

SOZIALGERICHT HILDESHEIM



Vor.	Post.	KRM/	MST.
RA	EINGEGANGEN	KRM/	MST.
SB	05. Aug. 2013	KRM/	MST.
Rück.	- Rechtsanwalt -	KRM/	MST.
zda	ROHLFING · PEHL · OETTLER	KRM/	MST.

Az.: S 22 KR 482/12

IM NAMEN DES VOLKES

Verkündet am: 03. Juli 2013

Schulting
Justizsekretärin
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

URTEIL

In dem Rechtsstreit

Gemeinnützige Stiftung für Diabetestherapie in Bad Lauterberg im Harz, vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden, Kirchberg 21, 37431 Bad Lauterberg im Harz,

Kläger,

Proz.-Bev.:

Rechtsanwälte Rohlfing und Partner,
Große Breite 1, 37077 Göttingen,

g e g e n

AOK - [REDACTED] Gesundheitsmanagement stationär,

Beklagte,

hat das Sozialgericht Hildesheim - 22. Kammer - auf die mündliche Verhandlung vom 3. Juli 2013 durch die Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht Dr. Schönig, sowie die ehrenamtlichen Richter Uhe-Leiber und Böge für Recht erkannt.

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 650,37 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.11.2008 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.
3. Der Streitwert wird auf 650,37 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über eine Rückforderung für die stationäre Behandlung des bei der Beklagten versicherten (im Folgenden nur: der Versicherte) und in diesem Zusammenhang über die Abrechnung des Behandlungsfalls mit der Fallpauschale K60D unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose „E11.71“.

Die diabetische Fachklinik der Klägerin (im Folgenden nur: die Klägerin) behandelte den Versicherten in dem Zeitraum vom 2007. Ausweislich des Arztbriefes vom 6. Juli 2007 stellte die Klägerin bei dem Versicherten folgende Diagnosen:

- Typ-2-Diabetes, entgleist E11.71
- Rez. Hypoglykämien E16.0
- Diabetische Polyneuropathie G 63.2
- Arrhythmia absoluta bei Vorhofflimmern I48.19/orale Antikoagulation Z92.1
- Chronische ischämische Herzkrankheit I25.9 mit
- Linksherzinsuffizienz I50.12
- Arterielle Hypertonie I10.00
- Z.n. Herzschrittmacher-Implantation bei BAA Z 95.0
- Hyperurikämie E 79.0
- Alimentäre Adipositas E 66.0

- 3 -

Zu „Therapie und Verlauf“ führte die Klägerin in dem Arztbrief aus, dass der Versicherte mit einer hyperglykämischen Entgleisung und rezidivierend auftretenden Hypoglykämien zur stationären Aufnahme gekommen sei; unter Durchführung strukturierter Schulungen zu diabetesgerechter Therapie und Ernährung und Verordnung einer intensivierten Insulintherapie mit Protaphane und Novo Rapid mit Anpassungsplan hätten nach adäquater Dosistitration optimierte Blutzuckerprofile nachgewiesen werden können. Wegen der Einzelheiten der Behandlung und des Therapieverlaufs wird auf die Patientenakte Bezug genommen. Vorangegangen war eine Behandlung im wegen nächtlicher Hypoglykämien vom 26.05.2007 bis zum 19.06.2007. Ausweislich des dort erstellten Entlassungsberichts vom 27.06.2007 konnten befriedigende Blutzuckerwerte nicht erreicht werden, weshalb die Aufnahme bei der Klägerin erfolgen sollte.

Mit Rechnung von 26. Juli 2007 stellte die Klägerin der Beklagten einen Gesamtbetrag in Höhe von 2.648,70 € für den Aufenthalt des Versicherten unter Zugrundlegung der die DRG K60D „Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose“ in Rechnung. Die Beklagte glich die Rechnung vollständig aus.

Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung, ob die Hauptdiagnose E11.71 zutreffend ist. Erstmals mit Schreiben vom 4. September 2007 forderte der MDK bei der Klägerin Unterlagen an. Er kam in mehreren Stellungnahmen zu dem Ergebnis, dass die rezidivierenden Hypoglykämien Teil des entgleisten Diabetes und bereits mit der Grunderkrankung abgebildet seien. Die DRG K60E unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose E11.61 wäre abzurechnen gewesen.

Die Klägerin widersprach dem Ergebnis des MDK. Es habe ein entgleister Diabetes mellitus wegen hyperglykämisch entgleister Blutzuckerwerte vorgelegen; zusätzlich habe die Hypoglykämie als Komplikation vorgelegen; mit der ebenfalls vorliegenden Polyneuropathie sei die Kodierung der Hauptdiagnose E11.71 zutreffend.

Mit Schreiben vom 12. November 2008 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie den Abrechnungsfall des Versicherten verrechnet habe und zwar auf die Rechnung für

die Behandlung der vom 24. Oktober 2008. Der Rechnungsbetrag sei insgesamt gutgeschrieben worden und die nach Auffassung der Beklagten zugrundeliegende DRG K60E zur Zahlung angewiesen worden.

Am 22. Januar 2009 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Hannover erhoben. Mit Beschluss vom 23. März 2012 hat das Sozialgericht Hannover die Klage an das zuständige Sozialgericht Hildesheim verwiesen.

Die Klägerin trägt vor, dass im streitigen Behandlungsfall des Versicherten ein entgleiteter Diabetes mellitus vorgelegen habe; Behandlungsziel sei gewesen, die Blutzuckerlage stabil einzustellen. Eine Hypoglykämie müsse nicht zwangsläufig eine Entgleisung bedeuten; Hypoglykämien können auch bei stabiler Stoffwechsellage bestehen. Die Kodierrichtlinien verhielten sich nicht zu der Frage der Kodierung einer Hypoglykämie; maßgeblich sei daher hier auf den ICD-10 zurückzugreifen; hiernach stelle die Hypoglykämie eine Komplikation dar. Es sei daher die Hauptdiagnose E11.71 zu kodieren.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag in 650,37 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13. November 2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist darauf, dass die Klägerin im Behandlungsfall des Versicherten eine erste Rechnung am 5. Juli 2007 über die DRG K60E übermittelt habe; dann drei Wochen später sei eine neue höhere Rechnung über die DRG K60D übermittelt worden. Es könne nicht nachvollzogen werden, warum die Behandlungshauptdiagnose geändert worden sei; diese hätte wohl bei Entlassung feststehen müssen. Aber auch in der Sache sei die Hauptdiagnose nicht nachzuvollziehen. Nach den deutschen Kodierregeln

könne bei Vorliegen nur einer Komplikation lediglich die Hauptdiagnose E11.61 kodiert werden. Hier habe als einzige Komplikation die Polyneuropathie vorgelegen. Die Hypoglykämie sei Bestandteil der Hauptdiagnose und könne nicht gleichzeitig eine Nebendiagnose sein. Die Beklagte ergänzt den Vortrag in der mündlichen Verhandlung noch dahingehend, dass, selbst wenn die Hypoglykämie eine Komplikation zu einem entgleisten Diabetes mellitus darstelle, die Kodierung der Hauptdiagnose im Hinblick auf die Hypoglykämie und nicht im Hinblick auf den entgleisten Diabetes mellitus hätte erfolgen müssen; denn ausweislich der Behandlungsunterlagen erfolgte Aufnahme und Behandlung im Hinblick auf die Hypoglykämie, sodass im Ergebnis die Hauptdiagnose E11.61 zu kodieren gewesen wäre.

Die Klägerin trägt auf entsprechende Nachfrage des Gerichts noch vor, dass zutreffend sei, dass eine erste Rechnung mit der Hauptdiagnose E11.61 erstellt worden sei. Bei einer internen Prüfung der Kodierungen im Haus der Klägerin sei aufgefallen, dass unzutreffend kodiert worden sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie auf die Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die dem Gericht vorgelegen haben und Grundlage der Entscheidungsfindung geworden sind.

Entscheidungsgründe

Die als echte Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Klage ist begründet.

I.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Vergütung der DRG K60D mit der Hauptdiagnose E11.71 für die Behandlung des Versicherten und daher auf Auszahlung des zu Unrecht verrechneten Betrages.

1.

Der Anspruch der Klägerin auf Zahlung von 650,37 € aus dem Behandlungsfall der ist nicht durch wirksame Aufrechnung der Beklagten mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten in dieser Höhe analog der Vorschriften 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen. Die Beklagte hat keinen Erstattungsanspruch, mit dem sie rechtmäßig die Aufrechnung erklären konnte.

Streitgegenständlich ist nicht der Zahlungsanspruch der Klägerin wegen des stationären Krankenhausaufenthaltes des Versicherten. Die hierfür in Rechnung gestellten Kosten hat die Beklagte unstreitig in voller Höhe ausgeglichen. Streitgegenständlich ist, ob die Beklagte berechtigt war, nachträglich mit einem Rückzahlungsanspruch gegenüber späteren Forderungen aufzurechnen.

Gem. § 387 BGB ist Voraussetzung der Aufrechnung die Gegenseitigkeit und Gleichartigkeit der Forderungen. Die Gleichartigkeit der Hauptforderung (Vergütungsanspruch aus unstreitigen Behandlungsfällen) und der Gegenforderung (Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten) liegt vor; es handelt sich jeweils um Geldforderungen. Es besteht auch Gegenseitigkeit der Forderungen. Die Beklagte ist allerdings nicht Gläubigerin einer vollwirksamen und fälligen Gegenforderung. Es besteht keine öffentlich-rechtliche Erstattungsforderung. Denn die Leistung der Beklagten für die Behandlung des Versicherten erfolgte mit Rechtsgrund.

2.

Die Klägerin hat einen Anspruch gem. § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V iVm § 7 S. 1 Nr. 1 und § 9 Abs. 1 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) iVm der im Jahr 2007 gültigen Fallpauschalenvereinbarung (FPV) einschließlich des Fallpauschalen-Katalogs (Anlage 1 zur FPV) und der sog. Deutschen Kodierrichtlinien auf Abrechnung der DRG K60D (vgl. zu den Einzelheiten der vertraglich vereinbarten Fallpauschalen und ihren rechtlichen Grundlagen: BSG, Urteil vom 25.11.2010, B 3 KR 4/10 R; BSG, Urteil vom 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R).

a)

Voraussetzung für eine Abrechnung ist zunächst, dass eine im Sinne des § 39 SGB V erforderliche Krankenhausbehandlung durch die Klägerin erbracht worden ist, was hier unstreitig der Fall ist.

b)

Zutreffend ist die Klägerin davon ausgegangen, dass die Eingruppierung des Behandlungsfalles in die DRG K60D mit der Hauptdiagnose E11.71 zu erfolgen hat.

Unschädlich ist, dass die Klägerin zunächst eine Abrechnung mit der Hauptdiagnose E11.61 erstellt hat. Mit der Übermittlung der erhöhten Rechnung noch innerhalb desselben Monats hat die Klägerin weder gegen Fristen als Ausfluss aus dem Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme noch sonst gegen Treu und Glauben verstoßen (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 13.11.2012, B 1 KR 6/12 R).

Die Klägerin hat auch in der Sache zutreffend die DRG K60D kodiert.

Die Kammer ist zu der Überzeugung gelangt, dass die vorherige Kodierung der K60E unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose E11.61 nicht bereits impliziert, dass die Klägerin selbst der Ansicht war, dass lediglich eine Komplikation zu der Hauptdiagnose vorgelegen hat, und zwar die Polyneuropathie, und im Nachhinein eine Neubewertung des medizinischen Sachverhalts vorgenommen hat. Die Kammer hält wegen des nach wie vor noch lernenden Systems der Kodierung den Vortrag der Klägerin für plausibel, dass die neue Rechnung Ergebnis einer Kodierungsprüfung gewesen ist.

Nach Auffassung der Kammer stellt die Hypoglykämie neben der Polyneuropathie eine weitere Komplikation dar, die die Klägerin zutreffend kodiert hat. Sie geht nicht bereits in der Entgleisung des Diabetes mellitus auf.

Die Entgleisung wird in den Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2007, nicht definiert. Die Einstufung soll hiernach in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs retrospektiv bezogen auf die Stoffwechsellage vorgenommen werden (S. 76). Zur Überzeugung

der Kammer lag im Fall des Versicherten eine Entgleisung wegen der erhöhten Blutzuckerwerte vor, deren Einstellung in den Normbereich ausweislich des Entlassungsberichts des [REDACTED]. Grund für die Aufnahme bei der Klägerin war und nach dem Entlassungsbericht der Klägerin Normwerte (103, 109 mg/dl) bzw. eine deutliche Absenkung (172, 161 mg/dl) auch erreicht werden konnten. Die unstreitig auch während des Aufenthalts bei der Klägerin noch auftretenden Hypoglykämien sind daneben als Komplikation einzustufen, die nach dem ICD-10 eigenständig sind (vgl. hierzu: Prof. Dr. Roeder, Gutachten vom 19.09.2011, S. 16). Zutreffend ist die Einlassung der Klägerin, dass eine Entgleisung nicht notwendigerweise mit einer Hypoglykämie verbunden sein muss, sodass die Hypoglykämie schon nicht begriffsnotwendig in der Entgleisung aufgeht. Auch die Kodierempfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung vom 08.01.2013 konstatieren, dass es eine allgemein gültige Definition des entgleisten Diabetes mellitus nicht gebe; die hierfür entwickelten Kriterien benennen rezidivierende Hypoglykämien als ein alternatives Merkmal neben vier weiteren, das für sich bereits eine Entgleisung beschreibt (abzurufen unter: <http://drg.mds-ev.net/detail.php?recordnr=9>). Damit schließt sich aber auch hiernach nicht aus, dass die Entgleisung wegen eines weiteren Merkmals, z.B. stark schwankender Blutzuckerwerte, vorliegt und die Hypoglykämie daneben als Komplikation bestehen kann. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft grenzt die Entgleisung im Sinne einer Stoffwechseldekompensation hingegen von der Hypoglykämie ab (Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur ICD-Kodierung bei Hypoglykämie, Diabetesentgleisungen, Multikausalen Bedingungen von Diabetesmanifestationen/-komplikationen; abzurufen unter: http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Stellungnahmen/ICD-Kodierung_010312_Positionspapiere_DD_G_DRG.pdf), was das Ergebnis der Kammer stützt.

Die Kammer folgt auch nicht dem Vortrag der Beklagten, wonach die Kodierung im Hinblick auf die Hypoglykämie als Hauptdiagnose zu erfolgen gehabt hätte. Denn der Entlassungsbericht zeigt, dass die Blutzuckerlage nicht stabil war und aus dem Therapieverlauf ist ersichtlich, dass die Stabilisierung erreicht werden sollte und erreicht wurde. Das fügt sich in den Entlassungsbericht des [REDACTED] [REDACTED], wonach Aufnahmegrund dort die nächtlichen Hypoglykämien waren und die nicht zufriedenstellenden Blutzuckerwerte Anlass für die Aufnahme bei der Klägerin für den hier streitigen Aufenthalt waren.

3.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 13 Abs. 7 des Niedersächsischen Sicherstellungsvertrages im Hinblick auf die Verrechnung mit dem Behandlungsfall der am 12. November 2008 auf die Rechnung vom 24. Oktober 2008.

II.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 197 a SGG i. V. m. 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung. Die Erledigungserklärung hinsichtlich der ursprünglich zunächst beantragten vorgerichtlichen Zinsen iHv 5 Prozentpunkten führt wegen des geringen Umfangs nicht zu einer Kostenquote.

III.

Das Gericht entscheidet gem. §§ 155, 197a SGG durch Beschluss über die Streitwertfestsetzung. Der Streitwert ergibt sich aus der Hauptforderung. Zinsen bleiben außen vor, vgl. § 43 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG).

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann nicht mit der Berufung angefochten werden.

Die Nichtzulassung der Berufung kann mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Beschwerde soll das angefochtene Urteil bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

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.

Die Beschwerde kann nur darauf gestützt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
- das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des

