S 18 KR 625/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Wiesbaden
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KR 625/15
Datum	30.08.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 339/17
Datum	30.04.2020

3. Instanz

Datum	-

Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 2.950,00 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basissatz hieraus seit dem 31.10.2015 zu zahlen.

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

â
Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung eines vollstationÃ¤ren Krankenhausaufenthaltes.Â

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin des A. Hospitals in A-Stadt. Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte C. befand sich in der Zeit vom 04.11.2011 bis zum 16.12.2011 in der Klinik der KlÃ¤gerin zur vollstationÃ¤ren Behandlung.

Bei der 37-jÃ¤hrigen Versicherten bestand eine sensible QuerschnittslÃ¤hmung unterhalb Th10 mit BlasenentleerungsstÃ¶rungen. Vorangegangene WirbelsÃ¤uleneingriffe beinhalteten zwei jeweils thorakoskopische Bandscheibenoperationen BWK 5/6 (8/2003) und 7/8 (2005) sowie eine

Bandscheibenoperation mit angestrebter Fusion BWK 9/10 durch die Interposition eines RippenkÃ¶pfchens am 13.07.2010. In diesem Segment bestand zum Vorstellungstermin der Versicherten in der Klinik der KlÃ¤gerin, also 15 Monate nach dem Eingriff, der Verdacht auf ein â□□non-unionâ□□, womit eine fehlende Ausbildung einer knÃ¶chernen Verbindung zwischen den beiden Wirbeln BWK9 und BWK10 benannt wird.

Nachdem sich der Verdacht auf ein â□□non-unionâ□□ nach einer Computertomographie bestÃ¤tigt hatte, erklÃ¤rte die Versicherte ihr EinverstÃ¤ndnis zu einer Revisionsoperation unter Verwendung von Wachstumsfaktoren durch die Gabe von Dibotermin alfa, einem osteoinduktiven Protein, das die Bildung von neuem Knochengewebe an der Implantationsstelle stimuliert.

Eine Alternative zur Gabe von Dibotermin alfa hÃ¤tte nach Auffassung der KlÃ¤gerin lediglich darin bestanden, eine erneute Transplantation von Eigenknochen vorzunehmen, wie es bereits bei der Operation am 13.07.2010 geschehen sei. FÃ¼r einen Ersteingriff stelle die Transplantation von Eigenknochen noch immer einen Goldstandard dar, weil diese Vorgehensweise prinzipiell ein gutes Knochenbildungspotential aufweise. Da bei der Versicherten bereits am 13.07.2010 im Rahmen der Operation in Bad Homburg eine Knochentransplantation mit Eigenknochen erfolgt sei, habe bei einer erneuten Verwendung dieses Materials von einer anderen Entnahmestelle keine begrÃ¼ndete Hoffnung auf eine bessere Heilungstendenz bestanden.Â

Eine weitere MÃ¶glichkeit zur Behandlung wÃ¤re die alleinige Verwendung von Fremdknochenersatzmaterial gewesen. Der Einsatz von Fremdknochen berge jedoch das Risiko der Ã□bertragung von Krankheiten sowie AbstoÃ□ungsreaktionen; Knochenersatzmaterialien bedingten ein geringeres Knochenheilungspotential im Vergleich mit Eigenknochen und Wachstumsfaktoren.

Aufgrund des Standes der aktuellen Forschung zum Zeitpunkt des Eingriffs sei hingegen bei â□□non unionâ□□ von einer verbesserten Heilungsrate durch die Anwendung von Wachstumsfaktoren mittels des Medikaments Dibotermin alfa auszugehen gewesen.

Mit Rechnung vom 03.01.2012 bezifferte die KlÃ¤gerin die Behandlungskosten in HÃ¶he von 21.272,70 â□¬. Die Abrechnung erfolgte unter Zugrundelegung der Fallpauschale (Diagnosis Related Group) DRG I06D (Komplexe Eingriffe an der WirbelsÃ¤ule ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne WirbelkÃ¶rperersatz, ohne schwere entzÃ¼ndliche Erkrankung oder bÃ¶sartige Neubildung, mit Ã¤uÃ□erst schweren CC) sowie des Zusatzentgeltes ZE 2011-63 in HÃ¶he von 2.950,- â□¬. Die Fallpauschale basiert u.a. auf der Kodierung der Hauptdiagnose M42.14 (Osteochondrose der WirbelsÃ¤ule) und dem OPS 6-003.40 (Applikation von Medikamenten, Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 12 mg bis unter 24 mg).Â

Die Beklagte beglich die Rechnung zunÃ¤chst in voller HÃ¶he und beauftragte den

Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Ãberprüfung der Abrechnung. Mit Gutachten vom 09.10.2012 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die vollstationÃ¤re Behandlung und die Behandlungsdauer nachvollziehbar seien. Nicht nachvollziehbar sei die Kodierung der Prozedur OPS 6-003.40. Bei der Einbringung von Dibotermin alfa handele es sich um einen Off-Label-Use. Das Zusatzentgelt ZE 2011-63 sei daher zu streichen.

Am 31.10.2012 hat die Beklagte den Differenzbetrag in HÃ¶he von 2.950,00 â¬ mit anderen Forderungen der KlÃ¤gerin verrechnet.

Auf den Widerspruch der KlÃ¤gerin vom 07.11.2012 hat der MDK seine Auffassung mit Gutachten vom 23.04.2013 bestÃ¤tigt.
Â Â Â
Die KlÃ¤gerin hat am 23.12.2015 Klage erhoben.

Die KlÃ¤gerin ist der Auffassung, dass die Abrechnung des Zusatzentgeltes ZE 2011-63 gemÃ¤Ã der Anl. 6 zum Fallpauschalenkatalog 2011 i.H.v. 2.950 â¬ rechtmÃ¤Ãig sei. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Off-Label-Use bei Arzneimitteln zur ambulanten Versorgung von Versicherten stÃ¼nde der Anwendung von Arzneimitteln bei der stationÃ¤ren Behandlung im Krankenhaus nicht entgegen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 2.950,00 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basissatz seit dem 31.10.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass eine Verwendung von Arzneimitteln auÃerhalb ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung grundsÃ¤tzlich nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶re.Â

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte, die Patientenakte der KlÃ¤gerin und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Das Gericht konnte im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Urteil entscheiden (Â§ 124 Abs. 2 SGG).Â

Die Klage ist als Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 SGG zulÃ¤ssig, denn bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 90, 1 ff.). Es ist demnach

weder ein Vorverfahren durchzufÃ¼hren noch eine Klagefrist zu beachten.Â

Die Klage ist begrÃ¼ndet, denn der KlÃ¤gerin steht der geltend gemachte VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die vollstationÃ¤re Behandlung der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Patientin C. vom 04.11.2011 bis 16.12.2011 nach der DRG I06D nebst dem Zusatzentgelt ZE 2011-63 gemÃ¤Ã der Rechnung vom 03.01.2012 in HÃ¶he von insgesamt 21.272,70 â¬ zu.

Demzufolge hatte die Beklagte gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin am 31.10.2012 keinen Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hinsichtlich des streitgegenstÃ¤ndlichen Teilbetrages der Rechnung der KlÃ¤gerin vom 03.01.2012 in HÃ¶he von 2.950,- â¬, den sie mit weiteren Forderungen der KlÃ¤gerin nach Â§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. Â§Â§ 387 ff. BGB aufrechnen konnte (vgl. zur Aufrechnung eines Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches BSG, Urteil vom 19.9.2013 â B 3 KR 30/12 R).

Rechtsgrundlage des geltend gemachten VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin ist Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V mit Verweis auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), sowie der âVertrag Ã¼ber die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemÃ¤Ã Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB Vâ zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen (-verbÃ¤nden). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenÃ¼ber einem Krankenhaus entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch einen Versicherten der Krankenkasse, wenn die Versorgung in einem nach Â§ 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist.Â

Die KlÃ¤gerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus und die Inanspruchnahme der Leistungen der KlÃ¤gerin war auch erforderlich i. S. d. Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen Hessen (MDK) fÃ¼hrt in seinem Gutachten vom 09.10.2012 aus, dass die vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung in vollem Umfang medizinisch notwendig gewesen sei. Diese Aussage beinhaltet die Feststellung, dass die vollstationÃ¤re Behandlung der Patientin keine primÃ¤re Fehlbelegung darstellt, sondern erforderlich i. S. d. Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V war.

Streitig ist allein die HÃ¶he des VergÃ¼tungsanspruches. Die HÃ¶he des VergÃ¼tungsanspruchs ergibt sich gemÃ¤Ã Â§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) i. V. m. Â§Â§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntGG) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierendem (DRG-)VergÃ¼tungssystem, das der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherungen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart hat. Das VergÃ¼tungssystem besteht aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit Fallpauschalenkatalog (G-DRG). Der Fallpauschalenkatalog soll das vollstÃ¤ndige Krankheits- und Leistungsspektrum der deutschen KrankenhÃ¤user abbilden. Er basiert im Wesentlichen auf der Klassifikation der Diagnosen und Prozeduren. ZunÃ¤chst werden die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation fÃ¼r Krankheiten (ICD-10), in der vom Deutschen Institut fÃ¼r medizinische

Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Deutschen Fassung (ICD-10-GM), und die medizinischen Prozeduren nach dem ebenfalls vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssel (OPS) kodiert. Aus den ermittelten Diagnose- sowie Operationen- und Prozedurenkodes wird mithilfe eines zertifizierten Software-Programms unter Einbeziehung von weiteren fallbezogenen Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer, usw.) eine DRG-Fallpauschale sowie die dafÃ¼r zu zahlende VergÃ¼tung ermittelt. Diesem als â□□Groupierungâ□□ bezeichneten Prozess der Fallgruppenzuordnung und Entgeltermittlung liegt ein festgelegter, von den Beteiligten nicht zu beeinflussender Algorithmus zugrunde (vgl. BSG, Urteil vom 18.09.2008 â□□ B 3 KR 15/07R).Â
Zur EinfÃ¼hrung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen VergÃ¼tungssystems haben die Selbstverwaltungspartner das Institut fÃ¼r das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegrÃ¼ndet. Zur DurchfÃ¼hrung der Kodierung haben die Vertragsparteien â□□Deutsche Kodierrichtlinienâ□□ (DKR) vereinbart, die jÃ¤hrlich aktualisiert werden.Â
Das VergÃ¼tungssystem, das fÃ¼r die routinemÃ¤Ã□ige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÃ¤llen vorgesehen ist, kann seinen Zweck nur erfÃ¼llen, wenn es allgemein streng nach seinem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum fÃ¼r weitere Bewertungen sowie AbwÃ¤gungen belÃ¤sst. DemgemÃ¤Ã□ sind die VergÃ¼tungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergÃ¤nzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃ□er Betracht. Die â□□ nach Auffassung eines Beteiligten â□□ bloÃ□e Unter-, Ã□ber-, oder Nichtbewertung eines Leistungsbestandteils einer Krankenhausbehandlung als solche rechtfertigt daher kein Abweichen von einer strengen Wortlaut- und ergÃ¤nzenden systematischen Auslegung. Da das DRG-basierte VergÃ¼tungssystem gemÃ¤Ã□ Â§ 17b Abs.2 KHG als jÃ¤hrlich weiter zu entwickelndes und damit â□□lernendesâ□□ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft zu beseitigen. (BSG, Urteil vom 08.11.2011 â□□ B 1 KR 8/11 R). Das Deutsche Institut fÃ¼r medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und das Institut fÃ¼r das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) haben hierzu entsprechende Vorschlagsverfahren vorgesehen.

Auf den streitgegenstÃ¤ndlichen Fall finden die fÃ¼r das Jahr 2011 maÃ□geblichen NormvertrÃ¤ge und Regelwerke Anwendung.

Vorliegend steht nicht die Fehlerfreiheit der Groupierung, d.h. die rechnerische Ermittlung der DRGâ□□Fallpauschale sowie des daraus errechneten Entgeltes, sondern die Richtigkeit der vorangegangenen Kodierung der Prozedur OPS 6-003.40 (Applikation von Medikamenten, Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 12 mg bis unter 24 mg) nebst dem Zusatzentgelt ZE 2011-63 in Streit.

Die Applikation von Dibotermin alfa (OPS 6-003.40) war im Rahmen einer ansonsten (unstreitig) erforderlichen vollstationÃ¤ren Behandlung im Krankhaus der KlÃ¤gerin notwendig i. S. d. Â§Â§ 2, 12, 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 S. 3, 137c SGB V.

Der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Arzneimitteln im Krankenhaus ist in den Â§Â§ 2, 12, 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 Satz 3, 137c SGB V abschlieÃend geregelt und ihre VergÃ¼tung ist â sofern keine Zusatzentgelte vereinbart worden sind â von der allgemeinen VergÃ¼tung der Krankenhausleistung abgedeckt. Vorliegend haben die Beteiligten fÃ¼r die streitgegenstÃ¤ndliche Gabe von Dibotermin alpha gemÃ¤Ã Â§ 5 Abs. 2 S. 1 FPV 2011 ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt vereinbart. Das Zusatzentgelt ist in der Anl. 6 zum Fallpauschalenkatalog als ZE 2011- 63 bezeichnet und zwischen den Beteiligten mit einem individuellen Entgelt in HÃ¶he der streitgegenstÃ¤ndlichen Summe von 2.950,00 â¬ bepreist worden.

Nach Â§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst nach Â§ 27 Abs. 1 S. 2 SGB V unter anderem Ã¤rztliche Behandlung (Nr. 1), Versorgung mit Arznei , Verband â, Heil â und Hilfsmittel (Nr. 3) sowie Krankenhausbehandlung (Nr. 5).

Die Krankenhausbehandlung i. S. d. Â§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V wird in Â§ 39 Abs. 1 SGB V umfassend geregelt, sodass die Ã¼brigen dem Â§ 27 SGB V nachfolgenden Regelungen Ã¼ber die vertragsÃ¤rztliche Versorgung (Â§ 28 SGB V) sowie die Versorgung mit Arzneimitteln (Â§ 31 SGB V) nicht unmittelbar die Krankenhausbehandlung betreffen.Â

Die vollstationÃ¤re Behandlung der Patientin C. im Krankenhaus der KlÃ¤gerin war erforderlich im Sinne des Â§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V (vergleiche oben).

Sie war auch notwendig i.S.d. Â§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V. Nach Â§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit fÃ¼r die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere Ã¤rztliche Behandlung (Â§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Die Vorschrift nimmt zur Konkretisierung der Ã¤rztlichen Behandlung im Krankenhaus ausdrÃ¼cklich auf Â§ 28 Abs. 1 SGB V, hinsichtlich der hier streitigen Versorgung mit Arzneimitteln hingegen nicht auf Â§ 31 SGB V Bezug. Einer Anwendung der Vorschriften Ã¼ber die ambulante Versorgung mit Arzneimitteln (Â§Â§ 31, 35c SGB V) in der stationÃ¤ren Behandlung im Krankenhaus steht im Ãbrigen auch entgegen, das KrankenhÃ¤user die fÃ¼r den ambulanten Bereich geschaffenen AusnahmetatbestÃ¤nde Ã¼ber den Off-Label-Use von Arzneimitteln nicht nutzen kÃ¶nnen und insoweit schlechter als VertragsÃ¤rzte in der ambulanten Versorgung gestellt wÃ¤ren. So ermÃ¤chtigt Â§ 31 Abs. 1 S. 4 SGB V allein den Vertragsarzt in medizinisch begrÃ¼ndeten EinzelfÃ¤llen, Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach Â§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, zu verordnen. Dies gilt auch fÃ¼r die zulassungsÃ¼berschreitende Anwendung von Arzneimitteln in klinischen Studien nach Â§ 35c SGB V i. V. m. Â§ 92 Abs. 1 S 2 Nr. 6 SGB V. Die AM-RL regelt allein die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung.Â

Tatbestandliche Voraussetzung fÃ¼r die Abrechnung des Zusatzentgeltes ZE 2011-63 im Krankenhaus ist somit die Notwendigkeit der Applikation von Dibotermin alfa (OPS 6-003.40) i. S. d. Â§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V und nicht die arzneimittelrechtliche Zulassung des Wirkstoffs.Â

Das Tatbestandsmerkmal der Notwendigkeit einer Leistung im Krankenhaus i. S. d. Â§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V wird bei der gebotenen systematischen Auslegung durch die Definition der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen Teil des SGB V in Â§ 2 Abs. 1 SGB V konkretisiert.
Nach Â§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (Â§ 12) zur VerfÃ¼gung. GemÃ¤Ã Â§ 2 Abs. 1 S. 3 SGBV haben QualitÃ¤t und Wirksamkeit der Leistung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berÃ¼cksichtigen.
Dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis nach Â§ 2 Abs. 1 S 3 1. Halbs. SGB V entspricht eine Behandlung, wenn die â groÃe Mehrheit der einschlÃ¤gigen Fachleute (Ãrzte, Wissenschaftler)â die Behandlungsmethode befÃ¼rwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Ã¼ber die ZweckmÃ¤Ãigkeit der Therapie Konsens besteht. Dieses setzt im Regelfall voraus, dass Ã¼ber QualitÃ¤t und Wirksamkeit der Methode zuverlÃ¤ssige, wissenschaftlich nachprÃ¼fbare Aussagen gemacht werden kÃ¶nnen. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgefÃ¼hrten Studien Ã¼ber die Zahl der behandelten FÃ¤lle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer fÃ¼r die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von BehandlungsfÃ¤llen erfolgreich gewesen sein (BSG, Urteil vom 21.03.2013 â B 3 KR 2/12 R; BSG, Urteil vom 17.12.2013 â B 1 KR 70/12 R).Â
Die BerÃ¼cksichtigung des medizinischen Fortschritt im Sinne des Â§ 2 Abs. 1 S 3, 2. Halbs. SGB V setzt hingegen voraus, dass auch neue Behandlungsmethoden, die den Anforderungen des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnis (noch) nicht genÃ¼gen, zu berÃ¼cksichtigen sind (a. A. BSG, Urteil vom 21.03.2013, B 3 KR 2/12 R).

Der Gesetzgeber hat die im 1. Kapitel des SGB V (Â§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) beschriebenen allgemeinen Anforderungen an QualitÃ¤t und Wirksamkeit der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Neunten Abschnitt des 4. Kapitels des SGB V konkretisiert. Unter der Ãberschrift â Sicherung der QualitÃ¤t der Leistungserbringungâ werden formelle Verfahren und materielle Kriterien zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geregelt.Â
WÃ¤hrend neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nach Â§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden dÃ¼rfen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Empfehlung abgegeben hat, Ã¼berprÃ¼ft der Gemeinsame Bundesausschuss nach dem Wortlaut des Â§ 137c Abs. 1 S. 1 SGB V i. d. F. vom 26.03.2007 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im Rahmen einer Krankenhausbehandlung (bereits) angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie fÃ¼r eine ausreichende,

zweckmÃ¤Ãige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter BerÃ¼cksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind.
Â§ 137c Abs. 1 SGB V erlaubt daher die Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus bevor der Gemeinsame Bundesausschuss sich mit der Thematik beschÃ¤ftigt hat.Â
Ergibt die ÃberprÃ¼fung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, erlÃ¤sst der Gemeinsame Bundesausschuss nach Â§ 137c Abs. 1 S. 2 SGB V i. d. F. vom 26.03.2007 eine entsprechende Richtlinie. Ab dem Tag des Inkrafttretens einer Richtlinie darf die ausgeschlossene Methode gemÃ¤Ã Â§ 137c Abs. 2 S. 2 SGB V i. d. F. vom 26.03.2007 im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Die Vorschrift normiert regelungstechnisch eine generelle Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt (vgl. Ihle in jurisPK-SGB V, Â§ 137c Rdnr. 7).

Soweit das Bundessozialgericht demgegenÃ¼ber die Auffassung vertritt, dass die Regelung des Â§ 137c Abs. 1 SGB V nicht im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden im Krankenhaus mit Verbotsvorbehalt ausgelegt werden dÃ¼rfe, um die Geltung des QualitÃ¤tsgebots aus Â§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V im stationÃ¤ren Bereich nicht auÃer Kraft zu setzen (BSG, Urteil vom 28.07.2008 â B 1 KR 5/08 R), erÃ¶ffnete diese Entscheidung zwar den Weg zur EinzelfallprÃ¼fung bei der Abrechnung durch die Krankenkassen, beantwortete aber nicht die Frage, wie die beiden Tatbestandselemente des Â§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V, nÃ¤mlich der Stand der medizinischen Erkenntnis und die BerÃ¼cksichtigung des medizinischen Fortschritts bei einer stationÃ¤ren Behandlung im Krankenhaus unter den weiteren Voraussetzungen des Â§ 137c SGB V auszulegen sind.Â

Die Auslegung dieser unbestimmten Rechtsbegriffe obliegt den Gerichten. Das erkennende Gericht davon aus, dass der Gesetzgeber mit der Regelung des Â§ 137c SGB V, abweichend von der ambulanten vertragsÃ¤rztlichen Versorgung, die grundsÃ¤tzliche Erbringbarkeit auch neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus regeln wollte. Der sachliche Grund fÃ¼r diese unterschiedliche Handhabung besteht darin, dass der Gesetzgeber die Gefahr des Einsatzes zweifelhafter und unwirksamer MaÃnahmen wegen der internen Kontrollmechanismen und der anderen VergÃ¼tungsstrukturen im Krankenhaus geringer einstuft als bei der Behandlung durch niedergelassene Ãrzte (vgl. Ihle in jurisPK-SGB V Â§ 137c, Rdnr. 14 m.w.N.).

Das Gericht legt die unbestimmten Rechtsbegriffe des Standes der medizinischen Erkenntnis und die BerÃ¼cksichtigung des medizinischen Fortschritts in Â§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB unter den Voraussetzungen der stationÃ¤ren Behandlung im Krankenhaus nach Â§ 137c SGB V i. d. F. vom 26.03.2007 im Zeitpunkt der streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlung im November 2011 dahingehend aus, dass die Leistung das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative zu bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst zu erfolgen hat.

Das Gericht bedient sich bei der Auslegung der streitgegenstÃ¤ndlichen Fassung

des Â§ 137c SGB V vom 26.03.2007 der Formulierung, mit welcher der Gesetzgeber die Anforderungen an die Bewertung von Untersuchungs- und Bewertungsmethoden im Krankenhaus durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz mit Wirkung zum 01.01.2012 (Â§ 137c Abs. 1 SGB V) und durch das GKV-VersorgungsstÃ¤rkungsgesetz mit Wirkung zum 23.07.2015 (Â§ 137c Abs. 3 SGB V) klargestellt und konkretisiert hat.
Danach hat der Gesetzgeber mit der Regelung der Krankenhausbehandlung in Â§ 137c SGB V ein formelles Verfahren zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus implementiert und eine materielle, krankenhausspezifische Gewichtung der konkurrierenden materiellen Kriterien des Â§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V vorgenommen. Der Widerstreit zwischen einer Behandlung nach dem Stand der medizinischen Erkenntnis und der BerÃ¼cksichtigung des medizinischen Fortschritts in der allgemeinen Vorschrift des Â§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V wird in der fÃ¼r die Behandlung im Krankenhaus speziellen Regelung des Â§ 137c SGB V dahingehend aufgelÃ¶st, dass der medizinischen Fortschritt im Krankenhaus anders als in der vertragsÃ¤rztlichen BerÃ¼cksichtigung findet, soweit eine MaÃnahme das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst erfolgt.

Dies gilt auch fÃ¼r die Verabreichung von sog. Fertigarzneimitteln im Krankenhaus. Soweit das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 13.12.2016 (B 1 KR 1/16 R) ausfÃ¼hrt, dass die von dem erkennenden Senat entwickelte Rechtsprechung zu den Grundlagen und Grenzen des Anspruchs auf Arzneimittelversorgung nicht nur fÃ¼r den vertragsÃ¤rztlichen, sondern in gleicher Weise fÃ¼r den Bereich der stationÃ¤ren Versorgung gelten, verkennt dies den allein fÃ¼r die Krankenhausbehandlung geltenden PrÃ¼fungsmaÃstab der Â§Â§ 2, 12, 27, 39, 137c SGB V, der nach den obigen AusfÃ¼hrungen in formeller und materieller Hinsicht von der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung abweicht.Â

Dies hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur StÃ¤rkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VersorgungsstÃ¤rkegesetz â GKV-VSG) vom 16.07.2015 und der ErgÃ¤nzung des Â§ 137c SGB V um einen dritten Absatz erneut klargestellt. Dem Referentenentwurf des GKV-VersorgungsstÃ¤rkegesetzes (BT-Drucks. 18/4095, S. 121) ist dazu folgendes zu entnehmen:

âDurch die ErgÃ¤nzung eines dritten Absatzes in Â§ 137c wird das in der Krankenhausversorgung geltende Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt konkreter im Gesetz geregelt. Die Regelung ist erforderlich, weil die Gesetzesauslegung in der jÃ¼ngsten hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21. MÃ¤rz 2013, Az. B 3 KR 2/12 R) mit dem in Â§ 137c zum Ausdruck gebrachten Regelungsgehalt in einem Wertungswiderspruch steht. Es erfolgt eine gesetzliche Konkretisierung und Klarstellung, dass fÃ¼r den Ausschluss einer Methode aus der Krankenhausversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Ablehnung eines Leistungsanspruchs im Einzelfall durch eine Krankenkasse im Falle des Fehlens eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses einheitliche BewertungsmaÃstÃ¤be gelten. Nach Â§ 137c Absatz 1 ist es die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im

Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin zu Ã¼berprÃ¼fen, ob sie fÃ¼r eine ausreichende, zweckmÃ¤Ãige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter BerÃ¼cksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Eine Methode, deren Nutzen nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses zwar noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, kann nach den gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Krankenhausbehandlung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist in einem solchen Fall grundsÃ¤tzlich verpflichtet, eine Erprobung zu initiieren, um die fÃ¼r eine fundierte Entscheidung erforderlichen Erkenntnisse zu generieren. Bis zum Vorliegen dieser Erkenntnisse und einer abschlieÃenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt es dabei, dass die Methode im Krankenhaus angewandt werden kann, insbesondere damit sie zur Versorgung der typischerweise schwerer erkrankten Versicherten mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen weiterhin zur VerfÃ¼gung steht. Insoweit handelt es sich um eine Konkretisierung des allgemeinen QualitÃ¤tsgebots des Â§ 2 Absatz 1 Satz 2. Diese Wertentscheidung gilt es auch in dem Fall zu beachten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine ÃberprÃ¼fung nach Â§ 137c Absatz 1 durchgefÃ¼hrt hat. Es stÃ¼nde mit dem dargestellten Konzept der grundsÃ¤tzlichen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt nicht in Einklang, wenn jede einzelne Krankenkasse im Einzelfall die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r eine nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst erfolgende Behandlung mit einer Methode, die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, mit der BegrÃ¼ndung ablehnen kÃ¶nnte, der Nutzen der angewandten Methode sei noch nicht hinreichend belegt. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss eine Methode mit Potential unmittelbar aus der Krankenhausversorgung ausschlieÃen kann, kann eine solche negative Leistungsentscheidung stattdessen auf der Ebene der Einzelkasse erfolgen. Im neuen Absatz 3 wird daher nun ausdrÃ¼cklich geregelt, dass innovative Methoden, fÃ¼r die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Entscheidung getroffen hat, im Rahmen einer nach Â§ 39 erforderlichen Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden kÃ¶nnen. Dies betrifft sowohl Methoden, fÃ¼r die noch kein Antrag nach Â§ 137c Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch Methoden, deren Bewertung nach Â§ 137c Absatz 1 noch nicht abgeschlossen ist. Voraussetzung ist, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere im Einzelfall indiziert und erforderlich ist. Das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwÃ¤ndigere, fÃ¼r die Patientin oder den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patientinnen oder Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden kÃ¶nnen oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermÃ¶glichen kann. Das Erfordernis, wonach eine Leistungserbringung nur im Rahmen einer Studie zu Lasten der Krankenkassen mÃ¶glich ist, gilt nach Â§ 137c Absatz 2 Satz 2 demgegenÃ¼ber nur fÃ¼r den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Ausschlussentscheidung nach Â§ 137c Absatz 1 Satz 4 (ggf. in Verbindung mit Satz 5) getroffen hat. Methoden, die nicht

das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, insbesondere weil sie schÃ¤dlich oder unwirksam sind, dÃ¼rfen weiterhin nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.â

Der Beschlussempfehlung des Ausschusses fÃ¼r Gesundheit vom 10.06.2015 (BT-Drucks. 18/5123, S. 135), die zur ErgÃ¤nzung des Â§ 137 Abs. 3 S. 1 um den 2. Halbs. gefÃ¼hrt hat, ist hierzu folgendes zu entnehmen:

âDurch die ErgÃ¤nzungen in der Formulierung des neuen Â§ 137c Absatz 3 wird der Regelungstext gemÃ¤Ã den AusfÃ¼hrungen in der BegrÃ¼ndung des Regierungsentwurfs weiter prÃ¤zisiert. Die Regelung in Â§ 137c Absatz 3 konkretisiert den Umfang der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt und gewÃ¤hrleistet damit die Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt. Sie dient dazu, dass den typischerweise schwerer erkrankten Versicherten in der stationÃ¤ren Versorgung mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen vielversprechende Heilungs- und Behandlungschancen weiterhin zeitnah auch auÃerhalb von Studien gewÃ¤hrt werden kÃ¶nnen, auch wenn deren Nutzen noch nicht auf hohem Evidenzlevel belegt ist. Voraussetzung ist, dass die noch nicht allgemein anerkannte Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst erfolgt, also insbesondere die konkrete Behandlung nach fachgerechter Ã¤rztlicher Indikationsstellung medizinisch notwendig ist gemÃ¤Ã Â§ 39.
Die Regelung in Â§ 137c Absatz 3 gewÃ¤hrleistet damit einheitliche BewertungsmaÃstÃ¤be fÃ¼r innovative Methoden in der stationÃ¤ren Versorgung sowohl auf der Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), einschlieÃlich des neuen Verfahrens nach Â§ 137h, als auch auf der Ebene der Entscheidung Ã¼ber die Leistungserbringung vor Ort, etwa Ã¼ber den Abschluss einer Vereinbarung Ã¼ber ein Entgelt fÃ¼r die VergÃ¼tung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach Â§ 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB-Entgelt) oder im Rahmen einer AbrechnungsprÃ¼fung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Der bestehende Wertungswiderspruch in der Gesetzesauslegung in der jÃ¼ngsten hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21. MÃ¤rz 2013, Az. B 3 KR 2/12 R), wonach jede einzelne Krankenkasse einem Versicherten die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r eine Methode mit Potential als erforderliche Behandlungsalternative verwehren kann, wÃ¤hrend der GBA die gleiche Methode nicht unmittelbar nach Â§ 137c Absatz 1 aus der Versorgung ausschlieÃen dÃ¼rfte, wird somit aufgehoben. Im Ãbrigen bleibt es dabei, dass das Krankenhaus etwa im Rahmen einer AbrechnungsprÃ¼fung darlegen muss, dass die angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkasse jeweils erbracht werden durfte, sie also nach dem verfÃ¼gbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufwies und ihre Anwendung nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst erfolgte, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig war.â

Der MaÃstab fÃ¼r die VergÃ¼tung des streitgegenstÃ¤ndlichen Zusatzentgeltes ZE 2011-63 im Krankenhaus ergibt sich daher allein aus den Â§Â§ 2, 12, 27 Abs. 1 S.

2 Nr. 5, 39 Abs. 1 S. 3, 137c SGB V.
Ebenso wie der Gemeinsame Bundesausschuss eine allgemeine Richtlinie lassen kann, wonach eine Leistung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten eine Krankenkasse erbracht werden kann, wenn sie nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schÃ¤dlich oder unwirksam ist, kann die Krankenkasse im Einzelfall die VergÃ¼tung versagen, wenn die Methode nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie schÃ¤dlich oder unwirksam ist.

Die streitgegenstÃ¤ndliche Behandlungsmethode eines komplexen Eingriffs an der WirbelsÃ¤ule steht dem Grunde nach nicht in Streit. Nach einer Bandscheibenoperation mit angestrebter Fusion BWK 9/10 durch die Interposition eines RippenkÃ¶pfchens am 13.7.2010 war aufgrund fehlender Ausbildung einer knÃ¶chernen Verbindung zwischen den beiden Wirbeln BWK 9 und BWK 10 (sog. non-union) ein Revisionsangriff erforderlich. Die Abrechnung erfolgte unter Zugrundelegung der Fallpauschale (Diagnosis Related Group) DRG I06D (Komplexe Eingriffe an der WirbelsÃ¤ule ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne WirbelkÃ¶rperersatz, ohne schwere entzÃ¼ndliche Erkrankung oder bÃ¶sartige Neubildung, mit Ã¤uÃerst schweren CC). Allein ein Teilelement der Behandlung, nÃ¤mlich der Einsatz von Dibotermin Alfa statt der Verwendung von Eigenkochen bzw. Fremdknochen, steht in Streit. Diese Abweichung hat die KlÃ¤gerin zutreffend mit dem OPS 6-003.4 (Applikation von Medikamenten, Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 12 mg bis 24 mg) nebst dem Zusatzentgelt ZE 2011-63 kodiert.

Die KlÃ¤gerin hat nach Ãberzeugung des Gerichts hinreichend dargelegt, dass die Applikation von dem Dibotermin alfa in dem streitgegenstÃ¤ndlichen Fall das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative aufwies und nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst erfolgte. Der Leiter des WirbelsÃ¤ulenzentrums der KlÃ¤gerin fÃ¼hrt in seiner Stellungnahme vom 5.10.2015 folgendes aus:

âFrau C. hatte sich am 12.10.2011 erstmals ambulant in unserer WirbelsÃ¤ulensprechstunde vorstellt. Zu diesem Zeitpunkt war sie 37 Jahre alt. Es bestand bereits eine sensible QuerschnittlÃ¤hmung unterhalb Th10 mit BlasenentleerungsstÃ¶rung. Vorangegangene WirbelsÃ¤uleneingriffe beinhalteten zwei jeweils thorakoskopische Bandscheibenoperationen BWK 5/6 (8/2003) und BWK 7/8 (2005) sowie eine Bandscheibenoperation mit angestrebter Fusion BWK 9/10 durch die Interposition eines RippenkÃ¶pfchens am 13.07.2010 (Bad Homburg). In diesem Segment bestand zum Vorstellungszeitpunkt, also 15 Monate nach dem Eingriff der Verdacht auf einen Non-Union, womit die fehlende Ausbildung einer knÃ¶chernen Verbindung zwischen den beiden Wirbeln BWK 9 und BWK 10 gemeint ist.Â

Zur Verifizierung des Verdachts der Non-Union wurde eine Computertomographie dieses WirbelsÃ¤ulenabschnittes veranlasst, wobei sich der Verdacht bestÃ¤tigte.Â

AnlÃ¤sslich der ambulanten Wiedervorstellung am 02.11.2011 mit der zwischenzeitlich erfolgten CT-Untersuchung wurde mit der Patientin die

MÃ¶glichkeit der Revisionsoperation unter Verwendung von Wachstumsfaktoren besprochen, womit sie sich letztlich einverstanden erklÃ¤rte.Â

Das WirbelsÃ¤ulenzentrum im St. Josefs-Hospital Wiesbaden besteht seit 2004 und verfÃ¼gt Ã¼ber 52 Betten. Diese Einrichtung ist spezialisiert auf die Behandlung von degenerativen, traumatischen und tumorbedingten WirbelsÃ¤ulenerkrankungen, sowie die ambulante und stationÃ¤re Schmerztherapie mit minimal-invasiven Eingriffen. Ein weiterer Scherpunkt ist die Behandlung von Revisionseingriffen an der WirbelsÃ¤ule. Auch Frau C. wurde von der WirbelsÃ¤ulenabteilung des Krankenhauses GroÃ-Gerau aufgrund der komplexen Situation nach mehrfachen Voroperationen und sensibler Querschnittsymptomatik im WirbelsÃ¤ulenzentrum mit der Bitte um Ãbernahme der weiteren Therapie vorgestellt.Â

FÃ¼r die Empfehlung zu diesem Vorgehen, insbesondere der Verwendung von Wachstumsfaktoren grÃ¼ndete also auf der Erfahren mit zahlreichen Ã¤hnlichen BehandlungsfÃ¤llen.Â

Im WirbelsÃ¤ulenzentrum des St. Josefs-Hospitals wird Dibotermin alfa nur als strenger Indikationsstellung in begrÃ¼ndeten FÃ¤llen angewandt. Hierzu zÃ¤hlen insbesondere Revisionseingriffe mit Non-Union, bei denen anderweitige Verfahren nicht erfolgsversprechend sind.Â

Die Alternative hÃ¤tte in diesem Falle in der erneuten Transplantation von Eigenknochen bestanden, welches bei Ersteingriffen noch immer als Goldstandard gilt, weil dieser prinzipiell ein gutes Knochenbildungspotential aufweist. Allerdings ist Eigenknochen nur in begrenzter Menge vorhanden und bedeutet jeweils immer ein erneutes Risiko von Schmerzen oder mechanischen Problemen an der Entnahmestelle. Bei einer jungen Patientin kann zusÃ¤tzlich ein kosmetisches Problem durch zusÃ¤tzliche Narben entstehen. Eine weitere MÃ¶glichkeit wÃ¤re die alleinige Verwendung von Fremdknochen (Risiko der Ãbertragung von Krankheiten, AbstoÃungsreaktionen) oder Knochenersatzmaterialien (geringeres Knochenheilungspotential im Vergleich mit Eigenknochen und Wachstumsfaktoren).Â

Im Falle von Frau C. war bereits eine Knochentransplantation mit Eigenknochen im Rahmen der Operation vom 13.07.2010 erfolgt, sodass bei einer erneuten Verwendung dieses Materials von einer anderen Entnahmestelle keine begrÃ¼ndete Hoffnung auf eine bessere Heilungstendenz bestand.Â

Aufgrund des Standes der aktuellen Forschung zum Zeitpunkt des Eingriffs war hingegen von einer verbesserten Heilungsrate bei Non-Union durch die Anwendung von Wachstumsfaktur auszugehen.â€Â

Die Beklagte ist dem nicht entgegengetreten. Sie verweigert die streitgegenstÃ¤ndliche VergÃ¼tung des Zusatzentgeltes ZE2011-63 (Gabe von Human-Immunglobulin) unter Bezugnahme auf die Gutachten des MDK vom 09.10.2012 und 23.04.2013 allein mit dem Hinweis auf die fehlende

arzneimittelrechtliche Zulassung von Dibotermin alfa. Weder die Beklagte noch der MDK haben GrÃ¼nde dargelegt, die Zweifel daran begrÃ¼nden kÃ¶nnten, dass die Verwendung von Dibotermin alfa im streitgegenstÃ¤ndlichen Fall nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil es schÃ¤dlich oder unwirksam ist. Auf einen entsprechenden rechtlichen Hinweis des Gerichts hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 24.5.2017 erwidert, dass sie keine AusfÃ¼hrungen dazu beabsichtige, ob die angewandte Methode unter der Applikation von Dibotermin alfa in dem streitgegenstÃ¤ndlichen Fall das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet.

Der streitgegenstÃ¤ndliche Zinsanspruch der KlÃ¤gerin folgt aus Â§ 10 Abs. 5 des Landesvertrages Ã¼ber die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemÃ¤Ã Â§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V in Verbindung mit Â§ 288 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i. V. m. Â§ 154 Abs. 1 VwGO.

Erstellt am: 18.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024