

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 64/14 B

L 1 KR 65/12 (LSG Berlin-Brandenburg)
S 208 KR 2530/08 (SG Berlin)

.....,

Klägerin, Antragstellerin und
Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
Behlertstraße 33 A, 14467 Potsdam,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

beigeladen:

1. Land Berlin,
vertreten durch das Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin, Rechtsamt,
Fehrbelliner Platz 4, 10707 Berlin,
2.,
3.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat am 24. Februar 2015 durch den
Präsidenten M a s u c h sowie die Richter C o s e r i u und Dr. E s t e l m a n n
beschlossen:



Der Antrag der Klägerin, ihr für das Verfahren der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 31. Januar 2014 Prozesskostenhilfe unter Beordnung von Rechtsanwalt L. , zu bewilligen, wird abgelehnt.

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 31. Januar 2014 wird als unzulässig verworfen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

- 1 Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Klägerin leidet an infantiler Zerebralparese. Sie kann nur Kopfbewegungen willentlich steuern. Sie lebt in ihrer eigenen Wohnung und ist auf eine Betreuung rund um die Uhr angewiesen, die vom Beigeladenen zu 2. erbracht wird. Ein Krankenhaus der Beigeladenen zu 3. behandelte die Klägerin wegen einer akuten Erkrankung vom 7.5. bis 1.6.2007 stationär. Während der stationären Behandlung betreute der Beigeladene zu 2. weiterhin die Klägerin. Der von ihm für die Klägerin gestellte, am 21.5.2007 bei der Beklagten eingegangene Antrag, die Kosten für die persönliche Assistenz im Umfang von 16 Stunden/Tag zu übernehmen, blieb im Verwaltungsverfahren erfolglos. Das SG hat die Klage abgewiesen, mit der die Klägerin zuletzt noch von der Beklagten, hilfsweise vom zu 1. beigeladenen Sozialhilfeträger die Freistellung von 5893,50 Euro Kosten für die Betreuung durch den Beigeladenen zu 2. ab 18.5.2007 geltend gemacht hat. Das LSG hat - unter Bezugnahme auf die Gründe des SG-Urteils - die dagegen eingelegte Berufung zurückgewiesen: Der Klägerin stehe kein Anspruch nach § 13 Abs 3 S 1 SGB V zu. Der Anspruch auf Kostenfreistellung gehe nicht weiter als der Anspruch auf die Sachleistung, den die Beklagte mit der Gewährung der Krankenhausbehandlung erfüllt habe. Letztere umfasse auch die pflegerischen Leistungen, die die Beklagte durch die an die Beigeladene zu 3. gezahlte Fallpauschale mit vergütet habe. Den pflegerischen Bedarf habe die Beigeladene zu 3. auch erfüllen können. Ein Anspruch auf eine zusätzliche persönliche Assistenz bei stationärer Behandlung bestehe nicht. § 11 Abs 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus finde noch keine Anwendung und beinhalte zudem keinen Sachleistungsanspruch auf persönliche Assistenz im Krankenhaus, sondern ermögliche nur die Mitaufnahme der Pflegekräfte. Ungeachtet der erst mit dem vorgenannten Gesetz erfolgten Änderung des § 63 SGB XII scheitere der Anspruch gegen den Beigeladenen zu 1. daran, dass dieser einen Anspruch auf persönliche Assistenz mit Bescheid vom 25.1.2008 bestandskräftig abgelehnt habe. Aus seinem Bewilligungsbescheid vom 22.1.2007 ergebe sich für die Zeit des stationären Auf-



enthalt kein Anspruch. Anderenfalls wäre er durch den Bescheid vom 25.1.2008 geändert worden (*Urteil vom 31.1.2014*).

- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im LSG-Urteil und beantragt, ihr Prozesskostenhilfe (PKH) unter Beordnung von Rechtsanwalt L. zu bewilligen.

II

- 3 Der Antrag der Klägerin auf Bewilligung von PKH und Beordnung von Rechtsanwalt L. ist abzulehnen (*dazu 1.*), ihre Beschwerde ist zu verwerfen (*dazu 2.*).

- 4 1. Nach § 73a Abs 1 S 1 SGG iVm §§ 114, 121 ZPO kann einem bedürftigen Beteiligten für das Beschwerdeverfahren vor dem BSG nur dann PKH bewilligt und ein Rechtsanwalt beigeordnet werden, wenn - ua - die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet. Daran fehlt es, weil die Beschwerde, für die die Klägerin PKH beantragt, nicht zur Zulassung der Revision führt (*dazu 2.*).

- 5 2. Die Beschwerde 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 der geltend gemachten Revisionszulassungsgründe der grundsätzlichen Bedeutung (*Zulassungsgrund nach § 160 Abs 2 Nr 1 SGG; dazu a*) und der Divergenz (*Zulassungsgrund nach § 160 Abs 2 Nr 2 SGG; dazu b*).

- 6 a) Wer sich auf den Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung beruft, muss eine Rechtsfrage klar formulieren und ausführen, inwieweit 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; BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 51 f mwN*).

- 7 Die Klägerin formuliert zwar als Rechtsfragen:

"Inwieweit ist die behinderungsbedingte Grundpflege Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V, wenn diese weit über das übliche die Krankenhausbehandlung unterstützende Maß hinausgeht?"

"Schließt die Regelung des § 63 Satz 3 SGB XII alte und neue Fassung eine ambulante Versorgung absolut aus?"



8 Der Senat lässt offen, ob die Klägerin die erste Rechtsfrage klar formuliert hat. Der konditionale Nebensatz ("wenn diese weit über das übliche die Krankenhausbehandlung unterstützende Maß hinausgeht?") bezieht sich auf quantitative - tatsächliche - Umstände, bei denen die Klägerin nicht deutlich macht, ob sie damit auch qualitative - rechtliche - Aspekte ansprechen will. Auch soweit die Klägerin damit sinngemäß die Rechtsfrage stellen will, ob jeder Grundpflegebedarf einschließlich des Assistenzbedarfs von pflegebedürftigen behinderten Personen zugleich vom Anspruch auf Krankenhausbehandlung entsprechend dem Begriff der Krankenpflege in § 39 Abs 1 S 3 SGB V umfasst ist, legt sie die Klärungsbedürftigkeit der Rechtsfragen nicht in der gebotenen Weise dar. An der Klärungsbedürftigkeit einer Rechtsfrage fehlt es, wenn die Antwort praktisch außer Zweifel steht, sodass eine weitere Klärung oder Fortentwicklung des Rechts nicht mehr zu erwarten ist (*vgl BSG Beschluss vom 16.4.2012 - B 1 KR 25/11 B - RdNr 7, Juris*). Die Klägerin trägt nicht hinreichend dazu vor, wieso mit Blick auf die Frage überhaupt Zweifel an der Rechtslage bestehen könnten. Sie setzt sich weder mit der gesetzlichen Regelung noch mit der dazu ergangenen Rechtsprechung näher auseinander. Nach § 39 Abs 1 S 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs 1 SGB V), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Soweit ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht, unterliegt es keinem Zweifel, dass das Krankenhaus auch die gesamte für die Krankenhausbehandlung erforderliche Pflege zu leisten hat und der erkrankte, krankenhausbbehandlungsbedürftige Versicherte Anspruch hierauf hat. Dementsprechend geht die Rechtsprechung des BSG davon aus, dass Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (*vgl BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2, RdNr 16; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, RdNr 13*). Maßnahmen dürfen daher zB nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der Krankenkassen, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein (*vgl BSG USK 79163; BSG USK 8453; BSG SozR 2200 § 184 Nr 11 S 16; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, RdNr 13*). Als besonderes Mittel des Krankenhauses hat die Rechtsprechung des BSG eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt herausgestellt (*BSGE 59, 116, 117 = SozR 2200 § 184 Nr 27; BSG SozR 2200 § 184 Nr 28; BSGE 83, 254, 259 = SozR 3-2500 § 37 Nr 1; BSG SozR 3-2500 § 109 Nr 9*). Nach den von der Klägerin selbst erwähnten Entscheidungen des BSG vom 10.4.2008 (*BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 15 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 14 RdNr 17*) umfasst die Krankenhausbehandlung auch die "reine Grundpflege". Dabei fordert das BSG für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch sieht es ihn



stets als ausreichend an. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommen. Bei einer psychiatrischen Erkrankung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Geräten in den Hintergrund treten und allein der notwendige Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen (*vgl BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2, RdNr 16; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, RdNr 15*). Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (*vgl BSG, Großer Senat, BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15; vgl zum Ganzen BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 15 ff*).

- 9 Hinsichtlich der zweiten Rechtsfrage legt die Klägerin schon die Entscheidungserheblichkeit der Rechtsfrage für § 63 SGB XII in seiner Ursprungsfassung nicht dar. Sie setzt sich nicht damit auseinander, dass das LSG einen Anspruch der Klägerin gegen den Beigeladenen zu 1. bereits an der Bestandskraft (§ 77 SGG) des ablehnenden Bescheids vom 25.1.2008 hat scheitern lassen. Auch greift sie diese Begründung des LSG mit der Divergenzrüge nicht in zulässiger Weise an (*dazu nachfolgend b*). Die Klägerin trägt auch nichts dazu vor, wieso § 63 SGB XII in der Fassung des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30.7.2009 (*BGBI I 2495*) und des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20.12.2012 (*BGBI I 2789*) auf die Behandlung im Jahr 2007 Anwendung finden könnte.
- 10 b) Wer eine Rechtsprechungsdivergenz entsprechend den gesetzlichen Anforderungen darlegen will, muss entscheidungstragende abstrakte Rechtssätze in der Entscheidung des Berufungsgerichts einerseits und in dem herangezogenen höchstrichterlichen Urteil andererseits gegenüberstellen und dazu ausführen, weshalb beide miteinander unvereinbar sein sollen (*vgl zB BSG Beschluss vom 28.7.2009 - B 1 KR 31/09 B - RdNr 4; BSG Beschluss vom 28.6.2010 - B 1 KR 26/10 B - RdNr 4; BSG Beschluss vom 22.12.2010 - B 1 KR 100/10 B - Juris RdNr 4 mwN*). Erforderlich ist, dass das LSG bewusst einen abweichenden Rechtssatz aufgestellt hat und nicht etwa lediglich fehlerhaft das Recht angewendet 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 mwN*). An der Darlegung eines vom LSG bewusst abweichend von höchstrichterlicher Rechtsprechung aufgestellten Rechtssatzes fehlt es. Im Kern rügt die Klägerin lediglich, das LSG habe unter Verstoß gegen einen im Urteil des BSG vom 14.9.2010 (*SozR 4-4300 § 173 Nr 1*) aufgestellten Rechtssatz fehlerhaft entschieden. Zudem geht die Klägerin nicht darauf ein, dass die Begründung des LSG, der Bewilligungsbescheid des Beigeladenen zu 1. sei durch den ablehnenden Bescheid vom 25.1.2008 geändert worden, nur eine Hilfsbegründung ist und das LSG davon ausgeht, der Bewilligungsbescheid über die Kostenübernahme für häusliche Pflege beinhalte keine Regelung für den Zeitraum der stationären Behandlung.



- 11 3. Der Senat sieht von einer weiteren Begründung ab (§ 160a Abs 4 S 2 SGG).
- 12 4. Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung des § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)