

L 11 KR 1961/24

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11.
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 3440/21
Datum
30.04.2024
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 1961/24
Datum
21.01.2025
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Weder der Ausschluss aus der vertragsärztlichen Versorgung noch die fehlende ambulante Abrechnungsmöglichkeit der matrixassoziierten autologen Chondrozyten-Implantation/Transplantation (M-ACI, M-ACT) stellen ein medizinisches Erfordernis für die stationäre Durchführung der arthroskopischen Entnahme von Knorpelzellen dar.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 30.04.2024 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 1.845,77 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Vergütung für Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung der bei der Beklagten krankenversicherten M1 H1 (geboren 1982, im Folgenden: Die Versicherte) vom 31.05.2016 bis 01.06.2016.

Die Versicherte wurde am 31.05.2016 geplant zur stationären Behandlung im - nach [§ 108 Abs. 1 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenem - Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Aufnahmediagnose war eine Knorpelläsion am linken Knie. Die stationäre Aufnahme erfolgte zur arthroskopischen Entnahme von Knorpel zur Zell- und Gewebezüchtung. Diese wurde am 31.05.2016 durchgeführt. Der Eingriff verlief komplikationslos. Die Versicherte wurde am Folgetag planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen. Die Klägerin rechnete die Kosten für den stationären Aufenthalt der Beklagten gegenüber mit Rechnung vom 03.06.2016 unter Zugrundlegung der DRG-Fallpauschale I18A (Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk) ab. Der Gesamtbetrag belief sich hierbei auf 1.865,77 € (inkl. Zuzahlung i.H.v. 20,00 €). Die Rechnung wurde durch die Beklagte zunächst vollständig beglichen.

Im weiteren Verlauf veranlasste die Beklagte eine Überprüfung der Abrechnung des stationären Aufenthaltes durch den Medizinischen Dienst (MD). Hierüber wurde die Klägerin entsprechend informiert (Prüfanzeige vom 10.06.2016, Art der Prüfung: Fehlbelegungsprüfung). Der MD M2 kam in seinem Gutachten vom 21.02.2017 zu dem Ergebnis, die Notwendigkeit des Eingriffs unter stationären Bedingungen ohne überwachungspflichtige Begleiterkrankungen der Versicherten und bei unauffälligem postoperativen Verlauf sei nicht nachvollziehbar. Dieser Eingriff hätte ambulant mit entsprechender postoperativer Überwachung durchgeführt werden können. Mit Leistungsentscheidung vom 22.07.2017 teilte die Beklagte die Klägerin mit, ihr Erstattungsanspruch belaufe sich entsprechend dem MD-Gutachten auf 1.865,77 €. Der MD empfehle die Abrechnung einer ambulanten Behandlung. Falls die Klägerin Leistungen aus dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß [§ 115b SGB V](#) (AOP-Katalog) erbracht habe, könne sie eine entsprechende Rechnung ausstellen. Die Klägerin werde um Übermittlung einer Stornogutschrift und Neuberechnung sowie einer geänderten Entlassungsanzeige gebeten. Erhalte sie, die Beklagte, keine geänderten Datensätze, werde der aufgeführte Betrag aufgerechnet. Nachdem in der Folgezeit eine Neuberechnung durch die Klägerin nicht erfolgte, teilte die Beklagte der Klägerin unter dem 23.09.2017 mit, den Erstattungsbetrag in Höhe von 1.865,77 € mit einem unstrittigen Fall aufzurechnen. Die Aufrechnung erfolgte sodann am 19.12.2017.

Hiergegen hat die Klägerin am 23.12.2021 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Die Klage wurde als Sammelklage zusammen mit der Klage gegen die Aufrechnung in einem weiteren zwischen den Beteiligten streitigen Krankenhausaufenthalt eines bei der Beklagten versicherten Patienten erhoben. Mit Beschluss vom 21.07.2022 hat das SG die Klagen hinsichtlich der beiden Behandlungsfälle getrennt. Das Verfahren zum Behandlungsfall der hiesigen Versicherten wurde unter dem bisherigen Aktenzeichen fortgeführt.

Zur Begründung der Klage hat die Klägerin ausgeführt, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) habe die matrixassoziierte autologe Chondrozyten-Implantation/Transplantation (M-ACI, M-ACT) von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Eine ambulante Erbringung sei daher nicht zulässig. In seinem Beschluss charakterisiere der G-BA die M-ACT über die einzelnen Teilschritte. Hier werde auch der Entnahmeeingriff explizit aufgeführt. Dieser Umstand impliziere, dass der Entnahmeeingriff der M-ACT als zwingende Voraussetzung einer Kultivierung von Knorpelzellen als zwingender Teilschritt der Methode durch den Beschluss des G-BA von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sei. Danach dürfe der Eingriff nach dem Willen des G-BA nicht ambulant durchgeführt werden. Dies werde auch dadurch untermauert, dass sich keine entsprechenden Ziffern im AOP-Katalog wiederfänden. Gleiches gelte für den Katalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Nach dem übereinstimmenden Willen der Vertragsparteien auf Bundesebene sei dieser Eingriff dem stationären Bereich vorbehalten. Dies werde durch die Aufnahme der Leistung in den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Katalog) deutlich, der die stationären Leistungen der Krankenhäuser abbilde. Des Weiteren bestehe bei der Entnahme von Knorpelknochenzylindern aus dem Notch-Bereich des Kniegelenks mit Eröffnung des Markraums immer ein potentielles Nachblutungsrisiko. Im vorliegenden Fall habe ein zusätzlich erhöhtes Nachblutungsrisiko durch die im Rahmen des arthroskopischen Eingriffs durchgeführte zusätzliche Abtragung eines Knochensporn im Bereich des tibialen Tibiaplateaus bestanden. Hinzu komme, dass es am ersten postoperativen Tag ausweislich der Patientenkurve unter Bedarfsmedikation zur Opiatgabe gekommen sei.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat zur Begründung auf die Beurteilung durch den MD verwiesen. Bei einem Patienten, der ambulant zu behandeln sei, begründe der Wunsch zur Abrechnung des OPS nicht die stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit.

Zur weiteren Aufklärung des medizinischen Sachverhalts hat das SG. H2, mit der Erstellung eines fachärztlichen Gutachtens beauftragt. Dieser ist in seinem Gutachten vom 08.02.2023 zu dem Ergebnis gekommen, der Eingriff sei aus rein medizinischer Beurteilung ex ante ambulant erbringbar gewesen. Ein medizinischer Vorteil einer teil- oder vollstationären Durchführung des Eingriffs bei der Versicherten mit Risikoklasse ASA 1 (Gesunder Patient) und den möglichen, sehr seltenen eingriffsspezifischen Risiken sei nicht zu erkennen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 30.04.2024 abgewiesen. Die Klägerin habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung des geltend gemachten Betrags i.H.v. 1.845,77 € für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten im Zeitraum vom 31.05.2016 bis 01.06.2016. Die Beklagte habe den durch die Klägerin für die erbrachte Krankenhausleistung abgerechneten Betrag zu Recht um die genannte Summe gekürzt und mit weiteren Vergütungsansprüchen der Klägerin verrechnet. Rechtsgrundlage dieser „Verrechnung“ seien die Aufrechnungsregelungen der [§§ 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) in entsprechender Anwendung. Dieser Rückzahlungsanspruch resultiere daraus, dass die Klägerin gegen die Beklagte keinen Vergütungsanspruch für den streitgegenständlichen stationären Aufenthalt der Versicherten habe. Rechtsgrundlage sei die Regelung des [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntG\)](#), [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) und [§ 1 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser](#). Gemäß [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG](#) würden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder - wie vorliegend - ihren Kostenträgern mit Fallpauschalen nach einem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 9 KHEntG](#)) abgerechnet. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehe - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werde und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich sei. Deshalb definiere [§ 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntG](#): „Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind“. Diese „allgemeinen Krankenhausleistungen“ würden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern u.a. mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet. Das Fallpauschalensystem lasse keinen Raum dafür, nicht notwendige Leistungen zu vergüten (Verweis auf Bundessozialgericht [BSG] 30.06.2009, [B 1 KR 24/08 R](#), Rn. 15 m.w.N., zitiert - wie auf im Folgenden - nach juris). Ermöglichte es der Gesundheitszustand des betroffenen Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung zu erreichen, so bestehe kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses (Verweis auf Landessozialgericht [LSG] Baden-Württemberg 21.01.2015, [L 5 KR 731/13](#), BSG 14.10.2014, [B 1 KR 27/13 R](#)). Der streitgegenständliche stationäre Aufenthalt der Versicherten sei zur Überzeugung der erkennenden Kammer nicht erforderlich gewesen im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung richte sich dabei allein nach medizinischen Erfordernissen (Verweis u.a. auf BSG 16.12.2008, [B 1 KR 11/08 R](#)). Hierbei sei Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich mache. Als besonderes Mittel des Krankenhauses habe die Rechtsprechung des BSG eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt herausgestellt (Verweis auf LSG Baden-Württemberg 14.10.2010, [L 11 KR 2753/10](#), Rn. 24). Unter Zugrundelegung dieser rechtlichen Vorgaben habe die bei der Versicherten im Rahmen des vorliegend streitigen Krankenhausaufenthaltes vorgenommene arthroskopische Entnahme von Knorpel zur Zell- und Gewebezüchtung aus medizinischen Gründen nicht der stationären Aufnahme in ein Krankenhaus bedurft. Nach dem vorliegenden medizinischen Sachverhalt stehe fest, dass die bei der im Zeitpunkt der stationären Aufnahme 33 Jahre alten Versicherten vorgenommene Behandlung planmäßig und komplikationslos durchgeführt worden sei. Überwachungspflichtige Begleiterkrankungen hätten nicht bestanden; der postoperative Verlauf sei als unauffällig beschrieben worden. Bereits diese Umstände sprächen gegen die medizinische Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung. Diese Einschätzung werde auch durch die Einstufung der Versicherten nach der sog. ASA-Risikoklassifikation zur Abschätzung des perioperativen Risikos in die Klasse ASA 1 (Gesunder Patient) gestützt. Vor diesem Hintergrund komme auch der im gerichtlichen Verfahren beauftragte Gutachter H2 zum Ergebnis, dass der Eingriff bei entsprechender Planung und früherer Anfangszeit aus medizinischer Sicht ambulant hätte durchgeführt werden können. Dem schließe sich die erkennende Kammer aus eigener Überzeugung an. Entgegen der Ansicht der Klägerin ändere sich an diesem Ergebnis nichts unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der G-BA die Behandlungsmethode der M-ACI bzw. M-ACT von der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen habe. Die Mittel eines Krankenhauses gingen nicht schon deshalb über die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung hinaus, weil eine Leistung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst ambulant durchgeführt werden könne, vertragsärztlich mangels positiver Empfehlung des G-BA nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden dürfe. Denn die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung richte sich allein nach den medizinischen Erfordernissen und sei daher nicht bereits deshalb zu bejahen, weil der G-BA die betreffende Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zwar nicht nach [§ 137c](#)

[SGB V](#) aus der stationären Versorgung ausgeschlossen, sie aber auch nicht nach [§ 135 SGB V](#) in den vertragsärztlichen Leistungskatalog aufgenommen habe (Verweis auf Wahl, in: Schlegel/Voelzke, juris-PK-SGB V, 4. Aufl., [§ 39 SGB V](#), Rn. 73). Dies könne dazu führen, dass die nach der Fachmeinung der Ärzte medizinisch indizierte Behandlung zwar stationär erbracht werden könne, aber mangels Erforderlichkeit der Behandlung im Rahmen einer stationären Versorgung nicht zulasten der Krankenkassen abrechenbar sei, andererseits einer ambulanten Versorgung deren fehlende Abrechenbarkeit entgegenstehe (Verweis auf LSG Hamburg 27.10.2021, [L 1 KR 41/20](#), Rn. 37).

Gegen das ihr am 24.05.2024 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 24.06.2024 Berufung ans LSG Baden-Württemberg eingelegt und zur Begründung ausgeführt, nach der im Mai und Juni 2016 gültigen Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, in Kraft getreten am 01.04.2016, sei die M-ACT von der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 1 Abs. 2 i.V.m. der Anlage 2 Nr. 28 ausdrücklich ausgeschlossen gewesen. Am 09.02.2021 habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Antrag auf Bewertung der M-ACT am Kniegelenk bei symptomatischen Knorpelschäden gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gestellt. Der G-BA habe in seiner Sitzung vom 17.02.2022 beschlossen, die Methode nun in die Anlage I der für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten Methoden aufzunehmen. In der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung finde sich die Methode in der seit 11.05.2022 gültigen Fassung nun in Anlage I, Nr. 38. Zum Zeitpunkt der Behandlung der Versicherten im Jahre 2016 habe es entsprechend der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung auch keine EBM-Ziffer gegeben, um die Knorpelentnahme im Knie abzubilden. Ebenso wenig habe der AOP-Katalog die Methode gekannt. Es habe sich aber im OPS, Version 2016, ein entsprechender Schlüssel gefunden, um die Leistung abzubilden. Für den stationären Bereich habe im Mai und Juni 2016 Folgendes gegolten: Am 30.05.2002 habe der G-BA die Einleitung eines Beratungsverfahrens beschlossen. Am 19.12.2006 habe der G-BA für die ACI am Kniegelenk den Beschluss zur Aussetzung des Bewertungsverfahrens gemäß 2. Kapitel § 14 Abs. 1 Spiegelstrich 2 der Verfahrensordnung (a.F.) des G-BA und den zugehörigen Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS-Maßnahmen) bei ACI am Kniegelenk gefasst. In diesem Beschluss würden in den §§ 2 und 3 die Anforderungen an die Leistungserbringung durch ein Krankenhaus vorgegeben. § 4 des Beschlusses bestimme die Anforderungen an die Dokumentation. Die Beschlüsse seien am 01.07.2007 in Kraft getreten. Damit hätten Krankenhäuser ab diesem Zeitpunkt die Leistung stationär erbringen dürfen. Am 23.04.2009 habe der G-BA diese Beschlüsse redaktionell geändert und die Wörter „kollagengedekte und periostgedekte“ ergänzt. Der G-BA habe auch am 23.04.2009 für die M-ACI am Kniegelenk den Beschluss zur Aussetzung des Bewertungsverfahrens und den zugehörigen Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei M-ACI am Kniegelenk gefasst. Die Beschlüsse vom 23.04.2009 seien am 18.07.2009 in Kraft getreten. Der G-BA habe am 22.05.2014 beschlossen, die Aussetzung bis zum 31.12.2019 zu verlängern. In der Sitzung vom 17.02.2022 habe der G-BA beschlossen, die M-ACI am Kniegelenk in Anlage I (Methoden, die für die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich seien) aufzunehmen. Rechtlich habe ein niedergelassener Vertragsarzt 2016 die streitgegenständliche Leistung nicht erbringen dürfen. Auch ein zugelassenes Krankenhaus habe die Leistung ambulant nicht erbringen dürfen. Es sei nur die Möglichkeit verblieben, die Leistung stationär zu erbringen und abzurechnen. Für die Erforderlichkeit der stationären Versorgung genüge es nach dem BSG, dass eine medizinisch notwendige Versorgung aus Gründen der Rechtsordnung nur stationär erbracht werden dürfe (Verweis auf BSG 17.11.2005, [B 1 KR 18/15 R](#) und 22.06.2022, [B 1 KR 25/21 R](#) und 07.03.2023, [B 1 KR 3/22 R](#)). Würde man mit dem SG davon ausgehen, die Klägerin habe zum Behandlungszeitpunkt für die unstreitig notwendig und erbrachte Leistung keinen Vergütungsanspruch, so hätte diese Leistung auch nicht erbracht werden dürfen. Dies hätte faktisch zur Konsequenz gehabt, dass die Versicherte die Leistung nicht hätte erhalten dürfen. Die Widersprüchlichkeit dieses Ergebnisses werde besonders dadurch deutlich, dass die im Nachhinein erfolgte Implantation der Knorpelzellen wiederum unstreitig notwendig und von der Beklagten in voller Höhe vergütet worden sei. Die Beklagte schulde zudem Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Aufrechnung (19.12.2017) gemäß § 19 Abs. 1, 3 des Landesvertrages für Baden-Württemberg gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in der bis 31.12.2022 gültigen Fassung. Der Beschluss des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei M-ACI am Kniegelenk vom 23.04.2009, zuletzt geändert am 22.05.2014, stelle Anforderungen an die Qualifikationen der Krankenhausärzte, an die Qualifikationen des nichtärztlichen Personals sowie an die Strukturen des Krankenhauses. Danach sei das Krankenhaus verpflichtet, sofern die Zellaufbereitung nicht durch das Krankenhaus selbst vorgenommen werde, mit der zellaufbereitenden Institution eine Absprache über Zielvorgaben für die Zellaufbereitung zu treffen. Die Klägerin habe mit der Firma TETEC eine entsprechende Vereinbarung getroffen, die die Zellaufbereitung zum Behandlungszeitpunkt durchgeführt habe. Die Anlage III des Beschlusses über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen sei an die Kostenträger gegangen. Nach Anlage III habe den Kostenträgern offen gestanden, den MD mit der Überprüfung zu beauftragen. Die Kostenträger hätten nie einen Anlass gehabt, die Erfüllung der Vorgaben gemäß G-BA-Beschluss durch den MD überprüfen zu lassen. Zum Behandlungszeitpunkt sei die Gewinnung von Knorpelzellen zur M-ACT wie auch die Implantation im ambulanten vertragsärztlichen Rahmen gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. der Richtlinie über Methoden vertragsärztlicher Versorgung in der zum 01.04.2016 in Kraft getretenen Fassung untersagt gewesen. Zugelassene Krankenhäuser hätten dagegen bei Erfüllung der Qualitätsanforderungen gemäß dem Beschluss des G-BA die Leistung nach [§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erbringen dürfen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 30.04.2024 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.845,77 € zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung hat sie ausgeführt, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren sei, richte sich allein nach medizinischen Erfordernissen. Die fehlende ambulante Abrechnungsmöglichkeit stelle kein medizinisches Erfordernis für die stationäre Durchführung dar. Ausnahmen, wie sie in Form der sog. Seltenheitsfälle oder dem Systemversagen von der Rechtsprechung entwickelt worden seien, vermittelten allein den Versicherten Ansprüche. Die Anwendung dieser Rechtsfiguren im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse sei hingegen nicht vorgesehen. Einem Leistungserbringer stehe für Leistungen, die er unter Verstoß gegen das Leistungserbringerrecht der GKV bewirkt habe, grundsätzlich kein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage zu. Das Krankenhaus habe im Falle primärer Fehlbelegung auch dann keinen Anspruch auf (Teile der) Behandlungskosten, wenn dieser auf ein (wesentliches) Element der Sachkosten beschränkt werde und die medizinische Sinnhaftigkeit der fraglichen Diagnostikmethode unbestritten sei.

Die Berichterstatterin des Senats hat in dem Verfahren am 05.11.2024 einen Erörterungstermin mit den Beteiligten durchgeführt. Insoweit

wird auf Bl. 80/81 der Senatsakte verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen, die beigezogene Patientenakte der Klägerin und die ebenfalls beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

I. Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhobene und gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung der Klägerin ist auch im Übrigen zulässig. Sie bedurfte nicht der Zulassung, da der maßgebliche Beschwerdewert nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von 750,00 € überschritten ist. Die Klägerin begehrt die Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten in Höhe von 1.845,77 € (Rechnungsbetrag abzüglich der von der Versicherten zu tragenden Zuzahlung in Höhe von 20,00 €).

II. Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 1.845,77 € aufgrund der stationären Behandlung der Versicherten im Zeitraum vom 31.05.2016 bis 01.06.2016. Die Beklagte hat zu Recht in dieser Höhe gegen andere (unstreitige) Forderungen der Klägerin aufgerechnet. Das SG hat die rechtlichen Voraussetzungen der erfolgten Aufrechnung und den nicht bestehenden Vergütungsanspruch der Klägerin zutreffend und ausführlich dargelegt und im Einzelnen begründet. Der Senat sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung aus den Gründen des angefochtenen Gerichtsbescheids des SG als unbegründet zurück ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Lediglich ergänzend wird auf Folgendes hingewiesen:

Auch der Senat geht vorliegend davon aus, dass der streitgegenständliche stationäre Aufenthalt der Versicherten nicht im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) aus medizinischen Gründen erforderlich war, da die arthroskopische Entnahme von Knorpel zur Zell- und Gewebezüchtung im vorliegenden Fall ambulant möglich gewesen wäre, dem insbesondere keine sonstigen medizinischen Gründe entgegenstanden. Dies entnimmt der Senat den überzeugenden Ausführungen des H2 in seinem Gutachten vom 08.02.2023.

Wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, kann weder die fehlende Abrechnungsmöglichkeit im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung noch der Ausschluss der M-ACI aus der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. Nr. 28 Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, i.d.F. vom 17.01.2006, zuletzt geändert am 27.11.2015, in Kraft getreten am 01.04.2016) die Notwendigkeit der stationären Leistungserbringung begründen. Die fehlende ambulante Abrechnungsmöglichkeit stellt gerade kein medizinisches Erfordernis für die stationäre Durchführung der hier erfolgten arthroskopischen Entnahme von Knorpelzellen dar (so auch LSG Hamburg 27.10.2021, [L 1 KR 26/21](#), Rn. 21; nachgehend BSG 03.04.2023, [B 1 KR 109/21 B](#)). Auch gehen die Mittel eines Krankenhauses nicht schon deshalb über die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung hinaus, weil eine Leistung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst ambulant durchgeführt werden kann, vertragsärztlich mangels positiver Empfehlung des G-BA jedoch nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden darf. Denn die Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen und ist daher nicht bereits deshalb zu bejahen, weil der G-BA die betreffende Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zwar nicht nach [§ 137c SGB V](#) aus der stationären Versorgung ausgeschlossen, sie aber ohne Rechtsverstoß (noch) nicht nach [§ 135 SGB V](#) in den vertragsärztlichen Leistungskatalog aufgenommen oder für die vertragsärztliche Behandlung empfohlen hat (Wahl, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39, Stand 02.03.2021, Rn. 73; BSG 14.10.2014, [B 1 KR 27/13 R](#), Rn. 12; BSG 07.05.2013, [B 1 KR 44/12 R](#), Rn. 27; BSG 16.12.2008, [B 1 KR 11/08 R](#), Rn. 17). Ein Rechtsverstoß des G-BA ist vorliegend durch die Aussetzungsbeschlüsse nicht gegeben. Ein Rechtsverstoß des GBA setzt ein willkürliches Handeln voraus, z.B., wenn der G-BA nach Durchführung des Verfahrens nach [§ 137c SGB V](#) folgerichtig eine Empfehlung nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) hätte aussprechen müssen, aber grundlos untätig bleibt und jede andere Entscheidung als die des Tätigwerdens unvertretbar wäre (vgl. BSG 07.05.2013, [B 1 KR 44/12 R](#), juris Rn. 29 m.w.N.). Ein Verfahren nach [§ 137c SGB V](#) bzgl. der M-ACI hat jedoch nicht stattgefunden. Auch das Verfahren nach [§ 137c SGB V](#) bzgl. der ACI am Kniegelenk wurde erst am 17.02.2022 abgeschlossen. In jedem Fall bedarf es neben der generellen auch der individuellen Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall, die hier gerade nicht gegeben ist.

Freilich kann eine stationäre Krankenhausbehandlung nach der Rechtsprechung des BSG im Rechtssinne auch dann erforderlich sein, wenn die medizinisch notwendige Versorgung aus Gründen der Rechtsordnung nur stationär erbracht werden darf (vgl. BSG 17.11.2015, [B 1 KR 18/15 R](#), Rn. 10ff.). Die GKV darf bei Erfüllung ihrer Aufgabe die rechtlichen Strukturvorgaben nicht außer Acht lassen. So trägt die Krankenkasse die Kosten einer Krankenhausbehandlung in den Fällen, in denen das medizinisch Gebotene nicht ambulant zur Verfügung gestellt werden kann, wie z.B. in Fällen des Infektionsschutzes, wenn die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus auch aus individuellen medizinischen Gründen erfolgt, oder bei Durchführung einer Radiojodtherapie (BSG 17.11.2015 [a.a.O.](#), Rn. 13). Eine von der Rechtsordnung verbotene Behandlung kann nicht Teil des GKV-Leistungskatalogs sein. Behandlungen, die rechtlich nicht zulässig sind, dürfen von der Krankenkasse nicht gewährt oder bezahlt werden (vgl. BSG 18.11.2014, [B 1 KR 19/13 R](#), Rn. 11 [zum grundsätzlichen Verbot der Präimplantationsdiagnostik]). Auf die Frage der Strafbarkeit oder der Bußgeldbewehrung kommt es dabei nicht an (BSG 17.11.2015 [a.a.O.](#), Rn. 14 m.w.N.). Nicht aus Gründen der Rechtsordnung allein stationär erbringbar sind dagegen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind, etwa mangels positiver Empfehlung des G-BA gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (Wahl, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 39, Stand 02.03.2021, Rn. 86; BSG 13.12.2016, [B 1 KR 1/16 R](#), Rn. 29; BSG 14.10.2014, [B 1 KR 27/13 R](#), Rn. 12; BSG 07.05.2013, [B 1 KR 44/12 R](#), Rn. 27; BSG 16.12.2008, [B 1 KR 11/08 R](#), Rn. 17).

Zwar kann - wenn wie hier eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Streit steht (vgl. hierzu ausführlich LSG Hamburg a.a.O., Rn. 47) - die fehlende Abrechenbarkeit über den EBM dazu führen, dass die von den Fachärzten für medizinisch indiziert gehaltene Maßnahme zwar stationär mangels Verbots der Methode erbracht werden kann, aber mangels der Erforderlichkeit stationärer Versorgung nicht zu Lasten der Krankenkassen abrechenbar ist. Eine solche Fallgestaltung ist indes vom Gesetzgeber gewollt bzw. wird in Kauf genommen und folgt bereits aus der unterschiedlichen Ausgestaltung des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auf der einen Seite und des [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) auf der anderen Seite. Im ambulanten Bereich umfasst der Anspruch eines Versicherten gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, § 2 Abs. 1,](#)

[§ 12 Abs. 1 SGB V](#) nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der G-BA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird somit nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw.) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl. hierzu BSG 16.12.2008, [B 1 KR 11/08 R](#), juris; LSG Hamburg a.a.O. m.w.N.). Anders ist die Rechtslage im Rahmen einer stationären Behandlung ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Hier gilt nicht [§ 135 Abs. 1 SGB V](#), sondern [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) (hier in der am 23.07.2015 in Kraft getretenen Fassung des GKV-VSG vom 16.07.2015, [BGBl. I 1211](#)). Danach dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der G-BA bisher keine Entscheidung nach [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, die Behandlungsalternative also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. Im Anwendungsbereich des [§ 137c SGB V](#) ist das allgemeine Qualitätsgebot des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) durch [§ 137c Abs. 3 SGB V](#) partiell eingeschränkt und erweitert den Anspruch Versicherter auf Krankenhausbehandlung. An die Stelle des allgemeinen Qualitätsgebots tritt der Potentialmaßstab (BSG 13.12.2022, [B 1 KR 33/21 R](#), juris, unter Verweis auf BSG 25.03.2021, [B 1 KR 25/20 R](#), [BSGE 132, 67](#) = SozR 4-2500 § 137c Nr. 15, Rn. 22 ff; BSG 26.04.2022, [B 1 KR 20/21 R](#), juris Rn.14 ff.).

Der unterschiedliche Prüfungsmaßstab von Ansprüchen eines Versicherten - und damit korrespondierend von Vergütungsansprüchen der Leistungserbringer - ist somit im Gesetz angelegt und ausdrücklich gewollt. Der Grund für die Normierung einer unterschiedlichen Regelungsstruktur in [§ 135](#) und [§ 137c SGB V](#) liegt u.a. darin, dass Krankenhäusern weitergehende Möglichkeiten zubilligt werden sollen, innovative Methoden anzuwenden (vgl. hierzu und zum Folgenden Leopold in: Hauck/Noftz SGB V, § 137c, Rn. 7 mit umfangreichen weiteren Nachweisen). Medizinischer Fortschritt in den Krankenhäusern soll nicht behindert werden. Dies fußt im Wesentlichen auf der Überlegung, dass Krankenhäuser neben ihrer behandelnden Tätigkeit auch Einrichtungen der Forschung sowie der Einführung und Evaluation neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden darstellen. Medizinische Innovationen sind dort eher zu erwarten als im ambulanten Sektor. Zudem bestehen aufgrund interner Kontrollstrukturen im Sinne einer prospektiven Prüfpflicht vor Einsatz innovativer Methoden und aufgrund einer vom ambulanten Sektor abweichenden Vergütungsstruktur nach der Vorstellung des Gesetzgebers im Bereich der stationären Versorgung geringere Risiken für Patientinnen und Patienten (Leopold a.a.O. unter Verweis auf [BT-Drucks. 14/1245 S. 90](#) und m.w.N.). Dass damit die oben geschilderte Problematik einhergeht, dass eine Behandlungs- bzw. Diagnostikmethode, die - wie hier - unproblematisch das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, aber mangels medizinischer Notwendigkeit dennoch nicht stationär durchgeführt werden darf, ambulant nicht abrechenbar ist, ist logische Folge dieser genannten Differenzierung und daher hinzunehmen (Senatsurteil vom 25.07.2023, L 11 KR 1702/22 n.v.).

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

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

V. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-05-07