

Aktenzeichen:
S 12 KR 190/09



gez. Querbach-Sonnet
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 12. Kammer des Sozialgerichts Koblenz auf die mündliche Verhandlung vom 09.08.2011 durch

den Richter am Sozialgericht Dr. Traupe,
die ehrenamtliche Richterin Hans,
die ehrenamtliche Richterin Zens

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.389,84 € nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz hinaus seit dem 05.02.2008 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens zu 60 %.
Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens zu 40 %.
3. Der Streitwert wird auf 2.294,90 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Kosten eine Krankenhausbehandlung, insbesondere ob die Prozedur 8-918 abrechnungsrelevant codiert werden kann.

Die Klägerin ist Trägerin der

Die Entfernung zwischen beiden Krankenhäusern beträgt etwa 17 Kilometer.

Die bei der Beklagten versicherte L J befand sich in der Zeit vom 22.11.2007 bis 08.12.2007 zur stationären Behandlung in der Abteilung für Konservative Orthopädie im Krankenhaus Die ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung stammte von der allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxis Dres. Als Diagnosen waren angegeben: erosive Osteochondrose L5/S1; Protrusio L4/L5 mit L5-Kompression rechts; chronisch rezidivierendes Facettensyndrom der LWS; Z. n. ventraler Fusion C6/C7; multiple Knocheninfarkte, etc.

Die Klägerin bezifferte gegenüber der Beklagten die Kosten des stationären Aufenthalts mit € 4.244,11 (Rechnung vom 14.01.2008). Hierbei war die Abrechnung nach DRG-Ziffer I42Z vorgenommen worden.

Da die Beklagte die Abrechenbarkeit der DRG I42Z bezweifelte, schaltete sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein, der zunächst die Behandlungsunterlagen von der Klägerin anforderte und auswertete. In seinem Gutachten vom 26.02.2008 stellte der Arzt im MDK Dr. E fest, die Notwendigkeit der stationären Behandlung sei in der gesamten Länge über 16 Tage medizinisch nachvollziehbar. Da die Schmerzkonsile zweimalig (28.11. und 05.12.) von einem externen Schmerztherapeuten durchgeführt worden seien, sei die Prozedur OPS 8-918.1 nicht korrekt codiert. Der Verantwortliche der Abteilung für konservative Orthopädie verfüge nicht über die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie". Zudem sei eine konstante schmerztherapeutische Betreuung und Überwachung nicht gegeben gewesen. Es wurde die Abrechenbarkeit der DRG I68D festgestellt.

In einem weiteren MDK-Gutachten vom 18.03.2008 hielt der Arzt im MDK V jedoch nur eine Behandlungsdauer von 14 Tagen für erforderlich.

Die Beklagte teilte sodann dem Krankenhaus die Auffassung des MDK mit und wies den sich aus der DRG I68D ergebenden Betrag an.

Nachdem Chefarzt Dr. am 19.06.2008 eine ärztliche Stellungnahme vorgelegt hatte, die Beklagte aber bei ihrer Auffassung verblieb, erhob die Klägerin am 07.05.2009 Leistungsklage bei dem Sozialgericht Koblenz.

Die Klägerin macht geltend, seitens des Krankenhauses sei zutreffend die OPS-Ziffer 8-918 (multimodale Schmerztherapie) codiert worden. Im zweiten Halbjahr 2007 sei Frau Dr. , die über die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" verfüge, für die Durchführung der speziellen Schmerztherapie zuständig gewesen. Den Dienstvertrag dieser Ärztin hat die Klägerin vorgelegt. Danach wurde sie zum 01.05.2007 als Fachärztin Anästhesie für die Betriebsstätte und eingestellt.

Die Klägerin macht weiter geltend, im Wesentlichen sei diese Ärztin im Krankenhaus 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 Dr. neben ihrer vorrangigen Tätigkeit im Krankenhaus 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 28.11.2007 sowie 05.12.2007 teilgenommen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.294,90 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 05.02.2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie macht geltend, zwischenzeitlich sei nachgewiesen, dass Frau Dr. 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 könne nicht lediglich auf eine "Dienstaufgabe" reduziert werden. Die OPS-Verschlüsselung 8-918 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 die Anforderung überspannt, dass eine durchgängige, tägliche Anwesenheit vor Ort verlangt werde. 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 eintägigen Tätigkeit und damit äußerst geringfügigen persönlichen Verfügbarkeit von Frau Dr. 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 die Verantwortlichkeit der Behandlung auf Frau Dr. übertragen worden sei, komme es auch nicht auf dessen haftungs-, dienst- und dienstordnungsrechtliche Verantwortung gegenüber Frau Dr. 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.

Die Klägerin hat eine Stellungnahme des Chefarztes vom 19.04.2010 vorgelegt, wonach die stationäre Behandlung über den gesamten Zeitraum notwendig gewesen sei.

Das Gericht hat zur Frage der medizinisch notwendigen Behandlungsdauer sowie zur Frage der Abrechenbarkeit des OPS-Codes 8-918 ein Sachverständigengutachten der Anästhesistin Dr. _____, 12.01.2011, eingeholt. Diese bejaht die Notwendigkeit der Behandlung über den gesamten Zeitraum von 16 Tagen, verneint jedoch die Codierung der Prozedur "multimodale Schmerztherapie" (8-918). Die Anwendung dieses Codes setze die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei dem "Verantwortlichen" voraus. Hieran fehle es. Die Patientin sei schmerztherapeutisch auf der Station "Konservative Orthopädie" behandelt worden, alle wesentlichen ärztlichen Maßnahmen seien von Stationsärzten dieser Abteilung durchgeführt worden. Verantwortlich hierfür sei Dr. _____ als Chefarzt. Er habe nicht über die von der Ärztekammer verliehene Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" verfügt. Körperliche Untersuchung und Therapieplanung, Steuerung und Kontrolle seien nicht von Frau Dr. _____ vorgenommen worden. Diese habe zwei Konsile durchgeführt, am 28.11., also am sechsten Tag nach Aufnahme, und am 05.12.2007. Hierbei habe sie dem Arzt der Abteilung für konservative Orthopädie einen Vorschlag zur medikamentösen Einstellung mit einem Schmerzmittel gemacht. Sie habe weder über schmerztherapeutische Maßnahmen noch über die Fortführung der Therapiemaßnahmen entschieden. Allerdings könne die OPS-Ziffer 8-977 (multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems) kodiert werden.

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

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist teilweise begründet.

Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung eines weiteren Betrages in Höhe von 1.389,84 € für die stationäre Behandlung der Versicherten B nebst Zinsen. Allerdings ist dem Begehren der Klägerin auf Auszahlung des seitens der Beklagten nicht ausgeglichenen Betrages in Höhe von 2.294,90 € nicht in vollem Umfang stattzugeben, da die Voraussetzungen für die Abrechnung des OPS 8-918 nicht vorliegen.

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 Klägerin 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 Kran-

kenkasse 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 Anspruch auf Abrechnung der DRG I68D, zuzüglich eines Zuschlags für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sowie des Zusatzentgeltes OPS 8-977. Dagegen kann sie den Behandlungsfall nicht nach der

DRG Ziffer I42Z abrechnen. Denn die OPS 8-918 kann der Abrechnung nicht zugrunde gelegt werden.

In der Version 2007 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 -missbrauch

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 Zusatzqua-

lifikation "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 B die in dieser Abrechnungsziffer angeführten Therapien durchgeführt; dies hat die Sachverständige Dr. auch ausdrücklich festgestellt.

Zusätzlich setzt die Anwendung des Kodes 8-918 die "Zusatzqualifikation 'Spezielle Schmerztherapie' bei der/dem Verantwortlichen" voraus. Für das Gericht nachvollziehbar hat die Sachverständige aus schmerztherapeutischer Sicht den verantwortlichen Arzt für eine multimodale Schmerztherapie als denjenigen beschrieben, der die Krankengeschichte erhebt, den Patienten körperlich untersucht und einen Behandlungsplan für den Patienten erstellt. Er ist derjenige, der den Behandlungsplan mit dem Patienten bespricht, weitere diagnostisch/therapeutische Gespräche mit dem Patienten führt und den Behandlungsplan gegebenenfalls an den Schmerzverlauf anpasst. Nur wenn der für die multimodale Schmerztherapie verantwortliche Arzt diese Kenntnis über seinen Patienten hat, kann er planend, überwachend und steuernd im Team mit den Kollegen aus den anderen Abteilungen, z. B. der Physiotherapie oder der Psychologie, die Ziele der multimodalen Schmerztherapie erfüllen. Denn bei der multimodalen Schmerztherapie handelt es sich um eine gleichzeitige, aufeinander abgestimmte Behandlung eines Patienten wegen des gleichen Krankheitsbildes mit verschiedenen somatischen und psychologischen Therapieformen nach vorgegebenem Behandlungsplan und mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel sowie gemeinsamer Therapiekontrolle. In einer solchen Behandlung werden beispielsweise Ärzte, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen gemeinsam tätig.

Die Sachverständige hat anhand der von der Klägerin eingereichten Dokumentation über die Behandlung der Patientin E festgestellt, dass der Aufnahmebefund, inklusive der Erhebung der Krankengeschichte und die körperliche Untersuchung, die Erstellung des Behandlungsplanes, inklusive der ärztlichen Anordnungen, die Visiten, die Anforderungen an ein "schmerztherapeutisches Konsil" und an ein psychologisches Konsil sowie der Entlassungsbrief jeweils durch einen Arzt der Abteilung für Konservative Orthopädie erfolgten. Darüber hinaus wurde am 26.11.2007 und am 04.12.2007 eine gezielte Infiltration am Rücken durchgeführt. Auch diese Maßnahmen wurden von einem Arzt der Abteilung für Konservative Orthopädie ausgeführt. In der ärztlichen Dokumentation der Patientenunterlagen findet sich für die vorgenannten Maßnahmen jeweils das Handzeichen des Stationsarztes Dr. M.

Von daher liegt es nahe anzunehmen, dass der Verantwortliche für die multimodale Schmerztherapie der Patientin E der Verantwortliche der Abteilung ist, in der die Patientin stationär aufgenommen worden war und in der die multimodale Schmerztherapie durchgeführt wurde. Hierbei handelt es sich um den Chefarzt der Abteilung für Konservative Orthopädie, Dr. . Seine Verantwortlichkeit zeigt sich auch in der Dokumentation der Patientenakte. Der Aufnahmebefund, die ärztlichen Anordnungen, die Koordination des Behandlungsplanes, die Visiten, die Therapiekontrolle, die Anforderungen eines "schmerztherapeutischen Konsils" und eines psychologischen Konsils sowie schließlich der Entlassungsbrief sind von einem Stationsarzt seiner Abteilung durchgeführt und dokumentiert worden. Der dem Stationsarzt fachlich vorgesetzte und für die Diagnostik und Therapie auf der Station verantwortliche Chefarzt ist Dr. . Dieser kontrolliert in den Chefarztvisiten den Stationsarzt. Laut ärztlicher Dokumentation in der Krankenakte hat am 26.11., 29.11., 03.12. und 06.12.2007 eine Chefarztvisite stattgefunden. Dr. hat als Chefarzt auch den Entlassungsbrief unterschrieben und die Verantwortung für die Therapie auf seiner Station nach außen übernommen. Für das Gericht unmittelbar nachvollziehbar hat der Sachverständige aus diesen Umständen gefolgert, dass die Verantwortlichkeit für die multimodale Schmerzthera-

pie, die die Patientin B erhalten hat, aus ärztlicher Sicht beim Chefarzt Dr. liegt. Er verfügt nach Auffassung des Gerichts jedoch nicht über die vom OPS 8-981 geforderte Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie". Unstreitig besitzt er allerdings ein Zertifikat der Internationalen Gesellschaft für Orthopädische Schmerztherapie e.V. über "orthopädische Schmerztherapie". Insoweit wird ihm eine besondere Qualifikation für die Diagnostik und Therapie von akuten, chronifizierenden und chronischen Schmerzzuständen am muskuloskelettalen System bescheinigt. Allerdings setzt nach dem Wortlaut des OPS 8-981 die Anwendung dieses Kodes die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei dem Verantwortlichen voraus, und nicht ein Zertifikat über die orthopädische Schmerztherapie.

Da die zugrunde liegenden Abrechnungsbestimmungen unter Berücksichtigung des Wortlauts und des systematischen Zusammenhangs eng auszulegen sind, sind sie einer erweiternden Auslegung nicht zugänglich. Das Gericht hat daher nicht die Aufgabe, die Wertigkeit der hier in Rede stehenden Zusatzqualifikationen hinsichtlich ihrer Qualität zu vergleichen. Gerade die Schreibweise der geforderten Zusatzqualifikation mit einem Anführungszeichen und mit einem großen "S" am Anfang belegen hinreichend, dass mit dem Begriff "Spezielle Schmerztherapie" nicht (irgend)eine spezielle Schmerztherapie, zum Beispiel die orthopädische Schmerztherapie gemeint ist, sondern ein stehender, fest umrissener Begriff der ärztlichen Weiterbildung verwendet wird. Dass es sich hierbei tatsächlich sogar um eine "Zusatzbezeichnung" und nicht nur um eine "Zusatzqualifikation" handelt, ist insoweit aus Sicht des Gerichts unschädlich. Die in der Person des Chefarztes Dr. vorhandene Zusatzqualifikation bezüglich orthopädischer Schmerztherapie wäre nur dann ausreichend, wenn im Text des OPS bei dem Verantwortlichen "eine schmerztherapeutische Zusatzqualifikation" verlangt würde, also irgendeine schmerztherapeutische Zusatzqualifikation. Dann wäre auch die orthopädische Schmerztherapie umfasst.

Unstreitig erfüllt Frau Dr. [redacted] die geforderte Zusatzqualifikation, da ihr von der Ärztekammer des Saarlandes die Führung der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" gestattet wurde. Aus Sicht des Gerichts ist sie jedoch nicht die "Verantwortliche" für die Therapie der multimodalen Schmerztherapie im Sinne der OPS-Ziffer 8-918. Formal ist ihr diese Verantwortung nicht übertragen worden. In ihrem Dienstvertrag, den die Klägerin zur Akte gereicht hat, sind zwar sowohl die Betriebsstätten in [redacted] als auch in [redacted] als Einsatzort für Frau Dr. B [redacted] bezeichnet worden. Ansonsten existiert aber kein schriftliches Dokument, in welchem niedergelegt worden wäre, dass ihr speziell die Verantwortung für die Durchführung der multimodalen Schmerztherapie im Krankenhaus [redacted] übertragen worden wäre.

Aus den tatsächlichen Gegebenheiten, so wie sie sich der Patientendokumentation entnehmen lassen, folgt nichts Gegenteiliges. So fällt zunächst auf, dass Frau Dr. I [redacted] vom Stationsarzt der Abteilung für Konservative Orthopädie mittels "Konsiliarschein" beauftragt wird, einen Vorschlag zur Schmerztherapie zu unterbreiten. Dies ergibt sich aus dem Konsiliarschein vom 28.11.2007. Ein entsprechender Konsiliarschein findet sich auch für die Dokumentation der Untersuchung vom 05.12.2007. Hierzu hat die Klägerin eingewandt, dass die Verwendung eines Konsiliarscheines lediglich praktische Gründe habe. Denn dies gestatte dem schmerztherapeutisch tätigen Arzt, seine Niederschrift als Durchschlagbogen an sich zu nehmen, während das Original in der Krankenakte verbleibt. Das Gericht erspart sich an dieser Stelle Ausführungen dazu, dass dieses praktische Ergebnis sicherlich auch auf andere Art und Weise technisch erreicht werden kann. Selbstverständlich ist die Bezeichnung auf einem Stück Papier hier nicht streitentscheidend. Auffällig ist jedoch, dass auch an anderer Stelle, z. B. insbesondere im Entlassungsbericht, stets von einem "schmerztherapeutischen Konsil" die Rede ist, wenn die entsprechenden Untersuchungsergebnisse des Schmerztherapeuten, hier Frau Dr. [redacted] im Entlassungsbericht gewürdigt werden. Auch hätte es keiner "Beauftragung" zur Untersuchung durch einen Arzt der Abteilung für Konservative Orthopädie bedurft, wenn Frau Dr. [redacted] tatsächlich die verantwort-

liche Ärztin gewesen wäre. Denn in diesem Falle wäre sie ohne Beauftragung von sich aus tätig geworden. So wird sie lediglich von den Ärzten der Konservativen Orthopädie hinzugezogen. Damit korrespondiert der Befund, dass der jeweilige Entlassungsbericht, hier der der Patientin B ausschließlich von Dr. als dem Chefarzt der Abteilung und einem seiner Stationsärzte unterschrieben wird, niemals jedoch von dem aus Sicht des Krankenhauses "verantwortlichen" Schmerztherapeuten, hier also Frau Dr. . Dies läßt sich nicht dadurch entkräften, dass der Bericht nach Aussage des Dr. gerade von demjenigen Arzt (mit-)unterschrieben wird, der auf der Station anwesend ist, damit der Brief bei der Entlassung mitgegeben werden kann.

Auch unabhängig von diesen formalen Gegebenheiten ist nicht erkennbar, dass Frau Dr. planend, überwachend und steuernd die Behandlung der Patientin B geleitet hat. Tatsächlich hat sie die Patientin während des stationären Aufenthalts zwei Mal gesehen bzw. untersucht, am 28.11. und am 05.12.2007. An diesen Tagen hat sie auch an den interdisziplinären Teambesprechungen teilgenommen. Ob sie diese bezüglich der Patientin B geleitet hat, wie von Krankenseite behauptet worden ist, ergibt sich aus der Patientendokumentation nicht, ist aus Sicht des Gerichts auch nicht entscheidend. Aus der Krankenakte ergibt sich kein Hinweis, dass Frau Dr. an anderen Tagen als am 28.11. und 05.12.2007 auf der Station anwesend gewesen ist bzw. planend, steuernd und kontrollierend in die Behandlung der Patientin B eingegriffen hätte. Tatsächlich sind im Dokumentationsbogen für die ärztlichen Anordnungen nur die Eintragungen zum standardisierten therapeutisch-interdisziplinären Teamgespräch von ihr abgezeichnet worden. Als Ergebnis ist jeweils festgehalten: "schmerztherapeutische Fallbesprechung". Für den 28.11. findet sich noch der Zusatz "medikamentöse Optimierung der Therapie". Für den 05.12. findet sich der schwer leserliche Zusatz: "Leichte Schmerzreduktion (...) besprochen". Weitere Eintragungen ihrerseits enthält die ärztliche Dokumentation nicht. An den beiden genannten Terminen hat sie auch die Medikamentengabe modifiziert. Dies allein reicht jedoch aus Sicht des Gerichts nicht aus, um eine planende und steuernde

Tätigkeit feststellen zu können. Denn entscheidungserheblich ist hier zu berücksichtigen, dass Frau Dr. B die Patientin das erste Mal am 28.11.2007, also am sechsten Tag (!) des stationären Aufenthalts gesehen hat. Zumindest bis dahin sind alle Schmerztherapiemaßnahmen von den Ärzten der Station Konservative Orthopädie initiiert worden. Der Umstand, dass die angeblich verantwortliche Schmerztherapeutin die Patientin erst am sechsten Tag nach deren stationärer Aufnahme zum ersten Mal untersucht und danach während des stationären Aufenthalts nur noch ein weiteres Mal, dies nicht einmal in unmittelbarer Nähe zum Entlassungstermin, lässt sich mit der Annahme einer planenden, überwachenden und steuernden Funktion der Schmerztherapeutin nicht in Einklang bringen. Die Verantwortung für die Schmerztherapie hat weder formal noch tatsächlich Frau Dr. getragen, dies zeigt der Geschehensablauf eindeutig, was auch die Sachverständige Dr. in ihrem Gutachten vom 12.01.2011 festgestellt hatte. Dass Frau Dr. nicht nur rein konsiliarisch tätig war, wie bestimmte Formulierungen nahelegen, sei dem klagenden Krankenhaus zugestanden, die letzte Verantwortung für die Therapie, wie vom OPS 8-981 gefordert, hat sie jedoch ebensowenig getragen.

Allerdings kann dem Krankenhaus dahingehend gefolgt werden, dass für die Behandlung der Patientin, 16 Behandlungstage, und nicht nur 14 Behandlungstage, wie vom MDK angenommen, erforderlich waren. Dies hatte die Sachverständige Dr. in ihrem Gutachten festgestellt. Das Gericht hält diese Feststellungen aus den medizinischen Unterlagen für nachvollziehbar abgeleitet und gut begründet. Daher folgt das Gericht auch in diesem Punkt dem medizinischen Sachverständigengutachten. So ist insbesondere zu berücksichtigen, dass erst am Entlassungstag, dem 08.12.2007, sich die Schmerzstärke auf der numerischen Analogskala auf 6 von 10 stabilisiert hatte. Auch fanden am 06.12. und 07.12.2007 noch insgesamt 8 Therapieeinheiten statt: einmal Krankengymnastik, zwei Mal Wirbelsäulengymnastik, ein Mal medizinische Trainingstherapie, ein Mal Fango, ein Mal Stangerbad, Entspannungstraining und ein Gespräch mit der Psychologin. Die Sachverständige ist davon ausgegangen, dass diese acht

Therapieeinheiten zu dem verbesserten Behandlungsergebnis am Entlassungstag beigetragen haben. Für das Gericht ist auch nicht ersichtlich, dass die Vielzahl dieser Therapien auf andere Tage hätte vorgezogen werden können. Zwar lassen sich diese Therapien auch ambulant erbringen. Jedoch steht die Therapiedichte der einzelnen Maßnahmen ambulant in dieser Form nicht zur Verfügung. Daher war die weitere Krankenhausbehandlung bis zum 08.12.2007 medizinisch notwendig.

Aus diesem Umstand errechnet sich gegenüber der DRG I68D ein Zuschlag für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer.

Zusätzlich kann die Klägerin ein Zusatzentgelt für die multimodal-nicht operative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Kode 8-977) abrechnen. Dass die einzelnen Voraussetzungen dieser Abrechnungsziffer erfüllt sind, hat die Sachverständige in ihrem Gutachten vom 12.01.2011 im Einzelnen dargestellt und begründet. Das Gericht folgt dem Sachverständigengutachten auch in diesem Punkt.

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 Codes umfasst weiter ein therapeutisches Assessment mit interdisziplinären Teambesprechungen.

Unstreitig erfolgte während der stationären Behandlung der Versicherten die gleichzeitige Anwendung einer neuro-orthopädischen Strukturdiagnostik, einer manual-medizinisch Funktionsdiagnostik, einer Schmerzdiagnostik sowie auch einer Psychodiagnostik.

Daneben wurde auch eine Röntgenuntersuchung durchgeführt.

Zwischen den Beteiligten ist umstritten, ob und inwieweit eine Röntgenuntersuchung als apparative Funktionsdiagnostik aufzufassen ist. Im Text des OPS in der Version 2007 (auch in der Version 2008) ist nicht näher spezifiziert, was unter apparativer Funktionsdiagnostik zu verstehen ist. Erst in der OPS-Version 2009 zählt Röntgen zur "apparativen Diagnostik unter funktionspathologischen Aspekten". Apparative Diagnostiken bzw. Funktionsdiagnostiken stellen technische Untersu-

chungsverfahren dar. Hierbei kommen messtechnische und bildgebende Verfahren zum Einsatz. Über die Notwendigkeit und den Umfang der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen entscheidet der verantwortliche Facharzt in Abhängigkeit vom bestehenden Krankheitsbild und vom Untersuchungsbefund. Unstreitig sind Röntgenaufnahmen und andere bildgebende Verfahren der Diagnostik, wie MRT und CT, für den Facharzt für Orthopädie bzw. Manualmediziner fester Bestandteil der Diagnostik am Bewegungssystem. Die Beurteilung von nativen und Funktionsröntgenaufnahmen sowie anderer bildgebender Verfahren erfolgt immer im funktionspathologischen Kontext mit dem orthopädischen und manualmedizinischen Befund und ist fester Bestandteil der entsprechenden manualmedizinischen Diagnostik von Funktionsstörungen. Die Befundung und Beurteilung erfolgt nach morphologischen und funktionellen Gesichtspunkten. Die systematische Analyse eines Röntgenbildes beinhaltet u.a. Stellung und Haltung, z.B. der Wirbelsäule, Form der einzelnen Knochenelemente, Kontur von Knochen und Gelenken, Struktur der dargestellten Knochen und Weichteilveränderungen. So ermöglichen Röntgenaufnahmen die Analyse statischer und dynamischer funktioneller Störungen im Kontext zum erhobenen manualmedizinischen Befund. Selbst bei Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule im Stand in zwei Ebenen sind die Voraussetzungen für eine apparative Funktionsdiagnostik erfüllt. Denn beim Stehen handelt es sich um eine wesentliche Funktion des Bewegungsapparates. Röntgenaufnahmen im Stehen dienen der Analyse der Körperstatik und Haltung. Es lassen sich Aussagen zur Stellung des Beckens in Abhängigkeit von der Stellung des Kreuzbeines bzw. zum Vorliegen von Instabilitäten der Wirbelsäule machen. Wesentlich ist hierbei auch immer die Beurteilung und Auswertung von Röntgenaufnahmen im Kontext der erhobenen manualdiagnostischen Befunde und deren Interpretation, was wiederum spezielle Kenntnisse voraussetzt. Letztlich bestätigt auch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in seinem Schreiben vom 14.10.2008, dass mit der Änderung der OPS-Ziffer zum Jahre 2009 und der ausdrücklichen Erwähnung von Röntgenaufnahmen keine inhaltliche Änderung des Codes, sondern eine Klarstellung be-

absichtigt war (vgl. SG Koblenz, Urteile vom 09.08.2011 - S 12 KR 187/09 und 189/09).

Im vorliegenden Fall der Patientin B wurden am 22.11.2007 LWS-Funktionsaufnahmen seitlich in der Anteflexion und in der Retroflexion angefertigt. In diesem Fall ist die Funktionalität der apparativen Diagnostik ohne Weiteres nachvollziehbar. Mit zwei Aufnahmen der Lendenwirbelsäule, einmal in Vorbeugung und ein anderes Mal in Rückbeugung, lässt sich die Funktion der Wirbelsäule, insbesondere ein Wirbelgleiten, beurteilen.

Darüber hinaus wurden im Rahmen der stationären Behandlung der Versicherten auch mindestens drei Behandlungsverfahren durchgeführt. So wurde eine manuelle Therapie, eine Reflextherapie (Akupunktur) sowie auch eine Infiltrationstherapie/interventionelle Schmerztherapie durchgeführt.

Da im Übrigen auch das Vorliegen einer Therapiedichte von mindestens 30 aktiven und passiven Einzelleistungen im Rahmen der durchgeführten manuellen Therapie, der medizinischen Trainingstherapie sowie der physikalischen Therapie in der Pflegedokumentation dokumentiert ist, ist die Berechtigung zur Abrechenbarkeit der OPS 8-977 gegeben.

Hinsichtlich der genauen Berechnung des Entgelts unter Berücksichtigung der DRG I68D, eines Zuschlags für zwei weitere Behandlungstage und des Zusatzentgelts OPS 8-977 nimmt das Gericht bezug auf die von den Beteiligten zur Akte gereichten übereinstimmenden Berechnungen.

Zusätzlich hat die Klägerin Anspruch auf Ausgleich der Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 05.02.2008.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG.