

B 1 KR 35/18 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG für das Saarland (SAA)
Aktenzeichen
S 1 KR 620/14
Datum
03.11.2015
2. Instanz
LSG für das Saarland
Aktenzeichen
L 2 KR 100/15
Datum
28.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 35/18 R
Datum
08.10.2019
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Krankenhaus durfte 2013 den Zusatzkode für die Implantation einer modularen Hüft-Endoprothese kodieren und ein Zusatzentgelt fordern, wenn bei knöcherner Defektsituation die gelenkbildende Implantatkomponente aus zwei metallenen Modulen und einer die mechanische Bauteilsicherheit herstellenden metallenen Verbindungsschraube bestand und eine wirtschaftlichere Prothesenversorgung aus medizinischen Gründen nicht möglich war.

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 28. Februar 2018 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2579,41 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Das klagende Universitätsklinikum behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte S (im Folgenden: Versicherte) vollstationär (21.2. bis 1.3.2013) wegen einer periprothetischen Fraktur, die eine Schaftlockerung ihrer Hüft-Totalendoprothese verursacht hatte. Der Kläger ersetzte den Femurprothesen-Teil durch eine Endoprothese, bestehend aus Schaft und Hals, verbunden durch eine Schraube (alle Teile aus Metall). Der Kläger kodierte nach dem 2013 geltenden Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 5-829.k (Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf Knochen(teil)ersatz) und forderte von der Beklagten neben der Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2013 (DRG)) I46B (Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne allogene Knochen transplantation) auch das Zusatzentgelt (ZE) 2013-25 (Modulare Endoprothesen; 2579,41 Euro; Rechnung vom 3.4.2014). Die Beklagte lehnte dessen Zahlung ab. Die auf Zahlung von 2579,41 Euro gerichtete Klage hat das SG abgewiesen. Bei der Versicherten habe nicht - wie von OPS 5-829.k gefordert - ein knöcherner Defekt oder ein Knochenteilersatz vorgelegen (Gerichtsbescheid vom 3.11.2015). Das LSG hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Er habe der Versicherten keine aus mindestens drei metallischen Einzelbauteilen an mindestens einer gelenkbildenden Implantatkomponente bestehende modulare Endoprothese implantiert, wie ebenfalls von OPS 5-829.k gefordert. Zu den Einzelbauteilen zählten Hals und Schaft als Module, nicht aber die Verbindungsschraube (Urteil vom 28.2.2018).

3

Die Beteiligten haben sich im Revisionsverfahren dahingehend verglichen, dass die streitige Forderung, falls sie besteht, am 21.4.2014 fällig geworden ist.

4

Der Kläger rügt mit seiner Revision eine Verletzung von [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 und 2 KHEntgG, § 9 Abs 1 Satz 1

Nr 1 und 2 KHEntgG, § 17b Abs 1 KHG, Anlage 6 FPV 2013 iVm OPS 5-829.k und dem nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) geschlossenen Landesvertrag. Er beruft sich auf die Neufassung und Präzisierung des OPS 5-829.k im Vergleich zur 2012 noch geltenden Vorgängerregelung (OPS 5-829.d). Zudem habe das LSG die "knöcherne Defektsituation" festgestellt.

5

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 28. Februar 2018 sowie den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 3. November 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger 2579,41 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 21. April 2014 zu zahlen,

hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 28. Februar 2018 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

6

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

8

Die Revision des Klägers ist im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#)). Das angefochtene LSG-Urteil ist aufzuheben, weil es auf der Verletzung materiellen Rechts beruht und sich nicht aus anderen Gründen als richtig erweist. Der erkennende Senat kann nicht abschließend darüber entscheiden, ob die von dem Kläger im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig erhobene (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs 5 SGG](#); vgl zB BSG SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 7; [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9 mwN; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12) auf Zahlung weiterer 2579,41 Euro nebst Zinsen begründet ist. Der Vergütungsanspruch des Klägers entstand für eine Prothesenversorgung dem Grunde nach; dies ist zwischen den Beteiligten im Übrigen auch nicht streitig (dazu 1.). Das LSG hat aber nicht hinreichende tatsächliche Feststellungen getroffen, um entscheiden zu können, ob der Kläger für die stationäre Behandlung der Versicherten auch das der Klageforderung zugrunde liegende ZE 2013-25 sachlich-rechnerisch abrechnen durfte (dazu 2.) und ob die gewählte Versorgung wirtschaftlich war (dazu 3.). Das LSG wird die hierzu gebotenen Feststellungen nunmehr nachzuholen haben.

9

1. Der Kläger erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem er die Versicherte vom 21.2. bis 1.3.2013 vollstationär mit einer Endoprothese versorgte. Die Zahlungsverpflichtung einer KK 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 iS von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl zB [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 11; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 15; [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13; [BSGE 121, 87](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 54](#), RdNr 20; [BSGE 126, 79](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 30 RdNr 14](#); alle mwN). Diese Voraussetzungen waren nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) hinsichtlich einer Endoprothesenversorgung der Versicherten als solcher - ungeachtet ihrer im Streit verbliebenen, für das Zusatzentgelt relevanten konkreten Ausgestaltung (näher dazu 3.) - erfüllt.

10

2. Der erkennende Senat kann nicht abschließend darüber entscheiden, ob die Klägerin das streitige Zusatzentgelt sachlich-rechnerisch richtig abrechnete. Es fehlen Feststellungen des LSG zu den Voraussetzungen des OPS 5-829.k. Dieser definiert neben OPS 5-829.m das Zusatzentgelt ZE 2013-25 (dazu a). Der Kläger wechselte bei der Versicherten eine Endoprothese am Hüftgelenk (OPS 5-821) und implantierte ihr eine von OPS 5-829.k erfasste modulare Endoprothese (dazu b). Das LSG hat aber - aus seiner Sicht folgerichtig - keine Feststellungen dazu getroffen, dass die vom OPS geforderte "knöcherne Defektsituation" bestand (dazu c).

11

a) Die Vergütung für vollstationäre Behandlung bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem des Klägers grundsätzlich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Nach [§ 1 Abs 1 KHEntgG](#) (hier anzuwenden idF durch Art 2 Nr 2 Buchst a Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.3.2009, [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 [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) iVm [§ 7 KHEntgG](#) (idF durch Art 8 Nr 2

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG) vom 22.12.2010, [BGBl I 2309](#), mWv 1.1.2011) und § 17b KHG (idF durch Art 1 Nr 2 Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz - PsychEntgG) vom 21.7.2012, [BGBl I 1613](#), mWv 1.8.2012). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen (FPV)) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a KHRG) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 11 KHRG) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG (idF durch Art 19 Nr 3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#); vgl zum Ganzen nur [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15, und BSG Urteil vom 9.4.2019 - [B 1 KR 27/18 R](#) - juris RdNr 12, für SozR vorgesehen, stRspr). Maßgebend sind vorliegend die FPV 2013 einschließlich der Anlagen 4 und 6, der vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebene OPS (hier in der Version 2013 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des OPS vom 22.10.2012, BAnz AT vom 31.10.2012 B7, in Kraft getreten am 1.1.2013; zur Grundlage der Rechtsbindung vgl [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24), die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2013 (Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2013 für das G-DRG-System&8206; gemäß § 17b KHG; zu deren normativer Wirkung vgl [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18) sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag für das Saarland ("Vertrag gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Saarländischen Krankenhausgesellschaft eV einerseits und ua dem Verband der Beklagten andererseits vom 10.12.1996).

12

Für die nach Anlage 4 bzw 6 zur FPV 2013 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht vergüteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs 1 KHEntgG. Diese können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den nach § 6 Abs 1 KHEntgG vereinbarten Entgelten abgerechnet werden. Für die in Anlage 4 bzw 6 gekennzeichneten Zusatzentgelte - wie im Fall des ZE 2013-25 - gilt § 15 Abs 2 Satz 3 KHEntgG entsprechend (§ 5 Abs 2 Satz 1 bis 3 FPV 2013). Für diese Zusatzentgelte, die für das Kalenderjahr vereinbart werden, sind die bisher krankenhaushausindividuell vereinbarten Entgelte bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben. Dies gilt nicht, wenn ein bisher krankenhaushausindividuell 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 (§ 15 Abs 2 Satz 3 KHEntgG idF durch Art 2 Nr 14 KHRG).

13

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 erfüllen, 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 (stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 51 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 15; BSG Urteil vom 9.4.2019 - [B 1 KR 27/18 R](#) - juris RdNr 14, für SozR vorgesehen; BSG Urteil vom 30.7.2019 - [B 1 KR 13/18 R](#) - juris RdNr 22, für SozR vorgesehen). Dies gilt sowohl für die Auslegung der DKR als auch für die Auslegung des OPS (stRspr, vgl zB BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 8 RdNr 14; BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 f). 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 beseitigen (vgl zum Ganzen [BSGE 107, 140](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18 mwN; BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr 11](#) RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 18 mwN; [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 51 und Nr 52, jeweils RdNr 13; zur Bundespflegesatzverordnung: BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 14 mwN; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 9 RdNr 14). Dieser Anpassungsmechanismus betrifft auch die Begriffsbestimmungen im OPS. Sie werden erst durch die jährlich abgeschlossene FPV für das Vergütungssystem verbindlich (stRspr, vgl zB [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24; BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12).

14

Das vom Kläger geltend gemachte ZE 2013-25 ist nach dem "Zusatzentgelte-Katalog" gemäß § 5 Abs 2 Satz 1 bis 3 FPV 2013 iVm Anlage 4 der FPV 2013 für "Modulare Endoprothesen" bestimmt. Nach dem Gesamtzusammenhang der bindenden Feststellungen des LSG haben der Kläger und ua die Beklagte dafür ein krankenhaushausindividuelles Entgelt von 2579,41 Euro vereinbart. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Anlage 6 FPV 2013 definiert das ZE 2013-25 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 der Kläger nach dem Gesamtzusammenhang der bindenden Feststellungen des LSG die Femurprothese der Versicherten nicht durch ein patientenindividuell angefertigtes Implantat ersetzte.

15

b) Der Kläger erfüllte mit dem Wechsel einer Endoprothese am Hüftgelenk der Versicherten (Hauptkode OPS 5-821) eine Voraussetzung dafür, den Zusatzkode OPS 5-829.k zu kodieren (dazu aa). Die implantierte Endoprothese erfüllte auch die Voraussetzungen einer modularen Endoprothese iS des OPS 5-829.k (dazu bb).

16

aa) Der Hauptkode 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. Denn OPS 5-829.k ist nach dem ausdrücklichen Hinweis zur Leistungslegende nur ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren. Der Kläger kodierte nach den bindenden Feststellungen des LSG den durchgeführten Prothesenwechsel zu Recht mit OPS 5-821.1 (Wechsel einer Femurkopfprothese; Inkl.: Im Rahmen eines Teilwechsels bei vorhandener Totalendoprothese). Hierbei bedarf es keiner Entscheidung, ob - wie vom Kläger vorgenommen - OPS 5-821.15. (In Totalendoprothese, Sonderprothese) oder OPS 5-821.10 (In Femurkopfprothese, nicht zementiert) oder OPS 5-821.11 (In Femurkopfprothese, zementiert oder n n bez) zu kodieren war, auch wenn viel für OPS 5-821.11 spricht. Alle drei Kodes eröffnen den Weg zum Zusatzkode OPS 5-829.k.

17

bb) 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.

18

Nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG besteht die implantierte Prothese - neben dem nicht berücksichtigungsfähigen Aufsteckkopf (dieser funktional dem Caput femoris entsprechend) - aus drei metallischen Einzelbauteilen an einer gelenkbildenden Implantatkomponente, die in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der Femurendoprothese als Teil-Prothese und damit die Funktionsfähigkeit der vorbestehenden Hüft-Totalendoprothese insgesamt gewährleisten. Die implantierte Femurendoprothese setzt sich zusammen aus zwei metallischen Teilen, die in ihrer Funktion dem distalen Teil des Femur (distaler (Oberschenkel-) Schaft der Prothese) und dem Collum femoris ((Oberschenkel-)Hals der Prothese mit proximaler metaphysärer Komponente) entsprechen. Die beiden Einzelbauteile bilden zusammen mit dem Aufsteckkopf (Caput femoris) und der vorimplantierten künstlichen Hüftpfanne (funktional dem Acetabulum entsprechend) das künstliche Hüftgelenk (Articulatio coxae). 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 Modularkopf) verbunden. Es kommt nach dem klaren Wortlaut des Zusatzkodes auf eine eigenständige modulare Wertigkeit jedes Einzelbauteils der betroffenen Prothese nicht an. Auch metallische Einzelbauteile wie zB 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.

19

Frühere Textstufen des OPS, die regelungstechnisch OPS 5-829.k entsprechen (vgl dazu BSG Beschluss vom 19.12.2017 - [B 1 KR 17/17 B - juris](#)), sind für die Auslegung des im Jahr der Leistungserbringung maßgeblichen OPS unbeachtlich, weil es für die Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte an relevanten Äußerungen der den Normenvertrag jährlich schließenden Vertragspartner fehlt (zT anders die Situation beim EBM; vgl BSG SozR 4-5531 Nr 40100 Nr 1 RdNr 25 mwN; BSG Beschluss vom 17.2.2016 - [B 6 KA 63/15 B - juris](#) RdNr 8 mwN). Es bleibt ihnen im Übrigen unbenommen, Regelungen des Normenvertrags vertraglich mit Wirkung für die Zukunft klarzustellen. Unbeachtlich sind auch "OPS-Änderungsvorschläge" aus den Reihen der KKn, der Kostenträger, des MDK, der Leistungserbringer (Medizincontroller) und sonstiger Dritter sowie beim DIMDI eingeholte Auskünfte zur Auslegung des OPS. Die in der vom Kläger vorgelegten Auskunft des DIMDI vertretene Auffassung (E-Mail vom 13.12.2016) steht im Übrigen im Einklang mit der oben dargestellten Rechtslage. Die Regelung des [§ 301 Abs 2 Satz 4 SGB V](#) bedarf mangels Anwendbarkeit hier keiner Vertiefung.

20

c) Es fehlen Feststellungen des LSG zu der weiteren Voraussetzung des OPS 5-829.k, dass bei der Versicherten eine "knöcherne Defektsituation" bestand und ggf ein Knochen(teil)ersatz erfolgte. Osteoporose und operationsbedingte Resektion eines gelenktragenden Anteils vermögen dabei nach dem ebenfalls normenvertraglich rezipierten OPS-Hinweistext keinen Knochendefekt iS des Zusatzkodes zu begründen. Auch verdeutlicht der Hinweistext, wonach der knöcherne Defekt "an der knöchernen Struktur lokalisiert sein" muss, "an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird", iVm der Leistungslegende des OPS-Kodes ("Endoprothese bei knöcherner Defektsituation"), dass für die Implantation der modularen Endoprothese nicht jegliche knöcherne Defektsituation genügt. Vielmehr muss die modulare Endoprothese die knöcherne Defektsituation kompensieren. Das LSG wird die hierzu erforderlichen Tatsachenfeststellungen nachzuholen haben. Die weitere Frage, ob auch die Implantation einer einfachen Endoprothese möglich gewesen wäre und ausgereicht hätte, betrifft nicht die sachlich-rechnerische Richtigkeit, sondern die Wirtschaftlichkeit (vgl [§ 12 Abs 1 SGB V](#) und dazu II. 3).

21

3. Der erkennende Senat könnte auch nicht abschließend über die Wirtschaftlichkeit des streitigen Zusatzentgelts entscheiden, wenn die modulare Endoprothese eine knöcherne Defektsituation kompensiert haben sollte. Das LSG hat - ausgehend von seiner Rechtsauffassung folgerichtig - auch keine Feststellungen zur Wirtschaftlichkeit der implantierten Prothese getroffen. Die Beklagte zieht diese in Zweifel. Das LSG wird hierzu - wenn die Abrechnung unter Einbeziehung seinen ergänzend zu treffenden Feststellungen sachlich-rechnerisch richtig erfolgte - festzustellen haben, dass die Versicherte Versorgung gerade mit einer modularen Endoprothese aus medizinischen Gründen benötigte, weil die Versorgung mit einer einfachen Endoprothese medizinisch nicht ausreichte. Genügte die Versorgung mit einer einfachen Endoprothese, verletzte die Klägerin das Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs 1 SGB V](#)), wenn sie trotz mangelnder Erforderlichkeit eine höher vergütete modulare Endoprothese implantierte (vgl zB [BSGE 118, 155](#) = SozR 4-2500 § 39 Nr 23, RdNr 14 ff). War hingegen die Versorgung mit einer modularen Endoprothese aus medizinischen Gründen erforderlich, verstieß deren Implantation nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

22

4. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2020-05-07