

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 54/16 B

L 5 KR 246/15 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 14 KR 519/13 (SG Mainz)

.....,

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 14. September 2016 durch den
Präsidenten Dr. h.c. M a s u c h sowie den Richter C o s e r i u und die
Richterin Dr. W a ß e r
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-
sozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 19. Mai 2016 wird als unzulässig verworfen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 1150,05 Euro festgesetzt.



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



Gründe :

I

- 1 Das zuständige Landesministerium bestimmte mit Wirkung vom 1.7.2011 die klagende Krankenhausträgerin zur ambulanten Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen (Tumorgruppe 8 Gynäkologische Tumoren). Die Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte B. fünf Mal ambulant (2.9.2011, 15.3.2012, 12.4.2012, 27.9.2012, 18.10.2012) und stellte der Beklagten hierfür Kostenpauschalen nach der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten - Onkologie-Vereinbarung - (*Anhang 2 Teil A Abs 2 der Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte <BMV-Ä> Nrn 86512, 86516 und 86518*) in Rechnung (1150,40 Euro), deren Bezahlung die Beklagte verweigerte. Krankenhäuser dürften diese Kostenpauschalen nicht abrechnen. Die Klägerin ist mit ihrem Begehren auf Zahlung von 1150,05 Euro nebst Zinsen in den Vorinstanzen erfolglos geblieben. Das LSG hat zur Begründung ausgeführt, die Onkologie-Vereinbarung gelte nach ihrem § 1 Abs 1 S 4 nicht für ambulante Krankenhausbehandlungen nach § 116b Abs 2 SGB V. Maßstab für die Abrechnung sei allein der Einheitliche Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä). Die geltend gemachte Kostenpauschale sei nicht Bestandteil des EBM-Ä. Der hier noch anzuwendende § 116b Abs 5 S 3 bis 8 SGB V aF (*idF durch Art 1 Nr 85 Buchst e Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378*) verlange nur einen vergütungsrechtlichen Gleichlauf zwischen Vertragsarzt- und ambulanten Krankenhausleistungen hinsichtlich der nach dem EBM-Ä abrechnungsfähigen Gebührenpositionen (*Urteil vom 19.5.2016*).
- 2 Die Klägerin wendet sich mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil.

II

- 3 Die Beschwerde der Klägerin ist unzulässig und daher gemäß § 160a Abs 4 S 1 Halbs 2 iVm § 169 S 3 SGG zu verwerfen. Ihre Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 S 3 SGG abzuleitenden Anforderungen an die Darlegung des allein geltend gemachten Revisionszulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG).
- 4 1. Wer sich - wie hier die Klägerin - 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 (*sog Breitenwirkung, vgl BSG SozR*



3-1500 § 160a Nr 34 S 70) von Bedeutung ist (vgl zB BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN). Die Klägerin richtet ihr Vorbringen hieran nicht aus.

5 Die Klägerin formuliert folgende Rechtsfrage:

"Dürfen von zugelassenen Krankenhäusern, die zur ambulanten Behandlung der Versicherten gemäß § 116b Abs. 2 SGB V berechtigt sind, nur diejenigen ambulanten Leistungen erbracht werden, die in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurden?"

6 Die Klägerin zeigt die Klärungsbedürftigkeit der Frage nicht auf. Sie macht keine Ausführungen zu dem mit der Frage bezeichneten Problem, ob die vergütungsrechtliche Regelung des § 116b Abs 5 S 3 SGB V aF, die auf den EBM verweist, wonach das Krankenhaus den KKn die von ihm nach den Abs 3 und 4 ambulant erbringbaren Leistungen mitteilt und die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des EBM bezeichnet, zugleich den Umfang der sich aus der Bestimmung nach § 116b Abs 2 SGB V aF iVm dem jeweiligen Landeskrankenhausplanungsrecht ergebenden Berechtigung zur ambulanten Behandlung bestimmter seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen (§ 116b Abs 3 und 4 SGB V aF) begrenzt. Die Klägerin legt vielmehr dar, das LSG habe falsch entschieden, indem es der Klägerin einen Anspruch auf die von ihr geltend gemachten Kostenpauschalen nach Anhang 2 Teil A Abs 2 der Anlage 7 zum BMV-Ä versagt habe.

7 Selbst wenn die Klägerin sinngemäß die Rechtsfrage stellen will, ob ein Krankenhaus, das im Rahmen der Bestimmung nach § 116b Abs 2 SGB V aF ambulant onkologische Erkrankungen (§ 116b Abs 3 S 1 Nr 2 SGB V aF) behandelt, Anspruch auf Abrechnung von Kostenpauschalen in entsprechender Anwendung von Anhang 2 Teil A Abs 2 der Anlage 7 zum BMV-Ä hat, ist die Klärungsbedürftigkeit nicht ausreichend dargelegt. Die grundsätzliche Bedeutung einer Rechtsfrage erwächst daraus, dass ihre Klärung nicht nur für den Einzelfall, sondern im Interesse der Fortbildung des Rechts oder seiner einheitlichen Auslegung erforderlich ist. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist eine Rechtsnorm, bei der es sich um ausgelaufenes Recht handelt, deshalb regelmäßig nicht von grundsätzlicher Bedeutung. Bei Rechtsfragen zu bereits außer Kraft getretenem Recht muss für eine grundsätzliche Bedeutung entweder noch eine erhebliche Zahl von Fällen auf der Grundlage des ausgelaufenen Rechts zu entscheiden sein, oder die Überprüfung der Rechtsnorm bzw ihrer Auslegung muss aus anderen Gründen fortwirkende allgemeine Bedeutung haben. Eine Fortwirkung kann insbesondere dann vorliegen, wenn an die Stelle der bisherigen Regelung eine inhaltsgleiche getreten ist oder sogar die bisherige Regelung im Wortlaut beibehalten und nur formal neu geschaffen wurde. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist, wenn dies nicht offensichtlich ist, in der Beschwerdebegründung darzulegen (§ 160a Abs 2 S 3 SGG; vgl zum Ganzen BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 10



mwN). Gleiches gilt für derzeit noch geltendes, aber auslaufendes Recht (vgl. nur BSG Beschluss vom 27.7.2015 - B 10 EG 3/15 B - Juris RdNr 7 f; BSG Beschluss vom 17.3.2010 - B 6 KA 23/09 B - Juris RdNr 32; BSG Beschluss vom 8.6.2001 - B 12 KR 8/01 B - Juris RdNr 5; BSG Beschluss vom 18.8.1999 - B 2 U 313/98 B - Juris RdNr 4 f; BSG Beschluss vom 18.5.1994 - 11 BAr 57/94 - Juris RdNr 5). An hinreichenden Ausführungen dazu fehlt es.

- 8 Die Klägerin verweist lediglich darauf, dass ihr "mehrere weitere hundert vergleichbare streitige Fälle vorliegen" und sich die Frage auch für jedes Krankenhaus, welches an der Versorgung nach § 116b SGB V teilnimmt oder teilnehmen will, stellt. Die bloße Behauptung, die Frage habe für eine Vielzahl von Fällen (gegenwärtig und zukünftig) Bedeutung, genügt den Darlegungsanforderungen allerdings nicht (vgl. auch BSG Beschluss vom 17.8.2012 - B 11 AL 40/12 B - Juris RdNr 5; BSG Beschluss vom 18.8.1999 - B 2 U 313/98 B - Juris RdNr 5). Über diese bloße Behauptung hinaus hat die Klägerin nicht einmal einen Teil der "vergleichbaren streitigen" Fälle näher bezeichnet und dargestellt. Im Übrigen ergibt sich eine für die Annahme der grundsätzlichen Bedeutung geforderte Breitenwirkung nicht allein daraus, dass ein Beschwerdeführer allein noch gleichgelagerte Rechtsstreite führt. Vielmehr muss die erhebliche Zahl von Rechtsstreiten die ein Kläger führt, auch mit einer erheblichen Zahl von Beteiligten zumindest auf Beklagtenseite korrespondieren, um eine fortbestehende Breitenwirkung annehmen zu können. Insoweit ist schon nicht ersichtlich, gegen welche weiteren KKn die Klägerin Rechtsstreite über die Vergütung von onkologischen Kostenpauschalen führt. Die Beschwerdebegründung geht auch nicht auf die aktuelle Rechtslage ein, die nunmehr - wie sich aus den die Regelungen des § 116b Abs 5 SGB V aF ersetzenden vergütungsrechtlichen Regelungen in § 116b Abs 6 SGB V (idF durch Art 1 Nr 44 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG> vom 22.12.2011, BGBl I 2983, zuletzt geändert durch Art 6 Nr 12a Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung <Krankenhausstrukturgesetz - KHSG> vom 10.12.2015, BGBl I 2229) ergibt - bezogen auf die onkologischen Kostenpauschalen - einen vergütungsrechtlichen Gleichlauf zwischen ambulanten Krankenhaus- und Vertragsarztleistungen ermöglicht.

- 9 Auch der ergänzende Hinweis der Klägerin auf § 116b Abs 8 SGB V vermag die Darlegungsanforderungen nicht zu erfüllen. Die Vorschrift lautet: "Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung getroffen wurden, gelten weiter. Bestimmungen nach Satz 1 für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach



Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung vergütet." Maßgeblich ist hier die sich aus § 116b Abs 8 S 2 SGB V ergebende dreijährige Frist, die sich auf das Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Richtlinie des GBA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) vom 21.3.2013 bezieht (*BAnz AT 19.7.2013 B1*). Der Beschluss trat am 20.7.2013 in Kraft. Danach handelt es sich, ausgehend vom Zeitpunkt des Zugangs der Beschwerdebegründung (4.7.2016) um auslaufendes Recht, bei dem ebenfalls die dargestellten Darlegungsvoraussetzungen vorliegen müssen, woran es hier aber, wie ausgeführt, fehlt.

- 10 2. Der Senat sieht von einer weiteren Begründung ab (§ 160a Abs 4 S 2 Halbs 2 SGG).
- 11 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, diejenige über den Streitwert auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 und 3 GKG.

