
S 9 KR 3024/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung – Krankenhausvergütung – Hauptdiagnose nach Nr D002f DKR 2013 – Vorliegen mehrerer Leiden bei Aufnahme des Versicherten – Maßgeblichkeit des Ressourcenverbrauchs – Unerheblichkeit der Erkennbarkeit im Zeitpunkt der Aufnahme
Leitsätze	Liegen bei Aufnahme eines Versicherten in ein Krankenhaus bei diesem mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese für die Festlegung der Hauptdiagnose nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten, unabhängig von der Erkennbarkeit sämtlicher stationär behandlungsbedürftiger Leiden im Zeitpunkt der Aufnahme.
Normenkette	DKR Nr D002f J: 2013; SGB V § 109 Abs 1 ; KHEntgG § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KHEntgG § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KHG § 17b

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 3024/16
Datum	15.02.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 KR 421/18
Datum	26.08.2021

3. Instanz

Datum	29.08.2023
-------	------------

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 26. August 2021 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 20.026,18 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses (im Folgenden: Krankenhaus), in dem die bei der beklagten Krankenkasse (im Folgenden: KK) versicherte H (im Folgenden: Versicherte) vom 22.11.2013 bis 2.1.2014 stationär behandelt wurde. Dem vorausgegangen war eine notfallmäßige Erstaufnahme in ein anderes Krankenhaus wegen neu aufgetretener Schwäche des Nervus facialis links und Dysarthrie (kombinierte Sprech- und Stimmstörung) bei Schlaganfallverdacht mit Verlegung am selben Tag in das Krankenhaus der Klägerin. Der Versicherten wurde dort zunächst zur Entfernung eines MRT-gesicherten, unter der harten Hirnhaut liegenden Blutergusses die Schädeldecke eröffnet und der Bluterguss entfernt. Wegen eines Sturzes der Versicherten vor der Aufnahme ins Krankenhaus bestand der Verdacht einer Synkope (kurzzeitige Ohnmacht). Im weiteren Verlauf der stationären Behandlung wurde bei ihr am 9.12.2013 eine hochgradige Enge der Aortenklappe diagnostiziert. Sie wurde deshalb am 10.12.2013 in die kardiologische Abteilung verlegt. Am 18.12.2013 wurde eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) durchgeführt. Das Krankenhaus kodierte als Hauptdiagnose ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose), steuerte unter Berücksichtigung zahlreicher Nebendiagnosen und Prozeduren die Fallpauschale (DRG) F98Z (Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen) an und stellte der KK 39.086,29 Euro in Rechnung, die die KK zunächst beglich. Die KK ging nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) davon aus, dass zutreffende Hauptdiagnose ICD-10GM I62.02 (Subdurale Blutung chronisch) sei, weil die Versicherte zur Behandlung des chronischen Subduralhämatoms im Krankenhaus vollstationär aufgenommen worden sei. Diese Hauptdiagnose steuert die deutlich geringer vergütete Fallpauschale B02D (Komplexe Kraniotomie) an. Den Differenzbetrag von 20.026,17 Euro verrechnete die KK mit unstreitigen Vergütungsforderungen. Das SG hat die KK nach Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Zahlung von 20.026,18 Euro nebst Zinsen verurteilt (Urteil vom 15.2.2018). Das LSG hat nach Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens die Berufung der KK zurückgewiesen. Die Kodierung der Hauptdiagnose richte sich hier nach DKR D002f. Unter Berücksichtigung der hierzu ergangenen Rechtsprechung des BSG

(Hinweis auf BSG vom 5.7.2016 [BÄ 1Ä KR 40/15Ä R](#) SozR 42500 Ä§Ä 109 NrÄ 58 RdNrÄ 14Ä ff) seien der Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme und die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Diagnosen und deren stationäre Behandlungsbedürftigkeit entscheidend. Dafür genüge auch, dass die Diagnosen erst ☐nach Analyse☐ aufgrund einer objektiv zu treffenden expost-Betrachtung benannt werden könnten. Die Aortenklappenstenose mit hochgradiger Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion sei am 9.12.2013 erkannt worden. Die Stenose habe nach den überzeugenden Gutachten schon viele Jahre zuvor bestanden und sei bei Aufnahme der Versicherten am 22.11.2013 stationär behandlungsbedürftig gewesen. Aufgrund des größeren Ressourcenverbrauchs sei die Aortenklappenstenose die zu kodierende Hauptdiagnose (Urteil vom 26.8.2021).

3

Die KK räumt die Verletzung von DKR D002f. Sie verweist auf deren Wortlaut und die Urteile des erkennenden Senats vom 21.4.2015 ([BÄ 1Ä KR 9/15Ä R](#) Ä [BSGE 118. 225](#) = SozR 42500 Ä§Ä 109 NrÄ 45), vom 5.7.2016 ([BÄ 1Ä KR 40/15Ä R](#) Ä SozR 42500 Ä§Ä 109 NrÄ 58) und vom 20.3.2018 ([BÄ 1Ä KR 25/17Ä R](#) Ä SozR 45562 Ä§Ä 9 NrÄ 11). Daraus ergebe sich, dass eine im Zeitpunkt der Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus nicht erkannte, aber stationär behandlungsbedürftige Erkrankung auch dann nicht als Hauptdiagnose kodiert werden dürfte, wenn sie im Laufe des Krankenhausaufenthalts diagnostiziert und behandelt werde. Denn es komme auf die Diagnose an, die Veranlassung für die stationäre Aufnahme gegeben habe. Dies könne nur die Erkrankung sein, die entweder unmittelbar oder aber aufgrund ihrer bereits vorliegenden, respektive diagnostizierten Symptome maßgeblich für die Entscheidung des Krankenhausarztes sei, den Patienten stationär aufzunehmen. Eine später diagnostizierte Erkrankung, die bei Aufnahme nicht bekannt gewesen sei, könne die stationäre Aufnahme nicht begründet haben.

4

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin die Klage in Höhe von 0,01Ä Euro zurückgenommen.

5

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Thüringer Landessozialgerichts vom 26.Ä AugustÄ 2021 und des Sozialgerichts Gotha vom 15.Ä FebruarÄ 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

8

Die Revision der beklagten KK ist unbegründet ([Â§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Das LSG hat deren Berufung gegen das SG-Urteil zu Recht zurückgewiesen. Die vom klagenden Krankenhaus erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (stRspr; vgl BSG vom 16.12.2008 [B 1 KN 1/07 KR R BSGE 102, 172](#) = [SozR 42500 Â§ 109 Nr 13](#), RdNr 9; BSG vom 16.8.2021 [B 1 KR 18/20 R BSGE 133, 24](#) = [SozR 42500 Â§ 2 Nr 17](#), RdNr 7) und begründet. Dem Krankenhaus steht der zuletzt streitig gebliebene Vergütungsanspruch von 20.026,17 Euro für die Behandlung anderer Versicherter zu (dazu 1.). Der Vergütungsanspruch ist nicht durch Aufrechnung mit einer Gegenforderung erloschen (dazu 2.). Dem Krankenhaus steht auch der geltend gemachte Zinsanspruch zu (dazu 3.).

9

1. Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass das Krankenhaus aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der KK gemäß [Â§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [Â§ 17b KHG](#), [Â§ 7 Abs 1 Satz 1, Abs 2](#) und [Â§ 9 Abs 1 KHEntgG](#) sowie der maßgeblichen Fallpauschalenvereinbarung (FPV) einen fälligen und erfüllbaren Anspruch auf die Vergütung in der streitgegenständlichen Höhe hatte. Eine nähere Prüfung zur Höhe der streitigen Beträge erbringt sich (vgl zur Zugrundelegung bei unstrittiger Berechnungsweise BSG vom 26.5.2020 [B 1 KR 26/18 R juris RdNr 11 mwN](#)).

10

2. Dieser Vergütungsanspruch ist nicht durch Aufrechnung mit einer aus dem Behandlungsfall der Versicherten resultierenden Gegenforderung der KK erloschen. Ein Erstattungsanspruch wegen überzahlter Vergütung für die Behandlung der Versicherten, mit der die KK aufrechnete, bestand nicht. Das Krankenhaus hatte dem Grunde nach Anspruch auf Vergütung für die stationäre Behandlung der Versicherten (dazu a). Die stationäre Behandlung erfüllte auch die Voraussetzungen der DRG F98Z. Das Krankenhaus rechnete sachlich-rechnerisch richtig 39.086,29 Euro ab, die die KK zu Recht zahlte (dazu b).

11

a) Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und es von [Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl zB BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R BSGE 109, 236](#) = [SozR 45560 Â§ 17b Nr 2](#), RdNr 13, 15; BSG vom 19.11.2019 [B 1 KR 33/18 R SozR 42500 Â§ 109 Nr 77](#) RdNr 10 mwN; BSG vom 19.3.2020 [B 1 KR 20/19 R BSGE 130, 73](#) = [SozR 42500 Â§ 12 Nr 18](#), RdNr 11). Diese Grundvoraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([Â§ 163 SGG](#)) hinsichtlich des neurochirurgischen und des kardiologischen

Eingriffs erfÄ½llt.

12

b)Ä Das Krankenhaus hatte Anspruch auf die von ihr berechneten und von der KK bezahlten 39Ä 086,29Ä Euro. Das Krankenhaus durfte nach dem maÄngelichen Recht (dazuÄ aa) und den dabei anzuwendenden AuslegungsgrundsÄtzen (dazuÄ bb) gemÄÄ der DKR D002f (dazuÄ cc) ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose) iS einer von zwei Diagnosen, die gleichermaÄen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, als Hauptdiagnose kodieren (dazuÄ dd). Diese Hauptdiagnose steuert hier die DRG F98Z an (dazuÄ ee).

13

aa)Ä 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 Ä§Ä 1 AbsÄ 6 SatzÄ 1 FPV 2013; vgl fÄ½r die stRspr zum rechtlichen Rahmen der Klassifikationssysteme und des Groupierungsvorgangs: BSG vom 19.6.2018 Ä [BÄ 1Ä KR 39/17Ä RÄ](#) SozR 45562 Ä§Ä 9 NrÄ 10 RdNrÄ 13 undÄ 17 mwN). Dieser Grouper greift auf Daten zurÄ½ck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehÄ¼ren die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR (hier Version 2013) fÄ½r das GDRG-System? gemÄÄ [Ä§Ä 17b KHG](#), aber auch die Klassifikation des vom Deutschen Institut fÄ½r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Ä bzw jetzt Bundesinstitut fÄ½r Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)Ä im Auftrag des Bundesministeriums fÄ½r Gesundheit herausgegebenen OPS und ICD-10GM.

14

bb)Ä Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im GefÄ½ge der Ermittlung des VergÄ½tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÄ½tungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstÄ½tzt durch systematische ErwÄgungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÄer Betracht (vgl BSG vom 8.11.2011 Ä [BÄ 1Ä KR 8/11Ä RÄ](#) [BSGE 109, 236](#) = SozR 45560 Ä§Ä 17b NrÄ 2, RdNrÄ 27; BSG vom 16.7.2020 Ä [BÄ 1Ä KR 16/19Ä RÄ](#) SozR 45562 Ä§Ä 9 NrÄ 16 RdNrÄ 17, jeweils mwN). Zu den Abrechnungsbestimmungen gehÄ¼ren insbesondere auch die DKR. Dabei kommt auch den in den DKR enthaltenen ErlÄuterungen zu den einzelnen Kodierrichtlinien normative Wirkung zu, soweit sie ergÄnzende Regelungen enthalten (vgl BSG vom 21.4.2015 Ä [BÄ 1Ä KR 9/15Ä RÄ](#) [BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 Ä§Ä 109 NrÄ 45, RdNrÄ 15; BSG vom 5.7.2016 Ä [BÄ 1Ä KR 40/15Ä RÄ](#) SozR 42500 Ä§Ä 109 NrÄ 58 RdNrÄ 14).

15

cc)Ä Die Hauptdiagnose Ä als Singular formuliertÄ impliziert, dass es Ä½berhaupt nur eine, nicht aber zugleich mehrere Ä¼HauptdiagnosenÄ¼ geben kann. Dies steht in Einklang mit der Eingabemaske der zertifizierten, in das Normanwendungsprogramm mit normativer Wirkung einbezogenen Grouper.

Hiernach ist die ersteinzutragende Diagnose immer die Hauptdiagnose (vgl BSG vom 8.11.2011 Â [BÄ 1Â KR 8/11Â RÂ BSGE 109, 236](#) = SozR 45560 Â§Â 17b NrÂ 2, RdNr 42; BSG vom 21.4.2015 Â [BÄ 1Â KR 9/15Â RÂ BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45, RdNrÂ 17).

16

Die Hauptdiagnose wird nach der DKR D002f definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsÃ¤chlich fÃ¼r die Veranlassung des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist. Zentraler Begriff ist fÃ¼r die DKR D002f die âVeranlassungâ des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts. Sie meint die ursÃ¤chliche AuslÃ¶sung des stationÃ¤ren Behandlungsgeschehens. Das zeitliche Moment als ein wesentliches Definitionsmerkmal grenzt dabei von spÃ¤ter hinzugetretenen Diagnosen ab, die ebenfalls stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rflichkeit bedingen. Ein bereits Â objektiv zutreffendÂ veranlasster stationÃ¤rer Krankenhausaufenthalt kann nicht spÃ¤ter, nach Aufnahme in das Krankenhaus nochmals veranlasst, sondern allenfalls aufrechterhalten werden. Diagnosen, die erst nachfolgend BehandlungsbedÃ¼rflichkeit begrÃ¼nden, sind irrelevant. Insbesondere kommt es nicht darauf an, dass die den stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalt veranlassende Diagnose zugleich den grÃ¶Ãeren Anteil am Ressourcenverbrauch hat. Wie die AnmerkungÂ 1 zu DKR D002f zeigt, war dem Normgeber bewusst, dass Veranlassung des stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts nicht notwendig Veranlassung des Ã¼berwiegenden Teils des Ressourcenverbrauchs bedeutet (vgl BSG vom 21.4.2015 Â [BÄ 1Â KR 9/15Â RÂ BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45, RdNrÂ 16).

17

Das zweite wesentliche Definitionsmerkmal der Hauptdiagnose ist der Begriff ânach Analyseâ. Er verdeutlicht, dass es nicht auf die subjektive oder objektiv erzielbare Einweisungs- oder Aufnahmediagnose ankommt, sondern allein auf die objektive ex post-Betrachtung der AufnahmegrÃ¼nde am Ende der Krankenhausbehandlung. Es ist fÃ¼r die Bestimmung der Hauptdiagnose ohne Belang, dass eine fehlerhafte Diagnose des einweisenden Arztes und des aufnehmenden Krankenhausarztes unter BerÃ¼cksichtigung der ex ante vorhandenen Informationen bei Aufnahme des Patienten objektiv lege artis erfolgte. MaÃgeblich ist allein die objektiv zutreffende ex post-Betrachtung (vgl BSG vom 21.4.2015 Â [BÄ 1Â KR 9/15Â RÂ BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 45, RdNrÂ 19; BSG vom 5.7.2016 Â [BÄ 1Â KR 40/15Â RÂ SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 58 RdNrÂ 16\).](#)

18

Bedingen anfÃ¤nglich zwei oder mehrere Diagnosen den stationÃ¤ren Krankenhausaufenthalt, sieht die ErlÃ¤uterung zu DKR D002f Â vorbehaltlich spezieller RegelungenÂ eine Auffangregelung vor. Sie stellt ausnahmsweise auf den quantitativen Aspekt des Ressourcenverbrauchs ab: âWenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgefÃ¼hrten Therapie gleichermaÃen die Kriterien fÃ¼r die Hauptdiagnose erfÃ¼llen und ICD10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine

Verschleißungsanweisungen geben, ist diejenige auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht hat. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheiten verwandt sind oder nicht. Soweit die Erläuterung hierbei darauf verweist, dass der behandelnde Arzt die Hauptdiagnose auszuwählen hat, ist dies nur in einem tatsächlichen Sinn zu verstehen. Die Beurteilung, ob eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kodieren ist, bemisst sich nach objektiven Maßstäben. Sie erfordert kein an eine bestimmte Person gebundenes höchstpersönliches Fachurteil, sondern kann jederzeit durch einen unabhängigen Sachverständigen nachvollzogen werden. Sie unterliegt im Streitfall der vollen richterlichen Nachprüfung (vgl. BSG vom 21.4.2015 – [B 1 KR 9/15 R](#) – [BSGE 118, 225](#) = SozR 42500 – § 109 Nr. 45, RdNr. 17; BSG vom 5.7.2016 – [B 1 KR 40/15 R](#) – SozR 42500 – § 109 Nr. 58 RdNr. 16). Maßgeblich ist dabei allein der Ressourcenverbrauch. Die zeitliche Abfolge der stationären Behandlung zweier oder mehrerer im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme stationär behandlungsbedürftiger Diagnosen spielt keine Rolle (vgl. BSG vom 5.7.2016 – [B 1 KR 40/15 R](#) – SozR 42500 – § 109 Nr. 58 RdNr. 16).

19

Ausgehend hiervon präzisiert der Senat seine Rechtsprechung wie folgt: Liegen ex-post betrachtet schon bei Aufnahme ins Krankenhaus mehrere Leiden objektiv vor, die stationär behandlungsbedürftig sind, sind diese vorbehaltlich spezieller Regelungen immer nach dem Grad ihres Ressourcenverbrauchs zu gewichten. Das gilt unabhängig davon, welche Leiden bei der Aufnahmeuntersuchung erkannt wurden oder erkennbar waren. Es spielt deshalb keine Rolle, ob der Patient bei der Aufnahme ins Krankenhaus Symptome aufwies, anhand derer die zunächst unerkannt gebliebene Diagnose erkennbar gewesen wäre. Dies ergibt sich aus der hier maßgeblichen Auslegung nach Wortlaut und unterstützenden systematischen Erwägungen.

20

Die Veranlassung des stationären Aufenthalts ist nach der oben dargestellten ständigen Rechtsprechung des Senats nicht subjektiv ex ante, sondern objektiv ex post zu verstehen. Dass es niemals auf die (subjektive) Handlungstendenz des Krankenhauses ankommen kann, ergibt sich aus dem Wortlaut nach Analyse. Würde die stationäre Behandlungsbedürftigkeit aufgrund einer bestimmten Aufnahmediagnose fehlerhaft angenommen, fehlte es anderenfalls an einer die Aufnahme begründenden Hauptdiagnose, die kodiert werden könnte, wenn eine weitere, die stationäre Aufnahme begründende Diagnose im Zeitpunkt der Aufnahme nicht erkannt würde oder gar nicht erkennbar wäre. Auch dieses Ergebnis wäre mit der Festlegung der Hauptdiagnose nach Analyse nicht vereinbar. Nichts anderes ergibt sich aus den Fallbeispielen zur DKR D002f (vgl. jetzt auch Schlichtungsausschuss nach [§ 19 KHG](#), DKR D002u, – Entscheidung zu der KDE 294 –).

21

dd) Nach diesen Maßstäben kodierte das Krankenhaus zu Recht ICD-10GM I35.0 (Aortenklappenstenose) als Hauptdiagnose. Nach den mit Verfahrensregeln nicht

angegriffenen Feststellungen des LSG litt die Versicherte schon bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus unter einer seit Jahren bestehenden, jedenfalls im Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus mittels TAVI behandlungsbedürftigen Aortenklappenstenose mit hochgradiger Einschränkung der linksventrikulären Pumpfunktion. Nach den weiteren Feststellungen des LSG verbrauchte das Krankenhaus für die TAVI mehr Ressourcen als für die Bohrlochtrepation mit Hämatomevakuuation.

22

ee) Nach der Groupierungslogik steuert die Diagnose ICD-10GM I35.0 die vom Krankenhaus abgerechneten DRG F98Z an. Hieraus und aus den weiteren zwischen den Beteiligten im übrigen nicht streitigen Vergütungsbestandteilen ergibt sich der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Betrag.

23

3. Das Krankenhaus hat auch Anspruch auf Verzugszinsen im Umfang der von den Vorinstanzen zuerkannten Zinsen auf den nicht erfüllten Vergütungsanspruch nach Maßgabe des [§ 288 Abs 1 BGB](#) (vgl BSG vom 21.4.2015 – [B 1 KR 10/15 R](#) – juris RdNr 18 mwN).

24

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 155 Abs 1 Satz 3 VwGO](#). Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 1](#) und [§ 3 Satz 1](#) sowie [§ 47 Abs 1 Satz 1 GKG](#).

Ä

Erstellt am: 06.02.2024

Zuletzt verändert am: 21.12.2024