

Sozialgericht Heilbronn

Az.: S 11 KR 3983/16

Verkündet
am 30.07.2019

gez.
Müller
Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle



beglaubigte Abschrift

Bold Jaeger
Friedrich-List-Str. 42
70771 Leinfelden-Echterdingen

Eing. 07. Aug. 2019

Erstinstanz	Vorfrist	Nachfrist	Notiert
9.9.19	2.9.19	ja/nein	uc
FB-Frist	Vorfrist	Vor-/Begründungsfrist	
21.8.19	14.8.19		

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Diabetes Klinik Bad Mergentheim GmbH & Co
vertreten durch d. Geschäftsführer
Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim

- Klägerin -

Rechtsanwaltskanzlei Dr. Clemens M. Bold & Dr. Berit Jaeger,
Proz.-Bev.:
Friedrich-List-Straße 42, 70771 Leinfelden-Echterdingen

gegen

IKK Südwest
vertreten durch den Vorstand
Berliner Promenade I, 66111 Saarbrücken

- Beklagte -

Die 11. Kammer des Sozialgerichts Heilbronn
hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 30.07.2019 in Heilbronn
durch den Richter am Sozialgericht (weiterer aufsichtführender Richter) von Berg
als Vorsitzender sowie die ehrenamtlichen Richter Blankenhorn und Noll

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 1.253,34 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16. Juni 2016 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Rahmen der Vergütung für Leistungen einer stationären Krankenhausbehandlung i.H.v. 1253,34 € über die ordnungsgemäße Kodierung eines Behandlungsfalls im Zusammenhang mit Diabetes mellitus. Streitig ist allein die von der Klägerin hier im Rahmen der Fallpauschale K60B abgerechnete Nebendiagnose K77.8* (Lebererkrankung bei sonstigen, andernorts klassifizierten Krankheiten).

Die Klägerin ist Trägerin eines (Plan-)Krankenhauses nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. In ihrer Klinik wurde die bei der Klägerin Versicherte 1 im Folgenden: Patientin) vom 23. Januar 2012 bis 3. Februar 2012 stationär ärztlich behandelt.

Die Beklagte stellte der Klägerin unter dem 7. Februar 2012 auf der Grundlage der Fallpauschale für die Diagnosis-Related-Group (DRG) K60B (Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schwerem CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus) insgesamt 3975,87 € in Rechnung. Als Hauptdiagnose wurde hierbei „Diabetes mellitus Typ 2, bek. Diabetesdauer 12 Jahre, E 11.73“ sowie als Nebendiagnose unter anderem „Steatosis hepatis K77.8*“ angegeben.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst, beauftragte jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Überprüfung der Abrechnung. Dieser kam in sozialmedizinischen Stellungnahmen vom 3. Mai 2012 und 10. März 2016 zu dem Ergebnis, die Nebendiagnose K77.8* sei zu streichen: Die korrekte Nebendiagnose laute K76.0 (Fettleber, andernorts nicht klassifiziert), da die Verfettung der Leber nicht komplikativ auf den Diabetes zurückzuführen, sondern multifaktorieller Genese sei. Die Abrechnung sei daher auf der Grundlage der niedriger erlösenden Fallpauschale DRG K60D (Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, mit schwerer CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre) vorzunehmen.

Nachdem die Klägerin ungeachtet einer Aufforderung der Beklagten keine Rechnungskorrektur vornahm, verrechnete die Beklagte am 15. Juni 2016 einen Teilbetrag i.H.v. 1253,34 €.

Hiergegen hat die Klägerin am 19. Dezember 2016 Klage zum Sozialgericht Heilbronn erhoben. Sie macht geltend, die Patientin habe während des stationären Aufenthaltes an einem metabolischen Syndrom mit einem massiven Übergewicht (BMI von über 50) bei einer Diabetesdauer von 12 Jahren gelitten. Ein so lange bestehender Diabetes mellitus sei zwingend eine wesentliche Mitverursachung der Fettleber-Erkrankung. Eine solche Mitverursachung der Leberschädigung durch die Diabeteserkrankung sei kodiertechnisch völlig ausreichend. Eine monokausale Verursachung durch den Diabetes sei nach ICD-10 dezidiert nicht erforderlichlich nachzuweisen. Die Frage, ob eine Fettleber als Komplikation des Diabetes anzusehen sei, sei zwischen sämtlichen großen Krankenkassen und den Diabetes-Kliniken in Deutschland bereits geklärt. Lediglich die Beklagte und eine weitere Innungskrankenkasse stünden weiterhin auf dem Standpunkt, dass es sich bei einer Fettleber nicht um eine Komplikation eines vorhandenen Diabetes Mellitus handele.

Daraufhin hat die Kammer ein Sachverständigengutachten nach Aktenlage beim Medizinischen Leiter der Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin der Uniklinik Köln, Prof. Dr. Brüning, eingeholt. Dieser hat am 15. Juli 2018 sowie ergänzend am 9. März 2019 ausgeführt, vorliegend handele es sich bei der Fettleber um eine Komplikation des Diabetes mellitus. So sei bei Aufnahme der Patientin ein Diabetes mellitus seit 12 Jahren bekannt gewesen. Bei Erstdiagnose habe die Patientin ein Gewicht von 80 kg bei einer Körpergröße von 153 cm gehabt, im Zuge der Insulintherapie habe sie bei Aufnahme ins Krankenhaus der Klägerin bereits 120 kg gewogen. Im vorliegenden Fall sei die massive progrediente Adipositas unter Berücksichtigung der Höhe der Insulin-Dosis wahrscheinliche Folge der Insulintherapie, welche aufgrund der Grunderkrankung des Diabetes mellitus erforderlich gewesen sei. Zwar sei die Festlegung einer monokausalen Genese der Fettleber nicht sicher möglich. Die Fettleber sei aber jedenfalls eine Komplikation, die den Verlauf und das Management der Patientin hier beeinflusst habe. So sei das Risiko, an einer Fettleber zu erkranken, für Patienten mit Diabetes mellitus - wie auch in diesem Fall - deutlich erhöht (ca. die Hälfte der Patienten mit Diabetes mellitus hätten eine Fettleber). Das Vorliegen einer Fettleber sei somit nicht nur ein abnormer Befund, sondern eine potentiell folgenreiche Erkrankung. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes sei auch ein diagnostischer Mehraufwand durch die Durchführung der Sonographie und der Bestimmung der Transaminasen erfolgt. Zudem sei während des stationären Aufenthalts eine orale medikamentöse Therapie mit Metformin begonnen worden, welche leitliniengerecht

bei Fehlen der Kontraindikation als Therapie der 1. Wahl bei übergewichtigen Patienten mit Typ 2 Diabetes eingesetzt werde. Begleitend sei hier die Teilnahme an einer Ernährungsberatung erfolgt, womit das Gewicht der Patientin im Rahmen des stationären Aufenthalts um 2kg reduziert habe werden können. Insgesamt sei hier durch die genannten Maßnahmen eine Therapie zur Durchbrechung der Insulinresistenz und eine Gewichtsreduktion erfolgt. Die Kriterien der Nebendiagnosedefinition K77.8* seien mit dem aufgeführten diagnostischen und therapeutischen Aufwand erfüllt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 1.253,34 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16. Juni 2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verweist auf weitere Gutachten des MDK vom 15. Mai 2017 und 6. Dezember 2018. Bei einer dermaßen ausgeprägten Adipositas, begleitenden Fettstoffwechselstörung und einer ebenfalls beschriebenen Depression sei die Fettleber nicht zweifelsfrei auf den Diabetes mellitus zurückzuführen. Ebenso gut könne die Adipositas die Fettleber und diese dann den Diabetes mellitus verursacht haben, mithin der Diabetes überhaupt nicht zur Verursachung der Fettleber beigetragen haben. Zudem sei weder ein Ressourcenverbrauch noch eine Beeinflussung des Patientenmanagements durch die diagnostizierte Fettleber dokumentiert, weshalb die streitige Nebendiagnose K77.8* nicht kodiert werden könne.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte und Patientendokumentation sowie die Gerichtsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Beklagte hat zu Unrecht einen Betrag von 1253,34 € verrechnet. Die Klägerin hat ordnungsgemäß am 7. Februar 2012 die vom 23. Januar bis 2. Februar 2012 bei ihr durchgeführte stationäre Behandlung gegenüber der Beklagten auf der Grundlage der Fallpauschale K60B in Rechnung gestellt.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG die richtige Klageart gewählt (s. BSG, Urteil vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 25/13, und BSG Urteil vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 26/13 R, jeweils zitiert nach juris). Es handelt sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (s. BSG, Urteil vom 28.11.2013, Az.: B 3 KR 33/12 R, zitiert nach juris).

Der Beklagten stand jedoch kein Anspruch auf Verrechnung des streitigen Betrages zu. Grundsätzlich ist eine Aufrechnung auch im Verhältnis von Krankenhausträgern und Krankenversicherern zulässig trotz Fehlens der Voraussetzungen des § 51 SGB I, denn es besteht allgemein die Möglichkeit, einer öffentlich-rechtlichen Forderung im Wege der Aufrechnung entgegenzutreten. Dabei sind die zivilrechtlichen Vorschriften zur Aufrechnung (§§ 387 ff BGB) anzuwenden (BSG, Urteil vom 17.03.2005, Az.: B 3 KR 11/04 R, Rn. 15 m.w.N., zitiert nach juris). Voraussetzung dieses einseitigen Rechtsgeschäfts, mit dem die wechselseitige Tilgung zweier Forderungen bewirkt wird, ist gemäß § 387 BGB, dass sich zum Zeitpunkt der Aufrechnungserklärung gegenseitige, gleichartige, und fällige bzw. erfüllbare Forderungen gegenüberstehen. Die zur Aufrechnung gestellte Gegenforderung muss dabei uneingeschränkt wirksam und fällig sein.

Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten s. BSG, Urteil vom 28.11.2013, Az.: B 3 KR 33/12 R; BSG, Urteil vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 24/13 R; jeweils zitiert nach juris) besteht nur dann, wenn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten zumindest teilweise ohne

Rechtsgrund erfolgte. Da die Klägerin jedoch Anspruch auf den vollen Rechnungsbetrag von 3975,87 € hat, beglich die Beklagte die Rechnung mit Rechtsgrund nicht nur teilweise, sondern in voller Höhe. Denn die Beklagte hat zurecht die DRG K60B unter Zugrundelegung der hier allein streitigen Nebendiagnose K 77.8* in Rechnung gestellt.

Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 23. Januar 2012 bis 2. Februar 2012 stationär behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i.S.v. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (st. Rspr. des BSG, siehe z.B. Urteil vom 16.12.2008, Az.: B 1 KN 1/07 R; Urteil vom 08.11.2011, Az.: B 1 KR 8/11 R, jeweils zitiert nach juris). Die konkrete Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Vergütungsanspruches bemisst sich gemäß § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Nach § 7 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit hiervon zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (Nr. 1), einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte (Nr. 2) sowie die Abrechnungsbestimmungen für die Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte (Nr. 3). Maßgeblich sind hier der für das Jahr 2012 vereinbarte Fallpauschalen-Katalog (DRG-Version 2012) und die Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2012.

Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen geordnet. Die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt dadurch, dass die Diagnosen nach der ICD-10-Klassifikation und die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische

Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel" (OPS) verschlüsselt werden (§ 301 Abs 2 Satz 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren" beschlossen (Deutsche Kodierrichtlinien – DKR). Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind gemäß § 1 Abs 1 Satz 1 FPV 2012 die für den Tag der stationären Aufnahme geltenden Abrechnungsregeln, d.h. vorliegend die DKR 2012. Die verschlüsselten Daten werden in ein automatisches Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert, eingegeben und von diesem einer bestimmten DRG zugeordnet ("Groupierung"), anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalen-Katalogs die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az.: B 1 KR 8/11 R; BSG, Urteil vom 25.11.2010, Az.: B 3 KR 4/10 R; jeweils zitiert nach juris).

Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind, zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum, oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikationen des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (hier in der Version 2012). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Urteile vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R, jeweils zitiert nach juris).

Die Anwendung der DKR, vorliegend Stand 2012, und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG, Urteil vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 26/13 R, zitiert nach juris). Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen

Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteile vom 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R, sowie Urteil vom 21.04.2015, Az.: B 1 KR 8/15 R, jeweils zitiert nach juris).

In welcher Weise die Eingaben in das Datensystem zu erfolgen haben, gibt nicht allein der Grouper durch die vorprogrammierten Abfragen mit genormten Antworten vor. Vielmehr regeln die FPV und die DKR konkrete Vorgaben für die Eingaben. Die DKR (hier anwendbar in der Version 2012) regeln Kodieranweisungen. Der Begriff der Hauptdiagnose ist in den Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten der DKR unter D002f, definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff nach Analyse bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlichen Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen. Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Neben den Allgemeinen Kodierrichtlinien bestehen Spezielle Kodierrichtlinien für Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. In der Kodierrichtlinie 0401h werden zunächst die verschiedenen Typen des Diabetes mellitus beschrieben sowie die Verschlüsselungen

angewiesen. Liegt eine Form des Diabetes mellitus vor, die mit einem Kode aus E10.&8722; bis E14.&8722; verschlüsselt wird, und bestehen Komplikationen des Diabetes, so ist demnach für die korrekte Verschlüsselung zunächst festzustellen, ob die Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus oder die Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen hauptsächlich die stationäre Aufnahme veranlasst hat.

Des Weiteren ist nach der Kodierrichtlinie 0401h für die Kodierung von Bedeutung, wie viele Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen, und ob diese die Nebendiagnosedefinition erfüllen. Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist die vierte Stelle "6" zu kodieren. An vierter Stelle ist "7" zu kodieren, sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und multiple Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht. Außerdem sind die Codes für die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosedefinition entsprechen. Sofern Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist E10-E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation zu kodieren gefolgt vom entsprechenden Kode für diese Manifestation. Die Codes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosedefinition entsprechen.

Sofern multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Behandlung mehrerer Manifestationen im Vordergrund steht, ist entsprechend der Regelung zu "zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechend" in der DKR D002 Hauptdiagnose zu verfahren. Somit ist die vierte Stelle des Kodes aus E10 - E14 entsprechend der Manifestation zu wählen, die vom behandelnden Arzt als die am besten der Hauptdiagnosedefinition entsprechende ausgewählt wurde. Zudem ist der entsprechende Kode für diese Manifestation anzugeben. Die Codes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosedefinition entsprechen (s. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 25. Juni 2019, Az.: L 11 KR 1649/17, zitiert nach juris).

Gemessen hieran hat die Beklagte zu Recht ihrer Abrechnung die Fallpauschale K60B (Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schwerem CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus) mit der

unstreitigen Hauptdiagnose E11.73 (Diabetes mellitus Typ 2, bek. Diabetesdauer 12 Jahre) sowie die hier allein streitige Nebendiagnose Steatosis hepatis K77.8* zugrunde gelegt.

Wie Prof. Dr. Brüning sowohl in seinem Gutachten vom 15. Juli 2018 sowie in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. März 2019 nachvollziehbar dargelegt hat, sind die Kriterien der hier allein streitigen Nebendiagnosedefinition K77.8* erfüllt. So liegt bei der Patientin eine Fettleber (Steatosis hepatis) bei Diabetes mellitus vor. Auch war hier die massive progrediente Adipositas unter Berücksichtigung der Höhe der Insulin-Dosis wahrscheinliche Folge der Insulintherapie, welche aufgrund der Grunderkrankung des Diabetes mellitus erforderlich gewesen ist. Die offensichtlich von der Beklagten gesehene Notwendigkeit, eine monokausale Genese der Fettleber festzustellen, ergibt sich gerade nicht aus dem Wortlaut der hier allein streitigen Nebendiagnose K77.8* (Lebererkrankung bei sonstigen, andernorts klassifizierten Krankheiten), insbesondere nicht aus der in K77.8* verwendeten Präposition „bei“. Die Fettleber war hier aber jedenfalls eine Komplikation, die den Verlauf und das Management der Patientin beeinflusst hat. So ist das Risiko, an einer Fettleber zu erkranken, für Patienten mit Diabetes mellitus - wie auch in diesem Fall - unter Zugrundelegung der schlüssigen Ausführungen des Gerichtssachverständigen deutlich erhöht, weil rund die Hälfte der Patienten mit Diabetes mellitus eine Fettleber haben. Die Fettleber der Patientin ist damit nicht nur ein abnormer Befund, sondern eine potentiell folgenreiche Erkrankung des bei ihr festgestellten langjährigen Diabetes mellitus. Dass die Adipositas der Patientin ihre Fettleber und diese dann den Diabetes mellitus verursacht hätte, mithin der Diabetes überhaupt nicht zur Verursachung der Fettleber beigetragen haben soll, wie die Beklagte vorträgt, erschließt sich der Kammer nach alledem nicht. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes erfolgte auch ein diagnostischer Mehraufwand durch die Durchführung der Sonographie, der Bestimmung der Transaminasen, der oralen medikamentösen Therapie mit Metformin und der durchgeführten Ernährungsberatung.

Der in Ansehung der am 15. Juni 2016 erfolgten Verrechnung ab dem 16. Juni 2016 bestehende Zinsanspruch der Klägerin folgt aus § 19 Abs. 3 KHBV. Nach dessen Satz 1 kann ein Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Der Verzugszins beträgt nach § 19 Abs. 3 Satz 2 KHBV für das Jahr 5 Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb *✓ uoklee* **eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Baden-Württemberg, Hauffstr. 5, 70190 Stuttgart - Postfach 10 29 44, 70025 Stuttgart -, schriftlich, als elektronisches Dokument oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Eine Einlegung per E-Mail ist nicht zulässig. Wie Sie bei Gericht elektronisch einreichen können, wird auf www.ejustice-bw.de beschrieben.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Heilbronn, Paulinenstr. 18, 74076 Heilbronn, schriftlich, als elektronisches Dokument oder zu Protokoll 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.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

gez.

von Berg



Die Übereinstimmung des Abdrucks mit der Urschrift wird beglaubigt:

Heilbronn, den 01.08.2019

[Handwritten signature]
Dietrich-Pölzer

Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle