
S 8 KR 140/09

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Dortmund
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	8
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 140/09
Datum	22.07.2011

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.201,19 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15.02.2009 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. Der Streitwert wird auf 2.201,19 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Krankenhausbehandlungskosten und insbesondere darum, ob die Beklagte mit Einwendungen ausgeschlossen ist.

Der am xxx geborene xxx (Versicherter) wurde im von der Klägerin getragenen Krankenhaus in der Zeit vom 17.01. bis 21.01.2008 stationär behandelt. Die Klägerin rechnete den Behandlungsfall mit der DRG I20E mit Rechnung vom 23.01.2008 gegenüber der Beklagten mit einem Rechnungsbetrag in Höhe von 2.201,19 EUR ab. Die Rechnung wurde der Beklagten am gleichen Tag mittels Datenträgeraustausch übersandt.

Mit Schreiben vom 13.02.2008 forderte die Beklagte die Klägerin auf, eine "zielgerichtete Begründung mittels des beigefügten Kurzberichts" zu übersenden.

Mit Schreiben vom 29.02.2008 erinnerte sie an die Erledigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen. Wegen der Einzelheiten wird auf die Schreiben vom 13.02. und 29.02.2008 Bezug genommen. Die Klägerin übersandte daraufhin am 28.02.2008 eine Stellungnahme, die bei der Beklagten laut Posteingangsstempel am 05.03.2008 einging.

Mit Schreiben vom 06.03.2008, der Klägerin nach eigenen Angaben am 10.03.2008 zugegangen, bat der MDK um Übersendung des Entlassungsberichts und des OP-Berichts. Der MDK gab an, von der Beklagten mit Schreiben vom 05.03.2008 beauftragt worden zu sein. Die Klägerin wies die Forderung mit Schreiben vom 10.03.2008 unter Hinweis auf [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V zurück.

Mit Schreiben vom 10.03.2009 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab.

Am 06.05.2009 hat die Klägerin Klage erhoben. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, dass sie zu Recht die DRG I20E abgerechnet habe, weil deren Voraussetzungen vorgelegen hätten. Die stationäre Behandlung sei nicht durch [§ 115 b SGB V](#) ausgeschlossen. Die Beklagte habe die Frist zur Überprüfung des Behandlungsfalls durch den MDK gemäß [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V nicht eingehalten. Die Anzeige des MDK und deren Zugang bei der Klägerin seien erst nach Ablauf der Sechswochenfrist erfolgt. [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V normiere eine Ausschlussfrist. Nach Verstreichen der Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V sei eine Überprüfung durch den MDK ausgeschlossen. Wenn die Krankenkasse es aber versäume, unter Ausschöpfung ihrer Ermittlungs- und Überprüfungsmöglichkeiten ihre Einwendungen zu spezifizieren und nicht nur in Form eines Bestreitens des Vorbringens des Krankenhauses darzustellen, sei über die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung vom Gericht kein Beweis mehr zu erheben. Auch habe die Klägerin keine Obliegenheit verletzt. Auf die Anfrage der Beklagten vom 13.02.2008 habe der verantwortliche Oberarzt der Klägerin mit Schreiben vom 25.02.2008 Stellung genommen, die am 28.02.2008 versandt worden sei. Diese müsse der Beklagten am Folgetag zugegangen sein. Selbst am 05.03.2008 sei jedoch eine fristgemäße Anzeige einer Überprüfung des Behandlungsfalles durch den MDK noch möglich gewesen. Zwar seien die durchgeführten Eingriffe im AOP-Katalog unter der Kategorie 1, d.h. als Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können, aufgeführt. Daraus folge jedoch keine Verpflichtung zur ambulanten Leistungserbringung. Die behandelnden Ärzte hätten im Streitfall wegen des hohen Pseudoarthrosrisikos bei dem zudem langjährig an Rückenproblemen leidenden Patienten auf Grund seines Nikotinabusus eine Gefährdung des Behandlungserfolges befürchtet.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.201,19 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 15.02.2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung weist sie insbesondere darauf hin, dass es sich bei der beanstandeten Behandlung um einen Eingriff handele, der grundsätzlich ambulant durchgeführt werden könne. Auf Grund des Wirtschaftlichkeitsgebots des [§ 12 SGB V](#) müsse die kostengünstigere ambulante Behandlung gewählt werden, wenn keine besonderen Kontraindikationen gemäß den AEP-Kriterien vorlägen. Gründe, weshalb die Klägerin entgegen der vertraglichen Vereinbarung eine vollstationäre Behandlung durchführte, seien auf Grund der mitgeteilten Behandlungsdaten nicht erkennbar. Die Beklagte habe die Klägerin mit Schreiben vom 13.02. sowie Erinnerung vom 29.02.2008 über ihre Bedenken hinsichtlich der Abrechnung als stationäre Behandlung unterrichtet, gleichzeitig jedoch um weitere Informationen gebeten. Die Klägerin habe auf die Einwendungen erst exakt nach Ablauf der Frist des § 275 Abs. 1 c, nämlich am 25.02.2008, Eingang bei der Beklagten am 05.03.2008, reagiert. Insoweit liege eine Obliegenheitsverletzung der Klägerin vor. Es habe ausschließlich in der Verantwortung der Klägerin gelegen nachzuweisen, ob aus medizinischen Gründen eine vollstationäre Behandlung erforderlich war. Der MDK sei auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme der Klägerin vom 25.02.2008 mit Gutachten vom 26.02.2008 zu der Einschätzung gelangt, dass eine medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung nach dem derzeitigen Informationsstand nicht bestanden habe. Zudem habe die Beklagte das Prüfverfahren bereits am 29.02.2008 eingeleitet. Warum die diesbezügliche Anzeige an die Klägerin durch den MDK erst am 06.03.2008 erfolgte, entziehe sich der Kenntnis der Beklagten. Sie könne allerdings für das Handeln des MDK nicht verantwortlich gemacht werden. Die Krankenkasse verletze weder das Beschleunigungsgebot noch gesetzliche Vorgaben, wenn sie vor Einschaltung des MDK eigene Recherchen anstelle, sofern sie zur Klärung des Leistungsanspruchs erforderlich seien. Zwar gebe es keine rechtliche oder vertragliche Frist, innerhalb derer Krankenhäuser eine Anfrage von Krankenkassen zu beantworten hätten, allerdings sei das Beschleunigungsgebot zu beachten. Weiterhin seien die Parteien nach [§ 242 BGB](#) analog zu gegenseitiger Unterstützung und Rücksichtnahme sowie Mitwirkung verpflichtet. Diese Verpflichtung zur Information sei nur dann sinnvoll, wenn die Auskünfte so frühzeitig erteilt würden, dass es der Beklagten noch möglich sei, die Frist des [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) einzuhalten. Dies sei im vorliegenden Fall nicht erfolgt. Der Klägerin sei vorzuwerfen, dass keine ordnungsgemäße Datenübermittlung erfolgte, die eine abschließende leistungsrechtliche Prüfung ermöglichte. Der Klägerin sei bekannt gewesen, dass sie mit der Entscheidung zur vollstationären Aufnahme von der vertraglichen Vereinbarung abweiche, habe hierfür aber keine Begründung geliefert sondern abgewartet, ob sich die Beklagte melde. Weiter sei ihr vorzuwerfen, dass die zur Überprüfung erforderlichen Daten erst so spät zur Verfügung gestellt worden seien, dass eine ordnungsgemäße Anzeige des Prüfverfahrens nicht mehr möglich gewesen sei, und dass eine Leistung erbracht worden sei, die in dieser Form medizinisch nicht begründet gewesen sei, so dass kein Vergütungsanspruch bestanden habe. Das Gericht sei im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht verpflichtet zu prüfen, ob der eingeklagte Anspruch tatsächlich bestehe. Die Klägerin sei nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast auch weiter beweispflichtig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichts- und die Verwaltungsakte der Beklagten, deren Inhalt der Kammerberatung zu

Grunde gelegen hat, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte den Rechtsstreit im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig und begründet.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung des Entgelts für die Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 17.01. bis 21.01.2008.

Eine Krankenkasse ist nach § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) i.V.m. § 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und dem Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr.1 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Sicherstellungsvertrag) zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung des Versicherten im Krankenhaus im Sinne von [§ 39 SGB V](#) notwendig gewesen ist und Krankenhausbehandlung stattgefunden hat.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht bei Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG Urteil vom 17.05.2000, Az. [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 10.04.2008, Az. [B 3 KR 21/05 R](#) m.w.N.). Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (BSG a.a.O.).

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung lagen unstreitig vor. Auf die fehlende Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung darf sich die Beklagte im vorliegenden Fall jedoch nicht mehr berufen. Die Berufung auf Einwendungen wäre rechtsmissbräuchlich, [§ 242 BGB](#) analog. Unterlässt die Krankenkasse die Einleitung des Prüfverfahrens, solange sich das Krankenhaus hierauf einstellen muss, in gravierender Weise, so ist sie nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen endgültig ausgeschlossen, die bis dahin geltend gemacht werden konnten (BSG Urteil vom 28.2.2007, Az. [B 3 KR 12/06 R](#); Urteil vom 20.11.2008, Az. [B 3 KN 1/08 KR R](#)).

Aufgrund einer Verletzung der der Beklagten in [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) auferlegten Pflichten ist diese hier mit Einwendungen ausgeschlossen. Die Klägerin musste nach dem 05.03.2008 nicht mehr mit der Einleitung eines Prüfungsverfahrens nach [§ 275 SGB V](#) rechnen.

[§ 275 Abs. 1 SGB V](#) basiert auf der gesetzlichen Pflicht der Krankenkassen, nur Leistungen zu erbringen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung setzt u.a. voraus, dass die Behandlung erforderlich war und die Voraussetzungen der gesetzlichen und vertraglich vorgesehenen Vergütungsregelungen erfüllt sind (vgl. [§ 109 Abs. 4 S. 3](#) i.V.m. [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)). Über die Erforderlichkeit der Behandlung entscheidet allein die Krankenkasse und im Streitfall das Gericht. Die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs haben die Krankenkassen jedoch ggf. erst durch eine Prüfung festzustellen. Auch die Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser hat hieran nichts geändert. Neben der Möglichkeit der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach [§ 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz](#) steht den Krankenkassen die (hier nicht durchgeführte) anlassbezogene Einzelfallprüfung nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) zu. In beiden Fällen ist der MDK zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen einzuschalten. Die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ([§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)), ihre Vergütung ([§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#)) und deren Kontrolle durch Krankenkasse und MDK (u.a. [§ 275 SGB V](#)) sind dabei auf das Engste miteinander verknüpft und vertragen kein Nebeneinander unterschiedlichen Rechts in Bezug auf die einzelnen Teilkomponenten. Die grundlegende Frage ist hier nämlich jeweils, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (BSG 22.6.2010, Az [B 1 KR 29/09 R](#)).

Dabei erlegt [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) den Krankenkassen die Pflicht auf, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung und bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen (BSG Urteil vom 22.04.2009, Az. [B 3 KR 24/07 R](#); Urteil vom 22.11.2008, Az. [B 3 KN 4/08 KR R](#) und [B 3 K 1/08 KR R](#)). Nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) muss eine Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Schlussrechnung über die Einleitung einzelfallbezogener Rechnungsprüfungen entschieden haben (BSG 17.12.2009, Az. [B 3 KR 12/08 R](#)). Die Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

[§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) normiert damit besondere Pflichten für die Krankenkassen und eine sechswöchige Ausschlussfrist für die Einleitung der Einzelfallprüfung (BSG Urteil vom 16.12.2008, Az [B 1 KN 2/08 KR R](#); LSG NRW Urteil vom 24.09. 2009, Az. [L 5 KR 81/09](#)). Diese Frist schließt nach ihrem Ablauf jegliche Einwendungen, die die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung betreffen, aus. Dies ergibt sich bereits aus der Gesetzesbegründung, nach der

Prüfungen nach Ablauf der Frist "unzulässig" sind ([BT-Drucksache 16/3100 S. 171](#)). Wenn aber eine Prüfung durch den MDK nicht mehr zulässig ist, kann die Krankenkasse keine medizinischen Einwendungen mehr vorbringen, weil sie kraft der Systematik des SGB V nicht über eigenen medizinischen Sachverstand verfügt (SG Darmstadt, Urteil vom 20.05.2010, Az. [S 18 KR 344/08](#)).

Die Frist ist – anders als bspw. die Verjährung – von den Gerichten von Amts wegen zu beachten. Eine Beschränkung der Frist auf die vorgerichtliche Auseinandersetzung der Beteiligten ist dem Wortlaut nicht zu entnehmen. Sie ist auch nicht aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift zu erklären, die eine missbräuchliche Verzögerung des Rechnungsprüfungsverfahrens zulasten des Krankenhauses verhindern soll. Im Gegenteil würde der Gesetzeszweck gleichsam konterkariert werden, wenn sich die Krankenkasse durch Klageeinreichung über die im vorgerichtlichen Verfahren eingetretene Präklusion hinwegsetzen könnte. Eine solche Beschränkung der Präklusionswirkung wäre auch rechtspolitisch nicht erklärlich, weil sie die Belastung der Gerichte weiter verstärken würde und die Bemühungen der Beteiligten außergerichtliche Lösungen für Konflikte zu finden, verringern könnte (SG Darmstadt a.a.O.; SG Dortmund, Urteil vom 23.11.2010, Az. S 48 KN 151/09 KR). Die Wirkungen der Ausschlussfrist sind im vorliegenden Fall eingetreten. Fristbeginn war die Rechnungsübermittlung am 23.01.2008. Die Sechs-Wochen-Frist ist daher am 05.03.2008 abgelaufen ([§§ 187 Abs. 1](#), [188 Abs. 2 BGB](#)). Die Anzeige durch den MDK ist aber erst am 06.03.2008 oder 10.03.2008 und damit nach Ablauf der Frist erfolgt. Die Klägerin hat daher auch nach Ablauf der Frist zu Recht die Herausgabe medizinischer Unterlagen an den MDK verweigert.

Auch wenn die Beklagte den MDK bereits am 29.02.2008 mit einer Prüfung des Falls beauftragt hat, ist dadurch hier die Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) dennoch nicht gewahrt. Das Gesetz stellt ausdrücklich auf die Anzeige der Prüfung gegenüber dem Krankenhaus ab. Diese Anzeige ist erst am 6. bzw. 10.03.2008 erfolgt.

Wenn sich die Beklagte nunmehr darauf beruft, die stationäre Krankenhausbehandlung sei nicht notwendig gewesen, so ist dieses Verhalten nicht von [§ 275 Abs. 1c S. 1](#) und 2 SGB V gedeckt. Da es der Kasse vor Einschaltung des MDK in der Regel an medizinischem Sachverstand fehlt, muss sich die Krankenkasse bei Zweifeln an der Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung zur Prüfung dieser Zweifel des MDK bedienen. Die Frage der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung ist eine medizinisch zu beantwortende Frage (SG Augsburg 13.01.2010, Az [S 12 KR 107/09](#)).

Mit dem Hinweis auf die 6-Wochen-Frist hat sich die Klägerin gesetzeskonform verhalten. Ein treuwidriges Verhalten kann ihr in keiner Weise vorgeworfen werden. Es ist vielmehr die Beklagte, die gegen ihre Mitwirkungslast vorgerichtlich verstoßen hat, indem sie der ihr obliegenden Verpflichtung zur Einleitung des Prüfverfahrens durch den MDK nicht nachgekommen ist, und damit der Klägerin die vorgerichtlich vorgesehene Möglichkeit zum Nachweis der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung genommen hat. (SG Augsburg 13.01.2010, Az [S 12 KR 107/09](#)).

Die Berufung der Klägerin auf den Ausschluss nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ist insbesondere nicht deswegen ihrerseits rechtsmissbräuchlich, weil die Beklagte vor Ablauf der Frist einen Kurzbericht angefordert und die Klägerin diesen nicht rechtzeitig übersandt hätte. Die Beklagte hat mit den Schreiben vom 13.02.2008 einen Kurzbericht angefordert und mit Schreiben vom 29.02.2008 hieran mit einer Frist von 10 Tagen erinnert. Die Klägerin hat den Kurzbericht innerhalb dieser 10-Tages-Frist nicht nur abgesandt, er ist der Beklagten auch innerhalb dieser Frist zugegangen. Es kann nicht als rechtsmissbräuchlich von der Klägerin angesehen werden, wenn sie die von der Beklagten gesetzten Fristen ausschöpft. Im übrigen sieht der Landesvertrag keine Frist vor, innerhalb derer das Krankenhaus nach Anforderung einen Kurzbericht zu übersenden hätte. Die Krankenkasse kann sich daher nicht darauf verlassen, dass eine Antwort innerhalb einer Frist von wenigen Tagen erfolgen wird.

Wenn sich das Krankenhaus nicht mehr auf die nachträgliche Prüfung einstellen musste, bedarf es auch keiner gerichtlichen Sachaufklärung zur Frage der Notwendigkeit und Dauer der jeweiligen Behandlung (BSG Urteil vom 28.09.2006, Az. [B 3 KR 23/05 R](#)). Nach Bundesrecht sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, Krankenhausrechnungen auch dann in voller Höhe zu begleichen, wenn sie innerhalb angemessener Frist substantiierte und der Höhe nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend machen (BSG Urteil vom 20.11.2008, Az. [B 3 KN 1/08 KR R](#)). Machen sie solche substantiierten Einwendungen nicht rechtzeitig geltend, sind sie im Umkehrschluss zur Zahlung verpflichtet.

Das Gericht sah sich daher nicht dazu verpflichtet, die Patientenakte beizuziehen und der Beklagten zur Auswertung durch den MDK zur Verfügung zu stellen im Rahmen der Gewährung rechtlichen Gehörs. Nach [§ 106 Abs. 1 und 2 SGG](#) hat der Vorsitzende bereits vor der mündlichen Verhandlung alle Maßnahmen zu treffen, die notwendig sind, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung zu erledigen und kann zu diesem Zweck insbesondere Krankenpapiere und Krankengeschichten beiziehen. Diese Beiziehung von Unterlagen erfolgt jedoch nur insoweit, als dies für eine Entscheidung erforderlich ist (SG Augsburg 13.01.2010, Az. [S 12 KR 107/09](#)). Im vorliegenden Fall war dies jedoch zur Überzeugung des Gerichts nicht erforderlich, da die Beklagte mit Einwendungen ausgeschlossen ist.

Weitere Gründe, die gegen eine Zahlungsverpflichtung der Beklagten sprechen, sind weder vorgetragen noch sonst ersichtlich.

Die Zinsforderung der Klägerin ergibt sich aus § 15 Abs. 1 S. 4 des nordrhein-westfälischen Landesvertrags nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#).

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

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Erstellt am: 09.08.2011

Zuletzt verändert am: 09.08.2011