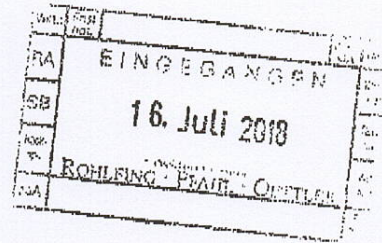


Abschrift

Wie telefonisch
besprochen
hpf 6
J. J. J.

**Sozialgericht Hildesheim****Im Namen des Volkes****Urteil****S 20 KR 139/15**

In dem Rechtsstreit

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

– Kläger –

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte Prof. Dr. Rohlfing und andere, Große Breite 1, 37077 Göttingen

gegen

[REDACTED] Krankenkasse Salzgitter, vertreten durch den Vorstand, Thiestraße 15, 38226 Salzgit-
ter

– Beklagte –

Prozessbevollmächtigte: [REDACTED]

hat die 20. Kammer des Sozialgerichts Hildesheim auf die mündliche Verhandlung vom 28. Juni 2018 durch den Richter am Sozialgericht Grese sowie die ehrenamtlichen Richter Maag und Bartels für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 702,11 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.12.2014 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.
3. Der Streitwert wird auf 702,11 Euro festgesetzt.
4. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Vergütungsanspruchs für die stationäre Krankenhausbehandlung des bei der Beklagten versicherten [REDACTED] im Krankenhaus der Klägerin im Zeitraum vom 15. bis 26. April 2013.

Der Kläger leidet unter Diabetes mellitus Typ 1 und wurde am 15. April 2013 in dem Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Der vom Hausarzt erteilten Verordnung (VO) für stationäre Behandlung ist als Diagnose „Pumpenth. Bei Typ-1-Diabetes mit Neueinstellung / Therapieoptimierung, Diab. Retinopathie, RRT“ zu entnehmen. Im Aufnahmebefund des Krankenhauses der Klägerin ist unter Anamnese „Pumpe seit 16 Jahren; oft Hypoglykämien; HbA1c:7,6 (wegen Hypos; zuletzt vor 3 Tagen 17 mg/dl) Retinopathie, Makulopathie“ zu entnehmen.

Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten eine Rechnung i.H.v. 2.719,13 Euro für die DRG K60D (Hauptdiagnose: E10.73) in Rechnung, welche die Beklagte zunächst vollständig ausglich, jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Prüfung der Abrechnung beauftragte, der zu dem Ergebnis kam, dass die Hauptdiagnose falsch sei, da eine multiple Diabeteskomplikation nicht belegt sei. Bei dem Versicherten habe nur eine Komplikation (Retinopathie) vorgelegen, sodass als Hauptdiagnose E10.61 sachgerecht sei, die zu der DRG K60E führe. Die Beklagte bat um Erstattung von überzahlten 702,11 Euro.

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 25. Oktober 2013 Widerspruch ein und begründete diesen damit, dass nach den Kodierrichtlinien (0401h) die Diagnose Diabetes mit multiplen Komplikationen mit den Codes E10 – E14 mit der 7 an vierter Stelle zu codieren sei. Vorliegend habe der Versicherte die Komplikationen „Retinopathie“ und „Hypoglykämie“ gehabt. Eine Hypoglykämie könne auch bei einem nicht entgleisten Diabetes auftreten und gehe daher nicht in einem entgleisten Diabetes auf.

Am 19. November 2013 verrechnete die Beklagte die vermeintlich überzahlten 702,11 Euro mit einer unstreitigen Forderung der Beklagten.

Mit Schriftsatz vom 01.04.2015 hat die Klägerin die vorliegende Klage am hiesigen Sozialgericht Hildesheim (SG) erhoben.

Die Beklagte habe zu Unrecht eine Verrechnung der Vergütung in Höhe von 702,11 Euro vorgenommen. Die Klägerin habe für den Krankenhausaufenthalt des Versicherten einen Anspruch auf die geltend gemachten 2.719,13 Euro. Die Hauptdiagnose sei richtig abgerechnet worden. Es handele sich bei der Hypoglykämie um eine Komplikation des Diabetes. Ein entgleister Diabetes sei lediglich in Richtung einer hyperglykämischen Entgleisung zu verstehen. Für die Feststellung einer Entgleisung komme es auf die gesamte Stoffwechsellage an, nicht auf einzelne Spitzen. Im Übrigen habe das SG bereits mehrfach in diese Richtung entschieden. Schließlich stehe die Hypoglykämie als Komplikation in den Kodierempfehlungen (Bd. 1 ICD 10-GM) unter der Nummer 6 sowie im systematischen Verzeichnis.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen an die Klägerin 702,11 € nebst Zinsen i. H. v. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.12.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen,

Beweis zu erheben, durch Einholung eines fachärztlichen Gutachtens zu der Frage, ob die Hypoglykämie eine Komplikation im Sinne der Kodierung sei oder in einem entgleisten Diabetes aufgehe,

die Berufung zuzulassen.

Ein Diabetes mit multiplen Komplikationen habe nicht vorgelegen. Bei der Hypoglykämie handle es sich nicht um eine Komplikation – diese gehe in der Entgleisung des Diabetes auf. Somit sei die Retinopathie die einzige Komplikation. Damit sei die Hauptdiagnose mit E10.61 zu kodieren, was zu der DRG K60E führe.

Die Beklagte hat im Verlauf des Verfahrens eine sozialmedizinische Stellungnahme von Herrn Dr. Schütterle eingereicht. Dort kommt Dr. Schütterle zu dem Ergebnis, dass die instabile Stoffwechselsituation im Vordergrund gestanden habe, und nicht die Retinopathie. Sofern Komplikationen vorliegen und die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund stehe –wie hier– sei E10 – E14 mit der Manifestation an der vierten Stelle zu kodieren. Da die Retinopathie nicht im Behandlungsvordergrund gestanden habe, sei diese nicht zu kodieren. Wegen des vollständigen Inhalts der Stellungnahme wird auf Bl. 119 ff. der Gerichtsakte (GA) Bezug genommen.

Die Klägerin meint, dass nicht die Behandlung der Hypoglykämie im Vordergrund gestanden habe, sondern die Einstellung des entgleisten Diabetes, somit sei nicht die Hypoglykämie als Hauptdiagnose zu kodieren.

Die Beklagte meint weiterhin, dass es sich bei der Hypoglykämie nicht um eine Komplikation handle. Auch Dr. Schütterle habe in seinem Gutachten ausgeführt, dass nur eine Komplikation vorliege.

Ferner ist die Beklagte der Auffassung, dass Beweis zu erheben sei über die Frage, ob die Hypoglykämie eine Komplikation des Diabetes darstelle oder in einem entgleisten Diabetes aufgehe, durch Einholung eines fachärztlichen Gutachtens.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die GA, die beigezogene Verwaltungsakte (VA) der Beklagten sowie die Patientenakte (PA) der Klägerin Bezug genommen. Diese haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Beklagte hat zu Unrecht eine Aufrechnung i.H.v. 702,11 Euro vorgenommen. Sie hatte keinen Rückzahlungsanspruch der bereits gezahlten Summe in Form eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs, da sie diese nicht ohne Rechtsgrund geleistet hat.

Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung sind erfüllt. Die Beklagte ist verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten in der Klinik

der Klägerin für den streitgegenständlichen Zeitraum zu vergüten. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung; vgl. etwa BSG, Urteil vom 13. November 2012 – B 1 KR 14/12 R – juris, Rn. 10 m.w.N.; BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – B 1 KR 25/13 R – juris, Rn. 8).

Diese Voraussetzungen sind hier gegeben. Bei dem Versicherten lagen bei erfolgter Aufnahme in das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus der Klägerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin sind § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 (Fallpauschalenvereinbarung 2013 [FPV 2013]) und der sog. Deutschen Kodierrichtlinien (Stand 2013). Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als „Vertragsparteien auf Bundesebene“ mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntgG i. V. m. § 18 Abs. 2 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]: Krankenträger und 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. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten – dem ICD-10 – in der jeweiligen Fassung verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung („Kodierung“) haben die Vertragspartner auf Bundesebene „Kodierrichtlinien“ beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als „Groupierung“ bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – B 3 KR 7/12 R – juris, Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – B 1 KR 25/13 R – juris, Rn. 12 m.w.N.). Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungs-

fällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (z.B. BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – B 1 KR 25/13 R – juris, Rn. 13 m.w.N.).

Gemäß diesen Grundsätzen ist vorliegend die DRG-Fallpauschale K60D zugrunde zu legen. Denn die Klägerin hat insbesondere zu Recht die Hauptdiagnose E10.73 kodiert.

Die Hauptdiagnose definiert sich als „die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“ (Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2013, D002f).

Damit scheidet zur Überzeugung der erkennenden Kammer bereits die von Dr. Schütterle in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme ausgeführte Kodierung der Hypoglykämie als Hauptdiagnose aus. Der Beklagten ist darin Recht zu geben, dass die bei dem Kläger aufgetretenen Hypoglykämien nicht der Aufnahmegrund waren. Der Hausarzt des Versicherten hatte diesen zur Neueinstellung bzw. Optimierung der Pumpentherapie an das Krankenhaus der Klägerin überwiesen. Bereits hieraus lässt sich herleiten, dass eine Aufnahme nicht aufgrund von Hypoglykämien war. Dem Anamnesebogen des Krankenhauses ist zudem zu entnehmen, dass die letzte Hypoglykämie bereits 3 Tage zurücklag. Es wäre lebensfremd anzunehmen, dass die Hypoglykämie dennoch Grund für die Aufnahme gewesen ist.

Die erkennende Kammer ist zu der Überzeugung gelangt, dass die erfolgte Kodierung mit der DRG K60E durch die Klägerin aufgrund der Hauptdiagnose E10.73 rechtlich nicht zu beanstanden ist.

Laut Anlage 1 zur Fallpauschalenvereinbarung (Fallpauschalen-Katalog) wird mit der DRG K60E ein „Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder einer Ketoazidose“ kodiert (vgl. Seite 44 des Fallpauschalen-Kataloges 2009). Im Gegensatz dazu wird mit der DRG K60F ein „Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose und ohne multimodale Komplexbehandlung“ kodiert (vgl. Seite 44 des Fallpauschalen-Kataloges 2009).

Der Unterschied in den beiden Kodierungen liegt in der Frage, inwieweit die Grunderkrankung „Diabetes mellitus“ mit mehreren Komplikationen oder lediglich mit einer Komplikation in der Diabetesklinik der Klägerin behandelt wurde. Für eine Abrechenbarkeit der DRG K60E müssen mindestens zwei Komplikationen der Grunderkrankung des Diabetes mellitus vorliegen und während der Behandlungsdauer in der Klinik der Klägerin mitbehandelt worden sein. Nur in diesem Fall wäre der erhöhte Behandlungsaufwand auch mit einer erhöhten Fallpauschale durch die Klägerin abrechenbar.

Zur Überzeugung der erkennenden Kammer stellt eine Hypoglykämie eine eigenständige Komplikation der Grunderkrankung des Diabetes mellitus dar und geht –entgegen der Auffassung der Beklagten– nicht lediglich in der Entgleisung des Diabetes mit auf. Die erkennende Kammer folgt nach eigener Prüfung in diesem Punkt der Rechtsprechung des Sozialgerichts Hildesheim u.a. im Urteil vom 3.7.2013 – S 22 KR 482/12 sowie vom 15. Februar 2016 – S 2 KR 92/12. Dort heißt es:

„Die Entgleisung wird in den Deutschen Kodierrichtlinien 2009 nicht definiert. Die Einstufung soll hiernach in Kenntnis des gesamten Behandlungsverlaufs retrospektiv bezogen auf die Stoffwechsellage vorgenommen werden (S. 74 DKR 2009). Die Stoffwechsellage ist aber nicht nur durch Blutzuckerwerte und deren Unterschreitung im Falle der Hypoglykämie gekennzeichnet, sondern beinhaltet noch weitere Merkmale. Schon deshalb kann

keine Deckungsgleichheit zwischen einer Hypoglykämie und einer entgleisten Stoffwechsellaage vorliegen. Insoweit könnte die Hypoglykämie allenfalls eines unter mehreren Merkmalen einer Entgleisung sein.“

Zur Überzeugung der erkennenden Kammer lag im Fall des hiesigen Versicherten eine Entgleisung wegen schwankender Blutzuckerwerte vor, deren Einstellung in den Normbereich Grund für die Aufnahme bei der Klägerin war. Die unstreitig -auch während des Aufenthalts bei der Klägerin- auftretenden symptomatischen Hypoglykämien sind daneben als Komplikation einzuordnen, die nach dem ICD-10-Schlüssel eigenständig sind. 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 Stoffwechseldekomensation 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_DDG_DRG.pdf), was das Ergebnis der Kammer stützt (vgl. SG Hildesheim a.a.O.).

Das eine Hypoglykämie nicht allein in einem entgleisten Diabetes aufgeht, lässt sich nach Ansicht der erkennenden Kammer zudem daran erkennen, dass eine solche Hypoglykämie auch in dem Fall auftreten kann, dass ein völlig normal eingestellter, nicht entgleister Diabetes vorliegt. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn ein normal eingestellter Diabetiker sich versehentlich zu viel Insulin injiziert. In einem solchen Fall läge zwar eine Hypoglykämie, jedoch kein entgleister Diabetes vor, in dem die Hypoglykämie aufgehen könnte.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass selbst Dr. Schütterle, der Arzt von dem die Beklagte die bereits benannte sozialmedizinische Stellungnahme eingeholt hat, davon ausgeht, dass es sich bei der Hypoglykämie eindeutig um eine Komplikation handelt. Auf Seite 2 der Stellungnahme (Bl. 120 GA) führt er im letzten Absatz hierzu aus:

„Unmissverständlich und eindeutig zählt die Hypoglykämie also als „sonstige, näher bezeichnete Komplikation“, da sie hierunter explizit aufgeführt wird und als alleinige bzw. primär behandelte Komplikation des Diabetes mellitus (in diesem Fall bei einem Diabetes mellitus Typ I) mit dem Code 10.6- zu kodieren ist.“

Dies scheint die Beklagte zu übersehen, wenn sie weiterhin ausführt, dass nur eine Komplikation vorliegt und deshalb der Auffassung des MDK zu folgen sei. Nach Dr. Schütterle ist die Komplikation „Hypoglykämie“ als Hauptdiagnose zu kodieren. Somit spricht die Stellungnahme von Dr. Schütterle gerade gegen die Auffassung der Beklagten, dass die Hypoglykämie keine Komplikation ist. Dass die Hypoglykämie als Hauptdiagnose zu kodieren sei, wurde jedoch weiter oben bereits abgelehnt.

Das Vorliegen einer Retinopathie bei dem Versicherten als Komplikation ist zwischen den Beteiligten nicht streitig.

Für den Diagnoseschlüssel E 10.7x ist es zur Überzeugung der erkennenden Kammer auch nicht zwingend notwendig, dass eine Komplikation besonders behandelt wird und dadurch ein besonderes Patientenmanagement oder ein erhöhter Ressourcenverbrauch ausgelöst wurde. Vielmehr genügt das bloße Vorliegen einer Komplikation für deren Kodierbarkeit. Das besondere Patientenmanagement und der erhöhte Ressourcenverbrauch sind lediglich für die Frage, ob die Nebendiagnosedefinition der DKR 2009 erfüllt wird, von Bedeutung. Diese Überzeugung folgt aus einer Auslegung der maßgeblichen DKR-Bestimmungen durch die Kammer, die sich insoweit der Rechtsprechung des SG Hildesheim in dem bereits erwähnten Urteil vom 15. Februar 2016 anschließt. Das Gericht führt dort aus:

„Zur Behandlung von Komplikationen und der entsprechend erlaubten Kodierung heißt es dort:

„Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist E10-E14, vierte Stelle „6“ zu kodieren“ (vgl. Seite 74,75 der DKR 2009).

Ferner heißt es:

„Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nur multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist E10-E14, vierte Stelle „7“ zu kodieren. Außerdem sind die Codes für die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosedefinition entsprechen“ (Hervorhebung durch Unterzeichner, vgl. Seite 75 DKR 2009).

Zwar lässt der Wortlaut „Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht“ auf Seite 75 DKR 2009 darauf schließen, dass zumindest irgendeine Behandlung der Komplikation stattfinden muss. Ansonsten würde sich bei mehreren Komplikationen nicht die Frage stellen, welche Behandlung im Vordergrund steht. Andererseits findet sich in den DKR 2009 kein Hinweis auf einen notwendigen Ressourcenverbrauch als Voraussetzung für die Kodierbarkeit. Lediglich für die Einstufung als Nebendiagnose kommt es auf einen erhöhten Ressourcenverbrauch für die konkrete Behandlung der Komplikation an.

Im Übrigen gilt für die Behandlung von Komplikationen: Häufig wird eine Komplikation, wie im Fall der Patientin [...] die diabetische Retinopathie und die Hypoglykämie, auch ohne besonderes Patientenmanagement oder sich manifestierenden erhöhten Ressourcenverbrauch bereits schlicht durch die Behandlung der Grunderkrankung des Diabetes mellitus mitbehandelt. Aus ärztlicher Sicht wird häufig eine trennscharfe Abgrenzung zwischen der bloßen Behandlung der Grunderkrankung und der Behandlung von Komplikationen auch kaum möglich sein.

Außerdem lässt der in den DKR 2009 für Komplikationen gewählte Alternativbegriff „Manifestationen“ auch darauf schließen, dass sich die Grunderkrankung letztlich in besonderen Erkrankungsformen manifestiert, was folglich auch für die jeweilige Behandlung der Grunderkrankung gelten muss. Wenn also die Grunderkrankung des Diabetes mellitus behandelt wird, werden zugleich auch die Komplikationen im Regelfall mitbehandelt.

Aus der Patientenakte der Patientin [...] ergibt sich jedenfalls nicht, dass etwa nur die Komplikationen oder nur die Grunderkrankung behandelt wurde. Gerade das Vermeiden stark schwankender Blutzuckerwerte und damit auch das Auftreten von Hypoglykämien zählt zur Behandlung der Grunderkrankung des Diabetes mellitus in der Diabetesklinik der Klägerin. Zugleich wird damit aber auch die Hypoglykämie an sich mitbehandelt, ohne dass es hierfür

eines erhöhten Ressourcenverbrauchs oder eines besonderen Patientenmanagements bedürfte.

Gleiches gilt für die Polyneuropathie, deren Behandlung in der Klinik der Klägerin sich ebenfalls aus der Patientenakte ergibt (vgl. Anamnese/körperlicher Befund 2009 und Entlassungsbericht der Klägerin vom 14.10.2009 in der Patientenakte). Auch diese Komplikation wurde letztlich zusammen mit der Grunderkrankung mitbehandelt.“

Eine besondere Form der speziellen Behandlung oder des Ressourcenverbrauchs für die Komplikationen bedurfte es also nicht. Eine zwangsläufige Mitbehandlungen der Diagnosen reicht folglich für die Annahme der Krankheiten als Komplikationen.

Einer weiteren Beweiserhebung in Form der Einholung eines Sachverständigengutachtens zu der Frage, ob es sich bei der Hypoglykämie um eine Komplikation handelt, bedurfte es zur Überzeugung der erkennenden Kammer nicht. Soweit die Beklagte meint, dass die Einordnung der unstreitig vorliegenden Hypoglykämien des ärztlichen Sachverständiges bedürfe, so verkennt sie, dass es sich bei der Einordnung des medizinischen Sachverhalts unter die verschiedenen Diagnosen und deren Definitionen in der DKR um eine reine Rechtsfrage handelt, die dem Gericht vorbehalten und einem fachärztlichen Sachverständigengutachten nicht zugänglich ist. Im Übrigen sieht die erkennende Kammer keinerlei Notwendigkeit einer weiteren Beweiserhebung, da der Arzt, den die Beklagte zur Beweisführung um Erstattung einer sozialmedizinischen Stellungnahme gebeten hat, wie bereits ausgeführt, selbst zu dem Ergebnis gekommen ist, dass es sich bei der Hypoglykämie um eine Komplikation handelt.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 13 Abs. 7 des Niedersächsischen Sicherstellungsvertrages.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 193 SGG.

Die Höhe des Streitwertes richtet sich nach der Höhe der Hauptsacheforderung, sodass der Streitwert entsprechend festzusetzen war. Zinsen bleiben außer Betracht.

Gründe für die Zulassung der Berufung sind nicht ersichtlich. Insbesondere ist das Urteil –wie bereits ausgeführt– nicht wegen des Fehlens eines Sachverständigengutachtens verfahrensfehlerhaft ergangen.

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 in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzu-legen.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Beschwerde soll das angefochtene Urteil bezeichnen und die zur Begründung 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 gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht,
- ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hildesheim, Kreuzstraße 8, 31134 Hildesheim, schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Frist für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Erfolgt die Zustellung im **Ausland**, so gilt anstelle aller genannten Monatsfristen eine Frist von **drei Monaten**.

Rechtsmittelbelehrung bzgl. der Streitwertfestsetzung

Gegen die Entscheidung ist die Beschwerde an das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen zulässig, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes 200,00 Euro übersteigt. Sie ist innerhalb von sechs Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder das Verfahren sich anderweitig erledigt hat, beim Sozialgericht Hildesheim, Kreuzstraße 8, 31134 Hildesheim, schriftlich oder in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder