

L 8 KR 32/19

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 28 KR 105/16
Datum
10.12.2018
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 32/19
Datum
30.01.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 15/20 B
Datum
17.05.2021
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. Dezember 2018 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird endgültig auf 20.112,05 € festgesetzt.

Tatbestand

Im Streit steht die Vergütung der stationären Behandlung des bei der Beklagten versicherten C. (im Folgenden: Versicherter) vom 5. Februar bis 1. April 2015 in der Klinik der Klägerin und dabei insbesondere die Kodierbarkeit des OPS Kodes 8-98f.41 (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung, 1933 bis 2208 Aufwandspunkte).

Mit Rechnung vom 20. April 2015 sowie Rechnungskorrektur vom 9. Juni 2015 machte die Klägerin für die Behandlung des Versicherten unter Zugrundelegung der DRG A09B einen Betrag von insgesamt 75.750,35 € geltend. Nach Überweisung des Rechnungsbetrages am 8. Juli 2015 veranlasste die Beklagte eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Hessen mit Strukturgutachten vom 27. Oktober 2015. Darin führte der MDK aus, dass am 9. Oktober 2015 eine Prüfung vor Ort und ein gemeinsames Gespräch mit Vertretern der Klägerin sowie einer anschließenden Begehung der Intensivstation stattgefunden habe. Zur Gewährleistung eines kardiologischen Konsiliardienstes inklusive interventioneller Kardiologie mit Akut-PTCA (perkutane transluminale coronare Angioplastie) sei aufgrund des Fehlens eines Herzkatheterlabors in der Klinik der Klägerin seit Dezember 2014 ein Kooperationsvertrag mit dem Hospital zum heiligen Geist Frankfurt am Main geschlossen worden. Die Version 2015 des OPS-Kodes 8-98f beinhalte als zur Kodierung erforderliches Mindestmerkmal unter anderem die 24-stündige Verfügbarkeit der interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA. Zur Klärung der Frage, ob die im OPS-Kode 8-98f geforderte 24-stündige Verfügbarkeit der im Wortlaut des OPS-Kodes aufgelisteten Verfahren auch dann erfüllt sei, wenn im Rahmen eines Kooperationsvertrages beispielsweise Patienten in ein anderes Krankenhaus verbracht werden müssten, sei bereits 2013 eine Anfrage an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gestellt worden. In einer schriftlichen Stellungnahme vom 17. September 2013 habe das DIMDI geantwortet, dass für die Anwendung des OPS-Kodes 8-98f u.a. die 24-stündige Verfügbarkeit einer Interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA erforderlich sei. Diese Bedingung des OPS-Kodes könne nicht durch eine Kooperation mit anderen Kliniken gewährleistet werden, da hiermit auch die Vorhaltekosten, die diesen Kliniken entstehen, dokumentiert werden sollten. Der Wortlaut des OPS-Kodes 8-98f habe sich diesbezüglich in der aktuell gültigen Version des Jahres 2015 im Vergleich zum Wortlaut der Version des Jahres 2013 nicht geändert, so dass die Stellungnahme des DIMDI unverändert Bestand habe und in der sozialmedizinischen Beurteilung für den MDK verbindlich sei. Das im OPS-Kode 8-98f geforderte strukturelle Mindestmerkmal der 24-stündigen Verfügbarkeit der interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA könne vor diesem Hintergrund bei Fehlen eines eigenen Herzkatheterlabors im Bürgerhospital Frankfurt am Main nicht über die seit Dezember 2014 bestehende Kooperation erfüllt werden. Bezogen auf den konkreten Behandlungsfall führte der MDK mit weiteren Gutachten vom 17. Dezember 2015 aus, dass der OPS 8-98f.41 nicht erfüllt sei.

Am 22. Januar 2015 erklärte die Beklagte die Aufrechnung des hier streitigen Betrages in Höhe von 20.112,05 € mit Forderungen aus unstreitigen Behandlungsfällen der Klägerin. Hiergegen richtet sie die am 25. Februar 2016 vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhobene Klage.

Die Klägerin hat im erstinstanzlichen Verfahren den am 15. Dezember 2014 zwischen ihr und der Stiftung Hospital zum heiligen Geist (SHHG) geschlossenen Kooperationsvertrag vorgelegt. Nach dessen § 1 stimmen beide Vertragsparteien in der Absicht überein, die

Zusammenarbeit im Bereich der Versorgung von Patienten in den Fachbereichen der Kardiologie und Gefäßchirurgie zu intensivieren. Der Kooperationsvertrag solle die Grundlage bilden, dass konsiliarische Leistungen durch die Ärzte der SHHG für stationäre Patienten der Klägerin erfolgen könnten. In § 2 Nr. 1 der Vereinbarung verpflichtet sich die Klägerin zur Kooperation mit der SHHG bei Fällen, die einer kardiologischen Behandlung in Form einer Akut-PTCA bedürfen. Die SHHG verpflichtet sich im Gegenzug zu einer 24 stündigen garantierten Verfügbarkeit der (Mit-)Behandlung oder Übernahme dieser Patienten. Nach § 2 Nr. 2.b. fordert die Klägerin kardiologische und gefäßchirurgische konsiliarärztliche Leistungen bei den Ärzten der SHHG an. Diese verpflichtet sich demgegenüber innerhalb von max. 30 Minuten am Standort der Klägerin zu sein, um die angeforderten konsiliarärztlichen Leistungen bei intensivpflichtigen Patienten der Klägerin in den genannten Fachbereichen Kardiologie und Gefäßchirurgie zu erbringen und garantiert und gewährleistet die Möglichkeit einer 24-stündigen Inanspruchnahme dieser konsiliarischen Leistungen. Nach § 2 Nr. 2.d. erfolgten die konsiliarischen Leistungen an dem Ort, an dem sich der Patient aktuell in Behandlung befindet. Für die vereinbarten Leistungen werden Behandlungs- und Untersuchungszimmer, Untersuchungs- und Behandlungsgeräte und die erforderlichen Sachmittel durch den Leistungsanforderer zur Verfügung gestellt.

Mit Urteil vom 17. Dezember 2018 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch auf die streitige Vergütung der Krankenhausbehandlung des Versicherten auf der Grundlage der von ihr abgerechnete DRG A09B in Höhe von noch 20.112,05 €. Für die Abrechenbarkeit der von der Klägerin zugrunde gelegten DRG sei vorliegend die Kodierbarkeit der Prozedur 8-98f.41 entscheidungserheblich, die insoweit erlöswirksam sei, als sie die höher bewertete DRG A09B anstelle der DRG A09D auslöse. Die DRG A09B werde nur dann im Gruppierungsvorgang angesteuert, wenn Prozeduren nach OPS 8-98f zu kodieren seien. Der OPS 8-98f in der hier maßgebenden Fassung setze eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung u.a. mit dem Mindestmerkmal „24 stündige Verfügbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA“ voraus. Nach dem maßgeblichen Wortlaut des OPS müsse die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA im Umfang einer 24-stündigen Verfügbarkeit bestehen. Nicht ausreichend sei hingegen eine Verfügbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus, wie es beispielsweise für Leistungen von Laboratorium, Radiologie und Blutbank geregelt sei. Auch sei in der Formulierung zur Akut-PTCA nicht in klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken differenziert, woraus geschlossen werden könne, dass es sich um eine von der Klägerin selbst vorzuhaltende Leistung handeln müsse, die nicht durch andere Kliniken (entgeltlich) erbracht werden könne. Die im OPS 8-98f enthaltenen Regelungen zum Vorhalt von weiteren Konsiliardiensten anderer Fachgebiete seien als Ausnahmenvorschriften zu verstehen. Ausschließlich diese Leistungen und ggf. die im Rahmen einer 30-minütigen Verfügbarkeit benannten Leistungen könnten durch andere Kliniken für die Klägerin erbracht werden. Diese Einschätzung trage dem Umstand Rechnung, dass typischerweise Patienten in akut lebensbedrohlichen Situationen von der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung betroffen seien und daher zwingend eine schnellstmögliche medizinische Behandlung erforderlich sei. Ferner stehe die Einschätzung der Kammer auch im Zusammenhang damit, dass mit dem vorliegenden relativ hoch vergüteten Code auch die Vorhaltekosten, die der abrechnenden Klinik entstünden, dokumentiert werden sollten. Diese Vorhaltekosten entstünden der Klägerin vorliegend lediglich im Umfang von § 6 der Kooperationsvereinbarung. Die Klägerin sei im Ergebnis somit nicht berechtigt, die DRG A09B für die streitgegenständliche Behandlung in Rechnung zu stellen, da die Voraussetzungen für eine Kodierung von OPS 8-98f.41 nicht vorlagen. Die Vergütung habe stattdessen lediglich auf der Grundlage von der DRG A09D erfolgen können. Ein darüberhinausgehender Zahlungsanspruch der Klägerin bestehe nicht. Der Beklagten stehe damit ein entsprechender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, der von ihr habe wirksam aufgerechnet werden können.

Das Urteil ist am 9. Januar 2019 an die Klägerin zugestellt worden. Die Berufung der Klägerin ist am einem 18. Januar 2019 am Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass sie das Mindestmerkmal „24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren: (...) Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA“ durch die Kooperation mit dem Hospital zum heiligen Geist Frankfurt erfülle. Im OPS-Kode 8-98f der Version 2015 werde nur auf eine 24-stündige Verfügbarkeit der „interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA“ abgestellt, hingegen nicht gefordert, dass die 24-stündige Verfügbarkeit der interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA im behandelnden Krankenhaus selbst zur Verfügung stehen müsse. Insoweit lasse der Wortlaut zwei Varianten zu: Die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA werde als Verfahren im Krankenhaus selbst durchgeführt (1. Variante) bzw. die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA werde in einem Nachbar Krankenhaus, das ein Herzkatheterlabor vorhält, durchgeführt (2. Variante). Nach dem Wortlaut sei eine Einschränkung der Verfügbarkeit ausschließlich beim behandelnden Krankenhaus nicht erkennbar.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. Dezember 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 20.112,05 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 21. Januar 2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie sieht sich durch die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts bestätigt.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis zu einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten sowie der Patientenakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Der Senat konnte im Einverständnis der Beteiligten den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist in der Sache nicht begründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. Dezember 2018 ist nicht zu beanstanden. Der Klägerin steht der geltend gemachte Restanspruch in Höhe von 20.112,05 € aus der korrigierten Rechnung vom 9. Juni 2015 nicht zu, da insoweit die Voraussetzungen für eine Vergütung nach der DRG (Diagnosis Related Group) A09B mangels Kodierbarkeit des OPS 8-98f.41 nicht vorliegen. Von der Beklagten wurde in Höhe des Differenzbetrages zur der vorliegend allein abrechenbaren DRG A09B zu Recht eine Aufrechnung der zunächst auf die Rechnung erbrachten Gesamtforderung der Klägerin durchgeführt.

Wegen der rechtlichen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegenüber der Beklagten aufgrund der von ihr durchgeführten Krankenhausbehandlung des Versicherten und seiner Berechnung auf der Grundlage des DRG-Systems sowie des Anspruchs der Beklagten auf Durchführung der Aufrechnung des von ihr geltend gemachten Erstattungsanspruchs wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden und von den Beteiligten nicht in Abrede gestellten Ausführungen des Sozialgerichts Bezug genommen und von einer erneuten Darstellung abgesehen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Es steht weiterhin zwischen den Beteiligten nicht im Streit und ist für den Senat auch ansonsten nicht fraglich, dass sich ein Anspruch der Klägerin auf die streitgegenständliche Forderung von 20.112,05 € nur dann ergeben kann, wenn von dieser zu Recht die Prozedur 9-98f nach dem einschlägigen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert werden konnte.

Dieser lautet in der vorliegend maßgeblichen Version des Jahres 2015 wie folgt:

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Exkl.:

Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung

Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

Hinw.:

- Mindestmerkmale:
- Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin", der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren:
 - o Apparative Beatmung
 - o Nicht invasives und invasives Monitoring
 - o Kontinuierliche oder intermittierende Nierenersatzverfahren
 - o Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT
 - o Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
 - o Endoskopie
- 24-stündige Verfügbarkeit von einem der folgenden drei Verfahren:
 - o Intrakranielle Druckmessung
 - o Transösophageale Echokardiographie
 - o Mikrobiologische Diagnostik
- Mindestens 7 von den 9 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste (Klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie
- Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbare Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbank
- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie
- Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- Dieser Kode ist für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben...

(Es folgen weitere Unter-Kodierungen in Abhängigkeit von den Aufwandspunkten)

Diese Voraussetzungen für die Kodierung der Prozedur 9-98f waren für den streitgegenständlichen Behandlungsfall nicht erfüllt, da im Klinikum der Klägerin keine 24-stündige Verfügbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA bestand.

Zwar ist der seit dem Jahr 2013 im OPS 8-98f lautende Passus „...24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren...“ erst zum Jahr 2016 um die Ergänzung „...im eigenen Klinikum“ erweitert worden. Damit ist allerdings keine Neuregelung, sondern lediglich eine Klarstellung dahingehend erfolgt, dass die durch Kooperation mit einer anderen Klinik hergestellte 24-stündige Verfügbarkeit nicht den Anforderungen des OPS entspricht.

Der Begriff „24-stündige Verfügbarkeit“ bedeutet schon nach dem allgemeinen Sprachgebrauch eine rund um die Uhr bestehende jederzeitige Verfügbarkeit. Eine solche ist in Bezug auf ärztliche Leistungen nicht gegeben, wenn der betreffende Arzt nicht vor Ort präsent ist, sondern erst von einer anderen Klinik angefordert werden muss und dann zwangsläufig mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zur Verfügung steht.

Vom MDK ist insoweit im Gutachten vom 27. Oktober 2015 ausgeführt worden, dass seitens des Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) auf Anfrage zum insoweit wortgleichen OPS-Kode 8-98f der Version 2013 in einer schriftlichen Stellungnahme vom 17. September 2013 mitgeteilt worden ist, dass die Bedingung der 24-stündigen Verfügbarkeit des Verfahrens „Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA“ nicht durch eine Kooperation mit einer anderen Klinik gewährleistet werden kann, da mit diesem Kode auch die Vorhaltekosten, die der abrechnenden Klinik entstehen, dokumentiert werden sollen. Auch wenn der vom MDK eingeholten Auskunft des DIMDI für die Auslegung des OPS im gerichtlichen Verfahren keine maßgebliche Bedeutung beigemessen werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 35/18 R](#) –, juris Rn. 19), stimmt der Senat mit diesem inhaltlich überein.

Die übereinstimmend vom MDK, der Beklagten sowie dem Sozialgericht zugrunde gelegte Auslegung des OPS-Kode 8-98f ergibt sich zweifelsfrei aus dem übrigen Wortlaut des OPS in der Version 2015 im Zusammenhang. Der OPS 8-98f unterscheidet zwischen Verfahren, Fachgebieten oder Leistungen, die zwingend im abrechnenden Klinikum selbst jederzeit oder innerhalb eines bestimmten Zeitraums zur

Verfügung stehen müssen und solchen, die aufgrund einer Vereinbarung mit einer anderen Klinik von dieser für die abrechnende Klinik erbracht werden können (sog. Konsiliardienste). Solche Konsiliardienste werden im OPS-Kode 8-98f wie folgt ausdrücklich aufgeführt: „Mindestens 7 von den 9 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie.“ Eine Ausnahme von der jederzeitigen 24 stündigen Verfügbarkeit enthält der OPS 8-98f im Passus: „Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbare Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbank“. Hinsichtlich der „Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA“ ist die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Konsiliardienstes sowie die Aufweichung des Kriteriums „24 stündige Verfügbarkeit ... im eigenen Klinikum“ durch den Zusatz „Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbar“ hingegen nicht erfolgt. Für den Senat ergeben sich aus dem Wortlaut sowie dem Gesamtzusammenhang der Regelungen des OPS 8-98f keine Zweifel, dass lediglich in den ausdrücklich mit dem Zusatz „innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste“ versehenen Verfahren, Fachgebieten oder Leistungsarten die Möglichkeit eröffnet sein soll, auf Fremdleistungen durch Konsiliarärzte einer anderen Klinik zugreifen zu können. Eine Abrufbarkeit des behandelnden Arztes mit einer zeitlichen Verzögerung von 30 Minuten kann mit der „24 stündige Verfügbarkeit“ nicht gleichgesetzt werden, da es ansonsten der Aufnahme der Tatbestände mit der expliziten Benennung der Verfügbarkeit „innerhalb von maximal 30 Minuten“ nicht bedurft hätte. Bei Verfahren, in denen diese Möglichkeit nicht ausdrücklich im Wortlaut des OPS erwähnt ist, führt dies zum Ausschluss der Kodierbarkeit des OPS 8-98f.

Im Übrigen handelt es sich bei der Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA um ein Verfahren, das regelmäßig in der Notfallversorgung von Patienten mit Herzinfarkten zum Einsatz kommt. Die PTCA ist ein etabliertes Verfahren zur Behandlung der mit Beschwerden verbundenen Koronaren Herzkrankheit (KHK) und des akuten Verschlusses der Herzkranzgefäße, dem Herzinfarkt. Bei der PTCA werden die Koronargefäße mit Hilfe eines Ballons (Ballondilatation) erweitert. Bei diesem Verfahren wird ein Katheter, an dessen Spitze sich ein Ballon befindet, zur Engstelle (Stenose) des betreffenden Herzkranzgefäßes geführt. Der Ballon wird unter hohem Druck aufgeblasen und so die Stenose aufgedehnt. Ziel dieser so genannten Revaskularisation ist es, die Durchblutung des Herzmuskelgewebes wiederherzustellen oder zu verbessern (www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2013/hintergrund-pci-ptca.3274.html). Die Notwendigkeit der umgehenden Versorgung der Patienten lässt sich in diesen Fällen nicht damit in Einklang bringen, dass zu deren Behandlung erst ein Facharzt zur Durchführung der Akut-PTCA aus einer anderen Klinik angefordert werden muss.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die Entscheidung über den Streitwert auf [§§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 3 GKG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-11