

---

## S 14 KR 5594/18

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Begleitet die Krankenkasse innerhalb vorgegebener Zahlungsfristen eine Schlussrechnung des Krankenhauses für die vollstationäre Behandlung eines Versicherten, erfolgt die Zahlung konkludent unter dem Vorbehalt einer nachträglichen Prüfung. Dies hat zur Folge, dass das Krankenhaus im Rahmen einer nachträglichen Prüfung weiterhin die Beweislast für das Bestehen seiner Vergütungsforderung trägt. Anders ist dies, wenn das Krankenhaus die nach <a href="#">§ 301 SGB V</a> erforderlichen Daten der Krankenkasse vollständig übermittelt hat, die Krankenkasse eine – im Hinblick auf die von ihr erhobenen Einwände allein in Betracht kommende – Auffälligkeitsprüfung nicht eingeleitet hat, aber nach Ablauf der Prüffrist des <a href="#">§ 275 Abs 1c SGB V</a> aF eine Erstattungsforderung wegen (vermeintlich) zu Unrecht gezahlter Vergütung einklagt. In diesem Fall trägt die Krankenkasse die Beweislast für das Bestehen ihres Erstattungsanspruchs.
Normenkette	SGB 5 <a href="#">§ 109 Abs 4</a> SGB 5 <a href="#">§ 301</a> SGB 5 aF <a href="#">§ 275 Abs 1c</a>

#### 1. Instanz

Aktenzeichen  
Datum

S 14 KR 5594/18  
12.12.2019

#### 2. Instanz

---

Aktenzeichen

L 11 KR 236/20

Datum

25.01.2022

### **3. Instanz**

Datum

-

**Die Berufung der Klagerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 12.12.2019 wird zurückgewiesen.**

**Die Klagerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen.**

**Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 38.133,50 festgesetzt.**





### **Tatbestand**

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung streitig.

Die 1958 geborene, bei der Klagerin versicherte G (Versicherte) wurde in der Zeit vom 29.01. bis zum 04.02.2014 sowie vom 14.04. bis zum 19.04.2014 in dem für die Behandlung Versicherter zugelassenen Krankenhaus der Beklagten wegen einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung mit homogenem Lungenemphysem stationär behandelt, wobei ihr jeweils zehn Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion, sogenannte Coils, links bzw rechts implantiert wurden. Die Beklagte stellte der Klagerin am 16.04.2014 für die stationäre Behandlung vom 29.01.2014 bis 04.02.2014 unter Zugrundelegung der Diagnosis-Related-Group (DRG) E05 C (andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei blartiger Neubildung) einen Gesamtbetrag in Höhe von 18.961,54 in Rechnung und brachte dabei die Prozedur OPS 5-339.8 (Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils, je Nitinolspirale) in Ansatz. Diese Rechnung bezahlte die Klagerin am 14.05.2014 vollständig. Für die stationäre Behandlung vom 14.04.2014 bis zum 19.04.2014 stellte die Beklagte der Klagerin mit Rechnung vom 07.05.2014 wiederum unter Zugrundelegung der DRG E05 C und der OPS 5-339.8 einen Gesamtbetrag in Höhe von 19.171,96 in Rechnung. Diesen Betrag zahlte die Klagerin am 04.06.2014 auch vollständig. Ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) leitete die Klagerin nicht ein.

Am 06.11.2018 hat die Klagerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und Erstattung der Rechnungsbeträge in Höhe von insgesamt 38.133,50 begehrt. Bei den stationären Behandlungen handle es sich um eine experimentelle, dem Qualitätsgebot nicht entsprechende Behandlungsmethode

---

außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (Hinweis auf Bundessozialgericht 19.12.2017, [B 1 KR 17/17 R](#)). Das Vorliegen einer NUB (neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) -Vereinbarung begründet keinen Vergütungsanspruch für den Leistungserbringer. Folglich bestehe für die durch die Beklagte abgerechneten Behandlungen keine Vergütungsansprüche. Eine Verwaltungsakte existiere nicht. Es habe weder Schriftverkehr mit der Beklagten noch ein Prüfverfahren des MDK gegeben. Die Beklagte habe jeweils als Hauptdiagnose nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) J44.82 (sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung, FEV<sub>1</sub> > = 50% und < 39 Abs 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich gewesen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Die Versicherte habe an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) mit homogenem Lungenemphysem gelitten. Im ersten stationären Aufenthalt sei eine endoskopische Lungenvolumenreduktionstherapie mittels Implantation von zehn Coils in den linken Oberlappen erfolgt. Beim zweiten Aufenthalt habe eine endoskopische Lungenvolumenreduktionstherapie mittels Implantation von zehn Coils in den rechten Oberlappen stattgefunden. Es handele sich bei der Maßnahme grundsätzlich um eine zweiseitige Behandlung, die in beiden Lungenflügeln angewendet werden müsse. Zweifel an der stationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und der Einhaltung des Qualitätsgebotes habe die Klägerin nicht angemeldet, schließlich habe die Klägerin das Verfahren ausdrücklich und nach langer kritischer Bewertung des Verfahrens vereinbart. Die Abrechnung der Beklagten sei richtig. Sie habe die Diagnosen medizinisch richtig und leitliniengerecht bestimmt. Unter Anwendung der Deutschen Kodier-Richtlinien (DKR) seien die Diagnosen und Prozeduren richtig verschlüsselt worden. Nach dem sogenannten Grouping durch einen zertifizierten Grouper habe sich die DRG E05 C mit dem Zusatzentgelt ZE 76197519 ergeben. Die Beteiligten stritten allein um die Frage, ob die Beklagte berechtigt gewesen sei, die OPS-Prozedur 5-339.8 (andere Operationen an Lunge und Bronchien: Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen, bronchoskopisch) und damit das Zusatzentgelt ZE 76197519 abzurechnen. Es handele sich dabei um die Implantation der Nitinolspiralen, die bei einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung indiziert sein könnten, wie im vorliegenden Fall. Im Falle eines Lungenemphysems bestehe eine irreversible Überblähung der Alveolen in den Lungenflügeln. Die Coils dienten dazu, das emphysematische Gewebe in den Lungen zurückzudrängen, wodurch rein symptomatisch Erfolge erreicht werden könnten. Die Klägerin unterliege in den vorliegenden Behandlungsfällen einem Einwendungsausschluss. Dies liege darin begründet, dass die Klägerin es unterlassen habe, innerhalb der sechswöchigen Prüfleitungsfrist des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) ein MDK-Prüfverfahren einzuleiten (Hinweis auf BSG 16.05.2012, [B 3 KR 14/11 R](#)). Vorliegend habe überhaupt keine MDK-Prüfung stattgefunden. Die Klägerin habe es abgelehnt, dieser gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen. Daher bestehe ein Beweisverwertungsverbot hinsichtlich der Patientendokumentation. Die Klägerin müsse nun anhand der ihr von der Beklagten übermittelten Unterlagen, also im Wesentlichen der Daten nach [§ 301 SGB V](#), darlegen und

---

beweisen, dass die vollstationäre Behandlung nicht erforderlich gewesen sei, weil eine ambulante Behandlungsmöglichkeit gegeben gewesen sei. Eine Einleitung eines Prüfverfahrens sei hier auch keinesfalls entbehrlich, denn wenn die Klägerin meine, sie könne mit einem Verweis auf andere streitige Behandlungsfälle eine Klage begründen, so zeuge dies nur von einem völligen Unverständnis der strittigen Leistung. Denn es sei zu prüfen, ob die Voraussetzungen des [§ 2 Abs 1a SGB V](#) vorliegen. Das Vorliegen der Voraussetzungen sei hier sogar naheliegend, eine Prüfung sei indes fallbezogen nur unter Beiziehung und Begutachtung der Patientenakten möglich, die hier aber nicht erfolgen dürfe. Vorliegend sei der behauptete Anspruch der Klägerin auch verwirkt. Die Klägerin habe die Rechnungen am 14.05.2014 bzw 04.06.2014 jeweils vollständig und vorbehaltlos bezahlt. Die Klage sei durch die Klägerin erst im November 2018 erhoben worden. Auch das Umstandsmoment für den Verwirkungstatbestand sei gegeben, denn die Klägerin habe vorbehaltlos gezahlt und kein MDK-Prüfverfahren innerhalb der Frist des [§ 275 Abs 1c SGB V](#) eingeleitet. Auch im Übrigen sei keine Rückmeldung der Klägerin zu diesen Behandlungsfällen erfolgt. Aufgrund dessen sei bei der Beklagten ein Vertrauenstatbestand entstanden, die Vergütung behalten zu dürfen (Hinweis auf BSG 05.07.2016, [B 1 KR 40/15 R](#)). Die Kostenträger seien verpflichtet, angebliche fehlerhafte Abrechnungen spätestens innerhalb des auf das Behandlungsjahr folgenden Kalenderjahres streitig zu stellen. Die Klägerin habe die Rechnungen erstmalig im Jahr 2018 streitig gestellt. Die Beklagte habe entsprechend dem von der Klägerin geschaffenen Vertrauenstatbestand keine Rückstellungen gebildet. Der behauptete Rückforderungsanspruch der Klägerin sei auch verjährt. Im Übrigen hätten die streitigen Behandlungen auch dem Qualitätsgebot entsprochen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe zwischenzeitlich unter dem 20.12.2018 einen Beschluss dahingehend gefasst, dass die hier strittige bronchoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Einlage von Spiralen (Coils) bei schweren Lungenemphysemen mit einem pulmonalen Residualvolumen von mindestens 225% vom Soll in die Anlage 1 â Methoden, für die die Versorgung mit Krankenhausbehandlung erforderlich sindâ aufgenommen werde. Die bronchoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Einlage von Spiralen (Coils) bei schweren Lungenemphysemen mit einem pulmonalen Residualvolumen von unter 225% vom Soll werde mit diesem Beschluss in die Anlage 2 â Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt sindâ aufgenommen. Für die letzte Alternative werde ausdrücklich das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative in den tragenden Gründen festgestellt. Darin werde insbesondere auf die Renew-Studie abgestellt. Diese Studie habe bereits vor der streitigen Krankenhausbehandlung vorgelegen. Der Beschluss des GBA sei zwischenzeitlich auch umgesetzt und am 19.03.2019 im Bundesanzeiger veröffentlicht worden.

Die Klägerin hat erwidert, dass schon das Qualitätsgebot der streitigen Prozedur nicht erfüllt sei. Der Anspruch der Klägerin sei auch nicht verwirkt. Das BSG habe mehrfach betont, dass das Rechtsinstitut der Verwirkung als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht greife (Hinweis auf BSG 01.07.2014, [B 1 KA 24/13 R](#); BSG 14.10.2014, [B 1 KR 27/13 R](#)). Hinsichtlich der Einrede der Verjährung sei auf [§ 325 SGB V](#) zu verweisen.

---

---

Weiter hat die Klägerin vorgetragen, dass anhand der von der Beklagten übermittelten Daten nach [§ 301 SGB V](#) ersichtlich sei, dass es sich im vorliegenden Fall nicht um eine notstandsähnliche Situation gehandelt habe. Damit fehle es bereits an der Voraussetzung, um zu einer grundrechtsorientierten Leistungsauslegung zu gelangen.

Die Beklagte hat erwidert, dass die AOK Baden-Württemberg sowie die Beklagte im Mai 2012 das Zusatzentgelt abrechnungsrechtlich geprüft und die wissenschaftliche Datenlage zur Sicherheit und Wirksamkeit der strittigen Methode diskutiert hätten. Im Nachgang zur Diskussion der wissenschaftlichen Daten seien dann für das Jahr 2012 und fortlaufend eine NUB-Vereinbarung getroffen worden, wonach die streitige Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden könne und ein konkretes Entgelt erhalte. Die NUB-Vereinbarung sei dem Regierungspräsidium Stuttgart zur Genehmigung vorgelegt worden. Dieses habe mit Verwaltungsakt vom 19.06.2012 die NUB-Vereinbarung genehmigt. Die Verjährungsfrist habe am 01.01.2015 begonnen und sei gemäß [§ 109 Abs 5 Satz 1 SGB V](#) zwei Jahre gelaufen. Ausdrücklich gelte die Verjährungsfrist auch für Behandlungsfälle, deren Aufnahme vor dem 01.01.2019 liege.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 12.12.2019 abgewiesen. Vorliegend greife der Einwand der Klägerin der fehlenden Erforderlichkeit der stationären Behandlung infolge eines Verstoßes gegen das Qualitätsgebot nach [§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) nicht durch, da sie nicht innerhalb der Frist des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) ein MDK-Prüfverfahren eingeleitet habe. Nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) seien die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich sei, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Bei Krankenhausbehandlungen nach [§ 39 SGB V](#) sei eine Prüfung nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) zeitnah durchzuführen, die Prüfung sei spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorschriften und Belange bestehe im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK Auskunfts- und Prüfungspflichten auf drei Ebenen. Die Erhebung von Sozialdaten sei bei den Krankenhäusern für die Zwecke der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen, soweit sie nach Maßgabe der Prüfungsaufträge von Krankenkassen und MDK für die Prüfung der Leistungspflicht und die Erbringung von Leistungen an Versicherte und für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes erforderlich seien. Demgemäß bestünden Auskunfts- und Mitwirkungspflichten im Rahmen eines bis zu dreistufigen Prüfverfahrens (Hinweis auf BSG 16.05.2012, [B 3 KR 14/11 R](#)). Zwingend seien auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zunächst die Angaben nach [§ 301 Abs 1 SGBV](#). Nach der zugrundeliegenden Vorstellung des Gesetzgebers seien damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der

---

Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt. Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weiterer Abrechnungsvoraussetzungen weiterhin der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach [Â§ 301 SGB V](#) nicht selbst, sei auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [Â§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) einzuleiten. Danach sei beim MDK eine gutachterliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten und ansonsten zur Verfügung stehenden Informationen zur Prüfung, insbesondere von Voraussetzungen, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung habe das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung auch wenn sich also unter Auswertung der auf der ersten und zweiten Stufe verfügbaren Sozialdaten kein abschließendes Ergebnis finden lasse dem MDK auch über die Anzeige nach [Â§ 301 SGB V](#) und einen etwaigen Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüffrage der Krankenkasse benötigt würden. Rechtsgrundlage hierfür sei [Â§ 276 Abs 2 Satz 1 SGB V](#). Die Ausschlussfrist des [Â§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) besitze nur für die dritte Ebene der Sachverhaltsermittlung Bedeutung. Nach Ablauf der Frist des [Â§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) könne der medizinische Sachverhalt nicht mehr durch Ermittlungen des MDK gemäß [Â§ 276 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) überprüft und weiter aufgeklärt werden. Entsprechende Prüffrage an den MDK seien unzulässig und die Krankenkasse nicht mehr zur Ermittlung von Sozialdaten verpflichtet. Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirke auch im Gerichtsverfahren fort. Vorliegend sei die Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens nicht entbehrlich. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seien nicht ausnahmslos als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Entspreche eine Behandlung nicht dem Qualitätsgebot des [Â§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#), seien ergänzend die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Behandlungsanspruchs nach den Maßstäben der grundrechtsorientierten Auslegung bzw nach [Â§ 2 Abs 1a SGB V](#) zu prüfen (Hinweis auf BSG 17.12.2013, [B 1 KR 70/12 R](#); BSG 24.04.2018, [B 1 KR 10/17 R](#)). Die streitige Behandlungsmethode habe sich nach dem Beschluss des GBA vom 18.07.2013 im Jahr 2014 bereits im Stadium der Bewertung nach [Â§ 137c SGB V](#) befunden. Es habe einer Prüfung im Einzelfall bedurft, ob eine Ausnahmekonstellation vorgelegen habe. Nach Ablauf der Ausschlussfrist des [Â§ 275 Abs 1c SGB V](#) seien Krankenkasse und MDK bei der einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfung auf die nach [Â§ 301 Abs 1 SGB V](#) ermittelten Daten beschränkt, diese Begrenzung gelte auch für die Sachverhaltsermittlung durch das Gericht. Aus der von der Klägerin vorgelegten Verwaltungsakte ließen sich Einzelheiten über den Gesundheitszustand der Versicherten, die eine Prüfung eines Behandlungsanspruchs unter dem Gesichtspunkt der grundrechtsorientierten Auslegung ermöglichen würden, jedoch nicht entnehmen, sodass nicht festgestellt werden könne, dass die Leistung der Klägerin zu Unrecht erfolgt wäre und ihr ein Erstattungsanspruch zustünde.

Gegen den ihr am 20.12.2019 zugestellten Gerichtsbescheid wendet sich die Klägerin mit ihrer am 17.01.2020 zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegten Berufung, mit der sie ihren Erstattungsanspruch

---

weiterverfolgt. Mit ihrer am 24.07.2020 vorgelegten Berufungsbegründung macht die Klägerin geltend, dass das SG ihr nicht die Möglichkeit gegeben habe, ein sozialmedizinisches Gutachten auf Basis der Daten nach § 301 SGBV einzuholen. Auch habe das SG die Einholung eines externen Sachverständigengutachtens unterlassen. Die Klägerin hat das sozialmedizinische Gutachten des MDK vom 25.06.2020 vorgelegt, wonach von einer lebensbedrohlichen Situation zum Zeitpunkt der Intervention nicht auszugehen sei und die Implantation von Lungen-Coils nicht dem Abwenden eines tödlichen Krankheitsverlaufs diene.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 12.12.2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 38.133,50 € nebst 8 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Beklagte wiederholt und vertieft ihr bisheriges Vorbringen. Maßgeblich sei vorliegend, ob die Klägerin beweisen könne, dass [§ 2 Abs 1a SGB V](#) und die Maßgaben aus dem „Nikolausbeschluss“ des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) nicht einschlägig seien. Anderenfalls ergehe eine Non-Liquet-Entscheidung zu ihren Lasten. Insoweit reiche es nicht aus, dass die Klägerin schlicht behaupte, dass dies vermutlich nicht der Fall sei und die Wahrscheinlichkeit nicht besonders hoch sei. Aus dem von der Klägerin vorgelegten Gutachten des MDK ergebe sich nichts Anderes. Die Versicherte sei insbesondere an der herausgehobenen Körperfunktion der Atmung erkrankt gewesen. Bei bestehenden Dyspnoen sei die Körperfunktion der Atmung deutlich eingeschränkt. Im Übrigen weise der MDK zu Recht darauf hin, dass die konkreten Umstände des Einzelfalls zu bewerten seien. Dies sei ohne Patientenakte nicht möglich. Zwar könne ein bestehender Lungendefekt eine Kontraindikation für die Volumenreduktion mittels Coils darstellen, allerdings könne nicht allein eine Lungeninfektion die Kriterien des [§ 2 Abs 1a SGB V](#) erfüllen. Die Patienten, bei denen eine Lungenvolumenreduktion der Lungenflügel erfolge, litten unter massiven Dyspnoen. Eine Dyspnoe beschreibe eine pathologische Atemnot. Bei der Lungenvolumenreduktion mittels Coils handle es sich um eine symptomatische Therapie, um die Atemnot zu lindern.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Ä

### **Entscheidungsgründe**

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

---

Die statthafte und zulässige ([Â§Â§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz](#) ) sowie form- und fristgerecht erhobene ([Â§ 151 Abs 1 SGG](#)) Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Klägerin steht der streitige Erstattungsanspruch gegen die Beklagte nicht zu, da ihre ursprünglichen Zahlungen an die Beklagte für die stationären Behandlungen der Versicherten vom 29.01.2014 bis 30.01.2014 und vom 14.04.2014 bis 15.04.2015 mit Rechtsgrund erfolgten.

Die Klage ist zulässig. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [Â§ 54 Abs 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt, da es sich bei der auf Erstattung der an den Krankenhausträger geleisteter Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl BSG 14.10.2014, [B 1 KR 27/13 R](#), [BSGE 117, 82](#); BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), juris Rn 9). Die Klägerin hat den geltend gemachten Erstattungsanspruch konkret beziffert. Dies gilt gleichermaßen für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insoweit reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz (vgl BeckOK ZPO/Bacher, 41. Ed 01.07.2021, [ZPO Â§ 253](#) Rn 67).

Die Klage ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Erstattungsanspruch iHv 38.153,50 € – nebst Prozesszinsen.

Der Klägerin steht gegen die Beklagte im Hinblick auf die beiden stationären Krankenhausaufenthalte der Versicherten in der Zeit vom 29.01.2014 bis zum 30.01.2014 sowie vom 14.04.2014 bis zum 15.04.2014 kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch iHv 38.153,50 € zu (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausergöngen: BSG 14.10.2014, [B 1 KR 27/13 R](#), [BSGE 117, 82](#); BSG 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#), juris Rn 10), denn die ursprünglichen Zahlungen der Klägerin erfolgten insoweit mit Rechtsgrund. Der Beklagten steht insoweit ein Vergütungsanspruch gegen die Klägerin für die beiden stationären Behandlungen der Versicherten zu.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Beklagten ist [Â§ 109 Abs 4 SGB V](#). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iSv [Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (st Rspr BSG 16.12.2008, [B 1 KN 1/07 R](#), [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 13](#); BSG 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 Â§ 17b Nr 2](#)). Die konkrete Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Vergütungsanspruches bemisst sich gemäß [Â§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) nach Maßgabe des KHG und des KHEntgG. Nach [Â§ 7 Satz 1 KHEntgG](#) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([Â§ 7 Satz 1 Nr 1](#) iVm

---

[Â§Â 9 KHEntgG](#)). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§Â 9 Abs 1 SatzÂ 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach [Â§Â 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschlieÃlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÃ¤ngigkeit hiervon zusÃ¤tzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden AbschlÃge (Nr 1), einen Katalog ergÃ¤nzender Zusatzentgelte (Nr 2) sowie die Abrechnungsbestimmungen fÃ¼r die Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte (Nr 3). MaÃgeblich sind hier der fÃ¼r das Jahr 2014 vereinbarte Fallpauschalen-Katalog (G-DRG-Version 2014) und die Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2014. Beachtlich ist ferner nach [Â§Â 6 Abs 2 KHEntgG](#) iVm [Â§Â 7 Abs 1 SatzÂ 1 Nr 6 KHEntgG](#) die zwischen der Beklagten (als Vertragspartei nach [Â§Â 18 Abs 2 KHG](#) iVm [Â§Â 6 Abs 2 SatzÂ 1, Â§Â 11 Abs 1 SatzÂ 1 KHEntgG](#)) und ua der AOK Baden-WÃ¼rttemberg geschlossene Vereinbarung Ã¼ber die VergÃ¼tung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gemÃ¤Ã [Â§Â 6 Abs.Â 2 SatzÂ 6 KHEntgG](#) fÃ¼r das Jahr 2014 (im Folgenden: NUB-Vereinbarung), die auch fÃ¼r die KIÃgerin verbindlich ist (vgl BSG 25.10.2016, B1 KR 6/16 R , SozR 4-2500 Â§ 109 Nr 59). Das RegierungsprÃsidium Stuttgart hat diese Vereinbarung genehmigt.

Bei der Beklagten handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus ([Â§ 108 SGB V](#) ). Ob die beiden stationÃren Behandlungen der Versicherten unter BerÃ¼cksichtigung der MaÃstÃbe des [Â§ 2 Abs 1a SGB V](#) erforderlich waren, lÃsst sich nicht feststellen. Die Nichterweislichkeit geht im vorliegenden Einzelfall zu Lasten der KIÃgerin.

Dabei teilt der Senat die Auffassung der KIÃgerin, dass die im Jahr 2014 durchgefÃ¼hrten stationÃren Behandlungen mit der Implantation von Nitinolspiralen zur Lungenvolumenreduktion nicht dem QualitÃtsgebot des [Â§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) entsprachen (dazu im Einzelnen BSG 08.10.2019, [B 1 KR 2/19 R](#), SozR 4-5562 Â§ 6 Nr 3; BSG 19.12.2017, [B 1 KR 17/17 R](#), BSGE 125, 75; ferner zu der am 23.07.2015 in Kraft getretenen Regelung des [Â§ 137c Abs 3 SGB V](#) BSG 25.03.2021, [B 1 KR 25/20 R](#)). Dabei fordert das QualitÃtsgebot, dass die groÃe Mehrheit der einschlÃigen Fachleute (Ãrzte, Wissenschaftler) die Behandlungsmethode befÃ¼rwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Ã¼ber die ZweckmÃÃigkeit der Therapie Konsens besteht. Dies setzt im Regelfall voraus, dass Ã¼ber QualitÃt und Wirksamkeit der neuen Methode â die in ihrer Gesamtheit und nicht nur in Bezug auf Teilaspekte zu wÃ¼rdigen ist â 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 (zB BSG 08.10.2019, [B 1 KR 2/19 R](#), SozR 4-5562 Â§Â 6 Nr 3). Der Senat ist hinsichtlich einer im MÃrz 2013 durchgefÃ¼hrten stationÃren Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Coils in seinem Urteil vom 11.12.2018 ([L 11 KR 206/18](#), juris Rn 32 bis 38) davon ausgegangen, dass diese Behandlungsmethode seinerzeit (noch) nicht von der Mehrheit der einschlÃigen

---

Fachleute befürwortet wurde. Der Senat hatte damals dieser Behandlungsmethode lediglich das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative zuerkannt (was aber vom BSG nicht gebilligt wurde, vgl BSG 08.10.2019, [B 1 KR 2/19 R](#), SozR 4-5562 Â§ 6 Nr 3) und dazu folgende Feststellungen getroffen:

Mit der endoskopischen Lungenvolumenreduktion soll die Hyperinflation bei ausgeprägtem Lungenemphysem vermindert werden, wodurch die elastische Rückstellkraft der Lunge optimiert und eine gesteigerte Effizienz von Atemmechanik und Atemmuskulatur erreicht werden soll, was die Belastungsdyspnoe vermindern, die Leistungsfähigkeit steigern und die allgemeine Lebensqualität verbessern soll. Bei dem hier verwendeten Verfahren werden dazu Coils (Nitinolspiralen) implantiert, um mechanisch in dem emphysematisierten veränderten Lungengewebe Kompressionszonen zu generieren und dadurch Gewebespannungen in der Umgebung der Gewebekompressionszonen wiederherzustellen. Coils haben seit 2010 das CE-Zeichen. Im Juli 2013 lagen folgende Studien vor:

Herth/Eberhard/Gompelmann/Slebos/Ernst: Bronchoscopic lung volume reduction with a dedicated coil, a clinical pilot study. Ther Adv Resp Dis 2010, 4; 225-31 epub 10.06.2010 (Herth 2010)

Slebos/Klooster/Ernst/Herth/Kerstjens: Bronchoscopic lung volume reduction coil treatment of patients with severe heterogeneous emphysema. Chest 2012; 142; 574-582 epub 23.11.2011 (Slebos 2011)

Shah/Zoumot/Singh/Bicknell/Ross/Qiring/Hopkinson/Kemp: Endobronchial coils for the treatment of severe emphysema with hyperinflation; a randomized controlled trial. The Lancet Respiratory Medicine 2013; 1; 223-240 epub 23.04.2013 (RESET-Studie).

Die Studie von Herth 2010 betraf eine nichtvergleichende Fallserie mit 11 Patienten, davon 8 mit homogenem und 3 mit heterogenem Lungenemphysem. Der primäre Endpunkt der Studie war die Sicherheit der Durchführung. Dabei ergaben sich im Nachbetrachtungszeitraum (7 bis 11 Monate) 33 milde oder moderate unerwünschte Ereignisse, von denen die meisten nach Aussage der Autoren nicht mit der Prozedur in Verbindung standen. Die Studie von Slebos 2011 beschreibt die Ergebnisse von 16 Patienten mit heterogenem Lungenemphysem. Innerhalb von 30 Tagen nach der LVRC traten auf: ein Pneumothorax, zwei Pneumonien, sechs COPD-Exazerbationen, vier Fälle mit vorübergehendem Brustschmerz, 21 leichte Hämoptysen, bis zum sechsten Monat zusätzlich drei Pneumonien und 14 COPD-Exazerbationen. Nach sechs Monaten erreichten die Patienten Verbesserungen in Lebensqualität (im SGRQ von 14,9%), in der Lungenfunktion (FEV1 +14,0%