Sozialgericht Aachen

Verkündet am 20.02.2018

Az.: S 13 KR 349/16

Irmen
Richter am Sozialgericht
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

[redacted]

Klägerin

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr, Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

[redacted]

Beklagte

In Sachen: [redacted]

hat die 13. Kammer des Sozialgerichts Aachen auf die mündliche Verhandlung vom 20.02.2018 durch den Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht Irmen, sowie die ehrenamtliche Richterin Hickertz und die ehrenamtliche Richterin Dornette für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 7.595,98 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.09.2016 zu zahlen.

Die Widerklage wird abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

Der Streitwert wird auf 12.887,80 € festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der Klägerin auf Vergütung wegen erbrachter Krankenhausbehandlungsleistungen in Höhe von 7.595,98 €.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort behandelten ihre Ärzte stationär vom 09.06 bis 17.06.2016 die am 19.07.1934 geborene, bei der Beklagten versicherte [redacted] (im Folgenden: Versicherte); diese litt an einer chronisch-obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) im Stadium IV mit Lungenemphysem. Der Versicherten wurden zwecks endobronchialer Lungenvolumenreduktion zwei Ventile implantiert. Für die Krankenhausbehandlung stellte die Klägerin der Beklagten unter dem 23.06.2016 auf der Grundlage der Fallpauschale (DRG) E02C (*Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag*) sowie unter Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 5-339.51 sowie des Zusatzentgelts (ZE) 100.02 (*Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 2 Ventile*) 7.595,98 € in Rechnung.

Die Beklagte beglich die Rechnung lediglich in Höhe von 5.291,82 €. Sodann beauftragte sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung des Behandlungsfalles. Dieser kam in einer gutachtlichen Stellungnahme vom 04.08.2016 zu folgender Beurteilung:

„Der stationäre Aufenthalt ist als primäre Fehlbelegung zu werten. Die Aufnahme erfolgte elektiv zur Implantation von Ventilen bzw. zum Ventilwechsel zur Lungenvolumen-Reduktionstherapie. Das Verfahren einer Ventilimplantation befindet sich noch im Stadium der klinischen Evaluierung. Eine Anwendung im Rahmen der Routineversorgung außerhalb geeigneter Studien kommt wegen des Schadenpotenzials nicht in Betracht (primäre Fehlbelegung bei elektivem Eingriff). Nach einem Review des

Ludwig Boltzmann Instituts (3. Update 2014) zur Ventilimplantation bei Lungenemphysem deutet die vorhandene Evidenz darauf hin, dass die untersuchte Intervention „endobronchiale Ventilimplantation bei Patienten mit Lungenemphysem" gleich wirksam, aber weniger sicher ist als die medikamentöse Therapie. Somit kann aufgrund des unklaren Schadpotentials die Übernahme der Kosten für diese experimentelle Maßnahme nicht empfohlen werden."

Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 08.08.2016 unter Bezugnahme auf die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) mit, aus dem MDK-Gutachten ergebe sich eine Forderung von 7.685,98 €, und bat um eine entsprechende Gutschrift. Mit Schreiben vom 07.09.2016 korrigierte sie die Höhe ihres (vermeintlichen) Erstattungsanspruchs und erklärte: *„Wir bitten um Verständnis, dass wir unsere Forderung in Höhe von 5.291,82 EUR aufrechnen werden. Wir verweisen dazu auf das Ihnen von unserem Finanzbereich übermittelte Avis."*

Am 25.10.2016 hat die Klägerin gegen die Beklagte Klage auf Zahlung von 7.595,98 € erhoben. Sie hält ihren Vergütungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten gemäß Rechnung vom 23.06.2016 in vollem Umfang für begründet und die von der Beklagten vorgenommene Kürzung des Rechnungsbetrages bzw. die Aufrechnung des gezahlten Betrages mit unstreitigen Forderungen der Klägerin für unrechtmäßig. Zur Begründung führt sie aus:

„Das Lungenemphysem ist eine Erkrankung, die mit der chronischen (verengenden) Bronchitis zur COPD (chronic obstructive pulmonary disease = chronische verengende Lungenerkrankung) gehört. Beim Lungenemphysem, welches in den meisten Fällen durch das Rauchen bedingt ist, kommt es zu Entzündungsvorgängen im Lungengewebe mit einer Zerstörung der Lungenbläschen (Alveolen). Im Laufe der Zeit vergrößern sich die Lungenbläschen, sodass viele „Löcher" in der Lunge entstehen. Das hat einerseits eine Verschlechterung der Sauerstoffaufnahme zur Folge, andererseits kommt es zu einer Lungenüberblähung mit zunehmender Einschränkung der Zwerchfellbeweglichkeit. Die Zwerchfelle sind die wichtigsten Atemmuskeln, sodass eine verringerte Beweglichkeit, hervorgerufen durch die Lungenüberblähung, die Luftnot deutlich verstärkt. Neben den bekannten medikamentösen Therapiemöglichkeiten (Inhalationen, Sprays, Pulver) kommt bei Fortschreiten der Erkrankung auch eine Sauerstofflangzeittherapie zur Verbesserung der Symptome sowie der Belastbarkeit in Betracht.
Neuerdings gibt es für bestimmte Patienten ein Verfahren, bei dem mittels sog. Bronchusventile eine Verringerung der Lungenüberblähung erreicht werden kann. Bei dieser sog. endoskopischen Lungenvolumenreduktion kommt es durch die eingesetzten Ventile zu einer Entlüftung und Schrumpfung des am meisten betroffenen Lungenlappens. Dieses führt dazu, dass das Zwerchfell wieder besser beweglich wird. Im Idealfall bekommt der Patient dann wieder besser Luft und die Belastbarkeit nimmt zu. Für das Verfahren der Lungenvolumenreduktion kommen nur bestimmte Patienten infrage, und zwar diejenigen, die ein sog. heterogenes, also ein ungleichmäßig verteiltes Emphysem haben. Außerdem müssen bereits deutliche Lungenfunktionseinschränkungen bestehen. Grundlegende Voraussetzung ist eine strikte Nikotinabstinenz (mindestens 4 Monate vor dem geplanten Eingriff). Schwerwiegende Begleiterkrankungen (Herz, Niere, Leber) bzw. Krebserkrankungen müssen vorher ausgeschlossen sein. Zur Planung und Beurteilung,

ob ein Patient für dieses Verfahren infrage kommt, sind deshalb Voruntersuchungen notwendig, u. a. ein aktuelles Thorax-CT, Lungenfunktion, Herzuntersuchungen, Belastungstests und eine Durchblutungsmessung der Lunge (Perfusionsszintigrafie). Sind die Bedingungen für die Ventilimplantation erfüllt, erfolgt die stationäre Aufnahme. Hier finden zunächst erneut Voruntersuchungen statt, es wird ausführlich über das Verfahren aufgeklärt und insbesondere mögliche Nebenwirkungen bzw. Komplikationen besprochen. Das Einsetzen der Ventile wird im Rahmen einer Bronchoskopie durchgeführt, bei der mit einem speziellen Katheter die Ventile in den Bronchien platziert werden. Der Eingriff findet in Vollnarkose statt und es wird unmittelbar vor dem möglichen Einsetzen der Ventile eine Messung durchgeführt, mit der festgestellt werden kann, ob das Verfahren auch tatsächlich sinnvoll ist. Nach erfolgreichem Einsetzen der Ventile (je nach Anzahl der zu blockierenden Bronchien werden 2-4 (5) Ventile implantiert) ist eine stationäre Beobachtung für ca. 4-5 Tage unabdingbar. Hier finden dann Röntgen-Aufnahmen, Lungenfunktionen und Belastungstests statt. Kontrollen werden in zunächst 2 und 4 wöchentlichem Abstand durchgeführt. Die Ventile können auf unbestimmte Zeit in den Bronchien verbleiben. Sollten allerdings Komplikationen auftreten (z.B. wiederkehrende Infekte, Blutungen), können sie im Rahmen einer Operation wieder entfernt werden.

Die bronchoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Ventile ist eine zulässige Behandlungsmethode, die nach bisher vorliegenden Studien eine medizinisch anerkannte Methode ist. Gem. § 137c SGB V obliegt die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V. Ergibt dessen Prüfung, dass eine Methode nicht den erforderlichen Kriterien entspricht, erlässt er eine entsprechende Richtlinie mit der Folge, dass diese Leistung von der stationären Erbringung zu Lasten der GKV künftig ausgeschlossen wird (§ 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V). Anders als im vertragsärztlichen Bereich, in dem gem. § 135 SGB V der Erlaubnisvorbehalt gilt, sind im stationären Bereich Leistungen nur auf ausdrückliche Entscheidung des G-BA hin ausgeschlossen.

In Zweifelsfragen bleibt es dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unbenommen, einen Antrag auf Überprüfung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode beim G-BA zu stellen (§ 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V). In einem weiteren Beschluss vom 18.12.2014 hat der G-BA beschlossen, das IQWiG zu beauftragen, eine Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes der Verfahren zur Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem durchzuführen. Der Auftrag an das IQWiG wurde vom G-BA konkretisiert. Abgabetermin des IQWiG ist für das dritte Quartal 2016 vorgesehen. Der Antrag des GKV-Spitzenverbandes auf Bewertung der Verfahren zur Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem wurde noch nicht vom G-BA entschieden. Der G-BA wartet zunächst das Ergebnis des Auftrages an das IQWiG ab. Somit liegt eine Bewertung bzw. Entscheidung (Richtlinie) des GBA im Jahr 2014 nicht vor. Es liegen daher für die endoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Ventile keine einschränkenden Vorgaben vor.

Im vorliegenden Fall ist die Lungenvolumenreduktion mittels Ventile eine medizinisch--wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode. Den Qualitätskriterien des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V entspricht eine Behandlung, wenn die „große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler) die Behandlungsmethode befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht" (siehe BSG, Urteil vom 21.03.2013, B 3 KR 2/12 R).

Mit der endoskopischen Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von endobronchialen Ventilen besteht seit 10 Jahren Erfahrung. Nach ersten Pilotuntersuchungen wurde die Sicherheit und Effektivität einer unilateralen endobronchialen Ventilimplantation mittels Zephyr™-Ventilen multizentrisch kontrolliert

und randomisiert im Vergleich zu einer konservativen Standardtherapie in der zu dieser Thematik bisher größten publizierten sog. Vent-Studie verglichen.
Hierzu führen Schäfer/Tasci „Endoskopische Lungenvolumenreduktion beim Emphysem" in: Pneumologie 2014; 68; 97-99 Folgendes aus:

> *„Wenngleich in der primären Endpunktanalyse eine statistisch signifikante Verbesserung von FEV und 6-Minuten-Gehstrekce in der Therapiegruppe zu verzeichnen war, so sind diese mit 5,8 % bzw. 6,8 % gegenüber der Kontrollgruppe klinisch eher nicht relevant. Allerdings ergab eine Subgruppenanalyse, dass die Patienten mit computertomografisch weitgehend intakten interlobären Fissuren als Hinweis auf eine fehlende Kollateralventilation zwischen dem behandelten Lungenlappen und dem benachbarten Lappen eine deutlich größere und klinisch relevante Zunahme mit 17,1 % FEV Verbesserung nach 12 Monaten hatten als Patienten ohne intakte Fissuren. Diese Beobachtung konnte auch in der europäischen Kohorte, der Euro-VENT-Studie, bestätigt werden. Wiederum in einer Post-hoc-Analyse zeigte sich, dass bei denjenigen Patienten mit CT-morphologisch intakten Fissuren und lobärer Okklusion durch die Ventile eine größere Volumenreduktion im Ziellappen zu erreichen war und nach zwölf Monaten eine anhaltend deutliche Verbesserung von FEV mit Zunahme im Mittel um 28 % gegenüber denjenigen Patienten ohne diese Kriterien."*

Zwischenzeitlich sind weitere randomisiert kontrollierte Studien in hochrangigen Journalen publiziert worden, die bei den nach o. a. Kriterien entsprechend ausgewählten Patienten nach Ventilimplantation eine statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung der Lungenfunktion und des patientenrelevanten outcome-Parameters der körperlichen Belastungsfähigkeit gegenüber einer Kontrollgruppe zeigten, die keine Ventiltherapie erhielten.

> *(Klooster et al, „Endobronchial Valves for Emphysema without Interlobar Collateral Ventilation", The New England Journal of Medicine 2015; 373: 2325; Davey et al: „Bronchoscopic lung volume reduction with endobronchial valves for patients with heterogeneous emphysema and intact interlobar fissures (the BeLieVeR-HIFi study): a randomised controlled trial", Lancet 2015; 386: 1066)*

Hinzu kommt, dass der offizielle Zusatzentgeltkatalog in Deutschland (Anlage 2/5 zur FPV 2016) ein bepreistes Zusatzentgelt in Höhe von 8.315,55 € für die Implantation eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 5 oder mehr Ventile, ausdrücklich vorsieht. Dieser Zusatzentgeltkatalog fand somit auch die Zustimmung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Eine Auflistung und preisrechtliche Vorgabe wäre nicht erfolgt, wenn es sich nicht um eine medizinisch anerkannte Methode handelt. Dürfte die endoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Ventile generell nicht durchgeführt werden, wäre eine Ausweisung in einem bundeseinheitlich anzuwendenden Katalog obsolet. Daraus lässt sich unschwer der Schluss ziehen, dass die von der Klägerin gewählte Behandlungsmethode (Endoskopische Lungenvolumenreduktion mittels Ventile) medizinisch anerkannt ist und dem Qualitätsgebot entspricht."

Die Klägerin beantragt,

> die Beklagte zu verurteilen, ihr 7.595,98 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.09.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen,

hilfsweise widerklagend,

die Klägerin zu verurteilen, ihr 5.291,82 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten seit Rechtshängigkeit zu zahlen

Sie greift die Auffassung des MDK auf, dass es sich bei dem im Behandlungsfall der Versicherten durchgeführten Verfahren noch um ein im Stadium der klinischen Evaluierung befindliches Verfahren handele. Des Weiteren führt sie aus:

„Bei dem Verfahren wird ein Nitinol-Draht in dem erkrankten Bronchus eingebracht, der nach Applikation im Lungengewebe eine Spiralform annimmt. Durch die elastischen Rückstellkräfte des Drahtes im Bronchus wird das erkrankte Lungengewebe komprimiert und vom Gasaustausch ausgeschlossen. Der Effekt besteht in einer Umverteilung der Atemluft, in die gesunden Bereiche der Lunge, die nunmehr Platz haben, sich auszudehnen.
Die Beklagte weist auf den Vorbericht des IQWiG mit dem Titel „Verfahren zur Lungenvolumenreduktion bei schweren Lungenemphysem" und auf drei darin angeführten Studien hin.
Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass es sich bei dem vorliegenden Vorbericht des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vom 30.06.2016 um eine vorläufige Stellungnahme handelt, bei der teilweise Ergebnisse ausstehender oder noch laufender Studien zum Einsatz des RePneu-Coils von PneuRX und andere Verfahren der Lungenvolumenreduktion noch nicht berücksichtigt wurden und die noch nicht mit der Fachgesellschaft im Hinblick auf die wissenschaftliche Wertung diskutiert wurde und für die eine abschließende Entscheidung des G-BA zur Richtlinie nach § 137c SGB V über die generelle Leistungspflicht der GKV hinsichtlich der Methode noch aussteht, werden die Ergebnisse auch für die Entscheidung der Kostenübernahme im Einzelfall und Prüfung durch den MDK nach § 275 SGB V herangezogen.
Aus medizinischer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass neben den hier untersuchten interventionellen und chirurgischen Verfahren auch die pneumologischen Rehabilitation im Einzelfall eine nichtinvasive Behandlungsalternative darstellt, welche bei den Prüfungen zu berücksichtigen sind.
Die Frage, ob ein bronchoskopisches LVR (Lung Volume Reduction)-Verfahren eine Therapiealternative zur chirurgischen Vorgehensweise darstellt oder dieser sogar überlegen ist, konnte auch durch den vorläufigen Bericht des IQWiG nicht belegt werden.
Im Fazit des Vorberichtes wird u.a. festgehalten, dass die Datenlage hinsichtlich der fünf als zusätzliche Therapie untersuchten bronchoskopischen Verfahren insgesamt wenig aussagekräftig ist. Es lagen ausschließlich kurzfristige Ergebnisse (drei Monate bis ein Jahr) aus teilweise nur singulären Studien (mit teils nur geringen Patientenzahlen) für die einzelnen Interventionsarten vor. Für keines der Verfahren ergab sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden hinsichtlich der Mortalität; bezüglich der Endpunkte Symptomatik (Atemnot), Exasperation, körperlicher Belastbarkeit, gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie unerwünschter Ereignisse variierten sie.

Für die bronchoskopische LVR mit Spiralen (eine Studie) ergab sich wiederum allein ein Anhaltspunkt für Nutzen hinsichtlich der körperlichen Belastbarkeit (kein weiterer Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden in Bezug auf die anderen Endpunkte).
Auch im alleinigen Vergleich zu chirurgischen Verfahren wurde festgehalten:

> *„Zwar erscheint es angesichts der deutlich geringeren Invasivität eines bronchoskopischen gegenüber einem (offenen) chirurgischen LVR-Verfahren medizinisch plausibel, dass erstere letzteren hinsichtlich der Gesamtmortalität und unerwünschter Ereignisse überlegen sind. Hierfür gibt es jedoch keine Daten. Erstens fehlen hierfür direkt vergleichende Studien, andererseits lassen die verfügbaren Daten zu den bronchoskopischen LVR-Verfahren nur vereinzelt Anhaltspunkte für Nutzen, sowie aber auch für Schaden ableiten und sind nicht zuletzt auf Grund begrenzter Fallzahlen, kurzer Nachbeobachtungszeiten und unvollständiger Ergebnisdarstellung kaum aussagekräftig. Diese Frage wird auch in absehbarer Zeit geklärt werden können, da in den Studienregisterrecherche keine aktuelle laufende Studie zu Vergleichen chirurgischer und bronchoskopischer LVR-Verfahren identifiziert wurden."*

Folgende laufende Studien, die die LVR einer konservativen Therapie gegenüberstellen, werden im Vorbericht des IQWiG erwähnt, die noch nicht mit Fazit berücksichtigt wurden:

> *„Auch zur BLVR mit Spiralen wurden zwei laufende Studien gefunden. Die Ergebnisse der 100 Patienten der Revolens-Studie wurde nach der bibliografischen Recherche publiziert und nach Angaben des Herstellers der Spiralen Hegen die ersten Ergebnisse der 315 Patienten der RENEW-Studie (NCT01608490) vor, sodass in absehbarer Zeit mit einer Publikation gerechnet werden kann. Somit kann erwartet werden, dass durch die Vergrößerung der Gesamtpatientenzahl von 47 auf 462 die Datengrundlage für die BLVR mit Spiralen deutlich erweitert wird. "*

Zusätzlich zu der bereits veröffentlichten und im Vorbericht berücksichtigten RCT von Shah et al (RESET-Studie)liegt aktuell eine weitere Publikation vor.
Zu der im Mai 2016 publizierten RENEW- Studie wurde in abstrakt der Publikation von den Autoren selbst folgende Zusammenfassung formuliert:

> *„Bei Patienten mit Emphysem und schweren Überblähungen, die für 12 Monate behandelt wurden, zeigte die Verwendung von endobronchialen Coils im Vergleich zu üblichen Therapien eine Verbesserung der medialen Belastungstoleranz, die von geringer und unsicherer klinischer Bedeutung war, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von schweren Komplikationen. Weitere Langzeitstudien werden benötigt, um die langfristigen Auswirkungen auf die gesundheitlichen Folgen bewerten."*

...

Auf Basis der derzeitigen Datenlage (limitierte Evidenz für einen Nutzen der LVRC gegenüber erhöhtem Risiko für schwerwiegende und unerwünschter Ereignisse), erscheint es zum Schutze des Patienten für unzureichend erprobten Verfahren aktuell weiterhin nicht vertretbar, die Anwendung von Coils zur Lungenvolumenreduktion in der Regelversorgung anzuwenden.
Eine Re-Evaluierung wird empfohlen, sobald weitere Ergebnisse belastbarer vergleichender Studien und aussagekräftigen Langzeitdaten zur Verfügung stehen, auch unter der Berücksichtigung der ausstehenden Ergebnisse weiterer Verfahren der Lungenvolumenreduktion und der Beratung des GBA."

Zu § 137c SGB V vertritt die Beklagte die folgende Auffassung:

„Die Regelung des § 137 c SGB V darf nicht über ihren Wortlaut hinaus im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden für das Krankenhaus bis zum Erlass eines Verbots nach § 137 c SGB V ausgelegt werden. Sie setzt die Geltung des alle

Naturalleistungsbereiche erfassende Qualitätsgebot, § 2 Abs. 1 SGB V, auch im stationären Bereich nicht außer Kraft. Gegenteiliges bedeutete, unter Missachtung des Zwecks der GKV (vgl. § 1 S. 1 SGB V) die Einhalt der Rechtsordnung zu gefährden.
§ 137 c SGB V bewirkt, dass - anders als für den Bereich der vertragsärztlichen Leistung - der GBA nicht in einem generalisierten, zentralisierten und formalisierten Prüfverfahren vor Einführung neuer Behandlungsmethoden im Krankenhaus deren Eignung, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft. Die Prüfung der eingesetzten Methode im zugelassenen Krankenhaus erfolgt vielmehr bis zu einer Entscheidung des GBA nach § 137 c SGB V individuell, grundsätzlich also zunächst präventiv, im Rahmen einer Binnenkontrolle durch das Krankenhaus selbst, sodann im Wege der nachgelagerten Außenkontrolle lediglich im Einzelfall anlässlich von Beanstandungen ex post durch die Krankenkasse und anschließender Prüfung durch die Gerichte. Erst ein generalisiertes, zentralisiertes und formalisiertes Verfahren nach § 137 c SGB V schafft über den Einzelfalt hinaus Regelungsklarheit im Interesse der Gleichbehandlung der Versicherten.
Die Änderung des § 137 c SGB V und Einfügung der Regelung des § 137 e SGB V durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung haben an dieser Grundkonzeption, die das BSG in ständiger Rechtsprechung anwendet, nichts geändert. Sie schaffen lediglich Raum für den GBA, Richtlinien zur Erprobung nach § 137 e SGB V zu beschließen, wenn die Überprüfung im Rahmen des § 137 c SGB V ergibt, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber der Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet.
Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Änderung des § 137 c SGB durch Art. 64 Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 16.07.2015. Selbst wenn man eine Rückwirkung zuerkennen würde, so verlangt doch die Neufassung für die jede einzelne Behandlungsmethode die Prüfung, ob sie das Potential einer erfolgreichen Behandlungsalternative bietet. Diese Prüfung kann nur anhand der bisherigen Maßstäbe der § 2 Abs. 1 S. 3 und § 12 Abs. 1 SGB V erfolgen. Die in diesen Vorschriften geregelten allgemeinen Grundsätze, die für den gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gelten, sind mit der Einfügung des § 137 c Abs. 3 SGB V weder aufgehoben, noch abgeschwächt worden. Die Regelung soll das allgemeine Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V konkretisieren. Die Neuregelung führt deshalb nicht zu einer „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt" dahin, dass alle Behandlungsmethoden in der Krankenhausbehandlung von den Krankenkasse als Sachleistung zu erbringen sind, für welche keine negative Entscheidung des GBA vorhanden ist.
Dieses Qualitätsgebot gilt auch nach Auffassung der Beklagten bezüglich der Vergütung von NUB. Von diesen Grundsätzen ausgehend hat die Klägerin keinen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte erworben. Sie hat das Qualitätsgebot (§ 2 Abs. 1S. 3 SGB V) bei der Behandlung der Versicherten nicht beachtet."

Nach (erneuter) Prüfung der die Versicherte betreffende Patientenakte der Klägerin hat die Beklagte ergänzend Stellung genommen:

„Die Implantation von Lungenventilen oder- coils ist stets ein elektiver Eingriff. Die Indikation und OP-Fähigkeit müssen festgestellt werden und der Patient mit genügend Bedenkzeit über das Risiko aufgeklärt werden. Somit kann ein Notfallcharakter des Nikolausurteils bei einer unheilbaren und progredienten Erkrankung wie der COPD ausgeschlossen werden. In dem Fall der Versicherten erfolgte der Eingriff nach dem besagten Schema inkl. kardiologischer Abklärung, Aufnahme am 09.06.2016 und Eingriff am 14.6.2016 (Krankenakte Seite 1 - 3). Zusätzlich fand eine Evaluation für den Eingriff im März 2016 statt wie der Entlassungsbrief zeigt (Krankenakte Seite 4-5).
Im Falle der Versicherten zeigt sich, dass sie seit min. Oktober 2015 an einer COPD Goldstadium IV leidet, wie der Entlassungsbericht vom 19.10.2015 zeigt. Daher liegt eine seit

einigen Monaten stabile Erkrankung vor, wie auch der Entlassungsbrief vom Juni 2016 (Krankenakte Seite 4) zeigt. Hier heißt es, zwischenanamnestisch schildert Frau ..., dass sie genau wie in der Vergangenheit auch eine Belastungsluftnot NYHA II, gelegentlich auch in Ruhe, demzufolge NYHA IV habe, der Sauerstoff sei für die sehr profitabel.
Die Evaluation vom März 2016 nennt auch eine Verschlechterung der Erkrankung oder einen konkreten medizinischen Grund für den Eingriff (Krankenakte Seite 5).
Im Falle einer Therapie als ultima ratio hätte die Patientin die Möglichkeit einer operativen Lungenvolumenreduktion, welche vom IQWIG ebenfalls bewertet wurde und von der GKV getragen wird, angeboten werden müssen. Dieser Umstand geht nicht aus der Krankenakte hervor.
Es findet sich in der Krankenakte ein Visiteneintrag vom 16.06. mit folgendem Zitat: „AA Visite; Patientin stabil während der Echo war sie schwindelig für Sekunden, Luftnot bei Belastung." Dieser Eintrag zeigt, dass sich die Beschwerden der Patientin durch den besagten Eingriff überhaupt nicht gebessert hat.
Hieraus folgt, dass die Frage nach einer ultima ratio, welche Besserung für die Patientin erbringen sollte, aufgrund der oben Kontexte ausgeschlossen werden kann."

Die Klägerin hält dem entgegen, die Beklagte gehe detailliert auf ein Verfahren zur Lungenvolumenreduktion ein, welches im Haus der Klägerin und speziell im Behandlungsfall der Versicherten keine Anwendung gefunden habe. Die Klägerin meint, bei dem Verfahren der endobronchialen Lungenvolumenreduktion handele es sich nicht um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode; das ZE 100.02 sei korrekt abgerechnet worden; ebenso entspreche die Kodierung des OPS 5-339.51 den Deutschen Kodierrichtlinien.

Die Beklagte verweist auf das Urteil des BSG vom 19.12.2017 (B 1 KR 17/17 R) zum Lungenreduktionsverfahren mittels Coils und meint, diese Entscheidung sei auf das Lungenvolumenreduktionsverfahren mit Ventilen übertragbar. Diese Bewertung lasse sich auch aus den Ausführungen des IQWiG in dessen Abschlussbericht zum „Verfahren zur Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem" entnehmen. Dort werde ausgeführt, dass, da zu den bronchoskopischen Verfahren (also Lungenvolumenreduktionsverfahren, egal, ob mittels Coils oder Ventilen oder sonstigen Hilfsmitteln, wie z. B. Spiralen) aussagekräftige Studien fehlen, die Behauptung, es handele sich um ein etabliertes Verfahren, nicht nachvollzogen werden kann.

Auf Hinweis des Gerichts auf die Vorgaben der PrüfvV 2015 bezüglich einer wirksamen Aufrechnungserklärung hat die Beklagte Bildschirmfotos mit den handschriftlichen Überschriften

- „*Avise vom 05.07.2016 Zahlung*"; darauf sind der Behandlungsfall der Versicherten mit „5.291,82-" und neun weitere Fälle mit Minus-Beträgen zwischen 1.412,58 € und 67.918,50 €, insgesamt ein Betrag von „98.438,93-",

- „*Avise vom 06.09.2016 Aufrechnung*"; darauf sind der Behandlungsfall der Versicherten und ein weiterer Fall mit einem positiven Betrag und 22 Abrechnungsfälle mit Minus-Beträgen, insgesamt ein Betrag von „18.800,23-"

aufgelistet. Auf die Aufforderung des Gerichts, die Forderung(en), mit der die Beklagte ihre (vermeintliche) Erstattungsforderung aus dem Behandlungsfall der Versicherten aufgerechnet haben will, gemäß der Vorgabe des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 genau zu bezeichnen, hat die Beklagte mitgeteilt, sie könne diese Verfügung nicht nachvollziehen.

Mit Schriftsatz vom 25.08.2017, bei Gericht eigegangen am 01.09.2017, hat die Beklagte hilfsweise – für den Fall ihres Unterliegens – Widerklage erhoben und diese damit begründet, ihr stehe aus dem Behandlungsfall der Versicherten ein Erstattungsanspruch in Höhe von 5.291,82 € zu, da die Klägerin diese Behandlung fehlerhaft abgerechnet habe.

Die Klägerin beantragt,

die Widerklage abzuweisen.

Sie verbleibt bei ihrer Auffassung, ein Rückforderungsanspruch der Beklagten bestehe nicht; die Krankenhausbehandlung der Versicherten sei korrekt abgerechnet worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der die Versicherte betreffenden Patientenakte der Klägerin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Obwohl die Beklagte im Termin zur mündlichen Verhandlung nicht vertreten war, konnte die Kammer verhandeln und entscheiden, da sich die Beklagten hiermit ausdrücklich einverstanden erklärt hat.

Die Klage und die hilfsweise erhoben Widerklage sind als (echte) Leistungsklagen nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Vergütung wegen der Behandlung von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung gezahlter Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (*vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 – B 3 KR 33/99 R = BSGE 86,166 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1; Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3*). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

I.

Die Klage ist begründet.

Gegenstand der Klageforderung ist einerseits der restliche Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung der Versicherten in Höhe von 2.304,16 €. Denn die mit Rechnung vom 23.06.2016 geltend gemachte Vergütungsforderung in Höhe von 7.595,98 € ist durch die Zahlung der Beklagten lediglich in Höhe von 5.291,82 € erfüllt. In Höhe diese Betrages ist Gegenstand der Klageforderung der Rest-Anspruch auf Vergütung aufgrund der stationären Behandlungen mehreren anderen bei der Beklagten versicherten Patienten, aus denen die Klägerin unstreitige Ansprüche auf geforderten Vergütungen, die nach Angaben der Beklagten angeblich aus dem „*Avis vom 05.07.2016 Zahlung*" und dem „*Avis vom 06.09.2016 Aufrechnung*" ersichtlich sind, in voller Höhe hatte. Die Klageforderung insgesamt ist begründet, da der Klägerin die (Rest-)Vergütungsansprüche sowohl aus der Behandlung der Versicherten (*dazu im Folgenden unter a)*) als auch aus den o.g. unstreitigen Behandlungsfällen, die Gegenstand der Aufrechnungserklärung vom 07.09.2016 sind (*dazu im Folgenden unter b)*), hat.

a) Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten

Die Klägerin hat Anspruch auf Vergütung der stationären Behandlung des Versicherten in voller Höhe des mit Rechnung vom 23.06.2016 geltend gemachten Betrages.

Rechtsgrundlage des geltenden gemachten (restlichen) Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der

Leistung durch die Versicherten (*BSG, Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2; Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3*). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung von Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Verträge nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV).

Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses war gegeben, weil die Krankenhausbehandlung der Versicherten so, wie sie die Klägerin in der Zeit vom 09.06. bis 17.06.2016 durchgeführt hat, erforderlich war (§ 12 Abs. 1 SGB V; § 3 Satz 1 KBV). Dies gilt auch im Hinblick darauf, dass es sich bei der durchgeführten endoskopischen Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von (zwei) Ventilen um eine neue Behandlungsmethode handelt, zu der der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch keine Empfehlung abgegeben hat.

Nach § 137c Abs. 1 SGB V überprüft der G-BA nach § 91 SGB V auf Antrag Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind (Satz 1). Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den o.a. Kriterien entspricht, erlässt der G-BA eine entsprechende Richtlinie (Satz 2). Ab dem Tag des Inkrafttretens einer Richtlinie darf die ausgeschlossene Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt (§ 137c Abs. 2 S. 2 SGB V). Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der G-BA bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. Dies gilt sowohl für Methoden, für die noch kein Antrag nach Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als

auch für Methoden, deren Bewertung nach Absatz 1 noch nicht abgeschlossen ist (§ 137c Abs. 3, *angefügt durch Art. 1 Nr. 64 Buchstabe b) des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.07.2015 – BGBl. I S. 1211*). Die von der Klägerin bei der Krankenhausbehandlung des Versicherten angewandte Methode der Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von (zwei) Ventilen erfüllt die Voraussetzungen nach § 137c Abs. 3 SGB V.

Die Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Ventilen ist eine Behandlungsmethode, die nicht ambulant erbracht werden kann und einer stationären Krankenhausbehandlung bedarf. Zwar ist die endoskopische Implantation von (zwei) Ventilen als *„Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation oder Wechsel eines endobronchialen Klappensystems, endoskopisch: 2 Ventile"* als Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 5-339.51 und als Zusatzentgelt (ZE) 100.02 im Fallpauschalen-Katalog 2016 abgebildet. Jedoch handelt es sich dabei auch um eine Behandlungsmethode, die sich auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2013 gemäß Beschluss des G-BA vom 18.07.2013 im Verfahren der Bewertung gem. § 137c SGB V befindet. Aus den von der Klägerin vorgelegten wissenschaftlichen Berichten (*vgl. Schäfer/Tasci, „Endoskopische Lungenvolumenreduktion beim Emphysem" in: Pneumologie 2014; 68:97-99; Klooster et al., „Endobronchial Valves for Emphysema without Interlobar Collateral Ventilation" in: The New England Journal of Medicine 2015; 373: 2325 ff.; Davey et al., „Bronchoscopic lung volume reduction with endobronchial valves für patients with heterogeneous emphysema and intact interlobar fissures (the BeLieVeR-HIFi study): a randomised controlled trial" in: Lancet 2015; 386: 1066-1073*) ergibt sich für die Kammer hinreichend nachvollziehbar, dass die endoskopische/endobronchiale Lungenvolumenreduktion mittels Ventilen zur Behandlung eines Lungenemphysems zum entscheidungserheblichen Zeitpunkt der Krankenhausbehandlung im Juni 2016 das Potenzial einer Behandlungsalternative zur herkömmlichen chirurgischen Therapie geboten hat. Sie ist bei der Versicherten auch – dies wird von der Beklagten nicht bestritten – nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Aus den medizinischen Voruntersuchungsergebnissen und den Krankenhausberichten ergibt sich, dass seinerzeit eine Lungenvolumenreduktion medizinisch indiziert und notwendig war.

Inzwischen liegt der Abschlussbericht des beauftragten „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" (IQWiG) über „Verfahren zur Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem" vom 07.02.2017 vor. Darin wird u.a. das Fazit gezogen: „ *Die Datenlage hinsichtlich der 6 als zusätzliche Therapie*

untersuchten bronchoskopischen Verfahren ist insgesamt wenig aussagekräftig." (vgl. Abschlussbericht, S. 37). Welche Konsequenzen der G-BA aus dem Abschlussbericht ziehen wird, ist (noch) nicht ersichtlich. Darauf kommt es aber auch für die Beantwortung der hier zu entscheidenden Frage, ob die Klägerin das von ihr durchgeführte Lungenvolumenreduktionsverfahren zu Lasten der Beklagten anwenden und abrechnen konnte, nicht an. Denn zum allein maßgeblichen Zeitpunkt der Behandlung lag noch keine Entscheidung des G-BA zu dieser Methode gem. § 137c Abs. 1 S. 2 SGB V (Ausschluss-Richtlinie) oder auch nur nach § 137c Abs. 1 S. 3 SGB V (Erprobung-Richtlinie) vor. Dies allein begründet gem. § 137c Abs. 3 SGB V den Vergütungsanspruch der Klägerin.

Allerdings hat das Bundessozialgericht (BSG) im Urteil vom 21.03 2013 (B 3 KR 2/12 R) die Auffassung vertreten, dass *„§ 137c SGB V nicht im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden für das Krankenhaus mit Verbotsvorbehalt ausgelegt werden darf. Die Vorschrift setzt die Geltung des Qualitätsgebots auch im stationären Bereich nicht außer Kraft. Andernfalls würde die aufgezeigte Systematik des SGB V durchbrochen und die Einheit der Rechtsordnung gefährdet. Denn eine Krankenhausbehandlung, die nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt und deshalb für den Patienten Schadensersatzansprüche sowie für den Krankenhausarzt strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann, muss nicht von den Krankenkassen bezahlt werden. § 137c SGB V bewirkt vor diesem Hintergrund lediglich, dass – anders als für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung – nicht in einem generalisierten, zentralisierten formellen Prüfverfahren vor Einführung neuer Behandlungsmethoden im Krankenhaus deren Eignung, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit formalisiert überprüft wird, sondern die Prüfung der eingesetzten Methoden im zugelassenen Krankenhaus grundsätzlich prospektiv durch das Krankenhaus selbst und retrospektiv lediglich im Einzelfall anlässlich von Beanstandungen ex post erfolgt. Erst ein generalisiertes, zentralisiertes Prüfverfahren nach § 137c SGB V schafft über den Einzelfall hinaus Regelungsklarheit, sodass es insoweit keiner Einzelfallprüfung mehr bedarf."* (*BSG, a.a.O., „juris" Rdnr. 24*).

Diese Auffassung entsprach (und entspricht) jedoch nicht dem Willen des Gesetzgebers. Dieser hat deshalb im Sinne einer gesetzlichen Konkretisierung und Klarstellung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 (BGBL. I S. 1211) den neuen Absatz 3 in § 137c SGBV angefügt und dies wie folgt begründet (*vgl. Bundestags-Drucksache 18/4095, S. 121, 122*):

„Durch die Ergänzung eines dritten Absatzes in § 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 jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21. März 2013, Az. B 3 KR 2/12 R) mit dem in § 137c zum Ausdruck gebrachten Regelungsgehalt in einem Wertungswiderspruch steht. Es erfolgt eine gesetzliche Konkretisierung und Klarstellung, dass für 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 Bewertungsmaßstäbe gelten.

Nach § 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 überprüfen, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung 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 grundsätzlich verpflichtet, eine Erprobung zu initiieren, um die für eine fundierte Entscheidung erforderlichen Erkenntnisse zu generieren. Bis zum Vorliegen dieser Erkenntnisse und einer abschließenden 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 Verfügung steht. Insoweit handelt es sich um eine Konkretisierung des allgemeinen Qualitätsgebots des § 2 Absatz 1 Satz 2.

Diese Wertentscheidung gilt es auch in dem Fall zu beachten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Überprüfung nach § 137c Absatz 1 durchgeführt hat. Es stünde mit dem dargestellten Konzept der grundsätzlichen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt nicht in Einklang, wenn jede einzelne Krankenkasse im Einzelfall die Kostenübernahme für eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgende Behandlung mit einer Methode, die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, mit der Begründung

ablehnen könnte, der Nutzen der angewandten Methode sei noch nicht hinreichend belegt. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss eine Methode mit Potential unmittelbar aus der Krankenhausversorgung ausschließen kann, kann eine solche negative Leistungsentscheidung stattdessen auf der Ebene der Einzelkasse erfolgen. Im neuen Absatz 3 wird daher nun ausdrücklich geregelt, dass innovative Methoden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Entscheidung getroffen hat, im Rahmen einer nach § 39 erforderlichen Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können. Dies betrifft sowohl Methoden, für die noch kein Antrag nach § 137c Absatz 1 Satz 1 gestellt wurde, als auch Methoden, deren Bewertung nach § 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 ärztlichen 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 aufwändigere, für die Patientin oder den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patientinnen oder Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Das Erfordernis, wonach eine Leistungserbringung nur im Rahmen einer Studie zu Lasten der Krankenkassen möglich ist, gilt nach § 137c Absatz 2 Satz 2 demgegenüber nur für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Ausschlussentscheidung nach § 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 schädlich oder unwirksam sind, dürfen weiterhin nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden."

Daraus folgt für die Kammer unzweideutig, dass die von der Klägerin durchgeführte Lungenvolumenreduktion mittels endoskopischer/bronchoskopischer Implantation von Ventilen mangels einer Ausschlussentscheidung des G-BA nach § 137c Abs. 1 S. 2 SGB V zu Lasten der Beklagten erbracht werde konnte und von der Beklagten zu vergüten war.

Aus der – bisher noch nicht im Volltext vorliegenden – Entscheidung des BSG vom 19.12.2017 (B 1 KR 17/17 R) ergibt sich nichts anderes. Ausweislich des Terminberichtes des BSG (Nr. 63/17 zu Nr. 2.) ist nach Auffassung des BSG "*die Implantation von Coils eine experimentelle Behandlungsmethode außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Voraussetzungen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung sind ebenfalls nicht erfüllt. Die NUB-Vereinbarung begründet kein schutzwürdiges*

Vertrauen auf einen Vergütungsanspruch. Sie regelt die Vergütungshöhe lediglich für den Fall, dass der Patient Anspruch auf die Behandlung hat, weder aber den Grund des Anspruchs noch die Vereinbarkeit der Therapie mit dem Qualitätsgebot". Fraglich ist bereits, ob das bei der Versicherten angewandte Verfahren der Lungenvolumenreduktion mittels implantierter Ventile mit dem im Fall des BSG zu entscheidenden Verfahren mit Implantation von Coils vergleichbar ist. Dies kann jedoch dahin stehen. Denn die Kammer kann bereits der grundsätzlichen Auffassung des BSG zum Anwendungsbereich von § 137c SGB V nicht folgen. Das BSG und die Vorinstanz (*vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23.11.2016 – L 5 KR 1101/16*) verkennen und konterkarieren die mit § 137c Abs. 3 SGB V verfolgte Intention des Gesetzgebers, wie sie sich aus der – oben wiedergegeben – Begründung zu dieser durch das GKV-Versorgungstärkungsgesetz vom 16.07.2015 angefügten Vorschrift ergibt (*vgl. Bundestags-Drucksache 18/4095, S. 121, 122*). Die Einführung dieser ausdrücklichen und klarstellenden Regelung hat der Gesetzgebers für erforderlich gehalten, weil – so die Gesetzesbegründung (a.a.O.) – *„die Gesetzesauslegung in der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21. März 2013, Az. B 3 KR 2/12 R) mit dem in § 137c zum Ausdruck gebrachten Regelungsgehalt in einem Wertungswiderspruch steht*". Wenn das BSG und das LSG Baden-Württemberg meinen, die Änderung des § 137c SGB V und Einfügung der Regelung des § 137e SGB V habe an der bisherigen Grundkonzeption nichts geändert und lediglich Raum für den G-BA geschaffen, Richtlinien zur Erprobung nach § 137e SGB V zu beschließen, wenn die Überprüfung im Rahmen des § 137c SGB V ergibt, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, sie aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet (*vgl. bereits BSG, Beschluss vom 15.07.2015 – B 1 KR 23/15 B; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23.11.2016 – L 5 KR 1101/16*), überschreiten sie die Grenzen richterlicher Gesetzesauslegung, indem sie sich in klaren Widerspruch zu dem erklärten Willen des Gesetzgebers setzen. Es kommt für den Vergütungsanspruch des Krankenhaus nach § 137c SGB V nicht darauf an, ob es sich bei dem angewandten Verfahren um eine experimentelle Behandlungsmethode handelt, sondern allein darauf, ob sie das Potential einer erfolgreichen Behandlungsalternative bietet und nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt (137c Abs. 3 Satz 1 SGB V). Diese Voraussetzung, dieses „Potenzial", kann aber für das bei der Versicherten durch die Ärzte der Klägerin im Juni 2016 angewandte Verfahren der Lungenvolumenreduktion mittels Implantation von Ventilen sowohl im Hinblick auf die Studienlage als auch den Beschluss des G-BA vom 18.07.2013 zur Einleitung des Bewertungsverfahrens nicht ernsthaft bestritten werden. Der IQWiG-Abschlussbericht vom 07.02.2017 lag zum Behandlungszeitraum noch nicht vor und

kann allein deshalb nicht zur Beurteilung des im Juni 2016 bestehenden „Potenzials" des Verfahrens herangezogen werden; soweit er im Übrigen nur von einer wenig aussagekräftigen Datenlage spricht, folgt daraus nach Auffassung der Kammer nicht, dass der angewandten Methode das Potenzial fehlt. Dies zu bewerten ist allein Aufgabe des G-BA im weiteren Verlauf des Bewertungsverfahrens.

Da die Beklagte den aus der der Behandlung der Versicherten folgenden Vergütungsanspruch von 7.595,98 € nur in Höhe von 5.291,82 € erfüllt hat, steht der Klägerin auch die Restvergütung in Höhe von 2.304,16 € zu.

b) Vergütungsanspruch aus den unstreitigen Behandlungsfällen, die Gegenstand der Aufrechnungserklärung vom 07.09.2016 sind

Der Klägerin steht dieser Vergütungsanspruch (nebst Zinsen) zu, weil die Beklagte keinen Erstattungsanspruch in Höhe von 5.291,82 € hat. Selbst wenn ein solcher Erstattungsanspruch bestünde, ist die von der Beklagten mit Schreiben vom 07.09.2016 angekündigte Aufrechnung dieses Anspruchs in Verbindung mit dem „Zahlungsavis" vom 05.07.2016 und dem „Aufrechnungsavis" vom 06.09.2016 nicht wirksam. Sie genügt nicht den Vorgaben des § 9 PrüfvV 2015.

Gemäß § 69 Satz 2 SGB V werden die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den §§ 63, 64 SGB V und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Sodann bestimmt § 69 Satz 3 SGB V, dass für die genannten Rechtsbeziehungen „im Übrigen" die Vorschriften des BGB entsprechend gelten, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den weiteren Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel des SGB V vereinbar sind.

Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann (§ 387 BGB). Die Aufrechnung erfolgt durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil (§ 388 Satz 1 BGB). Die Aufrechnungserklärung ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung. Forderung und Gegenforderung müssen hinreichend bestimmt sein. Die Aufrechnungserklärung braucht nicht ausdrücklich abgegeben zu werden; es genügt die klare Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens (Palandt, BGB, 76. Auflage 2017, § 388, Rn.

1; vgl. dazu auch: BSG, Urteile vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R, Rz. 12 – und B 1 KR 9/16 R, Rz. 29 – jeweils m.w.N.). Hat der eine oder der andere Teil mehrere zur Aufrechnung geeignete Forderungen, so kann der aufrechnende Teil die Forderungen bestimmen, die gegeneinander aufgerechnet werden sollen (§ 396 Abs. 1 Satz 1 BGB). Wird die Aufrechnung ohne eine solche Bestimmung erklärt oder widerspricht der andere Teil unverzüglich, so findet die Vorschrift des § 366 Abs. 2 entsprechende Anwendung (§ 396 Abs. 1 Satz 2 BGB). Nach § 366 Abs. 2 BGB wird, wenn der Schuldner keine Bestimmung trifft, zunächst die fällige Schuld, unter mehreren fälligen Schulden diejenige, welche dem Gläubiger weniger Sicherheit bietet, unter mehreren gleich sicheren die dem Schuldner lästigere, unter mehreren gleich lästigen die ältere Schuld und bei gleichem Alter jede Schuld verhältnismäßig getilgt.

Unter Zugrundelegung allein dieser Vorschriften des BGB wäre die von der Beklagten erklärte Aufrechnung – sowohl hinsichtlich der Erkennbarkeit des Aufklärungswillens als auch hinsichtlich der Bestimmtheit der Aufrechnungserklärung – wirksam. Ihren Aufrechnungswillen hat die Beklagte unmissverständlich in dem Schreiben vom 07.09.2016 zum Ausdruck gebracht, indem sie auf das „*von unserem Finanzbereich übermittelte Avis*", Bezug nahm. Zwar kann den von der Beklagten vorgelegten Bildschirmfotos (Zahlungsavis) nicht entnommen werden, gegen welche der dort aufgeführten Forderungen des Klägers die Beklagte mit ihrer (vermeintlichen) Erstattungsforderung aufrechnen wollte. Jedoch hat das BSG für derartige Fallgestaltungen einer Aufrechnung mittels (Sammel-)Zahlungsavis unter Hinweis auf die eine Aufrechnung erleichternden Vorschriften der §§ 396 Abs. 1, 366 Abs. 2 BGB anerkannt, dass die Aufrechnungserklärung hinreichend bestimmt ist (BSG, Urteile vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R, Rz. 14 – und B 1 KR 9/16 R, Rz. 33). Allerdings finden die BGB-Vorschriften nur Anwendung, soweit in den in § 69 Satz 2 SGB V genannten einschlägigen Gesetzen und Bestimmungen des Krankenversicherungsrechts keine spezielleren Regelungen getroffen sind. Dies war in den vom BSG durch die Urteile vom 25.10.2016 (B 1 KR 7/16 R und B 1 KR 8/16 R) entschiedenen Abrechnungsfälle aus den Jahren 2009 und 2010 nicht der Fall. Insbesondere galt damals noch nicht die im vorliegenden Fall entscheidungserhebliche PrüfvV 2015 und speziell deren § 9.

Gemäß § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V Dabei haben sie insbesondere Regelungen (u.a.) „*über die Abwicklung von Rückforderungen*" zu treffen. Aufgrund dieser gesetzlichen Ermächtigung haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft

e.V. erstmals im Jahre 2014 eine *„Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG"* geschlossen. Diese erste Vereinbarung – die PrüfvV 2015 – trat am 01.09.2014 in Kraft und gilt für die Überprüfung bei Patienten, die – wie im vorliegenden Fall – in der Zeit vom 01.01.2015 bis 31.12.2016 in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 4 PrüfvV 2015; diese wurde abgelöst durch die PrüfvV 2017 vom 03.02.2016, die seit dem 01.01.2017 in Kraft ist und für die Überprüfung bei Patienten gilt, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind bzw. werden).

§ 9 Satz 1 und 2 PrüfvV 2015 – im Wesentlich gleichlautend: § 10 Satz 1 und 2 PrüfvV 2017) – bestimmen: *„Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen."* Damit haben die Spitzenverbände das Verfahren der Aufrechnung speziell geregelt. Im Hinblick auf diese ausdrücklichen Regelungen, welche Erstattungsansprüche aufgerechnet werden können (Satz 1) und dass und wie die zur Aufrechnung gestellten Ansprüche zu benennen sind, nämlich „genau", kann die Regelung des § 366 Abs. 2 BGB, die für den Fall nicht eindeutiger Erklärungen des Aufrechnenden – wie hier – über die Verweisung des § 396 Abs. 1 Satz 2 BGB *„eine Erleichterung, die die Wirksamkeit der Aufrechnungserklärung sichert"*, schaffen kann (so ausdrücklich noch: BSG, Urteile vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R, Rz. 12 – und B 1 KR 9/16 R, Rz. 29), in Abrechnungsverfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für Behandlungsfälle ab 2015 keine Geltung mehr beanspruchen. Die verschiedentlich vertretene Auffassung, dass die Auffangvorschriften des BGB, speziell auch die des § 366 Abs. 2 BGB weiter beachtlich und anwendbar seien, wenn eine Aufrechnung nicht den Anforderungen des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 genügt, lässt sich mit § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V, wonach die Vorschriften des BGB nur („im Übrigen") gelten, wenn die Rechtsbeziehungen der Beteiligten nicht in den in § 69 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannten Vorschriften geregelt sind, nicht in Einklang bringen. Gerade weil die Aufrechnung inzwischen im Normbereich der in § 69 Abs. 1 Satz SGB V genannten Vorschriften geregelt ist, ist insoweit für eine analoge Anwendung der BGB-Vorschriften nach Maßgabe von § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V kein Raum mehr.

Grundsätzlich konnte die Beklagte ihren vermeintlichen Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch der Klägerin aufrechnen, weil sie dem Kläger nach § 8 PrüfvV 2015 fristgerecht innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige den

Erstattungsanspruch mitgeteilt hat (§ 9 Satz 1 PrüfvV 2015). Entgegen der Vorgabe des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 hat sie aber zwar den Erstattungsanspruch, nicht aber den Leistungsanspruch, mit dem aufgerechnet werden sollte, „genau" benannt. Die beiden vorgelegten Zahlungsavis listen eine Vielzahl von Behandlungsfällen, Rechnungsdaten und Euro-Beträgen auf. Einigen der Euro-Beträge sind Minus-Zeichen vorangestellt, anderen nicht. Der Aufstellung lässt sich nicht ohne weiteres entnehmen, welche Leistungsansprüche im Einzelnen unstreitig und welche streitig sind. Dies genügt nicht der Vorgabe des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015, den unstreitigen Leistungsanspruch, mit dem der Erstattungsanspruch aufgerechnet werden soll, „genau" zu benennen. Deshalb ist die von der Beklagten erklärte bzw. im Schreiben vom 07.09.2016 angekündigte Aufrechnung mangels hinreichender Bestimmtheit unwirksam. Die Unwirksamkeit der Aufrechnung bewirkt, dass der Vergütungsanspruch aus den in den Zahlungsavis (verschlüsselt) aufgelisteten unstreitigen Behandlungsfällen in Höhe der restlichen Klageforderung von 5.291,82 noch nicht erfüllt ist.

Dementsprechend war die Beklagte zur Zahlung von 7.595,98 €, die sich durch Addition der unter a) und b) dargestellten Ansprüche von 2.304,16 € und 5.291,82 € ergeben, zu verurteilen.

II.

Die Widerklage der Beklagten ist unbegründet.

Der Beklagten hat keinen Anspruch auf Erstattung der anlässlich der Behandlung der Versicherten gezahlten Teil-Vergütung in Höhe von 5.291,82 €. Die Klägerin kann die gesamte mit Rechnung vom 23.06.2016 geforderte Vergütung in Höhe von 7.595,98 € verlangen. Zur Begründung wird auf die Ausführungen unter I. a) verwiesen.

III.

Der Zinsanspruch der Klägerin ist unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 KBV sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Da die Vergütungen für die im Schreiben der Beklagten vom 07.09.2016 in Verbindung mit den unstreitigen Abrechnungsfällen, die sich aus dem „Zahlungsavis" vom 05.07.2016 und dem „Aufrechnungsavis" vom 06.09.2016 erschließen (sollen), fällig waren und die Beklagte bis zu diesem Zeitpunkt (nur) einen um 5.291,82 € gekürzten Betrag zur Zahlung angewiesen hat, ist die Beklagte jedenfalls seit dem 09.09.2016 mit der Vergütung der Restforderung in Verzug. Daher ist das Zinsbegehren der Klägerin sowohl nach dessen

Beginn als auch der Höhe nach (vgl. § 15 KBV) begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).
Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 39 Abs. 1, 45 Abs. 1, 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Die Höhe der Gebühren richtet sich nach dem Wert des Streitgegenstandes (Streitwert), soweit nichts anderes bestimmt ist (§ 3 Abs. 1 GKG). In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist der Streitwert grundsätzlich nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen (§ 52 Abs. 1 GKG). Betrifft der Antrag des Klägers eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, so ist deren Höhe maßgebend (§ 52 Abs. 3 GKG). Nebenforderungen (z. B. Zinsen) werden nicht berücksichtigt (§ 43 Abs. 1 GKG). Vorliegend hat die Klägerin einerseits ihren restlichen Vergütungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten in Höhe von 2.304,16 €, andererseits die Forderung(en) in Höhe von 5.291,82 €, gegen die die Beklagte ihre (vermeintliche) Rückforderung aus dem Behandlungsfall der Versicherten aufgerechnet hat, insgesamt 7.595,98 € eingeklagt. Demgegenüber hat die Beklagte mit der Widerklage ihre auf den streitigen Behandlungsfall der Versicherten geleisteten Zahlung von 5.291,82 € zurückgefordert. Gemäß § 45 Abs. 1 Satz 1 GKG werden die in einer Klage und in einer Widerklage geltend gemachten Ansprüche, die nicht in getrennten Prozessen geltend gemacht werden, zusammengerechnet. Beide Klagen hätten unabhängig voneinander erhoben werden können. Das Additionsverbot des § 45 Abs. 1 Satz 3 GKG greift vorliegend nicht, da Klage und Widerklage nicht denselben Gegenstand betrafen, wenn auch das wirtschaftliche Interesse identisch war (*vgl. insoweit auch: LSG NRW, Urteil vom 06.12.2016 – L 1 KR 358/15*). Der Streitwert war daher auf 12.887,80 € (7.595,98 € + 5.291,82 €) festzusetzen.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht
Nordrhein-Westfalen,
Zweigertstraße 54,
45130 Essen,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Aachen,
Adalbertsteinweg 92,
52070 Aachen,

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Aachen schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Irmen

Ausgefertigt

Sozialgericht Aachen