

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 16.12.2008, B 1 KR 10/08 R

Krankenversicherung - Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus -
Geltendmachung der Fallpauschalenvergütung durch aufnehmendes Krankenhaus

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten über den Anspruch auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten.
- 2 Die Klägerin betreibt das M. Krankenhaus in H., das zur Versorgung der Versicherten zugelassen ist. Sie nahm den bei der beklagten AOK versicherten, 1951 geborenen Hans-Jürgen S. (Versicherter) am 2.6.2004 in bewusstlosem Zustand auf. Das Computertomogramm ergab eine Stammganglienblutung links mit Ventrikeleinbruch. Deshalb wurde der Versicherte noch am selben Tag in die neurochirurgische Abteilung der beigeladenen A.-Klinik A. verlegt. Ab 23.6.2004 bedurfte der Versicherte nicht mehr weiterer neurochirurgischer, wohl aber internistischer Krankenhausbehandlung wegen stuporösem Zustand mit Kontaktunfähigkeit, Verdacht auf Sprachstörung, Halbseitenlähmung rechts und unkoordinierter Beweglichkeit links. Deshalb veranlasste die Beigeladene seine Rückverlegung in das Krankenhaus der Klägerin, wo er bis zur Entlassung am 9.7.2004 in der Frührehabilitation vollstationär versorgt wurde.
- 3 Die Klägerin berechnete der Beklagten für die Behandlung vom 23.6. bis 9.7.2004 insgesamt 5.702,94 Euro unter Berücksichtigung der DRG-Fallpauschale B70A (Apoplexie mit äußerst schwerem CC) und verschiedener Zuschläge (Rechnungen vom 13.7. und 17.8.2004). Die Beklagte wandte dagegen ein, entsprechend der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) habe für die Rückverlegung nach Abschluss der neurochirurgischen Versorgung bei der Beigeladenen "kein medizinisch zwingender Grund" bestanden. Der Behandlungsfall sei insgesamt mit der bereits an die Beigeladene gezahlten Fallpauschale DRG A13Z (Langzeitbeatmung mehr als 95 und weniger als 144 Stunden) abgegolten.
- 4 Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung von 5.702,94 Euro nebst 5 % Zinsen auf 5.632,94 Euro seit 4.8.2004 und auf weitere 70 Euro seit 8.9.2004 verurteilt: Nach § 1 Abs 1 Satz 2 Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004) rechne jedes beteiligte Krankenhaus bei Verlegung eines Versicherten in ein anderes Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Auf die Einwendung der Beklagten, dass die Verlegung hier nicht zwingend notwendig gewesen sei, komme es danach nicht an (Urteil vom 19.2.2008).

- 5 Mit ihrer Sprungrevision rügt die Beklagte eine Verletzung der §§ 2 Abs 4, 12 Abs 1 Satz 2, 39 Abs 1 Satz 3, 70 Abs 1 Satz 2, 108, 109 Abs 4 SGB V sowie § 17c Abs 1 Nr 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Sie trägt vor, die Behandlung des Versicherten habe nicht zu einem öffentlich-rechtlichen Vertrag geführt. Mit Übernahme der Behandlung am 2.6.2004 sei die Pflicht der Beigeladenen entstanden, dem Versicherten vollstationäre Behandlung zu gewähren. Der Krankenhausträger habe durch geeignete Maßnahmen darauf hinzuwirken, dass eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibe (§ 17c Abs 1 Nr 2 KHG iVm § 69 Satz 3 SGB V). Dies entspreche dem allgemeinen Rücksichtnahmegebot des § 241 Abs 2 BGB. Deshalb habe die Beigeladene die gesamte vollstationäre Krankenhausbehandlung bis zur Entlassung in die Frührehabilitation zu leisten gehabt. Die Gesamtbehandlung vom 2.6. bis 9.7.2004 sei ein einheitlicher Behandlungsfall. Zwar sei die gesamte stationäre Behandlung medizinisch notwendig gewesen, nicht aber die Verlegung. § 4 Abs 1 Satz 6 des Vertrags "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" der Beklagten mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft vom 19.12.2002 sehe dementsprechend vor, dass dann, wenn im Verlauf der Behandlung die medizinische Notwendigkeit der Durch- oder Fortführung der Krankenhausbehandlung festgestellt werde, die Verweisung bzw Verlegung des Versicherten in eines der nächsten erreichbaren geeigneten und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser unverzüglich zu veranlassen sei. Erst die medizinische Notwendigkeit der Verlegung begründe eine Zahlungsverpflichtung gegenüber dem aufnehmenden Krankenhaus. Diese Frage sei in den

abrechnungstechnischen Vorschriften Vorschriften der KFPV 2004 nicht geregelt, sondern diesen Vorschriften gegenüber vorgreiflich. Anderes würde bedeuten, den Krankenhäusern einen Fehlanreiz für medizinisch nicht indizierte Verlegungen zu geben und einem erlösoptimierenden Patiententourismus Vorschub zu leisten. Sie (die Beklagte) habe mit ihrer Zahlung an die Beigeladene ihre Verpflichtung erfüllt.

- 6 Die Beklagte beantragt ,
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 19. Februar 2008 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 7 Die Klägerin beantragt ,
die Revision zurückzuweisen.
- 8 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.
- 9 Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Entscheidungsgründe

- 10 Die zulässige Sprungrevision der Beklagten ist nicht begründet.
 - 11 Zu Recht hat das SG die Beklagte verurteilt, der Klägerin 5.702,94 Euro nebst Zinsen zu zahlen, da die Klägerin hierauf Anspruch wegen der Behandlung des Versicherten vom 23.6. bis 9.7.2004 hat. Alle Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs sind erfüllt. Nach der hier maßgeblichen Abrechnungsregelung des § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 kommt es nicht darauf an, dass die Verlegung am 23.6.2004 vom Krankenhaus der Beigeladenen in das Krankenhaus der Klägerin nicht medizinisch zwingend notwendig gewesen ist (dazu 2.). Die dagegen erhobenen Einwendungen der Beklagten greifen nicht durch (dazu 3.).
 - 12 1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Die Klägerin macht zu Recht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die Krankenhaus(KH-)behandlung eines Versicherten gegen die Beklagte mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein sog Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (*vgl BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3; Bundessozialgericht <BSG>, Urteil vom 10.4.2008 - B 3 KR 19/05 R - RdNr 10, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (*vgl zur Notwendigkeit BSGE 83, 254, 263 = SozR 3-2500 § 37 Nr 1; BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2*).
 - 13 2. Die Voraussetzungen des streitigen Vergütungsanspruchs sind erfüllt. Es besteht zwischen den Beteiligten kein Streit darüber, dass der Versicherte vom 23.6. bis 9.7.2004 überhaupt der KH-Behandlung bedurfte (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V) und dass die erbrachte Behandlungsleistung der Klägerin die Voraussetzungen der abgerechneten Positionen - DRG B70A (Apoplexie mit äußerst schwerem CC), Systemzuschlag ZUQW, DRG-Systemzuschlag DRGSYS sowie Zuschlag Qualitätssicherung QS - als solche erfüllte. Das entspricht auch den Feststellungen des SG. Die Beteiligten streiten ausschließlich darüber, ob der Anspruch der Klägerin zusätzlich voraussetzt, dass die Verlegung des Versicherten von der Beigeladenen zur Klägerin am 23.6.2004 medizinisch zwingend notwendig gewesen ist. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist die Notwendigkeit der Verlegung keine Anspruchsvoraussetzung. Das folgt aus Wortlaut (dazu a), Entstehungsgeschichte (dazu b), Regelungszweck (dazu c) und -system (dazu d).
- 14
- a) Nach dem Wortlaut aller die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs begründenden und bildenden Normen ist die Verlegungsnotwendigkeit keine zusätzliche Vergütungsvoraussetzung für den Anspruch des aufnehmenden Krankenhauses bei erfolgter Verlegung des Versicherten. § 1 Abs 1 KFPV 2004 bestimmt (nur) Folgendes: "Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die

Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalenkatalog und den dazugehörigen Abrechnungsregeln abgerechnet. Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird nach Maßgabe des § 3 gemindert; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind. Eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind." Danach kommt es auch bei dem Versicherten nach Abs 1 Satz 2 der Regelung allein auf den - näher definierten - Umstand der "Verlegung" als solchen an.

- 15 § 1 Abs 1 KFPV 2004 ist für den Vergütungsanspruch der Klägerin für die stationäre Behandlung des Versicherten in ihrem Krankenhaus vom 23.6. bis 9.7.2004 maßgeblich. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist nämlich § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V und § 7 Satz 1 Nr 1 KHEntgG (*Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen idF durch Art 2 Nr 5 des Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientiertem Fallpauschalensystem für Krankenhäuser vom 17.7.2003, BGBl I 1461*) iVm der Anlage 1 Teil a) der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (*Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004 vom 13.10.2003, BGBl I 1995*) iVm § 17b Abs 1 Satz 1 KHG (*Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz - idF durch Art 13 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Modernisierungsgesetz <GMG> vom 14.11.2003, BGBl I 2190, in Kraft getreten am 1.1.2004*). Nach § 17b Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein (Satz 2). Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet (Satz 3). Nach § 17b Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 KHG vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert Nach § 17b Abs 6 Satz 1 KHG wird das Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1.1.2004 eingeführt. Gemäß § 17b Abs 7 KHG wird das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats 1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Abs 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; Nach § 1 Abs 1 KHEntgG werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergütet. § 7 Satz 1 KHEntgG bestimmt: "Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet: 1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9), 2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9)," Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 Satz 2 KHEntgG). Nach § 8 Abs 2 Satz 1 KHEntgG werden Fallpauschalen für die Behandlungsfälle berechnet, die in dem Fallpauschalenkatalog nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 bestimmt sind. Nach § 9 Abs 1 Nr 1 KHEntgG vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der DKG (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere einen Fallpauschalenkatalog nach § 17b Abs 1 Satz 10 KHG einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und deren Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge, Kommt eine Vereinbarung zu Abs 1 Satz 1 Nr 4 bis 6 und Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs 6 KHG; in den übrigen Fällen gilt § 17b Abs 7 KHG (§ 9 Abs 2 KHEntgG). Weil hier eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 17b Abs 2 KHG nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien, die DKG, insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat, hat das BMGS die KFPV 2004 erlassen.

b) Auch die Entstehungsgeschichte des § 1 Abs 1 KFPV 2004 belegt, dass der

Vergütungsanspruch eines aufnehmenden Krankenhauses bei Verlegung eines Patienten nicht von der Verlegungsnotwendigkeit abhängt. Danach gibt § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 vor, dass bei Verlegungen "jedes der beteiligten Krankenhäuser eigenständig eine Fallpauschale abrechnet". Dies gilt "unabhängig davon, ob ein Patient nach Hause entlassen oder verlegt" wird. Wird zB in einer Klinik eine Herzoperation durchgeführt, rechnet diese eine entsprechend hohe operative DRG ab. Wörtlich heißt es: "Nach Verlegung der Patienten in ein weiterbehandelndes, oft wohnortnahes Krankenhaus rechnet dieses eigenständig eine weitere, nicht-operative Fallpauschale ab" (vgl *Begründung zum Referentenentwurf KFPV 2004, Stand 2.9.2003, zu B. Einzelbegründung zu § 1 Abs 1 Satz 2, recherchiert am 26.11.2008 unter <http://www.dkgev.de/media/file/2532.122.pdf>*).

- 17 c) Der Zweck der Regelung in § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 zielt darauf ab, entsprechend den Vorgaben der Ermächtigungsgrundlagen in § 17b Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 und Satz 2 KHG (vgl oben) das Abrechnungssystem praktikabel auszugestalten, ohne zusätzliche Kosten zu verursachen. Kostenneutralität ist dadurch gesichert, dass nach § 17b Abs 6 Satz 3 KHG das Vergütungssystem für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt wird. Dies bedeutet, dass die Höhe der DRG-Vergütung sich grundsätzlich noch nicht auf die Höhe des Krankenhausbudgets auswirkt (vgl *Begründung, aaO, A. Allgemeiner Teil S 1*). Das Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) wird noch nach den Regeln des bisher geltenden Rechts mit den Krankenkassen verhandelt (§ 6 Abs 1 Bundespflegesatzverordnung <BPfIV>), also in seiner Höhe noch nicht durch die DRG-Fallpauschalen bestimmt. Das Budget wird mit den neuen DRG-Fallpauschalen gegenüber den einzelnen Krankenkassen oder gegenüber den Patientinnen oder Patienten abgerechnet. Die Fallpauschalen sind somit lediglich Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget (vgl *Begründung, aaO, B. Einzelbegründung zu Abschnitt 1*).
- 18 d) Schließlich verdeutlicht auch das Regelungssystem, dass der Vergütungsanspruch eines aufnehmenden Krankenhauses bei Verlegung eines Patienten nicht von der Verlegungsnotwendigkeit abhängen soll. Denn der Verordnungsgeber ist mit der Regelung des § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 bewusst nicht dem abweichenden System des § 14 Abs 5 und Abs 11 BPfIV (*idF der VO vom 9.12.1997, BGBl I 2874*) gefolgt. Hiernach werden bei Verlegungen im Rahmen einer Zusammenarbeit von Krankenhäusern einheitliche Fallpauschalen berechnet, die zwischen den beteiligten Krankenhäusern "aufzuteilen" sind (vgl *dazu BSG SozR 4-2500 § 19 Nr 4 RdNr 19 ff, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen*). Weil das Vergütungssystem für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt wird, ändert sich im Gesamtergebnis - wie dargelegt - weder die Erlössituation für die mit dem DRG-Vergütungssystem abrechnenden Krankenhäuser noch die Gesamtbelastung der Krankenkassen.
- 19 Nur ergänzend weist der Senat darauf hin, dass Entsprechendes für die Konvergenzphase ab 2005 gilt. Nach § 17b Abs 3 Satz 5 KHG wird erstmals für das Jahr 2005 nach § 18 Abs 3 Satz 3 KHG ein Basisfallwert vereinbart. Weil die - von den Selbstverwaltungspartnern fortgeführte - Regelung des § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 zur Abrechnung einer erhöhten Fallzahl führt (sowohl das verlegende als auch das übernehmende Krankenhaus rechnen hier jeweils eine Fallpauschale ab), wird der Landesbasisfallwert bei unveränderter Höhe des Landesbudgets entsprechend abgesenkt, sodass lediglich eine abweichende Kostenzuordnung zu den einzelnen Krankenhäusern erfolgt.

20 3. Die von der Beklagten dagegen vorgetragene Gesichtspunkte greifen nicht durch.

21

Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt es für den Vergütungsanspruch der Klägerin nicht auf die Verlegungsnotwendigkeit am 23.6.2004 an (vgl oben 2.). Abgesehen davon besteht im Fall des Versicherten keinerlei Anhalt dafür, dass der Verlegung ein rein ökonomisch begründeter "Verlegungstourismus" zugrunde gelegen hat; denn die ökonomische Gesamtbelastung der Krankenkassen ändert sich durch den Abrechnungsmodus des § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 - wie dargelegt - nicht. Im Übrigen war der Versicherte ab 23.6.2004 nicht mehr neurochirurgisch behandlungsbedürftig, bedurfte wohl aber noch intensiv-medizinischer internistischer Krankenhausbehandlung; dies hat auch der von der Beklagten eingeschaltete MDK nicht in Zweifel gezogen, sondern nur die Notwendigkeit der Verlegung in ein anderes Krankenhaus als solche verneint. Nach den Ausführungen des Oberarztes Dr. W. gegenüber dem SG war das Krankenhaus der Klägerin das nächstliegende, das dem Versicherten ein Bett zur Verfügung stellen konnte. Insoweit hat die Beklagte selbst nicht in Zweifel gezogen, dass zumindest die Verlegung in eine andere geeignete Abteilung des Krankenhauses der Klägerin hätte erfolgen müssen, und dass das

Intensivbett bei der Beigeladenen mit neurochirurgischer Betreuung für andere, akut behandlungsbedürftige Patienten freizumachen war. Der Regelungsmechanismus des § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 ermöglicht es indes, dass das aufnehmende Krankenhaus zur Erstellung einer korrekten Abrechnung nicht darauf angewiesen ist, zu überprüfen, ob anderweitig ein aufnahmeberechtigtes, näherliegendes Krankenhaus zur Behandlung des Versicherten in der Lage gewesen wäre.

- 22 Auch die weiteren Einwendungen der Beklagten greifen nicht. Um eine "vorzeitige" Verlegung aus der neurochirurgischen Abteilung in eine internistische Abteilung ging es vorliegend nicht. Im Übrigen ist § 17c Abs 1 Nr 2 KHG auf die Prüfung des verlegenden, nicht des aufnehmenden Krankenhauses (hier: der Klägerin) gerichtet. Das aufnehmende Krankenhaus hat außer den allgemeinen Leistungsvoraussetzungen lediglich zu prüfen, ob weiterhin stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist und es selbst im Rahmen seiner Zulassung die erforderliche Krankenhausbehandlung erbringen darf. Soweit es sich in diesem Rahmen hält, ist es unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen nicht dazu berufen, Überlegungen zu einer Abrechnungsoptimierung im Interesse der Krankenkasse des Versicherten anzustellen. Die ausdrückliche Regelung in § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 verdeutlicht, dass man einem aufnehmenden Krankenhaus, das sich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und der Abrechnungsbestimmungen bewegt, wie es bei der Klägerin der Fall gewesen ist, entgegen der Ansicht der Beklagten auch kein Verstoß gegen ein Rücksichtnahmegebot vorwerfen kann. Die Regelung über Fahrkosten in § 60 SGB V ist bei alledem - anders als die Klägerin und das SG meinen - allerdings ungeeignet, Rückschlüsse auf die Auslegung des § 1 Abs 1 Satz 2 KFPV 2004 zu ziehen.
- 23 4. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 14 iVm § 12 des Vertrags über die "allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" vom 19.12.2002, wie ebenfalls zwischen den Beteiligten nicht streitig ist.
- 24 5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 Gerichtskostengesetz.
-
-