

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 19/10 B

L 5 KR 92/08 (Schleswig-Holsteinisches LSG)
S 8 KR 333/06 (SG Lübeck)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

BARMER GEK,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 9. Juli 2010 durch
den Präsidenten M a s u c h sowie den Richter Dr. H a u c k und
die Richterinnen Dr. B r a n d t s
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 2009 wird als unzulässig
verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.



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



Gründe:

I

- 1 Die 1952 geborene, bei der beklagten Ersatzkasse (KK) versicherte Klägerin, bei der im August 2004 eine Bauchspeicheldrüsen- und Nierentransplantation durchgeführt wurde, ist mit ihrem Begehren, die Beklagte möge die Kosten für die Fahrten zu ambulant-ärztlichen Kontrollbehandlungen in der Charité Berlin und bei dem Nephrologen in Pinneberg auch über den 17.1.2005 hinaus übernehmen, in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Das LSG hat im Wesentlichen ausgeführt: Ein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten nach § 60 Abs 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 12 SGB V scheitere schon an der fehlenden vorherigen Genehmigung durch die Beklagte; im Übrigen seien aber auch die Voraussetzungen eines Ausnahmefalls nach den Krankentransportrichtlinien (*KrTransp-RL - BAnz Nr 18 S 1342*) nicht erfüllt. Insbesondere sei eine "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" iS von § 8 Abs 2 KrTransp-RL nicht gegeben. Im Anschluss an die Anforderungen, die das Urteil des BSG vom 28.7.2008 (*B 1 KR 27/07 R - SozR 4-2500 § 60 Nr 5*) aufgestellt habe, genüge die von der Klägerin angegebene Häufigkeit der Behandlungen im Verhältnis zur Behandlungsdauer nicht (*2005: 14 Fahrten, 2006 und 2007: Behandlungsfrequenz in einem Abstand von knapp sechs Wochen; 2008 und 2009: Behandlungsfrequenz im Abstand von 13 Wochen*). Aus § 115a Abs 2 Satz 4 SGB V könne die Klägerin keine Ansprüche herleiten, da diese Vorschrift nur die Beziehungen der Leistungserbringer regelt und dem Versicherten über § 60 Abs 2 Nr 4 SGB V hinaus keine Leistungsansprüche vermittele (*Urteil vom 10.12.2009*).
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil. Sie beruft sich auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache.

II

- 3 1. Die Beschwerde der Klägerin ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 1 Halbs 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 der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache nach § 160 Abs 2 Nr 1 SGG.
- 4 Wer sich auf diesen Zulassungsgrund 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; SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; siehe auch BSG SozR 3-2500 § 240*).



Nr 33 S 151 f mwN). Rechtsfragen sind in aller Regel nicht mehr klärungsbedürftig, wenn sie bereits von der höchststrichterlichen Rechtsprechung entschieden worden sind (vgl zB BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8 S 17; BSG SozR 1500 § 160 Nr 51 S 52 mwN). Nach diesem Maßstab hat die Klägerin die Erfordernisse der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache nicht hinreichend dargelegt.

- 5 Die Klägerin formuliert zwar die Rechtsfrage,
ob "die Nachsorge in einem Transplantationszentrum nach einer Organübertragung gem. § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes und die dortige entsprechende ärztliche nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs 2 Sz. 4 SGB V vergleichbar ist mit den Beispielen der Anlage 2 der Krankenhaustransportrichtlinien oder nicht".
- 6 Sie hat jedoch nicht hinreichend dargetan, dass diese Rechtsfrage trotz der bereits vorliegenden Rechtsprechung des BSG (vgl insbesondere BSG SozR 4-2500 § 60 Nr 5) noch klärungsbedürftig ist.
- 7 Das BSG hat bereits über die Ausfüllung des auch hier einschlägigen Tatbestandsmerkmals "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" iS von § 8 Abs 2 KrTransp-RL entschieden. Seine Auslegung ist danach zu bestimmen, ob die Behandlung, zu deren Ermöglichung die Fahrten durchgeführt werden sollen, mit den in Anlage 2 der RL genannten anderen Behandlungsformen von ihrem zeitlichem Ausmaß her wertungsmäßig vergleichbar ist; dabei ist die Häufigkeit einerseits und die Gesamtdauer andererseits gemeinsam zu den Regelbeispielen der Dialysebehandlung, der onkologischen Strahlentherapie sowie der onkologischen Chemotherapie in Beziehung zu setzen. Dieser Maßstab ergibt sich aus der Absicht des Gesetzgebers, ab 1.1.2004 Fahrkosten in der ambulanten Behandlung grundsätzlich gar nicht mehr zu erstatten und nur in "besonderen" Ausnahmefällen etwas anderes gelten zu lassen, nicht aber schon breitflächig allgemein in Härtefällen. Dabei hat der Senat eine "hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum" bei einer dauerhaften Behandlung angenommen, bei der die Behandlungsfrequenz zumindest einmal pro Woche beträgt (vgl BSG aaO RdNr 29 ff). Wie der Senat ebenfalls bereits entschieden hat, ist die gesetzeskonforme Konkretisierung der Ausnahme nach § 60 Abs 1 Satz 3 SGB V durch die KrTransp-RL nicht aufgrund ranghöheren Rechts erweiternd auszulegen. Mit der Änderung des § 60 SGB V zum 1.1.2004 (durch Art 1 Nr 37 des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 <GMG>, BGBl I 2190) hat der Gesetzgeber vielmehr stärker als zuvor auf die medizinische Notwendigkeit der im Zusammenhang mit der KKn-Leistung erforderlichen Fahrt abgestellt und die Möglichkeit der KKn, Fahrkosten generell in Härtefällen zu übernehmen, verfassungskonform beseitigt (vgl im Einzelnen BSG SozR 4-2500 § 60 Nr 1 RdNr 13 f).



- 8 Mit dieser Rechtsprechung und ihren Maßstäben setzt sich die Klägerin nicht im Einzelnen auseinander. Die weitere Ausfüllung dieser Maßstäbe bewegt sich im Bereich der Subsumtion, kann also keine "grundsätzliche" Bedeutung begründen. Die Klägerin legt auch nicht dar, dass diese Rechtsprechung in den Entscheidungen der Instanzgerichte oder im Schrifttum nachhaltig auf Kritik gestoßen und deshalb erneut klärungsbedürftig geworden ist. Sie vertritt im Wesentlichen lediglich, dass die im LSG-Urteil berücksichtigte Behandlungsfrequenz in ihrem Fall für einen Leistungsanspruch ausreichend sei. Im Kern läuft das Beschwerdevorbringen der Klägerin darauf hinaus, dass sie die inhaltliche Richtigkeit des zweitinstanzlichen Urteils angreift. Ein solches Vorbringen vermag die Revisionsinstanz jedoch auch dann nicht zu eröffnen, wenn die geltend gemachte Rechtswidrigkeit aus einer vermeintlich fehlerhaften Umsetzung der BSG-Rechtsprechung im Einzelfall hergeleitet wird; denn zulässiger Gegenstand der Nichtzulassungsbeschwerde ist nicht, ob das Berufungsgericht in der Sache richtig entschieden hat (*BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 3 RdNr 15*).
- 9 Soweit die Klägerin sinngemäß auch die Rechtsfrage stellt, ob § 115a Abs 2 Satz 4 SGB V dahingehend auszulegen sei, dass bei medizinisch notwendigen Kontrolluntersuchungen nach Organübertragungen nach § 9 Abs 1 Transplantationsgesetz auch die entsprechenden Fahrkosten umfasst seien, wird ebenfalls deren Klärungsbedürftigkeit nicht hinreichend dargelegt. Das BSG hat bereits entschieden, dass § 60 SGB V die Ansprüche auf Fahrkosten abschließend regelt (*BSG SozR 4-2500 § 60 Nr 5 RdNr 14; BSG SozR 4-2500 § 60 Nr 2 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 60 Nr 1 RdNr 9*). Auch hierauf geht die Beschwerdebegründung nicht ein.
- 10 Im Übrigen legt die Klägerin zudem die Entscheidungserheblichkeit der angesprochenen Fragen nicht hinreichend dar, denn das LSG hat den Anspruch der Klägerin auch deshalb verneint, weil die nach § 60 Abs 1 Satz 3 SGB V notwendige vorherige Genehmigung der KK gefehlt habe. Die Beschwerdebegründung hätte demnach Ausführungen enthalten müssen, dass ein Anspruch an dieser Voraussetzung nicht scheitert.
- 11 2. Von einer weiteren Begründung sieht der Senat analog § 160a Abs 4 Satz 2 Halbs 2 SGG ab.
- 12 3. Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.

