

Aktenzeichen:
S 6 KR 186/09



Verkündet am: 30.03.2011

gez. Keßelheim
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

SOZIALGERICHT KOBLENZ

IM NAMEN DES VOLKES URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

- Beklagte -

hat die 6. Kammer des Sozialgerichts Koblenz auf die mündliche Verhandlung
vom 30.03.2011 durch

den Richter am Sozialgericht Zimmermann,
die ehrenamtliche Richterin Schmitz,
den ehrenamtlichen Richter Landsberg

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 2.108,78 € nebst 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 24.10.2008 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin sowie die Verfahrenskosten.
3. Der Streitwert wird auf 2.108,78 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Höhe des Anspruches auf Kostenerstattung der Klägerin für eine Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin der

Die bei der Beklagten versicherte E befand sich zur stationären Behandlung in der Zeit vom 23.07.2008 bis zur Entlassung am 12.08.2008 im Krankenhaus. Die stationäre Behandlung war aufgrund einer ärztlichen Verordnung des Arztes für Orthopädie und Chirotherapie Dr. , wegen der Diagnosen

Gonarthrose rechts, Zustand nach Arthroskopie Narkosemobilisation mit Katheter

durchgeführt worden.

Zunächst wurde die Versicherte auf der Abteilung für Chirurgie behandelt. Dort wurde eine Narkosemobilisation des rechten Kniegelenkes durchgeführt. Auch wurde ein Periduralkatheter gelegt und weiterführende Motorschienenmobilisationen durchgeführt.

Nach Entfernung des Periduralkatheters am 28.07.2008 wurde die Versicherte in die Abteilung für konservative Orthopädie verlegt, dort wurden weiterführende Therapien durchgeführt.

Nach Abschluss der stationären Behandlung hat die Klägerin der Beklagten den stationären Aufenthalt mit Rechnung vom 02.10.2008 in Rechnung gestellt. Hierbei war die Abrechnung nach der DRG-Ziffer I71Z vorgenommen worden.

Hinsichtlich der Abrechenbarkeit der geltend gemachten DRG schaltete die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) ein.

Nachdem dieser feststellte, dass hinsichtlich der geltend gemachten OPS 8-977 eine Begutachtung durch Begehung im Krankenhaus notwendig sei, führte die Ärztin im MDK Dr. eine solche am 16.02.2009 am M

mit Erörterung durch den Medizinkontroller durch. Abschließend stellte sie fest, die Notwendigkeit der stationären Behandlung sei medizinisch nachvollziehbar, dagegen die Verweildauer nicht in ihrer gesamten Länge. Auch sei die Prozedur nicht korrekt codiert. An Diagnostik sei eine Wirbelsäulenoptrimetrie (3D-Verfahren) durchgeführt worden. Es handele sich um eine statische Abbildung und entspreche nicht der Funktionsdiagnostik, wie sie im OPS 8-977 gefordert werde.

Das entsprechende Ergebnis der Feststellungen des MDK teilte die Beklagte der Klägerin sodann mit.

Nachdem zuvor seitens der Beklagten bezüglich des geltend gemachten Rechnungsbetrages von 4.478,64 € unter Berücksichtigung der Zuzahlung von 210,00 € der seitens der Beklagten als zutreffend erachtete Rechnungsbetrag der Klägerin bezahlt worden war, erhob diese wegen des noch offenen Betrages in Höhe von 2.108,78 € am 07.05.2009 die Leistungsklage.

Die Klägerin macht unter Vorlage zahlreicher Unterlagen und insbesondere von Stellungnahmen des Chefarztes Dr. geltend, die Gesamtdauer der

stationären Behandlung sei notwendig gewesen. Die Durchführung des OPS 8-977 sei in seiner Ausführung nicht an einer bestimmte Fachabteilung eines Krankenhauses gebunden. Vielmehr werde dieser OPS durch das Krankenhaus, und nicht durch eine bestimmte Fachabteilung durchgeführt und auch abgerechnet. Der OPS 8-977 verlange ausdrücklich nicht, dass bestimmte Verfahren, seien es die diagnostischen oder auch die therapeutischen zu einem bestimmten Zeitpunkt durchgeführt werden müssen. Wichtig sei, dass die Verfahren als solche im Rahmen der stationären Behandlung durchgeführt werden. Im Rahmen des gesamten stationären Aufenthaltes der Versicherten seien sämtliche diagnostischen und therapeutisch geforderten Verfahren aus dem OPS 8-977 durchgeführt worden. Aufgrund der Knieteilsteifigkeit sei auch eine Optrimetrie der Wirbelsäule durchgeführt worden, um gegebenenfalls eine Beinlängendifferenz auszugleichen und weitere Therapien bezüglich der Wirbelsäule in die Wege zu leiten. Da bei der Versicherten eine Beinlängendifferenz nicht festgestellt wurde, sei diesbezüglich keine besondere Therapie notwendig geworden. Eine solche werde auch nicht von dieser OPS gefordert.

Nach Entfernung des Periduralkatheters und der zuvor schon geplanten Verlegung in die konservative Orthopädie seien neben den diagnostischen Verfahren insbesondere auch die Motorschiene eingesetzt worden. All dies sei auch in der Krankenakte dokumentiert.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.108,78 € nebst 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 24.10.2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie macht geltend, ausweislich der Krankenakte seien Mobilisationszeiten auf der Bewegungsschiene nicht dokumentiert. Lediglich in der Pflegedokumentation sei vermerkt, dass die Bewegungsschiene der Versicherten zur Verfügung gestellt worden sei.

Es sei auch gerade nicht unbedeutend, in welcher Abteilung und wann die für die Abrechnung der OPS 8-977 erforderlichen Maßnahmen erbracht werden. Der OPS sehe eine Mindestverweildauer von 12 Tagen vor und dabei u. a. die gleichzeitige Anwendung von fünf diagnostischen Verfahren, eine Verteilung der verschiedenen Maßnahmen auf verschiedenen Abteilung sei sicherlich nicht geeignet, um ein Zusatzentgelte abzurechnen, zumal nach der Argumentation der Klägerin dann die erforderlichen 12 Tage aus einem tatsächlich längeren Aufenthalt zusammengerechnet würden. Sinn und Zweck einer Komplexpauschale sei, dass Qualität, die unter den sehr einschränkenden Voraussetzungen der OPS erbracht werde, und dem damit eingehenden Ressourcenverbrauch für das Krankenhaus, auch mit einer höheren Vergütung honoriert werden soll. Es sei zwar zutreffend, dass der Wortlaut der OPS keine Information darüber enthalte, auf welcher Abteilung die einzelnen Behandlungsmaßnahmen zu erbringen sind. Aus der Stellung der OPS im Rahmen der Abrechnung heraus werde bei der Verschlüsselung des OPS 8-977 im Rahmen der DRG der I-Schlüssel der Fachabteilung Orthopädie zugeordnet. Teile des geltend gemachten OPS seien aber vorher auf der chirurgischen Station erbracht worden.

Es sei auch kein Nachweis für die Durchführung einer Psychotherapie erbracht.

Das Gericht hat eine Begutachtung nach Aktenlage durch den Arzt für Orthopädie und Leiter der fachärztlichen Untersuchungsstelle sowie Oberarzt der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. K , veranlasst. Der Sachverständige hat in Kenntnis der Krankenakte abschließend festgestellt, anhand der Unterlagen sei nicht nachvollziehbar zu belegen, dass am 07.08.2008 erkennbar eine so weitgehende Stabilisierung der Verhältnisse eingetreten war, dass eine Entlassung hätte erfolgen können. Es sei zwar bei der Betrachtung ex post durch den MDK richtig, dass zu dieser Zeit

lediglich noch eine orale Schmerzmedikation durchgeführt worden ist und für den 08.08.2008 nur noch Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie, Elektrotherapie sowie Lymphdrainage neben der Behandlung auf der Bewegungsschiene im Bett erfolgt ist. Die Fortführung der stationären Behandlung über den 07.08.2008 hinaus bis zur tatsächlichen Entlassung am 12.08.2008 sei aber medizinisch geboten gewesen. Bei einer Entlassung am Donnerstag wäre letztlich die mobilisierende Behandlung auf der Bewegungsschiene sowohl für Freitag, als auch Samstag und Sonntag vollständig entfallen. Eine solche Entlassung hätte den Behandlungserfolg aber grob gefährdet. Dem behandelnden Krankenhausarzt habe es am 07.08.2008 klar sein müssen, dass eine sichere Stabilisation der Verhältnisse noch nicht eingetreten war.

Weiter hat der Sachverständige ausgeführt, eine neuro-orthopädische Strukturdiagnostik sowie manual-medizinische Funktionsdiagnostik sei dokumentiert. Auch eine Schmerzdiagnostik sowie eine psycho-diagnostische Untersuchung sei zumindest im Ansatz durchgeführt worden. Selbstverständlich könne die Optrimetrie als funktionsanalytische Vermessung der Wirbelsäule herangezogen werden. Nicht erkennbar sei aber, warum eine solche Vermessung der Wirbelsäule überhaupt erfolgt ist. Konsequenzen aus der optrimetrischen Vermessung seien auch nicht gezogen worden.

Hinsichtlich der Behandlungsverfahren sei eine Psychotherapie nicht durchgeführt worden. Dagegen seien krankengymnastisch mobilisierende Behandlungstechniken als manuelle Medizin sowie auch Reflextherapien durchgeführt worden. Dies gelte auch für eine Schmerztherapie. Allerdings sei die Periduralkatheteranwendung in der Zeit vom 23.07.2008 bis zum 28.07.2008 vorgenommen worden, mithin in einem Zeitraum vor Beginn der stationären konservativen orthopädischen Behandlung.

Die Therapiedichte von mindestens 30 aktiven und passiven Einzelleistungen lasse sich dann nachvollziehen, wenn mehrmals täglich als passive Einzelleistung die Bewegungsschiene an den jeweiligen Tagen des stationären Aufenthaltes zum Einsatz kam. Diesbezüglich fehle die nachvollziehbare Dokumentation. Die Vor-

aussetzungen für die Anerkennung des OPS 8-977 seien nicht zweifelsfrei nachzuvollziehen.

Des Weiteren hat das Gericht hinsichtlich der Fragestellung, ob es auf eine gleichzeitige Anwendung der Diagnostiken und Behandlungen in einer bestimmten Fachabteilung ankomme bzw. ob es diesbezüglich ausreiche, wenn diese Diagnostiken und Behandlungen während des stationären Aufenthaltes im Krankenhaus an sich durchgeführt und angewandt wurden, eine Stellungnahme des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, Köln, eingeholt. Wegen der Antwort wird auf das entsprechende Schreiben vom 27.10.2010 Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Prozessakte sowie den der Verwaltungsakte und den der Krankenakte. Er war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist erfolgreich.

Die Klägerin hat Anspruch auf vollständigen Ausgleich des mit der Rechnung vom 02.10.2008 geltend Abrechnungsbetrages in Höhe von 4.478,64 € unter Berücksichtigung des Eigenanteils der Versicherten, so dass die Beklagte den zuletzt noch strittigen Betrag in Höhe von 2.108,78 € auszugleichen hat.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Vergütungsanspruch ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz und der Anlage 1 Teil A Fallpauschalenverordnung 2007 sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Saarland.

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert nach ständiger Rechtsprechung mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Diese Krankenhausbehandlung muss durchgeführt und notwendig gewesen sein. Der Behandlungspflicht des zugelassenen Krankenhauses im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzverordnung festgelegt wird. Da die Kläger in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist, richtet sich ihre Vergütung gemäß § 1 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie des Krankenhausentgeltgesetzes.

Gemäß § 7 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in dem Katalog der Norm abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Maßgeblich ist im vorliegenden Abrechnungsfall gemäß § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz die Abrechnung einer Fallpauschale nach dem gemäß § 9 auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog. Die Spitzenverbände der Krankenkasse und der Verband der privaten Krankenversicherung haben gemeinsam nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit Wirkung für die Vertragsparteien, gemäß § 11 Krankenhausentgeltgesetz i. V. m. § 18 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz, also die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger, einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Grundlage dieser Regelung ist § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz. Nach dessen Abs. 1 Satz 1 ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden, sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten

nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet, § 17b Abs. 1 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz. Grundlage für die Einführung der DRG ist § 17b Abs. 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, nach dem die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben der Abs. 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem vereinbaren, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem orientiert und jährlich weiterentwickelt und angepasst werden soll, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerung zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen enthalten, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden.

Ausweislich des für den Behandlungszeitraum maßgeblichen Fallpauschalenkatalogs hat die Klägerin in zutreffender Weise den Behandlungsfall der Versicherten nach der DRG Ziffer I71Z abgerechnet. Insbesondere hat sie hierbei, hierüber stand alleine zwischen den Beteiligten Streit, die OPS 8-977 der Abrechnung zugrunde gelegt.

Danach wird diese OPS wie folgt definiert:

8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems

Hinw.: Die Anwendung dieses Kodes beinhaltet eine interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von komplexen (multifaktoriellen) Erkrankungen des Bewegungssystems unter fachärztlicher Behandlungsleitung von mindestens 12 Tagen

Dabei wird die gleichzeitige Anwendung von 5 diagnostischen Verfahren vorausgesetzt:

Neuroorthopädische Strukturdiagnostik

· Manualmedizinische Funktionsdiagnostik

· Schmerzdiagnostik

- Apparative Funktionsdiagnostik

- Psychodiagnostik

Anzuwenden sind mindestens 3 der folgenden Verfahren:

- Manuelle Medizin

- Reflextherapie

- Infiltrationstherapie/interventionelle Schmerztherapie

- Psychotherapie

und mindestens 3 Verfahren aus der/den

- Manuellen Therapie und Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis

- Medizinischen Trainingstherapie

- Physikalischen Therapie

- Entspannungsverfahren

mit einer Therapiedichte von mindestens 30 aktiven und passiven Einzelleistungen aus den beiden Leistungsgruppen Die Anwendung des Kodes umfasst weiter ein therapeutisches Assessment mit interdisziplinären Teambesprechungen

In Übereinstimmung mit der Auffassung der Klägerin und den gutachterlichen Feststellungen von Dr. K geht das Gericht zunächst davon aus, dass die stationäre Behandlung der Versicherten über die tatsächliche Dauer gesehen medizinisch notwendig und insofern die von der OPS 8-977 geforderte Behandlungsdauer von mindestens 12 Tagen gegeben war. Insofern legt der Sachverständige in überzeugender Weise dar, dass entgegen der Auffassung des MDK die Fortführung der stationären Behandlung über den 07.08.2008 hinaus bis zur tatsächlichen Entlassung am 12.08.2008 medizinisch geboten war. Anhand der Krankenakte belegt der Sachverständige, dass am 07.08.2008 eine soweit gehende Stabilisierung der Verhältnisse erkennbar nicht eingetreten war, dass eine Entlassung an diesem Tage hätte erfolgen können. Der Sachverständige geht sogar soweit, dass eine Entlassung am 07.08.2008 nach den Erfahrungen mit der Behandlung dieses Erkrankungsbildes den Behandlungserfolg grob gefährdet hätte.

Da Seitens des Gerichts keine Fehler an diesen Feststellungen und Beurteilungen des Sachverständigen zu erkennen sind, geht das Gericht davon aus, dass die stationäre Behandlung über die Gesamtdauer hin medizinisch notwendig war.

Auch in Übereinstimmung mit der Auffassung der Klägerin sowie auch der Beurteilung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information ist davon auszugehen, dass der OPS 8-977 gerade nicht festlegt, wo die in diesem OPS aufgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen während der Komplexbehandlung durchgeführt werden. In Übereinstimmung mit der Auffassung der Klägerin kann sich mithin aus der Tatsache, dass die Versicherte zunächst in der Abteilung für Chirurgie und nach der Entfernung des Periduralkatheters am 28.07.2008 auf die Abteilung für konservative Orthopädie verlegt wurde, kein Anhaltspunkt für die Nichtanwendbarkeit der strittigen OPS ergeben. Abgesehen davon, dass sich anhand des Wortlautes kein Gesichtspunkt für die Bestätigung der Auffassung der Beklagten ableiten lässt, zeigt sich in Kenntnis des Wortlautes gerade, dass es lediglich darauf ankommt, dass während der stationären Behandlung eine interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung mit den im Übrigen geforderten Leistungen tatsächlich erbracht wurde. Auch wenn bei der Verschlüsselung des OPS 8-977 im Rahmen der DRG der I-Schlüssel der Fachabteilung Orthopädie zugeordnet ist, kann es mangels eindeutig anderer Gesichtspunkte im Wortlaut der Hinweise der strittigen OPS alleine auf das Durchführen bestimmter Verfahren im Rahmen der stationären Behandlung ankommen.

In Übereinstimmung mit der Auffassung der Klägerin, aber auch den Beurteilungen des Sachverständigen ist weiter davon auszugehen, dass während der stationären Behandlung der Versicherten die gleichzeitige Anwendung einer neuro-orthopädischen Strukturdiagnostik, einer manual-medizinisch Funktionsdiagnostik, einer Schmerzdiagnostik sowie auch einer Psychodiagnostik erfolgte.

Darüber hinaus wurde auch eine Optrimetrie durchgeführt. Wieso eine solche Optrimetrie aber nach Auffassung der Beklagten nicht als eine apparative Funktionsdiagnostik angesehen werden kann, erschließt sich dem Gericht nicht. Dies

schon deshalb nicht, weil in der Definition der Hinweise der für das Jahr 2009 geltenden OPS 8-977 die Optrimetrie gerade ausdrücklich als Beispiel einer apparativen Diagnostik unter funktionspathologischen Aspekten angeführt ist. Wieso aber eine solche Diagnostik nicht auch im Rahmen der Anwendbarkeit der OPS 8-977 für das Jahr 2008 als apparative Funktionsdiagnostik angesehen werden soll, ist für das Gericht auch in Kenntnis der Ausführungen des Sachverständigen nicht ersichtlich. Auch wenn die Ärztin vom MDK Dr. ausführt, dass durch die Optrimetrie Aussagen der Körperstatik, insbesondere der Wirbelsäule getroffen werden und es sich somit um eine statische Abbildung und nicht um eine Funktionsdiagnostik handelt, ist in Übereinstimmung mit der Mitteilung von Dr. H davon auszugehen, dass infolge der bei der Versicherten gegebenen Knieteilsteife die Optrimetrie der Wirbelsäule durchgeführt werden musste, um gegebenenfalls eine Beinlängendifferenz festzustellen und sodann auszugleichen. Bei der Versicherten wurde im Rahmen der Optrimetrie zwar eine Beinlängendifferenz nicht festgestellt, so dass sich eine weitere Therapie diesbezüglich nicht anschloss. Für die Frage des Vorliegens einer durchgeführten apparativen Funktionsdiagnostik kann es aber nicht darauf ankommen, ob sich nach der durchgeführten Diagnostik eine weitere Therapie anschließt. Alleine die durchgeführte Funktionsdiagnostik wird von der OPS 8-977 gefordert.

Darüber hinaus wurden im Rahmen der stationären Behandlung der Versicherten auch mindestens drei Behandlungsverfahren durchgeführt. Nach den Mitteilungen des Sachverständigen wurde eine manuelle Medizin, eine Reflextherapie sowie auch eine interventionelle Schmerztherapie durchgeführt. Dass diese interventionelle Schmerztherapie als Periduralkatheter bereits auf der Chirurgischen Station erbracht wurde, rechtfertigt - wie aufgezeigt - keine andere Beurteilung.

Da im Übrigen auch vom Vorliegen einer Therapiedichte von mindestens 30 aktiven und passiven Einzelleistungen im Rahmen der durchgeführten manuellen Therapie, der medizinischen Trainingstherapie sowie der physikalischen Therapie auszugehen ist, insbesondere ist auch der jeweilige Einsatz der Bewegungsschiene mit den dokumentierten Bewegungsgraden zahlreich in der Pflegedoku-

mentation dokumentiert, ist die Berechtigung zur Abrechenbarkeit der OPS 8-977 gegeben. Insofern hat die Klägerin dann auch in zutreffender Weise die Abrechnung nach der DRG-Ziffer I71Z vorgenommen, so dass der noch offenstehende Betrag in Höhe von 2.108,78 € seitens der Beklagten auszugleichen ist.

Ebenso hat die Klägerin Anspruch auf Ausgleich der Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 24.10.2008.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG.

DIMDI | Waisenhausgasse 36-38a | 50676 Köln

Sozialgericht Koblenz

Postfach
56065 Koblenz

Sozialgericht Koblenz	
Eing.: - 4. Nov. 2010	
Anlagen _____	Akten _____
_____	Röfilm _____
_____	lose _____
gesellschaft GmbH	

Rechtsstreit !
J. AOK

Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-1
Fax: +49 221 4724-444
posteingang@dimdi.de
www.dimdi.de

Ihr Zeichen: **S 6 KR 186/09**
Ihre Nachricht vom: 08.10.2010

Aktenzeichen DIMDI: M-K10.135
(Bei allen Antworten bitte angeben!)
Nachricht vom:

Durchwahl: -524
klassi@dimdi.de

27. Oktober 2010

Sehr geehrter Herr _____

vielen Dank für Ihre Anfrage zur Auslegung der Hinweise des OPS-Kodes 8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems.

Grundsätzlich ist nach den amtlichen Klassifikationen (ICD-10-GM bzw. OPS) in der jeweils gültigen Version so spezifisch wie möglich zu kodieren, unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung. Bei der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Geltungsbereich des § 301 SGB V sind die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

Der OPS-Code 8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems legt **nicht** fest, wo die dort aufgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen während dieser Komplexbehandlung durchgeführt werden. Entscheidend ist, dass die im Hinweis geforderten Leistungen erbracht wurden.

Dem DIMDI liegen keine weiterführenden Literaturangaben vor.

Wir weisen daraufhin, dass unsere Antwort auf den zur Verfügung gestellten Informationen beruht. Zusätzliche oder abweichende Informationen können zu einer anderen Antwort führen.

Das DIMDI beantwortet Fragen zur Klassifizierung von Diagnosen und Prozeduren und ist bemüht, richtige und vollständige Auskünfte zu erteilen. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Beantwortung von Fragen zu Klassifikationen/Kodierungen eine Serviceleistung des DIMDI ist. Für die Richtigkeit der Antworten wird keine Gewähr übernommen, die gegebenen Auskünfte sind rechtlich nicht verbindlich. Eine Haftung des DIMDI für Schäden, die aufgrund von oder in Verbindung mit den erteilten Auskünften entstehen, ist daher ausgeschlossen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

B. Krause

Dr. Birgit Krause