

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 4/12 B

L 4 KR 32/07 (LSG Sachsen-Anhalt)
S 11 KR 363/05 (SG Halle)

.....

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 31. Mai 2012 durch den
Vorsitzenden Richter Dr. H a m b ü c h e n sowie die Richter S c h r i e v e r
und Dr. S c h ü t z e
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-
sozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 17. Januar 2012 wird als unzulässig verworfen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 123,82 Euro festgesetzt.



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



G r ü n d e :

I

- 1 In dem von der klagenden Gesellschaft betriebenen G. -Klinikum (Plankrankenhaus, § 108 Nr 2 SGB V) wurde ein Versicherter der beklagten Krankenkasse am 6.7.2003 in der Zeit von 04.27 Uhr bis 05.10 Uhr in stark alkoholisiertem Zustand als Notfallpatient nach Schnittverletzungen an der rechten Hand vorläufig versorgt. Nach Röntgenaufnahmen der verletzten Hand, der Erhebung des Tetanus-Status und einer Versorgung der Wunde wurde der Versicherte sodann in die plastische Chirurgie des BG-Klinikums B. gebracht, um die Behandlung durch spezialisierte Leistungserbringer zu ermöglichen. Die Klägerin stufte die Behandlung als vollstationäre Maßnahme ein und berechnete deshalb am 16.7.2003 einen Betrag in Höhe von 206,14 Euro für einen Belegungstag. Die Beklagte beglich die Forderung zunächst vollständig, teilte dann aber mit Schreiben vom 5.1.2004 mit, dass sie von der nächsten Rechnung einen Betrag in Höhe von 123,82 Euro einbehalten werde, weil sie zu der Auffassung gelangt war, mangels Aufnahme des Versicherten zur stationären Behandlung (§ 39 SGB V) habe kein vollstationärer Belegungstag, sondern - allenfalls - eine vorstationäre Behandlung (§ 115a Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V) abgerechnet werden dürfen, die mit 82,32 Euro zu vergüten sei.
- 2 Das SG hat die Zahlungsklage abgewiesen (Urteil vom 6.3.2007). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 17.1.2012): Es gebe keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Entscheidung zur vollstationären Behandlung des Versicherten im G. -Klinikum .
- 3 Davon sei der Senat nach den insoweit unwidersprochenen Ausführungen des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See überzeugt. Die Ausführungen der Klägerin, der Versicherte sei vollständig in die Infrastruktur des Krankenhauses einbezogen und dort unter Einsatz von Ärzten, Krankenpflegepersonal, Apparaten und Medikamenten versorgt worden, würden weder mit Tatsachen untermauert noch fänden sich hierfür Anhaltspunkte in den vorliegenden Unterlagen. Ein den gezahlten Betrag von 82,32 Euro übersteigender Vergütungsanspruch der Klägerin sei also nicht begründet, sodass die Aufrechnung der Beklagten zu Recht erfolgt sei.
- 4 Mit ihrer Nichtzulassungsbeschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Entscheidung des LSG, die Revision zum BSG nicht zuzulassen. Sie meint, die Rechtssache habe grundsätzliche Bedeutung.



II

- 5 Die Nichtzulassungsbeschwerde ist unzulässig, weil sie nicht in der durch die § 160 Abs 2, § 160a Abs 2 SGG normierten Form begründet worden ist. Sie ist deshalb ohne Zuziehung ehrenamtlicher Richter zu verwerfen (§ 160a Abs 4 S 1 iVm § 169 SGG).
- 6 1. Zur Darlegung des Revisionszulassungsgrundes, die angegriffene Entscheidung betreffe eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG), ist es erforderlich, die Rechtsfrage klar zu formulieren und aufzuzeigen, dass sie eine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung besitzt (BSGE 40, 158 = SozR 1500 § 160a Nr 11 und BSG SozR 1500 § 160a Nr 39) und dass sie klärungsbedürftig sowie klärungsfähig ist (BSG SozR 1500 § 160a Nr 13 und 65), sie also im Falle der Revisionszulassung entscheidungserheblich wäre (BSG SozR 1500 § 160a Nr 54). In der Regel fehlt es an der Klärungsbedürftigkeit einer Rechtsfrage, wenn diese höchstrichterlich bereits entschieden ist (BSG SozR 1500 § 160 Nr 51, § 160a Nr 13 und 65; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8) oder sich ihre Beantwortung eindeutig aus dem Gesetz ergibt (Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 6. Aufl 2011, IX. Kap RdNr 66 mwN). Diese Erfordernisse betreffen die gesetzliche Form iS des § 169 S 1 SGG (vgl BVerfG SozR 1500 § 160a Nr 48). Deren Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht erfüllt.
- 7 Die Klägerin hat folgende Rechtsfrage aufgeworfen: "Setzt die Annahme einer Aufnahmeentscheidung zur vollstationären Behandlung auch bei Notfallaufnahmen einen dokumentierten Behandlungsplan voraus, wenn keine intensivmedizinische Behandlung notwendig war?" Damit hat sie zwar formgerecht eine Rechtsfrage formuliert. Es fehlt aber an der Darlegung ihrer Klärungsbedürftigkeit und Entscheidungserheblichkeit. Denn die Klägerin geht bei der Rechtsfrage von einer Prämisse aus, die durch den festgestellten Sachverhalt nicht gedeckt ist.
- 8 Nach § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm den jeweils maßgeblichen vertraglichen Vereinbarungen erwirbt das Krankenhaus unabhängig von einer Kostenzusage der Krankenkasse einen Vergütungsanspruch unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist. Hiernach haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn ihre "Aufnahme" nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Da hier eine vollstationäre Behandlung abgerechnet worden ist und die Regelung des § 39 Abs 1 S 2 SGB V eine entsprechende Aufnahmeentscheidung unabhängig davon erfordert, ob es sich um einen geplanten Krankenhausaufenthalt oder um eine



Notfallbehandlung handelt, ist danach für den Zahlungsanspruch der Klägerin, wie vom LSG geprüft, entscheidungserheblich, ob in der Zeit des Aufenthalts des Versicherten in dem Klinikum der Klägerin zwischen 04.27 Uhr und 05.10 Uhr eine Entscheidung der Krankenhausärzte getroffen worden ist, den Versicherten vollstationär zu versorgen und ihn also in das Krankenhaus "aufzunehmen", weil er krankenhausbehandlungsbedürftig war und in Z. eine sachgerechte Behandlung erfolgen konnte.

- 9 Eine solche Aufnahmeentscheidung hat das LSG nach seinen mit Verfahrensrügen nicht angegriffenen und den Senat deshalb bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen nicht als gegeben angesehen. Vielmehr war es überzeugt davon, dass die Ausführungen zur vollständigen Einbeziehung des Versicherten in die Infrastruktur des Krankenhauses weder mit Tatsachen untermauert noch durch Anhaltspunkte in den vorliegenden Unterlagen belegt seien. Fehlt es mithin nach den in einem angestrebten Revisionsverfahren bindenden Feststellungen des LSG schon an einer Aufnahmeentscheidung überhaupt, ist für die Frage ihrer Umsetzung in einen dokumentierten Behandlungsplan schon im Ansatz kein Raum; deshalb ist die formulierte Frage auf der Grundlage dieser Feststellungen nicht klärungsfähig und auch nicht klärungsbedürftig.
- 10 2. Soweit die Klägerin ergänzend rügt, dass hier kein Fall einer vorstationären Behandlung iS von § 115a Abs 1 SGB V vorgelegen habe und es sich deshalb nur um eine vollstationäre Aufnahme (§ 39 Abs 1 S 2 SGB V) gehandelt haben könne, geht es der Sache nach um eine Rüge der Beweiswürdigung durch das LSG bei Auswertung der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses. Auf eine solche Rüge kann ein Verfahrensfehler nach § 160 Abs 2 Nr 3 iVm § 128 Abs 1 S 1 SGG indes nicht gestützt werden.
- 11 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO.
- 12 4. Die Festsetzung des Streitwerts für das Beschwerdeverfahren folgt aus § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3 und § 47 Abs 3 GKG.

