

**Titel:**

**Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung im Rahmen der Teilnahme an einer Studie**

**Normenketten:**

SGG § 103, § 106a

KHEntg § 8 Abs. 1 S. 2

**Leitsätze:**

1. Machen Beteiligte trotz der Aufforderung des Gerichts die zur Aufnahme der gerichtlichen Ermittlungen erforderlichen Angaben nicht, so besteht auch keine weitere Verpflichtung des Gerichts aufgrund von § 103 SGG; die Amtsermittlungspflicht hat ihre Grenzen dort, wo der Beteiligte seiner Pflicht zur Angabe der Tatsachen, die den geltend gemachten Anspruch begründen sollen, nicht nachkommt, obwohl er vom Gericht hierzu aufgefordert wird (ebenso LSG Hamburg BeckRS 2022, 8366). (Rn. 20) (redaktioneller Leitsatz)

2. § 8 Abs. 1 S. 2 KHEntgG regelt nur den von den Patienten oder ihren Kostenträgern zu vergütenden Versorgungsanteil, wenn in einem DRG-Krankenhaus ohnehin stationär behandelte Patienten in eine klinische Studie einbezogen werden; ist eine stationäre Behandlung allein durch die Teilnahme an der Studie verursacht, schließt § 8 Abs. 1 S. 2 KHEntgG auch der Höhe nach jeglichen Anspruch auf Behandlungskosten aus. (Rn. 25) (redaktioneller Leitsatz)

**Schlagworte:**

stationäre Krankenhausbehandlung, Vergütung, Teilnahme an einer Studie, Amtsermittlungspflicht, Grenze, Mitwirkung, Aufforderung, Präklusion

**Fundstelle:**

BeckRS 2023, 15223

**Tenor**

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 17.750,63 EUR nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 03.09.2021 zu zahlen.

II. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen weiteren Betrag in Höhe von 300 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 09.07.2021 zu bezahlen.

III. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

IV. Der Streitwert wird endgültig auf 18.050,63 EUR festgesetzt.

**Tatbestand**

1

Die Beteiligten streiten sich um die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung sowie die Aufwandspauschale nach erfolgter Prüfung durch den medizinischen Dienst (MD).

2

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patient D. (Fall-Nr.: 1-Nummer) wurde im Zeitraum vom 11.03 bis 18.03.2020 vollstationär im Klinikverbund A-Stadt, dessen Trägerin die Klägerin ist, behandelt.

3

Unter Zugrundelegung insbesondere der DRG F15Z sowie der Zusatzentgelte 2019-13 liquidierte die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Gesamtbetrag in Höhe von 24.379,85 €, welchen die Beklagte zunächst beglich.

4

Da die Beklagte Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung hegte, beauftragte diese den MD mit der Überprüfung des Behandlungsfalles. Dieser strich den OPS-Code ... (=Immunadsorption und verwandte Verfahren: Immunadsorption mit regenerierender Säule zur Entfernung von Immunglobulin und/oder Immunkomplexen: Ersteinsatz) und ... (=Immunadsorption und verwandte Verfahren: Immunadsorption mit regenerierter Säule zur Entfernung von Immunglobulin und/oder Immunkomplexen: Weitere Anwendung) sowie die diesbezüglichen Zusatzentgelte 2019/2020-12 (=Immunadsorption), da die Leistung der durchgeführten CRP-Apherese bei der Hauptdiagnose Herzinfarkt keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sei (MD-Gutachten vom 24.06.2021). Eine konkretere Begründung wurde nicht abgegeben. Es wurde darauf verwiesen, dass die Leistung im Rahmen der CAMI-Studie bereits positive Effekte erwiesen habe, es aber weiterhin an verlässlichen Daten zum klinischen Nutzen fehle. Ein Einsatz zu Lasten der GKV im Rahmen der Studie könne daher nicht befürwortet werden.

## 5

Unter Zugrundelegung dieser Auffassung nahm die Beklagte mit Datum vom 02.09.2021 eine Aufrechnung mit weiteren unstrittigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderweitigen Behandlungsfällen des Jahres 2021 vor, sodass ein Betrag in Höhe von 17.750,63 € aufgerechnet wurde.

## 6

Die Klägerin erklärte sich mit dieser Aufrechnung nicht einverstanden und machte gegenüber der Beklagten ergänzend die Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 € mit Rechnung vom 08.07.2021 erfolglos geltend.

## 7

Am 13.12.2022 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Augsburg erhoben. Diese trägt den Sachverhalt vor und legt die Unterlagen der Abrechnung vor. Der Versicherte sei stationär aufgenommen um im Rahmen einer Studie (CAMI-Register) behandelt sowie mittels Herzkatheter und CRP-Apherese versorgt worden. Es liege eine dem GKV-Katalog unterliegende Leistung vor. Es bestehe aus mehreren Gründen eine Leistungspflicht, ua. auf der Grundlage von § 137c Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) als Potenzialbehandlung.

## 8

Die Klägerin beantragt,

- die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 17.750,63 EUR nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 03.09.2021 zu zahlen,

- sowie hilfsweise für das Obsiegen in Punkt 1 die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen weiteren Betrag in Höhe von 300 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 09.07.2021 zu bezahlen.

## 9

Mit Schreiben vom 19.12.2022 hat die Beklagte dargelegt, dass es ihr aufgrund von Arbeitsüberlastung nicht möglich sei, innerhalb der gesetzten Monatsfrist auf die Klage Stellung zu nehmen und dass man höflich um eine Fristverlängerung bis 15.05.2023 für die Klageerwiderung bitte. Die Verwaltungsakte hat die Beklagte vorgelegt.

## 10

Mit gerichtlicher Verfügung vom 20.12.2022 ist der Beklagten die beantragte Fristverlängerung bis 15.05.2023 gewährt worden. Aufgrund der großzügig verlängerten Frist ist die Beklagte gleichzeitig darauf hingewiesen worden, dass nach Ablauf der Frist vorgebrachte Erklärungen oder Beweismittel nach § 106a Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zurückgewiesen werden würden.

## 11

Die Beklagte hat sich in der Folge zunächst nicht weiter geäußert.

## 12

Eine zwischenzeitliche Anfrage des Gerichts, ob die Streitsache nicht ein Fall für den Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG sein könnte, wurde von beiden Beteiligten ablehnend erklärt.

## 13

Mit Schreiben vom 28.04.2023 hat sich die Beklagte dahingehend geäußert, dass die Abrechnung der beiden OPS 8-821-10 und 8-821.11 sowie die Zusatzentgelte ZE2020-13 streitig seien. Zur besseren

Beurteilung und Erstellung und Abgabe einer qualifizierten Stellungnahme werde nunmehr um Übersendung der Patientenakte gebeten, um diese dem MD vorlegen zu können. Die Beklagte hat die Verwaltungsakte übersandt.

**14**

Einen Sachantrag hat die Beklagte bis heute nicht gestellt.

**15**

Für den weiteren Sach- und Streitstand wird ergänzend auf die Gerichts- und die Verwaltungsakten verwiesen. Diese waren Gegenstand der Entscheidungsfindung.

## **Entscheidungsgründe**

**16**

Über die Klage kann gemäß § 105 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entschieden werden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. Die Beteiligten wurden zur Absicht des Gerichts, durch Gerichtsbescheid zu entscheiden, gehört.

**17**

Die beim zuständigen Sozialgericht erhobenen beiden Klagen sind sowohl im Hauptwie im Hilfsantrag zulässig und begründet.

**18**

Einziges aus den (verwertbaren) Akteilen zwischen den Beteiligten streitiger Punkt des Hauptantrages ist die Frage, ob die von Seiten der Klägerin beim Versicherten unstreitig durchgeführte CRP-Apherese über die CAMI-Studie zu Lasten der GKV abgerechnet werden kann, nachdem die Streichung der beiden OPS samt Zusatzentgelten nach der Stellungnahme des MD aus konkret diesem Einwand resultiert. Die Beklagte hat im Klageverfahren keine Einwendungen vorgetragen, vielmehr hat diese in inhaltlicher Hinsicht bis heute überhaupt keine Stellungnahme abgegeben.

**19**

Weitere Unterlagen als die von der Beklagten und der Klägerin vorgelegten waren im Rahmen der Entscheidung aufgrund der Ausschlussnorm des § 106a Abs. 3 SGG nicht zu berücksichtigen. Insbesondere stand der weitergehenden Beziehung und Verwertung der Patientenakte die Ausschlussnorm entgegen.

**20**

Zwar haben die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit nach § 103 SGG den Sachverhalt von Amts wegen zu erforschen, ohne an das Vorbringen und die Beweisanträge gebunden zu sein. Jedoch sind dabei „die Beteiligten heranzuziehen“. Der Aufklärungspflicht des Vorsitzenden nach § 106 SGG steht dabei die Pflicht der Beteiligten gegenüber, auf die Aufforderungen des Gerichts hin die entsprechenden Angaben zu machen. Der Amtsermittlungsgrundsatz des § 103 SGG entbindet die Beteiligten nicht davon, nach ihren Kräften bei der Sachaufklärung mitzuwirken. Machen die Beteiligten trotz der Aufforderung des Gerichts die zur Aufnahme der gerichtlichen Ermittlungen erforderlichen Angaben nicht, so besteht auch keine weitere Verpflichtung des Gerichts aufgrund von § 103 SGG (BSG, Urteil vom 01. Juli 2010 – B 13 R 58/09 R –, Juris m.w.N.; B. Schmidt in: Meyer-Ladewig, SGG, 13. Auflage 2020 § 103, Rn. 16 ff.). Die Amtsermittlungspflicht hat ihre Grenzen dort, wo der Beteiligte seiner Pflicht zur Angabe der Tatsachen, die den geltend gemachten Anspruch begründen sollen, nicht nachkommt, obwohl er vom Gericht hierzu aufgefordert wird (LSG Hamburg, Urteil vom 30. März 2022 – L 2 U9/20, juris).

**21**

Die Beklagte ist ihrer Mitwirkungsobliegenheit trotz konkreter Aufforderung unter sehr langer Fristsetzung nicht nachgekommen. Zuletzt hat das Sozialgericht diese unter Hinweis auf § 106a SGG mit gerichtlicher Verfügung vom 19.12.2022 aufgefordert, die Klage bis 15.05.2023 zu begründen. Die Beklagte hatte mithin fast sechs Monate Zeit, eine Klagebegründung zu erstellen. Statt sich dann tatsächlich mit der Rechtsache zu befassen und intern zu prüfen, ob ggf zur Vorlage einer aussagekräftigen Begründung noch Unterlagen eingesehen werden müsste, veranlasste diese erst mit Datum vom 28.04.2023, also zwei Wochen vor Ablauf der sechs Monate langen gewährten Frist die Anforderung der Patientenakte, um diese für eine weitere Stellungnahme dem MD vorlegen zu können. Selbst wenn das Gericht die Patientenakte hier bei

der Klägerin angefordert hätte, wäre mit einer Übersendungsdauer von mindestens eben dieser Frist zu rechnen gewesen, sodass eine Stellungnahme des MD deutlich außerhalb der Frist des 15.05.2023 erfolgt wäre. Die Anforderung hätte damit den Rechtsstreit deutlich verzögert. Die Verzögerung ist ausschließlich der Beklagten anzulasten, der es zuzumuten war, auch bei gewährter Fristverlängerung zu prüfen, ob noch Unterlagen ihrerseits benötigt würden, dies in Kenntnis der gesetzten Frist nach § 106a SGG und auch in Kenntnis von einigen Parallelverfahren zu dieser Rechtsthematik. Der diesbezügliche Einwand der Beklagten, dass man schließlich in den anderen Klageverfahren zu dieser Rechtsthematik nicht untätig gewesen sei und man dies auch auf dieses Verfahren zu übertragen habe, geht dabei fehl. Die Beklagte erkennt, dass jedes Klageverfahren für sich zu betrachten ist und diese selbst bis zum heutigen Datum – also nochmals einen weiteren Monat später als die abgelaufene Frist – dem Gericht gegenüber keine inhaltliche Stellungnahme abgegeben hat. Die Individualität der hier anhängigen Streitsache hat die Beklagte auch dadurch deutlich gemacht, indem die konkrete Patientenakte angefordert wurde, um ausschließlich diese dem MD zur nochmaligen Beurteilung vorzulegen. Die Rechtssache war von Seiten des Gerichts daher ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der vorhandenen Unterlagen, dh maßgeblich der Verwaltungsakte sowie der von Klägerseite vorgelegten Unterlagen zur Klageerhebung zu bewerten.

## **22**

Nach diesem Bewertungsmaßstab war der Klage vollumfänglich stattzugeben, nachdem die Beklagte weder im Verwaltungs- noch im Klageverfahren tragfähige Einwendungen gegen die geltend gemachte Forderung vorgebracht hat.

## **23**

Rechtsgrundlage des von dem klagenden Krankenhaus geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 KHEntgG und § 17b KHG (vgl BSG vom 8.11.2011 – B 1 KR 8/11 R – BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, RdNr. 13, 15 f; BSG vom 19.3.2020 – B 1 KR 20/19 R – BSGE 130, 73 = SozR 4-2500 § 12 Nr. 8, RdNr. 11 mwN). Die Zahlungsverpflichtung der KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags durchgeführt wird, iS von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich (§ 12 Abs. 1 SGB V) erbracht werden (vgl nur BSG vom 25.3.2021 – B 1 KR 25/20 R – BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 15, RdNr. 8).

## **24**

Erforderlich war die durchgeführte Krankenhausbehandlung iS von § 39 SGB V grundsätzlich nur dann, wenn die Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V; vgl näher zu den Anforderungen BSG vom 13.12.2005 – B 1 KR 21/04 R – SozR 4-2500 § 18 Nr. 5 RdNr. 22 mwN; BSG vom 18.12.2018 – B 1 KR 11/18 R – BSGE 127, 188 = SozR 4-2500 § 137e Nr. 2, RdNr. 39 und 41 mwN; BSG vom 16.8.2021 – B 1 KR 18/20 R – BSGE 133, 24 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 17 RdNr. 10 mwN; stRspr). Ausnahmen konnten sich aus der grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungsrechts, bei einem Seltenheitsfall und uU aus der Teilnahme an einer Studie außerhalb einer Erprobungsrichtlinie ergeben (vgl zur grundrechtsorientierten Auslegung vgl BVerfG vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98 – BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 5; BVerfG vom 10.11.2015 – 1 BvR 2056/12 – BVerfGE 140, 229 = SozR 4-2500 § 92 Nr. 18, RdNr. 18 und 20; BSG vom 4.4.2006 – B 1 KR 7/05 R – BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 4, RdNr. 18 ff; BSG vom 20.3.2018 – B 1 KR 4/17 R – SozR 4-2500 § 2 Nr. 12; BSG vom 19.3.2020 – B 1 KR 22/18 R – juris RdNr. 20; vgl zum ab dem 23.7.2015 auch geltenden abgesenkten Qualitätsgebot des Potentialmaßstabes BSG vom 25.3.2021 – B 1 KR 25/20 R – BSGE 132, 67 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 15, RdNr. 22 ff; vgl zum Seltenheitsfall vgl BSG vom 19.10.2004 – B 1 KR 27/02 R – BSGE 93, 236 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 1, RdNr. 21 f = juris RdNr. 28 f; näher zur Studie RdNr. 20). Soweit das allgemeine Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V Anwendung findet, ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse zur Zeit der Behandlung maßgeblich (stRspr; vgl BSG vom 17.12.2013 – B 1 KR 70/12 R – BSGE 115, 95 = SozR 4-2500 § 2 Nr. 4, RdNr. 20 mwN).

## **25**

Vorliegend resultiert der Vergütungsanspruch maßgeblich daraus, dass der Versicherte in die sog. CAMI-Studie eingezogen war. Zum Vergütungsanspruch im Rahmen einer Studie wird umfassend auf die rechtlichen Ausführungen des BSG in seiner Entscheidung B 1 KR 25/21 R verwiesen, in der es wörtlich heißt:

„Nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG sind bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 KHEntgG zu berechnen; dies gilt auch bei klinischen Studien mit Arzneimitteln. Der in Bezug genommene § 7 KHEntgG regelt als preisrechtliche Vorschrift, die für alle Kostenträger und Selbstzahler im Anwendungsbereich des KHEntgG (vgl § 1 KHEntgG) gilt, die Abrechnung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen. Entgeltnormen nach dem KHEntgG setzen vorbehaltlich einer abweichenden ausdrücklichen gesetzlichen Regelung voraus, dass ein Vergütungsanspruch dem Grunde nach entstanden ist. Sie begründen ihn jedoch nicht. Als Entgeltregelung normiert § 8 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG ausschließlich, in welcher Höhe eine stationäre Behandlung mit Studienteilnahme zu vergüten ist. Nicht hingegen bestimmt die Vorschrift, dass der Kostenträger allein wegen der Studienteilnahme eines Patienten, für den er grundsätzlich kostenpflichtig ist, eine Vergütung leisten muss.

Zweck der Regelung ist es, dass die Behandlung von Studienpatienten nicht geringer vergütet wird als die Behandlung anderer Patienten, aber der Zusatzaufwand für die Studien auch nicht zu einem höheren Entgelt führen darf. Denn Kostenträgern, und damit insbesondere den KKn, ist es verwehrt, einen Vergütungsanspruch nur deshalb abzulehnen, weil Patienten im Rahmen der stationären Behandlung an einer Studie teilnehmen. § 8 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG regelt jedoch nur den von den Patienten oder ihren Kostenträgern zu vergütenden Versorgungsanteil, wenn in einem DRG-Krankenhaus ohnehin stationär behandelte Patienten in eine klinische Studie einbezogen werden (vgl BT-Drucks 15/5316 S. 48). Ist eine stationäre Behandlung allein durch die Teilnahme an der Studie verursacht, schließt § 8 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG auch der Höhe nach jeglichen Anspruch auf Behandlungskosten aus. Die Vorschrift verlangt immer eine studienunabhängige stationäre Behandlungsbedürftigkeit und damit die Erfüllung anderweitig geregelter Voraussetzungen für die Entstehung eines Vergütungsanspruchs.“

## **26**

Vorliegend war zwischen den Beteiligten unstreitig, dass der Versicherte als Notfall im Hause der Klägerin behandelt werden musste und sich nicht zum Zwecke der Studienteilnahme dort befand.

## **27**

Die CAMI1-Studie ist im Übrigen existent und deren Ergebnisse selbst nach Feststellung des MD bereits in 2020 durchaus als positiv zu bewerten (seit März 2021 außerdem weitere positive Ergebnisse). Der MD verkennt bei seiner Bewertung allerdings, dass es nicht seine Aufgabe ist, die bisherige Evidenz der Studie an sich zu bewerten, ob die GKV die Kosten hierfür zu tragen hat oder nicht. Dies sieht § 8 KHEntgG nicht vor. Der MD hätte lediglich die Feststellung zu treffen gehabt, dass eine Behandlung im Rahmen einer klinischen Studie vorlag, um einen grundsätzlichen Anspruch auf Vergütung bejahen zu müssen. In einem weiteren Schritt hätte dem MD dann die Prüfung offen gestanden, ob die abgerechneten OPS tatsächlich dem Inhalt der Behandlung entsprochen haben, da – wie oben dargelegt – § 8 KHEntgG lediglich den Anspruch auf Vergütung an sich begründet, nicht aber die konkrete Höhe, welche über die geltenden DRG-Grundlagen zu bewerten sind. Ein Rückgriff auf die Vorschrift des § 137c Abs. 2 Satz 2 SGB V war aufgrund des bereits dem Grunde nach entstandenen Anspruchs über § 8 KHEntgG nicht erforderlich.

## **28**

Vorliegend hat der MD aber keine inhaltlichen Einwendungen gegen die konkret abgerechneten OPS erhoben. Für das Gericht zeichnen sich gleichfalls keine evidenten Mängel der beiden abgerechneten OPS samt Zusatzentgelten ab. Zwar ist dem Gericht aus parallel anhängigen Verfahren bekannt, dass sich die Klägerin mit verschiedenen Krankenkassen durchaus um die Frage streitet, ob die durchgeführte CRP-Apherese eine tatsächlich eine Art der Immunadsorption darstellt, oder nicht, offensichtlich abwegig ist diese Argumentation der Klägerin aber im Hinblick auf verschiedene Aufsätze zu dieser Thematik nicht. Aus o.g. Gründen aufgrund des Einwendungsausschlusses nach § 106a Abs. 3 SGG hat das Gericht in diesem konkreten Verfahren – anders als in den anderen anhängigen Verfahren ohne Ausschluss nach § 106a Abs. 3 SGG – gerade keine weiteren Ermittlungen in dieser Sache zu tätigen, zumal von Seiten der Beklagten bis heute kein Einwand in dieser Hinsicht erhoben wurde, weder im Verwaltungsverfahren, noch im Klageverfahren und auch bis heute nicht einmal ein Sachantrag von dieser gestellt wurde.

## **29**

Die von der Klägerin abgerechneten beiden OPS 8-821.10 (=Immunadsorption und verwandte Verfahren: Immunadsorption mit regenerierender Säule zur Entfernung von Immunglobulin und/oder Immunkomplexen: Ersteinsatz) und 8-821.11 (=Immunadsorption und verwandte Verfahren: Immunadsorption mit regenerierter

Säule zur Entfernung von Immunglobulin und/oder Immunkomplexen: Weitere Anwendung) sowie die diesbezüglichen Zusatzentgelte 2019/2020-12 (=Immunadsorption) wurden damit zu Recht von der Klägerin in Ansatz gebracht und damit im Ergebnis auch die von dieser abgerechnete DRG.

### **30**

Mit der zutreffend von Seiten der Klägerin erfolgten Abrechnung ist die Beklagte ergänzend hinsichtlich des weiter gestellten Hilfsantrages zur Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275c Abs. 1 SGB V zu verurteilen. Der Zinsanspruch beruht auf § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V. m. § 286 Abs. 1, 2 BGB. Die Beklagte hat mit dem als Anlage K1c übersandten Schreiben vom 08.07.2021 die Aufwandspauschale zurückgewiesen und endgültig abgelehnt. Ab diesem Zeitpunkt ist Verzug eingetreten, sodass nicht nur Prozesssondern auch Verzugszinsen durch die Beklagte zu zahlen sind. Einwende wurde auch hier von der Beklagten keine erhoben und sind auch nicht offensichtlich ersichtlich.

### **31**

Der Klage war hiernach insgesamt stattzugeben.

### **32**

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Satz 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Der Streitwert war nach der mit der Klage geltend gemachten Klageforderung samt Hilfsforderung festzusetzen, denn gemäß § 197a SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG) ist bei einer Klage auf eine bezifferte Geldleistung deren Höhe maßgebend. Die geltend gemachten Zinsen waren gemäß § 43 Abs. 1 GKG nicht zu berücksichtigen.