



Sozialgericht Fulda
Az: S4 KR 92/15

Ausfertigung



Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

der

Klägerin,

Prozessbevollm.: Rechtsanwalt Friedrich Mohr,
Bauerngasse 7, 3. OG, 55116 Mainz,

gegen

die

Beklagte,

hat die 4. Kammer des Sozialgerichts Fulda auf die mündliche Verhandlung vom 2. April 2019 durch den Direktor des Sozialgerichts Dr. Schütz sowie die ehrenamtlichen Richter Günther Brand und Rainer Dietz für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin behandelte in dem von ihr betriebenen _____ die bei der Beklagten krankenversicherte und im Zeitpunkt der Aufnahme 77 Jahre alte

(im Folgenden nur: Versicherte) in der Zeit vom 18. bis 23. Oktober 2014 im Rahmen eines stationären Aufenthalts wegen einer Spinalkanalstenose. Hierbei kam es zu einem operativen Eingriff durch den Zeugen Dr. _____, in dessen Rahmen dieser zunächst eine Entlastung des Spinalkanals herbeiführte. Sodann lagerte er die im Rahmen des vorherigen operativen Vorgehens gewonnenen knöchernen „Stanzenchips“ wegen einer von ihm intraoperativ festgestellten Instabilität der Wirbelsäule im Bereich der LWK 2 bis 5 an den Wirbelkörpern an, um auf diese Weise eine Versteifung der Wirbelkörper zu erreichen. Zur Abbildung dieses Vorgangs kodierte die Klägerin die Prozedur OPS 5-836.32 *Spondylodese: 3 bis 5 Segmente*.

Mit Datum vom 7. November 2014 stellte die Klägerin der Beklagten für diese Behandlung auf der Basis der DRG I09C einen Gesamtbetrag von 14.594,06 EUR in Rechnung. Die Beklagte glich den Rechnungsbetrag zunächst aus, verrechnete aber später einen Teilbetrag in Höhe der hiesigen Klageforderung mit einer anderen Vergütungsforderung der Klägerin. Dies basierte auf der Einschätzung des von der Beklagten beauftragten MDK, dass der OPS 5-836.32 nicht habe verschlüsselt werden dürfen, da eine entsprechende Prozedur durch den Operationsbericht nicht belegt werde.

Mit Schriftsatz vom 22. Mai 2015, der am 27. Mai 2015 bei dem Sozialgericht Fulda eingegangen ist, hat die Klägerin Klage erhoben und verfolgt ihr Vergütungsbegehren weiter. Zur Begründung führt sie aus, dass die Voraussetzungen des streitgegenständlichen OPS sehr wohl erfüllt gewesen seien durch die angewandte Operationstechnik.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 8.160,88 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf die Einschätzung des MDK und führt sodann unter Bezugnahme auf eine weitere eingeholte Stellungnahme des MDK aus, dass schon die Indikation für eine Versteifung der Wirbelsäule nicht erkennbar sei, da eine, wie vom Zeugen *Dr.* im Operationsbericht niedergelegt, „diskrete Segmentinstabilität“ intraoperativ gar nicht festgestellt werden könne. Hierzu hätte es vielmehr einer bildgebenden Diagnostik bedurft. Zudem hätte nachträglich eine Immobilisierung der Versicherten stattfinden müssen.

Das Behandlungsziel einer Spondylodese sei die knöcherne Durchbauung der operierten Segmente; um dieses zu erreichen, sei zunächst die Entfernung von Bindegewebe aus den entsprechenden Räumen erforderlich, damit die Durchbauung von Knochen zu Knochen stattfinden könne. Ferner müssten die zu funktionierenden Knochenanteile postoperativ ruhig gestellt werden, da andernfalls die Durchbauung höchstwahrscheinlich nicht erfolge und es zu Pseudoarthrose komme. Eine solche Ruhigstellung sei hier nicht erfolgt.

Das Gericht hat zunächst Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Gutachtens des Sachverständigen *Dr.*, das dieser unter dem 21. Juli 2017 erstattet hat. Darin führt der Sachverständige aus, dass eine „Spondylodese, also eine wirksame Versteifung der betroffenen Segmente“ durch das reine Anlagieren der bei der Dekompression gewonnenen knöchernen „Stanzenchips“ nicht erreicht werden könne. Dies sei zudem auch nicht indiziert gewesen. Die zur Feststellung einer entsprechenden Indikation erforderliche Diagnostik lasse sich aus der Krankenakte nicht entnehmen. Wie der Zeuge *Dr.* die von ihm angenommene diskrete Segmentinstabilität festgestellt habe, lasse sich dem Operationsbericht nicht entnehmen.

Hätte eine massive Spondylarthrose vorgelegen, hätte diese durch Resektion der Facettengelenke und Stabilisierung der Segmente mit einem Schrauben-Stab-System mit Anlagieren von Knochen behandelt „gehört“, was zur Ausbildung einer Spondylodese geführt hätte.

Ginge man von einer entsprechenden ausreichenden Instabilität von 3 - 5 Wirbelsäulensegmenten sei der OPS jedoch auch ohne die Implantation eines Fremdmaterials kodierbar gewesen.

Dem ist die Klägerin unter dem 19. Dezember 2019 entgegengetreten. Sie führt aus, dass nicht nachvollzogen werden könne, wie der Sachverständige zu dem Ergebnis gelange, dass zwingend ein Schrauben-Stab-System zur Versteifung der Wirbelsäulensegmente erforderlich gewesen sei. Dies widerspreche der klinischen Erfahrung des klägerischen Krankenhauses, in dem jährlich bis zu 2.000 Wirbelsäuleneingriffe vorgenommen würden. Richtig sei zwar, dass instrumentelle Maßnahmen mit einer höheren Primärinstabilität, diese jedoch mit dem Risiko einer Anschlussinstabilität einhergingen und zudem eine bedeutend höhere Rate an Re-Operationen aufwiesen. Das vom Zeugen Dr. [Name] vorgenommene Verfahren sei sehr wohl wissenschaftlich fundiert; eine neuere Arbeit belege Fusionsraten bis zu 97 % bei nichtinstrumentiertem Vorgehen.

Selbstverständlich sei auch intraoperativ eine entsprechende Instabilität der Wirbelsäulensegmente erkennbar. Dass das zur entsprechenden Feststellung erforderliche Vorgehen des Operateurs im Operationsbericht nicht explizit beschrieben werde, ändere hieran nichts.

Das Gericht hat sodann weiter Beweis erhoben durch mündliche Anhörung des Sachverständigen PD Dr. [Name], sowie die Einvernahme des Operateurs Dr. [Name] als sachverständigem Zeugen.

Der Sachverständige Dr. [Name] führt insoweit im Wesentlichen aus, dass eine wissenschaftliche Review über Untersuchungen der Jahre 2000 bis 2015 bei nicht instrumentierten Versteifungen Fusionsraten von durchschnittlich 72,2 % erreicht würden. Diese Rate sei klar niedriger als bei instrumentellen Fusionsversuchen, die jedoch eine höhere Komplikationsrate aufwiesen.

Im Hinblick auf solche Indikationen, die zu einer Schrauben-Stab- oder anderweitigen Versteifung führen könnten, müsse eine pathologische Beweglichkeit der Wirbelkörper vorliegen, die in Funktionsaufnahmen festgestellt werde, zudem etwa auch hochgradige Listhesen sowie Deformitäten bestimmter Ausprägung. Solche seien für den vorliegenden Fall bei der Versicherten nicht dokumentiert.

Soweit im Vorgutachten des Sachverständigen Dr. [Name] beschrieben worden sei, dass man die Instabilitäten nur durch entsprechende Aufnahmen hätte feststellen können, so sei dies allerdings nicht zwingend; vielmehr könne man auch intraoperativ feststellen, ob eine Instabilität vorliegt. Intraoperativ lasse sich dies etwa im Vergleich zu Voraufnahmen feststellen, wenn ein zuvor kollabiertes Bandscheibenfach dann doch „aufklappe“; man könne auch etwa durch Bewegung der einzelnen Wirbel feststellen, ob

hier eine vermehrte Beweglichkeit bestehe. Weiterhin könne man dies auch feststellen, wenn man als Operateur etwa „beim Stanzen“ merke, dass eine solche Beweglichkeit vorliegt. Wenn dann der Operateur eine Instabilität feststelle und zuvor eine Dekompression in drei Segmenten stattgefunden hat, sei es durchaus angezeigt, so vorzugehen.

Begrifflich sei das Wort „Spondylodese“ unklar. Man könne es entweder so verstehen, dass man eine bestimmte Prozedur vornimmt, etwa Metall einbringt, um die Wirbelkörper zu verbinden. Dies bedeute aber nicht automatisch, dass es auch zu einer biologischen Fusion der Wirbelkörper komme, indem sie zusammenwachsen. Dies seien unterschiedliche Begriffe und man müsse klären, wie dieser im OPS zu verstehen sei. Nach seiner

; Einschätzung könne der entsprechende OPS dann kodiert werden, wenn man entsprechend alle Maßnahmen getroffen hat, die zu einer Fusion der Segmente führen können. Selbst bei Einbringung eines Schrauben-Stab-Systems oder anderer Instrumente müsse man zusätzlich Knochen oder künstliches Gewebe einbringen, um die biologische Fusion zu fördern.

Es sei auch richtig, dass etwa das Einbringen eines Stabes, mit dem dann Wirbelkörper verschraubt werden, als Spondylodese bezeichnet wird. Dann handele es sich um eine Beschreibung des Vorgangs. Eine eigentliche Spondylodese nach seinem Begriffsverständnis liegt aber erst dann vor, wenn die Wirbelkörper tatsächlich biologisch fusioniert sind. Allerdings trete bei Einbringen etwa eines Schrauben-Stab-Systems eine primäre Stabilität unmittelbar eintritt.

Der Operateur des streitgegenständlichen Eingriff, Dr. | hat Folgendes dargelegt:

Die Versicherte sei nach einer früheren Behandlung mit erhöhten Beschwerden vorstellig geworden, habe aber die Einbringung eines Schrauben-Stab-Systems abgelehnt. Gemeinsam habe man sich dann zur vorgenommenen Operation mit dem Ziel einer Dekompression entschlossen; er als Operateur habe aber auch die Option einer instrumentellen Versteifung erwogen, sofern sich intraoperativ ein besonderes Ausmaß einer Instabilität der Wirbelsäule zeige. Dies habe sich dann aber so nicht dargestellt, vielmehr sei eine nicht instrumentelle Versteifung ausreichend gewesen. Nach seinem Begriffsverständnis beschreibe der Begriff der „Spondylodese“ eine Vorgehensweise, die das Ziel habe, dass eine knöcherne Verwachsung der Wirbelkörper eintrete. Dies könne man mit der alleinigen Einbringung eines Schrauben-Stab-Systems selbst noch nicht erreichen. Erst mit dem Abschluss der Operation beginne der entsprechende Heilungsprozess, der dann zur Fusion der Wirbelkörper führe.

Soweit der Sachverständige Dr. eine in Deutschland herrschende Lehrmeinung beschrieben habe, die eine instrumentelle Versteifung bevorzuge, so sei dem nicht zu widersprechen. Er selbst habe eine weitergehende Versteifung präferiert, die aber von der Versicherten abgelehnt worden sei.

Im Operationsbericht habe er von einer „diskreten Segmentinstabilität“ gesprochen, weil diese noch nicht dazu geführt habe, eine instrumentelle Fusion vorzunehmen.

Im Hinblick auf eine Immobilisierung müsse gesagt werden, dass etwa ein Korsett zu keinen besseren Resultaten bei den Patienten führe. Zudem könnten damit nicht gezielt bestimmte Wirbelkörperregionen ruhig gestellt werden. Insgesamt werde im klägerischen Krankenhaus keine Immobilisierung vorgenommen. Es habe nämlich gezeigt werden können, dass Patienten dann eher zu einer zurückhaltenden Bewegung neigten, was insgesamt schlechtere Resultate hervorbringe.

Hierzu hat abschließend der Sachverständige Dr. ausgeführt:

„Nach den Darstellungen des Zeugen kann ich nur mehr nachvollziehen, wie es zur Anwendung der vorliegenden Methode gekommen ist. Insbesondere wenn die betroffene Patientin die Anwendung eines Schrauben-Stab-Systems ablehnt, ist es naheliegend, dies dann zu versuchen, da es ja durchaus zum Erfolg führen kann; zudem ist es nicht mit einem deutlich höheren Aufwand und einer deutlich höheren Belastung der Patientin verbunden. Im Hinblick auf die Frage der Immobilisierung nach einer Operation muss ich sagen, dass mir bei der nicht-instrumentellen Versteifung die entsprechende Erfahrung fehlt. Theoretisch würde eine Immobilisierung allerdings Sinn machen.“

Wegen des Vorbringens der Beteiligten sowie im Hinblick auf das Ergebnis der Beweisaufnahme im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie das vorbezeichnete Gutachten sowie das Sitzungsprotokoll vom 2. April 2019 verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist nicht begründet; die Klägerin hat keinen Anspruch auf die geltend gemachte weitere Vergütung.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 S.3 SGB V i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 KHEntgG sowie der Vertrag über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V für das Land Hessen. Nach Rechtsprechung des BSG in früheren Jahren entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1, BSGE 90, 1, 2 = SozR 3.2500 § 112 Nr. 3). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i. S. des § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird. Die Höhe der einem Krankenhaus zustehenden Vergütung wird durch die abzurechnende DRG (Fallpauschale) bestimmt, die wiederum von den zu kodierenden Diagnosen und Prozeduren abhängig ist (zu den Einzelheiten s. BSG, SozR 4-2500 § 109 Nr. 11, sowie Urteil v. 25.11.2010 – B 3 KR 4/10 R – juris Rn. 13).

1. Zunächst ist die Kammer entgegen der Auffassung der Beklagten sowie des MDK sehr wohl zu der Überzeugung gelangt, dass die von dem Zeugen Dr. [Name] vorgenommene Anlagerung von Knochenmaterial an die Wirbelkörper eine „Spondylodese“ im Sinne des OPS 5-836 darstellt. Dies hatte im Übrigen bereits der Sachverständige Dr. [Name] im schriftlichen Gutachten vom 21. Juli 2017 so vertreten, als er ausführte, dass auch „ohne Implantation eines Fremdmaterials die Voraussetzungen für die Kodierung“ des OPS vorgelegen hätten.

Demgegenüber hat der Sachverständige Dr. [Name] zwar in der Tat ein unklares Begriffsverständnis bezüglich des Begriffs der „Spondylodese“ unter Medizinern beschrieben. Zunächst kann darunter die tatsächliche knöcherne Verwachsung von Wirbelkörpern verstanden werden; dies scheidet hier schon deshalb aus, weil dann die Kodierung eines Behandlungsfalles erst Monate nach einem Eingriff erfolgen könnte, wenn eine solche Zeit erfordernde Verwachsung stattgefunden haben und geprüft worden sein kann. Dies

wäre mit dem System der Behandlungsabrechnung nach dem KHEntgG unvereinbar und würde zudem die nicht erzwingbar Einwilligung des betroffenen Patienten zu einer solchen „Prüfungsuntersuchung“ voraussetzen.

Im Übrigen kann der Begriff auch auf das „reine“ operative Vorgehen beschränkt werden, das abstrakt geeignet ist, letztlich zu einer solchen biologischen Verwachsung zu führen. Gleichsam als „dazwischen“ liegendes Verständnis wäre auch möglich, nicht eine tatsächliche knöcherne Verwachsung der Wirbelkörper vorauszusetzen, aber zumindest eine andere primäre Verbindung der Wirbelkörper, die nur durch Einbringung von Instrumenten wie einem Schrauben-Stab-System zu erreichen wäre.

a) Es kann offenbleiben, wie der Begriff der „Spondylodese“ im medizinischen Sprachgebrauch generaliter zu verstehen ist. Jedenfalls im Sinne des OPS 5-836 genügt nach Auffassung der Kammer hierfür die Anlagerung von Knochenmaterial, wie es der Zeuge Dr.

im Rahmen der streitgegenständlichen Operation vorgenommen hat. Dies ergibt sich neben der zitierten Einschätzung des Sachverständigen Dr. auch aus der Begriffsdefinition, wie sie zu diesem Schlagwort im *Pschyrembel*, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage 2004, niedergelegt ist. Hiernach ist eine Spondylodese eine „op. Versteifung best. Wirbelsäulensegmente durch Anfrischen der kleinen Wirbelgelenke u. autoplast. Spongiosaanlagerung od. durch interne Fixation mit Metallstäben“ (Hervorh. nicht im Original). Insofern werden die Spongiosaanlagerung einerseits und die Einbringung von Fremdmaterial andererseits als alternative Vorgehensweise beschrieben, die beide den Begriff der Spondylodese erfüllen.

Weiterhin spricht die diesbezügliche Systematik des OPS dafür, dass es für die Kodierung einer Spondylodese im Sinne des OPS 5-836 gerade keiner instrumentellen Versteifung durch Einbringung etwa eines Schrauben-Stab-Systems bedarf.

aa) Dies gilt bereits für das Jahr 2014. Der OPS hat hier (bereits) folgenden Wortlaut (Hervorh. im Original):

„5-836 Spondylodese

(...)

Hinw.: Die Entnahme eines Knochenspanes ist gesondert zu kodieren (5-783)

Eine durchgeführte Osteosynthese oder eine dynamische Stabilisierung sind gesondert zu kodieren (5-83b ff.)

Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-

835 ff.)

Ein zusätzlich durchgeführter Wirbelkörperersatz durch Implantat oder durch sonstige Materialien ist gesondert zu kodieren (5-837.0 ff., 5-837.a ff.)“

Nach dem zitierten Hinweis zum OPS ist „Eine“ durchgeführte Osteosynthese oder eine dynamische Stabilisierung gesondert zu kodieren; dies lässt sich nur dahingehend interpretieren, dass es für die Kodierung des OPS 5-836 keineswegs zwingend einer solchen Osteosynthese bedarf, sonst hätte der bestimmte Artikel „Die“ Verwendung finden müssen.

Zudem verweist der Hinweis bezüglich der Osteosynthese auf die zusätzliche Kodierung des OPS 5-83b. Dieser lautet (2014) (Hervorh. im Original):

„5-83b Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule

(...)

Hinw.: Die methodenbedingte temporäre Fixation von Wirbelsegmenten ist im Kode enthalten

Bei Kombinationen von unter 5-83b genannten Verfahren während eines Eingriffs sind alle Komponenten einzeln zu kodieren

Eine zusätzlich durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren (5-836 ff.)

(...)

Die Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen) ist gesondert zu kodieren (5-835.9)

Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-835.a ff., 5-835.b ff., 5-835.c ff., 5-835.d ff., 5-835.e ff.)

(...)

(...)

5-83b.5** Durch Schrauben-Stab-System“

Hier findet sich also der Hinweis: „Eine zusätzlich durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren (5-836 ff.)“ (Hervorhebung nicht im Original). Diese Formulierung macht nur dann Sinn, wenn die Osteosynthese selbst nicht die Spondylodese darstellt, denn andernfalls wäre es keine „zusätzlich“ durchgeführte, sondern die Verschraubung durch ein Schrauben-Stab-System wäre selbst schon die Spondylodese.

Daher ist das Begriffsverständnis, wie es die Beklagte in Übereinstimmung mit dem MDK geltend macht, mit dem OPS unvereinbar.

bb) Dies wird auch durch die ab 2019 vorgenommene Änderung des OPS 5-836 deutlich. Ihm wurde folgender Hinweis angefügt:

„Eine Spondylodese liegt nur bei Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten vor, nicht bei alleiniger Instrumentierung oder Osteosynthese (5-83b ff.)“

Dies macht zunächst für sich genommen schon deutlich, dass eine alleinige Osteosynthese bzw. eine instrumentelle Verbindung von Wirbelkörpern gerade keine Spondylodese im Sinne des OPS darstellt. Dies korrespondiert mit den Darlegungen des Sachverständigen Dr. [Name], der ausgeführt hat, dass eine biologische Verwachsung von Wirbelkörpern grundsätzlich die Einlagerung von Knochenmaterial erfordert.

Vor allem aber wird dieses Auslegungsergebnis deutlich, wenn man die Begründung für den Antrag auf die entsprechende Änderung des OPS heranzieht. Diese geht zurück auf einen Antrag der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft, inhaltlich verantwortet durch den Medizincontroller [Name], Murnau. Zur Begründung der Änderung des Hinweises wird ausgeführt:

„Unter 5-83b-Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule ist in den Hinweisen Folgendes dargestellt:

Die durch eine Osteosynthese bedingte Fixation von Wirbelsegmenten ist im Kode enthalten, nur eine zusätzlich mit Knochen oder Knochenersatzmaterialien durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren

Hierdurch wird klar gestellt, dass eine reine Instrumentierung/Osteosynthese keine Spondylodese darstellt, sondern hierfür die Anlagerung von Knochen- oder Knochenersatzmaterialien im Bereich der Wirbelsäulengelenke/Wirbelkörperzwischenräumen notwendig ist. Dieser Hinweis ist aber unter 5-836 nicht gegeben, bzw. alleine auf die Kodierung der Art des Knochen(ersatz)materials beschränkt.

So kommt es weiterhin zur Fehlkodierung, da die Definition einer Spondylodese an dieser Stelle nicht klarr gestellt ist. Zudem ist das Wort 'zusätzliche' in 'Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochen-
transplantaten ist gesondert zu kodieren (5-835 ff.)' irreführend, da dies suggeriert, dass eine Spondylodese auch mit anderen Materialien herbeigeführt werden kann. Es wird aber nie 'zusätzlich' Knochenersatzmaterialien oder Knochen-
transplantaten eingebracht, da dies ja Grundvoraussetzung einer Spondylodese darstellt. Zur Klarstellung sollte die Präzisierung des Hinweises vorgenommen werden.“

Hieraus wird deutlich, dass die Einbringung von Knochenersatzmaterialien oder Knochen-
transplantaten sowohl notwendige wie auch hinreichende Voraussetzung für die Kodierung einer Spondylodese (OPS 5-836) sein soll. Wie der Änderungsantrag klar-
macht, geht es bei seiner Umsetzung nicht darum, eine neue Situation zu schaffen, son-
dern Fehlverständnisse in der Vergangenheit im Hinblick auf das Begriffsverständnis der Spondylodese, wie sie hier auch der Beklagten und dem MDK unterlaufen sind, auszu-
räumen. Daher kann diese Begründung, der das DIMDI offensichtlich gefolgt ist, auch für die Interpretation des OPS für das Jahr 2014 herangezogen werden.

2. Daher kommt es insoweit nicht darauf an, ob die alleinige Einbringung der Stanzen-
chips, wie vom Zeugen Dr. vorgenommen, geeignet war, eine tatsächliche (biolo-
gische) Verwachsung der Wirbelkörper herbeizuführen oder hierzu stets auch Fremdma-
terialien eingebracht werden müssen, wie die Beklagte behauptet. Jedenfalls für eine Spondylodese im Sinne des OPS 5-836 ist Letzteres nicht erforderlich (nicht einmal aus-
reichend). Insofern braucht es auch keiner weiteren Bewertung durch die Kammer, ob die von dem Sachverständigen Dr. referierten (biologischen) Fusionsraten von nur knapp über 72 % – als Durchschnittswerte – diese Methode als medizinisch zweifelhaft erscheinen lassen. Nur ergänzend sei insoweit darauf verwiesen, dass
High Lumbar noninstrumented fusion rates using lamina autograft an Nanoss/bone marrow aspirate, Surgical Neurology International, Juli 2017, nach knapp fünf Monaten in postoperativen Röntgen-/CT-Untersuchungen bei 57 von 59 Patienten, also 97 %, eine Fusion der Wirbelkörper berichtet.

Ebenso wenig bedarf es näherer Ausführungen dazu, ob und in welchem Ausmaß nach einem entsprechenden Eingriff der Immobilisierung des jeweiligen Patienten, hier also der Versicherten, bedurft hätte. Die Spondylodese ist erfolgt und erfüllt damit den OPS 5-836, ohne dass es auf das nachfolgende therapeutische Vorgehen ankommt, das nicht Definitionsbestandteil der Prozedur nach dem OPS ist.

3. Allerdings hat sich die Kammer nicht die notwendige Überzeugung davon verschaffen können, dass die Spondylodese angesichts des Krankheitszustandes der Versicherten medizinisch erforderlich war (§ 39 SGB V). Dies wäre jedoch für Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch der Klägerin. Klarstellend weist die Kammer darauf hin, dass sie keinerlei Zweifel daran hat, dass der Zeuge Dr. . . . subjektiv die notwendige ärztliche Überzeugung besaß, dass die von ihm vorgenommene, nachdem zuvor Dargestellten auch ohne Weiteres der ärztlichen Kunst entsprechende Prozedur zu Gunsten der Versicherten medizinisch veranlasst war. Die für die Kammer notwendige „objektivierte“ Überzeugung konnte diese allein aus seiner gerichtlichen Aussage nicht gewinnen. Weitere Belege der für die Spondylodese notwendigen Indikation einer erforderlichen Instabilität finden sich (mit Ausnahme der ebenfalls von Dr. . . . im Operationsbericht beschriebenen „diskreten Instabilität“) nicht. Dies reicht zu Überzeugung der Kammer nicht aus.

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 1 VwGO i.V.m. § 197a SGG.

R e c h t s m i t t e l b e l e h r u n g

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.
Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

**Hessischen Landessozialgericht, Steubenplatz 14, 64293 Darmstadt
(FAX-Nr. (0 61 51) 80 43 50)**

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

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

**Sozialgericht Fulda, Am Hopfengarten 3, 36037 Fulda
(FAX-Nr. (0661) 924-2530),**

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird

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 oder