

# Sozialgericht Heilbronn

Az.: S 12 KR 1047/18

Verkündet  
am 16.07.2020

Bernhardt  
Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle



Beglaubigter Abdruck

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

Eing. 19. Aug. 2020

Fristablauf	Vorfrist	Notfrist ja/nein	Notiert
TB-Frist	Vorfrist	Vor-/Begründungsfrist	

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 -

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

gegen

AOK Bayern  
vertreten durch die Geschäftsführung  
Schweinfurter Straße 4, 97080 Würzburg

- Beklagte -

Die 12. Kammer des Sozialgerichts Heilbronn  
hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 16.07.2020 in Heilbronn  
durch die Richterin am Sozialgericht Lau als Vorsitzende  
sowie die ehrenamtliche Richterin Jodlowski und  
den ehrenamtlichen Richter Schätzler  
für Recht erkannt:

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 6.764,73 € nebst Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz ab dem 23.04.2014 zu zahlen.**
- 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.**
- 3. Der Streitwert des Verfahrens wird auf 6.764,73 € festgesetzt.**

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Vergütung für Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung des bei der Beklagten versicherten [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] vom 15.08.2013 bis 11.09.2013.

Der Versicherte wurde auf Veranlassung seines Hausarztes am 15.08.2013 notfallmäßig zur stationären Behandlung im (Plan-)Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Aufnahmegrund war ein diabetisches Fußsyndrom bei einer seit über 30 Jahren vorliegenden Diabetes Typ 2 – Erkrankung. Es bestand zum Aufnahmezeitpunkt ein Malum perforans im Bereich eines Zehs am rechten Fuß. Durch die bis dahin sowohl ambulant als auch stationär durchgeführte lokale Wundbehandlung konnte eine Abheilung der mit Bakterien infizierten Wunde nicht erreicht werden. Der Versicherte erhielt bereits ab dem 10.08.2013 Antibiotika.

Im Rahmen des stationären Aufenthalts erfolgte zunächst die Fortführung der Antibiose und der lokalen Wundbehandlung. Bei unzureichender Heilungstendenz hierunter erfolgte am 26.08.2013 die Amputation des betroffenen Zehs. Der postoperative Verlauf war ohne Komplikationen. Der Versicherte wurde am 11.09.2013 in die weitere ambulante Behandlung entlassen.

Die Klägerin rechnete die Behandlung des Versicherten gegenüber der Beklagten mit Rechnung vom 01.10.2013 auf der Grundlage der Fallpauschale für die Diagnosis-Related-Group (DRG) F 13 A, Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen, ab. Als Hauptdiagnose wurde hierbei ein nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ 2 – Diabetes) mit peripheren vaskulären Komplikationen (E 11.75) angegeben. Als Nebendiagnosen kodierte die Klägerin u.a. eine Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert (T 79.3) sowie Phlegmone an Zehen (L 03.02).

Die Rechnung wurde durch die Beklagte zunächst beglichen.

Im weiteren Verlauf veranlasste die Beklagte eine Überprüfung der Abrechnung des stationären Aufenthaltes durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern. Dieser kam in seinem Gutachten zur stationären Versorgung vom 24.02.2014 zu dem Ergebnis, die Abrechnung sei auf der Grundlage der DRG F 27 C vorzunehmen. Hierbei bestätigte der MDK

zwar die von der Klägerin angesetzte Hauptdiagnose (E 11.75), verneinte jedoch das Vorliegen der Nebendiagnose T 79.3.

Mit Schreiben der Beklagten vom 04.03.2014 wurde der Klägerin dieses Ergebnis übermittelt. Die Beklagte bat um entsprechende Rechnungskorrektur. Nachdem dies nicht erfolgte, beglich die Beklagte am 23.04.2014 andere Forderungen der Klägerin in einer um einen Betrag von 6.764,73 € gekürzten Höhe.

Auf den Widerspruch der Klägerin hiergegen veranlasste die Beklagte eine erneute gutachterliche Prüfung durch den MDK. Dieser bestätigte mit Gutachten vom 21.06.2016 das Ergebnis des Erstgutachtens. Die Klägerin wurde hierüber informiert und widersprach auch dem zweiten Gutachten.

Nachdem die Beklagte in der Folgezeit den durch die Klägerin geltend gemachten gekürzten Betrag nicht zurückzahlte, erhob die Klägerin mit Datum vom 27.03.2018 Klage zum Sozialgericht Heilbronn.

Zur Begründung führt sie aus, die Einschätzung des MDK sei falsch. Aus dem übermittelten Entlassbrief sowie der ebenfalls übermittelten Fußdokumentation sei bzgl. der Wundentstehung eindeutig zu entnehmen, dass diese traumatisch verursacht sei – durch Druckeinwirkung von zu engem / nicht fußgerechtem Schuhwerk. Somit sei die unstrittige Ursache für die Wunde ein Druckkulkus, ein von außen wirkendes schädigendes Ereignis (=Trauma). Der bezeichnende lateinische Name Druckkulkus sei „Malum perforans“, übersetzt bedeute dies „durchboherendes Übel“. Somit müsse die im Druckkulkus entstandene Infektion korrekterweise mit T 79.3 (Posttraumatische Wundinfektion) verschlüsselt werden. Der Diagnose – Kode L 03.02 Phlegmone sage nur aus, dass bei bestehendem Druckkulkus eine Infektion im interstitiellen Gewebe bestehe und sich eine Entzündung entwickelt habe. Zusätzlich müsse die T 79.3 kodiert werden, um darzustellen, dass – unabhängig von der bestehenden Phlegmone – eine spezifische Infektion der Wunde bestehe, die durch ein Trauma entstanden sei. Der Keimabstrich aus der Wunde belege unstreitig, dass die Wunde selbst infiziert sei. Zusätzlich zur posttraumatischen Wundinfektion bestehe die Phlegmone. Die Mehrzahl der Druckkulkera zeige sich infiziert, ohne dass sich eine Phlegmone entwickle. Somit seien zwei verschiedene Infektionsgeschehen

abgebildet, eine davon posttraumatisch, beide seien gemäß der Vorgabe der Deutschen Kodierrichtlinie mit einem Diagnose-Kode zu verschlüsseln.

Zur weiteren Klagebegründung legte die Klägerin eine Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur vorliegend streitigen Kodierung vor. Darin wird die Ansicht der Klägerin geteilt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 6.764,73 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gem. § 247 Abs.1 BGB ab dem 23.04.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat hierzu ausgeführt, ein Malum perforans entstehe in der Regel durch eine chronische Druckbelastung, z.B. bei nicht fußgerechtem Schuhwerk. Der Code T 79.3 (Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert) beschreibe eine Wundinfektion nach Trauma. Ein Trauma (Akutereignis) habe im hier vorliegenden Fall nicht stattgefunden. Ein Malum perforans bei Diabetes sei über die Nebendiagnose E 11.72 abzubilden. Im hier vorliegenden Fall – bei Aufnahme mit Diabetischem Fuß - sei es im Code der Hauptdiagnose E 11.75 enthalten. Die Nebendiagnose T 79.3 sei nicht kodierbar. Zudem habe man die Phlegmone an den Zehen sehr spezifisch über die Diagnose L 03.02 kodiert. Diese bilde spezifisch eine Entzündung ab, welche in der Regelung durch Staphylokokken oder Streptokokken hervorgerufen werde. Die das Krankheitsbild des infizierten Malum perforans beschreibende spezifische Komponente der traumatischen Genese der Wunde durch Druck von außen sei durch den ICD-10-GM Kode L 89.38 abgebildet. In der Kapitelüberschrift L 89 heiße es „Dekubitalgeschwür und **Druckzone**“. Als Inklusivum des ICD-Kapitels werde explizit genannt „Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips“, was als Analogie zu einer Druckwirkung von außen bspw. durch einen Schuh, wie im vorliegenden Fall, angesehen werden könne. Im Hinweistext zum Kode L 89.3- werde explizit die Genese des Geschwürs, nämlich durch Druck, genannt. Der ICD-10-GM-Kode T 79.3 enthalte somit keine über die in den Kodes L 89.38 und L 03.2 enthaltenen hinausgehenden Informationen.

Im weiteren Verlauf des sozialgerichtlichen Verfahrens wurde Prof. Dr. Schäffler mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. Dieser kam in seinem Gutachten vom 21.01.2019 zu dem Ergebnis, die Nebendiagnose „Posttraumatische Wundinfektion anderenorts nicht klassifiziert“ (T 79.3 L) sei zu streichen. Das Malum perforans sei bei dem Versicherten durch endogene Ursachen entstanden (abnorme Druckbelastung, Polyneuropathie, Schmerzwahrnehmungsstörung, gestörte Mikrozirkulation) und nicht durch ein exogenes Trauma der T-Gruppe. Am rechten Bein bestehe ein Dekubitus IV. Grades, welcher mit L 89.38 R zu codieren sei. Hieraus ergebe sich, dass die Ätiologie dieses Malum perforans eben eine Druckbelastung infolge endogener Faktoren, also der Neuropathie sei, da der Definition des Dekubitus ja zugrunde liege, dass es eine Reaktion auf eine Druckfehlbelastung sei und nicht die Reaktion auf ein exogenes Trauma.

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

### **Entscheidungsgründe**

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 Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war damit nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 27.02.2015, Az. L 4 KR 2536/13 m.w.N.).

Die zulässige Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung von 6.764,73 €.

In der Sache streiten die Beteiligten um die Wirksamkeit der von der Beklagten erklärten Aufrechnung entsprechend §§ 387ff BGB. Die Anwendung dieser Normen im Sozialrecht, außerhalb der besonderen Regelungen der §§ 51 und 52 SGB I über die Aufrechnung gegen

Ansprüche auf Sozialleistungen, wird als zulässig erachtet (vgl. Seewald in Kass.Komm, § 51 SGB I Rz. 2b). Voraussetzung einer wirksamen Aufrechnung im Sinne der §§ 387ff BGB ist insbesondere das Bestehen einer Aufrechnungslage im Sinne von § 387 BGB. Danach müssen die Tatbestandsmerkmale der Gegenseitigkeit, Gleichartigkeit, Durchsetzbarkeit der Gegenforderung und Erfüllbarkeit der Hauptforderung gegeben sein. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall insoweit nicht erfüllt, als der Beklagten gegen die Klägerin kein Rückzahlungsanspruch aus der ursprünglich für die stationäre Behandlung des Versicherten gezahlten Vergütung zusteht. Für die Bejahung einer Aufrechnungslage fehlt es somit vorliegend an einer Gegenforderung der Beklagten.

Vielmehr sind die Voraussetzungen für den Anspruch der Klägerin auf die Vergütung des Krankenhausaufenthaltes in Höhe des streitigen Betrages erfüllt.

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 des Versicherten in das nach § 108 Nr. 2 SGB V zugelassene Krankenhaus der Klägerin der Fall. Der Versicherte war insbesondere während des gesamten streitgegenständlichen Zeitraums vom 15.08.2013 bis 11.09.2013 krankenhausbearbeitungsbedürftig. Dies ist zwischen den Beteiligten unstrittig.

Ebenso ist zwischen den Beteiligten unstrittig, dass der Klägerin für die stationäre Behandlung des Versicherten dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose E 11.75 (nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit peripheren vaskulären Komplikationen) gegen die Beklagte zusteht. Streitig ist lediglich die genaue Höhe des Vergütungsanspruchs insoweit, als die Klägerin ihrer Abrechnung (auch) die Nebendiagnose T 79.3 (Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert) zugrunde gelegt hat.

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

Gemäß § 7 Abs.1 Satz 1 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 medizinische 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 im 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 des bei der Beklagten Versicherten nach der von der Klägerin abgerechneten DRG-Fallpauschale F 13 A zu vergüten. Die Klägerin hat hierbei zu Recht die Diagnose T 79.3 (Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert) als Nebendiagnose in Ansatz gebracht.

Nach den DKR D003 ist der Begriff der „Nebendiagnose“ definiert als eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass



irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Die fragliche Diagnose muss sich auf das Versorgungsgeschehen tatsächlich im Sinne eines zusätzlichen Aufwands ausgewirkt haben, d.h. sie muss für das Versorgungsgeschehen tatsächlich bedeutsam geworden sein. Entscheidend für die Kodierung der Nebendiagnosen ist der Ressourcenverbrauch, denn diesbezüglich soll eine Vergütung erfolgen (SG Nürnberg, Urteil vom 22.11.2019, Az. S 21 KR 392/18 / BSG, Urteil vom 25.11.2010, Az. B 3 KR 4/10 R / BSG, Urteil vom 23.06.2015, Az. B 1 KR 13/14 R).

Diese Voraussetzungen sind zur Überzeugung der erkennenden Kammer hinsichtlich der Diagnose T 79.3 (Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert) erfüllt. Insbesondere werden durch die von der Beklagten zugrunde gelegten Kodierung L 89.38 (Dekubitus 4. Grades) und L 03.02 (Phlegmone an Zehen) der Ressourcenverbrauch der Klägerin sowie die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen nur unzureichend erfasst.

So beinhaltet die Kodierung L89.38 zwar die Tatsache, dass ein Druckgeschwür vorlag und welcher Wundgrad hierbei erreicht wurde (hier: 4. Grades – mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Schichten). Die Kodierung vermag jedoch den Umstand, dass bei dem Versicherten zusätzlich ein Infektionsgeschehen im Bereich der Wunde vorlag, nicht abzubilden. Dieser Umstand ist für die Kodierung nach L 89.- vielmehr unerheblich.

Hinsichtlich dieser bei dem Versicherten insoweit vorliegenden Infektion wurden im Rahmen des stationären Aufenthaltes ein Wundabstrich zur Keimbestimmung sowie eine antibiotische Behandlung und eine engmaschige lokale Wundbehandlung durchgeführt. Dieser therapeutische und diagnostische Ressourcenverbrauch auf Seiten der Klägerin wird von der Kodierung L 89.38 nicht erfasst.

Soweit die Beklagte zur Erfassung des Infektionsgeschehens auf die Kodierung nach L 03.02 (Phlegmone an Zehen) hingewiesen hat, ist zwar festzuhalten, dass es sich hierbei um eine i.d.R. durch Staphylokokken oder Streptokokken hervorgerufene Entzündung handelt und im Falle des Versicherten u.a. Staphylokokken nachgewiesen werden konnten. Allerdings hat die Klägerin in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hingewiesen, dass mit der Kodierung L 03.02 nur beschrieben wird, dass bei bestehendem Druckkulkus eine Infektion im interstitiellen Gewebe

vorliegt. Die spezifische Infektion der Wunde selbst wird hiervon jedoch nicht erfasst – und damit auch nicht der hiermit verbundene Ressourcenverbrauch.

Zur Überzeugung der Kammer ist damit zur Erfassung des diagnostischen und therapeutischen Aufwands der Klägerin hinsichtlich der Behandlung des Infektionsgeschehens im Bereich der Wunde die Kodierung T 79.3 (Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert) heranzuziehen. Der hierzu geäußerten Ansicht des im sozialgerichtlichen Verfahren beauftragten Sachverständigen Prof. Dr. Schäffler, es liege im Falle des Versicherten kein exogenes Trauma (Einwirkung von außen) im Sinne dieser Kodierung vor, vermochte sich das Gericht nicht anzuschließen. Insoweit lässt sich der beigezogenen Patientenakte entnehmen, dass die Wundentstehung bei dem Versicherten auf die Druckeinwirkung von zu engem, nicht fußgerechten Schuhwerk zurückzuführen war. Hierin ist jedoch gerade eine Einwirkung von außen im Sinne eines Traumas zu sehen. Zwar wurde die Wundentstehung im weiteren Verlauf durch endogene Faktoren begünstigt. So lagen bei dem Versicherten nach einer Diabestesdauer von über 30 Jahren Folgeerkrankungen in Gestalt einer Polyneuropathie, Schmerzwahrnehmungsstörung sowie einer gestörten Mikrozirkulation vor. Diese endogenen Faktoren haben ebenfalls zur Wundentstehung beigetragen. Dies ändert allerdings nichts an der Tatsache, dass auch die Druckeinwirkung von außen durch das Schuhwerk hierfür zumindest mitursächlich war. Die Wunde ist vorliegend auf der Grundlage einer Kombination aus endogenen und exogenen Einflüssen entstanden. Eine Kodierung als Posttraumatische Wundinfektion nach T 79.3 kann damit zur Überzeugung der Kammer nicht mit dem Argument verneint werden, es läge kein Trauma im Sinne dieser Kodierung vor.

Nachdem, wie oben dargestellt, über die Kodierungen nach L 89.38 sowie L 03.02 das Infektionsgeschehen an der Wunde selbst nicht erfasst wird, handelt es sich vorliegend auch um eine Posttraumatische Wundinfektion, die im Sinne der Kodierung nach T 79.3 „anderenorts nicht klassifiziert“ ist.

Damit sind die nach dem Wortlaut der Kodierung T 79.3 erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Die Klägerin hat nach alledem zutreffend die „Posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert“ im Rahmen der Abrechnung des streitgegenständlichen stationären Aufenthaltes des Versicherten gegenüber der Beklagten als Nebendiagnose in Ansatz gebracht. Für die Abrechnung ergibt sich damit die DRG F 13 A. Die Klägerin hat damit gegen die

Beklagte einen Anspruch auf Zahlung des zu Unrecht verrechneten Betrages in Höhe von 6.764,73 €.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte zudem einen Anspruch auf die Zahlung von Zinsen in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz nach § 247 Abs.1 BGB ab dem 23.04.2014 (Tag der Verrechnung). Rechtsgrundlage hierfür ist die Regelung des § 19 Abs.3 des zwischen den Beteiligten geltenden Landesvertrages nach § 112 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V – Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung-.

Es war nach alledem über die vorliegende Klage wie tenoriert zu entscheiden.

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. Satz 1, § 47 Abs.1 GKG.

## 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, 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](http://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.

Lau  
Richterin am Sozialgericht



Die Übereinstimmung des Abdrucks  
mit der Urschrift wird beglaubigt:  
Heilbronn, den 17.08.2020

*Bernhardt*  
Bernhardt, Angestellte  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle