
S 18 KR 209/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|-------------------|--|
| Land | Berlin-Brandenburg |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Berlin-Brandenburg |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 9 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | Krankenhausbehandlung - modulare Endoprothese - knöcherner Defekt - Wirtschaftlichkeit |
| Leitsätze | Die knöcherner Defektsituation i.S. des OPS-Kodes 5-829.k (2014) zeichnet sich dadurch aus, dass die Funktion des Knochens eingeschränkt ist. Klassischerweise ist das dann der Fall, wenn durch einen Knochenbruch eine Lücke - auch bildgebend - im Knochen nachweisbar ist. Der Defekt kann dadurch bedingt sein, dass der Verlust an Knochen auftritt, entweder im Bereich der Knochenrinde oder im Bereich des Knochenbalkens, die dann zu einer Lücke oder einer leeren Stelle führen. Ein knöcherner Defekt liegt aber auch dann vor, wenn eine Veränderung des Knochens bei insipierender pathologischer Fraktur besteht oder bei einer bereits eingetretenen Unterbrechung der Knochenrinde. |
| Normenkette | SGB 5 § 39 SGB 5 § 12 |
| 1. Instanz | |
| Aktenzeichen | S 18 KR 209/16 |
| Datum | 07.03.2017 |
| 2. Instanz | |
| Aktenzeichen | L 9 KR 152/17 |
| Datum | 17.08.2020 |
| 3. Instanz | |
| Datum | - |

Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Cottbus vom 7. März 2017 wird aufgehoben, soweit er die Beklagte zur Zahlung von Verzugszinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz für die Zeit vor dem 1. Oktober 2014 verurteilt. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin u.a. des Krankenhauses S. Dieses verfügt im Rahmen der Abteilung Chirurgie über ein seit 2015 zertifiziertes Endoprothetik-Zentrum, welches sich auf Eingriffe an der Hüfte spezialisiert hat.

Die Klägerin behandelte stationär in der Zeit vom 5. Februar 2014 bis zum 19. Februar 2014 den bei der Beklagten Versicherten S (geb. 1943). Der Versicherte hatte seit 2012 eine Totalendoprothese des Hüftgelenks links nach Oberschenkelbruch (proximaler Femurfraktur) und posttraumatischer Coxarthrose mit einem zementierten Schaft. Er wurde 2014 mit der Diagnose Schaftlockerung seiner Totalendoprothese des Hüftgelenks links (T84.0) mit dem Ziel eines HTEP-Schaftwechsels (endoprothetischer Ersatz) aufgenommen (ärztliche Verordnung vom 16. Januar 2014). Am 6. Februar 2014 erfolgte im Rahmen einer Operation ein Schaftwechsel des HTEP links. Dabei erfolgte der Einbau eines zementfreien modularen Systems Revitan® kurviert (modularer Revisionschaft). Der Patient wurde am 19. Februar 2014 in eine Anschlussrehabilitation entlassen.

Mit Schlussrechnung vom 27. Februar 2014 brachte die Klägerin die DRG I46B "Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne zunächst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen" sowie als Zusatzentgelt ZE2014-25 ("Modulare Endoprothesen" OPS-Kode 5-829k) in Ansatz. Die Leistung des OPS-Kodes ist wie folgt definiert: "Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz"

"Hinweis: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren. Bei einer modularen Endoprothese muss eine gelenkbildende Implantatkomponente aus mindestens 3 metallischen Einzelbauteilen bestehen, die in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten. Der Aufsteckkopf der Endoprothese wird nicht mitgezählt. Eine alleinige Osteoporose ohne pathologische Fraktur (ICD-10-GM-Kode M81.-) ist keine knöcherner Defektsituation. Ebenfalls keine knöcherner Defektsituation liegt bei einer operationsbedingten Resektion eines gelenktragenden Anteils vor. Der knöcherner Defekt muss an der knöchernen Struktur lokalisiert sein, an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird. Ein Teilwechsel ist der Wechsel einer kompletten gelenkbildenden

Komponente."

Die Gesamtrechnung belief sich auf 10.319,92 Euro, allein die Verschleißassessierung des Zusatzentgelts führte zu einem Entgelt in Höhe von 1.550,00 Euro. Die Beklagte beglich zunächst den gesamten Rechnungsbetrag. Nach Anknüpfung verrechnete sie am 1. Oktober 2014 das Zusatzentgelt, damit 1.550,00 Euro, mit anderen unstreitigen Forderungen der Klägerin. Die Beklagte war in Übereinstimmung mit den Stellungnahmen des befassten Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) der Auffassung, die Voraussetzungen für die Abrechnung des Zusatzentgeltes lägen nicht vor. Die notwendige Voraussetzung für die Prozedur 5-829k, wonach eine knöcherner Defektsituation vorgelegen haben müsse, welche durch ein modular zu verwendendes Prothesenteil ersetzt werde, sei bei der OP des Patienten nicht gegeben.

Die Klägerin hat am 18. Juli 2016 Klage zum Sozialgericht Cottbus erhoben. Das Röntgenbild des Hüftgelenks des Patienten habe erkennen lassen, dass an markierten Stellen keine Knochensubstanz mehr vorhanden gewesen sei. Es sei prä- bzw. intraoperativ nicht erkennbar gewesen, in welcher Tiefe der unzementierte Schaft die benötigte Stabilität erreichen würde. Daher sei erst der Schaft eingeschlagen worden und nach entsprechender Festigkeit die fehlende proximale Länge für den korrekten anatomischen Sitz des Hüftgelenks mit dem modularen Teil ausgemessen und ersetzt worden. Der modulare Teil der Prothese überbrücke bzw. ersetze die fehlende Knochenstruktur in diesem Bereich. Das geschehe, um eine normale Längs-, winkel- und achsengerechte Wiederherstellung des Knochens und damit der Gelenkfunktion zu gewährleisten. Damit sei ein i.S. des OPS-Kodes knöcherner Defekt durch das Prothesenteil ersetzt worden. Der Knochen des Patienten sei in erheblichem Maße zersetzt gewesen und habe sich weiterhin zersetzt, was die Verwendung von Zement zur Fixierung eines nichtverstellbaren Prothesenteils nicht möglich gemacht habe, weil dies die weitere Auflösung des Knochens nach sich gezogen hätte.

Mit Gerichtsbescheid vom 7. März 2017 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.550,00 Euro nebst Zinsen seit dem 30. März 2014 zu zahlen. Es stehe zur Überzeugung der Kammer fest, dass mit der Saumbildung um den etwas varisch positionierten Schaft nebst unzureichender Stabilität im ehemaligen Frakturbereich eine entsprechend dem Abrechnungskode 5-829k notwendige knöcherner Defektsituation vorgelegen habe.

Gegen den ihr am 30. März 2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 4. April 2017 Berufung eingelegt. Die Entscheidung sei mit den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nicht in Übereinstimmung zu bringen. Nach der Kodierrichtlinie PP001a (Version 2014) seien alle Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung durchgeführt würden und im OPS abbildbar seien, zu kodieren. Die Anwendung der DKR und der FPV-Fallpauschalenvereinbarung habe streng am Wortlaut zu erfolgen. Nach dem Wortlaut des streitigen OPS-Kodes 5-829k bedürfe es einer knöchernen Defektsituation. Es habe bei dem Patienten kein knöcherner Defekt i. S. der Definition des DIMDI vorgelegen, wonach eine Lücke in der Kontinuität

eines Knochens vorliegen müsste im Vergleich zu einem anatomisch altersentsprechend normalen Knochen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass eine solche Lücke durch ein modular zu verwendendes Einzelteil ersetzt oder ausgeglichen werden müsste, um eine normale Längen-, winkel- und achsengerechte Wiederherstellung des Knochens so genau wie möglich zu erreichen. Ein in diesem Sinne knöcherner Defekt hätte der MDK in seinen Gutachten nicht sehen können, ein solcher sei auf den Röntgenaufnahmen nicht zu erkennen gewesen und könne auch dem OP-Bericht an keiner Stelle entnommen werden. Weitere Unterlagen wie präoperative Röntgenbilder liegen nicht vor. Erkennbar seien im Wesentlichen Spongiosadefekte ohne eine (Knochen-) Lückenbildung in der Kontinuität des Femurs. Nach der zwischenzeitlich ergangenen Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 8. Oktober 2019 ([B 1 KR 35/18 R](#)) sei zwar von einer Modularität der verwendeten Prothese auszugehen. Es liege aber weiter kein knöcherner Defekt vor. Die Fraktur des Patienten sei durch Kallusbildung vollständig knöchern konsolidiert gewesen. Zumindest sei die Prothesenversorgung unwirtschaftlich. Es erschließe sich nicht, warum ein aus zwei Teilen bestehender Femurschaft zwingend habe implantiert werden müssen und kein Monoblock-Langschaft eingesetzt worden sei. Nachvollziehbar und aus den OP-Bildern zu ersehen sei, dass ein längerer Schaft habe Anwendung finden müssen. In der Patientenakte sei nicht dokumentiert, dass die aufwändigere Versorgung mit einem aus zwei Teilen bestehenden Prothesenschaft überhaupt medizinisch notwendig gewesen sei. Präoperative Röntgenbilder und Planungen zur möglichen Schaftversorgung fehlten. Ein Zinsanspruch könne erst ab dem 1. Oktober 2014 mit der Verrechnung entstanden sein.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Cottbus vom 7. März 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die 2012 eingebrachte Hybrid-Totalendoprothese sei in einen posttraumatischen Knochen nach Oberschenkelhalsbruch eingebracht worden. Wenn eine solche wieder entfernt werden müsste, zeigten sich mehrere Knochendefekte, eine nachfolgende Prothese komme im oberen Bereich des proximalen Femurs nicht mehr zum Halten, die Prothese habe keine proximale Verankerung mehr. Notwendig sei eine distal verankerte Prothese. Zwar gebe es keine präoperativen Aufnahmen (Röntgenbilder) des Krankenhauses, es habe sich aber erst intraoperativ der Knochenverlust nach Entfernung des gesamten Zementknochens im proximalen Femur bis in den Schaft des Femurs gezeigt.

Der Senat hat ein Gutachten des Facharztes für Orthopädie, Rheumatologie, Unfall- und Handchirurgie Prof. Dr. M S in das Verfahren eingeführt, welches in einem parallelen Berufungsverfahren (Abrechnungs- und Kodierungsstreitigkeit) am 31. Juli 2019 erstattet wurde und am 9. Oktober 2019 einen Vergleichsvorschlag

unterbreitet. Der Senat hat im Termin zur mündlichen Verhandlung Herrn Dipl. Med. U Z, Chirurg und Chefarzt des EndoprothetikZentrums am Krankenhaus S, als sachverständigen Zeugen vernommen. Wegen der Einzelheiten wird auf Anlage 1 zur Niederschrift verwiesen.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Ergebnis auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

I. Der Senat hat über die Berufung gemäß [Â§ 153 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der Besetzung durch die Berichterstatterin und die ehrenamtlichen Richter/innen entschieden, weil das Sozialgericht über die Klage durch Gerichtsbescheid entschieden und der Senat durch Beschluss vom 27. Februar 2020 die Berufung der Berichterstatterin zur Entscheidung zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern/Richterinnen übertragen hat.

II. Die zulässige Berufung ist (überwiegend) nicht begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung auch im Umfang des Zusatzentgeltes (1.). Allein ein Zinsanspruch entsteht erst mit der Verrechnung (2.).

1. Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie den Versicherten vom 5. Februar bis 11. Februar 2014 im Rahmen einer vollstationären Behandlung mit einer Endoprothese versorgte. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung wie hier in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S. von [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist. Diese Voraussetzungen waren hinsichtlich einer Endprothesenversorgung des Versicherten als solcher ungeachtet ihrer im Streit verbliebenen, für das Zusatzentgelt relevanten konkreten Ausgestaltung erfüllt.

Die Vergütung für vollstationäre Behandlung bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin grundsätzlich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Nach [Â§ 1 Abs. 1 KHEntgG](#) (hier anzuwenden i.d.F. durch Art. 2 Nr. 2 Buchst a Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17. März 2009, [BGBl I 534](#)) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vergütet. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 7 KHEntgG](#) (i.d.F. des Art 5a Nr 3 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung – BeitrSchuldG

vom 15. Juli 2013, BGBl I 2309, m.W.v. 1. August 2013) und [Â§ 17b KHG](#) (i.d.F. des BeitrSchuldG vom 15. Juli 2013). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen (FPV)) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) (i.d.F. des BeitrSchuldG vom 15. Juli 2013) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen). Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG](#) (vgl. zum Ganzen nur BSG, Urteil vom 8. November 2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – [BSGE 109, 236](#), Rn.15, und BSG Urteil vom 9. April 2019 – [B 1 KR 27/18 R](#) – juris Rn. 12). Maßgebend sind vorliegend die FPV 2014 einschließlich der Anlagen 4 und 6, der vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebene OPS (hier in der Version 2014), die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2014 (Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2014 für das G-DRG-System & 8206; gemäß [Â§ 17b KHG](#)) sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag für das Land Brandenburg ("Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" – [Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) – zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Landeskrankhausgesellschaft Brandenburg e. V. vom 8. Oktober 1996).

Für die nach Anlage 4 bzw. 6 zur FPV 2014 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht vergüteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach [Â§ 6 Abs. 1 KHEntgG](#). Diese können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den nach [Â§ 6 Abs. 1 KHEntgG](#) vereinbarten Entgelten abgerechnet werden. Für die in Anlage 4 bzw. 6 gekennzeichneten Zusatzentgelte – wie im Fall des ZE 2014-25 – gilt [Â§ 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG](#) entsprechend ([Â§ 5 Abs. 2 Satz 1 bis 3 FPV 2014](#)). Für diese Zusatzentgelte, die für das Kalenderjahr vereinbart werden, sind die bisher krankenhausespezifisch vereinbarten Entgelte bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt nicht, wenn ein bisher krankenhausespezifisch vereinbartes Entgelt ab dem 1. Januar nicht mehr abgerechnet werden darf, weil die Leistung durch ein bundeseinheitlich bewertetes Entgelt aus den neuen Entgeltkatalogen vergütet wird, oder die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen festlegen, dass hilfsweise ein anderes Entgelt abzurechnen ist ([Â§ 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG](#) i.d.F. durch Art. 2 Nr. 14 KHRG).

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck

nur erfüllt, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 35/18 R](#) Rn. 13). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes ([§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG](#)) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu ändern. Dieser Anpassungsmechanismus betrifft auch die Begriffsbestimmungen im OPS. Sie werden erst durch die jährlich abgeschlossene FPV für das Vergütungssystem verbindlich (BSG, aaO).

Das von der Klägerin geltend gemachte ZE 2014-25 ist nach dem "Zusatzentgelt-Katalog" gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 bis 3 FPV 2014 i.V.m. Anlage 4 der FPV 2014 für "Modulare Endoprothesen" bestimmt. Die Klägerin und u.a. die Beklagte haben dafür ein krankenhausespezifisches Entgelt von 1.550,00 Euro vereinbart. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Anlage 6 FPV 2014 definiert das ZE 2014-25 alternativ durch die Kodierung von OPS 5-829.k oder OPS 5-829.m. Eine Kodierung von OPS 5-829.m scheidet schon deswegen aus, weil die Klägerin dem Versicherten kein patientenindividuell angefertigtes Implantat ersetzte, was für diese Ziffer erforderlich wäre.

a) Die Klägerin erfüllte mit dem Wechsel einer Endoprothese am Hüftgelenk des Versicherten (Hauptcode OPS 5-821) eine Voraussetzung dafür, den Zusatzcode OPS 5-829.k zu kodieren. Die implantierte Endoprothese erfüllte auch die Voraussetzungen einer modularen Endoprothese iS des OPS 5-829.k. Der Hauptcode OPS 5-821 (Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk) ist eine grundlegende Voraussetzung für die Kodierung von OPS 5-829.k bei Implantation einer das Hüftgelenk betreffenden Prothese. Der OPS 5-829.k ist nach dem ausdrücklichen Hinweis zur Leistungslegende nur ein Zusatzcode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren. Die Klägerin kodierte den durchgeführten Prothesenwechsel zu Recht mit OPS 5-821.1 (Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk). b) Nach OPS 5-829.k ist die Implantation einer modularen Endoprothese oder der (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf Knochen(teil)ersatz zu kodieren. Bei einer modularen Endoprothese muss eine gelenkbildende Implantatkomponente aus mindestens drei metallischen Einzelbauteilen bestehen, die in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten. Der Aufsteckkopf der Endoprothese wird nicht mitgezählt. Ein Teilwechsel ist der Wechsel einer kompletten gelenkbildenden Komponente (BSG, aaO, Rn. 17).

Die von der Klägerin implantierte Prothese bestand aus drei metallischen Einzelbauteilen.

Zu dem Begriff führte das BSG 2019 aus: Der Schaft und der auf ihn gesetzte Hals

werden ihrerseits durch eine metallische Schraube als drittes Einzelbauteil dauerhaft zu einem Modulschaft (im Gegensatz zu einem einteiligen Femurschaft mit Modulkopf) verbunden. Es kommt nach dem klaren Wortlaut des Zusatzcodes auf eine eigenständige modulare Wertigkeit jedes Einzelbauteils der betroffenen Prothese nicht an. Auch metallische Einzelbauteile wie z.B. Schrauben, die die Schnittstellen anderer metallischer Einzelbauteile (Module) verbinden, genügen den OPS-Vorgaben. Unerheblich ist es deshalb, dass die metallische Schraube, anders als der Schaft und der Hals der Prothese, keinem anatomisch beschreibbaren knöchernen Äquivalent zugeordnet werden kann. Auch das Regelungssystem mit dem "Hauptkode" OPS 5-821 besagt nichts anderes. (BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 35/18 R](#) –, Rn. 18)

Gemessen daran besteht die dem Patienten S eingesetzte Prothese aus drei metallischen Einzelbauteilen, nämlich aus der proximalen Komponente, der distalen Komponente mit Stützen sowie einer Verriegelungsschraube.

Es bestand darüber hinaus zur Überzeugung des Senates auch eine knöcherner Defektsituation, an welcher die modulare Endoprothese lokalisiert war. Die knöcherner Defektsituation zeichnet sich dadurch aus, dass die Funktion des Knochens eingeschränkt ist. Klassischerweise ist das dann der Fall, wenn durch einen Knochenbruch eine Lücke auch bildgebend im Knochen nachweisbar ist. Der Defekt kann dadurch bedingt sein, dass der Verlust an Knochen auftritt, entweder im Bereich der Knochenrinde oder im Bereich des Knochenbalkens, die dann zu einer Lücke oder einer leeren Stelle führen. Ein knöcherner Defekt liegt aber auch dann vor, wenn eine Veränderung des Knochens bei insipienter pathologischer Fraktur besteht oder bei einer bereits eingetretenen Unterbrechung der Knochenrinde. Der Senat entnimmt diese Definition dem Gutachten Prof. Dr. S vom 31. Juli 2019 (auf S. 5 und Antwort zu Frage 4.). Diese (medizinische) Einschätzung teilte auch der Zeuge Z auf Anfrage des Senats. Nicht gefolgt wird dagegen der engeren Auffassung des DIMDI, auf welche der MDK abhebt, wonach eine Lücke in der Kontinuität eines Knochens vorliegen muss, die ausgeglichen oder überbrückt werden muss. Damit wäre unproblematisch nur die bildhaft nachweisbare Lücke z.B. im Fall einer dislozierten Fraktur erfasst. Diese enge Interpretation findet im Wortlaut des Kodes und nach medizinischem Sprachverständnis aber keine Stütze. Keine knöcherner Defektsituation besteht dagegen schon nach dem Wortlaut bei einer Osteoporose und einer operationsbedingten Resektion eines gelenktragenden Anteils (BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 35/18 R](#) – Rn. 20).

Bereits nach dem Hinweistext zum OPS-Kode, wonach der knöcherner Defekt "an der knöchernen Struktur lokalisiert sein" muss, "an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird", i.V.m. der Leistungslegende des OPS-Kodes ("Endoprothese bei knöcherner Defektsituation"), genügt nicht jegliche knöcherner Defektsituation, in der eine modulare Endoprothese zum Einsatz kommt. Erforderlich ist vielmehr ein enger Zusammenhang zwischen dem Einsatz der modularen Endoprothese und der knöchernen Defektsituation, mit anderen Worten, die modulare Endoprothese muss an der knöchernen Defektsituation ansetzen. Die modulare Endoprothese muss so auf die knöcherner Defektsituation

reagieren, diese kompensieren (vgl. BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – B 1 KR 35/18 R – Rn. 20). Das ist unproblematisch dann der Fall, wenn die modulare Endoprothese selbst (ihre Zusatzbauteile) eine (Knochen-)Lücke auffüllt oder überbrückt (es können dann mit der Prothese zwei Erkrankungen versorgt werden). Die modulare Endoprothese kann aber auch dazu dienen, das Abbrechen des Knochens oder das Ausbrechen des Implantats wegen der knöchernen Defektsituation zu verhindern, welches beim Einsatz einer Standard- oder Langschaftprothese auftreten kann. Diese Situationen beschreibt Prof. Dr. S auf S. 5 und in seiner Antwort zu Frage 4. seines Gutachtens vom 31. Juli 2019 anschaulich.

So liegt der Fall hier: Die präoperativen Röntgenbilder zeigten keine Lücke in der Kontinuität des Knochens (Femur). Darauf weist der MDK in seinen Gutachten zu Recht hin. Auf die bereits 2012 mit der vormaligen Zement-Hybrid-Prothese versorgte Femurfraktur kann dabei als "Lücke" nicht abgestellt werden. Zum einen war diese durch Kallusbildung vollständig knöchern konsolidiert. Zum anderen ist eine operationsbedingt auftretende Knochenlücke keine knöcherner Defektsituation, dann kann auch die erneute Versorgung einer alten Fraktur nicht mit einer ehemals bestehenden Knochenlücke eine Defektsituation darstellen (vgl. BSG, aaO, Rn. 20). Gleiches gilt, wenn berücksichtigt wird, dass das intraoperative Herauslösen oder -Hämmern der alten Prothese zu Lücken führen kann. Allerdings ergibt sich aus der Stellungnahme der Klinik vom 3. Juni 2015 unter Bezugnahme auf das intraoperativ gefertigte Röntgenbild, dass an näher bezeichneten Stellen keine Knochensubstanz mehr vorhanden war und der Knochen Zersetzungen aufwies. Das bestätigt der MDK in seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2017, in der er eine knöcherner defizitäre Situation der den Markraum begrenzenden Kortikalis (Knochenschicht, die das schwammähnliche Innengewebe (Spongiosa) des Knochens umgibt) subtrochantär, metaphysär und anteilig diaphysär im Hinblick auf die ehemalige Frakturzone beschreibt (S. 9 des Gutachtens). Dies bestätigte auch der die Operation vorbereitende Zeuge Z im Termin zur mündlichen Verhandlung, wonach ausweislich des Röntgenbildes des voroperierten Patienten aus Juli 2012 sich der Zement in dem Knochenmarkraum sehr ausgedehnt hatte. Dieses Röntgenbild, welches der behandelnde Arzt für das OP-Konzil übersandte und danach an diesen zurückgesandt wurde, war deshalb auch nicht an den MDK gelangt. Erstmals im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Zeuge die Situation anhand des Bildes geschildert. Gleichzeitig zeigte sich – so der sachverständige Zeuge Z – in der Operation, dass der Femurschaft frakturbedingt proximal trompetenhaft erschien. Es kam daher nicht darauf an, dass beim Ausbau des zementierten Schaftes zudem erwartbar war, dass noch weitere Knochensubstanz verlorengehen würde (zu operationsbedingten Lücken, s.o). So war zwar keine Lücke, aber ein Verlust der Funktion des Knochens bei Beginn der OP gegeben. Eine Prothese konnte dort infolge der Zersetzungsprozesse und des Zuschnitts des Femurs nicht ohne Weiteres Halt finden. Unter Heranziehung eines weiteren, funktionalen Verständnisses des knöchernen Defektes, wie es Prof. Dr. S erläuterte, ist ein solcher Defekt in der Knochenstruktur ein knöcherner Defekt, weil er die Stabilität, damit die Funktion des Knochens selbst, betrifft.

Der Einsatz der modularen Endoprothese erfolgte hier auch an der knöchernen

Defektsituation selbst. Zwar hätte der modulare Teil der Prothese den Defekt, sondern sie wurde verwendet, um die anatomische Achse des Oberschenkels, konkret die mechanische Funktion des Knochens, zu ersetzen, dagegen nicht den Knochen selbst. Dieser war ja nicht zersetzt noch vorhanden. Der Senat entnimmt dies den Erläuterungen des Zeugen Z. Es setzt sich auch hier das weitere funktionale Verständnis eines knöchernen Defektes fort. Die Überbrückung oder Ersetzung erfolgte demgemäß funktional oder mittelbar. Der modulare Teil ersetzt nicht die fehlende Knochenstruktur selbst, denn die Zersetzung wird mit ihm nicht verbessert. Die Situation entspricht aber derjenigen, in der wegen der knöchernen Defektsituation ein Ausbrechen einer anderen, konkret der Standardprothese drohte (dazu oben die Beschreibung von Prof. Dr. S). Genau deshalb erfolgte auch der Einsatz der modularen Endoprothese.

c) Bei Zugrundelegung dieser Überzeugung war die Versorgung mit der streitigen Endoprothese auch wirtschaftlich i.S. des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#), weil die Versorgung mit einer einfacheren Standard-Prothese nicht ausreichte. Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass die Versorgung mit einer einfachen Monoblock-Langschaftprothese genügt hätte (vgl. zu dieser Prüfung: BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 35/18 R](#) –, Rdnr. 21).

Die spezielle Situation der Revisionsprothese, wie sie der Zeuge Z für den Senat nachvollziehbar beschrieb, erforderte den flexiblen Einsatz des modularen Schaftes nebst Aufsteckkopf. Insbesondere die vom MDK thematisierte Nutzung einer Monoblock-Langschaftprothese hätte nicht den gleichen Nutzen für die Versorgung des Patienten erbracht. Es war im Vorhinein nicht bestimmbar, an welcher Stelle der einzuschlagende Schaft Halt im Knochen finden würde. Es musste aber gewährleistet sein, dass der Halskonus anatomisch regelgerecht sitzen würde. Dies gewährleisten die bei der modularen Endoprothese zur Verfügung stehende Mehrzahl von verschiedenen Köpfen auf der Prothese. Außerdem konnte das obere modulare Teil mit dem Kopfkonus noch der Länge nach variiert werden. Darüber hinaus konnte der Drehwinkel des Halses auf dem Femurschaft variiert werden. Bei einer Monoblocklandschaftsprothese wäre das nicht in gleicher Weise gewährleistet gewesen. Die dafür verfügbaren Köpfe waren in der Anzahl und der Größe begrenzt, es gab insgesamt nur fünf. Daraus ergab sich die Schwierigkeit, dass die verfügbaren Köpfe nicht die Länge ergeben hätten, die dann gebraucht wurde, um die notwendige Spannung (im Gelenk) zu erzeugen. Der Zeuge Z hat detailliert berichtet, dass er im Vorgriff auf den Verhandlungstermin sich speziell die vom MDK thematisierte Wagner-Prothese (Monoblock-Langschaftprothese) anhand der bildgebenden Verhältnisse des Patienten S noch einmal angeschaut hat. Im Ergebnis hätte diese Versorgung nicht gereicht, sie hätte fast fünf Zentimeter länger sein müssen, selbst der größte Kopf in Größe XXL mit 12 mm wäre zu klein gewesen, um die notwendige Spannung zu erzeugen.

Die vom MDK aufgeworfenen Zweifel rechtfertigen kein anderes Ergebnis: Aus dem OP-Bericht geht noch hinreichend hervor, dass durch das Ausmeißeln und Ausschlagen des ehemaligen Prothesenschaftes und Entfernung von Granulationsgewebe im Femur sowie der schrittweisen Prozedur (z.B. Nutzung eines

Sondierungsdrahtes im Femur) ein flexibler Einsatz der Prothese erforderlich war. Das Aufbohren erfolgte bis zu einem festen Sitz des Schaftes, es erfolgte eine Probereposition des Probekopfes, dann die Funktionsprobe. Dies belegt eine OP, die hinsichtlich der knöchernen Ausgangssituation unter Unsicherheiten zu erfolgen hatte. Soweit demgegenüber der MDK u.a. in seiner Stellungnahme vom 23. Oktober 2017 der Auffassung ist, die OP-Planung hätte alle möglichen (Standard-)Schaftmodelle prüfen müssen und das passende ermitteln, handelt es sich auch nach Würdigung der Ausführungen des Zeugen im Termin hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit letztlich um Vermutungen. Konkret zu den im Berufungsverfahren vom MDK zur Diskussion gestellten Monoblock-Langschaftprothesen (Zweymüller, Wagner), hat der sachverständige Zeuge Z Stellung genommen. Der eher tastende OP-Verlauf belegt seine Ausführungen, dass prä- oder intraoperativ nicht erkennbar war, in welcher Tiefe der (unzementierte) Schaft die benötigte Stabilität (im angegriffenen Femur) erreichen würde. Es kann insoweit auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Röntgenbilder so zuverlässig Aufschluss über die Länge des benötigten Schaftes geben konnten, dass ein konkreter Monoblock-Langschaft vor der OP zuverlässig hätte berechnet werden können. Darüber hinaus hielt der Operateur auch die Festigkeit der reinen Langschaftprothese im Fall des Patienten für nicht ausreichend (Stellungnahme vom 3. Juni 2015). Dazu nimmt der MDK nicht Stellung.

Der Zinsanspruch der Klägerin entstand erst mit der Verrechnungserklärung seitens der Beklagten am 1. Oktober 2014, da ab diesem Zeitpunkt eine offene und fällige Forderung entstand (§ 18 Abs. 5 Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zu [§ 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), Stand: September 1997). Insoweit war der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts aufzuheben.

Die Kostenentscheidung folgt dem Ergebnis in der Sache ([§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO](#)). Die Änderung der erstinstanzlichen Entscheidung hinsichtlich der Zinsen betraf eine Nebenforderung und rechtfertigte keine Kostenteilung. Auch die Tatsache, dass die Klägerin erst im Termin zur mündlichen Verhandlung mitteilte, dass die elektronische Patientenakte z.B. das vom MDK vermisste präoperative Röntgenbild enthielt und keine ausreichende Dokumentation der präoperativen Planung vorlegen konnte, rechtfertigte keine Belastung mit Kosten. [§ 155 Abs. 4 VwGO](#) ergab keine Kostenlast, da ein Verschulden der Klägerin insoweit nicht nachweisbar ist. Zwar können einem Kläger nach dieser Bestimmung Kosten auferlegt werden, wenn er im Verwaltungsverfahren bei der Sachverhaltsaufklärung nicht mitgewirkt hat. Das hat der Senat hier geprüft. Zugunsten der Klägerin hat er berücksichtigt, dass die Beklagte, vertreten durch den MDK, im vorgerichtlichen Verfahren nach dem präoperativen Röntgenbild nicht gefragt hat, die Klägerin auch nicht ohne Weiteres erkennen konnte, dass ihr Anspruch der Beklagten vor allem im Hinblick auf eine vermisste präoperative Planung nicht stichhaltig erschien. Erst im Berufungsverfahren hat die Beklagte auch nach der Entscheidung des BSG zu den Kodierbestimmungen (2019) nachdrücklich die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit der modularen Endoprothese bestritten.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 14.09.2020

Zuletzt verändert am: 22.12.2024