

L 5 KR 1101/16

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 2326/14
Datum
24.02.2016
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 1101/16
Datum
23.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der Implantation von Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB), die nicht dem Qualitätsgebot des SGB V entspricht. Die Implantation ist daher unter Berücksichtigung von [§ 137c SGB V](#) auch im Rahmen einer stationären Versorgung nicht abrechenbar zu Lasten der Krankenkasse. Dies gilt selbst dann, wenn ein Vertrag gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG ein Zusatzentgelt für diese NUB enthält. Dabei gilt [§ 137c SGB V](#) in der Fassung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung durch das Krankenhaus. Im Übrigen befreit aber auch [§ 137c SGB V](#) in der Fassung vom 16.07.2015 gültig ab 23.07.2015 nicht von der Einhaltung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

Auf die Berufung der Klägerin wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.02.2016 abgeändert und die Beklagte verurteilt, der Klägerin einen Betrag in Höhe von 80,00 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 5% über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.03.2014 zu bezahlen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 22.143,64 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte 1948 geborene U. F. (im Folgenden: Versicherte), die an COPD Stadium IV nach GOLD mit homogenem Lungenemphysem leidet, wurde vom 02.07.2013 bis zum 09.07.2013 im (Plan-)Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt. Die Aufnahme der Versicherten erfolgte allein zur Durchführung der Implantation von Coils zur Lungenvolumenreduktion (Bericht der Klägerin vom 09.07.2013). Abgerechnet wurde u.a. die Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG) E05A - andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC - i.H.v. 12.250,08 EUR sowie das Zusatzentgelt 76197519 i.H.v. 9.800,00 EUR für das Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen (Rechnung vom 12.07.2013). Den geltend gemachten Rechnungsbetrag von insgesamt 22.063,64 EUR (22.143,64 EUR abzgl. 80 EUR Selbstbeteiligung) beglich die Beklagte vollständig.

Mit Schreiben vom 23.07.2013 teilte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) der Klägerin mit, dass er von der Beklagten insbesondere mit Blick auf die Einlage der Coils mit der Begutachtung beauftragt worden sei. In seinem Gutachten vom 03.01.2014 - nach Auswertung der angeforderten Patientenunterlagen - kam Dr. H., MDK, zu dem Ergebnis, dass es vor dem Hintergrund der Datenlage medizinisch nicht vertretbar erscheine, die experimentelle Anwendung von Coils/Drahtspiralen zur Lungenvolumenreduktion außerhalb von kontrollierten Studien anzuwenden.

Am 06.03.2014 verrechnete die Beklagte nach vorheriger Ankündigung (Schreiben vom 08.01.2014) einen Betrag von 22.143,64 EUR.

Am 14.04.2014 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) auf Zahlung des streitigen Betrags. Zwar sei vorliegend eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) gegeben. Der Vergütungsanspruch der Klägerin resultiere jedoch aus § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Dieser enthalte eine Öffnungsklausel, die eine sachgerechte Finanzierung einer NUB sicherstellen solle, sofern die Methode nicht nach [§ 137c](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ausgeschlossen sei. Nach dem Verbotsvorbehalt in [§ 137c SGB V](#) greife dabei die normative Vermutung, dass bis zu einer abweichenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom medizinischen Nutzen, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne auszugehen sei. Da für die vorliegend in

Rede stehenden Behandlungsmethoden kein Ausschluss durch den GBA vorliege, sei eine Vergütungspflicht gegeben. Über den Nutzen der Methode zu entscheiden, sei nicht Aufgabe der Beklagten oder des MDK. Dies gelte umso mehr, als mit der Beklagten das NUB-Entgelt in abgerechneter Höhe für das Kalenderjahr 2013 vereinbart worden sei (E3 Aufstellung der Zusatzentgelte - Einlegen von endobronchialen Nitionalspiralen, bronchoskopisch). Im Vertrauen auf die geschlossene Vereinbarung habe sie, die Klägerin, die in Rede stehende Leistung erbracht.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage eines Gutachtens von Dr. Sch., MDK, vom 22.10.2014 entgegen. Die Versicherte sei "nur" zur Implantation von Coils zur Lungenvolumenreduktion aufgenommen worden. Hierbei handele es sich um eine NUB im Sinne der §§ 135, 137c SGB V. Diese Behandlungsmethode genüge nach der gutachterlichen Auswertung der vorhandenen Studien nicht den in § 2 Abs. 1, § 12 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 SGB V festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Darüber hinaus seien im vorliegenden Fall auch keine Einzelfallumstände anzuerkennen, die ausnahmsweise (vgl. § 2 Abs. 1a SGB V) die Implantation von Coils zur Lungenvolumenreduktion als medizinisch zwingend notwendig begründen könnten. § 6 Abs. 2 KHEntgG führe zu keiner anderen Beurteilung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 21.03.2013, - B 3 KR 2/12 R -, in juris) sei die Frage, ob eine Behandlungsmethode zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden dürfe, ausschließlich nach dem SGB V zu beurteilen und nicht nach § 6 Abs. 2 KHEntgG.

Mit Verfügung vom 16.10.2015 gab der Kammervorsitzende den Beteiligten (unter Verweis auf das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichtes (LSG) vom 14.07.2015, - L 5 KR 461/13 -, in juris) auf, darzulegen, ob im Streitfall eine den Anforderungen an die Bestimmtheit genügende Aufrechnungserklärung vorliege. Sache der Klägerin sei es, vorzutragen, welche Forderung bzw. Forderungen sie mit ihrer Klage geltend mache, d.h., welche Forderungen aufgrund der Verrechnung nicht oder nicht vollständig erfüllt worden seien. Sollte der Klägerin dies mangels hinreichender Bestimmtheit der von der Beklagten vorgenommenen Verrechnung nicht möglich sein, seien alle in Frage kommenden Forderungen zu bezeichnen. Der Klägerin wurde aufgegeben, hierzu jeweils Patientennamen, Fallnummer und Behandlungszeitraum anzugeben und die Rechnung vorzulegen. Den Beteiligten wurde Frist gesetzt bis zum 06.11.2015.

Am 05.11.2015 erhob die Beklagte für den Fall, dass das Gericht die Aufrechnung als nicht hinreichend bestimmt ansehen sollte, Widerklage. Das BSG habe wiederholt klargestellt, dass im Falle der Primäraufrechnung mit einer unbestrittenen Gegenforderung von den Gerichten nicht zu klären sei, gegen welche Vergütungsforderung aus welchen Krankenhausbehandlungen sich die Aufrechnung konkret richte.

Die Klägerin trat der Widerklage entgegen. Sie trug vor, sie teile die Rechtsauffassung der Beklagten zum Urteil des Bayerischen LSG vom 14.07.2015.

Mit Gerichtsbescheid vom 24.02.2016 wies das SG die Klage ab. Die Klage sei zwar zulässig, jedoch unbegründet. Die Klägerin habe keinen Zahlungsanspruch gegen die Beklagte mehr aus dem Behandlungsfall der Versicherten; dieser Anspruch sei durch Erfüllung erloschen und lebe auch durch eine spätere Verrechnung nicht wieder auf. Andere Forderungen, die den klägerischen Klageantrag tragen könnten, habe die Klägerin trotz Aufforderung durch das Gericht weder innerhalb der gesetzten Frist noch seither benannt. Die Pflicht zur Amtsermittlung gehe nicht so weit, dass das Gericht herausfinden müsse, welche Forderungen die Klägerin geltend machen könne. Das Gericht sei auch nicht verpflichtet, die Verfügung vom 16.10.2015 zu wiederholen oder zu bekräftigen. Zwar verzichte das BSG, soweit sich die Beklagte Krankenkasse gegenüber einer Klage auf Zahlung einer Vergütung ausschließlich im Rahmen der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidige, bezüglich des (unstreitigen) Bestehens der Hauptforderung auf eine nähere Prüfung (vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2015 - B 1 KR 26/14 R -, Rn. 32; BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 8/15 R -, Rn. 8 jeweils m.w.N.). Zu dieser Rechtsprechung setze sich die Kammer jedoch nicht in Widerspruch. Das BSG verbiete den Tatsacheninstanzen keineswegs, eine derartige Prüfung vorzunehmen. Dies wäre auch schwerlich zu begründen. Zum einen könnten die Beteiligten nur Tatsachen unstreitig stellen, nicht jedoch Rechtsfragen. Welche Forderungen Gegenstand des Verfahrens seien und ob diese Forderungen durch Aufrechnung oder anderweitig erloschen seien, sei keine Tatsache, welche die Beteiligten dadurch, dass sie darüber nicht streiten - in der Sache: dass sie sie einvernehmlich für unerheblich erklären würden -, einer Prüfung durch das Gericht entziehen könnten. Zum anderen sei die Bestimmung des Verfahrensgegenstandes Grund-vor-aussetzung eines jeden gerichtlichen Verfahrens. Das sei nicht allein ein Erfordernis der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit. Es folge bereits zwingend aus der in § 141 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) angeordneten Rechtskraftwirkung. Die jeweiligen Forderungen müssten nach Gegenstand und Grund so genau bezeichnet werden, dass eine rechtskräftige Entscheidung über sie ergehen könne. In Ermangelung einer Hauptforderung bestehe im Übrigen auch kein Zinsanspruch. Über die hilfsweise erhobene Widerklage sei nicht zu entscheiden, da die Beklagte mit ihrem Hauptantrag auf Klageabweisung Erfolg habe.

Der Gerichtsbescheid wurde dem Bevollmächtigten der Klägerin am 02.03.2016 mittels Empfangsbekanntnis zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 21.03.2016 zum LSG Baden-Württemberg erhobene Berufung der Klägerin. Bezüglich des Bestehens des Vergütungsanspruchs wiederholt und vertieft sie ihr Vorbringen aus dem bisherigen Verfahren. Dem SG sei es verwehrt gewesen, die Hauptforderung einer näheren Prüfung zu unterziehen. Ergänzend verweist die Klägerin auf die Entscheidung des Verwaltungsgerichts (VG) St. vom 07.05.2015 (K 5 /13). Dieses habe den Sonderregelungscharakter des § 6 Abs. 2 KHEntgG anerkannt. Hiermit sei es unvereinbar, die abschließende Prüfung von Wirtschaftlichkeit und medizinischem Nutzen einer NUB über das gesetzgeberische Ziel der Investitionsförderung zu stellen. Eine solche Auslegung konterkariere die gesetzgeberische Absicht. Eine solche Auslegung stünde auch im Widerspruch zu § 4 Ziff. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) i.V.m. § 18 KHG, wonach die wirtschaftliche Sicherung der zugelassenen Krankenhäuser durch leistungsgerechte Erlöse aus den vereinbarten Pflegesätzen erreicht werden solle. Die Beklagte habe mit der Klägerin vereinbart, dass sie die in Rede stehende NUB anerkenne und gemäß der Vereinbarung vergüte. Die von der Beklagten zitierte Rechtsprechung sei unergiebig, da in den genannten Fällen keine Vereinbarung zugrunde gelegen hätte. Gleichzeitig habe im Übrigen das BSG in seinem Urteil vom 17.11.2015 (B 1 KR 18/15 R) die Einheitlichkeit der Rechtsordnung, hier also der Sonderregelung des § 6 Abs. 2 KHEntgG betont. Des Weiteren stünde der Klägerin auch ein Anspruch gegen die Beklagte aufgrund des bestehenden Kontrahierungs- und Behandlungszwangs gem. § 1 KHG i.V.m. § 28 Abs. 3 Satz 1 Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG-BW) zu. Die Beklagte sei im Rahmen des Versorgungsauftrags verpflichtet, den Versicherten sämtliche den vereinbarten Entgelten zurechenbare Leistungen zur Verfügung zu stellen. Hierzu zählten auch die gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG vereinbarten Leistungen. Schließlich ergebe sich auch ein Anspruch aus § 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), nachdem die Beklagte den NUB-Vertrag unter Heranziehung des MDK unterzeichnet habe. Ergebe sich daher ein Anspruch aus den genannten Vorschriften, so sei hilfsweise ergänzend darauf hinzuweisen, dass die von der Beklagten

genannte Rechtsprechung des BSG in Widerspruch zu [§ 137c SGB V](#) stehe. Dies habe der Gesetzgeber in der Begründung zum Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ([BT-Drs. 18/4095](#)) ausdrücklich betont. Bei der Neufassung des [§ 137c SGB V](#) handle es sich um eine gesetzgeberische Klarstellung. Die Beklagte könne sich auf diese rechtswidrige Rechtsprechung daher nicht berufen. Ergänzend hat die Klägerin 11 von der Beklagten genannte Endabrechnungen und eine Liste wissenschaftlicher Veröffentlichungen zur Interventionellen Lungenemphysemtherapie mit Coils (VRC) vorgelegt und ausgeführt, dass eine Behandlungsalternative nicht bestanden habe.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.02.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 22.143,64 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.03.2014 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zutreffend habe das SG darauf hingewiesen, dass die Prüfung des Verfahrensgegenstandes Grundvoraussetzung jeder Begründetheitsprüfung sei. Das BSG verbiete den Tatsacheninstanzen auch keineswegs, eine derartige Prüfung vorzunehmen. Tatsächlich lasse sich der Rechtsprechung des BSG entnehmen, dass eine solche Konkretisierung der streitgegenständlichen Forderung grundsätzlich vorausgesetzt werde. Auch im Übrigen könne die Argumentation der Klägerin nicht überzeugen. Soweit die Klägerin weiterhin die Auffassung vertrete, dass § 6 Abs. 2 KHEntG "lex speciales" zu [§ 137c SGB V](#) sei, sei dem unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 21.03.2013, - [B 3 KR 2/12 R](#) -, in juris) entgegenzutreten. Auch der Hinweis auf den Kontrahierungs- und Behandlungszwang gem. § 1 KHG i. V. m. § 28 Abs. 3 Satz 1 LKHG-BW laufe in diesem Zusammenhang ins Leere. Das Qualitätsgebot des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) werde durch die genannte Regelung keinesfalls außer Kraft gesetzt. Dies gelte auch im Fall der Existenz von NUB-Entgelten. Soweit die Klägerin hingegen die Funktion von NUB-Entgelten über deren abrechnungstechnische Bedeutung hinaus offenbar dahingehend missverstehen wolle, dass allein aufgrund ihrer Existenz die Qualitätsprüfung entbehrlich bzw. sogar unzulässig sein soll, lasse sich eine solche Aussage dem Gesetz tatsächlich nicht entnehmen. Schließlich sei nur der Vollständigkeit halber anzumerken, dass auch eine Vereinbarung, die die Prüfung bzw. Einhaltung des Qualitätsgebots unterbinde, unzulässig wäre. Auch der Hinweis auf [§ 242 BGB](#) sei nicht nachvollziehbar. Die Klägerin habe nicht darauf vertrauen dürfen, nicht dem Qualitätsgebot entsprechende Leistungen zu Lasten der GKV abrechnen zu können. Soweit die Klägerin schließlich der aktuellen Rechtsprechung des BSG zu [§ 137c SGB V](#) und seiner Reichweite nicht folgen möchte, sei dies für das vorliegende Verfahren ohne Relevanz. Soweit die Klägerin im Übrigen mit aktuellen Gesetzesänderungen argumentiere, bleibe darauf hinzuweisen, dass allein die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung maßgeblich sei. Aufgrund der primären Fehlbelegung sei daher in zutreffender Weise eine Aufrechnung erfolgt. Die durch einen Versicherten zu entrichtende Zuzahlung stünde dabei ihr, der beklagten Krankenkasse, zu.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akten des Senats sowie die Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat gem. [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) ohne Zulassung durch das SG statthaft; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750,00 EUR) ist bei der mit der Berufung begehrten Verurteilung überschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und daher auch sonst gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

Die Berufung ist jedoch nur teilweise begründet. Die Beklagte hat zu Unrecht auch den Eigenanteil der Versicherten in Höhe von 80 EUR verrechnet; darüber hinaus erfolgte die Verrechnung zu Recht.

1. Dem zulässig im Wege der Leistungsklage geltend gemachten Anspruch des Krankenhauses steht die Aufrechnung der Beklagten mit der streitigen Erstattungsforderung in Höhe von 22.063,64 EUR entgegen.

Welche Vergütungsansprüche (Hauptforderung) der Klägerin aufgrund welcher konkreten - späteren - Krankenhausbehandlungen zustehen können, kann dahingestellt bleiben. Die Beteiligten haben übereinstimmend als selbstverständlich vorausgesetzt, dass der Klägerin gegen die Beklagte - ohne Berücksichtigung der streitigen Gegenforderung - laufende Zahlungsansprüche aus Anlass der Krankenhausbehandlung von Versicherten der Beklagten in Höhe von weiteren 22.143,64 EUR erwachsen sind. Da die Beklagte sich gegenüber der Klage ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Klageforderung (Hauptforderung) selbst außer Streit (BSG, Urteil vom 21.03.2013, - [B 3 KR 2/12 R](#) -; Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 8/15 R](#) -; TB Nr. 41/16 vom 26.10.2016, - [B 1 KR 9/16 R](#) -, alle in juris).

2. Die Beklagte konnte gegen die Hauptforderung der Klägerin in Höhe von 22.063,64 EUR aufrechnen. Denn in diesem Umfang hat sie für die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 02.07.2013 bis 09.07.2013 Krankenhausentgelt ohne Rechtsgrund gezahlt, weil der Klägerin insoweit kein Vergütungsanspruch zustand (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten vgl. BSG, Urteil vom 22.07.2004, - [B 3 KR 21/03 R](#) -, in juris).

Rechtsgrundlage sind [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntG, die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 vom 19.10.2012 (Fallpauschalenvereinbarung 2013 [FPV 2013]) und der am 01.01.2006 in Kraft getretene Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg hinsichtlich der geltend gemachten Fallpauschale EO5A sowie [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 6 Abs. 2 KHEntG und die Vereinbarung über die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gemäß § 6 Abs. 2 Satz 6 KHEntG für das Jahr 2013 hinsichtlich des geltend gemachten

Zusatzentgelts (E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte; Blatt 16 ff. SG-A).

Gemäß § 7 Satz 1 KHEntgG in der im Jahre 2013 geltenden Fassung werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bis 30.06.2008: die Spitzenverbände der Krankenkassen) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragspartner auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien (§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 KHG: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesem zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Das Fallpauschalensystem lässt keinen Raum dafür, nicht notwendige Leistungen zu vergüten (BSG, Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 70/12 R](#) -, in juris).

Für die Vergütung von NUB, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß [§ 137c SGB V](#) von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbaren (§ 6 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG). Wird ein Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der Methode zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 9 KHEntgG können eine Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach [§ 137c SGB V](#) veranlassen; [§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) bleibt unberührt (§ 6 Abs. 2 Satz 7 und 8 KHEntgG). Inwieweit eine Behandlungsmethode zu Lasten der GKV erbracht werden darf, ist im Übrigen ausschließlich anhand des SGB V zu beantworten. Insoweit schließt § 6 Abs. 2 KHEntgG die Anwendung des Qualitätsgebots auf neue stationäre Behandlungsmethoden nicht aus, sondern ist für dessen Berücksichtigung im Rahmen der Auslegung völlig offen (so ausdrücklich BSG, Urteil vom 21.03.2013, - [B 3 KR 2/12 R](#) -, in juris).

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl. hierzu z.B. Urteil des BSG vom 18.09.2008 - [B 3 KR 15/07 R](#) -, in juris) entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i.S. des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber (BSG, Urteile vom 17.05.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) - und vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) -, beide in juris). Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung nach Maßstab des Landesvertrages noch geltend gemacht werden. Dies folgt schon aus [§ 275 Abs. 1c SGB V](#).

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (BSG, Urteile vom 17.05.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) -, in juris und vom 13.05.2004 - [B 3 KR 18/03 R](#) -, in juris). Eine Krankenkasse ist nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn eine Versorgung im Krankenhaus durchgeführt und i.S. von [§ 39 SGB V](#) erforderlich (gewesen) ist. Konkret umfasst die Krankenhausbehandlung alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung eines Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung, [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) (vgl. dazu BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 19/05 R](#) -, in juris). Dabei müssen Qualität und Wirksamkeit der im Krankenhaus durchgeführten Maßnahmen den in [§ 2 Abs. 1 Satz 3](#), [§ 12 Abs. 1](#) und [§ 28 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Qualitätskriterien, insbesondere dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (vgl. BSG, Urteile vom 19.02.2002 - [B 1 KR 16/00](#) -, vom 19.02.2003 - [B 1 KR 1/02 R](#) - und 21.03.2013 - [B 3 KR 2/12 R](#) -, alle in juris). Den Qualitätskriterien des [§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) entspricht eine Behandlung, wenn die "große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftlicher)" die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Diese setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der Methode zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein. Als Basis für die Herausbildung eines Konsenses können alle international zugänglichen einschlägigen Studien dienen; in ihrer Gesamtheit kennzeichnen sie den Stand der medizinischen Erkenntnisse (BSG, Urteile vom 21.03.2013 - [B 3 KR 2/12 R](#) - und vom 17.12.2013 - [B 1 KR 70/12 R](#) -, alle in juris). Unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ist nicht nur dem Grunde nach, sondern auch dem Umfang nach zu ermitteln, welche Reichweite der Therapie indiziert ist. Eine Abmilderung des Qualitätsgebots kann sich insbesondere daraus ergeben, dass auch bei der Beurteilung der Behandlungsmethoden im Krankenhaus in einschlägigen Fällen eine grundrechtsorientierte Auslegung der Grenzmaßstäbe nach Maßgabe der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) -, in juris) stattzufinden hat (BSG, Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 70/12 R](#) -, in juris).

Dieser Maßstab liegt auch der Regelungskonzeption des Verbotsvorbehalts gemäß [§ 137c SGB V](#) zugrunde. Dieser ist dabei vorliegend i.d.F. des Art 1 Nr. 106 des GMG m.W.v. 1.1.2004 anzuwenden, da maßgeblich die Fassung zum Zeitpunkt der streitigen stationären Behandlung ist. Nach [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) überprüft der GBA nach [§ 91 SGB V](#) auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, erlässt der GBA eine entsprechende Richtlinie. Ab dem Tag des Inkrafttretens einer Richtlinie darf die ausgeschlossene Methode

im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zulasten der Krankenkassen erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt ([§ 137c Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)).

Die Regelung des [§ 137c SGB V](#) darf nicht über ihren Wortlaut hinaus im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden für das Krankenhaus bis zum Erlass eines Verbots nach [§ 137c SGB V](#) ausgelegt werden. Sie normiert vielmehr einen bloßen Verbotsvorbehalt (stRspr, BSG, Urteil vom 17.12.2013, - [B 1 KR 70/12 R](#) -, in juris mwN). Sie setzt die Geltung des alle Naturalleistungsbereiche erfassenden Qualitätsgebots ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) auch im stationären Bereich nicht außer Kraft. Gegenteiliges bedeutete, unter Missachtung des Zwecks der GKV (vgl. [§ 1 Satz 1 SGB V](#)) die Einheit der Rechtsordnung zu gefährden. Eine Krankenhausbehandlung, die nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt und deshalb für den Patienten Schadensersatzansprüche sowie für den Krankenhausarzt strafrechtliche Konsequenzen nach sich zieht, muss nicht von den Krankenkassen bezahlt werden (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 7.5.2013, - [B 1 KR 44/12 R](#) -, in juris; näher Hauck, NZS 2007, 461, 466 ff; rechtspolitisch kritisch zum Regelungskonzept der [§§ 135, 137c SGB V](#): GBA, Stellungnahme zum Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, 14. BT-Ausschuss, Ausschuss-Drucks 0129(9), S. 9; Hess, KrV 2005, 64, 66 f).

[§ 137c SGB V](#) bewirkt vor diesem Hintergrund lediglich, dass - anders als für den Bereich der vertragsärztlichen Leistungen - der GBA nicht in einem generalisierten, zentralisierten und formalisierten Prüfverfahren vor Einführung neuer Behandlungsmethoden im Krankenhaus deren Eignung, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft. Die Prüfung der eingesetzten Methoden im zugelassenen Krankenhaus erfolgt vielmehr bis zu einer Entscheidung des GBA nach [§ 137c SGB V](#) individuell, grundsätzlich also zunächst präventiv im Rahmen einer Binnenkontrolle durch das Krankenhaus selbst, sodann im Wege der nachgelagerten Außenkontrolle lediglich im Einzelfall anlässlich von Beanstandungen ex post durch die Krankenkasse und anschließender Prüfung durch die Gerichte. Erst ein generalisiertes, zentralisiertes und formalisiertes Verfahren nach [§ 137c SGB V](#) schafft über den Einzelfall hinaus Regelungsklarheit im Interesse der Gleichbehandlung der Versicherten.

Die Änderung des [§ 137c SGB V](#) und Einfügung der Regelung des [§ 137e SGB V](#) durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Art 1 Nr. 54 und Nr. 56 GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG vom 22.12.2011, [BGBl I 2983](#)) haben an dieser Grundkonzeption, die das BSG in ständiger Rechtsprechung anwendet, nichts geändert. Sie schaffen lediglich Raum für den GBA, Richtlinien zur Erprobung nach [§ 137e SGB V](#) zu beschließen, wenn die Überprüfung im Rahmen des [§ 137c SGB V](#) ergibt, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Nach Abschluss der Erprobung erlässt der GBA eine Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf, wenn die Überprüfung unter Hinzuziehung der durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse ergibt, dass die Methode nicht den Kriterien nach [§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) entspricht (vgl. [§ 137c Abs. 1 Satz 4 SGB V](#)). Abgesehen von der speziell geregelten Modifizierung durch die zeitlich begrenzte Erprobung ([§ 137e SGB V](#)) noch nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechender Methoden verbleibt es auch im stationären Sektor beim Qualitätsgebot ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#); vgl. zum Ganzen BSG Urteil vom 07.05.2013, - [B 1 KR 44/12 R](#) -, in juris; a.A. Felix/Deister, NZS 2013, 81, 87 f). Eine weitere Ausnahme hat der Gesetzgeber mit dem Anspruch auf zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln im Rahmen klinischer Studien in [§ 35c SGB V](#) geregelt.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Änderung des [§ 137c SGB V](#) durch Art. 64 Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vom 16.07.2015 ([BGBl. I S. 1211](#)) mit Wirkung zum 23.07.2015 (Art. 20 GKV-VSG). Selbst wenn man dieser nach der Ansicht der Klägerin Rückwirkung zuerkennen würde, so verlangt doch auch die Neufassung für jede einzelne Behandlungsmethode die Prüfung, ob sie das Potenzial einer erfolgreichen Behandlungsalternative bietet. Diese Prüfung kann nur anhand der bisherigen Maßstäbe der [§ 2 Abs. 1 Satz 3](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) erfolgen. Die in diesen Vorschriften geregelten allgemeinen Grundsätze, die für den gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gelten (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 10.03.2015, - [B 1 KR 3/15 R](#) -, in juris mwN), sind mit der Einfügung des [§ 137c Abs. 3 SGB V](#) weder aufgehoben noch abgeschwächt worden (ähnlich Axer, GesR 2015, 641 [645 f.]). Die Regelung soll das allgemeine Qualitätsgebot des [§ 2 Abs. 1 "Satz 2" \(richtig Satz 3\) SGB V](#) konkretisieren ([Bundestags-Drucksache 18/4095, S. 121](#)). Die Neuregelung führt deshalb nicht zu einer "Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt" dahin, dass alle Behandlungsmethoden in der Krankenhausbehandlung von den Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind, für welche keine negative Entscheidung des GBA vorhanden ist (so ausdrücklich LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 25.01.2016, - [L 4 KR 3825/15](#) - zur Liposuktion, nv; ebenso Axer, GesR 2015, 641 [645]).

Dieses Qualitätsgebot gilt auch bezüglich der Vergütung von NUB.

Von diesen Grundsätzen ausgehend hat die Klägerin keinen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte erworben. Sie hat das Qualitätsgebots ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) bei der Behandlung der Versicherten nicht beachtet.

Von Qualität und Wirksamkeit der Coilimplantation zur Behandlung einer COPD im Sinne der Kriterien des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) vermochte der Senat sich nicht zu überzeugen. Er legt insoweit ganz maßgeblich das von der Beklagten vorgelegte Sozialmedizinische Gutachten von Dr. Sch. zu Grunde. Dieses Gutachten nimmt eine umfassende Auswertung der über den Einsatz der Coilimplantation zur Behandlung einer COPD veröffentlichten Studien vor, wobei die Gutachter neben randomisiert kontrollierten auch nicht randomisiert kontrollierte Studien berücksichtigt haben. Die im Frühjahr 2013 und 2014 insoweit durchgeführte Recherche der hierzu vorhandenen Publikationen ergab, dass es sich bei allen publizierten Studien mit einer Ausnahme um nicht-vergleichende Fallserien handelt. Aus biometrischer Sicht ist dabei die Ergebnisunsicherheit groß, weil die Patienten nicht verblindet waren und wussten, dass sie mit einer neuen Methode behandelt worden waren. Der Nachbeobachtungszeitraum ist mit 6 Monaten bis maximal 12 Monaten zu kurz, zumal die mit der LVRC erzielten Effekte bereits nach 6 Monaten wieder rückläufig waren. Auch patientenrelevante harte Outcomeparameter, insbesondere der Einfluss der Therapie auf das Gesamtüberleben, wurden bisher nicht untersucht. In den Studien werden eine Reihe von Komplikationen/Nebenwirkungen der Maßnahme beschrieben, wonach es zu einer deutlichen Zunahme der Exazerbation der COPD kam, die erneute Krankenhausbehandlungen erforderte. Weiter kam es zu Blutungen und Pneumothoraces. Die meisten publizierten Ergebnisse stammen darüber hinaus aus Studien, die von der Firma P. Inc, dem Hersteller der Coils, gesponsert wurden. Ebenso wurden Interessenkonflikte von einzelnen Autoren angegeben. Auch bei der einzigen randomisierten Studie von Shah aus 2013 erfolgte keine Verblindung. Dementsprechend wurde die Behandlungsmethode weder in Leitlinien noch von Fachgesellschaften in der Routineanwendung empfohlen. Für den Senat war daher das Fazit des Gutachters überzeugend, dass die Methode der Coilimplantation zur Behandlung einer COPD derzeit noch Gegenstand wissenschaftlicher Diskussion ist

und weitere randomisierte Studien erforderlich sind, um sie zu einer den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechenden Behandlungsmethode qualifizieren zu können. Diesem Fazit schließt sich der Senat an. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den von der Klägerin vorgelegten Fallberichten und Kongressbeiträgen. Diese sind aufgrund ihrer begrenzten Aussagekraft nicht geeignet, eine entsprechende Studienlage zu ersetzen.

Gleichzeitig ist von vornherein ausgeschlossen, unter Berücksichtigung der Studien von einem Seltenheitsfall auszugehen (vgl. dazu z.B. BSG, Urteil vom 19.10.2004, - [B 1 KR 27/02 R](#) -, in juris; BSG, Urteil vom 03.07.2012, - [B 1 KR 25/11 R](#) -, in juris mwN). Darüber hinaus sind auch die Voraussetzungen einer grundrechtsorientierter Leistungsauslegung nicht gegeben. Die grundrechtsorientierte Auslegung einer Regelung des SGB V über einen Anspruch auf Übernahme einer Behandlungsmethode zulasten der GKV setzt voraus, dass folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: (1.) Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung oder wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vor. (2.) Bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, dem medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. (3.) Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine "auf Indizien gestützte", nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (stRspr; vgl. hierzu BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, - [1 BvR 347/98](#) -, in juris; BSG, Urteil vom 07.11.2006, - [B 1 KR 24/06 R](#) -, in juris mwN; BSG Urteil vom 07.05.2013, - [B 1 KR 26/12 R](#) -, in juris 15 mwN).

Vorliegend fehlen bereits Anhaltspunkte für eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung oder wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung. Zwar trifft es zu, dass die COPD-Erkrankung einen schicksalhaften Verlauf nehmen kann. Vorausgesetzt wird in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) jedoch eine notstandsähnliche Situation, die nur dann vorliegt, wenn nach den konkreten Umständen des Einzelfalls droht, dass sich der tödliche Krankheitsverlauf bzw. der nicht kompensierbare Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums wahrscheinlich verwirklichen wird (BVerfG, Beschluss vom 26.03.2014, - [1 BvR 2415/13](#) -, in juris; BSG, Urteil vom 14.12.2006, - [B 1 KR 12/06 R](#) -, in juris; [BT-Drucks 17/6906 S. 53](#)). Medizinische Anhaltspunkte hierfür sind nach dem Bericht der Klägerin vom 09.07.2013 nicht ersichtlich. Auch der MDK geht in seiner medizinischen Stellungnahme aufgrund der vorliegenden Befundberichte hiervon nicht aus.

Unabhängig davon sind bei der Erkrankung der Versicherten auch Standardtherapien vorhanden. Die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, darf nicht losgelöst davon betrachtet werden, was die anerkannte medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt (BVerfG, Beschluss vom 26.02.2013, - [1 BvR 2045/12](#) -, in juris). Zur Frage, ob eine Behandlung mit Mitteln der Schulmedizin in Betracht kommt und inwieweit Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, ist zunächst das konkrete Behandlungsziel zu klären. Bietet die Schulmedizin nur palliative Behandlungsmöglichkeiten an, weil sie jede Möglichkeit einer kurativen Behandlung als aussichtslos betrachtet, kommt ein Anspruch auf eine alternative Behandlungsmethode allerdings nur dann in Betracht, wenn eine auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg besteht. Versicherte dürfen nicht auf eine nur die Linderung von Krankheitsbeschwerden zielende Standardtherapie verwiesen werden, wenn durch eine Alternativbehandlung eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung besteht. Rein experimentelle Behandlungsmethoden, die nicht durch hinreichende Indizien gestützt werden können, reichen allerdings nicht aus.

Bei der Versicherten liegt eine COPD Stadium IV nach GOLD vor. Als konservative leitliniengestützte Behandlung kommen hier Schulungsmaßnahmen, Physiotherapie, Rehabilitation und Sauerstofftherapie in Betracht. Diese sind dabei ebenso wie die streitgegenständliche Therapie nicht auf Heilung, sondern Linderung ausgerichtet (vgl. Gutachten Dr. Sch. vom 22.10.2014 unter Hinweis auf die nationale Versorgungsleitlinie COPD).

Schließlich bestand vorliegend keine "auf Indizien gestützte", nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Zutreffend hat Dr. Sch. nach Auswertung der vorliegenden Studien zum Zeitpunkt der Behandlung selbige als experimentell bezeichnet und darauf hingewiesen, dass entsprechende Indizien vorliegend fehlen. Darüber hinaus hat er weiter darauf hingewiesen, dass bei der Versicherten im CT-Befund ein homogenes Lungenemphysem beschrieben wurde. Laut den Angaben der Herstellerfirma P. waren die implantierten RePneu-Coils für ein heterogenes Ober- und Unterlappenemphysem und/oder mehrere emphysematöse Lappen mit fokalen Gewebsdefekten indiziert. Damit lag vorliegend gar ein Verstoß gegen den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Medizinprodukts gemäß Gebrauchsanweisung des Herstellers vor.

Auch der Hinweis auf den Kontrahierungs- und Behandlungszwang gem. § 1 KHG i.V.m. § 28 Abs. 3 Satz 1 LKHG-BW läuft in dem gegebenen Zusammenhang ins Leere. Das Qualitätsgebot des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) wird hierdurch nicht außer Kraft gesetzt. Die Klägerin durfte auch nicht darauf vertrauen, nicht dem Qualitätsgebot entsprechende Leistungen zu Lasten der Beklagten abrechnen zu können. Insoweit führt der von der Klägerin ins Feld geführte [§ 242 BGB](#) ins Leere. Soweit das VG St. im Verfahren K 5 /13 im Übrigen eine abweichende Rechtsauffassung vertritt, steht dem die ständige Rechtsprechung des BSG entgegen, welcher der Senat vorliegend folgt. Hierauf weist das VG selbst in seiner Entscheidung vom 07.05.2015 hin.

Da die Aufnahme der Versicherten allein zur Implantation der Coils erfolgte, hat die Beklagte zutreffend aus der Verletzung des Qualitätsgebots eine primäre Fehlbelegung abgeleitet. Die Vergütung der Krankenhausbehandlung erfolgte zu Unrecht, weshalb der Beklagten ein Erstattungsanspruch auf Rückzahlung der gezahlten Leistungen zustand.

3. Begründet ist die Klage allerdings insoweit, als die Beklagte auch die Zuzahlung der Versicherten bei der Höhe der Aufrechnung berücksichtigt hat. Der Eigenanteil des Versicherten ist nicht als Leistung der Krankenkasse anzusehen, so dass dieser im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch nicht der Beklagten zuzuordnen ist. Steht der Beklagten daher insoweit kein Erstattungsanspruch zu, so geht die erklärte Aufrechnung diesbzgl. ins Leere und die Beklagte ist zur Auszahlung verpflichtet (vgl. LSG BW, Urteil vom 11.04.2014, - [L 4 KR 3980/12](#) -, n.v.)

Nur soweit der Hauptanspruch besteht, kann die Klägerin vorliegend mit ihrem Zinsantrag Erfolg haben, weshalb das Urteil des SG insoweit abzuändern war.

4. Die Kostenfolge beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1](#), 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür nicht vorliegen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-12-07