

S 1 KR 406/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

SG Reutlingen (BWB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 1 KR 406/16

Datum

14.06.2017

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur

2. Nebendiagnose I97.8 nur abrechenbar bei Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, nicht bei intraoperativ aufgetretenen Kreislaufkomplikationen

3. Die in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) enthaltene Sechs-Wochen-Frist ist nur bei Auffälligkeitsprüfungen im Sinne des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zu beachten, bei denen von Seiten der Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen ist

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Tatbestand:

Im Streit ist die Vergütung einer vom 08. bis 28.01.2015 durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung.

Die im geborene, bei der Beklagten krankenversicherte (K.) wurde durch einen niedergelassenen Gynäkologen wegen des Verdachts auf einen blutenden vaginalen Tumor in die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der Kliniken., deren Trägerin die Klägerin ist, eingewiesen. Bei dortiger stationärer Behandlung vom 08. bis 28.01.2015 wurde bei ihr ein großes Lokalrezidiv eines Analkarzinoms mit Infiltration der Vagina sowie ein Stomaprolaps diagnostiziert. Am 20.01.2015 erfolgte eine operative Resektion des Stomaprolaps mit Neueinnah.

Die Klägerin stellte der Beklagten für diese stationäre Krankenhausbehandlung mit Rechnung vom 12.02.2015 einen Gesamt-Betrag von 5.166,82 EUR (ohne Selbstbeteiligung) in Rechnung, der von der Beklagten zunächst auch in vollem Umfang gezahlt wurde. Hierbei brachte die Klägerin die Diagnosis Related Group (DRG) G21C ("Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC") in Ansatz.

Die Beklagte beauftragte daraufhin mit Schreiben vom 23.02.2015 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg mit der Durchführung einer Fehlbelegungsprüfung zu der Frage "War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet?" und teilte dies der Klägerin mit. Unter Berücksichtigung der bei der Klägerin angeforderten Unterlagen gelangte Frau K in dem daraufhin erstellten Gutachten vom 29.06.2015 zu dem Ergebnis, es liege eine sekundäre Fehlbelegung am 27. und 28.01.2015 vor.

Nachdem das Begehren der Beklagten auf Neuberechnung erfolglos geblieben war, verrechnete sie am 03.08.2015 die ihrer Ansicht nach zu Unrecht i.H.v. 452,19 EUR gezahlte Vergütung mit anderen unstreitig bestehenden Forderungen der Klägerin ihr gegenüber.

Die Klägerin teilte der Beklagten mit Schreiben vom 28.10.2015 mit, sie sei mit der Streichung von zwei Behandlungstagen einverstanden. Allerdings sei bei Prüfung des Falles aufgefallen, dass als Nebendiagnose nach ICD-10 der Kode I97.8 nicht verschlüsselt worden sei. Dieser Kode müsse bei einem Blutdruckabfall unter 100 Sys und Aktrinorgabe zusätzlich verschlüsselt werden. Die Beklagte erhalte in den nächsten Tagen eine neue Rechnung.

Die Klägerin erstellte daraufhin eine neue Rechnung, datierend vom 02.11.2015, mit der sie unter Ansatz der DRG G21B ("Komplexe Adhäsioanalyse am Peritoneum, Alter) 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte lokale Exzision am Darm, mit äußerst schweren CC") die Zahlung eines Betrages von insgesamt 5.779,60 EUR (ohne Selbstbeteiligung) von der Beklagten verlangte. Hierbei wurde von der Klägerin als Nebendiagnose der Kode I97.8 ("") angesetzt.

Da keinerlei Zahlungen auf diese Rechnung geleistet wurden, hat die Klägerin am 17.02.2016 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zur Zahlung von 1.064,97 EUR zu verurteilen. Dieser Betrag ergebe sich aus der Differenz zwischen dem mit Rechnung vom 02.11.2015 geltend gemachten Rechnungsbetrag und dem auf die Rechnung vom 12.02.2015 nach Verrechnung bereits bezahlten Betrag. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, die nachträgliche Rechnungsänderung sei unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zulässig. Die Regelung des § 7 Abs. 5 der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) stehe dem nicht entgegen. Danach seien Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen, die sich auf den konkret dem MDK erteilten Prüfauftrag auswirkten, nur einmalig möglich. Eine solche Änderung, die sich auf den Gegenstand der Prüfung des MDK beziehe, müsse von diesem nur dann in die Prüfung einbezogen werden, wenn dies innerhalb von fünf Monaten nach Beauftragung des MDK erfolge. Hieraus folge aber keinesfalls, dass eine Korrektur zwingend innerhalb dieser Frist vorzunehmen sei. Der MDK sei nur dann verpflichtet, diese Korrektur im Rahmen seiner Begutachtung zu berücksichtigen, wenn dies innerhalb der Frist geschehe. Würden Daten nach Ablauf der fünfmonatigen Frist hereingereicht, bestehe für den MDK keine Verpflichtung, diese zu berücksichtigen. Es stehe den Krankenkassen zu, den Prüfanlass einzugrenzen. Wenn dies erfolge, werde die Prüfung nach Maßgabe der Regelungen der PrüfV auch nur hinsichtlich dieses Teilelements der zu überprüfenden Rechnung durchgeführt und auch nur hinsichtlich dessen sei eine Geltung der PrüfV festzustellen. Soweit es den Behandlungsfall im Übrigen angehe, sei dieser nicht Gegenstand der Prüfung und unterliege nicht den Vorschriften der PrüfV. Ergänzend werde auf die Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) verwiesen. Sofern die Beklagte der Meinung sei, die Nachkodierung sei unrechtmäßig vorgenommen, sei anzumerken, dass es sich hierbei um eine medizinische Frage handle, zu deren Beantwortung es medizinischen Sachverständes bedürfe, den die Beklagte nicht habe. Sie wäre gehalten gewesen - innerhalb der sechswöchigen Frist des [§ 275 Abs. 1c](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) - ein neuerliches Überprüfungsverfahren durch Einschaltung des MDK einzuleiten, was sie jedoch nicht getan habe. Vor diesem Hintergrund dürfte die Beklagte ohnehin mit sämtlichen Einwendungen gegen die Rechnung vom 02.11.2015 ausgeschlossen sein. Der streitgegenständliche Betrag sei ab 03.12.2015 zu verzinsen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.064,97 EUR nebst Zinsen hieraus i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 03.12.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, es sei unstrittig, dass die Klägerin dem Grunde nach befugt sei, nachträgliche Rechnungskorrekturen in Form einer Nachkodierung vorzunehmen. Vorliegend sei jedoch die Kodierung der Nebendiagnose I97.8 nicht zutreffend. Dieser Kode sei bei während der Operation auftretenden Komplikationen nicht anwendbar, was schon der Titel des ICD-Kapitels I97 und die Textbeschreibung des Kodes I97.8 belegen würden. Ferner handle es sich beim Kode I97.8 um einen Auffangkode, der nur dann verschlüsselt werden dürfe, wenn kein spezifischerer Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiere. Eine postoperativ aufgetretene Symptomatik sei daher mit einem Kode für die spezifische Verschlüsselung von Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen zu verschlüsseln. Vorliegend würde beispielsweise der Kode I95 eine solche spezifischere Kodierung darstellen. Ferner sei die Korrektur intraoperativer Kreislaufschwankungen eine originäre Aufgabe der Narkoseführung durch den Anästhesisten und damit Bestandteil der operativen Gesamtleistung als medizinischer Maßnahme. Ergänzend werde auf die Kodierempfehlung 455 der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling verwiesen, wonach der Kode I97.8 nur dann zu verschlüsseln sei, wenn kein spezifischerer Kode existiere. Einer Einschaltung des MDK habe es hier nicht bedurft, da lediglich die korrekte Anwendung der Kodierregeln im Streit stehe. Auf die Ausführungen der Klägerin zur PrüfV komme es vorliegend nicht an, da die Datenkorrektur der Klägerin fehlerhaft gewesen sei.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorgelegten Beklagten- und der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die beim sachlich und örtlich zuständigen SG von der Klägerin zu Recht erhobene (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG - (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl. z.B. [BSGE 90, 1](#); [100, 164](#); [102, 172](#); [104, 15](#)) auf Zahlung der Vergütung für die Behandlung der K. in ihren Kliniken ...ist zulässig. Vorliegend handelt es sich um einen sogenannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist.

Die Klageforderung ist allerdings unbegründet. Aus der Rechnung vom 02.11.2015 hat die Klägerin gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung des sich unter Abzug der auf die Rechnung vom 12.02.2015 nach Verrechnung bereits geleisteten Zahlung ergebenden streitgegenständlichen Betrages von 1.064,97 EUR.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung der hier im Jahr 2015 erbrachten stationären Krankenhausbehandlung ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in der hier maßgebenden Fassung des Fallpauschalengesetzes vom 23.04.2002 (BGBl. I, S. 1412) i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der hier maßgebenden Fassung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17.03.2009 ([BGBl. I, S. 534](#)) und dem durch Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom BSG beanstandeten Regelung in § 19 Abs. 2 (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2012 - [B 1 KR 27/11 R](#) - juris). Dieser Vertrag ist nach [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land, zu denen die Kliniken ...als Plankrankenhaus nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) gehören, unmittelbar verbindlich.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - 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 (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 13.11.2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) -

juris m.w.N.). Vorliegend ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die stationäre Behandlung der K. bei der Klägerin erforderlich war.

Die von der Klägerin geltend gemachte Vergütung für den hier streitigen Behandlungsfall bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage, wobei dieser Anspruch auf Bundesebene hier durch die auf der Grundlage des § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013 ([BGBl. I, S. 2423](#)) und des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG in der Fassung des Gesetzes vom 17.03.2009 (a.a.O.) am 23.09.2014 geschlossene Fallpauschalenvereinbarung 2015 einschließlich der Anlagen 1 bis 7, insbesondere der Anlage 1 (Fallpauschalen-Katalog) konkretisiert wurde.

Vorliegend hat die Klägerin ihre auf die DRG G21C gestützte Rechnung vom 12.02.2015 nachträglich korrigiert und nunmehr mit Rechnung vom 02.11.2015 unter Ansatz der DRG G21B die Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung der K. von der Beklagten begehrt. Hierbei hat die Klägerin nunmehr als Nebendiagnose nach ICD-10 den Code I97.8 in Ansatz gebracht.

Diese nachträgliche Rechnungskorrektur ist zulässig. Die hierzu vom BSG gemachten Einschränkungen wurden von der Klägerin beachtet. Auch § 7 Abs. 5 PrüfV steht dem nicht entgegen. Die Erstellung der Rechnung vom 02.11.2015 durch die Klägerin beruhte auf einer von ihr festgestellten Fehlkodierung, stand also in keinem Bezug zu der beim MDK von der Beklagten in Auftrag gegebenen Fehlbelegungsprüfung. Der Prüfanlass bezog sich somit auf einen anderen Sachverhalt als die hier vorgenommene Rechnungskorrektur. In diesen Fällen findet § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfV keine Anwendung (vgl. hierzu SG, Urteil vom 11.01.2017 - [S 1 KR 3109/15](#) - juris -). Auch der Beklagte stellt vorliegend die Befugnis der Klägerin zur nachträglichen Rechnungskorrektur in Form einer Nachkodierung nicht infrage.

Allerdings hat die Klägerin bei ihrer Rechnung vom 02.11.2015 zu Unrecht als Nebendiagnose den Code I97.8 in Ansatz gebracht. Die darauf gestützte Abrechnung der DRG G21B erweist sich damit als unzutreffend, ein entsprechender Vergütungsanspruch besteht nicht.

Entgegen der Ansicht der Klägerin liegen die Voraussetzungen für den Ansatz des Codes I97.8 nicht vor. Dieser Code umfasst "Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert". Er befindet sich im Kapitel IX "Krankheiten des Kreislaufsystems" des ICD-10 in der hier maßgebenden Fassung in Gruppe I95 bis I99 "Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems". Die darin enthaltene Untergruppe I97 erfasst dabei "Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert". Wie bereits aus dem Wortlaut sowohl des Codes I97.8 als auch aus der Beschreibung der Untergruppe I97 zu entnehmen ist, umfassen die in Untergruppe I97 enthaltenen Codes I97.0 bis I97.9 Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen. Dies belegt, dass der Code I97.8 nur dann angesetzt werden darf, wenn es nach medizinischen Maßnahmen zu Kreislaufkomplikationen gekommen ist (vgl. hierzu Sozialgericht Mainz, Urteil vom 08.09.2015 - [S 14 KR 548/12](#) - juris -). Weiter belegt der Wortlaut des Codes I97.8 (" ,anderenorts nicht klassifiziert "), dass es sich bei diesem Code um einen Auffangcode handelt, der nur dann in Ansatz gebracht werden kann, wenn kein speziellerer Code zur Verfügung steht. Beleg hierfür sind auch die Deutschen Kodierrichtlinien – Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten – in der hier maßgebenden Version 2015, in denen unter D015n unter anderem ausgeführt wird, dass unter anderem der Code I97 nur dann zu verschlüsseln ist, wenn kein spezifischerer Code in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert.

Nach dem eigenen Vorbringen der Klägerin, bestätigt durch das in der vorgelegten Patientenakte befindliche Anästhesieprotokoll, ist es während der am 20.01.2015 bei K. durchgeführten Operation zu einem ca. 30-minütigen Abfall des Blutdrucks auf Werte unter 100 mmHg gekommen. Dieser Blutdruckabfall erforderte die dreimalige Gabe von Akrinor. Hierbei handelt es sich um ein Notfallmedikament, das zur peri-/intraoperativen Therapie der Hypotonie, also des niedrigen Blutdrucks, zur Therapie des hypotonen Kreislaufversagens und der orthostatischen Dysregulation eingesetzt wird (www.flexikon.doccheck.com, Stichwort "Akrinor"). Der bei K. während der Operation aufgetretene Blutdruckabfall stellt ein hypotones Kreislaufversagen dar und erforderte ein sofortiges Tätigwerden der behandelnden Ärzte der Klägerin in Form der dreimaligen Gabe von Akrinor. Der starke Blutdruckabfall und die erforderliche Gabe von Akrinor belegen zur Überzeugung der Kammer, dass es während der bei K. durchgeführten Operation ("intraoperativ") zu Kreislaufkomplikationen gekommen ist, die ein sofortiges ärztliches Handeln erforderten. Damit traten diese Komplikationen nicht nach einer medizinischen Maßnahme, wie dies vom Code I97.8 vorausgesetzt wird, sondern während einer medizinischen Maßnahme, hier der Operation, auf. Damit liegen die Voraussetzungen für den Ansatz des Codes I97.8 (" nach medizinischen Maßnahmen ") nicht vor. Während die von der Beklagten vorgelegte Kodierempfehlung Nr. 455 darauf hindeutet, dass bei der hier bei K. intraoperativ aufgetretenen Kreislaufkomplikation möglicherweise ein ICD-Code aus Y40 bis Y84 hätte angesetzt werden können, würde nach Ansicht der Beklagten der Code I95 eine speziellere Kodierung gegenüber dem angesetzten Code I97.8 darstellen. Ob hier ein solcher speziellerer Code statt des von der Klägerin angesetzten Codes I97.8 entsprechend den Vorgaben in D015n in den Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten hätte angesetzt werden können, bedarf vorliegend keiner Entscheidung, da von der Klägerin lediglich der Code I97.8 - wie dargestellt zu Unrecht - in Ansatz gebracht wurde.

Entgegen der Ansicht der Klägerin ist die Beklagte vorliegend mit ihrem Einwand, die Rechnung vom 02.11.2015 sei zu Unrecht unter Ansatz der Nebendiagnose I97.8 erstellt worden, nicht ausgeschlossen. Ein solcher Einwendungsausschluss ergibt sich insbesondere nicht aus [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#).

Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) ist bei Krankenhausbehandlung nach § 39 eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ([§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#)).

Nach zutreffender Ansicht des BSG (Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) - juris -) unterliegt anders als die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung allein die Überprüfung von Auffälligkeiten der Abrechnung dem in [§ 275 Abs. 1c](#) Sätze 1 und 2 SGB V enthaltenen speziellen prüfrechtlichen Beschleunigungsgebot. Auffälligkeiten, die die Krankenkasse zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigten, bestünden dann, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder

weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbaren Informationen Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen würden, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten könne. Die Auffälligkeitsprüfung betreffe regelmäßig Fälle, in denen die Krankenkasse Zweifel daran haben könne, dass das Krankenhaus eine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erbracht habe. Hingegen unterliege das Überprüfungsrecht der Krankenkassen von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einem eigenen Prüfregime. Um eine solche Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit handle es sich bei einer Prüfung der zutreffenden Kodierung der Haupt- und/oder Nebendiagnosen (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 14.10.2014 - B [1 KR 96/13 R](#) - juris -).

Dies bedeutet, dass die in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) enthaltene Sechs-Wochen-Frist nur bei Auffälligkeitsprüfungen im Sinne des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zu beachten ist, bei denen von Seiten der Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen ist.

Vorliegend hat die Beklagte nach Eingang der korrigierten Rechnung vom 02.11.2015 von der erneuten Einschaltung des MDK abgesehen. Dies erfolgte zu Recht, da es sich bei der Prüfung der zutreffenden Kodierung der Nebendiagnose mit dem Code I97.8 um eine Überprüfung der Abrechnung der Klägerin vom 02.11.2015 auf sachlich-rechnerische Richtigkeit handelt, bei der nach dargestellter Rechtsprechung des BSG [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) mit der dort enthaltenen Sechs-Wochen-Frist gerade keine Anwendung findet. Auch bedurfte es bei dieser Prüfung - entgegen der Ansicht der Klägerin - keines medizinischen Sachverständes.

Weitere Regelungen, die zu einem Einwendungsausschluss der Beklagten führen könnten, liegen nicht vor.

Die Beklagte hat somit zu Recht keine Zahlungen auf die Rechnung vom 02.11.2015 geleistet.

Da die Hauptforderung nicht besteht, besteht auch der hier geltend gemachte, von der Hauptforderung abhängige Zinsanspruch nicht.

Die Klage war somit abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-06-21