vgl BSG SozR 1500 § 160 Nr 51 S 52 mwN; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8 S 17; BSG Beschluss vom 21.10.2010 - B 1 KR 96/10 B - RdNr 7 mwN*). Eine Rechtsfrage, über die bereits höchstrichterlich entschieden worden ist, kann dennoch klärungsbedürftig sein, wenn der Rechtsprechung in nicht geringfügigem Umfang widersprochen wird und gegen sie nicht von vornherein abwegige Einwendungen vorgebracht werden (*vgl zB BSG SozR 1500 § 160a Nr 13 S 19 mwN; BSG Beschluss vom 27.1.2012 - B 1 KR 47/11 B - Juris RdNr 4*), was im Rahmen der Beschwerde-



begründung ebenfalls darzulegen ist (vgl. zB BSG Beschluss vom 22.12.2010 - B 1 KR 100/10 B - Juris RdNr 7). Der Kläger legt nicht hinreichend dar, wieso mit Blick auf vorhandene höchstrichterliche Rechtsprechung noch Klärungsbedarf verblieben ist.

- 12 Der Große Senat hat für die Beurteilung der Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung klare Maßstäbe gesetzt. Er hat entschieden: Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung steht (BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15). Angesichts einer über mehrere Jahrzehnte unveränderten, im krankenversicherungsrechtlichen Schrifttum akzeptierten Rechtsprechung, die durch Fortschreibung des durch sie konkretisierten Rechtszustandes Eingang in das geltende Recht gefunden hat, ist für eine Auslegung des Gesetzes, die den Anwendungsbereich des § 39 Abs 1 SGB V auf andere als medizinisch begründete Behandlungsnotwendigkeiten erweitert, kein Raum (BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 26).
- 13 Der 3. Senat des BSG ist hiervon nicht abgewichen, sonst hätte er den Großen Senat anrufen müssen (vgl. § 41 Abs 2 SGG). Er hat entschieden: Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen; dieser Maßstab gilt auch für einen späteren Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, LS 2). Krankenhausbehandlung ist dabei grundsätzlich zielgerichtet iS von § 27 Abs 1 S 1 SGB V. Sie muss notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, und hierfür müssen "die besonderen Mittel eines Krankenhauses" erforderlich sein (BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 28). Das LSG hat zutreffend hierauf verwiesen und herausgestellt, dass scheinbar außermedizinische Gründe nur eine Bedeutung haben, soweit sie therapierelevant sind, also gerade letztlich eine medizinische Bedeutung haben. Anderenfalls wäre der 3. Senat von der zitierten Entscheidung des Großen Senats abgewichen, wovon nicht auszugehen ist.
- 14 Mit dieser aufgezeigten Rechtsprechung stimmt auch der erkennende 1. Senat überein. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse setzt danach insbesondere die objektive Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten nach allein medizinischen Erfordernissen voraus (stRspr., vgl. zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, LS 2). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Kranken-



pflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte zur Sicherstellung der ambulanten Behandlung einer Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung bedarf und eine dafür geeignete Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nicht zur Verfügung steht (*vgl BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 17*). Für die Beurteilung der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung kommt es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall und nicht auf eine abstrakte Betrachtung an (*vgl BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 20 mwN*).

- 15 Der Kläger legt nicht hinreichend dar, dass trotz dieser Rechtsprechung noch Klärungsbedarf verblieben ist. Auch der zitierte 3. Senat weist unter Bezug auf die Rechtsprechung des Großen Senats ausdrücklich darauf hin, dass mit dem Risiko fehlender Versorgungseinrichtungen nicht die Gesetzliche Krankenversicherung belastet werden darf, sondern vielmehr der Versicherte oder ggf der Sozialhilfeträger dieses Risiko zu tragen haben. Der Kläger beleuchtet nicht, wieso sich die Risikoverteilung nach dem gesetzlichen Regelungskonzept in Fällen rechtswidriger Verweigerung oder gar der Vereitelung anstelle von Krankenhausbehandlung erforderlicher Maßnahmen anders verhalten soll. Hierfür hätte umso mehr Anlass bestanden, als die Vorinstanz auf die nach der Rechtsordnung in Betracht kommenden Ansprüche des Versicherten und seine Rechtsschutzmöglichkeiten hingewiesen hat.
- 16 2. Der Kläger bezeichnet auch einen Verfahrensfehler nicht hinreichend. Nach § 160 Abs 2 Nr 3 SGG ist die Revision zuzulassen, wenn ein Verfahrensmangel geltend gemacht wird, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann; der Verfahrensmangel kann nicht auf eine Verletzung von § 109 SGG und § 128 Abs 1 S 1 SGG (Grundsatz der freien richterlichen Beweiswürdigung) und auf eine Verletzung des § 103 SGG (Amtsermittlungsgrundsatz) nur gestützt werden, wenn er sich auf einen Beweis Antrag bezieht, dem das LSG ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist. Um einen Verfahrensmangel in diesem Sinne geltend zu machen, müssen die Umstände bezeichnet werden, die den entscheidungserheblichen Mangel ergeben sollen (*vgl zB BSG SozR 1500 § 160a Nr 14, 24, 36*).
- 17 a) Der Kläger rügt, das LSG sei seinem Antrag, den Sachverständigen Dr. M. entweder mit einem ergänzenden Gutachten zu beauftragen oder ihn persönlich anzuhören, ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt. Er bezieht sich auf seinen zum Schluss der mündlichen Verhandlung zu Protokoll gestellten Antrag. Der Kläger legt aber nicht hinreichend dar, wieso die Begründung des LSG für die Ablehnung des Antrags unzureichend sein soll. Danach ist ein erst in der Berufungsinstanz gestellter Antrag auf Anhörung eines Sachverständigen, der bereits im erstinstanzlichen Verfahren das Gutachten erstellt hatte, gemäß § 118 Abs 1 SGG iVm § 411 Abs 4 S 1 ZPO als verspätet abzulehnen (*vgl BSG SozR 1750 § 411 Nr 2; BSG Beschluss vom 5.5.1998 - B 2 U 305/97 B - Juris RdNr 3*).



- 18 b) Der Kläger bezeichnet auch eine Verletzung rechtlichen Gehörs nicht ausreichend. Wer die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (§ 62 SGG, Art 103 Abs 1 GG, Art 47 Abs 2 Charta der Grundrechte der EU, Art 6 Abs 1 EMRK) rügt, muss hierzu ausführen, welchen erheblichen Vortrag das Gericht bei seiner Entscheidung nicht zur Kenntnis genommen hat, welches Vorbringen des Rechtsuchenden dadurch verhindert worden ist und inwiefern das Urteil auf diesem Sachverhalt beruht (vgl zB BSG SozR 1500 § 160a Nr 36; BSG Beschluss vom 10.3.2011 - B 1 KR 134/10 B - Juris RdNr 6 mwN). Die Beschwerdebegründung belegt, dass die vom Kläger beanstandeten Punkte Gegenstand der Entscheidung des LSG gewesen sind, wenngleich auch nicht in seinem Sinne. Wenn im Zuge der Erörterung des Sach- und Streitverhältnisses (§ 112 Abs 2 S 2 und Abs 4 SGG) mit den Beteiligten ein Rechtsgespräch - wie hier ein Vergleichsgespräch - durch den Berichterstatter geführt worden ist, sind damit keine Festlegungen verbunden, auf die sich die Beteiligten bei ihrer weiteren Prozessführung einstellen können (BSG SozR 4-1500 § 124 Nr 1 RdNr 8; BSG Beschluss vom 18.7.2011 - B 14 AS 86/11 B - Juris RdNr 7; BSG Beschluss vom 28.1.2013 - B 12 KR 21/12 B - Juris RdNr 6).
- 19 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, diejenige die über den Streitwert auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 und 3 GKG.



**JLaw – Gesetze und Urteile**  
Kostenlos  
Über 200 Gesetze  
Über 100.000 Urteile  
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)