# S 43 KR 289/16

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Nordrhein-Westfalen |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 16 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | - |
| Normenkette | - |

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 43 KR 289/16 |
| Datum | 06.12.2019 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 16 KR 140/20 |
| Datum | 10.11.2022 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | 14.07.2023 |

**Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 06.12.2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.**

**Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren wird auf 38.196,51Â â¬ festgesetzt.**

Â

**Tatbestand**

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die Erstattung der VergÃ¼tung vollstationÃ¤rer Krankenhausbehandlungen i.H.v. 38.196,51Â â¬.

Â

Die Beklagte ist TrÃ¤gerin eines nach Â§Â 108 SGBÂ V zugelassenen Krankenhauses, in dem im Jahr 2009 51, im Jahr 2010 45 und im Jahr 2011 47 Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP) implantiert wurden.

Â

Im Jahr 2011 wurde in diesem Krankenhaus u.a. den bei der KlÃ¤gerin Versicherten P., V., T., M., D., K. und B. jeweils im Rahmen einer vollstationÃ¤ren Behandlung eine Endoprothese an einem Kniegelenk implantiert (OPS 5-822); die Beklagte forderte hierfÃ¼r von der KlÃ¤gerin jeweils eine VergÃ¼tung unter Kodierung des OPS 5-822.11 (P., V., M., D. und B.), 5-822.12 (T.) bzw. 5-822.92 (K.). Die BehandlungszeitrÃ¤ume, die abgerechneten Fallpauschalen (DRGs) und die geforderten VergÃ¼tungen waren jeweils wie folgt:

Â

- P.: 05.01.2011 bis 18.01.2011, DRG I44B, VergÃ¼tung i.H.v. 7.041,06Â â¬,
- V.: 10.01.2011 bis 29.01.2011, DRG I44A, VergÃ¼tung i.H.v. 8.639,16Â â¬,
- T.: 14.03.2011 bis 27.03.2011, DRG I44B, VergÃ¼tung i.H.v. 7.074,30Â â¬,
- M.: 16.03.2011 bis 30.03.2011, DRG I44B, VergÃ¼tung i.H.v. 7.074,30Â â¬,
- D.: 02.05.2011 bis 14.05.2011, DRG I44B, VergÃ¼tung i.H.v. 7.084,30Â â¬,
- K.: 12.05.2011 bis 25.05.2011, DRG I43B, VergÃ¼tung i.H.v. 9.337,45Â â¬,
- B.: 14.09.2011 bis 28.09.2011, DRG I44B, VergÃ¼tung i.H.v. 7.214,30Â â¬.

Â

Die KlÃ¤gerin beglich die Rechnungen ohne Vorbehalt.

Â

Mit gleichlautenden Schreiben vom 06.08.2015 teilte sie der Beklagten in den genannten BehandlungsfÃ¤llen mit, dass eine Ãberprüfung ergeben habe, dass das Krankenhaus die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fÃ¼r Knie-TEP beschlossene Mindestmenge nicht erfÃ¼llt habe. AusnahmetatbestÃ¤nde gemÃ¤Ã der Mindestmengenvereinbarung lÃ¤gen nicht vor. Daher sei eine Abrechnung der Leistungen nicht mÃ¶glich. In der Folge wies die KlÃ¤gerin ergÃ¤nzend daraufhin, dass der G-BA-Beschluss zum Aussetzen der Mindestmenge fÃ¼r diesen Leistungsbereich vom 15.09.2011 datiere. Er sei im Bundesanzeiger am 18.10.2011 verÃ¶ffentlicht worden und damit am 19.10.2011 in Kraft getreten. Da das Krankenhaus die erforderliche Mindestmenge von 50 im Jahr 2010 nicht erreicht habe, sei es ab 01.01.2011 nicht berechtigt gewesen, die Leistung zu erbringen und abzurechnen. Somit ergebe sich fÃ¼r die FÃ¤lle ab diesem Datum ein Erstattungsanspruch. Erst ab Inkrafttreten des Beschlusses Ã¼ber die Aussetzung der Mindestmengenregelung fÃ¼r Knie-TEP (19.10.2011) bis zum 31.12.2014 habe das Krankenhaus diese Leistung unabhÃ¤ngig von der erbrachten

Menge erbringen und abrechnen dÃ¼rfen.

Â

Die KlÃ¤gerin rechnete im August 2015 mit ErstattungsansprÃ¼chen i.H.v. insgesamt 38.196,51Â â¬ gegen andere unstreitige VergÃ¼tungsansprÃ¼che der Beklagten auf, was sie dieser mit Zahlungsavis vom 12.08.2015 mitteilte. Nach den im Zahlungsavis angegebenen Fallnummern betrugen die geltend gemachten ErstattungsansprÃ¼che bei den Versicherten jeweils wie folgt:

Â

- P.: 5.106,51Â â¬,
- V.: 5.138,65Â â¬,
- T.: 5.137,64Â â¬,
- M.: 5.137,64Â â¬,
- D.: 5.137,64Â â¬,
- K.: 7.400,79Â â¬ sowie
- B.: 5.137,64Â â¬.

Â

Die Beklagte hat ursprÃ¼nglich am 12.11.2015 gegen die KlÃ¤gerin Klage zum Sozialgericht Gelsenkirchen erhoben (Az. S 43 KR 1707/15) und die Bezahlung der unstreitigen Forderungen i.H.v. 38.196,51Â â¬, geltend gemacht, da die Aufrechnung unzulÃ¤ssig gewesen sei. Die KlÃ¤gerin hat am 21.12.2015 erklÃ¤rt, sie werde den geforderten Betrag unter dem Vorbehalt der RÃ¼ckforderung an die Beklagte zahlen. Gleichzeitig hat sie Widerklage auf Zahlung von 38.196,51Â â¬ nebst Zinsen erhoben. Das Sozialgericht hat die Widerklage abgetrennt. Daraufhin haben die Beteiligten diesen Rechtsstreit fÃ¼r erledigt erklÃ¤rt.

Â

Die KlÃ¤gerin hat die Auffassung vertreten, die Beklagte habe die gezahlte VergÃ¼tung ohne Rechtsgrund erhalten. Sie habe den jeweils kodierten OPS aus dem Bereich 5-822 nicht abrechnen dÃ¼rfen, da sie die erforderliche Mindestmenge von 50 Knie-TEP nach AnlageÂ 1 Nr.Â 6 der Vereinbarung des G-BA gemÃ¤Ã Â§Â 137 Abs.Â 3 SatzÂ 1 Nr.Â 2 SGBÂ V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung (a.F.) fÃ¼r nach Â§Â 108 SGBÂ V zugelassene KrankenhÃ¤user (Mindestmengenvereinbarung), Stand 11.11.2010, im Jahr 2010 nicht erreicht habe. Daher habe fÃ¼r 2011 eine negative Prognose bestanden, so dass sie ab 01.01.2011 nicht berechtigt gewesen sei, diese Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Zwar habe der G-BA mit Beschluss vom 15.09.2011 die Mindestmengenvereinbarung fÃ¼r Knie-TEP befristet auÃer Vollzug gesetzt. Dieser Beschluss sei jedoch erst am 18.10.2011 im Bundesanzeiger verÃ¶ffentlicht worden und damit am 19.10.2011 in Kraft getreten. Erst ab Inkrafttreten des Beschlusses habe die Beklagte Knie-TEP unabhÃ¤ngig von der erreichten Mindestmenge bis zum 31.12.2014 erbringen und abrechnen dÃ¼rfen. Die streitgegenstÃ¤ndlichen

stationÃ¤ren Aufenthalte hÃ¤tten jedoch sÃ¤mtlich vor diesem Datum gelegen, so dass die Mindestmengenvereinbarung fÃ¼r die hierbei erfolgten Eingriffe weiter verbindlich gewesen sei. Ohne die entsprechenden OPS resultiere jeweils die DRG I69B bzw. bei dem Versicherten V. die DRG I28B. Auf dieser Grundlage habe die Beklagte im Fall P. einen VergÃ¼tungsanspruch i.H.v. 1.934,55Â â¬, im Fall V. i.H.v. 3.500,51Â â¬, in den FÃ¤llen T., M. und K. jeweils i.H.v. 1.936,66Â â¬, im Fall D. i.H.v. 1.946,66Â â¬ und im Fall B. i.H.v. 2.076,66Â â¬.

Â

In der Budgetvereinbarung fÃ¼r das Jahr 2011 seien die Leistungen fÃ¼r Knie-TEP entgegen dem Vortrag der Beklagten nicht vereinbart worden. Wie Ã¼blich, sei im Zuge der Vorbereitung auf die Verhandlung eine Abfrage der erbrachten Leistungszahlen des Vorjahres erfolgt. Aus den Angaben der Beklagten (zu den OPS-Kodes aus dem Bereich 5.822) habe sich ergeben, dass 2010 die erforderliche Mindestmenge nicht erreicht worden sei. Damit sei bei prospektiver Betrachtung eine Vereinbarung fÃ¼r das Folgejahr grundsÃ¤tzlich ausgeschlossen gewesen. Das sei auch in ZifferÂ I.1.8 der Budgetvereinbarung ausdrÃ¼cklich festgestellt worden. Diese negative Prognose sei stets zu Beginn eines Jahres aufgrund der Anzahl der Eingriffe aus dem abgelaufenen Kalenderjahr aufzustellen. Daher komme es nicht darauf an, dass im Zeitpunkt des Abschlusses der Budgetvereinbarung der G-BA die befristete AuÃervollzugsetzung der Mindestmengenvereinbarung beschlossen habe. Dass in der Budgetvereinbarung eine Ist-Leistung fÃ¼r Knie-TEP fÃ¼r 2010 nicht angegeben worden sei, habe nicht an dem Beschluss des G-BA, sondern an dem Umstand gelegen, dass die Ist-Leistungen 2010 nur fÃ¼r die Leistungsbereiche aufgefÃ¼hrt worden seien, die nicht ausgeschlossen worden seien, was in der Vereinbarung auch ausdrÃ¼cklich angegeben worden sei. Der Umstand, dass in der Anlage zu der Budgetvereinbarung DRGs vereinbart worden seien, die einen Zusammenhang zu Knie-TEP-Eingriffen hÃ¤tten bzw. haben kÃ¶nnten, resultiere daraus, dass DRGs nicht generell nur einem bestimmten OPS- oder ICD-Kode zugeordnet seien. Dies gelte insbesondere fÃ¼r die Leistungen, die der Mindestmengenvereinbarung zu Knie-TEP unterlÃ¤gen. DRGs wÃ¼rden hÃ¤ufig von verschiedenen OPS- oder ICD-Kodes angesteuert. Aus diesem Grund erfolge bei den Budgetvereinbarungen in diesen FÃ¤llen keine direkte Zuordnung zu bestimmten DRGs.

Â

Es sei unerheblich, bis wann die VergÃ¼tungsvereinbarung 2010 gegolten habe, da diese nicht die Mindestmengenvereinbarung auÃer Kraft setzen kÃ¶nne.

Â

Erst ab dem Zeitpunkt, als die Zahlen der erbrachten Leistungen des Jahres 2010 vorgelegen hÃ¤tten, habe sie â die KlÃ¤gerin â Kenntnis von der negativen Prognose fÃ¼r 2011 und dem Leistungsausschluss gehabt. Sie habe daher die Forderungen fÃ¼r die streitigen BehandlungsfÃ¤lle nicht in Kenntnis einer Nichtschuld bezahlt.

Â

Die KlÃ¤gerin hat beantragt,

Â

die Beklagte zu verurteilen, an sie 38.196,51Â â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit RechtshÃ¤ngigkeit der Widerklage zu zahlen.

Â

Die Beklagte hat beantragt,

Â

die Klage abzuweisen.

Â

Sie ist der Auffassung gewesen, zwar sei der Beschluss des G-BA vom 15.09.2011 Ã¼ber die befristete AuÃervollzugsetzung erst am 19.10.2011 in Kraft getreten. Allerdings folge aus dem Inkrafttreten an diesem Tag, dass die Mindestmengenvereinbarung im gesamten Jahr 2011 keine Bedeutung gehabt habe. Daher mÃ¼sse die KlÃ¤gerin fÃ¼r dieses Jahr auch sÃ¤mtliche Aufenthalte, die vor dem Datum des Inkrafttretens gelegen hÃ¤tten, bezahlen.

Â

Zudem sei die Prognose fÃ¼r das Jahr 2011 nicht negativ ausgefallen, weil die Parteien der Budgetvereinbarung eine solche Prognose im Rahmen der Verhandlung am 23.09.2011 Ã¼ber das Budget fÃ¼r das Jahr 2011 nicht getroffen hÃ¤tten. Denn zu diesem Zeitpunkt sei bereits der genannte Beschluss des G-BA in Kraft getreten. Mangels Geltung einer Mindestmengenregelung zu diesem Zeitpunkt sei es auf eine negative Prognose fÃ¼r das Jahr 2011 nicht mehr angekommen. Die Parteien hÃ¤tten in dieser Verhandlung bereits den Beschluss des G-BA besprochen, daraufhin die Mindestmenge fÃ¼r Knie-TEP fÃ¼r das Jahr 2011 nicht mehr thematisiert und die entsprechenden â€Knie-TEP-DRGsâ€ I43A, I43B, I44A, I44B und I44C in die Anlage I.1 zur Budgetvereinbarung 2011 aufgenommen. Diese DRGs seien daher ausdrÃ¼cklich fÃ¼r das Jahr 2011 vereinbart worden. Zwar steuerten auch nicht der Mindestmenge unterfallende Revisionseingriffe diese DRGs an. Dies erklÃ¤re jedoch nicht die Vereinbarung von 50 bzw. 52 Knie-TEP-DRG fÃ¼r die Jahre 2010 bzw. 2011. Denn Revisionseingriffe seien relativ selten und fÃ¼hrten auch nicht stets in die vereinbarten DRGs. Von insgesamt acht Revisionseingriffen im Jahr 2011 seien gerade einmal drei FÃ¤lle in die vereinbarte Knie-TEP-DRG gelangt.

Â

Die Vereinbarung 2011 sei zudem erst zum 01.11.2011 in Kraft getreten. Bis dahin seien nach Â§Â 15 Abs.Â 2 SatzÂ 3 KHEntgG in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung (a.F.) die bisher geltenden Entgelte der HÃ¶he nach weiter zu erheben gewesen. Damit habe bis zum 31.10.2011 die Budgetvereinbarung 2010 weitergegolten, in der in ZifferÂ I.1.8 die Erbringung von Knie-TEP â auf der Grundlage einer Ist-Leistung aus 2009 von 51 Eingriffen â nicht ausgeschlossen gewesen sei.

Â

Im Ãbrigen hÃ¤tte die KlÃ¤gerin in Kenntnis der Tatsache, dass die Beklagte im Jahr 2010 die Mindestmenge nicht erreicht habe, die Rechnungen nicht bezahlen dÃ¼rfen. Sie habe also in Kenntnis ihrer Nichtschuld analog Â§Â 814 BGB gezahlt, was einer RÃ¼ckforderung entgegenstehe.

Â

Am 09.08.2019 hat ein Termin zur ErÃ¶rterung des Sachverhalts mit den Beteiligten stattgefunden. Hinsichtlich des Inhalts wird auf das Protokoll Bezug genommen. Insbesondere hat die Beklagte auf die Frage, welche Planungen oder MaÃnahmen das Krankenhaus anstelle, um die Mindestmenge von 50 Kniegelenk-Operationen zu erreichen, erklÃ¤rt, dass dies immer der Ã¤rztlichen Leitung obliege. Das Krankenhaus sei dabei auf die niedergelassenen FachÃ¤rzte angewiesen, die die Zuweisung zu dem entsprechenden Krankenhaus vornÃ¤hmen, so dass die konkret erbrachte Anzahl der Eingriffe im Ergebnis davon abhÃ¤nge, welche Patienten tatsÃ¤chlich dem Krankenhaus zugewiesen und dort dann auch angemeldet wÃ¼rden.

Â

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Urteil vom 06.12.2019 verurteilt, an die KlÃ¤gerin 38.196,51Â â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21.12.2015 zu zahlen. Die Beklagte sei nicht berechtigt gewesen, die Krankenhausbehandlungen der Versicherten unter Anwendung der OPS-Codes 5-822 â Implantation einer Knie-TEP â abzurechnen. Sie habe nach der Mindestmengenvereinbarung des G-BA einem Leistungserbringungsverbot unterlegen. Die Mindestmengenvereinbarung sei im Zeitpunkt der hier streitigen BehandlungsfÃ¤lle noch nicht auÃer Vollzug gesetzt gewesen. Zwar habe der G-BA mit Beschluss vom 15.09.2011 die Mindestmengenvereinbarung fÃ¼r Knie-TEP im Jahr 2011 befristet auÃer Vollzug gesetzt. Dieser Beschluss sei im Bundesanzeiger am 18.10.2011 verÃ¶ffentlich worden, so dass die AuÃervollzugsetzung am Tag nach VerÃ¶ffentlichung im Bundesanzeiger, mithin am 19.10.2011 in Kraft getreten sei. Die AuÃervollzugsetzung wirke nur fÃ¼r kÃ¼nftige, nicht aber fÃ¼r in der Vergangenheit liegende Abrechnungssachverhalte. Die hier streitigen Behandlungen lÃ¤gen allesamt zeitlich vor der AuÃervollzugsetzung. Die Beklagte habe die vorgeschriebene Mindestmenge von 50 Eingriffen im Vorjahr 2010 nicht erreicht. Daher habe sie nicht davon ausgehen dÃ¼rfen, die mengenmÃ¤Ãigen

Vorgaben im Jahr 2011 voraussichtlich zu erfÃ¼llen. Auch aus den abgeschlossenen Budgetvereinbarungen ergebe sich nichts Abweichendes zu der ZulÃ¤ssigkeit von Knie-TEP im Jahr 2011. In der Vereinbarung fÃ¼r das Jahr 2011 sei klar definiert worden, dass die aufgefÃ¼hrten Leistungen/OPS u.a. aus dem Bereich Knie-TEP im Vereinbarungszeitraum 2011 nicht vereinbart und abgerechnet werden dÃ¼rften. An diesem eindeutigen Ausschluss Ã¤nderten auch die in der Anlage vereinbarten â□□Knie-TEP-DRGsâ□□ nichts. In der Vereinbarung 2010 seien zwar Knie-TEP nicht ausgeschlossen worden. Eine Budgetvereinbarung auf Krankenhausebene sei jedoch nicht geeignet, die als untergesetzliche Rechtsnorm ausgestaltete Mindestmengenvereinbarung des G-BA zu verdrÃ¤ngen. Die Erstattung der gezahlten KrankenhausvergÃ¼tung sei auch nicht in entsprechender Anwendung des Â§Â 814 BGB ausgeschlossen. Dies setze voraus, dass die Krankenkasse positiv gewusst habe, nicht zur Leistung verpflichtet zu sein. Daran fehle es hier. Kenntnis von dem ErfÃ¼llen oder Verfehlen der Mindestmenge erhalte die KlÃ¤gerin erst, wenn das Krankenhaus im Rahmen der Vorbereitung zur Budgetverhandlung die Zahlen insgesamt offenlege. Zu dem Zeitpunkt der Leistung habe diese Kenntnis bei der KlÃ¤gerin noch nicht vorgelegen.

Â

Gegen dieses ihr am 03.02.2020 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 27.02.2020 Berufung eingelegt. Sie wiederholt und vertieft ihren erstinstanzlichen Vortrag. Die Auffassung des Sozialgerichts, der Beschluss des G-BA vom 15.09.2011 Ã¼ber die Aussetzung der Mindestmengenregelung fÃ¼r Knie-TEP gelte erst ab dem 19.10.2011, ergebe keinen Sinn, weil die Mindestmengen immer bezogen auf ein Kalenderjahr zu erbringen seien. Die Auffassung des Sozialgerichts fÃ¼hre zu dem nicht tragbaren Ergebnis, dass KrankenhÃ¤user, die nach dem 19.10.2011 Knie-TEP erbracht hÃ¤tten und seien es auch nur wenige, vollumfÃ¤nglich Anspruch auf Bezahlung der Behandlungskosten hÃ¤tten, hingegen KrankenhÃ¤user, die bis zum 18.10.2011 die Mindestmenge von 50 nur knapp unterschritten hÃ¤tten, keinen Anspruch auf VergÃ¼tung hÃ¤tten. Diese zuletzt genannten KrankenhÃ¤user hÃ¤tten also bis zum 18.10.2011 die Mindestmenge von 50 bereits erreichen mÃ¼ssen, wozu sie ansonsten ein Jahr Zeit gehabt hÃ¤tten. Dies kÃ¶nne nicht richtig sein, weil sich die mindestmengenrelevanten Leistungen immer auf ein Jahr bezÃ¶gen, und der G-BA im Jahr 2011 die Mindestmengenvereinbarung fÃ¼r Knie-TEP ausgesetzt habe und zwar vollstÃ¤ndig und nicht zeitanteilig betrachtet fÃ¼r den Rest des Jahres 2011 und danach. Ein solcher Regelungsinhalt sei dem Beschluss nicht zu entnehmen. Auch habe das vom Sozialgericht in Bezug genommene Bayerische LSG in dem Urteil vom 19.12.2017 (LÂ 4Â KRÂ 138/17) nicht entschieden, dass die Mindestmengenvereinbarung fÃ¼r Behandlungen vor Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA am 19.10.2011 weiterhin Anwendung finde. Das LSG habe lediglich ausgefÃ¼hrt, dass die Mindestmengenvereinbarung fÃ¼r Behandlungen, die danach erfolgt seien, jedenfalls nicht anwendbar sei.

Â

Zudem sei entgegen der Auffassung des Sozialgerichts fÃ¼r das Jahr 2011 nicht von einer negativen Prognose auszugehen gewesen. Die Parteien hÃ¤tten fÃ¼r

dieses Jahr keine Prognose getroffen, weil sie im Rahmen der Budgetverhandlungen am 23.09.2011 Ã¼bereinstimmend davon ausgegangen seien, dass eine solche Prognose aufgrund der zu diesem Zeitpunkt bereits bekannten Aussetzung der Mindestmengenvereinbarung nicht habe getroffen werden mÃ¼ssen. So erklÃ¤re sich auch, dass die Vertragsparteien in der Anlage zu der Budgetvereinbarung 2011 abermals 52 â□□Knie-TEP-DRGsâ□□ vereinbart hÃ¤tten, also zwei FÃ¤lle mehr als im Jahr 2010. Diese Anlage gehe der Budgetvereinbarung vor.

Â

Eine solche von der Mindestmengenvereinbarung abweichende Budgetvereinbarung sei wirksam. Die Vertragsparteien der Budgetvereinbarung 2011 seien auf der Grundlage der damals geltenden Regelung des Â§Â 137 Abs.Â 3 SatzÂ 2 SGBÂ V a.F. berechtigt gewesen, eine positive Prognose hinsichtlich des voraussichtlichen Erreichens der Mindestmenge aufzustellen und zur Grundlage der Budgetvereinbarung zu machen. Es komme nicht allein auf das tatsÃ¤chliche Erreichen der Mindestmenge im Vorjahr an, sondern auf die Prognose ihres Erreichens fÃ¼r das kommende Jahr. Diese Vorhersage sei von den Pflegesatzpartnern bei der prospektiven Verhandlung des Budgets zu treffen und werde maÃ□geblich durch die Fallzahlen des Vorjahres bestimmt. Genau dies fordere eine Vereinbarung der Parteien, die hier sowohl fÃ¼r das Jahr 2010 als auch fÃ¼r das Jahr 2011 dahingehend getroffen worden sei, dass Knie-TEP erbracht bzw. entsprechende DRGs abgerechnet werden dÃ¼rften. Wenn die Parteien â□□ mit bestandskrÃ¤ftiger Genehmigung der Bezirksregierung â□□ Ã¼bereinstimmend davon ausgegangen seien, dass aufgrund der AuÃ□erkraftsetzung der Mindestmengenvereinbarung eine Prognose fÃ¼r das Jahr 2011 nicht anzustellen sei, so habe diese Vereinbarung GÃ¼ltigkeit.

Â

Ferner sei die Auffassung des Sozialgerichts, dass die Mindestmengenvereinbarung einer Budgetvereinbarung vorgehe, fÃ¼r die im Jahr 2011 maÃ□geblliche Rechtslage nicht zutreffend. Erst Â§Â 11 Abs.Â 1 SatzÂ 1 KHEntgG in der seit dem 01.01.2016 geltenden Fassung regele, dass die Vertragsparteien bei der Vereinbarung u.a. des ErlÃ¶sbudgets auch die Vorgaben des Mindestmengenkataloges einzuhalten hÃ¤tten. Dies kÃ¶nne auch Â§Â 8Â Abs.Â 4Â SatzÂ 2 Nr.Â 1 KHEntgG in der seit dem 01.01.2016 geltenden Fassung entnommen werden. Nach dieser Neuregelung seien die Vorgaben des Mindestmengenkataloges ausdrÃ¼cklich bereits bei der Vereinbarung des ErlÃ¶sbudgets zu berÃ¼cksichtigen (Hinweis auf OVG NRW, Urteil vom 05.11.2019 â□□ 13 A 2460/18 â□□, Rn.Â 102 ff., juris). FÃ¼r die Zeit vor dem Inkrafttreten der Neuregelung â□□ also auch in den Entgeltjahren 2010 und 2011 â□□ sei hinsichtlich der Mindestmengenregelung von der Trennung von Vereinbarung- und Abrechnungsebene auszugehen (Hinweis auf OVG NRW, a.a.O., Rn. 105, juris).

Â

Damit hÃ¤tten die Vertragsparteien durch die Vereinbarung von â□□Knie-TEP-

DRGsâ□□ in der Anlage zu der Budgetvereinbarung wirksam die Mindestmengenvereinbarung zu Knie-TEP abbedungen, da sich hieraus ergebe, dass diese selbst bei Nichterreichen der Mindestmenge erbracht werden dÃ¼rften. Aus dieser Vereinbarung folge, dass die Beklagte trotz Unterschreitung der Mindestmenge in den Jahren 2010 und 2011 im Zeitpunkt der streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungen berechtigt gewesen sei, alle weiteren BehandlungsmaÃ□nahmen durchzufÃ¼hren und abzurechnen. Die Vertragsparteien seien auch berechtigt gewesen, eine von der Mindestmengenvereinbarung abweichende Sondervereinbarung im Rahmen der Budgetvereinbarung zu treffen. Denn Â§Â 137 Abs.Â 3 SatzÂ 2 SGBÂ V a.F. enthalte zwar ein Leistungserbringungsverbot, jedoch kein Abrechnungsverbot. Ein solches Abrechnungsverbot mit dem Verbot der Umgehung der Mindestmengenregelung durch eine Entgeltvereinbarung habe der Gesetzgeber erst mit der Neuregelung des Â§Â 136b Abs.Â 4 SÃ¤tzeÂ 1 und 2 SGBÂ V i.V.m. Â§Â 8 Abs.Â 4 SatzÂ 2 Nr.Â 1, Â§Â 11Â Abs.Â 1Â SatzÂ 1Â KHEntgG m.W.v. 01.01.2016 eingefÃ¼hrt.

Â

Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne sich nicht auf eine Unwirksamkeit der Budgetvereinbarung berufen. Dies widerspreche als widersprÃ¼chliches Verhalten (â□□venire contra factum propriumâ□□) dem Grundsatz von Treu und Glauben nach Â§Â 242 BGB, weil die ausdrÃ¼cklich getroffene VergÃ¼tungsregelung in Kenntnis der Mindestmengenvereinbarung vereinbart worden sei.

Â

WidersprÃ¼chlich seien schlieÃ□lich die Feststellungen des Sozialgerichts dazu, dass die KlÃ¤gerin analog Â§Â 814 BGB keine positive Kenntnis davon gehabt habe, zur Bezahlung der Forderungen nicht verpflichtet zu sein. Die KlÃ¤gerin habe sich im Verfahren eingelassen, dass fÃ¼r das Jahr 2011 zwingend eine negative Prognose aufgrund der Nichterreichung der Mindestmengenzahlen in den Vorjahren bestanden habe. Unterstellt, diese Auffassung sei richtig, habe sie positiv zu Jahresbeginn 2011 aufgrund des Nichterreichens der Mindestmengen in den Vorjahren gewusst, dass die Prognose negativ ausfalle und keine Leistungsverpflichtung bestehe. Es habe auch keiner â□□Offenlegungâ□□ der Zahlen im Rahmen der Budgetverhandlungen im September 2011 durch die Beklagte bedurft, da nach Auffassung des Sozialgerichts und der KlÃ¤gerin ausschlieÃ□lich auf die Nichterreichung der Mindestmenge in den Vorjahren abzustellen gewesen sei.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 06.12.2019 zu Ã¤ndern und die Klage abzuweisen.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie hÃ¤lt die Entscheidung des Sozialgerichts fÃ¼r zutreffend. Die Beklagte sei im Jahr 2011 nicht mehr berechtigt gewesen, Knie-TEP zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen und abzurechnen. Aufgrund einer prognostischen SelbsteinschÃ¤tzung, insbesondere unter Zugrundelegung der Daten der Vorjahre, hÃ¤tte die Beklagte erkennen kÃ¶nnen und mÃ¼ssen, dass sie die vorgesehene Mindestmenge im Jahr 2010 und auch im Jahr 2011 mit Ã¼berwiegender Wahrscheinlichkeit nicht erreichen werde. Sie kÃ¶nne sich auch nicht auf Â§Â 814 BGB (analog) berufen. Dies setze eine positive Rechtsfolgenkenntnis der KlÃ¤gerin im Zeitpunkt ihrer rechtsgrundlosen Leistung voraus. Die Beklagte verstricke sich hier in argumentative WidersprÃ¼che.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Verwaltungsakte der KlÃ¤gerin und der Patientenakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen ist.

Â

**EntscheidungsgrÃ¼nde**

Â

Die gemÃ¤Ã Â§Â§Â 143, 144 SGG statthafte, fristgerecht eingelegte und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssige Berufung der Beklagten ist unbegrÃ¼ndet.

Â

Das Sozialgericht hat der zulÃ¤ssigerweise erhobenen (echten) Leistungsklage im Sinne des Â§Â 54 Abs.Â 5 SGG (vgl. zur stÃ¤ndigen hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung etwa BSG, Urteil vom 14.10.2014 â B 1 KR 27/13 R â, Rn. 8 m.w.N., juris) zu Recht stattgegeben. Die Klage ist begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤gerin stehen aus den BehandlungsfÃ¤llen der Versicherten AnsprÃ¼che auf Erstattung der gezahlten KrankenhausvergÃ¼tungen in der â unstreitigen â HÃ¶he von 38.196,51Â â¬ zu.

Â

Rechtsgrundlage der von der KlÃ¤gerin geltend gemachten ZahlungsansprÃ¼che ist der Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, der bei der hier gegebenen Ã¶ffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und KrankenhaustrÃ¤ger an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach Â§Â 812 BGB tritt (vgl. BSGE 109, 236, 238Â f.Â m.w.N.).

Â

Der im Ã¶ffentlichen Recht seit langem anerkannte Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines Ã¶ffentlich-rechtlichen RechtsverhÃ¤ltnisses Leistungen ohne Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose VermÃ¶gensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSGE 109, 236, 238 f. m.w.N.). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs; ein RÃ¼ckgriff auf die zivilrechtlichen Normen scheidet aber aus, soweit der vom Ã¶ffentlichen Recht selbststÃ¤ndig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (vgl. BSGE 38, 46, 47). Dies gilt namentlich fÃ¼r die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen Ã¶ffentlich-rechtliche WertungszusammenhÃ¤nge entgegenstehen (vgl. BSGE 38, 46; BSGE 109, 236, 239; BVerwGE 71, 85; BVerwGE 112, 351, 353 f.).

Â

Die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte Ã¶ffentlich-rechtliche ErstattungsansprÃ¼che in HÃ¶he der gezahlten KrankenhausvergÃ¼tungen von insgesamt 38.196,51Â â¬, da diese Zahlungen ohne Rechtsgrund erfolgten. Die Beklagte hatte in dieser HÃ¶he keine AnsprÃ¼che gegen die KlÃ¤gerin auf VergÃ¼tung der streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungen der Versicherten.

Â

Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus â wie hier im Krankenhaus der Beklagten â erfolgt und i.S.v. Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGBÂ V erforderlich ist (vgl. zur stÃ¤ndigen Rechtsprechung BSG, Urteil vom 21.04.2015 â B 1 KR 7/15 R â, Rn.Â 9, juris).

Â

Es ist zwischen den Beteiligten unumstritten, dass die bei den Versicherten durchgefÃ¼hrten Behandlungen medizinisch indiziert waren und nur unter stationÃ¤ren Bedingungen erfolgen konnte. Ermittlungen von Amts wegen waren daher nicht erforderlich.

Â

Die VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung Versicherter bemisst sich bei DRG-KrankenhÃ¤usern wie dem der Beklagten nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die FallpauschalenvergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus Â§Â 109 Abs.Â 4 SatzÂ 3 SGBÂ V i.V.m. Â§Â 7Â KHEntgG und Â§Â 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÃ¤ge (NormenvertrÃ¤ge, Fallpauschalenvereinbarungen [FPV]) konkretisiert. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren insoweit nach Â§Â 9Â Abs.Â 1Â SatzÂ 1Â Nr.Â 1Â KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog und nach Nr.Â 3 Abrechnungsbestimmungen in den FPV. MaÃgeblich sind hier die fÃ¼r das Jahr 2011 geltende FPV einschlieÃlich ihres Fallpauschalenkatalogs sowie die Vereinbarung zu den DKR fÃ¼r das Jahr 2011. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung. Nach Â§Â 1Â Abs.Â 6Â SatzÂ 1Â FPVÂ 2011 sind zur Einstufung des Behandlungsfalls in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen. Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (st.Rspr.; vgl. nur BSG, Urteil vom 20.01.2021 â B 1 KR 31/20 R â, Rn. 14 ff. m.w.N., juris).

Â

Zu Recht sind sich die Beteiligten darÃ¼ber einig, dass die Beklagte nur dann die DRG I43B (K.), I44A (V.) bzw. I44B (P., T., M., D., B.) mit den daraus jeweils resultierenden VergÃ¼tungen abrechnen durfte, wenn sie zulÃ¤ssigerweise einen OPS aus dem Bereich 5-822 kodiert hat. Andernfalls richtet sich die Abrechnung nach der DRG I69B bzw. bei dem Versicherten V. nach der DRG I28B. Dies wird durch die Beteiligten ebenso wenig wie die sich dann jeweils ergebenden VergÃ¼tungen in Zweifel gezogen und vom Senat daher ohne Weiteres zugrunde gelegt (vgl. zur ZulÃ¤ssigkeit dieses Vorgehens BSG, Urteil vom 20.01.2021 â B 1 KR 31/20 R â, Rn.Â 16 m.w.N., juris).

Â

Allerdings unterlag die Beklagte hinsichtlich der streitigen Knie-TEP-Behandlungen einem Leistungserbringungsverbot, so dass sie diese weder durchfÃ¼hren noch Ã¼ber die Kodierung eines OPS aus dem Bereich 5-822 abrechnen durfte.

Â

Eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung Versicherter ist nicht im Rechtssinne âerforderlichâ mit der Folge, dass das Krankenhaus hierfÃ¼r keine VergÃ¼tung beanspruchen kann. Versicherte haben aufgrund des QualitÃ¤tsgebots (Â§Â 2Â Abs.Â 1 SatzÂ 3 SGBÂ V) und des Wirtschaftlichkeitsgebots (Â§Â 12 Abs.Â 1 SGBÂ V) keinen Anspruch auf

ungeeignete Leistungen, insbesondere auf ungeeignete Krankenbehandlung (Â§Â 27 Abs.Â 1 SGBÂ V) einschlieÃlich Krankenhausbehandlung. KrankenhÃ¤user sind dementsprechend â auÃer in NotfÃ¤llen â auch innerhalb ihres Versorgungsauftrags weder befugt, ungeeignet zu behandeln, noch berechtigt, eine VergÃ¼tung hierfÃ¼r zu fordern (BSG, Urteil vom 01.07.2014 â B 1 KR 15/13 R â, Rn. 11 m.w.N., juris).

Â

Eine spezielle AusprÃ¤gung des QualitÃ¤tsgebotes (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 14.10.2014 â B 1 KR 33/13 R â, Rn. 14, juris) stellt AnlageÂ 1 Nr.Â 6 der Mindestmengenvereinbarung in der Fassung vom 11.11.2010, in Kraft getreten am 01.01.2011, dar. Der G-BA hat in diesem Rahmen nach den einfachgesetzlichen Vorgaben fÃ¼r zugelassene KrankenhÃ¤user einheitlich mit AuÃenwirkung im Range untergesetzlichen Rechts einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die QualitÃ¤t des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhÃ¤ngig ist, sowie Mindestmengen fÃ¼r die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses beschlossen. Die nach Â§Â 137Â Abs.Â 3Â SatzÂ 1Â Nr.Â 2Â SGBÂ V a.F. vorzusehenden AusnahmetatbestÃ¤nde finden sich in AnlageÂ 2 der Mindestmengenvereinbarung.

Â

AnlageÂ 1 Nr.Â 6 der Mindestmengenvereinbarung regelt fÃ¼r Knie-TEP durch eine jÃ¤hrliche Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Krankenhaus in diesem Sinne eine zwingende QualitÃ¤tsvorgabe. Sie sichert das QualitÃ¤tsniveau bei voraussichtlicher Unterschreitung durch ein eigenstÃ¤ndiges Verbot der Leistungserbringung zusÃ¤tzlich ab (Â§Â 137Â Abs.Â 3Â SatzÂ 2Â SGBÂ V a.F.; BSG, Urteil vom 14.10.2014, a.a.O.). Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht entgegen der Auffassung der Beklagten kein VergÃ¼tungsanspruch zu (BSG, Urteil vom 14.10.2014 â B 1 KR 33/13 R â, Rn.Â 15,Â 51, juris; ausdrÃ¼cklich Â§Â 136b Abs.Â 4 SatzÂ 2 SGBÂ V in der seit dem 01.01.2016 geltenden Fassung bzw. seit dem 20.07.2021 Â§Â 136b Abs.Â 5 SatzÂ 2 SGBÂ V).

Â

Es ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die durch das Krankenhaus bei den Versicherten durchgefÃ¼hrten Knie-TEP unter die in AnlageÂ 1 Nr.Â 6 der Mindestmengenvereinbarung aufgefÃ¼hrten Prozeduren fallen. Zweifel sind hieran auch nicht geboten.

Â

AnlageÂ 1 Nr.Â 6 der Mindestmengenvereinbarung ist wirksam, d.h. insbesondere von der ErmÃ¤chtigungsgrundlage des Â§Â 137 Abs.Â 3 SatzÂ 1 Nr.Â 2 SGBÂ V a.F. gedeckt. Es sind weder verfahrensrechtliche noch materiellrechtliche MÃ¤ngel in der Beschlussfassung erkennbar noch werden diese von den Beteiligten behauptet (vgl. zur PrÃ¼fung BSG, Urteil vom 14.10.2014 â B 1 KR 33/13 R â, Rn. 26 ff.,

juris; BSG, Urteil vom 17.11.2015 â□□BÂ 1Â KR 15/15 R â□□, Rn.Â 17 ff., juris).

Â

Die Regelung in AnlageÂ 1 Nr.Â 6 der Mindestmengenvereinbarung galt fÃ¼r die streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungen, die im Zeitraum vom 05.01.2011 bis 28.09.2011 im Krankenhaus der Beklagten durchgefÃ¼hrt worden sind. Der Beschluss des G-BA vom 15.09.2011 Ã¼ber die befristete AuÃ□ervollzugsetzung der Mindestmenge fÃ¼r Knie-TEP war fÃ¼r Behandlungen in diesem Zeitraum noch nicht anwendbar, da er nach ZifferÂ II des Beschlusses erst am Tag nach VerÃ¶ffentlichung im Bundesanzeiger und damit am 19.10.2011 in Kraft getreten ist. Dies hat das Sozialgericht zutreffend festgestellt, so dass der Senat nach Â§Â 153 Abs.Â 2 SGG auf die GrÃ¼nde des Urteils Bezug nimmt.

Â

Die Einwendungen der Beklagten in der Berufung greifen hiergegen nicht durch. Soweit sie die Auffassung vertritt, der Beschluss des G-BA Ã¼ber die befristete AuÃ□ervollzugsetzung der Mindestmenge fÃ¼r Knie-TEP mÃ¼sse fÃ¼r das gesamte Jahr 2011 Geltung haben, da es keinen Sinn ergebe, diesen Beschluss erst ab dem Zeitpunkt seiner VerÃ¶ffentlichung im Bundesanzeiger anzuwenden, setzt sie sich nicht mit dem Wortlaut der Regelung Ã¼ber das Inkrafttreten des Beschlusses in ZifferÂ II auseinander. Sofern der G-BA die Bedenken der Beklagten geteilt hÃ¤tte, hÃ¤tte er ausdrÃ¼cklich eine rÃ¼ckwirkende Geltung der AuÃ□ervollzugsetzung der Mindestmengenbestimmung anordnen kÃ¶nnen. Da er dies nicht getan hat, ist dem Wortlaut der Regelung der Vorzug zu geben. Die Mindestmengenregelung fÃ¼r Knie-TEP wurde daher nur fÃ¼r solche Krankenhausbehandlungen auÃ□er Vollzug gesetzt, die nach dem Inkrafttreten der AuÃ□ervollzugssatzungsbestimmung begonnen haben. Dies entspricht auch den GrundsÃ¤tzen des intertemporalen Rechts, wonach ein Rechtssatz grundsÃ¤tzlich nur auf solche Sachverhalte anwendbar ist, die nach seinem Inkrafttreten verwirklicht werden (st.Rspr.; vgl. nur BSG, Urteil vom 27.08.2019 â□□ B 1 KR 14/19 R â□□, Rn.Â 10, juris).

Â

Entgegen der Behauptung der BevollmÃ¤chtigten der Beklagten hat auch das vom Sozialgericht in Bezug genommene Bayerische LSG in dem Urteil vom 19.12.2017 (LÂ 4Â KRÂ 138/17) ausdrÃ¼cklich festgestellt, dass die Mindestmengenregelung fÃ¼r Behandlungen vor Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA am 19.10.2011 weiterhin anwendbar war (Rn.Â 48, juris).

Â

Das Krankenhaus der Beklagten war 2011 nicht berechtigt, mindestmengenrelevante Knie-TEP zu erbringen. Unstreitig hat es in diesem Jahr die in AnlageÂ 1 Nr.Â 6 der Mindestmengenvereinbarung vorgeschriebene Mindestmenge von 50 Knie-TEP nicht erreicht und unstreitig lag hinsichtlich der Behandlungen der Versicherten kein Notfall oder sonstiger Ausnahmefall im Sinne

von AnlageÂ 2 der Mindestmengenvereinbarung vor. Das Krankenhaus durfte auch nicht die berechtigte Erwartung hegen, die gesetzliche Mindestmenge im Jahr 2011 voraussichtlich zu erfÃ¼llen. Es bestand keine Grundlage fÃ¼r eine Prognose, dass es die erforderliche Mindestmenge in diesem Jahr voraussichtlich erreichen wÃ¼rde. Insbesondere ergibt sich eine solche fÃ¼r das Jahr 2011 geltende Prognose weder aus der Budgetvereinbarung 2011 noch aus der Regelung in ZifferÂ I.1.8 der Budgetvereinbarung 2010. Das Krankenhaus der Beklagten durfte daher bei den Versicherten keine Knie-TEP implantieren. Ein VergÃ¼tungsanspruch konnte nicht entstehen.

Â

Nach Â§Â 137 Abs.Â 3 SatzÂ 2 SGBÂ V a.F. und der dazu ergangenen hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung richtete sich die kalenderjÃ¤hrlich vorzunehmende Prognose fÃ¼r das Folgejahr grundsÃ¤tzlich danach, ob die Mindestmenge im zuvor abgelaufenen Kalenderjahr erreicht wurde. Nur dann kann die Prognose positiv ausfallen (vgl. hierzu grundlegend: BSG, Urteil vom 14.10.2014 â□□ B 1 KR 33/13 R â□□, Rn.Â 52 ff., juris; Urteil vom 27.11.2014 â□□ B 3 KR 1/13 R â□□, Rn.Â 42, juris; Urteil vom 17.11.2015 â□□ B 1 KR 15/15 R â□□, Rn.Â 10, juris).

Â

Nach diesem im Zeitpunkt der Behandlungen der Versicherten geltenden MaÃ□stab musste hier die Prognose zwingend negativ mit der Rechtsfolge ausfallen, dass das Krankenhaus der Beklagten im Jahr 2011 nicht zur Erbringung von Knie-TEP berechtigt und zu deren Abrechnung befugt war. Das Krankenhaus implantierte 2010 nur 45 Knie-TEP. Damit unterschritt es die Mindestmenge deutlich und erreichte kein hinreichendes QualitÃ¤tsniveau, dessen weitere Aufrechterhaltung prognostisch hÃ¤tte in Betracht kommen kÃ¶nnen.

Â

Das Sozialgericht hat des Weiteren zutreffend festgestellt, dass auch unter BerÃ¼cksichtigung der Gesamtsituation kein Grund dafÃ¼r ersichtlich ist, dass eine positive Prognose fÃ¼r das Jahr 2011 berechtigt gewesen wÃ¤re (vgl. zu einer solchen Fallgestaltung LSG NRW, Urteil vom 17.01.2019 â□□ L 5 KR 212/18 â□□, Rn.Â 52 ff., juris). Hiergegen spricht bereits die Leistungshistorie im Haus der Beklagten. Dieses hat nur im Jahr 2009 die erforderliche Mindestmenge knapp Ã¼berschritten (51 Eingriffe) und sodann ab dem Jahr 2010 dauerhaft nicht mehr erreicht. Die negative Prognose hat sich fÃ¼r das Jahr 2011 letztlich auch bestÃ¤tigt, da in diesem Jahr mit den streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungen nur 47 Knie-TEP durchgefÃ¼hrt wurden. Vor diesem Hintergrund ist bereits kein Grund ersichtlich, weshalb die Erwartung berechtigt gewesen wÃ¤re, im Jahr 2011 Knie-TEP erbringen zu dÃ¼rfen.

Â

Entgegen der Auffassung der Beklagten ergibt sich eine positive Prognose nicht aus

der Budgetvereinbarung 2011. Auch insofern nimmt der Senat nach Â§Â 153 Abs.Â 2 SGG auf die GrÃ¼nde des Urteils des Sozialgerichts Bezug.

Â

Mit ihrem Vortrag, die ZulÃ¤ssigkeit der Knie-TEP bzw. eine positive Prognose diesbezÃ¼glich ergebe sich aus der Budgetvereinbarung 2011, stÃ¼tzt sich die Beklagte im Wesentlichen auf den oben genannten Beschluss des G-BA vom 15.09.2011. Da jedoch dieser â wie ausgefÃ¼hrt â fÃ¼r die hier streitigen Behandlungen in zeitlicher Hinsicht nicht gilt, kann auch nichts Anderes aus der Budgetvereinbarung folgen. DarÃ¼ber hinaus ist in deren ZifferÂ I.1.8 ausdrÃ¼cklich bestimmt worden, dass Leistungen aus dem Bereich Knie-TEP nicht vereinbart werden und daher auch nicht abgerechnet werden dÃ¼rfen. Die Argumentation der Beklagten, Knie-TEP hÃ¤tten erbracht werden dÃ¼rfen, da in der Anlage I.1 zu der Budgetvereinbarung 2011 52 â Knie-TEP-DRGsâ vereinbart worden seien, steht zu diesem ausdrÃ¼cklichen Leistungs- und Abrechnungsverbot im Widerspruch. Mit diesem Widerspruch befasst sich die Beklagte nicht und versucht auch nicht, diesen aufzulÃ¶sen. Es ist zudem in keiner Weise ersichtlich, weshalb und mit welcher BegrÃ¼ndung die in Anlage I.1 vorgenommene Vereinbarung von Fallpauschalen, die mit der Erbringung von Knie-TEP-Eingriffen zusammenhÃ¤ngen (I43A, I43B, I44A, I44B, I44C), das in der Budgetvereinbarung ausdrÃ¼cklich getroffene Leistungs- und Abrechnungsverbot auÃer Kraft setzen kÃ¶nnte. UnabhÃ¤ngig davon, dass eine individuell getroffene Vereinbarung von Fallpauschalen generelle WirtschaftlichkeitsgrundsÃ¤tze, die in der Mindestmengenvereinbarung festgelegt sind, nicht auÃer Vollzug setzen kann, ist bei der in Anlage I.1 vorgenommene Vereinbarung von â Knie-TEP-DRGsâ auch zu berÃ¼cksichtigen, dass nicht sÃ¤mtliche endoprothetischen Versorgungen des Kniegelenks von AnlageÂ 1 Nr.Â 6 der Mindestmengenvereinbarung erfasst werden. So bezieht sich diese Mindestmengenregelung nicht auf die gesamte OPS-Nr.Â 5-822 (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk), sondern nur auf die unter OPS-Nr.Â 5-822.1**, 5-822.2**, 5-822.3**, 5-822.4**, 5-822.6**, 5-822.7**, 5-822.9** (** = 0: Nicht zementiert, 1: Zementiert, 2: Hybrid ) nÃ¤her bezeichneten Implantationsverfahren (vgl. dazu BSG, Urteil vom 14.10.2014 â BÂ 1Â KRÂ 33/13Â R â, Rn.Â 18, juris). Bereits aus diesem Grunde lÃ¤sst die in Anlage I.1 vorgenommene Vereinbarung von Fallpauschalen nicht den Schluss zu, dass das Krankenhaus zu den bei den Versicherten erfolgten Eingriffen berechtigt gewesen wÃ¤re.

Â

Aufgrund des in ZifferÂ I.1.8 der Budgetvereinbarung 2011 ausdrÃ¼cklich getroffenen Leistungsverbots fÃ¼r Knie-TEP kommt es im Ãbrigen nicht darauf an, ob nach der damaligen Rechtslage eine Budgetvereinbarung der Mindestmengenvereinbarung des G-BA hÃ¤tte vorgehen bzw. von dieser abweichen kÃ¶nnen. Allenfalls kÃ¶nnte sich aus einer Budgetvereinbarung eine positive Prognose ergeben. Eine solche ist jedoch nach dem ausdrÃ¼cklichen Wortlaut in ZifferÂ I.1.8 der Budgetvereinbarung 2011 hinsichtlich Knie-TEP nicht aufgestellt worden. Die dahingehenden AusfÃ¼hrungen der Beklagten sind daher irrelevant.

Ebenso wenig hilft die Bezugnahme auf das Urteil des OVG NRW vom 05.11.2019 (13 A 2460/18 â□□, Rn.Â 102 ff. juris), da dieses zu der Abrechnungsebene keine Aussagen getroffen hat, sondern lediglich zu der Vereinbarungsebene.

Â

SchlieÃ□lich kann sich aus der Budgetvereinbarung 2010 keine positive Prognose fÃ¼r das Jahr 2011 ergeben.

Â

Zwar waren nach der Regelung in Ziffer I.1.8 dieser Vereinbarung Knie-TEP-Eingriffe nicht ausgeschlossen. Diese Regelung galt jedoch nur in der Zeit vom 01.01.2010 bis 31.12.2010 (Vereinbarungszeitraum). FÃ¼r die streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungen, die im Jahr 2011 durchgefÃ¼hrt wurden, war diese Regelung damit nicht anwendbar und kann auch Ã¼ber die Weitergeltungsanordnung des Â§Â 15 Abs.Â 2 SatzÂ 3 KHEntgG a.F. keine Anwendung finden. Auch insofern ist daher ohne Belang, ob nach der damaligen Rechtslage eine Budgetvereinbarung von der Mindestmengenvereinbarung des G-BA hÃ¤tte abweichen dÃ¼rfen.

Â

ZunÃ¤chst war die gesamte Budgetvereinbarung 2010 lediglich fÃ¼r den Vereinbarungszeitraum geschlossen worden. Dies ergibt sich ausdrÃ¼cklich aus dem Einleitungssatz der Vereinbarung und entspricht auch der Regelung in Â§Â 11 Abs.Â 2 SatzÂ 1 KHEntgG a.F.

Â

Es kann dahinstehen, ob gemÃ¤Ã□ den AusfÃ¼hrungen der Beklagten in Bezug auf diese Vereinbarung die Voraussetzungen des Â§Â 15 Abs.Â 2 SatzÂ 3 KHEntgG a.F. Ã¼ber eine Fortgeltung der Entgelte bis zum 31.10.2011 erfÃ¼llt sind. Jedenfalls aber beschrÃ¤nkt sich diese gesetzlich angeordnete Fortgeltung der Vereinbarung 2010 auf die vereinbarten Entgelte (insbesondere ZiffernÂ I.1.3 und I.3 i.V.m. den jeweils genannten Anlagen; die ZiffernÂ II. und III. sind in diesem Verfahren ohne Belang). Die Regelung in ZifferÂ I.1.8 der Vereinbarung galt dagegen lediglich im Vereinbarungszeitraum und nicht darÃ¼ber hinaus.

Â

Diese BeschrÃ¤nkung der Fortgeltung auf die vereinbarten und abrechnungsfÃ¤higen Entgelte ergibt sich zum einen bereits eindeutig aus dem Wortlaut der Regelungen in Â§Â 15Â Abs.Â 2 KHEntgG a.F. Hiernach werden die fÃ¼r das Kalenderjahr krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben (SatzÂ 1). Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukÃ¼nftiger

Zeitpunkt bestimmt ist (SatzÂ 2). Bis dahin sind nach SatzÂ 3 die bisher geltenden Entgelte grundsÃ¤tzlich der HÃ¶he nach weiter zu erheben (mit dort im Einzelnen geregelten Ausnahmen). Die Fortgeltung der Vereinbarung 2013 erfasst somit nur die abrechnungsfÃ¤higen Entgelte, nicht aber weitere Leistungsvoraussetzungen.

Â

Zum anderen wird auch aus dem Wortlaut der Regelung in ZifferÂ I.1.8 der Vereinbarung 2010 deutlich, dass diese nur im Vereinbarungszeitraum gelten soll. Diese Regelung hatte folgenden Wortlaut (Hervorhebungen nur hier):

Â

â□□Die Vertragsparteien haben bei der Vereinbarung der Leistungsstruktur die Mindestmengenvereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemÃ¤Ã□ Â§Â 137Â Abs.Â 3Â SatzÂ 1Â Nr.Â 2 SGBÂ V berÃ¼cksichtigt. Die in der o.g. Vereinbarung aufgefÃ¼hrten OPS/Leistungen aus den Bereichen Lebertransplantationen, Nierentransplantationen, Stammzelltransplantationen sowie der Versorgung von FrÃ¼h- und Neugeborenen werden in Bezug auf den oben genannten GBA-Beschluss im Vereinbarungszeitraum 2010 nicht vereinbart und dÃ¼rfen nicht abgerechnet werden.

| **Leistungsbereich (Mindestmenge)** | **Ist-Leistung 2009*** |
|---|---|
| Kniegelenk Totalendoprothese (50) â□□ BetriebsstÃ¤tte 1 | 51 |
| Lebertransplantationen (20) | Â |
| Nierentransplantationen (25) | Â |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Ã□sophagus (10) | 11 |
| Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (10) | 10 |
| Stammzelltransplantationen (25) | Â |