

L 16 KR 90/16

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 28 KR 32/12
Datum
17.11.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 90/16
Datum
27.07.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 17.11.2015 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 2996,58 EUR festgesetzt

Tatbestand:

Streitig ist, ob zwei stationäre Krankenhausbehandlungen mit nur einer Fallpauschale abzurechnen sind.

Der 1980 geborene Versicherte der Beklagten befand sich zunächst vom 16.06.2011 bis 21.06.2011 aufgrund einer unklaren Raumforderung des Pankreas in der Klinik für Innere Medizin des Krankenhauses (Bauchzentrum) der Klägerin. Diagnostisch zeigte sich endosonografisch ein teils zystischer, teils inhomogen solider Tumor im Pankreasschwanz und im CT eine Raumforderung unklarer Dignität im Übergang Corpus zum Schwanz. Es wurde daraufhin die Indikation zu einer explorativen Laparotomie mit ggfls. Milzresektion gestellt. Am 21.06.2011 wurde der Versicherte aus der stationären Behandlung entlassen, um zunächst eine Pneumokokkenimpfung im ambulanten Setting durchführen zu lassen; am 28.06.2011 sollte der Versicherte zur operativen Weiterbehandlung wieder aufgenommen werden. Entsprechend wurde verfahren und am 30.06.2011 wurde die beabsichtigte explorative Laparotomie mit Pankreasschwanzresektion und Splenektomie durchgeführt. Am 07.07.2011 erfolgte die Entlassung des Versicherten.

Die Klägerin berechnete für den ersten stationären Aufenthalt unter dem 30.06.2011 2996,58 EUR (Diagnosis Related Group (DRG) G50Z, Hauptdiagnose D37.70, Partition A), für den zweiten stationären Aufenthalt unter dem 08.07.2011 12.531,44 EUR (DRG T01A, Hauptdiagnose B67.3; Partition O). Die Beklagte bezahlte lediglich die zweite Rechnung, weil sie nach Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) der Auffassung war, die zwischenzeitliche Entlassung sei nicht erforderlich gewesen, so dass nur eine Behandlung (entsprechend der zweiten Rechnung) abgerechnet werden könne; die Generierung von zwei Behandlungsfällen verstoße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Mit der am 20.01.2012 zum Sozialgericht Dortmund erhobenen Klage hat die Klägerin die Bezahlung auch der unter dem 30.06.2011 berechneten Kosten des ersten stationären Aufenthaltes gefordert: Entgegen der Ansicht der Beklagten seien beide stationären Aufenthalte nicht zu einem Behandlungsfall zusammenzufassen. Zum Zeitpunkt der ersten Entlassung am 21.06.2011 habe keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten mehr bestanden, denn eine Streptokokkenimpfung bedürfe nicht der stationären Behandlung. Das Krankenhaus sei daher gehalten gewesen, den Versicherten aus der stationären Behandlung zu entlassen. Fallzusammenführungen aufgrund von Wiederaufnahmen seien ausschließlich dann zulässig, wenn die formalen Voraussetzungen nach der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) erfüllt seien. Aus anderen rechtlichen Vorgaben, namentlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot, könne bei Wiederaufnahmen keine Fallzusammenführung abgeleitet werden. Bei möglicher anstehender Milzentfernung sei die Pneumokokkenimpfung in jedem Fall sinnvoll und werde von den unterschiedlichen Fachgesellschaften mindestens 14 Tage vor einer geplanten Milzentfernung empfohlen, weil das Immunsystem eine gewisse Zeit brauche, um spezifische Antikörper zu bilden. Hier sei die Abwägung zwischen der Gefahr durch eine Pneumokokkeninfektion (Wartezeit zwei Wochen nach Impfung) und der Gefährdung durch ein potenziell fortschreitendes bösartiges Geschehen erfolgt. Der Kompromiss sei eine Wartezeit von einer Woche bis zur Operation gewesen. Das gewählte Vorgehen sei aus medizinischer Sicht in jedem Fall als sinnvoll und verantwortungsbewusst zu erachten. Daher sei es selbstverständlich gewesen, den Versicherten vor der geplanten Operation zur Durchführung einer ambulanten Pneumokokkenimpfung zu entlassen.

Die Beklagte hat gemeint, die beiden Aufenthalte des Versicherten seien zu einem Behandlungsfall zusammenzuführen. Die Durchführung der Pneumokokkenimpfung begründe nicht die Unterbrechung der stationären Behandlung. Die Impfung wäre auch im stationären Setting zeitnah durchführbar gewesen, ohne eine frühzeitigere operative Behandlung auszuschließen. Nach abgeschlossener Diagnostik hätte die

operative Behandlung zu einem früheren Zeitpunkt stattfinden können. Die Unterbrechung sei in erster Linie zur Planung des ausgedehnten viszeralkirurgischen Eingriffes mit der Notwendigkeit der Bereitstellung der entsprechenden OP-Kapazität und der intensivmedizinischen Nachbetreuungsmöglichkeit erfolgt. Nach § 17 c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) habe aber eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen zu unterbleiben. Bestätigt werde ihre Auffassung durch das Urteil des BSG vom 10.03.2015 ([B 1 KR 3/15 R](#)). Ein Krankenhaus könne danach nur die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten angefallen wäre, wenn sie den Versicherten in nicht wirtschaftlicher Weise behandelt hat.

Mit Urteil vom 17.11.2015 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Beide stationären Aufenthalte seien zu einem Fall zusammenzuführen und damit bereits abgegolten. Zwar lägen hier nicht die formalen Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung nach der FPV vor, es sei aber das allgemein für alle Leistungsbereiche des SGB V geltende Wirtschaftlichkeitsgebot heranzuziehen. Da die Pneumokokkenimpfung ohne Weiteres vorsorglich auch zu Beginn des ersten stationären Aufenthaltes hätte durchgeführt werden können, wäre auch bei Einhalten einer einwöchigen Wartezeit zum Immunaufbau eine frühere Operation und eine einheitliche stationäre Behandlung möglich gewesen. Die Behandlung des Patienten sei auch bei Entlassung aus dem ersten stationären Aufenthalt nicht abgeschlossen gewesen, vielmehr hätten die Wiederaufnahme und die Durchführung der bei Verdacht auf ein bösartiges Geschehen notwendigen Operation bei Entlassung bereits festgestanden.

Gegen das am 07.01.2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 08.02.2016 (Montag) Berufung eingelegt. Sie verbleibt bei der Auffassung, dass eine Zusammenführung der beiden Behandlungen nicht in Betracht komme. Die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung nach der FPV, die abschließend diese Fälle regelt, seien nicht erfüllt. Die Regelung sei auch einer erweiternden Auslegung durch die Rechtsprechung nicht zugänglich. Der Auffassung des 1. Senats des BSG zu einem fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten, das weder vertraglich noch gesetzlich geregelt sei, könne nicht gefolgt werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 12 SGB V](#) könne das Krankenhaus nicht dazu zwingen, die für eine Krankenkasse finanziell günstigste Art der Durchführung einer Krankenbehandlung zu wählen. Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung am 21.06.2011 hätten die Ärzte nicht erkennen können, dass eine Fortführung trotz fehlender medizinischer Notwendigkeit der stationären Behandlung anstelle einer Entlassung und Neuaufnahme am 28.06.2011 für die Beklagte kostengünstiger sein würde. Diese Erkenntnis hätte vorausgesetzt, dass die behandelnden Krankenhausärzte zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung bereits wussten, wie lang der zweite stationäre Aufenthalt andauern werde und welche zu kodierenden Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen, Prozeduren, etwaigen Komplikationen etc. anfallen würden, die dann letztlich in die abzurechnende DRG münden würden. Das BSG nehme eine unzulässige nachträgliche Betrachtungsweise vor und verlange letztlich den Krankenhäusern etwas Unmögliches ab. Der Wirtschaftlichkeitsvorbehalt des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) könne sich nur auf den jeweiligen Behandlungsanspruch des Versicherten beziehen, einer Betrachtungsweise über mehrere Behandlungsfälle, wie sie das BSG vornehme, stehe die Systematik des Behandlungsanspruchs des Versicherten entgegen.

Es liege hier im Übrigen auch kein Verstoß gegen das vom 1. Senat des BSG entwickelten Verbot des Fallsplittings vor. Der Versicherte sei nicht aus wirtschaftlichen Gründen entlassen worden, um ihn dann später zum Zwecke der geplanten Operation wieder aufzunehmen, obwohl die Durchführung der Diagnostik und Therapie innerhalb eines einzigen Behandlungszeitraums in Betracht gekommen wäre, wie es bei dem der Entscheidung des BSG vom 01.07.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - zugrundeliegenden Sachverhalt der Fall gewesen sei. Zu der Entlassung und Durchführung einer ambulanten Pneumokokkenimpfung mit einer Wartezeit von einer Woche habe es keine zweckmäßige und notwendige Behandlungsalternative gegeben. Die Notwendigkeit der Krankenbehandlung richte sich allein nach medizinischen Erfordernissen. Abwegig sei die Ansicht des Sozialgerichts, die Impfung habe ohne Weiteres vorsorglich auch zu Beginn des ersten stationären Aufenthalts durchgeführt werden können. Denn zu diesem Zeitpunkt sei noch gar nicht klar gewesen, dass ein Pankreastumor bestand und eine Pankreasschwanzresektion und möglicherweise eine Milzresektion erforderlich sein würden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 17.11.2015 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr 2996,58 Euro nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.07.2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die beiden Aufenthalte seien zusammenzuführen. Es handele sich um einen Behandlungsfall, daran ändere auch die formale Unterbrechung des Aufenthalts des Versicherten zwischen dem 16.06.2011 und dem 07.07.2011 nichts. Die Unterbrechung des Aufenthalts sei nicht medizinisch erforderlich gewesen. Die Impfung als Teil der Milzentfernung hätte noch im Krankenhaus erfolgen müssen, eine Entlassung sei nicht notwendig gewesen. Die Unwirtschaftlichkeit ergebe sich aus einem Vergleich der von der Klägerin geforderten Vergütung und den Kosten einer simulierten unterbrechungsfreien Krankenhausbehandlung. Es handele sich um ein unzulässiges Aufspalten von Diagnose und Therapie. Durch die jüngsten Entscheidungen des BSG vom 28.03.2017 werde ihre Auffassung bestätigt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf Inhalt der Streitakten, der Verwaltungsakten der Beklagten und der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin kann für die Behandlung des Versicherten vom 16.06.2011 bis 21.06.2011 nicht das geforderte (zusätzliche) Entgelt verlangen.

Als Rechtsgrundlage des zulässig mit der echten Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) verfolgten Vergütungsanspruchs der Klägerin kommt nur [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 17b KHG sowie die FPV 2011 in

Betracht.

Unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung des Krankenhauses und unabhängig von einer Kostenzusage entsteht grds. der Vergütungsanspruch des Krankenhauses, wenn die Versorgung in einen zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung, vgl. BSG, Urteil v. 17.12.2013 - [B 1 KR 70/12 R](#) m.w.N.).

Hier hat die Klägerin indes keinen Anspruch auf die streitige (zusätzliche) Vergütung der stationären Behandlung des Versicherten vom 16.06.2011 bis 21.06.2011, weil bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) die Behandlung des Versicherten nur einen Behandlungsfall gebildet hätte, der mit der Bezahlung der zweiten Rechnung durch die Beklagte abgegolten ist.

Dies dürfte allerdings nicht bereits deshalb der Fall sein, weil die wegen der Tumors erforderliche Operation deshalb ohne Unterbrechung der Behandlung möglich gewesen wäre, weil das Krankenhaus die für den Fall einer durchzuführenden Milzresektion gebotene Pneumokokkenimpfung bereits zu Beginn des ersten stationären Aufenthalts des Versicherten hätte durchführen können. Denn die Klägerin kann insoweit geltend machen, dass zu Beginn der Behandlung am 16.06.2011 die Notwendigkeit einer Pankreasresektion einschließlich einer deshalb möglicherweise ebenfalls erforderlich werdenden Milzentfernung noch nicht feststand. Die Klägerin verweist auch zutreffend darauf, dass nach dem 21.06.2011 bis zum Eintritt des abzuwartenden Impferfolges im Sinne einer spezifischen Antikörperbildung beim Versicherten keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestanden hat. Offen kann bei dieser Sachlage bleiben, aus welchen sachlichen Gründen das Krankenhaus die von ihm für erforderlich gehaltene Pneumokokkenimpfung nicht am oder bis zum 21.06.2011 selbst durchgeführt hat.

Der Senat geht daher wie die Klägerin davon aus, dass eine Unterbrechung der stationären Behandlung medizinisch geboten war. Gleichwohl sind beide stationären Aufenthalte des Versicherten lediglich wie ein Behandlungsfall zu vergüten.

Da das Krankenhaus den Versicherten tatsächlich entlassen hatte und die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausbehandlung unabhängig von hypothetischen Geschehensabläufen ausschließlich am tatsächlichen Behandlungsverlauf zu messen ist (vgl. BSG, Urteil v. 28.03.2017 - B [1 KR 29/16](#) Rz. 11 (juris)), hat die Klägerin zutreffend die beiden Krankenhausaufenthalte des Versicherten mit den Fallpauschalen DRG G50Z bzw. T01A codiert.

Die beiden Behandlungen erfüllten auch unstreitig nicht die Voraussetzungen des § 2 FPV 2011 für eine "abrechnungstechnisch gebotene" (vgl. BSG a.a.O. Rz. 13) Fallzusammenführung.

§ 2 Abs. 1 Satz 1 FPV 2011 bestimmt, dass das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine neue Einstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen hat, wenn 1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthaltes, wieder aufgenommen wird und 2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird. Letzteres ist hier nicht der Fall, weil für den ersten stationären Aufenthalt vom Krankenhaus - auch nach Auffassung des MDK zutreffend - eine Einstufung in die DRG G50Z, für den zweiten in die DRG T01A vorgenommen worden war.

Nach § 2 Abs. 2 Satz FPV 2011 ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine neue Einstufung in eine Fallpauschale dann vorzunehmen, wenn 1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen wird und 2. innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" (M) oder die "andere Partition" (A) und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" (O) einzugruppieren ist. Diese Voraussetzungen sind hier nicht gegeben, weil die zweite Aufnahme des Versicherten nicht in die gleiche Hauptdiagnosegruppe einzugruppieren war.

Schließlich kommt hier offenkundig keine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 Satz 1 SPV 2011 in Betracht.

Dem für den ersten stationären Aufenthalt des Versicherten erhobenen Anspruch der Klägerin ist aber entgegen zu halten, dass die Klägerin dadurch, dass sie den Versicherten förmlich entlassen und damit zwei stationäre Behandlungen kreiert hat, gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) verstoßen hat.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt Krankenhäuser bereits bei der Behandlungsplanung dazu, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und gegebenenfalls zu nutzen (vgl. [BSGE 116,138](#)). Soweit die Behandlung kostengünstiger durch einen stationären Aufenthalt statt durch zwei stationäre Behandlungsepisoden tatsächlich möglich ist und medizinische Gründe nicht entgegenstehen, hat das Krankenhaus seine Behandlungsplanung zwingend daran auszurichten (vgl. BSG, Urteil v. 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R](#), Rz. 21 (juris)). Diesen Grundsätzen der Rechtsprechung des BSG im vorliegenden Fall nicht zu folgen, sieht der erkennende Senat keine Veranlassung. Ihre Anwendung führt hier zu der Bewertung, dass das Krankenhaus die aus Sicht seiner behandelnden Ärzte erforderliche Unterbrechung der stationären Behandlung nicht im Wege der förmlichen Entlassung des Versicherten, sondern durch dessen Beurlaubung hätte bewerkstelligen müssen.

Dem stehen nicht die Bestimmungen des § 10 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) (Landesvertrag NRW) über die Beurlaubung entgegen.

Anders als in dem vom BSG entschiedenen Fall (Urteil v. 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R](#), Rz. 25 (juris)), der den Landesvertrag für Rheinland-Pfalz betraf, bedarf es hier zu dieser Bewertung nicht der Feststellung der Nichtigkeit entgegenstehender Vorschriften des Landesvertrages. Soweit es in § 10 Abs. 1 des Landesvertrages NRW heißt, mit der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung sei eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar, lässt sich daraus ein Einwand gegen eine Beurlaubung als fiktives Alternativverhalten nicht ableiten. Denn die Notwendigkeit einer durchgehenden Krankenhausbehandlung haben auch die Ärzte des Krankenhauses der Klägerin ja gerade verneint. § 10 Abs. 2 Satz 1 Alt. 2 des Landesvertrages NRW nennt die Möglichkeit einer Beurlaubung in Ausnahmefällen "zur Stabilisierung des Behandlungserfolges". Hierunter ließe sich auch vorliegend eine Beurlaubung des Versicherten fassen. Im Übrigen bezieht sich § 10 des Landesvertrages NRW ersichtlich auf Fälle, in denen an sich die Notwendigkeit einer (durchgehenden) Krankenhausbehandlung besteht und

eine gleichwohl erfolgende Beurlaubung ärztlich vertretbar ist. Nicht angesprochen und damit auch nicht ausgeschlossen sind damit Fälle, in denen die Unterbrechung der noch nicht abgeschlossenen stationären Krankenhausbehandlung gerade aus medizinischen Gründen erfolgen muss, was hier von der Klägerin durchaus nachvollziehbar mit Blick auf das gebotene Abwarten des Impferfolges geltend gemacht wird. Eine Beurlaubung unter den hier gegebenen Bedingungen lässt sich auch ohne weiteres unter die Definition der Beurlaubung in § 1 Abs. 7 Satz 5 FPV 2011 fassen. Danach liegt eine Beurlaubung vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch nicht abgeschlossen ist.

Der nach der Rechtsprechung des BSG gebotene Rückgriff auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) bedeutet hier keinen unzulässigen Eingriff in das Behandlungsregime der Ärzte des Krankenhauses. Das BSG macht die Entscheidung für die kostengünstigere Alternative davon abhängig, dass medizinische Gründe nicht entgegenstehen (a.a.O. Rz. 21 (juris)). Solche fehlen hier aber offenkundig für die Entscheidung zwischen der von den Ärzten gewählten förmlichen Entlassung mit von vornherein festgelegter Wiederaufnahme nach einer Woche einerseits und einer Beurlaubung für eine Woche andererseits, denn ein erkennbarer therapeutischer Unterschied besteht insoweit nicht.

Die Ärzte werden im vorliegenden Fall mit der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Entlassung einerseits und Beurlaubung andererseits auch nicht überfordert. Mangels eines Anhalts für das Vorliegen besonderer Umstände und bei der ersten Entlassung am 21.06.2011 im Wesentlichen bekanntem und geplantem weiteren Vorgehen lag auch im Hinblick auf die Bestimmungen der FPO 2011 (§ 1 Abs. 7 Satz 4) zur Berechnung der Verweildauer vielmehr auf der Hand, dass durch Schaffung zweier Behandlungsfälle mit der Generierung von Mehrkosten zu rechnen ist. Wenn das Krankenhaus entsprechend § 10 Abs. 2 Satz 3 Landesvertrag NRW die Einwilligung der Beklagten eingeholt hätte, hätte diese zudem ggf. Bedenken anmelden können, wenn infolge einer Beurlaubung Mehrkosten zu befürchten gewesen wären.

Da im Falle einer Beurlaubung des Versicherten nur eine Behandlung erfolgt und, was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist, insgesamt so abzurechnen gewesen wäre, wie es mit der zweiten, von der Beklagten bezahlten, Rechnung geschehen ist (vgl. dazu die Ausführungen des MDK in der gutachtlichen Stellungnahme vom 30.08.2011), kann die Klägerin unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots folglich nicht auch die Bezahlung der Rechnung vom 30.06.2011 für den ersten Behandlungszeitraum verlangen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Teilsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2](#), [52 Abs. 1](#) und 3, [47 Abs. 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-11-09