



Verkündet am: 07.11.2011

Aktenzeichen:
S 3 KR 193/09

gez. Machhausen
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 3. Kammer des Sozialgerichts Koblenz auf die mündliche Verhandlung vom 07.11.2011 durch

die Richterin am Sozialgericht Simanowski,
den ehrenamtlichen Richter Lahr,
den ehrenamtlichen Richter Reusch

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.004,18 Euro nebst zwei Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 02.02.2008 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat die Kosten den Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung, insbesondere darüber, ob die Abrechnung des OPS-Codes 8-977 (multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems) zutreffend ist.

Die Klägerin ist Trägerin

Für den stationären Aufenthalt der bei der Beklagten krankenversicherten K.

vom 05.10.2007 bis zum 19.10.2007 hatte die Klägerin mit Rechnung vom 11.01.2008 die DRG-Fallpauschale B71D und das Zusatzentgelt ZE2008-41 (multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems) in Rechnung gestellt.

Die Beklagte ließ die Rechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüfen. Dieser führte in seinem Gutachten vom 04.03.2008 aus, die Prozedur 8-977 (multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems) müsse gestrichen werden. Es sei nicht erkennbar, dass u.a. die Voraussetzung der Anwendung der apparativen Funktionsdiagnostik erfüllt sei.

Die Klägerin widersprach der Kürzung mit einer Stellungnahme ihres Chefarztes Dr. vom 19.06.2008, der u.a. ausführte, dass jahrelang Einigkeit be-

züglich der Vorgehensweise mit der apparativen Funktionsdiagnostik bestanden habe. So sei der Teilbereich der apparativen Funktionsdiagnostik im Text der OPS 2007 und 2008 nicht näher klassifiziert worden. Auch seien Röntgenaufnahmen im Stehen zweifelsfrei eine apparative Funktionsdiagnostik. Fachorthopädisch sei es völlig unstrittig, dass es sich beim Stehen um einen wesentlichen Aspekt der Funktionen des Bewegungsapparates handele.

Mit der am 07.05.2009 beim Sozialgericht erhobenen Klage begehrt die Klägerin die Zahlung der noch offenen 1.004,18 € von der Beklagten.

Die Klägerin trägt zur Begründung vor,
die abgerechneten Leistungen seien auch alle erbracht worden.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.004,18 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 02.02.2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf die eingeholten MDK-Gutachten.

Das Gericht hat ein Sachverständigengutachten nach § 106 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von Dr. K vom 25.02.2011 eingeholt. Der Sachverständige hat ausgeführt, der Leistungsinhalt des OPS 8-977 sei erfüllt. Es seien mindestens 3 Verfahren aus dem Bereich der manuellen Therapie und Krankengymnastik, der physikalischen Therapie und eine medizinische Trainingstherapie zur Anwendung gekommen. Die Voraussetzung einer apparativen Funktionsdiagnostik sei erfüllt.

Auch rein statische Momentaufnahmen der Lendenwirbelsäule ließen wesentliche funktionelle Aspekte erkennen. Die Betrachtung und Analyse eines Röntgenbildes durch einen Orthopäden gehe weit über die reine Strukturanalyse hinaus.

Insgesamt ergebe sich die DRG B71D mit dem Zusatzentgelt für die Komplexbehandlung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Prozessakte sowie den der Krankenhausakte der Klägerin und der Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung war.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist auch begründet.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung des noch offenen Restbetrages aus dem stationären Aufenthalt des Versicherten nach der DRG B71D mit dem Zusatzentgelt für die Komplexbehandlung.

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 dabei nach ständiger Rechtsprechung mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Diese Krankenhausbehandlung muss durchgeführt worden 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 Klägerin in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist, richtet sich ihre Vergütung gemäß § 1 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie des Krankenhausentgeltgesetzes.

Nach § 7 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber dem Patienten bzw. ihren Kostenträgern mit verschiedenen, im Katalog der Norm abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Anzuwenden ist vorliegend § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz, wonach die Abrechnung einer Fallpauschale nach dem gemäß § 9 auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog erfolgt. 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 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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem einzuführen, das Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden hat. Der Differenzierungsgrad soll dabei praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Grundlage für die Einführung der DRG ist § 17b Abs. 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Zur Überzeugung der Kammer sind die Voraussetzungen des OPS 8-977 erfüllt. Zwischen den Beteiligten ist letztendlich dabei nur streitig, ob die durchgeführte Röntgenuntersuchung als apparative Funktionsdiagnostik im Sinne des OPS

8-977 anzusehen ist. Im Text des OPS in der Version 2008 ist dabei nicht näher spezifiziert, was unter dem Begriff der apparativen Funktionsdiagnostik zu verstehen ist. Erst in der OPS-Version 2009 ist das Röntgen ausdrücklich aufgeführt. Zur Überzeugung der Kammer war bereits in der Version 2007 das Röntgen als ein Fall der apparativen Funktionsdiagnostik anzusehen. Wie der Sachverständige Dr. K überzeugend ausgeführt hat, fordert die Auswertung des Röntgenbildes stets funktionsanalytische Überlegungen durch den Orthopäden. Die funktionsanalytischen Aspekte auch der Aufnahme im Stehen sind neben der Strukturanalyse für den Orthopäden entscheidend wichtig. Der Orthopäde hat dabei den klinischen Untersuchungsbefund und den röntgenmorphologischen Bildbefund auszuwerten. Der Sachverständige Dr. K hat überzeugend dargelegt, dass z. B. Makroinstabilitäten der Wirbelsäule ihre spezifischen Veränderungen hinterlassen, die bei einer Röntgenaufnahme im Stehen unverkennbar werden. Nach alledem steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die unterschiedliche Formulierung im OPS 2007 und 2009 nicht einer veränderten Auffassung entspricht, sondern lediglich eine erläuternde Klarstellung ist.

Die übrigen Voraussetzungen des OPS 8-977 sind ebenfalls erfüllt, was zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist. Die Klägerin hat daher zutreffend die DRG B71D und das Zusatzentgelt abgerechnet.

Nach alledem musste die Klage Erfolg haben. Dies beinhaltet auch den Ausgleich der Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 02.02.2008.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die elektronische Form wird durch eine **qualifiziert** signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Landesverordnung über den elektronischen Rechtsverkehr mit den öffentlich-rechtlichen Fachgerichtsbarkeiten vom 09.01.2008 (GVBl. S. 33) in der jeweils geltenden Fassung zu übermitteln ist.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Koblenz, Deinhardpassage 1, 56068 Koblenz, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann von dem Sozialgericht durch Beschluss die Revision zu dem Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Koblenz schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

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

Bei Zustellungen im Ausland gilt anstelle der oben genannten Monatsfristen eine Frist von drei Monaten.

gez. Simanowski

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Nähere Einzelheiten zum elektronischen Rechtsverkehr sind der Internetseite des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz (www.lsg.rlp.de) zu entnehmen.

Ko S 550 - Rechtsmittelbelehrung bei zulässiger oder zugelassener Berufung gegen Urteil ohne zugelassene Revision (§§ 87 Abs. 1 Satz 2, 136 Abs. 1 Nr. 7, 143, 144 Abs. 1, 151, 153, 161 SGG)