
S 22 KR 405/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Sachsen-Anhalt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vergütung von Krankenhausleistungen Vergütungsanspruch Fallpauschalenvergütung DRG Fallpauschalen-Katalog Fallpauschale Leberzirrhose Nebendiagnose Aszites Hauptdiagnose
Leitsätze	1. Wenn ein Patient mit Aszites bei bekannter Leberzirrhose stationär aufgenommen wird und nur der Aszites durch eine Punktion behandelt wird, ist der Aszites die Hauptdiagnose, so dass die DRG Z01B zugrunde zu legen ist. 2. Die Leberzirrhose wurde im vorliegenden Fall als unumkehrbare und damit auch unheilbare Erkrankung nicht behandelt.
Normenkette	KHEntgG § 7 Satz 1 Nr 1 Kodierrichtlinien 2013
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 22 KR 405/15
Datum	25.10.2017
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 6 KR 114/17
Datum	17.01.2024
3. Instanz	
Datum	-

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird mit 1.446,90 € festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung einer Krankenhausbehandlung und insbesondere die zutreffende Kodierung der Hauptdiagnose streitig.

Das Krankenhaus der Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse Versicherte in dem Zeitraum vom 12. bis 14. Februar 2013 stationär. Die Diagnose lautete Leberzirrhose ethyltoxischer Genese (aktuell Child Pugh B, d.h. mäßige Leberfunktion). Es sei eine Aszitesdrainage von insgesamt 21 Litern erfolgt. Eine spontan bakterielle Peritonitis habe ausgeschlossen werden können. Es erfolgte eine Substitution mit Humanalbumin. Die Aufnahme sei wegen progredienter Bauchumfangzunahme bei bekannter Leberzirrhose erfolgt. Die letzte Aszitesdrainage war nach den Unterlagen am 22. Januar 2013 erfolgt.

Mit Rechnung vom 26. Februar 2013 (Rechnungs-Nr. 1176598) machte die Klägerin einen Betrag in Höhe von 3.921,63 € geltend. Dabei legte sie die Hauptdiagnose K70.3 (alkoholische Leberzirrhose), als Nebendiagnose R18 (Aszites inkl. Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle) und damit die DRG H12A (verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit zunächst schweren CC oder komplexem Eingriff) zu Grunde.

Am 14. März 2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, man habe den in Rechnung gestellten Betrag unter Vorbehalt zur Zahlung angewiesen. Es beständen Zweifel, ob die angegebene Hauptdiagnose der DRG-Abrechnung zugrunde gelegt werden könne. Diesbezüglich habe man eine Stellungnahme des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) angefordert.

Dieser legte im Weiteren dar, als Hauptdiagnose sei der Aszites (R18) aufzuführen, woraus sich die DRG Z01B ergebe (OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation). Eine besondere Diagnostik sei nicht festzustellen.

Unter dem 4. Juni 2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, aufgrund der Stellungnahme des SMD errechne sich ein Zahlbetrag in Höhe von 2.474,73 €. Man werde den überzahlten Betrag von einer der nächsten Rechnungen einbehalten.

Dem widersprach die Klägerin und führte aus, aufgrund der Fortführung der spezifischen medikamentösen Therapie der Grunderkrankung im stationären

Aufenthalt sei als Hauptdiagnose K70.3 mit der Nebendiagnose R18 und die daraus resultierende DRG zugrunde zu legen. Der SMD wies in seiner erneuten Stellungnahme am 19. Januar 2015 darauf hin, dass die Aufnahme ganz konkret zur Aszitespunktion und nicht zur Weiterführung der häuslichen Medikation bei bekannter Leberzirrhose ohne Aszites erfolgt sei. Die Weiterführung der medikamentösen Therapie hätte keinen stationären Krankenhausaufenthalt erfordert. In einer Sammelrechnung vom 11. Juni 2014 rechnete die Beklagte daraufhin einen Betrag von 1.446,90 € mit anderen Forderungen der Klägerin auf.

Am 27. August 2015 hat die Klägerin Klage erhoben und darauf hingewiesen, die Feststellung der Hauptdiagnose richte sich nach D002f der allgemeinen deutschen Kodierrichtlinien. Hier sei nicht nur das Symptom der Erkrankung (der Aszites) behandelt worden, sondern durch die Medikamentengabe auch die Leberzirrhose. Am 27. September 2016 hat der SMD seine bisherige Ansicht bekräftigt.

Mit Urteil vom 25. Oktober 2017 hat das Sozialgericht Halle die Klage abgewiesen und ergänzend zu der Argumentation der Beklagten auf das Beispiel 4 in den Kodierrichtlinien hingewiesen. Die Argumentation der Klägerseite, dass es sich bei der Fortführung der Medikation um eine therapeutische Maßnahme gehandelt habe, sei zwar zutreffend. Dies sei jedoch nur relevant für die Definition der Nebendiagnose DKR D003. Vorliegend gehe es aber um die Frage der Hauptdiagnose. Der Anwendungsbereich der Kodierung des Symptoms als Hauptdiagnose sei unabhängig davon, ob die nicht die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit verursachende Medikation der Grunderkrankung weitergeführt worden sei. Die Regelung der DKR diene klar dazu, die an sich schwere Grunderkrankung, die nicht mit den Mitteln des Krankenhauses behandelt werden müsse, dann als nicht maßgeblich zu betrachten, wenn sie nicht behandelt werde, sondern ausschließlich das Symptom. Die marginale Änderung der Medikation mit dem Medikament Torem kann keine andere Betrachtung rechtfertigen, da im Entlassungsbericht die Änderung nicht einmal begründet worden sei, sondern nur in der Medikamentenliste mit "erhalten" benannt werde. Die Gabe von Humanalbumin im Rahmen des Ablassens des Aszites sei keine Behandlung der Grunderkrankung, sondern standardmäßiges Vorgehen bei dem Ablassen von Aszites gestaffelt nach der Menge.

Gegen die ihr am 23. November 2017 zugestellte Entscheidung hat die Klägerin am 18. Dezember 2017 Berufung eingelegt und nochmals betont, auch die Grunderkrankung sei behandelt worden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 25. Oktober 2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie für die stationäre Behandlung der Versicherten Frau M. B. (Aufnahme-Nr. 1XXXXXX) im Zeitraum vom 12. bis

14. Februar 2013 einen Betrag i. H. v. 1.446,90 € nebst Zinsen hieraus i. H. v. 4%

pro Jahr seit dem 12. Juni 2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Mit Schreiben vom 13. Oktober 2020 hat der Berichterstatter darauf hingewiesen, dass fraglich sei, mit welchen Medikamenten hier die Leberzirrhose medikamentös behandelt worden sei und nicht nur ein Symptom wie der Aszites. Mit Schreiben vom 12. November 2020 hat die Klägerin ausgeführt, die Leberzirrhose sei eine unumkehrbare und damit auch unheilbare Erkrankung. Ein zerstörtes Lebergewebe könne nicht wiederhergestellt werden. Die Behandlung müsse sich daher auf die Verlangsamung des Zerstörungsprozesses sowie dessen Folgen, der Beseitigung bzw. Abschwächung von Ursachen und Symptombehandlung konzentrieren. Der Bluthochdruck sei beispielsweise ein Symptom der Leberzirrhose, so dass mit der Behandlung des Bluthochdrucks ein weiteres Symptom der Leberzirrhose behandelt worden sei. Zusammenfassend hat die Klägerin darauf hingewiesen, dass eine hepatische Enzephalopathie, der Bluthochdruck, eine Flüssigkeitseinlagerung, ein komplizierter Diabetes, der Albuminmangel sowie ein Aszites medikamentös behandelt worden sei.

In einer Stellungnahme vom 10. März 2021 hat der SMD der Beklagten (Dr. M.) ausgeführt, in den Kodierrichtlinien sei im Beispiel 4 genau der vorliegende Fall dargestellt. Die Fortführung der häuslichen Medikation sei dazu geeignet, im Sinne der DKR D003 bei den Nebendiagnosen berücksichtigt zu werden. Das begründe aber nicht die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme. Diese sei hier lediglich durch das Symptom des Aszites erforderlich geworden.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakten der Beklagten ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) und auch ansonsten zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Über sie konnte der Senat ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis mit einem derartigen Verfahren erklärt haben ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

Der Klägerin steht der mit der Klage weiter verfolgte Vergütungsanspruch aus unstrittigen Behandlungsfällen nicht zu. Die sich daraus ergebenden Forderungen sind durch Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch

erloschen. Die KIÄrgerin durfte die zu Gunsten der Versicherten erbrachten Leistungen nicht im Umfang des noch klagebefangenen (Teil-)Betrages abrechnen.

1. Dass die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf KrankenhausvergÄ¼tung fÄ¼r die stationÄre Behandlung der Versicherten erfÄ¼llt sind, ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig (dazu a). Die Kodierung der Hauptdiagnose fÄ¼r die Behandlung war jedoch unzutreffend (dazu b).

a) Die KIÄrgerin erfÄ¼llte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf KrankenhausvergÄ¼tung, indem sie die Versicherte stationÄr vom 12. bis 14. Februar 2013 behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht â unabhÄngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÄ¼hrt wird und im Sinne von [Â§ 39 Abs. 1 S. 2 Sozialgesetzbuch FÄ¼nftes Buch \(SGB V\)](#) erforderlich ist. Diese Voraussetzungen sind erfÄ¼llt, wie sich aus den Gutachten des SMD ergibt. Dies ist auch zwischen den Beteiligten nicht umstritten.

b) Die von der KIÄrgerin geltend gemachte KrankenhausvergÄ¼tung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (dazu aa). Die von der KIÄrgerin kodierte Hauptdiagnose DRG H12A (verschiedene Eingriffe am hepatobiliÄren System mit ÄuÄerst schweren CC oder komplexem Eingriff) traf aber nicht zu (dazu bb).

aa) Die FallpauschalenvergÄ¼tung fÄ¼r die Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich gesetzlich aus [Â§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 3 Gesetz zur EinfÄ¼hrung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems fÄ¼r KrankenhÄuser [Fallpauschalengesetz â FPG]) und [Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÄge (NormenvertrÄge) konkretisiert. Nach [Â§ 1 Abs. 1 KHEntgG](#) werden die vollstationÄren und teilstationÄren Leistungen der KrankenhÄuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergÄ¼tet.

[Â§ 7 S. 1 Nr. 1 KHEntgG](#) bestimmt: âDie allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenÄ¼ber den Patienten oder ihren KostentrÄgern mit folgenden Entgelten abgerechnet: 1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (Â§ 9).â (KHEntgG in der Fassung vom 22.12.2010 durch Gesetz vom 17.3.2009 I 534 m.W.v. 25.3.2009) Mit diesen Entgelten werden alle fÄ¼r die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergÄ¼tet ([Â§ 7 S. 2 KHEntgG](#)). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als âVertragsparteien auf Bundesebeneâ mit Wirkung fÄ¼r die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschlieÃlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÄngigkeit von diesen zusÄtzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden AbschÄge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen nach [Â§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG](#).

Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den in [Â§ 18 Abs. 1 S. 2 KHG](#) genannten Vertragsparteien mit Wirkung fÃ¼r die (âlokalenâ) Vertragsparteien nach [Â§ 18 Abs. 2 KHG](#) ([Â§ 10 KHEntgG](#)), Vereinbarung zwischen den KrankenhaustrÃ¤gern und den SozialleistungstrÃ¤gern fÃ¼r das einzelne Krankenhaus ([Â§ 3 bis 6 KHEntgG](#), [Â§ 11 KHEntgG](#)) und vertragliche Regelungen nach [Â§ 112 SGB V](#) kÃ¶nnen den VergÃ¼tungsanspruch ebenfalls konkretisieren.

Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien fÃ¼r die VerschÃ¼sslung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien [DKR]) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die fÃ¼r eine Behandlung maÃgebliche DRG-Position folgt (vgl. nÃ¤her dazu BSG, 8. 11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), juris Rn. 17). Im vorliegenden Fall sind maÃgebend â jeweils normativ wirkend (vgl. dazu BSG a.a.O. Rn. 18) â die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÃ¼r KrankenhÃ¤user fÃ¼r das Jahr 2013 (FPV 2013) einschlieÃlich der Anlagen 1 bis 6 und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR fÃ¼r das Jahr 2013.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (vgl. [Â§ 1 Abs. 6 S. 1 FPV 2013](#)). Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH â Institut fÃ¼r das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in [Â§ 17b Abs. 2 S. 1 KHG](#) und [Â§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr.1 KHEntgG](#) genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind. Das den Algorithmus enthaltende und ausfÃ¼hrende Programm greift dabei auch auf Dateien zurÃ¼ck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (z.B. die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehÃ¶ren die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung ([ICD-10-GM] hier in der Version 2013), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssels (OPS; hier in der Version 2013) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR fÃ¼r das Jahr 2013.

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsÃ¤tzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im GefÃ¼ge der Ermittlung des VergÃ¼tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÃ¼tungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstÃ¼tzt 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; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl. (BSG, 20.3.2018, [B 1 KR 25/17 R](#), SozR 4-5562 Â§ 9 Nr.11).

bb) Grundsätzlich ist es vorbehaltlich spezieller abweichender Regelungen die Krankheit zu kodieren und nicht ein durch sie ausgelöstes Symptom (BSG, 20.3.2018, [B 1 KR 25/17 R](#), juris Rn. 16). Die Krankheit meint insbesondere eine die Symptomatik erklärende definitive Krankheitsdiagnose. Eine erklärende definitive Diagnose schließt den Anwendungsbereich des Kapitels XVIII ICD-10-GM und damit auch die Kodierung des Symptoms (hier: Aszites) aus. Ob eine Diagnose eine die Symptomatik erklärende definitive Diagnose ist, bestimmt sich nicht nach einem außerhalb der Abrechnungsbestimmungen liegenden Maßstab i.S. eines besonders qualifizierten medizinisch-wissenschaftlichen Verständnisses des Krankheitsgeschehens. Insbesondere geht es auch nicht um die Feststellung einer Letztursache. Maßstab sind allein die Abrechnungsbestimmungen selbst. Ist eine zutreffend gestellte Diagnose einer Diagnose im ICD-10-GM zuzuordnen, die dort als erklärende definitive Diagnose eingeordnet ist, schließt sie ungeachtet ihrer Erklärungstiefe die Kodierung einer Symptomdiagnose aus. Dies folgt aus Wortlaut und Regelungssystem von DKR D002f und Kapitel XVIII ICD-10-GM (vgl. dazu BSG a.a.O. Rn. 16).

Nach DKR D002f ist Hauptdiagnose die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. In den Erläuterungen hierzu heißt es weiter: „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. (â) Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren. (â) Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird, ist das Symptom als Hauptdiagnose und die zugrunde liegende Krankheit als Nebendiagnose zu kodieren.“ (vgl. BSG, 20.3.2018, [B 1 KR 25/17 R](#), SozR 4-5562 Â§ 9 Nr.11). Letzteres war hier der Fall.

Die Leberzirrhose war bekannt. Der Aszites war ein Symptom; nur sie hat zu der stationären Aufnahme geführt. Die Leberzirrhose wurde nicht behandelt. Letztlich hat auch die Klägerin mit Schreiben vom 12. November 2020 eingeräumt, dass die Leberzirrhose als unumkehrbare und damit auch unheilbare Erkrankung nicht behandelt worden ist. Medikaments behandelt wurden auch

nach ihrer Darstellung die hepatische Enzephalopathie, der Bluthochdruck, die Flüssigkeitseinlagerung, der Diabetes, ein Albuminmangel sowie ein Aszites. Damit nennt sie selbst nicht (mehr) die Leberzirrhose als behandelte Erkrankung. Ein stationärer Krankenhausaufenthalt war für die von ihr genannten Erkrankungen abgesehen von dem Aszites nicht erforderlich.

Hier gilt das Beispiel 4 der Kodierrichtlinien 2013 (D002f Hauptdiagnose), wie der SMD zutreffend aussieht:

Beispiel 4

Ein Patient wird mit Aszites bei bekannter Leberzirrhose stationär aufgenommen. Es wird nur der Aszites durch eine Punktion behandelt.

Hauptdiagnose:

Ä Aszites

Ä Nebendiagnose(n):

Ä Leberzirrhose

Dies ist objektiv im vorliegenden Fall nachvollziehbar. Denn die in den Behandlungsunterlagen genannten Medikamente werden nicht gegen die (nicht behandelbare) Leberzirrhose eingesetzt.

Bifiteral® ist ein Abführmittel, welches auf dem Wirkstoff Lactulose basiert. (100 ml Bifiteral® enthalten ca. 67g Lactulose). Es wird bei Verstopfung (Obstipation) verwendet, wenn diese nicht mehr auf natürlichem Wege zu beheben ist.

Beloc-Zok ist ein Arzneimittel, das die Betarezeptoren des Herzens blockiert und dadurch das Herz gegen Übererregbarkeit schützt.

Amlodipin ist ein blutdrucksenkender Arzneistoff aus der Gruppe der Calciumkanalblocker (Calciumantagonisten) des Nifedipin-Typs. Es wird als Basistherapeutikum bei einem essentiellen Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) eingesetzt.

Aldactone enthält den Wirkstoff Spironolacton. Dieser ist zugelassen für die Behandlung von Wassereinlagerungen (Ödemen) und zu hohe Aldosteron-Blutspiegel, die sich klinisch durch Bluthochdruck und niedrige Kaliumwerte im Blut äußern können:

Tozem fördert die Ausscheidung von Natrium-, Kalium- und Chlorid-Ionen aus dem Körper. Gleichzeitig schwebt es verstärkt Wasser aus. Dadurch senkt es den Blutdruck und beseitigt Ödeme (Wassereinlagerungen).

Actrapid® ist ein Humaninsulin zur Behandlung von Diabetes.

Protaphane hilft, Komplikationen des Diabetes zu verhindern.

Hierauf hat der Berichterstatter die KlÄgerin auch hingewiesen, ohne dass diese widersprochen hÄtten.

Allein die FortfÄhrung der bisherigen Medikation genÄgt nicht zur BegrÄndung der Hauptdiagnose. DafÄr ist eine stationÄre Behandlung nicht notwendig.

cc) Nach der Groupierungslogik steuert die Diagnose R18 die DRG Z01B an. Hieraus und den weiteren Ä zwischen den Beteiligten im Äbrigen nicht streitigen Ä VergÄtungsbestandteilen ergibt sich der von der Beklagten gezahlte Betrag.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Ä§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Ä§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÄnde hierfÄr (vgl. [Ä§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Die endgÄltige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [Ä§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Ä§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [Ä§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [Ä§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei war der Verzinsungsantrag nicht streitwerterhÄhend zu berÄcksichtigen, da es sich insofern um eine Nebenforderung im Sinne von [Ä§ 43 Abs. 1 GKG](#) handelt.

Erstellt am: 05.09.2024

Zuletzt verÄndert am: 23.12.2024