

**Sozialgericht Heilbronn**

Az.: S 12 KR 2683/13



Ratajczak & Partner mbB Posener Str. 1 71065 Sindelfingen			
Eing.		30. März 2017	
Fristablauf	Vorfrist	Notfrist ja/nein	Notiert
TB-Frist	Vorfrist	Vor-/Begründungsfrist	

**Beglaubigter Abdruck**

Im Namen des Volkes

**Urteil**

in dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Proz.-Bev.:

gegen

Diabetes Klinik Bad Mergentheim GmbH & Co. KG  
vertreten durch die Geschäftsführung  
Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim

- Beklagte -

Proz.-Bev.: Rechtsanwaltskanzlei Ratajczak & Kollegen  
Posener Str. 1, 71065 Sindelfingen

Die 12. Kammer des Sozialgerichts Heilbronn  
hat ohne mündliche Verhandlung am 27.03.2017 in Heilbronn  
durch die Richterin am Sozialgericht Lau als Vorsitzende  
sowie die ehrenamtlichen Richter Böhme und Herold  
für Recht erkannt:

- 1. Die Klage wird abgewiesen.**
- 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.**
- 3. Der Streitwert wird auf 622,10 € festgesetzt.**
- 4. Die Berufung wird zugelassen.**

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Vergütung für Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung der bei der Klägerin versicherten  (im Folgenden: Versicherte) zwischen dem 26.04.2011 und 06.05.2011.

Die Versicherte wurde aufgrund ärztlicher Verordnung vom 18.04.2011 zur stationären Behandlung im (Plan-)Krankenhaus der Beklagten am 26.04.21011 aufgenommen. Als Einweisungsdiagnosen wurden hierbei benannt: Churg-Strauss-Granulomatose akuter Schub 12/07 pulmonal, Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes). Die Einweisung erfolgte zur Therapieüberprüfung. Bei Aufnahme der Versicherten wurden zudem folgende Vorerkrankungen festgestellt: Hypereosinophile Syndrom mit Lungen- und kardialer Beteiligung, V.a. Erythema migrans am linken Fuß und positive Borrelienserologie, Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie mit Albuminurie, aktuell Hydrokortisontherapie bei Nebenniereninsuffizienz, aktuell normotensives Blutdruckprofil, unauffällige Nierenfunktion, Nephrokalzinose links unter Kalzium -D3 Therapie, Endometriose.

Im Rahmen des stationären Aufenthalts erfolgten eine Neueinstellung der Pumpentherapie sowie entsprechende Schulungen der Versicherten. Die Blutzuckerwerte der Versicherten waren bis zu ihrer Entlassung am 06.05.2011 stark schwankend. Während der Krankenhausbehandlung war keine Mikroalbuminurie nachweisbar; die bereits vor dem stationären Aufenthalt diesbezüglich begonnene medikamentöse Therapie (Ramipril) wurde jedoch fortgesetzt; regelmäßige Urinkontrollen wurden bei Entlassung empfohlen.

Die Beklagte rechnete die Behandlung der Versicherten gegenüber der Klägerin mit Rechnung vom 16.05.2011 auf der Grundlage der Fallpauschale für die Diagnosis-Related-Group (DRG) K60D, Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre ab. Als Hauptdiagnose wurde hierbei ein primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes): Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet (E 10.73) angegeben.

Die Rechnung wurde durch die Klägerin zunächst beglichen.

Im weiteren Verlauf veranlasste die Klägerin eine Überprüfung der Abrechnung des stationären Aufenthaltes durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland Pfalz. Dieser kam in einer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 03.08.2011 zu dem Ergebnis, die

Abrechnung sei auf der Grundlage der DRG K60E vorzunehmen. Hierbei lege der MDK als Hauptdiagnose einen primär insulinabhängigen Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes): ohne Komplikationen: entgleist bezeichnet, E 10.91 zugrunde. Komplikationen seien vorliegend nicht gegeben.

Mit Schreiben vom 19.08.2011 wurde der Beklagten die Stellungnahme des MDK übermittelt. Die Klägerin bat um Rückzahlung eines Betrages in Höhe von 622,10 €.

Die Beklagte wandte sich hiergegen mit Schreiben vom 05.12.2011. Mit Hypoglykämien sowie einem dysregulativen Diabetes mellitus seien zwei und damit multiple Komplikationen / Manifestationen des Diabetes mellitus gegeben, die beide explizit im ICD-10-GM gelistet seien und damit eindeutig Komplikationen / Manifestationen im Sinne der DKR (Deutsche Kodierrichtlinien) und folglich auch bei der Kodierung der Hauptdiagnose als solche zu berücksichtig seien. Die Hauptdiagnose E 10.73 sei somit korrekt verschlüsselt. Eine Rechnungskorrektur könne nicht erfolgen.

Nach erneuter Überprüfung durch den MDK führte dieser in einer weiteren Stellungnahme vom 12.01.2012 aus, die DKR setze voraus, dass neben der Hypoglykämie noch eine Manifestation bestehe. Dies sei hier nicht der Fall. Somit bleibe es bei der Kodierung E 10.91.

Die Beklagte wurde daraufhin erneut zur Rückzahlung aufgefordert.

Mit Schreiben vom 09.03.2012 erhob sie erneut Widerspruch gegen die Stellungnahme des MDK.

Dieser wiederum bestätigte in einer dritten sozialmedizinischen Stellungnahme seine Einschätzung, bei dem im Widerspruch angegebenen dysregulativen Diabetes mellitus handele es sich nicht um eine Langzeitkomplikation. Die von der Beklagten verschlüsselte Hauptdiagnose sei nicht korrekt.

Nachdem die Beklagte auch in der Folgezeit die durch die Klägerin geltend gemachte Rückforderung in Höhe von 622,10 € nicht beglich, erhob die Klägerin mit Datum vom 31.07.2013 Klage zum Sozialgericht Heilbronn, mit der sie die Rückzahlung weiter verfolgt.

Zur Begründung verwies sie auf die wiederholten Stellungnahmen des MDK. Dieser habe festgestellt, dass bei der Versicherten neben der Hypoglykämie keine weitere Komplikation bzw. keine Manifestation vorgelegen habe. Die Aufnahme sei wegen der Grunderkrankung Diabetes

mellitus mit dysregulativem Verlauf und Stoffwechselentgleisung in Form von stark schwankenden Blutzuckerwerten und nach Definition der Deutschen Diabetes-Gesellschaft dreimalig dokumentierten Hypoglykämien erfolgt. Letztere seien im Arztbericht nicht erwähnt und hätten offensichtlich nicht der Intervention bedurft. Ein Ressourcenverbrauch sei damit hierfür nicht gegeben.

Hinsichtlich der Hypoglykämie führte die Klägerin weiter aus, eine Wahrnehmungsstörung habe nicht bestanden, somit sei die mit dem Diabetes Typ 1 in Verbindung stehende Hypoglykämie einzig über die 5. Stelle - 1 statt 0 - abzubilden und nicht als Komplikation im Sinne des ICD zu werten.

Die Dysregulation stelle das Krankheitsbild selbst dar, welches bei der Kodierung bereits mit dem Zusatz „entgleist“ berücksichtigt werde. Daher sei anstelle der Hauptdiagnose E10.73 die E10.61 „primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes): mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: als entgleist bezeichnet“ zu kodieren. Die Nebendiagnose I47.1 (Supraventrikuläre Tachycardie) sei gestrichen worden, da diese laut EKG nicht vorgelegen habe. Dies führe zur Änderung der DRG und zur geltend gemachten Überzahlung. Richtigerweise sei die DRG K60E abzurechnen. Der geltend gemachte Zinsanspruch in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ergebe sich aus dem Vertrag über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs.2 Nr. 1 SGB V und sei unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Der Zinsanspruch in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit sei gemäß § 69 Abs.1 Satz 2 und 3 SGB V i.V.m. §§ 291, 288 Abs.1 BGB begründet.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 622,10 nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 14.06.2012 und weiteren 3 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat hierzu ausgeführt, die Rechnung vom 16.05.2011 sei korrekt gewesen. Bei der Versicherte habe sowohl ein dysregulativer Diabetes mellitus Typ-1 sowie Hypoglykämien als Komplikationen / Manifestationen vorgelegen. Hierbei sei insbesondere der dysregulative

Diabetes mellitus als Manifestation / Komplikation im Rahmen der ICD-10-GM bzw. im Rahmen der Deutschen Kodierrichtlinien zu werten. Zwar werde sowohl das Auftreten von Hypoglykämien als auch der dysregulative Diabetes mellitus zur Bestimmung herangezogen, ob ein entgleister Diabetes mellitus vorliege. Völlig unabhängig davon seien die Hypoglykämien und der dysregulative Diabetes als eigenständige Komplikationen / Manifestationen des Diabetes mellitus für die Kodierung der 4. Stelle zu kodieren.

Aufwändiger Ressourcenverbrauch liege für beide Manifestationen / Komplikationen vor. Es sei nur mittels einer hochaufwändigen Insulin-Pumpen-Therapie möglich gewesen, die Versicherte einzustellen.

Im weiteren Verlauf des sozialgerichtlichen Verfahrens wurde Prof. Dr. Ritzel mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Dieser kam in seinem Gutachten vom 24.08.2016 zu dem Ergebnis, bei der Versicherten liege ein langjähriger Typ 1 Diabetes mellitus mit stark schwankenden Blutzuckerwerten, häufig auftretenden Hypoglykämien sowie einer diabetischen Nephropathie vor. Der korrekte Diagnoseschlüssel sei die E10.73 (Diabetes mellitus) als Kreuz Kode und die N.08.3 (diabetische Nephropathie) als Stern-Kode. Die Abrechnung nach der DRG K60D sei damit korrekt. Ursache dafür sei die in den Unterlagen dokumentierte, jedoch von der Beklagten nicht kodierte diabetische Nephropathie. Die explizit in den Kodierrichtlinien aufgeführte Hypoglykämie sei als „sonstige näher bezeichnete Komplikation“ bei der Kodierung zu berücksichtigen und gelte damit als zweite Komplikation.

Die Beteiligten haben sich auf entsprechende Anfrage des Gerichts mit Schriftsatz vom 10.02.2017 (Klägerin) sowie vom 15.02.2017 (Beklagte) mit einer Entscheidung des Rechtsstreits ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichts-, die beigezogene Verwaltungsakte der Klägerin sowie die ebenfalls beigezogene Patientenakte der Beklagten Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Da das ausdrückliche Einverständnis der Beteiligten vorlag, konnte das Gericht gemäß § 124 Abs.2 SGG den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die beim sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Heilbronn erhobene Klage ist zulässig. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne von § 54 Abs.5 SGG die richtige Klageart gewählt; denn es handelt sich bei der auf Rückzahlung von Behandlungskosten bzgl. der Behandlung eines Versicherten gerichteten Klage der Krankenkasse gegen den Krankenhausträger um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem einer Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war damit nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.02.2015, Az. L 4 KR 2536/13 m.w.N.).

Die zulässige Klage ist jedoch nicht begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf die Rückzahlung von 622,10. Die Beklagte hat den hier streitgegenständlichen stationären Aufenthalt der Versicherten vielmehr korrekt abgerechnet.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs.1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 14.10.2014, Az. B 1 KR 25/13, st.Rspr.).

Dies war vorliegend bei Aufnahme der Versicherten in das nach § 108 Nr. 2 SGB V zugelassene Krankenhaus der Beklagten der Fall. Die Versicherte war insbesondere während des gesamten streitgegenständlichen Zeitraums vom 26.04.2011 bis 06.05.2011 krankenhausbbehandlungsbedürftig. Dies ist zwischen den Beteiligten unstrittig.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Beklagten hinsichtlich der erbrachten stationären Krankenhausbehandlung ist die Regelung des § 109 Abs.4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs.1 Satz1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 1 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser.

Gemäß § 7 Abs.1 Satz1 Nr. 1 KHEntG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder - wie vorliegend - ihren Kostenträgern mit Fallpauschalen nach einem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntG) abgerechnet. Nach § 17b Abs.1 Satz 1 KHG ist hierbei für die Vergütung der Allgemeinen Krankenhausleistungen ein

durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieser Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (sog. DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer bestimmten DRG in zwei Schritten: In einem ersten Schritt werden die Diagnosen nach der Deutschen Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 2006 (ICD-10-GM) sowie die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinischen Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen „Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V“ verschlüsselt. In einem weiteren zweiten Schritt werden dann anhand dieser Codes sowie zusätzlicher fallbezogener Kriterien (wie z.B. Alter des Patienten, Verweildauer) mit Hilfe eines speziellen Software-Programms die DRG-Fallpauschale und damit die dafür zu zahlende Vergütung errechnet. Zur Durchführung der Verschlüsselung (Kodierung) im konkreten Einzelfall haben das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitliche Kodierregeln entwickelt (Deutsche Kodier-Richtlinien, DKR). Hierbei handelt es sich um Regelungen für die Dokumentation der diagnosen-, prozeduren- und sonstiger gruppierungsrelevanter Merkmale, die jährlich aktualisiert werden.

Unter Zugrundelegung dieser Regelungen zur Ermittlung der Vergütung stationärer Krankenhausleistungen ist die streitgegenständliche stationäre Behandlung der bei der Klägerin Versicherten nach der von der Beklagten abgerechneten DRG-Fallpauschale K 60 D zu vergüten. Die Beklagte hat zu Recht als Hauptdiagnose die Ziffer E 10.73 (primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes) mit multiplen Komplikationen: als entgleist bezeichnet) zugrunde gelegt.

Gemäß den DKR 002f wird „Hauptdiagnose“ definiert als „Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“. Hierbei bezeichnet der Begriff „nach Analyse“ 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 (DKR D002f).

Zwischen den Beteiligten ist insoweit unstreitig, dass der vorliegend streitgegenständliche Krankenhausaufenthalt der Versicherten durch die bei ihr bestehende Erkrankung an einem Typ-1 Diabetes mellitus veranlasst wurde. Gemäß ICD-10-GM sowie Ziff. 401d der DKR stehen damit für die Kodierung der Hauptdiagnose die E10. als die ersten drei Ziffern fest.

An 4. Stelle sind mögliche Komplikationen zu verschlüsseln. An 5. Stelle stehen nach Ziff. 401d DKR „0“ für nicht als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus oder „1“ für als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus. Hierzu ist festzuhalten, dass die 5. Stelle der vorliegenden Kodierung mit „1“ ebenfalls von keinem der Beteiligten bestritten wird. Sowohl die Klägerin als auch die Beklagte sind zutreffend von einem „als entgleist bezeichneten Diabetes mellitus“ ausgegangen.

Streitig ist zwischen den Beteiligten die korrekte Kodierung der 4. Stelle. Gemäß ICD-10-GM sind die folgenden vierten Stellen bei den Kategorien E10-E14 zu benutzen:

- .0 Mit Koma
- .1 Mit Ketoazidose
- .2 Mit Nierenkomplikationen
- .3 Mit Augenkomplikationen (Diabetisch: Katarakt / Retinopathie)
- .4 Mit neurologischen Komplikationen
- .5 Mit peripheren vaskulären Komplikationen
- .6 Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen (Diabetische Arthropathie, Hypoglykämie, Hypoglykämisches Koma, Neuropathische diabetische Arthropathie)
- .7 Mit multiplen Komplikationen
- .8 Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
- .9 Ohne Komplikationen

Die DKR stellen zur Verwendung der genannten Ziffern unter Ziff. 401 klar: Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist E10-E14, 4. Stelle „6“ zu kodieren; sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist E10-E14, 4. Stelle „7“ zu kodieren.

Zur Überzeugung der erkennenden Kammer lagen hinsichtlich des hier streitgegenständlichen Krankenhausaufenthalts der Versicherten zwei Komplikationen im Sinne der dargestellten Aufzählung vor: Hypoglykämien sowie eine diabetische Nephropathie.

Entgegen der Ansicht der Klägerin sind die nach dem medizinischen Sachverhalt bei der Versicherten unstreitig vorliegenden Hypoglykämien als eigenständige Komplikation / Manifestation des Diabetes mellitus Typ-1 bei der Kodierung zu berücksichtigen. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Gerichts aus den dargestellten Kodiervorgaben des ICD-10-GM. Dort sind Hypoglykämien unter Punkt .6 „als sonstige näher bezeichnete Komplikationen“ ausdrücklich aufgeführt. Hierbei kommt es nicht auf die Schwere bzw. den Ausprägungsgrad der Hypoglykämien an. Diese sind vielmehr unabhängig hiervon als „sonstige näher bezeichnete Komplikation“ bei der Kodierung heranzuziehen. Auch in den DKR wird die Hypoglykämie als spezifische Komplikation des Diabetes mellitus unter der Überschrift „Störungen der inneren Sekretion des Pankreas“ ausdrücklich erwähnt.

Vor diesem Hintergrund kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Auftreten von Hypoglykämien bei der Hauptdiagnose Diabetes mellitus bereits in der Kodierung der 5. Stelle mit „1 - als entgleist bezeichnet“ enthalten ist. Die ausdrückliche Nennung der Hypoglykämie im ICD-10GM sowie in den DKR zeigt vielmehr, dass es sich hierbei um eine eigenständige Manifestation / Komplikation des Diabetes mellitus handelt, die entsprechend in die Kodierung einfließt.

Darüber hinaus bestand bei der Versicherten als weitere Komplikation des Diabetes mellitus eine diabetische Nephropathie. Diese wurde zwar weder von Seiten der Beklagten bei der Abrechnung noch von Seiten der Klägerin bzw. des MDK bei Überprüfung der Abrechnung erwähnt. Wie der im sozialgerichtlichen Verfahren beauftragte Gutachter Prof. Dr. Ritzel jedoch zutreffend ausgeführt hat, ergibt sich diese Manifestation der Diabeteserkrankung aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen. So lässt sich den fachärztlichen Befundberichten der

behandelnden Nephrologen entnehmen, dass bei der Versicherten aufgrund einer stattgehabten Albuminurie die entsprechende Medikation mit dem Präparat Ramipril durchgeführt wurde. Das Vorliegen einer Albuminurie (übermäßiges Ausscheiden von Eiweiß im Urin) ist ein Hinweis auf eine Nierenerkrankung. Zur Senkung dieses Risikos bei Diabetes-Patienten bzw. - wie hier - zur Verlangsamung des Fortschreitens der Nierenfunktionsstörung wird das Medikament Ramipril verabreicht. Dem in der Patientenakte der Beklagten befindlichen Befundbericht der nephrologischen Gemeinschaftspraxis vom 17.03.2011 lässt sich entnehmen, dass zu diesem Zeitpunkt unter der Gabe von Ramipril keine Albuminurie vorlag. Der Gutachter weist hierzu zutreffend daraufhin, dass das Ziel der Medikation, die Normalisierung der Ausscheidung von Eiweiß im Urin bei der Versicherten somit erreicht wurde; dies jedoch keine Heilung der zugrunde liegenden Nierenerkrankung bedeutet. Der beigezogenen Patientenakte der Beklagten zufolge wurde die Medikation mit Ramipril bei der Versicherten bereits zumindest seit 2010 durchgehend durchgeführt.

Bei der Versicherten lag damit eine Diabetes-mellitus-Erkrankung Typ-1, als entgleist bezeichnet, mit multiplen (zwei) Komplikationen (Manifestationen) vor. Die von der Beklagten in ihrer Abrechnung des streitgegenständlichen stationären Aufenthalts der Versicherten angegebene Hauptdiagnose E 10.73 erweist sich damit als zutreffend. Hieraus ergibt sich damit die von der Beklagten in Ansatz gebrachte DRG K60D. Da diese DRG bereits bei Vorliegen von zwei Komplikationen in Ansatz zu bringen ist, kommt es für die Beurteilung der hier streitigen Kodierung auf die Frage, ob auch der dysregulative Diabetes mellitus als eigenständige Komplikation / Manifestation des Diabetes mellitus zu berücksichtigen ist, nicht an.

Ein Rückzahlungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte aus einer unzutreffenden Kodierung besteht nach alledem nicht.

Die vorliegende Klage war somit abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs.1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs.2 VwGO.

Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs.1 Satz 1 SGG i.V.m. § 63 Abs.2 Satz 1, § 52 Abs.3 Satz 1, § 47 Abs.1 GKG.

Gemäß § 144 Abs.1, Abs.2 Nr. 1 SGG war die Berufung zuzulassen. Die Sache hat grundsätzliche Bedeutung; die Frage der Kodierung der 4. Stelle bei der Hauptdiagnose Diabetes mellitus ist für eine Vielzahl von Verfahren von Bedeutung.

### **Rechtsmittelbelehrung**

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Baden-Württemberg, Hauffstr. 5, 70190 Stuttgart - Postfach 10 29 44, 70025 Stuttgart -, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

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

-gez.-

Lau

Richterin am Sozialgericht

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

**Die Übereinstimmung des Abdrucks mit der Urschrift wird beglaubigt:**

**Heilbronn, den 29.03.2017**



**Jalowietzki  
Gerichtsobersekretärin  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle**