

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 5/12 B

L 4 KR 26/07 (LSG Sachsen-Anhalt)
S 11 KN 83/04 KR (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 30. 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 128,29 Euro festgesetzt.



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



Gründe :

I

- 1 In dem von der klagenden Gesellschaft betriebenen G. -Klinikum Z. (*Plankrankenhaus*, § 108 Nr 2 SGB V) wurde ein Versicherter der beklagten Krankenkasse am 26.5.2001 in der Zeit von 10.00 bis 11.15 Uhr auf vertragsärztliche Verordnung als Notfallpatient wegen akutem Harnverhalt bei Blasenhalssadenom, Harnröhrenstriktur und Hypotomie behandelt und sodann in die Urologische Abteilung des W. -Klinikums G. verbracht, nachdem die zunächst versuchte nicht-operative Beseitigung des Urinstaus mittels eines transurethralen Katheters ebenso erfolglos geblieben war wie ein kurz zuvor noch von der Hausärztin durchgeführter gleichartiger Versuch; die nunmehr notwendige operative Behandlung der Akuterkrankung war in Z. nicht möglich. Die Klägerin stufte die Behandlung als vollstationäre Maßnahme ein und berechnete deshalb am 6.6.2001 einen Betrag in Höhe von 229,01 Euro für einen Belegungstag. Die Beklagte beglich die Forderung am 9.7.2001, rechnete dann aber am 12.2.2002 mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in Höhe von 128,29 Euro gegen einen unstreitigen Vergütungsanspruch aus einem späteren Behandlungsfall auf, 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 Nr 1 SGB V) abgerechnet werden dürfen, die mit 100,72 Euro zu vergüten sei.
- 2 Das SG hat die Zahlungsklage abgewiesen (*Urteil vom 19.5.2005*). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (*Urteil vom 17.1.2012*): Es gebe keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Entscheidung zur stationären Aufnahme des Versicherten in die Klinik der Klägerin und einen entsprechenden - auf mindestens einen Tag und eine Nacht angelegten - Behandlungsplan der Krankenhausärzte. Der Versicherte habe den Bereich der Notfallaufnahme während seines nur 75 Minuten dauernden Aufenthalts nicht verlassen. Der dort angewandte nicht-operative Behandlungsversuch gehöre zum ambulant durchführbaren Versorgungsprogramm der Vertragsärzte und löse deshalb selbst keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit aus. Diese habe sich erst aufgrund des erfolglos gebliebenen ambulanten Behandlungsversuches ergeben, als feststand, dass der Harnverhalt nunmehr operativ beseitigt werden musste, was aber nicht in Z. , sondern nur in G. habe geschehen können. Mangels ärztlicher Aufnahmeentscheidung sei der Weitertransport des Versicherten nach G. auch nicht als "Verlegung" nach abgebrochener stationärer Behandlung zu werten. Ein den gezahlten Betrag von 100,72 Euro übersteigender Vergütungsanspruch der Klägerin sei also nicht begründet, sodass die Aufrechnung der Beklagten zu Recht erfolgt sei.

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

- 4 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).
- 5 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.
- 6 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 im vorliegenden Rechtsstreit. Denn die Klägerin geht bei der Rechtsfrage von einer Prämisse aus, die durch den festgestellten Sachverhalt nicht gedeckt ist.
- 7 Nach § 39 Abs 1 S 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die 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, hat das LSG geprüft, ob in der Zeit des Aufenthalts des Versicherten in der Notfallaufnahmestation zwischen 10.00 und 11.15 Uhr eine Entscheidung der Krankenhausärzte getroffen worden ist, den Versicherten vollstationär zu versorgen, weil er krankenhausbbehandlungsbedürftig ist und in Z. eine sachgerechte Behandlung erfolgen kann. Nach den Feststellungen des LSG hat es eine derartige - grundsätzliche - Aufnahmeentscheidung der Krankenhausärzte in Z. nicht gegeben. Es gebe nach den Behandlungsunterlagen zB keine auf vollstationäre Behandlung hindeutende Diagnostik, Therapie oder Untersuchungsbefunde und auch keine Anweisungen an die eigene bettenführende Station. Zwar macht die Klägerin geltend, ihre Krankenhausärzte hätten nach der anfänglichen "grob orientierenden Untersuchung", aber vor Beginn der nicht-operativen Katheterisierung eine Aufnahmeentscheidung zur vollstationären Behandlung in der Allgemeinen Chirurgischen Station getroffen und eine dementsprechende Aufnahmeanzeige formuliert. Sie zeigt aber nicht auf, in welchem konkreten, äußerlich erkennbaren - und vom LSG übersehenen - Umstand diese - ausdrücklich oder auch in konkludenter Form denkbare - Aufnahmeentscheidung zu sehen sein soll, zumal der Versicherte nach den nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen und daher für das Revisionsgericht bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG den Bereich der Allgemeinen Chirurgie nicht erreicht, sondern die Notfallaufnahme überhaupt nicht verlassen hat und dort nur ein Behandlungsversuch unternommen worden ist, der zum Leistungsspektrum der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gehört und in gleicher Weise kurz zuvor auch schon von der Hausärztin erfolglos durchgeführt worden war. Erst mit der Beendigung dieses erneut erfolglos gebliebenen Behandlungsversuchs stand nach den Feststellungen des LSG fest, dass eine stationäre Behandlung wegen der nun notwendigen Operation zwar erforderlich war, diese aber in der Klinik in Z. nicht sachgerecht hätte durchgeführt werden können und deshalb eine Aufnahme im W. -Klinikum G. erfolgen musste. Dieser Geschehensablauf schließt eine vorherige stationäre Aufnahme iS des § 39 SGB V in Z. aus. Fehlt es aber an einer Aufnahmeentscheidung überhaupt, ist für die Frage ihrer Umsetzung in einem dokumentierten Behandlungsplan schon im Ansatz kein Raum.

8 2. Soweit die Klägerin ergänzend rügt, das LSG habe den Versuch der nicht-operativen Harnableitung zu Unrecht noch als Teil der Prüfung der Voraussetzungen für eine vollstationäre Aufnahme (§ 39 Abs 1 S 2 SGB V) in Z. bzw für die mögliche Weiterleitung zur operativen Versorgung in G. angesehen, während es sich tatsächlich bereits um den Beginn der vollstationären Versorgung gehandelt habe, weil die Aufnahmeprüfung vorher schon beendet gewesen sei, geht es der Sache nach auch um eine Rüge der Beweiswürdigung durch das LSG bei Auswertung der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses sowie der Auskunft der behandelnden Ärzte vom 19.6.2003. Auf eine solche Rüge kann ein Verfahrensfehler nach § 160 Abs 2 Nr 3 iVm § 128 Abs 1 S 1 SGG indes nicht gestützt werden.

9 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO.



- 10 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.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)