

Abschrift

Aktenzeichen:
S 6 KR 195/09



Verkündet am:
18.08.2010

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 18. August 2010 durch

den Richter am Sozialgericht Zimmermann,
die ehrenamtliche Richterin Schmitz,
den ehrenamtlichen Richter Zirkel
für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 1.128,50 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10.01.2008 zu zahlen.
2. Die Beklagte erstattet die außergerichtlichen Kosten der Klägerin sowie die Verfahrenskosten.
3. Der Streitwert wird auf 1.128,50 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Kostenerstattung der Klägerin für eine Krankenhausbehandlung. Dabei geht es im Wesentlichen darum, ob eine Prozedur richtig codiert wurde.

Die Klägerin ist Trägerin der

Die Entfernung zwischen beiden Krankenhäusern beträgt etwa 17 Kilometer.

Die bei der Beklagten versicherte befand sich zur stationären Behandlung in der Zeit vom 24.10.2007 bis 13.11.2007 im Krankenhaus

Die stationäre Behandlung war aufgrund einer ärztlichen Verordnung der Internistin , wegen der Diagnosen:

Schmerzsyndrom, Wirbelsäulensyndrom, Hüftarthrose, Spinalkanalstenose durchgeführt worden.

Nach Abschluss der stationären Behandlung hat die Klägerin der Beklagten den stationären Aufenthalt mit Rechnung vom 19.12.2007 in Rechnung gestellt. Hierbei war die Abrechnung nach DRG-Ziffer I42Z vorgenommen worden.

Da die Beklagte die Abrechenbarkeit der DRG I42Z bezweifelte, schaltete sie den MDK ein.

Im Rahmen einer Begutachtung am 17.07.2008 stellte der Arzt im MDK fest, die Notwendigkeit der stationären Behandlung sei in der gesamten Länge medizinisch nachvollziehbar. Da die Schmerzkonsile zweimalig durch von einem externen Schmerztherapeuten durchgeführt worden seien, sei die Prozedur OPS 8-918.2 nicht korrekt codiert. Der Verantwortliche der Abteilung für konservative Orthopädie verfüge nicht über die Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie".

Seitens des Arztes im MDK wurde die Abrechenbarkeit der DRG I68C festgestellt.

Die Beklagte teilte sodann dem Krankenhaus die Auffassung des MDK mit und gleichzeitig wurde der sich aus der DRG I68C ergebende Betrag angewiesen.

Nachdem Chefarzt eine ärztliche Stellungnahme vorgelegt hatte, die Beklagte aber bei ihrer Auffassung verblieb, erhob die Klägerin am 07.05.2009 die Leistungsklage.

Die Klägerin macht geltend, seitens des Krankenhauses sei zutreffend die OPS 8-918 (multimordale Schmerztherapie) codiert worden.

Im zweiten Halbjahr 2007 sei Frau lie über die Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" verfüge, für die Durchführung der speziellen Schmerztherapie zuständig gewesen.

Den Dienstvertrag dieser Ärztin legt die Klägerin vor. Danach wurde sie zum 01.05.2007 als Fachärztin Anästhesie eingestellt.

Die Klägerin macht weiter geltend, im Wesentlichen sei diese Ärztin in ihrem Krankenhaus in tätig gewesen. Ihrer Organisationshoheit habe es obliegen, dass diese Ärztin auch im Krankenhaus tätig gewesen sei. Dort sei sie die "Verantwortliche" im Sinne des OPS Codes 8-918 gewesen. Entgegen der Unterstellung der Beklagten habe es sich auch nicht um eine geringfügige persönliche Verfügbarkeit gehandelt. Der OPS-Code gebe für

die Wahrnehmung der Verantwortlichkeit keinen Zeitrahmen vor. Ausschließlich sei der Wortlaut dieses OPS-Codes maßgeblich. Da Frau neben ihrer vorrangigen Tätigkeit im Krankenhaus in zumindest einen halben Tag pro Woche im Krankenhaus tätig gewesen sei, sei sie für die Durchführung der speziellen Schmerztherapie die Verantwortliche gewesen. Diese Verantwortung sei ihr seitens des Chefarztes auch übertragen worden. Sie habe an den interdisziplinären Teambesprechungen am 31.10.2007 sowie 07.11.2007 teilgenommen.

Die entsprechenden Teilnehmerlisten legt die Klägerin vor.

Darüber hinaus legt die Klägerin Berichte über Konsiliaruntersuchungen von Frau vom 24.10.2007 sowie 07.11.2007 vor.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, 1.128,50 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10.01.2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie macht geltend, zwischenzeitlich sei nachgewiesen, dass Frau die Anforderungen für die Zusatzqualifikation "spezielle Schmerztherapie" im Sinne einer Zusatzbezeichnung im maßgeblichen Zeitraum erfüllt habe.

Indessen habe sie nicht als Verantwortliche im Sinne des OPS 8-918 fungieren können. Die Verantwortlichkeit lediglich auf eine "Dienstaufgabe" zu reduzieren, sei zu kurzfristig, die OPS ziele gerade auf eine qualifizierte medizinische Versorgung der Patienten ab. Die Ärztin sei nicht in der Lage gewesen, die ihr übertragenen Tätigkeiten entsprechend den OPS-Vorgaben verantwortungsvoll und in einem der Verantwortung angemessenen Zeitrahmen zu erledigen.

Keineswegs werde von ihr die Anforderung überspannt, dass eine durchgängige, tägliche Anwesenheit vor Ort verlangt wird. Vielmehr verlange sie lediglich eine überwiegende Anwesenheit an den der Verantwortlichkeit unterstellten Örtlichkeiten. Nur so werde es dem Arzt ermöglicht, verantwortlich tätig zu sein und sich angemessen um seine Patienten zu kümmern. Dies sei bei der von der Klägerin zugestandenen maximal 1-tägigen Tätigkeit und damit äußerst geringfügigen persönlichen Verfügbarkeit von Frau [Name] am Ort des Behandlungsgeschehens nicht möglich. Die Verantwortlichkeit im Sinne des OPS setze auch nicht lediglich eine Erreichbarkeit als Ansprechpartner via Telefon, Telefax oder E-Mail voraus. Selbst wenn diese Ärztin im Einzelfall an Teambesprechungen mitgewirkt habe, spreche dies bei den vorgenannten geringfügigen Anwesenheitszeiten grundsätzlich gegen deren Fähigkeit, die Patientin verantwortlich zu behandeln. Da vom Chefarzt [Name] die Verantwortlichkeit der Behandlung auf Frau [Name] übertragen worden sei, komme es auch nicht auf dessen haftungs-, dienst- und dienstordnungsrechtliche Verantwortung gegenüber Frau [Name] an. Dies sei gerade nicht gleichzusetzen mit der Patientenverantwortlichkeit, die seitens der OPS verlangt werde. Insofern spiele es auch keine Rolle, welche fachlichen Qualifikationen in der Person des Chefarztes vorhanden seien.

Da das Merkmal der Verantwortlichkeit im Sinne der OPS 8-918 nicht gegeben sei, könne diese nicht der Abrechnung zugrunde gelegt werden.

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

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist erfolgreich.

Die Klägerin hat Anspruch auf vollständigen Ausgleich des mit der Rechnung vom 19.12.2007 geltend gemachten Abrechnungsbetrages in Höhe von 4.244,11 € für die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 24.10.2007 bis 13.11.2007. Insofern ist dem Begehren der Klägerin auf Auszahlung des seitens der Beklagten nicht ausgeglichenen Betrages in Höhe von 1.128,50 € stattzugeben.

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 Fallpauschalenkataloges hat die Klägerin in zutreffender Weise den Behandlungsfall der Versicherten nach der DRG Ziffer I42Z abgerechnet. Insbesondere hat sie hierbei, hierüber bestand alleine zwischen den Beteiligten Streit, die OPS 8-918 der Abrechnung zugrunde gelegt.

Danach wird diese OPS wie folgt definiert:

"8-918 Multimodale Schmerztherapie

Hinw.: Hier ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung bei Patienten zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen: manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch gravierende psychische Begleiterkrankung gravierende somatische Begleiterkrankung Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übenden Therapien. Er umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung. Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei der/dem Verantwortlichen voraus

- 8-918.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-918.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-918.2 Mindestens 21 Behandlungstage"

Unstrittig wurden im Behandlungsfall der Versicherten die in dieser Abrechnungsziffer angeführten Therapien durchgeführt.

In Übereinstimmung mit der Klägerin geht das Gericht auch davon aus, dass diese Abrechnungsziffer abrechenbar war, da

die Verantwortliche die Zusatzqualifikation "spezielle Schmerztherapie" vorweisen konnte.

Da nach dem Vorbringen der Klägerin die Verantwortlichkeit für die bei der Versicherten durchgeführten speziellen Schmerztherapie seitens des Chefarztes

auf die Oberärztin übertragen wurde, kommt es alleine darauf an, ob diese Ärztin

1. die Zusatzqualifikation "spezielle Schmerztherapie" vorweisen kann und
2. "die Verantwortliche" für die Durchführung der multimodalen Schmerztherapie war.

Aufgrund der seitens der Klägerin vorgelegten Urkunde der Ärztekammer des Saarlandes ist Frau berechtigt, die Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" zu führen.

In Übereinstimmung mit der Auffassung der Klägerin geht das Gericht auch davon aus, dass Frau im Behandlungsfall gerade die "Verantwortliche" im Sinne der strittigen OPS war. Zwar war nach dem Vorbringen der Klägerin, belegt durch die Angaben in den Teambesprechungen vom 24.10.2007, 31.10.2007 sowie 07.11.2007 sowie durch die zuletzt vorgelegten Konsiliaruntersuchungen vom 24.10.2007 sowie vom 07.11.2007, Frau maximal einmal pro Woche im Krankenhaus tätig. Ansonsten ging sie ihrer Tätigkeit als Anästhesistin im nach. Im Rahmen ihrer eintägigen Tätigkeit im Krankenhaus hat Frau aber nicht nur an den Teambesprechungen teilgenommen, sondern auch zweimalig, und zwar am 24.10.2007 sowie am 07.11.2007 die Versicherte persönlich untersucht. Gerade dies reicht aber aus, um Frau als die

Verantwortliche für die multimordale Schmerztherapie anzusehen. Da die Behandlung chronischer Schmerzen einen interdisziplinären Ansatz erfordert, wird dazu auch häufig der Begriff Schmerzmanagement verwendet. Dieser wird als Überbegriff für alle planenden, überwachenden und steuernden Maßnahmen verstanden, die für die Gestaltung einer effektiven Schmerztherapie erforderlich sind. Unter diesem Begriff werden Aspekte wie schmerzverursachende Eingriffe, schmerztherapeutische Maßnahmen, betroffene Personen, die Dokumentation und die Organisation der Schmerztherapie zusammengefasst (vgl. Wikipedia).

Gerade der Begriff Schmerzmanagement belegt, dass dem verantwortlichen Arzt eine planende, überwachende und steuernde Funktion beigemessen wird. In keinsten Weise wird insoweit verlangt, dass der Arzt selbst die Einzelmaßnahmen im Rahmen der Schmerztherapie durchführt. Ihm obliegt alleine das Management.

Da Frau [Name] aber die Versicherte zweimal im Rahmen einer Konsiliaruntersuchung persönlich untersucht und behandelt hat und im Übrigen während der Behandlungszeit der Versicherten an drei Teambesprechungen teilgenommen hat, ist für das Gericht ohne weiteres davon auszugehen, dass sie das Schmerzmanagement bezüglich der Versicherten verantwortlich geleitet hat.

Da im Übrigen ausweislich des Wortlauts der OPS 8-918 lediglich verlangt wird, dass der Verantwortliche über die Zusatzqualifikation "spezielle Schmerztherapie" verfügt und weiter keineswegs ausweislich des Wortlauts verlangt wird, dass der Verantwortliche täglich den Patienten zumindest sieht, ist die Berechtigung zur Abrechenbarkeit der OPS 8-918 gegeben. Insofern hat die Klägerin dann auch in zutreffender Weise die Abrechnung nach der DRG Ziffer I42Z vorgenommen, so dass der noch offen stehenden Betrag in Höhe von 1.128,50 € seitens der Beklagten auszugleichen ist.

Ebenso hat die Klägerin Anspruch auf Ausgleich der Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10.01.2008.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 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. Januar 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, Gerichtsstraße 5, 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. Zimmermann

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.rp.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)