

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 6/10 B

L 4 KN 93/04 KR (LSG Sachsen-Anhalt)
S 8 KN 91/04 KR (SG Halle)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
als Trägerin der Krankenversicherung,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 15. Juli 2010 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
Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 19. November 2009 wird als unzulässig
verworfen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 350 Euro festgesetzt.



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



Gründe:

I

- 1 In einem von der klagenden Gesellschaft betriebenen Krankenhaus wurde ein Versicherter der beklagten Krankenkasse in der Zeit vom 18.7. bis zum 22.8.2002 stationär behandelt. Die Beklagte zahlte zunächst die Behandlungskosten in voller Höhe (10.677,98 Euro), rechnete aber später mit einem Erstattungsanspruch über 1252,20 Euro gegen eine unstreitige Forderung der Klägerin auf, weil sie dem Entlassungsbericht und der Rechnung nicht entnehmen konnte, ob der lange präoperative Aufenthalt (Operation erst am 5.8.2002) medizinisch erforderlich war (§ 39 SGB V). Auch unter Einschaltung des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) kam es zu keiner Einigung. Die Klägerin sah sich nicht veranlasst, die angeforderte detaillierte Begründung für die Dauer der Krankenhausbehandlung zu erteilen oder die Patientenakten zu übersenden. Erst im Berufungsverfahren sind die Patientenakten dem LSG - nach mehrfacher Anforderung - zur Verfügung gestellt worden. Nach Einsichtnahme durch den SMD hat die Beklagte den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung in ihrer gesamten Dauer als geführt angesehen und den Restbetrag überwiesen. Streitig war danach nur noch der Anspruch auf Verzugszinsen in Höhe von 4 % für die Zeit vom 30.10.2002 bis zum 6.8.2009, was einem Zinsbetrag von rund 350 Euro entspricht. Das LSG hat die Berufung der Klägerin insoweit zurückgewiesen (*Urteil vom 19.11.2009*): Die Beklagte könne sich bis zum 6.8.2009 auf ein Leistungsverweigerungsrecht berufen, sodass Verzug ausscheide. Die Klägerin habe ihre Mitwirkungspflicht bei der Klärung des medizinischen Sachverhalts verletzt. Erst mit der Übersendung der Patientenakten sei sie ihrer Mitwirkungspflicht nachgekommen; anschließend habe dem SMD und der Beklagten noch eine angemessene Prüfungsfrist zugestanden, die nicht überschritten worden sei.
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG, wobei sie sich auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache mit Blick auf den Umstand beruft, dass es in Sachsen-Anhalt keinen Landesvertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung gibt und das Überprüfungsverfahren deshalb nur nach den gesetzlichen Vorgaben (§§ 275 ff SGB V) abzuwickeln ist.

II

- 3 Die Nichtzulassungsbeschwerde ist unzulässig, weil sie nicht in der durch § 160 Abs 2, § 160a Abs 2 Satz 3 SGG normierten Form begründet worden ist. Sie ist deshalb ohne Zuziehung ehrenamtlicher Richter zu verwerfen (§ 160a Abs 4 Satz 1 iVm § 169 SGG).



- 4 Die Klägerin macht geltend, die angegriffene Entscheidung betreffe eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG). Zur Darlegung dieses Zulassungsgrundes ist es erforderlich, die grundsätzliche Rechtsfrage klar zu formulieren und aufzuzeigen, dass sie über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung besitzt (*BSGE 40, 158 = SozR 1500 § 160a Nr 11 und 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, 5. Aufl 2008, IX. Kap, RdNr 66 mwN*). Diese Erfordernisse betreffen die gesetzliche Form iS des § 169 Satz 1 SGG (*vgl BVerfG SozR 1500 § 160a Nr 48*). Deren Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt.
- 5 In der Beschwerdebegründung hat die Klägerin folgende Rechtsfrage formuliert: "Verpflichtet § 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V einen Leistungserbringer neben der Übermittlung von Sozialdaten auch zu einer aktiven Erstellung einer medizinischen Begründung, die über die notwendige medizinische Dokumentation hinausgeht, wenn ein derartiges Verfahren nicht zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger vertraglich vereinbart ist?"
- 6 Die Formulierung dieser Rechtsfrage reicht allerdings für die Zulassung der Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache nicht aus. Es fehlt an der Darlegung der Klärungsbedürftigkeit und Entscheidungserheblichkeit. Die Klägerin geht bei der Rechtsfrage von einer Prämisse aus, die sich den Urteilsgründen nicht entnehmen lässt. Das LSG hat lediglich entschieden, dass die Klägerin ihre Mitwirkungspflicht verletzt habe, indem sie auf Anfragen der Beklagten, des SMD und des Gerichts untätig geblieben sei. Es hat aber nicht entschieden, dass das Krankenhaus zur aktiven Erstellung einer gesonderten medizinischen Begründung verpflichtet gewesen sei. Vielmehr hat es die Überlassung der Patientenakten, denen die geforderten Angaben zu entnehmen sind, als ausreichend angesehen. Patientenakten unterliegen dem Einsichtsrecht der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK, SMD), wenn es um die Prüfung der Notwendigkeit und Dauer einer stationären Behandlung geht (*vgl § 276 Abs 4 SGB V, wobei im Rahmen der Prüfung noch laufender Behandlungsfälle auch ein Recht auf Untersuchung des betroffenen Versicherten besteht*). Den Krankenhäusern steht es bei Fehlen landesvertraglicher Regelungen also frei, ob sie in - wie hier - abgeschlossenen Behandlungsfällen auf Anfragen der Medizinischen Dienste durch gesonderte Berichte bzw Stellungnahmen oder durch die Ermöglichung der Einsichtnahme in die Patientenakten reagieren. Auf die hier gestellte Rechtsfrage kam es nach der Entscheidung des LSG gar nicht an.
- 7 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO.



- 8 Die Streitwertfestsetzung orientiert sich am allein noch streitigen Zinsanspruch, der einen Wert von rund 350 Euro hat, und folgt aus § 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](#)