

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 49/08 B

L 5 KR 67/06 (Schleswig-Holsteinische LSG)
S 8 KR 17/06 (SG Schleswig)

.....

Klägerin und Beschwerdeführerin,
Prozessbevollmächtigte:

g e g e n

CITY BKK,
Hammerbrookstraße 94, 20097 Hamburg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,
Prozessbevollmächtigter:

beigeladen:
.....

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 25. November 2008 durch den
Präsidenten M a s u c h sowie den Richter Dr. H a u c k und die Richterin
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 12. März 2008 wird als
unzulässig verworfen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 4.619,36 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Klägerin betreibt ein zur Versorgung der Versicherten zugelassenes Krankenhaus. Die Beigeladene ist bei der beklagten Krankenkasse versichert. Aufgrund vertragsärztlicher Verordnung bewilligte die Beklagte der Beigeladenen unbefristet stationäre Krankenhausbehandlung (28.5.2002) wegen Verdachts auf Intoleranz gegenüber Quecksilber und PCP sowie wegen Entwicklung einer Nahrungsmittelintoleranz. Am 20.6.2002 nahm die Klägerin die Beigeladene stationär auf. Die Beklagte schrieb der Klägerin, sie übernehme die Kosten; eine Befristung erfolgte nicht (26.6.2002). Die Beigeladene blieb bis 12.7.2002 in stationärer Behandlung. Die Beklagte zahlte die Behandlungskosten vom 20. bis 26.6.2002 (1.732,56 Euro), nicht aber die Kosten der weiteren Behandlung in Höhe von 4.619,36 Euro. Während das Sozialgericht (SG) die Beklagte zur Zahlung dieses Betrags nebst Zinsen verurteilt hat, hat das Landessozialgericht (LSG) auf die Berufung der Beklagten das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ua ausgeführt, ab 27.6.2002 sei nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme die Krankenhausbehandlung nicht mehr erforderlich gewesen. Weder habe der Zustand der Beigeladenen eine Behandlung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses notwendig gemacht, noch habe es für die noch ausstehende Diagnostik stationärer Behandlung bedurft. Die Kostenübernahmeerklärung vom 26.6.2002 habe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG - (*BSG SozR 3-2500 § 112 Nr 1*) lediglich die Wirkung eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses. Sie führe nämlich zu einer Beweislastumkehr. Die Beweisaufnahme habe das Fehlen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ab 27.6.2002 erwiesen (Urteil vom 12.3.2008).
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil und beruft sich sinngemäß auf Divergenz und ausdrücklich auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache.

II

- 3 Die Beschwerde ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 Satz 1 Halbsatz 2 iVm § 169 Satz 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung der geltend gemachten Revisionszulassungsgründe der Divergenz und der grundsätzlichen Bedeutung (Zulassungsgründe gemäß § 160 Abs 2 Nr 2 und 1 SGG).



- 4 1. Wer sich auf den Zulassungsgrund der Divergenz beruft, muss entscheidungstragende abstrakte Rechtssätze im Urteil des Berufungsgerichts einerseits und in (zumindest) einer höchstrichterlichen Entscheidung andererseits gegenüberstellen und begründen, weshalb diese miteinander unvereinbar seien (vgl. *zB BSG, Beschluss vom 27.6.2005 - B 1 KR 43/04 B; BSG, Beschluss vom 18.7.2005 - B 1 KR 110/04 B - mwN*). Hierfür genügt es nicht, dass das LSG etwa lediglich nur unbewusst das Recht fehlerhaft angewendet hat. Erforderlich ist vielmehr, dass das LSG bewusst einen abweichenden Rechtssatz aufgestellt hat (vgl. *zB BSG, Beschluss vom 15.1.2007 - B 1 KR 149/06 B - RdNr 4; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 26 S 44 f*). Daran fehlt es.
- 5 Die Klägerin hat in der Beschwerdebegründung lediglich vorgetragen, das LSG habe nicht berücksichtigt, dass der Große Senat des BSG in dem Beschluss vom 25.9.2007 (*GS 1/06*) zwischen der vorab erteilten Genehmigung einer vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung und einer nach Aufnahme erteilten Kostenübernahmeerklärung unterschieden habe. Die Klägerin hat aber nicht dargelegt, dass das LSG bewusst einen von der Rechtsprechung des Großen Senats abweichenden Rechtssatz aufgestellt hat. Abgesehen davon hat das LSG sich ausdrücklich auf diesen Beschluss des Großen Senats gestützt.
- 6 2. Die Klägerin hat auch die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache nicht hinreichend dargelegt. Wer sich auf diesen Zulassungsgrund beruft, muss gemäß § 160a Abs 2 Satz 3 SGG 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*).
- Die Beschwerdeführerin hat ausdrücklich die Rechtsfrage formuliert:
- "Welche Auswirkungen entfaltet eine vor Beginn einer stationären Behandlung gegenüber dem Versicherten erteilte Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse im Verhältnis zum Leistungserbringer?"
- Die Beschwerdebegründung legt jedoch nicht dar, dass es auf der Grundlage des vom LSG festgestellten Sachverhalts (vgl. § 163 SGG) auf die Beantwortung dieser offen formulierten, abstrakten Frage im angestrebten Revisionsverfahren ankommen wird, mithin dass die Rechtsfrage entscheidungserheblich ist. Denn die Klägerin hat nicht dargelegt, dass der Rechtsstreit unterschiedlich zu entscheiden ist je nachdem, ob die dem Versicherten erteilte Bewilligung von Krankenhausbehandlung auch den Leistungserbringer bindet oder nicht.
- 7 Die Klägerin legt auch mit ihrem weiteren Vorbringen die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache nicht hinreichend dar. Sie deutet lediglich sinngemäß an, es komme auf die konkrete Rechtsfrage an, ob die einem Versicherten unbefristet erteilte Genehmigung von Krankenhausbehandlung bewirke, dass die bewilligende Krankenkasse gegenüber dem daraufhin stationär



behandelnden Krankenhaus mit dem Vorbringen ausgeschlossen ist, die Krankenhausbehandlung sei von einem bestimmten Zeitpunkt an nicht mehr erforderlich gewesen. Es fehlt an der Darlegung der Klärungsbedürftigkeit dieser Frage. Eine Frage ist ua dann als nicht klärungsbedürftig anzusehen, wenn die Beantwortung von vornherein praktisch außer Zweifel steht (vgl zB BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 7; BSG SozR 4-4300 § 26 Nr 5; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/ders, SGG, 9. Aufl 2008 § 160 RdNr 8a mwN). So liegt es hier.

- 8 Die Antwort auf die Frage liegt auf der Hand, selbst wenn man davon ausgehen wollte, dass eine von der Krankenkasse ihrem Versicherten erteilte Genehmigung von Krankenhausbehandlung Drittwirkung gegenüber dem Leistungserbringer entfaltete. In keinem Fall bewirkt das bloße Fehlen einer Befristung der Genehmigung von Krankenhausbehandlung, dass die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus mit der Einwendung ausgeschlossen ist, die Krankenhausbehandlung sei nach der Aufnahme ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr erforderlich gewesen. Es steht außer Zweifel, dass die vorher erteilte, unbefristete Genehmigung von Krankenhausbehandlung das Krankenhaus nicht davon befreit, die Notwendigkeit stationärer Behandlung verantwortlich zu prüfen und die Folgen einer Fehleinschätzung zu tragen. Denn § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V bestimmt, dass Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus lediglich dann haben, "wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich" ist. Schon das Gesetz geht mithin davon aus, dass die Genehmigung von Krankenhausbehandlung ohne eine Befristung das Krankenhaus nicht davon entpflichtet, die Erforderlichkeit der stationären Behandlung zu überprüfen. Dementsprechend hat auch der erkennende Senat ausgeführt (*Beschluss vom 7.11.2006 - B 1 KR 32/04 R - RdNr 48*), dass - wenn ein Versicherter Krankenhausaufnahme begehrt - das Krankenhaus in eigener Verantwortung die medizinischen Voraussetzungen zu überprüfen hat. Dem ist der Große Senat gefolgt. Er hat allgemein den Grundsatz herausgestellt, dass das Gericht im Rechtsstreit die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung vollständig überprüfen muss, und zwar auch dann, wenn die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nachträglich für einen zurückliegenden Zeitraum bestreitet (vgl BSG, *Beschluss vom 25.9.2007 - GS 1/06 - RdNr 32*).
- 9 3. Von einer weiteren Begründung sieht der Senat ab (§ 160a Abs 4 Satz 2 Halbsatz 2 SGG).
- 10 4. Die Kostenentscheidung stützt sich auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf §§ 63 Abs 2, 47, 52 Abs 3 Gerichtskostengesetz.

