S 83 KR 5351/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Dortmund
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	83
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 83 KR 5351/19
Datum	15.10.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

Die Klage wird abgewiesen. Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 1.432,06 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung des Behandlungsfalles J nach Aufrechnung mit einem vermeintlichen Erstattungsanspruch aus der stationÃ¤ren Behandlung des bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Gerhard T (Versicherter) in HÃ¶he von 1.432,06 EUR.

In der Zeit vom 18.04.2018 bis zum 02.05.2018 erfolgte der stationÃ¤re Aufenthalt des Versicherten in der zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen I Klinik I2, deren TrÃ¤gerin die KlÃ¤gerin ist. Grund der Aufnahme war der Verdacht auf Pneumonie. Nach einer Bronchoskopie zur Sekretabsaugung und mikrobiologischer Untersuchung konnte der Erreger Haemophilus influenzae nachgewiesen werden. FÃ¼r die Behandlung stellte die KlÃ¤gerin der Beklagten am 03.05.2018 einen Betrag in HÃ¶he von 4.468,49 EUR unter der DRG E79A (Infektionen und EntzÃ¼ndungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder Ã¤uÃerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit Ã¤uÃerst schweren

CC mit bestimmten Infektionen oder EntzÃ¼ndungen) in Rechnung. Bei der Kodierung des Aufenthaltes berÃ¼cksichtigte sie dabei die Diagnose J14 (Pneumonie durch Haemophilus influenzae) als Hauptdiagnose sowie unter anderem die Diagnose B96.3! (Haemophilus und Moraxella als Ursachen von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) als Nebendiagnose.

Nachdem die Beklagte zunÃ¤chst vollstÃ¤ndig gezahlt hatte, leitete sie eine Ãberprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dieser zeigte am 14.05.2018 die PrÃ¼fung unter Anforderung von Unterlagen gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin an. Mit Gutachten vom 31.01.2019 gelangte Dr. O des MDK zu dem Ergebnis, dass die Nebendiagnose B96.3! zu streichen sei, da bereits die Hauptdiagnose die Erkrankung umfassend mitsamt Erreger abbilde. Mit KAIN-Nachricht vom 04.02.2019 teilte die Beklagte der KlÃ¤gerin das PrÃ¼fergebnis mit und bezifferte ihren Erstattungsanspruch auf 1.432,06 EUR. Die KlÃ¤gerin verweigerte eine RÃ¼ckzahlung und beanstandete mit KAIN-Nachricht vom 18.02.2019 das PrÃ¼fergebnis. Sodann rechnete die Beklagte am 24.04.2019 ihren vermeintlichen Erstattungsanspruch aus dem Aufenthalt des Versicherten mit einem zwischen den Beteiligten unstreitigen VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin aus dem Behandlungsfall J in HÃ¶he von 1.432,06 EUR auf.

Mit ihrer bei Gericht am 02.09.2019 eingegangenen Klage begehrt die KlÃ¤gerin die Zahlung von 1.432,06 EUR zur VergÃ¼tung des Behandlungsfalles J. Sie meint, dass die Nebendiagnose B96.3! nach der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) D012i obligatorisch zu kodieren sei. Ein mikrobiologischer Befund und ein entsprechender Aufwand seien dokumentiert.

Die KlÃ¤gerin hat schriftsÃ¤tzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 1.432,06 EUR nebst Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24.04.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist unter Bezugnahme auf die DKR D012 der Auffassung, dass keine obligatorische Kodierung zu erfolgen habe, wenn Haemophilus influenzae als Erreger der vorliegenden Pneumonie feststehe. Der Behandlungsfall des Versicherten sei daher unter der DRG E79D (Infektionen und EntzÃ¼ndungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne Ã¤uÃerst schwere CC oder ein Belegungstag, auÃer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mÃ¤Ãig aufwendige Behandlung, Alter) 0 Jahre) zu vergÃ¼ten.

Im Verhandlungstermin vom 15.10.2020 ist fÃ¼r die KlÃ¤gerin niemand erschienen. Der BevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin hat am 15.10.2020 mitteilen lassen, mit einer Entscheidung in Abwesenheit einverstanden zu sein.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Patientenakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten. Diese sind Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung gewesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die zulÃ¤ssige Klage ist unbegrÃ¼ndet.

Die Kammer konnte trotz des Fernbleibens der KlÃ¤gerin im Termin entscheiden, weil diese nach Â§ 110 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ordnungsgemÃ¤Ã geladen wurde und sie vorab ihr Nichterscheinen mit dem EinverstÃ¤ndnis einer Entscheidung in Abwesenheit mitgeteilt hatte.

Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne des Â§ 54 Abs. 5 SGG zulÃ¤ssig. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 18.09.2008, Az.: B 3 KR 15/07 R , zit. nach juris).

Streitbefangen ist hier nicht mehr der Anspruch auf Zahlung des Behandlungsfalles des Versicherten, da diese Forderung von der Beklagten bereits nach Vorliegen der notwendigen Abrechnungsdaten vollstÃ¤ndig beglichen wurde. In Streit steht aktuell, ob die Beklagte berechtigt war, am 24.04.2019 mit einem entsprechenden Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus dem stationÃ¤ren Aufenthalt des Versicherten gegen die unstreitige VergÃ¼tungsforderung der KlÃ¤gerin aus dem Behandlungsfall J in HÃ¶he der Klageforderung aufzurechnen.

Die sich aus der Erbringung von Leistungen fÃ¼r gesetzlich Krankenversicherte ergebenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und als Leistungserbringer zugelassene KrankenhÃ¤user sind Ã¶ffentlich-rechtlicher Natur, vgl. Â§ 69 S. 2 Sozialgesetzbuch â FÃ¼nftes Buch â (SGB V). Bei derartigen Ã¶ffentlich-rechtlich geprÃ¤gten Rechtsbeziehungen tritt an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach Â§ 812 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) der Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Der im Ã¶ffentlichen Recht auch ohne ausdrÃ¼ckliche Normierung anerkannte Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines Ã¶ffentlichen RechtsverhÃ¤ltnisses Leistungen ohne Rechtsgrund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose VermÃ¶gensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az.: B 1 KR 8/11 R, Rn. 9 und 11, zit. nach juris). Zur Ãberzeugung der Kammer steht im vorliegenden Fall der Beklagten der fÃ¼r die Aufrechnung herangezogene Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten zu. Die von der Beklagten vergÃ¼tete Krankenhausbehandlung des Versicherten ist ohne Rechtsgrund erfolgt, weil die Beklagte nicht berechtigt war, den Behandlungsfall unter der DRG E79A abzurechnen. Vielmehr hÃ¤tte die DRG E79D zur Abrechnung gelangen mÃ¼ssen, da die Nebendiagnose B96.3! zu streichen ist (hierzu I.). Im Ãbrigen war die Beklagte auch im Sinne der PrÃ¼fverfahrensvereinbarung vom 03.02.2016 fÃ¼r das Jahr 2018 (PrÃ¼fVv a. F.) zur Aufrechnung berechtigt (hierzu II.).

I. Rechtsgrundlage der von der KlÃ¤gerin mit Rechnung vom 03.05.2018 geltend gemachten Forderung ist Â§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V in Verbindung mit Â§ 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgeltG) und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÃ¼r KrankenhÃ¤user fÃ¼r das Jahr 2018 und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR fÃ¼r das Jahr 2018. Die Beklagte mÃ¼sste jedoch nur dann die Rechnung unter der DRG E79A begleichen, wenn die Diagnose B96.3! als Nebendiagnose zu berÃ¼cksichtigen ist. Dies ist hier nicht der Fall.

Unter welcher DRG eine Krankenhausbehandlung zu vergÃ¼ten ist, ist nach der Rechtsprechung des BSG von der Krankenkasse und im Streitfall von den Gerichten selbststÃ¤ndig zu prÃ¼fen und zu entscheiden. Dabei ist die Beurteilung des verantwortlichen Krankenhausarztes im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer darauf zu Ã¼berprÃ¼fen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfÃ¼gbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes â ex ante â eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen Ã¤rztlichen Erfahrung stand. Eine Bindung an die EinschÃ¤tzung des Krankenhauses oder seiner Ãrzte besteht dabei nicht (BSG, Urteil vom 22.04.2009, Az.: B 3 KR 24/07 R, zit. nach juris).

Nach der DKR D003l ist die Nebendiagnose definiert als: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich wÃ¤hrend des Krankenhausaufenthaltes entwickelt." FÃ¼r Kodierungszwecke mÃ¼ssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

â¢ therapeutische MaÃnahmen â¢ diagnostische MaÃnahmen â¢ erhÃ¶hter Betreuungs-, Pflege- und/oder Ãberwachungsaufwand

Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet ist, kÃ¶nnen alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit ist es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) MaÃnahme(n) bzw. der erhÃ¶hte Betreuungs-, Pflege- und/oder Ãberwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren.

Neben der Allgemeinen Kodierrichtlinie D003l ist im vorliegend auch die Kodierrichtlinie D012i zu berÃ¼cksichtigen. Danach ist eine Mehrfachkodierung erforderlich, wenn:

1. Ãtiologie- und ManifestationsverschlÃ¼sselung: "Kreuz â Stern â Systemâ SchlÃ¼sselnummern fÃ¼r Ãtiologie (zugrunde liegende Ursache) werden durch das Kreuz-Symbol (â) und Manifestations-SchlÃ¼sselnummern

durch das Stern-Symbol (*) gekennzeichnet. Zu kodieren ist in derselben Reihenfolge, in der sie im Alphabetischen Verzeichnis oder im Systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM erscheinen, d.h. die Ätiologie-SchlÃ¼sselnummer, gefolgt von der Manifestations-SchlÃ¼sselnummer. Diese Reihenfolge fÃ¼r die Ätiologie-/ManifestationsverschlÃ¼sselung gilt nur fÃ¼r das Kreuz-/Stern-System. Die Hauptdiagnosenregelung der DKR D002 erfÃ¤hrt somit auÃerhalb der Kreuz-/Stern-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie-/Manifestationskodes keine EinschrÃ¤nkung.

2. Hinweise zur Doppelklassifizierung FÃ¼r bestimmte Situationen ist eine andere Form der Doppelklassifizierung als die des Kreuz-Stern-Systems anwendbar, um den Gesundheitszustand einer Person vollstÃ¤ndig zu beschreiben. Der Hinweis im Systematischen Verzeichnis "Soll angegeben werden, ist eine zusÃ¤tzliche SchlÃ¼sselnummer zu benutzen", kennzeichnet viele solcher Situationen (WHO). Hier sind aufzuzÃ¤hlen:

â¢ Lokale Infektionen bei ZustÃ¤nden, die den Kapiteln der "Organkrankheiten" zuzuordnen sind. SchlÃ¼sselnummern des Kapitels I zur Identifizierung des Infektionserregers werden hinzugefÃ¼gt, sofern dieser im Rubriktitel nicht enthalten ist. Am Ende von Kapitel I steht fÃ¼r diesen Zweck die Kategoriengruppe B95!âB98! zur VerfÃ¼gung (siehe Tabelle 2).

â¢ Neubildungen mit funktioneller AktivitÃ¤t. Eine geeignete SchlÃ¼sselnummer aus Kapitel IV kann zur Kennzeichnung der funktionellen AktivitÃ¤t einer Neubildung der jeweiligen SchlÃ¼sselnummer aus Kapitel II hinzugefÃ¼gt werden.

â¢ Morphologie von Neubildungen. Obwohl die ICD-O nicht Bestandteil der Hauptklassifikation ICD ist, kann sie zur Kennzeichnung der Morphologie (Histologie) von Tumoren zusÃ¤tzlich einer SchlÃ¼sselnummer von Kapitel II hinzugefÃ¼gt werden.

â¢ ErgÃ¤nzungen fÃ¼r ZustÃ¤nde, die Kapitel V, F00âF09 (Organische, einschlieÃlich symptomatischer psychischer StÃ¶rungen) betreffen. Die zugrunde liegende Krankheit, Verletzung oder andere HirnschÃ¤digung kann durch HinzufÃ¼gen einer SchlÃ¼sselnummer aus einem anderen Kapitel angegeben werden.

â¢ Zwei SchlÃ¼sselnummern zur Beschreibung einer Verletzung, einer Vergiftung oder einer sonstigen Nebenwirkung. Zu einer SchlÃ¼sselnummer aus Kapitel XIX, die die Art der Verletzung beschreibt, kann auch eine SchlÃ¼sselnummer aus Kapitel XX fÃ¼r die Ursache zusÃ¤tzlich angegeben werden.

Reihenfolge von DiagnoseschlÃ¼sseln bei Mehrfachkodierung ICD-Kodes ohne Kennzeichen oder mit einem Kreuz (Ätiologie, "â ") als Kennzeichen werden im Folgenden als PrimÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel bezeichnet, da diese alleine verwendet werden dÃ¼rfen. ICD-Kodes mit einem Stern (Manifestation, "*") oder mit einem Ausrufezeichen (Sonstiges, "!") als Kennzeichen werden im Folgenden als SekundÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel bezeichnet, da sie nie alleine verwendet werden

dÃ¼rfen, sondern nur in Kombination mit einem PrimÃ¤r-Kode. FÃ¼r die Reihenfolge der ICD-Kodes bei MehrfachverschlÃ¼sselung mit PrimÃ¤r- und SekundÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel gelten folgende Regeln: â¢ PrimÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel vor SekundÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel

â¢ Ein PrimÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel gilt fÃ¼r alle folgenden SekundÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel bis zum Auftreten eines neuen PrimÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssels.

â¢ Ein SekundÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel darf nie einem SekundÃ¤r-DiagnoseschlÃ¼ssel zugeordnet werden. (D.h. ein Ausrufezeichenkode darf nie einem Sternkode zugeordnet werden und umgekehrt.)

Ausrufezeichenkodes Sowohl in der ICD-10-GM als auch in der DatenÃ¼bermittlungsvereinbarung nach Â§ 301 SGB V werden die Ausrufezeichenkodes (z.B. S31.83!) als "optionale" SchlÃ¼sselnummern bezeichnet. Mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete sekundÃ¤re SchlÃ¼sselnummern sind zum Teil optional, in anderen FÃ¤llen obligatorisch anzugeben. Einen Ãberblick Ã¼ber die mit Ausrufezeichen gekennzeichneten ICD-Kodes/Kategorien bieten Tabelle 1 und 2. Die in Tabelle 1 aufgefÃ¼hrten Ausrufezeichenkodes kÃ¶nnen angegeben werden, wenn dies aus klinischer Sicht sinnvoll ist. Alle Ausrufezeichenkodes, die in Tabelle 2 aufgefÃ¼hrt sind, sind obligat (nicht optional) anzugeben.

Nach Auslegung dieser Kodierrichtlinien steht fÃ¼r die Kammer fest, dass die Diagnose B96.3! nicht als Nebendiagnose kodiert werden durfte, da es sich um eine unzulÃ¤ssige Mehrfachkodierung handelt. Die Kammer kann es daher im Ergebnis auch offenlassen, ob die medizinischen Voraussetzungen fÃ¼r die Diagnose B96.3! vorliegen bzw. diese Diagnose das Patientenmanagement im Sinne der DKR D003l beeinflusst hat.

Zwar ist der KlÃ¤gerin zuzugestehen, dass die Diagnose B96! tatsÃ¤chlich in Tabelle 2 gefÃ¼hrt und damit grundsÃ¤tzlich obligatorisch anzugeben ist (also nicht optional), jedoch stellt ihr bloÃer Verweis auf Tabelle 2 zur Ãberzeugung der Kammer eine unzutreffende VerkÃ¼rzung der DKR D012i dar. Vielmehr ist auf die Tabelle 2 nach der DKR D012i erst dann zurÃ¼ckzugreifen, wenn die Voraussetzungen der Regelung der DKR D012i unter 1. Ãtiologie- und ManifestationsverschlÃ¼sselung: "Kreuz â Stern â Systemâ und/oder unter 2. Hinweise zur Doppelklassifizierung erfÃ¼llt sind. Diese geben nÃ¤mlich vor, wann bzw. "ob" eine Mehrfachkodierung zu erfolgen hat.

Sodann regeln die Tabellen 1 und 2 der DKR D012i lediglich die Reihenfolge von DiagnoseschlÃ¼sseln bei Mehrfachkodierung, also "wie" zu kodieren ist. FÃ¼r dieses VerstÃ¤ndnis spricht zum einen der Wortlaut der Ãberschriften der einzelnen Regelungen der DKR D012i, so finden sich die Tabellen 1 und 2 unter der Ãberschrift Reihenfolge von DiagnoseschlÃ¼sseln bei Mehrfachkodierung. Aus den WÃ¶rtern "Reihenfolge" und "bei Mehrfachkodierung" folgt bereits, dass die nachfolgenden Regelungen nur dann zur Anwendung gelangen, wenn bereits geklÃ¤rt ist, dass eine Mehrfachkodierung zu erfolgen hat. Zum anderen folgt aus

einer systematischen Betrachtung, dass zunÃ¤chst entsprechend der Nummerierung die Voraussetzungen unter den Ãberschriften 1. Ãtiologie- und ManifestationsverschlÃ¼sselung: "Kreuz â Stern â Systemâ und/oder 2. Hinweise zur Doppelklassifizierung geprÃ¼ft werden mÃ¼ssen. Im Ãbrigen wÃ¤ren bei einem anderen VerstÃ¤ndnis fÃ¼r die AusfÃ¼hrungen unter 2. Hinweise zur Doppelklassifizierung und dem ersten AufzÃ¤hlungspunkt "Lokale Infektionen" kein eigenstÃ¤ndiger Anwendungsbereich erÃ¶ffnet. SchlieÃlich soll nach dieser Regelung eine Kodierung der in Tabelle 2 aufgefÃ¼hrten Diagnosen zur Identifizierung des Infektionserregers nur dann erfolgen, wenn dieser nicht bereits im Rubriktitel der PrimÃ¤rdiagnose enthalten ist. WÃ¼rde die bloÃe Auflistung einer Diagnose in Tabelle 2 aber automatisch zu einer zwingenden Kodierung fÃ¼hren, dann wÃ¤re die vorherige Regelung fÃ¼r "Lokale Infektionen" Ã¼berflÃ¼ssig.

Ãbertragen auf den Behandlungsfall steht fÃ¼r die Kammer fest, dass die Regelung 1. Ãtiologie- und ManifestationsverschlÃ¼sselung: "Kreuz â Stern â Systemâ nicht zur Anwendung gelangt, weil es sich bei der Diagnose B96.3! nicht um eine VerschlÃ¼sselung nach dem "Kreuz â Stern â Systemâ handelt. Vielmehr ist auf die Regelung 2. Hinweise zur Doppelklassifizierung mit dem ersten AufzÃ¤hlungspunkt "Lokale Infektionen" zurÃ¼ckzugreifen. Danach erweist sich jedoch die Angabe der Diagnose B96.3! als Nebendiagnose als unzulÃ¤ssige Mehrfachkodierung, weil der Infektionserreger Haemophilus influenzae bereits im Rubriktitel der zutreffenden und zwischen den Beteiligten auch unstreitigen Hauptdiagnose J14 (Pneumonie durch Haemophilus influenzae) enthalten ist. Dieses Auslegungsergebnis entspricht auch dem allgemeinen Kodiergrundsatz so genau, einfach und spezifisch wie mÃ¶glich bei der Angabe von Diagnosen zu kodieren und Mehrfachnennungen bzw. Ãberschneidungen zu vermeiden.

II. Im Ãbrigen war die Beklagte auch zur Aufrechnung unter BerÃ¼cksichtigung der Â§Â§ 4, 8 und 10 PrÃ¼fvV a. F. berechtigt. Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin nach Â§ 4 PrÃ¼fvV a. F. innerhalb der Sechs-Wochen-Frist die Einleitung des PrÃ¼fverfahrens ordnungsgemÃ¤Ã mit Schreiben vom 14.05.2018 mitgeteilt. GemÃ¤Ã Â§Â§ 8 und 10 S. 1 PrÃ¼fvV a. F. hat sie der KlÃ¤gerin ihre abschlieÃende Entscheidung mitsamt Bezifferung des Erstattungsanspruchs per KAIN-Nachricht vom 04.02.2019 binnen der Frist von 11 Monaten nach Ãbermittlung der PrÃ¼fanzeige erÃ¶ffnet. Ferner hat die Beklagte im Rahmen der AufrechnungserklÃ¤rung vom 24.04.2019 Leistungs- und Erstattungsanspruch genau benannt im Sinne des Â§ 10 S. 2 PrÃ¼fvV a. F. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig bzw. ergibt sich aus dem in der Verwaltungsakte enthaltenen Schriftwechsel der Beteiligten im Rahmen des PrÃ¼fverfahrens sowie schlieÃlich aus den im Termin von der Beklagtenvertreterin Ã¼berreichten Unterlagen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â§ 197 a SGG in Verbindung mit Â§Â§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trÃ¤gt dem Unterliegen der KlÃ¤gerin Rechnung.

In dem Klageverfahren gehÃ¶ren weder die KlÃ¤gerin noch die Beklagte zu den in Â§ 183 SGG genannten Personen. Damit werden Kosten nach den Vorschriften des

Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben (Â§ 197 a Abs. 1 S. 1 SGG). Der Streitwert im Sinne des Â§ 63 Abs. 2 GKG ist nach der sich aus dem Antrag der KlÃ¤gerin fÃ¼r sie ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen (Â§ 52 Abs. 1 GKG). Die Klage war auf Zahlung von 1.432,06 EUR gerichtet. Dies ist gemÃ¤Ã Â§Â§ 52 Abs. 3, 43 Abs. 1 GKG als Streitwert festzusetzen.

Erstellt am: 02.02.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024