

S 14 KR 346/19

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 14 KR 346/19
Datum
19.03.2021
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 283/21
Datum
13.06.2024
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 46/24 B
Datum
22.04.2025
Kategorie
Gerichtsbescheid

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 15.879,57 € nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.06.2017 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.
3. Der Streitwert wird auf 15.879,57 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Vergütung für die stationäre Behandlung der bei der Beklagten versicherten Patientin E. K. im Zeitraum vom 16.01. bis 31.01.2017 in Höhe von 15.879,57 € und hierbei insb. um die Frage, ob medizinische Unterlagen der Klägerin angefordert wurden.

Die Klägerin behandelte die am 11.03.1981 geb. Patientin E. K. in ihrer Klinik im Zeitraum vom 16.01. bis 31.01.2017 vollstationär.

Aufgrund der am 10.12.2015 übermittelten Aufnahmeanzeige übersandte die Beklagte am 12.12.2015 eine Kostenübernahme an die Klägerin.

Mit Rechnung vom 03.03.2017 machte sie einen Betrag in Höhe von 20.714,78 € auf der Grundlage des DRG 106C geltend, den die Beklagte beglich.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) teilte der Klägerin am 16.03.2017 mit, er habe einen Prüfauftrag von der Beklagten erhalten. Prüfgegenstand sei die Kodierprüfung.

Die Beklagte nahm unter Datum vom 20.06.2017 Aufrechnungen mit weiteren unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderweitigen Behandlungsfällen in Höhe des strittigen Betrags von 15.879,57 € vor.

Die Klägerin hat am 23.12.2019 die Klage erhoben. Sie trägt vor, nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand der Krankenhausärzte - ex ante - sei die Krankenhausbehandlung im gesamten Behandlungszeitraum medizinisch erforderlich und begründet gewesen. Insb. zeige sich ihre Abrechnung hinsichtlich Kodierung und Verweildauer korrekt und auf Grundlage der Abrechnungsbestimmungen erstellt. Sie habe zwei gleichlautende Prüfanzeigen der Beklagten am 16.03.2017 um 11:00:07 Uhr und 11:20:44 Uhr erhalten. In beiden sei eindeutig eine Begehung beschrieben. Mit keinem Wort sei eine Unterlagenübersendung begehrt worden. Die Beklagte habe mit leistungsrechtlicher Entscheidung vom 30.05.2017 mitgeteilt, dass sie, die Klägerin, keine Unterlagen an den MDK übersandt habe. Daraufhin habe die Beklagte den Klagebetrag aufgerechnet. Die Prüfanzeige des MDK vom 23.03.2017 habe sie nicht erhalten. Der MDK übersende Prüfanzeigen per Fax. Einen Faxsendebericht habe die Beklagte nicht vorgelegt. Der vorgelegte Faxsendebericht datiere auf den 15.03.2017 und damit acht Tage vor Erstellung des Schreibens. Das sei widersprüchlich.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 15.879,57 € nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.06.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die Klägerin habe es unterlassen, dem MDK auf Anforderung Unterlagen zur Überprüfung der Rechnung zu übersenden, so dass die Rechtsfolge des § 7 Abs. 2 PrüfVv gelte, der eine materielle Ausschlussfrist enthalte, was zwischenzeitlich das Bundessozialgericht bestätigt habe (BSG, Urt. v. 19.11.2019 - [B 1 KR 33/18 R](#)). Vor diesem Hintergrund erfolge ihrerseits keine weitergehende Überprüfung der Patientenakte, ob der Vergütungsanspruch der Klägerin zutreffend gewesen wäre. Sie übersende ein Schreiben des MDK vom 23.03.2017, mit dem dieser diverse Unterlagen angefordert habe. Das Schreiben sei per Fax erfolgreich übersandt worden, was die elektronische Zustellbestätigung belege.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 22.02.2021 angehört. Eine Zustimmung der Beteiligten ist nicht erforderlich.

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch unbegründet. Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von 15.879,57 € nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.06.2017. Der Klage war daher stattzugeben.

Die Beklagte war nicht berechtigt, mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog [§ 387 BGB](#) die Aufrechnung zu erklären (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 13/15 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 52, juris Rdnr. 9 m. w. N.). Es fehlt an einem Erstattungsanspruch. Das Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ist von der Beklagten zwar eingeleitet worden. Es fehlt jedoch an einem Nachweis, dass die Einleitung des Prüfverfahrens auch der Klägerin bekanntgegeben wurde und sie die strittige Anforderung der Patientenunterlagen erreicht hat. Die Beklagte trägt die Beweislast für den Nachweis der Anforderung der Unterlagen, auch wenn die Anforderung durch den MDK erfolgt. Eine unterlassene Prüfung durch den MDK ist im Gerichtsverfahren nicht nachholbar. Wegen nicht nachweisbarer wirksamer Einleitung eines Prüfverfahrens bestand der Erstattungsanspruch nicht. Von daher kann dahinstehen, ob überhaupt eine fehlerhafte Kodierung der Klägerin vorlag.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die vollstationäre Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i. S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (i. d. F. durch Art. 1 Nr. 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser <Fallpauschalengesetz - FPG> vom 23.04.2002, [BGBl I 1412](#)) i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (hier anzuwenden i. d. F. durch Art. 2 Nr. 5 Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz <2. FPÄndG> vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) sowie die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 (Fallpauschalenvereinbarung 2015 - FPV 2015) i. V. m. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (<KHG> i. d. F. durch Art. 18 Nr. 4 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz <GKV-WSG> vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)), ergänzt durch den Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen (vgl. BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 18/15 R](#) - [BSGE 120, 78](#) = SozR 4-2500 § 39 Nr. 24, juris Rdnr. 9 m. w. N.; BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 51, juris Rdnr. 11 m. w. N.).

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die noch strittige Vergütung i. H. v. 15.879,57 € zustand. Eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (vgl. BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 13/15 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 52, juris Rdnr. 8 m. w. N.). Strittig ist nur, ob die Klägerin hinreichend ihren Nachweispflichten für die stationäre Behandlungen des Versicherten der Beklagten nachgekommen ist und ihr eine Vergütung dafür zustand. Dabei ist zwischen den Beteiligten strittig, ob die Klägerin im Prüfverfahren hinreichend mitgewirkt hat bzw. ob die Beklagte ein Prüfverfahren eingeleitet hat.

[§ 275 Abs. 1c SGB V](#) beinhaltet ein prärechtliches Beschleunigungsgebot. [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) ordnet in Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) an, dass eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) „zeitnah“ durchzuführen ist. Dieses wird in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) für den ersten Prüfabschnitt dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Leitet die Krankenkasse die Prüfung nicht spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei ihr ein und zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig nach [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) an, bewirkt dies ein sich auch auf Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot. Das Beweisverwertungsverbot des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) knüpft an die Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens mit dem Ziel einer Abrechnungsminderung an, das auch zum Gegenstand hat, dass das Krankenhaus im Rahmen einer Einzelfallprüfung Sozialdaten des nach [§ 39 SGB V](#) behandelten Versicherten dem MDK zur Verfügung stellt. Im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK bestehen Auskunfts- und Prüfpflichten auf drei Ebenen: Auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung hat das Krankenhaus zunächst alle Angaben nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) zu machen, und zwar zutreffend und vollständig. Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den - medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten - Mitarbeitern der Krankenkassen aufgrund der gebotenen Angaben nach [§ 301 SGB V](#) oder eines etwaigen Kurzberichts nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten. Danach ist beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten und ansonsten zur Verfügung stehenden Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dazu hat die Krankenkasse dem MDK gemäß [§ 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) alle in ihrem Verfügungsbereich befindlichen und zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung hat das

Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung - wenn sich also unter Auswertung der auf der ersten und zweiten Stufe verfügbaren Sozialdaten kein abschließendes Ergebnis finden lässt - nach [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) dem MDK auch über die Daten nach [§ 301 SGB V](#) und einen etwaigen Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. MDK-Prüfungen nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#), die sich auf von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellte Sozialdaten der Versicherten stützen sollen, betreffen nur diese dritte Stufe. Schritte der Krankenkasse, die im Vorfeld bloß abklären sollen, ob überhaupt ein Prüfverfahren i.S. von [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) einzuleiten ist, rechnen noch zur ersten Stufe. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Informationsbeschaffung ohne Mithilfe des MDK datenschutzrechtlich zulässig und die Auswertung der gewonnenen Informationen ohne Hilfe des MDK möglich ist. Die Krankenkasse darf sich auf die vom Versicherten erlangte Kenntnis berufen. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) soll das Krankenhaus nur vor einem unangemessenen Mehraufwand durch MDK-Prüfungen schützen. Es widerspräche hingegen dem Sinn der Vorschrift und dem Regelungssystem, wenn die Krankenkasse gezwungen wäre, auch in solchen Fällen den MDK zur Datenerhebung beim Krankenhaus einzuschalten, in denen das Krankenhaus seinen primären Informationspflichten nicht ausreichend nachgekommen ist und die Krankenkasse das Krankenhaus sogar durch anderweit in datenschutzrechtlich zulässiger Weise eingeholte Sozialdaten auf diesen Missstand hingewiesen hat (vgl. BSG, Urt. v. 13.11.2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 1, juris Rdnr. 28 ff.).

Nach der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 03.02.2016 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., die zum 01.01.2017 in Kraft getreten ist, sollen sich der MDK und das Krankenhaus darauf verständigen, ob die Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgt. Ist eine Verständigung nicht möglich, entscheidet der MDK, ob er von seiner Befugnis nach [§ 276 Absatz 4 SGB V](#) zu einer Prüfung vor Ort Gebrauch macht. In den übrigen Fällen erfolgt eine Prüfung im schriftlichen Verfahren (§ 7 Abs. 1 PrüfV).

Nach § 7 Abs. 2 PrüfV kann bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren der MDK die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Dabei kann sowohl der MDK die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln.

Die Beklagte macht einen Anspruch aus § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV geltend. Übermittelt das Krankenhaus die Unterlagen nicht innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung (§ 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV), so hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. Die PrüfV ist jedenfalls für Krankenhausbehandlungen, die ab dem 01.01.2016 bzw. – ab Geltung der hier maßgeblichen PrüfV ab 01.01.2017 - oder später begonnen haben, aufgrund der Neuregelung der Prüfungen gemäß [§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) durch Art. 6 Nr. 21a des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) vom 10.12.2015 ([BGBl. I 2229](#)) mit Wirkung vom 01.01.2016 (vgl. Art 6 Nr. 21a, Art. 9 Abs. 1 KHSG) anwendbar (vgl. BSG, Urt. v. 23.05.2017 - [B 1 KR 24/16 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr. 8, juris Rdnr. 32).

Die Beklagte trägt die Beweislast für den fehlenden Nachweis des Zugangs der Unterlagenanforderung.

Die Klägerin bestreitet, eine Unterlagenanforderung erhalten zu haben. Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MDK die Übersendung einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt (§ 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV). Dem geht die Einleitung des Prüfverfahrens voraus. Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung nach § 3 Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit deren Abrechnung nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus die Auffälligkeiten innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen, und hierzu zumindest die Art der Prüfung wie folgt zu bestimmen:

- eine Teilprüfung der Abrechnung (bestimmte Diagnosen, bestimmte Prozeduren etc.),
- eine Vollprüfung der Abrechnung (alle abrechnungsrelevanten Diagnosen/Prozeduren etc.),
- eine Fehlbelegungsprüfung oder
- Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.).

Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in dieser Frist zugehen (§ 4 PrüfV).

Die Beklagte kann nicht nachweisen, dass der MDK die Klägerin zur Übersendung von Unterlagen aufgefordert hat.

Der MDK forderte mit Schreiben vom 23.03.2017 verschiedene Krankenunterlagen an. Die Beklagte kann allerdings nicht nachweisen, dass dieses Schreiben der Klägerin auch zugegangen ist.

Der von der Beklagten vorgelegte Faxe-Sendebericht datiert auf den 15.03.2017 und damit acht Tage vor Erstellung des Schreibens. Insb. zeigt der vorgelegte Faxe-Sendebericht nur die Übermittlung von einer Seite an, die Prüfanzeige des MDK vom 23.03.2017 umfasst aber zwei Seiten. Auch wird die Dauer der Übersendung mit lediglich 31 Sekunden, die Dauer der Übersendung des einseitigen Schreibens des MDK vom 15.03.2017 bereits mit 32 Sekunden angegeben. Damit kann nicht nachgewiesen werden, dass der auf den 15.03.2017 datiert Faxe-Sendebericht tatsächlich die Übermittlung des Schreibens des MDK vom 23.03.2017 betrifft. Von daher kommt es auch nicht darauf an, welcher Beweiswert einem Faxe-Sendebericht beizumessen ist (vgl. SG Marburg, Gerichtsb. v. 01.11.2019 - S 14 KR 10/18 -, Umdruck S. 7 f.). Die Beklagte hat mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 15.02.2021 selbst eingeräumt, dass weitere Unterlagen und Informationen über die Sendungsmodalitäten ihr nicht zur Verfügung stehen.

Die Beweislast für den Nachweis für den Zugang der Unterlagenanforderung durch den MDK trägt aber die Beklagte. Soweit die Unterlagenanforderung durch den MDK erfolgte, ist dies der Beklagten zuzurechnen (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - [BSGE 111, 58](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24, juris Rdnr. 29). Eine Begrenzung der gerichtlichen Amtsermittlungspflicht ist nach [§ 103 SGG](#) geboten, soweit das Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) verspätet eingeleitet worden und deshalb eine Prüfung durch den MDK nach [§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) ausgeschlossen ist (vgl. BSG, Urt. v. 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - [BSGE 111, 58](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr. 24, juris Rdnr. 28). Dies gilt auch, wenn es an einem Nachweis für die Unterlagenanforderung durch den MDK fehlt. Die PrüfV nennt für die Anforderung der Unterlagen zwar nicht ausdrücklich eine bestimmte Frist. Die PrüfV soll aber ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) näher regeln (§ 1 Abs. 1 Satz 1 PrüfV). Für die Einleitung des Prüfverfahrens gilt eine Frist von sechs Wochen (§ 4 PrüfV). Im Rahmen eines Vorverfahrens können vom Krankenhaus Unterlagen in einem Zeitraum bis zu sechs Wochen nach

Einleitung des Prüfverfahrens der Krankenkasse erneut zugeleitet werden. Nach Beendigung des Vorverfahrens hat die Einleitung des Prüfverfahrens spätestens nach 12 Wochen zu erfolgen (§ 6 Abs. 2 Satz 1 PrüfvV). Insgesamt betragen Fristen nach der PrüfvV längstens 12 Wochen. Es liegt nahe, auf die Anforderung auch die Frist von acht Wochen anzuwenden, die für die Übersendung der Unterlagen gilt (§ 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV), jedenfalls hat die Anforderung innerhalb einer 12 Wochen-Frist zu erfolgen. Entsprechend § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV handelt es sich um eine Frist, die einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist entspricht (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.04.2018 - [L 11 KR 936/17](#) - juris Rdnr. 53). Die Regelung von Ausschlussfristen hält die Kammer für zulässig (vgl. SG Marburg, Gerichtsb. v. 02.01.2019 - [S 14 KR 1/18](#) - juris, Rdnr. 35 ff. m.w.N., Berufung zurückgewiesen durch: LSG Hessen, Urt. v. 27.08.2020 - [L 8 KR 41/19](#) - juris, Revision anhängig beim BSG - [B 1 KR 32/20 R](#) -).

Der Zinsanspruch folgt aus § 10 Abs. 5 des Vertrages über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen.

Nach allem war der Klage stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden. Der Streitwert folgte aus der Klageforderung. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-05-26