

L 11 KR 191/24 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 28 KR 2794/19
Datum
29.02.2024
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 191/24 KH
Datum
14.05.2025
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 29. Februar 2024 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass der Urteilsausspruch zur Widerklage aufgehoben wird.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 10.439,92 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Zahlung von Krankenhausvergütung.

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte und am 00.00.0000 geborene Herr G. litt seit 2016 unter einem Karzinom des Dickdarms und rezidivierenden malignen Pleuraergüssen. Er wurde am 27. November 2017 wegen anhaltender Luftnot in der Notaufnahme der C. ambulant behandelt. Am 27. November 2017 erfolgte die Verlegung in das Krankenhaus der Klägerin, das zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist. Im Entlassungsbrief der C. vom 27. November 2017 wird in der Diagnoseliste unter anderem Folgendes mitgeteilt: „Anamnestisch beidseits TVT • Antikoagulation mit Xarelto seit dem 26.11.2017 abends pausiert“.

Im Krankenhaus der Klägerin wurde der Versicherte sodann bis zum 12. Dezember 2017 vollstationär behandelt. Im Entlassungsbericht vom 20. Dezember 2017 führte die Klägerin in der Liste der Nebendiagnosen u.a. Folgendes aus: „Anamnestisch TVT bds. - Antikoagulation mit Xarelto, aktuell umgestellt auf NMH in therapeutischer Dosierung.“

Für die stationäre Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten am 27. Dezember 2017 unter Zugrundelegung der Diagnosis Related Group (DRG) E06A (Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC) einen Betrag in Höhe von insgesamt 12.289,54 Euro in Rechnung.

Die Beklagte beglich die Rechnung vollständig und beauftragte am 11. Januar 2018 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der Abrechnung. Der MDK zeigte der Klägerin am 12. Januar 2018 die Prüfung an und teilte mit, dass die Nebendiagnosen J91*, I80.28, J96.10, C18.5 und J98.1 zu prüfen seien. Der MDK bat um Übermittlung folgender Unterlagen: Krankenhausentlassbericht(e); Laborbericht(e); Auszüge aus der Krankenakte über den stationären Aufenthalt: Pflegebericht, Fieberkurve; Operationsbericht und/oder Interventionsberichte. In seinem Gutachten vom 14. Mai 2018 teilte der MDK durch Herrn H. mit, dass die angeforderten Unterlagen am 2. Februar 2018 bei ihm eingegangen seien. Die Nebendiagnose I80.28 (Thrombose, Phlebitis, und Thrombosephlebitis sonstiger tieferer Gefäße der unteren Extremitäten) könne nicht bestätigt werden. Aus den vorliegenden Unterlagen sei

keine Dokumentation über einen nebendiagnosedefinierten Mehraufwand zu entnehmen.

In einer elektronischen Nachricht vom 18. Mai 2018 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der von ihr beauftragte MDK mitgeteilt habe, dass die Nebendiagnose I80.28 mangels nachgewiesenen Mehraufwands zu streichen sei. Sie schließe sich dem an und mache einen Erstattungsanspruch in Höhe von 5.219,96 Euro geltend. Diesen Betrag habe sie nach § 10 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) aufgerechnet. Einzelheiten, mit welchen Leistungsfällen genau verrechnet worden sei, könne die Klägerin dem Zahlungsavis entnehmen, das gesondert zugehe. Aus der „Zahlungsmitteilung“ vom 24. Mai 2018, die am 30. Mai 2018 bei der Klägerin einging, ergibt sich für den Behandlungsfall G. ein Abzug in voller Rechnungshöhe (12.289,54 Euro) und gleichzeitig eine Zahlung in Höhe von 7.069,58 Euro. Als Aktivposten wird oben in der Übersicht ein Vergütungsanspruch der Klägerin in Höhe von 49.954,64 Euro für einen Behandlungsfall mit der Aufnahmenummer N01 und der Rechnungsnummer N02 gemäß Rechnung vom 14. Mai 2018 genannt. Es folgen dann der abgezogene Betrag von 12.289,54 Euro für den Behandlungsfall G. sowie weitere Abzugsposten zu anderen Behandlungsfällen und die Angabe eines „Restbetrages“ von 24.745,69 Euro. Danach werden verschiedene Positivposten angeführt, u.a. die o.g. 7.069,58 Euro und am Ende ein weiterer „Restbetrag“ von 51.265,57 Euro. Die Summe aus beiden „Restbeträgen“ (76.011,26 Euro) überwies die Beklagte an die Klägerin.

Am 28. August 2019 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Gelsenkirchen (SG) erhoben, mit der sie sich gegen die erfolgte Aufrechnung gewendet und den Anspruch aus der Behandlung anderer Versicherter gemäß Zahlungsavis vom 24. Mai 2018 in Höhe von 5.219,96 Euro geltend gemacht hat. Sie hat die Auffassung vertreten, die Aufrechnung sei bereits unzulässig, da sich dem Zahlungsavis der Beklagten nicht entnehmen lasse, gegen welche unstreitigen Forderungen der Klägerin die Beklagte aufgerechnet habe. Damit benenne sie nicht genau den Leistungsanspruch nach der PrüfvV. Anders als in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) werde die Tilgungsreihenfolge eindeutig durch die Beklagte vorgegeben, sodass vorliegend die ersatzweise Heranziehung der bürgerlich-rechtlichen Vorschriften nicht in Betracht komme. Im Übrigen habe sie die Nebendiagnose I80.28 zu Recht abgerechnet. Insbesondere sei ein Mehraufwand für die Behandlung der Thrombose tieferer Gefäße der unteren Extremitäten in den Krankenunterlagen dokumentiert. Bei dem Versicherten G. habe anamnestisch eine beidseitige tiefe Beinvenenthrombose bestanden. Aus diesem Grunde habe eine Langzeit-Antikoagulation mit Xarelto stattgefunden. Diese sei im Rahmen des stationären Aufenthaltes durch eine therapeutische Heparinisierung mit niedermolekularem Heparin umgesetzt worden. Die gewählte Dosierung entspreche gerade nicht einer eingriffstypischen prophylaktischen Dosierung, sondern einer therapeutischen Dosierung im Rahmen der Langzeitproblematik.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 5.219,96 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 31. Mai 2018 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen,

hilfsweise, für den Fall der Unzulässigkeit der Aufrechnung, die Klägerin widerklagend zu verurteilen, an die Beklagte 5.219,96 Euro zu zahlen.

Sie hat die Ansicht vertreten, dass die Aufrechnung nach Maßgabe der Rechtsprechung des BSG zulässig gewesen sei. Für den Fall, dass die Aufrechnung unzulässig war, sei die Klägerin widerklagend zur Zahlung der Erstattungsforderung zu verurteilen. Ferner sei der Auffassung des MDK zu folgen. Ausweislich der Dokumentation im Verlegungsbrief sei lediglich eine Thromboseprophylaxe erfolgt. Eine Thrombose sei jedoch nicht diagnostiziert bzw. nachgewiesen worden. Generell fänden sich in der Patientendokumentation keine Hinweise auf das Vorliegen einer akuten Thrombose. Der Hinweis in der früheren Anamnese reiche für die Kodierung der streitigen Nebendiagnose I80.28 nicht aus.

Die Klägerin hat beantragt,

die Hilfswiderklage abzuweisen.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines nach Aktenlage erstellten Sachverständigengutachtens durch Z.. Dieser hat in seinem Gutachten vom 17. Mai 2022 ausgeführt, dass die Kodierung der Nebendiagnose I80.28 zutreffend sei. In der Anamneseerhebung sei ohne Zeitangabe der Diagnose vermerkt, dass ein Zustand nach tiefer Venenthrombose (TVT) beidseits bestehe. Es fänden sich keine klinischen

Untersuchungen, die den Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose dokumentierten. Es sei kein Mehraufwand bei diagnostischen Maßnahmen zu erkennen. Aufgrund des aktiven Tumorleidens sowie des Zustandes nach TVT sei eine Überlappung mit niedermolekularem Heparin indiziert gewesen. Diese sogenannte Bridging-Therapie sei bei nicht multipel vorerkrankten Patienten in aller Regel nicht notwendig. Die Behandlungsindikation werde durch die maligne Grunderkrankung in Kombination mit der vorangegangenen Thrombose gestellt. Die der Patientendokumentation zu entnehmende Applikation von Clexane in einer täglichen Dosis von zweimal 90 mg / 0,9 ml sei sehr viel höher als die standardmäßige postoperative Thromboseprophylaxe mit 40 mg / 0,4 ml pro Tag. Die Nebendiagnose I80.28 könne daher wegen des deutlich höheren Behandlungsaufwandes bezüglich der Thromboseprophylaxe und Auslösung eines Ressourcenverbrauches bestätigt werden. Auf den Inhalt des Gutachtens wird im Übrigen verwiesen.

Das SG hat die Beklagte durch Urteil vom 29. Februar 2024 antragsgemäß zur Zahlung von 5.219,96 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 31. Mai 2018 an die Klägerin verurteilt und die Widerklage abgewiesen. Die zulässige Klage sei begründet, weil die Aufrechnung unzulässig erklärt worden sei. Die Aufrechnungsbefugnis ergebe sich nach Wortlaut und Sinn und Zweck des § 10 Satz 1 PrüfvV erst dann, wenn die Leistungsentscheidung dem Krankenhaus zuvor mitgeteilt worden sei, die Mitteilung könne also nicht zeitlich mit der Aufrechnungserklärung zusammenfallen. Denn die Formulierung „mitgeteilt“, also die Wahl des „Partizip Perfekt“, bringe eine bereits abgeschlossene Tätigkeit als Voraussetzung für die Aufrechnung zum Ausdruck. So füge sich im Übrigen das Vorgehen vieler Krankenkassen in die Vorgaben der §§ 1, 9 PrüfvV ein, wenn sie zunächst den Krankenhäusern ihre Leistungsentscheidung mitteilen und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme und Rechnungskorrektur gäben und mitunter auch (teils mehrfach) daran erinnerten, bevor sie aufrechneten. Die Widerklage sei unbegründet, denn die Beklagte habe keinen Erstattungsanspruch hinsichtlich der Behandlung des Versicherten G.. Die Klägerin habe zutreffend die streitige Nebendiagnose I80.28 kodiert. Bei dem Versicherten G. habe eine Thrombose vorgelegen, die therapeutische Maßnahmen erfordert habe. Aus dem Entlassungsbrief vom 20. Dezember 2017 ergebe sich eine Umstellung der Medikation des Versicherten zur Thromboseprophylaxe auf ein anderes Präparat in anderer - deutlich höherer - therapeutischer Dosierung. Nach den nachvollziehbaren Erhebungen des Sachverständigen sei die applizierte Dosis von 2 x täglich 90 mg / 0,9 ml (also insgesamt 180 mg) sehr viel höher als die standardmäßige postoperative Thromboseprophylaxe mit 40 mg / 0,4 ml pro Tag. Zudem werde niedermolekulares Heparin auch nicht nur zur Prophylaxe, sondern auch zur Behandlung eingesetzt. Im konkreten Fall des Versicherten G. sei nach den Feststellungen des Sachverständigen eine Überlappung mit niedermolekularem Heparin indiziert gewesen. Diese sog. Bridging-Therapie sei nach den Ausführungen des Sachverständigen bei nicht multipel vorerkrankten Patienten in aller Regel nicht notwendig.

Gegen das ihr am 15. März 2024 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 4. April 2024 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie aus, dass die vom SG vorgenommene Auslegung des § 10 Satz 1 PrüfvV nicht dem Sinn und Zweck der Norm entspreche. Mit Blick auf die Grundregeln der Aufrechnung nach § 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und eingedenk der Tatsache, dass die Aufrechnung als Gestaltungsrecht lediglich von einer einseitigen Willenserklärung abhängig sei, sei kein Grund ersichtlich, weshalb die Aufrechnung nach § 8 PrüfvV von einer vor Erklärung erfolgten Mitteilung des Erstattungsanspruchs abhängig gemacht werden sollte. Die PrüfvV in den Versionen 2014 und 2016 gebe der Krankenkasse die Möglichkeit, ihre Erstattungsansprüche gegenüber dem Krankenhaus durch Aufrechnung zu realisieren, soweit dies binnen angemessener Frist und durch Nennung beider Forderungen der Aufrechnungslage geschehe. Das Krankenhaus habe faktisch nach Mitteilung eines bestehenden Erstattungsanspruches keinerlei Möglichkeiten mehr, sich der Aufrechnungserklärung zu erwehren. Völlig unklar bliebe auch, binnen welcher Frist eine Aufrechnung zeitlich nach der Mitteilung des Erstattungsanspruchs zu erklären wäre. Zu derartigen Möglichkeiten und Fristen schweige die PrüfvV. Allein aus dem Umstand des Fehlens solcher Regelungen sei ersichtlich, dass die Auslegung des SG nicht dem Sinn und Zweck des § 10 Satz 1 PrüfvV entspreche. Die Ansicht des SG führe zu reiner Förmerei. Könnte das Krankenhaus nach - im Sinne der Ansicht des SG - zu früh erfolgter Aufrechnung die Forderung zurückfordern, bliebe die Aufrechnungsbefugnis der Krankenkasse weiterbestehen. Die Krankenkasse könnte in der juristischen Sekunde der Rückzahlung unmittelbar die Aufrechnung abermals erklären. Die Rückforderung des Krankenhauses widerspreche damit § 242 BGB (Dolo-agit-Einrede). Auch medizinisch sei die Entscheidung des SG unzutreffend. Eine Thrombose, die zur Kodierung der streitigen Nebendiagnose hätte führen können, habe bei dem Versicherten G. nicht vorgelegen. Der Sachverständige mache selbst deutlich, dass nur die Gefahr der Entwicklung einer Thrombose bestanden habe. Er bezeichne den Zustand selbst als Zustand nach TVT und gehe nicht davon aus, dass eine Thrombose zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme bestanden habe. Die Frage, ob aufgrund einer vorangegangenen TVT eine Nebendiagnose allein wegen eines bestehenden Ressourcenaufwandes zu kodieren sei, sei eine rechtliche, die der Sachverständige unzutreffend beantwortet habe. Diesem unzutreffenden Ergebnis folgend, meine das SG, die Kodierung sei zutreffend, denn die Thrombose habe bestanden. Gerade das sage der Sachverständige aber nicht. Allein ein bestehender Ressourcenverbrauch (zur Prophylaxe) lasse nach der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) D003I nicht eine Nebendiagnose entstehen, wo sie als akuter Krankheitszustand nicht existiere. Anamnestische Diagnosen seien dem Kapitel XXI des ICD-Katalogs zuzuordnen. Folgerichtig wäre der Code Z86.2 (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems in der Eigenanamnese) angezeigt gewesen. Eine Kodierung als anamnestische Diagnose sei nur zulässig, wenn innerhalb der DKR eine ausdrückliche Ausnahme für solche Diagnosen normiert werde. Als Beispiel sei die DRK 0901f (Ischämische Herzkrankheit) zu nennen. Der Code I25.2 regele eine entsprechende Ausnahme. Die von der Klägerin kodierte Nebendiagnose I80.28 enthalte jedoch eine solche Ausnahme nicht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 29. Februar 2024 zu ändern und die Klage abzuweisen,

hilfsweise, für den Fall der Unzulässigkeit der Aufrechnung, die Klägerin widerklagend zu verurteilen, an die Beklagte einen Betrag von 5.219,96 Euro zu zahlen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie meint, das SG habe die Aufrechnung zu Recht als unwirksam erachtet. Der Verweis der Klägerin auf die Regelungen des BGB und die Wirkung der Aufrechnung überzeuge nicht. Die PrüfvV stelle besondere formelle Anforderungen an die Aufrechnungserklärung, die (quasi) als „leges speciales“ nicht durch die allgemeinen Regelungen des BGB in Abrede gestellt werden könnten. Sofern die Beklagte vortrage, dass nicht ersichtlich sei, welche Frist für die Aufrechnung sodann gelten solle, könne auch dies nicht überzeugen. Die Beklagte beachte die Regelung zum Nachverfahren gemäß § 9 PrüfvV nicht, die systematisch zwischen der Leistungsentscheidung und der Aufrechnungsbefugnis nach der PrüfvV stehe. Bevor es zur Aufrechnung komme, könne ein Nachverfahren durchgeführt werden. Die Regelungsabfolge bestätige, dass eben nicht mit der Leistungsentscheidung aufgerechnet werden könne, andernfalls wären die Regelung zum Nachverfahren sinnlos. Dies entspreche auch dem Sinn und Zweck der PrüfvV, die ausweislich ihrer Präambel insbesondere auf ein konsensorientiertes Prüfverfahren abstelle. Dieser Zweck könne offensichtlich nicht erreicht werden, wenn die Krankenkassen mit ihrer Leistungsentscheidung sofort aufrechneten, ohne dass die Möglichkeit des Nachverfahrens beachtet werde. Auch die Ausführungen der Beklagten zur Kodierung der TVT überzeugten nicht. Die Beklagte prüfe die DKR 2017 zur Nebendiagnose nicht zu Ende. Dort sei festgehalten, dass nur anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement nicht beeinflusst hätten, nicht kodiert würden. Vorliegend handele es sich aber um eine anamnestische Diagnose, die nachweislich einen erhöhten Ressourcenverbrauch nach sich gezogen habe, sodass das Patientenmanagement im Sinne der DKR 2017 zur Nebendiagnose beeinflusst worden sei. Die anamnestische Diagnose der TVT beidseits könne daher kodiert werden, wenn sie - wie hier - in der Krankenakte hinterlegt sei. Selbst wenn man der Argumentation der Beklagten folgen wollte, wäre die Kodierung als „abnormer Befund“ (DKR 2017 D003I) oder als „Verdachtsdiagnose“ (DKR 2017 D008b) gerechtfertigt. Anders als die Beklagte meine, sei das Kapitel XXI vorliegend nicht anwendbar. Die Kategorien Z00-Z99 seien nur für Sachverhalte vorgesehen, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache klassifizierbar seien. Die vorliegende Erkrankung sei aber nach den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar. Insofern seien die Codes aus den Kapiteln Z00-Z99 Auffangtatbestände. Auch der Verweis auf die DKR 0901f verange nicht. Hier würden spezielle Regelungen für die ischämische Herzkrankheit getroffen, die keine Allgemeingültigkeit besäßen und folglich auf den vorliegenden Sachverhalt nicht angewendet werden könnten. Da die Beklagte den Ressourcenverbrauch nicht mehr infrage stelle, sei sie mit weiteren Einwänden zur streitigen Nebendiagnose präkludiert. Der MDK habe die Nebendiagnose nur wegen des aus seiner Sicht nicht nachgewiesenen Ressourcenaufwands gestrichen. Die Beklagte habe sich dieser Einschätzung zunächst angeschlossen und könne die Begründung ihrer Leistungsentscheidung nun nicht mehr gemäß § 8 PrüfvV dahingehend ändern, dass die Nebendiagnose aus anderen Gründen nicht zu kodieren sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie der von der Klägerin übersandten Patientenakte zum Behandlungsfall des Versicherten G., der Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

A. Gegenstand des Rechtsstreits ist das Urteil des SG vom 29. Februar 2024 und damit das Begehren der Klägerin auf Zahlung einer weiteren Vergütung in Höhe von 5.219,96 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 31. Mai 2018 für die stationäre Behandlung der/des in der Zahlungsmitteilung vom 24. Mai 2018 genannten Versicherten mit der Aufnahmenummer N01 und der Rechnungsnummer N02 (Rechnung vom 14. Mai 2018). Nicht Streitgegenstand ist dagegen die Vergütung aus dem medizinisch streitigen Behandlungsfall des Versicherten G.. Das hat die Klägerin im Rahmen der Klageschrift hinreichend deutlich gemacht.

B. Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet. Das SG hat der Klage zu Recht stattgegeben, weil sie zulässig (dazu I.) und begründet (dazu II.) ist. Einer Entscheidung über die Hilfswiderrklage bedurfte es dagegen nicht, sodass der entsprechende Urteilsausspruch des SG aufzuheben ist (dazu III.).

I. Die Klage ist zulässig.

Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (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 sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (st. Rspr., vgl. etwa BSG, Urteil vom 12. Dezember 2023 - [B 1 KR 1/23 R](#) - SozR 4-2500 § 112 Nr. 10, Rn. 12; BSG, Urteil vom 29. Juni 2023 - [B 1 KR 20/22 R](#) - SozR 4-1500 § 65d Nr. 1, Rn. 15). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (st. Rspr., vgl. etwa BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - [BSGE 102, 172](#), Rn. 9; BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) - [BSGE 104, 15](#), Rn. 12 m.w.N.; BSG, Urteil vom 13. November 2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) - SozR 4-5562 § 9 Nr. 5, Rn. 9). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28. Januar 1999 - [B](#)

[3 KR 4/98 R](#) - [BSGE 83, 254](#), Rn. 27; BSG, Urteil vom 13. Mai 2004 - [B 3 KR 18/03 R](#) - [BSGE 92, 300](#), Rn. 12). Dies gilt auch für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insofern reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz aus (vgl. Becker-Eberhard, in: Münchener Kommentar zur ZPO, 7. Aufl. 2025, § 253, Rn. 132 m.w.N.).

II. Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Vergütungsanspruch in Höhe von 5.219,96 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 31. Mai 2018.

1. Der mit der erhobenen Leistungsklage verfolgte Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Krankenhausbehandlung der/des Versicherten mit der Aufnahmenummer N01 und der Rechnungsnummer N02 ist unstreitig. Insofern ist keine nähere Prüfung durch den Senat erforderlich (vgl. BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 34/13 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 5, Rn. 8; BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 7/16 R](#) - SozR 4-7610 § 366 Nr. 1, Rn. 9; BSG, Urteil vom 30.07.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - [BSGE 129, 1](#), Rn. 9).

2. Der Vergütungsanspruch aus diesem Behandlungsfall erlosch auch nicht dadurch, dass die Beklagte mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen (angenommener) Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten G. analog [§ 387 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Abs. 1 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Aufrechnung erklärte (vgl. BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 - [B 1 KR 2/19 R](#) - SozR 4-5562 § 6 Nr. 3, Rn. 9; BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) - [BSGE 119, 150](#), Rn. 33 m.w.N.). Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann ([§ 387 BGB](#)). Diese Voraussetzungen lagen nicht vor.

a) Der Vergütungsanspruch der Klägerin (Hauptforderung) und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (Gegenforderung) waren gegenseitig und gleichartig. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Beklagten war - seine Existenz unterstellt - fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar.

b) Eine wirksame Aufrechnungserklärung lag vor.

aa) Die Beklagte erklärte die Aufrechnung unter Berücksichtigung der allgemeinen Grundsätze des bürgerlichen Rechts. Die Aufrechnung als empfangsbedürftige einseitige Willenserklärung erfolgt nach [§ 388 Satz 1 BGB](#) durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil. Sie setzt voraus, dass sowohl die Hauptforderung (Passivforderung) als auch die Gegenforderung (Aktivforderung) - wenn auch im Wege der Auslegung ([§ 133 BGB](#)) - hinreichend konkret bezeichnet werden (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - a.a.O., Rn. 16). Dabei ist auf den für die Auslegung von Willenserklärungen maßgebenden objektiven Empfängerhorizont abzustellen (BSG, a.a.O., Rn. 17, m.w.N.). Für den Fall nicht eindeutiger Erklärungen des Aufrechnenden schafft die Verweisung des [§ 396 Abs. 1 Satz 2 BGB](#) auf [§ 366 BGB](#) eine Erleichterung, die die Wirksamkeit der Aufrechnungserklärung sichert (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 7/16 R](#) - a.a.O., Rn. 12). Die Beklagte machte nach diesen Grundsätzen ihren Aufrechnungswillen hinreichend deutlich. Zwar erklärte sie mit elektronischer Nachricht vom 18. Mai 2018 zunächst nur, sie habe die Erstattungsforderung aufgerechnet. Zugleich verwies sie jedoch darauf, dass die Einzelheiten, mit welchen Leistungsfällen genau aufgerechnet worden sei, dem Zahlungsavis zu entnehmen sei, das gesondert zugehe. In der Erklärung vom 18. Mai 2018 in Verbindung mit dem Zahlungsavis vom 24. Mai 2018, welches unter Angabe der Aufnahme- und Rechnungsnummer die für den Behandlungsfall gezahlte Vergütung in Höhe von 12.289,54 Euro als Negativposten und die nach Auffassung der Beklagten zustehende Vergütung in Höhe von 7.069,58 Euro als positiven Betrag ausweist, kommt der Aufrechnungswille der Beklagten nach dem objektiven Empfängerhorizont hinreichend deutlich zum Ausdruck. Dementsprechend ging auch die Klägerin von einer Aufrechnungserklärung aus.

bb) Die Beklagte erklärte die Aufrechnung auch unter Berücksichtigung der Anforderungen der Normen der „Vereinbarung über das NÄHERE zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfVV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG“ vom 3. Februar 2016 (PrüfVV 2016) wirksam. Die zum 1. Januar 2017 in Kraft getretene PrüfVV 2016 ist auf den hier streitigen Behandlungsfall aus dem Jahr 2017 sowohl zeitlich (§ 13 Abs. 1 PrüfVV 2016) als auch sachlich anwendbar, da der Prüfauftrag der Beklagten an den MDK vom 12. Januar 2018 auf eine Kodierprüfung im Sinne von § 4 Satz 2 PrüfVV 2016 gerichtet war.

(1) Die Beklagte teilte der Klägerin gemäß § 8 Satz 1 und 3 PrüfVV 2016 ihre abschließende Entscheidung zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige mit. Die Prüfanzeige des MDK ging am 12. Januar 2018 bei der Klägerin ein. Die 11-Monats-Frist begann daher am 13. Januar 2018 ([§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 187 Abs. 1 BGB](#)) und endete am 12. Dezember 2018 ([§ 188 Abs. 2 BGB](#)). Innerhalb dieser Frist teilte die Beklagte am 18. Mai 2018 per elektronischem Datenaustausch ihre abschließende Entscheidung zur Korrektur der Abrechnung mit dem Erstattungsanspruch mit.

(2) Die Beklagte erklärte die Aufrechnung auch korrekt nach Maßgabe des § 10 PrüfVV 2016. Nach § 10 Satz 1 PrüfVV 2016 kann die Krankenkasse einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 PrüfVV 2016

mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. Dabei sind nach § 10 Satz 2 PrüfV 2016 der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen. Diese Voraussetzungen waren erfüllt.

(a) Zunächst ist es nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Aufrechnung im Wege eines Zahlungsavis erklärte. § 10 Satz 2 PrüfV 2016 steht insoweit einer ergänzenden Anwendung der bürgerlich-rechtlichen Vorschriften zur Tilgungsreihenfolge ([§ 396 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 366 Abs. 2 BGB](#)) nicht entgegen (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - a.a.O., Rn. 10 ff.). Ungeachtet dessen ist aufgrund der konkreten Aufstellung im Zahlungsavis vom 24. Mai 2018 bis zur Mitte der Übersicht (erster „Restbetrag“) davon auszugehen, dass die Beklagte die Aufrechnung allein mit der unstreitigen Vergütung der Klägerin aus dem Behandlungsfall der/des Versicherten mit der Aufnahmenummer N01 und der Rechnungsnummer N02 (Rechnungsbetrag: 49.954,64 Euro) erklärte.

(b) Die Beklagte benannte Leistungs- und Erstattungsanspruch auch genau i.S.d. § 10 Satz 2 PrüfV 2016. Die genaue Benennung fordert spezifische Angaben, die Höhe und Identität der betroffenen Forderungen klären, sodass sie als einzelne Forderungen individuell bezeichnet sind. Für die Wirksamkeit der Aufrechnung ist es daher ausreichend, dass der Aufrechnende die in Betracht kommenden Aktiv- und Passivforderungen nach Höhe und Identität individualisiert (BSG, Urteil vom 28. August 2024 - [B 1 KR 33/23 R](#) - juris, Rn. 34). Die Beklagte benannte sowohl in der elektronischen Nachricht vom 18. Mai 2018 als auch im Zahlungsavis vom 24. Mai 2018 den Erstattungsbetrag konkret (hier: 5.219,96 Euro; vgl. dazu BSG, Urteil vom 28. August 2024 - [B 1 KR 33/23 R](#) - juris, Rn. 24 ff.). Sie benannte ferner die Forderungen der Klägerin als den „Leistungsanspruch“ genau, gegen welchen sie aufrechnete. Das Zahlungsavis vom 24. Mai 2018, das im Zusammenhang mit der Nachricht vom 18. Mai 2018 erging, bezeichnet insoweit sämtliche Vergütungsansprüche der Klägerin jeweils individuell mit Rechnungsdatum, Aufnahme- und Rechnungsnummer sowie dem konkreten Zahlbetrag. Dies ist ausreichend (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - a.a.O., Rn. 19). Aufgrund der konkreten Aufstellung im Zahlungsavis ist - wie oben ausgeführt - davon auszugehen, dass der Leistungsanspruch sich allein aus dem Behandlungsfall der/des Versicherten mit der Aufnahmenummer N01 und der Rechnungsnummer N02 (Rechnungsbetrag: 49.954,64 Euro) ergibt, der anhand der angegebenen Daten ohne weiteres durch die Klägerin ermittelt werden konnte. Dass die Klägerin hierzu nicht in der Lage gewesen wäre oder die Daten konkreten Behandlungsfällen nicht hätten zugeordnet werden können, hat sie nicht behauptet.

(c) Der Wirksamkeit der Aufrechnungserklärung steht nicht entgegen, dass die Beklagte in ihrer elektronischen Nachricht vom 18. Mai 2018 zeitgleich die Leistungsentscheidung zum Abrechnungsfall G. mitteilte und die Aufrechnung mit einem unstreitigen Vergütungsanspruch erklärte.

(aa) Zunächst könnte man wegen der zeitlichen Abfolge von Mitteilung der Leistungsentscheidung (18. Mai 2018) und Zugang des Zahlungsavis bei der Klägerin (30. Mai 2018) davon ausgehen, dass eine zeitgleiche Mitteilung der Leistungsentscheidung und Aufrechnungserklärung nicht vorlag, sondern die Aufrechnungserklärung der Leistungsentscheidung tatsächlich zeitlich nachfolgte. Zwar hat die Beklagte bereits in der elektronischen Nachricht vom 18. Mai 2018 erklärt, dass sie den Erstattungsbetrag in Höhe von 5.219,96 Euro nach § 10 PrüfV 2016 aufgerechnet habe. Da in dieser Nachricht die Hauptforderung, mit der aufgerechnet werden sollte, nicht benannt wurde, lag darin noch keine wirksame Aufrechnungserklärung. Diese setzt nämlich voraus, dass Haupt- und Gegenforderung individualisiert und als Gegenstände eines Verfügungsgeschäfts hinreichend bestimmt bezeichnet werden (vgl. BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 7/16 R](#) - a.a.O., Rn. 12; Skamel, in: BeckOGK, BGB, Stand: 01.02.2025, § 388, Rn. 14). Deswegen verwies die Beklagte auf die noch zugehende Zahlungsmittelteilung. Insofern ist erst nach Zugang dieser Zahlungsmittelteilung bei der Klägerin am 30. Mai 2018 von einer hinreichend bestimmten und damit wirksamen Aufrechnungserklärung auszugehen. Beim Zugang der Zahlungsmittelteilung handelt es sich nicht um rein buchhalterische Vorgänge. Aus der konkreten Abfolge ließe sich daher eine zeitlich nach der Zahlungsmittelteilung erfolgte Aufrechnungserklärung ableiten.

(bb) Darauf kommt es aber letztlich nicht an, weil es nach Auffassung des Senats generell unschädlich ist, wenn die Mitteilung der Leistungsentscheidung und die Aufrechnungserklärung der Krankenkasse zeitlich zusammenfallen. Die Auslegung der normenvertraglichen Bestimmungen der PrüfV unterliegt den allgemeinen für Gesetze geltenden Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die für Abrechnungsbestimmungen geltenden Einschränkungen im Sinne einer eng am Wortlaut orientierten, nur durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung gelten insoweit nicht (vgl. BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 - [B 1 KR 34/20 R](#) - [BSGE 132, 152](#), Rn. 21; BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 - [B 1 KR 32/20 R](#) - [BSGE 132, 143](#), Rn. 20; BSG, Urteil vom 19. Oktober 2023 - [B 1 KR 8/23 R](#) - SozR 4-2500 § 275c Nr. 2, Rn. 21). Bei der Auslegung von Normenverträgen - wie hier - ist nicht auf den subjektiven Willen der an der Normsetzung Beteiligten abzustellen, sondern auf die objektive Erklärungsbedeutung, die umfassend zu ermitteln ist (BSG, Urteil vom 28. August 2024 - [B 1 KR 33/23 R](#) - a.a.O., Rn. 25).

Bereits der Wortlaut des § 10 Satz 1 PrüfV 2016 („Die Krankenkasse kann einen ... nach § 8 mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen.“) spricht nicht zwingend für ein Verständnis dahingehend, dass die Mitteilung des Erstattungsanspruchs zeitlich vor der Aufrechnungserklärung erfolgt sein muss. Zwar würde der Wortlaut einer solchen Auslegung nicht entgegenstehen, er gebietet sie jedoch auch nicht zwingend. Vielmehr lässt sich die Regelung auch dahingehend interpretieren, dass lediglich im Zeitpunkt des Zugangs der Aufrechnungserklärung die Mitteilung nach § 8 PrüfV erfolgt sein muss. Dies kann - ohne weiteres - auch zeitgleich erfolgen. Für dieses Verständnis spricht, dass das Partizip Perfekt allein zur Beschreibung einer bereits abgeschlossenen Handlung verwendet wird und in der juristischen Sekunde, in der die Leistungsmitteilung und Aufrechnungserklärung in einer gemeinsamen Erklärung zugehen, ein „mitgeteilter Erstattungsanspruch“ im Sinne des § 10 Satz 1 PrüfV 2016 angenommen werden kann. Diesem Tatbestandsmerkmal wohnt daher keine zeitliche Dimension dergestalt inne, dass zwischen

Leistungsmitteilung und Aufrechnung ein zeitlicher Abstand liegen muss. Gerade im Hinblick auf das rechtsstaatliche Gebot der Normenklarheit und -bestimmtheit wäre zu erwarten gewesen, dass die PrüfV 2016 einen solchen zeitlichen Abstand in irgendeiner Form konkretisiert hätte, sofern ein solcher beabsichtigt war. Die allgemeinen Regelungen in den [§§ 387 ff. BGB](#) enthalten insoweit keine entsprechenden Vorgaben, auf die über [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) ergänzend zurückgegriffen werden könnte. Hätten die Vertragspartner der PrüfV 2016 einen zeitlichen Abstand zwischen Leistungsmitteilung und Aufrechnung intendiert, hätten sie das durch entsprechende Formulierungen ohne weiteres deutlich machen können, etwa durch einen Verweis darauf, dass die Aufrechnung nur nach einem „zuvor“ bzw. „gesondert“ mitgeteilten Erstattungsanspruch erklärt werden darf oder die Krankenkasse mit der Mitteilung des Erstattungsanspruchs zunächst eine Frist zur Rechnungskorrektur gesetzt haben muss, bevor sie die Aufrechnung erklären darf.

Der Sinn und Zweck des § 10 Satz 1 PrüfV 2016 spricht ebenfalls gegen ein Verbot der Gleichzeitigkeit von Aufrechnungserklärung und Mitteilung des Erstattungsanspruchs. Ziel der PrüfV ist ein effizientes und konsensorientiertes Prüfverfahren, bei dem die Krankenkassen, der MDK und die Krankenhäuser konstruktiv zusammenarbeiten (§ 1 PrüfV 2016). § 10 Satz 1 PrüfV 2016 dient - wie andere Regelungen der PrüfV - vor allem der Beschleunigung und Verfahrenskonzentration (vgl. zu § 7 Abs. 2 PrüfV 2016: BSG, Urteil vom 10. November 2021 - [B 1 KR 16/21 R](#) - SozR 4-2500 § 275 Nr. 34, Rn. 25; zu § 10 Satz 2 PrüfV 2016: BSG, Urteil vom 28. August 2024 - [B 1 KR 33/23 R](#) - a.a.O., Rn. 36). Die Regelung schafft einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Anspruch des Krankenhauses auf vollständige Vergütung der erbrachten erforderlichen Krankenhausbehandlungen und einem zügigen Abschluss des Prüfverfahrens und damit der Rechtssicherheit (vgl. zu § 7 Abs. 2 PrüfV 2016: BSG, Urteil vom 10. November 2021 - [B 1 KR 16/21 R](#) - a.a.O., Rn. 25). Am Ende des Prüfverfahrens soll das Krankenhaus darüber in Kenntnis gesetzt werden, ob und, wenn ja, in welcher Höhe eine Korrektur mittels Aufrechnung durch die Krankenkasse erfolgt. Dass die Leistungsmitteilung zwingend vor der Aufrechnungserklärung erfolgt sein muss, ist für das Interesse des Krankenhauses nebensächlich. Denn dieses kann nach erfolgter Leistungsmitteilung und Aufrechnung prüfen und entscheiden, ob es gerichtliche Schritte gegen die erfolgte Aufrechnung einleiten möchte.

Soweit das SG teleologisch unter Hinweis auf § 1 PrüfV 2016 einwendet, dass dem Krankenhaus vor der Aufrechnungserklärung Gelegenheit zur Stellungnahme und Rechnungskorrektur gegeben werden müsse, vermag das nicht zu überzeugen, auch wenn dem SG zugestehen ist, dass eine zeitlich vorgelagerte Leistungsmitteilung zur Vermeidung unnötiger gerichtlicher Schritte durchaus verfahrensökonomisch erscheint. Neben dem Fehlen einer solchen ausdrücklichen Regelung spricht gegen diesen Ansatz aber entscheidend, dass die PrüfV 2016 die Aufrechnungsmöglichkeit in § 10 Satz 1 gerade als Mittel zur Verfahrensbeschleunigung und Verfahrenskonzentration vorsieht. Das durch die PrüfV strukturierte Prüfverfahren ist durch die Leistungsmitteilung der Krankenkasse formal beendet (§ 8 PrüfV 2016). Hieran knüpft § 10 Satz 1 PrüfV 2016 an, indem die Norm der Krankenkasse das Recht zur Aufrechnung einräumt. Vor dem Hintergrund der formalen Beendigung des Prüfverfahrens kann nicht angenommen werden, dass das Krankenhaus zuvor noch Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten soll. Vielmehr ist der Krankenkasse die mit der Aufrechnung verbundene Tilgungs- und Befriedigungsfunktion (vgl. Skamel, in: BeckOGK, BGB, Stand: 01.02.2025, § 387, Rn. 5) uneingeschränkt zugestehen. Anderenfalls würde man dieses Gestaltungsrecht der Krankenkasse, dem in der Massenverwaltung eine besondere Bedeutung zukommt, ohne eine konkrete und hinreichend bestimmte Regelung zur zeitlichen Abstufung von Leistungsmitteilung und Aufrechnungserklärung unzulässig beschneiden. Für diese Sichtweise spricht auch § 10 Satz 3 PrüfV 2016, der vorsieht, dass unabhängig von § 10 Satz 1 eine ggf. notwendige Korrektur der Rechnung innerhalb von vier Wochen ab der Mitteilung nach § 8 Satz 1 zu erfolgen hat, sofern nicht gegen die leistungsrechtliche Entscheidung vorgegangen wird. Diese Regelung bekräftigt damit das Konzept der Rechtsfolgen eines abgeschlossenen Prüfverfahrens nach der PrüfV 2016: Das Krankenhaus kann auf die Leistungsmitteilung der Krankenkasse entweder nur mit der von der Krankenkasse verlangten Rechnungskorrektur oder mit der Einleitung von gerichtlichen Schritten gegen die Leistungsmitteilung und Aufrechnung reagieren.

Ein anderes Ergebnis ist auch unter systematischen Gesichtspunkten nicht zu rechtfertigen. Insbesondere kann es nicht auf § 9 PrüfV 2016 gestützt werden. Nach § 9 Satz 1 PrüfV 2016 kann das Krankenhaus innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Mitteilungen nach § 8 Satz 1 und 2 PrüfV 2016 ein Nachverfahren auf Basis der bis zum Ende der MDK-Begutachtung übermittelten Daten und Unterlagen gegenüber der Krankenkasse vorschlagen, indem eine begründete Stellungnahme zur leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse nach § 8 Satz 1 PrüfV 2016 abgegeben wird. Das Nachverfahren in § 9 PrüfV 2016 ist aber - wie sich aus dessen Satz 2 ergibt - fakultativ und nicht obligatorisch. Die Zulässigkeit der Aufrechnung an ein freiwilliges Nachverfahren zu knüpfen, ist dogmatisch nicht zu rechtfertigen. Unter grammatikalischen und systematischen Gesichtspunkten ist in diesem Zusammenhang auch zu berücksichtigen, dass § 10 Satz 1 PrüfV 2016 für die wirksame Aufrechnung nur auf einen nach § 8 PrüfV 2016 mitgeteilten Erstattungsanspruch abstellt und gerade nicht auf ein noch (evtl.) durchzuführendes Nachverfahren nach § 9 PrüfV 2016. Die einzige Frist, die für die Wirksamkeit der Aufrechnung relevant ist, ist daher die elfmonatige Frist zur Mitteilung der Leistungsentscheidung nach § 8 Satz 3 PrüfV (vgl. Gerlach, in: BeckOK KHR, 10. Ed. 01.12.2024, [§ 39 SGB V](#), Rn. 157).

Soweit das BSG in seinem Urteil vom 28. August 2024 ([B 1 KR 33/23 R](#) - a.a.O., Rn. 33) ausgeführt hat, dass die Aufrechnung nach § 10 Satz 1 PrüfV im Rechtssinne der Mitteilung des Erstattungsanspruchs und damit jener regelhaft tatsächlich auch zeitlich nachfolge, ergibt sich daraus kein anderes Ergebnis für die hier streitige Rechtsfrage. Zum einen hat das BSG nicht weiter ausgeführt, was es unter einem „regelhaften“ Sachverhalt versteht, zum anderen ist diese Äußerung im Kontext der Auslegung des § 10 Satz 2 PrüfV 2016 erfolgt. Ferner verhält sich diese Entscheidung auch nicht zu der Frage, ob die Mitteilung der Leistungsentscheidung und die Aufrechnungserklärung - wie hier - in einer gemeinsamen Erklärung bzw. einem einzelnen Schreiben erklärt werden können. Auf die weitere vom BSG aufgezeigte Konsequenz, dass in solchen Fällen geprüft werden müsse, ob die Geltendmachung eines entsprechenden Einwands zur Unzulässigkeit der Aufrechnungserklärung seitens des Krankenhauses nicht gegen den Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) verstößt (BSG, a.a.O., Rn. 43 ff.), kommt es daher nicht an.

Ungeachtet dessen hat die Beklagte zu Recht sinngemäß die Dolo-agit-Einrede ([§ 242 BGB](#)) erhoben, die es der Klägerin verwehrt, sich auf die Unzulässigkeit der Aufrechnungserklärung zu berufen. Hielte man eine gleichzeitige Mitteilung der Leistungsentscheidung und der Aufrechnung für unzulässig, wäre die Krankenkasse eigentlich zur Rückzahlung des aufgerechneten Betrages verpflichtet. Wenn sie aber - wie hier - die Frist des § 8 Satz 3 PrüfvV 2016 gewahrt hat, könnte sie ohne weiteres die Aufrechnung erneut erklären. Eine solche Rücküberweisung und erneute Aufrechnung kann aber nach dem Gebot von Treu und Glauben nicht verlangt werden. Die gegen [§ 242 BGB](#) verstoßende Ausübung einer formalen Rechtsstellung ist als Rechtsüberschreitung missbräuchlich und unzulässig. Das ist insbesondere der Fall, wenn ein Berechtigter unter Berufung auf eine formale Rechtsposition eine Leistung verweigert, die er alsbald doch erbringen müsste (st. Rspr., vgl. Bundesgerichtshof <BGH>, Urteil vom 22. Februar 2019 - [V ZR 244/17](#) - , [BGHZ 221, 229](#), Rn. 24; BGH, Urteil vom 12. Juli 2022 - [II ZR 81/21](#) - juris, Rn. 17; BGH, Urteil vom 17. Januar 2023 - [VI ZR 203/22](#) - juris, Rn. 50). Gleiches gilt für Einwände gegen ein Gestaltungsrecht des Gegners, das der Berechtigte umgehend wieder gegen sich gelten lassen müsste. Die Pflicht der Krankenkasse zur Rückerstattung und erneuter Aufrechnung widerspricht auch der vom BSG verlangten vertrauensvollen Zusammenarbeit, gegenseitigen Rücksichtnahme und engen professionellen Kooperation zwischen Krankenkasse und Krankenhaus (vgl. allgemein dazu BSG, Urteil vom 28. August 2024 - [B 1 KR 33/23 R](#) - a.a.O., Rn. 45; BSG, Urteil vom 20. Januar 2021 - [B 1 KR 31/20 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 84, Rn. 37).

(3) Auch steht der von der Beklagten nach Maßgabe des § 10 Satz 2 PrüfvV 2016 erklärten Aufrechnung das landesvertragliche Aufrechnungsverbot des § 15 Abs. 4 Satz 2 des Landesvertrages NRW nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) nicht entgegen. § 10 PrüfvV 2016 schließt im Anwendungsbereich der PrüfvV nach Rang, dem Regelungssystem und dem Regelungszweck Aufrechnungsverbote aus, die in Landesverträgen nach [§ 112 SGB V](#) vereinbart sind (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - a.a.O., Rn. 26 f. <in Bezug auf die Vorgängerregelung des § 9 PrüfvV 2014>).

c) Im Rahmen der Aufrechnung lag keine durchsetzbare Gegenforderung der Beklagten in Gestalt des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs vor. Dieser tritt an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach [§ 812 BGB](#) (vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#), Rn. 9) und setzt bei der hier gegebenen öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehung zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse unter anderem voraus, dass der Berechtigte Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) - [BSGE 119, 150](#), Rn. 33). Das ist hier jedoch nicht der Fall. Die Beklagte hat an die Klägerin die streitige Vergütung für den Behandlungsfall G. in Höhe von 5.219,96 Euro mit Rechtsgrund geleistet.

Rechtsgrundlagen der von der Klägerin geltend gemachten und von der Beklagten dem Grunde nach zu zahlenden Vergütung sind [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2017. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes ([§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)), wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 8. September 2009 - [B 1 KR 11/09 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 19, Rn. 11). Diese Grundvoraussetzungen nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sind erfüllt, was zwischen den Beteiligten auch unstreitig ist.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (vgl. § 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2017). Dieser Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mitvereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Dazu gehören u.a. die Fallpauschalen selbst und die DKR 2017 für das DRG-System gemäß § 17b KHG, aber auch die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jährlich herausgegebenen OPS (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 - [B 1 KR 31/21 R](#) - a.a.O., Rn. 11).

Nach Maßgabe dieser Kriterien hatte die Klägerin in dem Abrechnungsfall des Versicherten G. Anspruch auf die Vergütung nach der DRG E06A. Sie hat dabei zu Recht die - allein streitige - Nebendiagnose I80.28 kodiert. Dies folgt aus einer eng am Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang orientierten Auslegung der DKR 2017 (st. Rspr., vgl. etwa BSG, Urteil vom 14. November 2024 - [B 1 KR 29/23 R](#) - juris, Rn. 16; BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) ff., Rn. 27). Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Sie dürfen nicht analog angewandt werden (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2024 - [B 1 KR 41/22 R](#) - juris, Rn. 12; BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - a.a.O., Rn. 27). 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 (st. Rspr.; vgl. etwa BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - a.a.O., Rn. 27; BSG, Urteil vom 20. Januar 2021 - [B 1 KR 31/20 R](#) - a.a.O., Rn. 21; BSG, Urteil vom 16. August 2021 - [B 1 KR 11/21 R](#) - a.a.O., Rn. 16). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit „lernendes“ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (st. Rspr., vgl. etwa BSG, Urteil vom 13. November 2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 1, Rn. 12 ff.; BSG, Urteil vom 12. Dezember 2023 - [B 1 KR 1/23 R](#) - a.a.O., Rn. 16; BSG, Urteil vom 14. November 2024 - [B 1 KR 29/23 R](#) - a.a.O., Rn. 17).

aa) Gemessen an diesen Vorgaben ist die Kodierung der Nebendiagnose I80.28 (Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer

Gefäße der unteren Extremitäten) nach den Vorgaben der DKR 2017 D003I gerechtfertigt. Nach dieser Kodierregel wird die 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 oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand.

Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Z. sind diagnostische Maßnahmen oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand im Sinne der DKR 2017 D003I anhand der Patientenakte nicht festzustellen, was insoweit zwischen den Beteiligten unstreitig ist. Allerdings sind zur Behandlung einer Thrombose therapeutische Maßnahmen erfolgt, die sich in der Patientenakte - anders als die Beklagte meint - hinreichend belegen lassen. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die DKR 2017 D003I die Kodierung anamnestischer Diagnosen ausdrücklich vorsieht. Danach werden „anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, (...) nicht kodiert“. Dieser Regelung ist zu entnehmen, dass anamnestische Diagnosen als Nebendiagnosen kodiert werden können, wenn sie das Patientenmanagement durch einen der in der DKR 2017 D003I genannten Faktoren beeinflusst haben. Aus dem Wortlaut dieser Kodierrichtlinie folgt der entsprechende Umkehrschluss. Dagegen verlangen die Kodierrichtlinien für die Kodierung einer Nebendiagnose nicht, dass eine bereits vor dem Krankenhausaufenthalt diagnostizierte und damit in der Krankengeschichte vorhandene Erkrankung während des Krankenhausaufenthaltes nochmals gesichert diagnostiziert wird (vgl. SG Würzburg, Urteil vom 20. November 2014 - [S 11 KR 431/13](#) - juris, Rn. 43).

Von einer solchen anamnestischen Diagnose in Bezug auf die Nebendiagnose I80.28 ist vorliegend auszugehen. Im Aufnahmeblatt vom 27.11.2017, im Anästhesieprotokoll vom 27. November 2017 sowie im „Stammblatt Intensivstation“ vom 29.11.2017 wird jeweils eine „anamnestische TVT beidseits“ angeführt. Weitere Eintragungen enthalten der Entlassungsbrief über die ambulante Vorbehandlung des Versicherten G. in der zentralen Notaufnahme der C. am 27. November 2017 und der Entlassungsbericht bzgl. der streitbefangenen stationären Behandlung vom 20. Dezember 2017, wonach anamnestisch eine TVT beidseits vorgelegen habe und eine Antikoagulation mit Xarelto in therapeutischer Dosierung erfolgt sei. Xarelto (Rivaroxaban) ist ein direktes orales Antikoagulans, das unter anderem zur Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) angewendet wird. Dass vor der stationären Behandlung eine behandelte Thrombose beim Versicherten G. vorlag, ergibt sich auch daraus, dass laut Verlegungsbefund Enoxaparin (Clexane) in einer Dosis von 2 x 0,9 ml täglich bereits am 27. November 2017 und damit vor dem ersten Eingriff (am 29. November 2017) verabreicht wurde. Enoxaparin (Clexane) ist ein Antikoagulans aus der Gruppe der niedermolekularen Heparine, das auch zur Behandlung von Thrombosen eingesetzt wird.

Der therapeutische (Mehr-)Aufwand im Sinne der DKR 2017 D003I ist nachgewiesen durch die Gabe von Clexane. Die der Patientendokumentation zu entnehmende Applikation von Clexane in einer täglichen Dosis von zweimal 90 mg / 0,9 ml ist laut Sachverständigengutachten sehr viel höher als die standardmäßige postoperative Thromboseprophylaxe mit 40 mg / 0,4 ml pro Tag und kann daher - anders als die Beklagte meint - gerade nicht als reine Thromboseprophylaxe gewertet werden. Für ein eigenständiges therapeutisches Thrombose-Regime spricht auch, dass eine Bridging-Therapie nach den Ausführungen des Sachverständigen Z. bei nicht multipel vorerkrankten Patienten in aller Regel nicht notwendig ist und die Behandlungsindikation durch die maligne Grunderkrankung in Kombination mit der vorangegangenen Thrombose gestellt wurde. Diese Ausführungen des Sachverständigen machen deutlich, dass die verabreichte Dosierung von Clexane über den Zweck der reinen Minimierung des Thromboserisikos hinausging und - jedenfalls auch - einen therapeutischen Ansatz verfolgte. Die Feststellungen des Sachverständigen stimmen ferner überein mit den Herstellerangaben von Clexane. Dieses Arzneimittel ist nur bis zu einer Dosierung von 40 mg zur Thromboseprophylaxe und -therapie zugelassen und ab einer Dosierung von 60 mg allein zur Therapie von Thrombosen vorgesehen. Gegenteiliges ergibt sich nicht aus der vom Sachverständigen genannten S3-Leitlinie „Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)“, Stand: 15. Oktober 2015. Darin wird vielmehr wiederholt auf die Thromboseprophylaxe-Dosis von täglich 40 mg Enoxaparin verwiesen.

Letztlich steht diese Beurteilung auch im Einklang mit der S-3 Leitlinie Prophylaxe der venösen Thromboembolie. Diese nimmt ausdrücklich Bridging-Antikoagulationen für das Pausieren von Vitamin-K-Antagonisten von ihrem Anwendungsbereich aus (S. 8). Zwar hat der Versicherte hier präoperativ keinen Vitamin-K-Antagonisten erhalten. Da die Leitlinie indessen bei thoraxchirurgischen Eingriffen allgemein die Antikoagulation durch niedermolekulare Heparine empfiehlt (S. 53), müssen konsequent auch direkte orale Antikoagulanzen wie Rivaroxaban pausiert werden. Dies spricht ebenfalls dafür, den Einsatz von Clexane als Fortsetzung der Gabe von Rivaroxaban und damit als therapeutischen Aufwand im Sinne der DKR 2017 D003I zu beurteilen.

Nach alledem ergibt sich aus der Patientenakte ein hinreichend klares Behandlungsgeschehen, wonach der Versicherte G. - vor der stationären Aufnahme - im Sinne einer Thrombose-Langzeittherapie mit Xarelto behandelt wurde, diese Therapie wegen des anstehenden Eingriffs pausiert und - im Sinne einer Bridging-Therapie - durch Enoxaparin (Clexane) ersetzt wurde. Ein plausibler Anhaltspunkt, dass Xarelto vor der stationären Behandlung nicht zur Behandlung einer Thrombose verabreicht wurde, ist weder ersichtlich, noch wurde er von der Beklagten oder dem MDK dargetan.

bb) Entgegen der von der Klägerin geäußerten Rechtsauffassung war anstelle der Nebendiagnose I80.28 nicht die Nebendiagnose Z86.2 zu kodieren. Ein Kode aus dem Kapitel XXI des ICD-10-GM (Version 2017) ist vorliegend nicht anwendbar. Das Kapitel ist überschrieben mit „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00 - Z99)“. Die Kategorien Z00-Z99 sind allein für Sachverhalte vorgesehen, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äußere Ursache unter den Kategorien A00-Y89

klassifizierbar sind. Die vorliegende Erkrankung ist aber - als anamnestische Nebendiagnose - nach den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar. Insofern handelt es sich bei den Codes aus den Kapiteln Z00-Z99 um Auffangtatbestände, die hier nicht anwendbar sind, weil die Nebendiagnose I80.28 als behandelte Krankheit angesteuert werden kann. Damit greift weder der Code Z86.2 noch der von der Beklagten im Klageverfahren genannte Code Z86.7 (Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese).

Der Verweis der Beklagten auf die DKR 2017 0901f (Ischämische Herzkrankheit) und die dort genannten Voraussetzungen ist ebenso unzulässig, weil eine ischämische Herzkrankheit beim Versicherten G. unstreitig nicht vorlag. Die dort genannten speziellen Regelungen (mit dem Verweis auf die Z-Codes) gelten nur im Rahmen dieser Kodierung, haben daher keine Allgemeingültigkeit und können nach den oben dargelegten Grundsätzen zur Auslegung von Abrechnungsbestimmungen insbesondere nicht analog oder erweiternd auf den vorliegenden Sachverhalt angewendet werden.

Da ein Z-Code nicht zu kodieren ist, kann der Senat die Frage dahinstehen lassen, ob die Beklagte nach § 8 Satz 3 und 4 PrüfV 2016 mit der nachträglichen Geltendmachung der Nebendiagnose Z86.2 präkludiert wäre (vgl. dazu SG Dresden, Urteil vom 24. Juni 2020 - [S 38 KR 219/18](#) - juris, Rn. 28; SG Gelsenkirchen, Urteil vom 1. Dezember 2022 - [S 46 KR 1162/20](#) - juris, Rn. 18 f.; SG Düsseldorf, Urteil vom 15. August 2024 - [S 15 KR 124/20](#) - juris, Rn. 27 ff.; vgl. ferner LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Oktober 2023 - [L 4 KR 35/21](#) - juris, Rn. 67 ff., nachfolgend offen gelassen von: BSG, Urteil vom 14. November 2024 - [B 1 KR 29/23 R](#) - juris, Rn. 24).

cc) Der Kodierbarkeit der Nebendiagnose I80.28 steht die MDK SEG 4-Kodierempfehlung (KDE) Nr. 424 nicht entgegen. Die Empfehlung gilt nur für Sachverhalte, bei denen im Krankenhaus keine therapeutischen Maßnahmen bezüglich der Thrombose durchgeführt wurden und diagnostische Maßnahmen im Krankenhaus den Nachweis einer Thrombose nicht bestätigen konnten. Das trifft auf den hiesigen Sachverhalt - wie erörtert - nicht zu. Die Therapie einer (anamnestischen) Thrombose ist vorliegend nachgewiesen.

dd) Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Urteil des BSG vom 25. November 2010 ([B 3 KR 4/10 R](#) - [BSGE 107, 140](#), Rn. 23). Der entscheidungserhebliche Sachverhalt dort ist mit dem vorliegenden nicht vergleichbar, weil die dortige Versicherte nicht unter einer akuten Thrombose litt und eine „Zustand-nach“-Diagnose im Raum stand. Der Begriff „Zustand nach“ kennzeichnet einen Zustand, der nach einer vorherigen Diagnose, Behandlung oder Krankheit besteht, jedoch nicht aktiv oder aktiv nachgewiesen ist. Davon kann im hiesigen Verfahren aber gerade nicht ausgegangen werden. In der gesamten Patientenakte wird im Zusammenhang mit der „TVT beidseits“ des Versicherten G. nicht von einem „Zustand nach“ gesprochen.

ee) Der Senat darf die Teile der Patientenakte, auf die der Sachverständige seine Einschätzung stützt, als Beweismittel verwerten. Es handelt sich nicht um präkludierte Unterlagen im Sinne des § 7 Abs. 2 Sätze 2 bis 6 PrüfV 2016 (vgl. BSG, Urteil vom 10. November 2021 - [B 1 KR 16/21 R](#) - a.a.O., Rn. 9 ff.; vgl. ferner schon zu § 7 Abs. 2 PrüfV 2014: BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 - [B 1 KR 32/20 R](#) - a.a.O., Rn. 10 ff.; BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 - [B 1 KR 27/21 R](#) - juris, Rn. 12 ff.). Der MDK hat in seiner Prüfanzeige vom 12. Januar 2018 die vom Krankenhaus vorzulegenden Unterlagen ihrer Art nach hinreichend konkret benannt (vgl. dazu BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 - [B 1 KR 32/20 R](#) - a.a.O., Rn. 16; BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 - [B 1 KR 24/20 R](#) - juris, Rn. 17, 38). Laut Mitteilung des MDK hat die Klägerin ihm die am 12. Januar 2018 angeforderten Unterlagen am 2. Februar 2018 und damit noch innerhalb der Achtwochenfrist nach § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV 2016 übersandt. Da sowohl die anamnestische Angabe der TVT beidseits als auch die Gabe von Clexane im Entlassungsbericht vom 20. Dezember 2017 genannt wurde und dieser Entlassungsbericht dem MDK zur Erstellung seines Gutachtens vom 14. Mai 2018 nachweislich vorlag, kann der Senat seine Feststellungen darauf stützen.

3. Die Klägerin hat auch einen Anspruch auf Zahlung von Zinsen. Diese bemessen sich nach § 15 Abs. 1 Satz 1 und 4 des Landesvertrages NRW nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) auf 2 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz seit dem 31. Mai 2018. Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 des Landesvertrages NRW sind die Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach Maßgabe der [§§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB](#) Verzugszinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen (§ 15 Abs. 1 Satz 2 des Landesvertrages NRW). Aus dem Zahlungsavis vom 24. Mai 2018 geht mittelbar hervor, dass die Rechnung zur Behandlung der/des Versicherten mit der Aufnahme Nummer N01 und der Rechnungsnummer N02 am 14. Mai 2018 bei der Beklagten eingegangen ist, sodass Zinsen - wie beantragt - jedenfalls ab dem 31. Mai 2018 verlangt werden können.

III. Aufgrund der wirksamen Aufrechnungserklärung hat der Senat nicht mehr über die Hilfswiderklage der Beklagten zu entscheiden. Da das SG jedoch über die Hilfswiderklage entschieden hat, ist der Urteilsausspruch zur Widerklage im Urteil des SG vom 29. Februar 2024 wegen seiner Bindungswirkung ([§ 141 SGG](#)) klarstellend aufzuheben.

C. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

D. Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

E. Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 1 und Abs. 3 Satz 1](#) und [§ 47 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 45 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-08-13