SG München, Urteil v. 21.11.2023 – S 7 KR 767/23

Titel:

Nachträgliche Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus

Normenketten:

KHG § 17c Abs. 2a S. 1
PrüfvV § 3 S. 1, § 11 Abs. 1 lit. a
SGB V § 275c Abs. 1 S. 1

Leitsätze:

1. Das Fehlerverfahren nach § 11 Abs. 1 lit. a PrüfvV regelt systemimmanente Rechnungskorrekturen, welche Fehler der Datenerfassung und Datenübermittlung betreffen. (Rn. 28) (redaktioneller Leitsatz)
2. § 3 S. 1 PrüfvV betrifft ausschließlich die Einzelfallprüfung, nicht jedoch die Rechnungskorrektur gem. § 17c Abs. 2a S. 3 KHG. (Rn. 32) (redaktioneller Leitsatz)
3. Seit dem 1.1.2016 ist die Krankenkasse zu einer eigenständigen, sachlich-rechnerischen Prüfung einer Abrechnung nicht befugt, da die Krankenkasse gem. § 275c Abs. 1 S. 1 SGB V zu diesem Zweck den Medizinischen Dienst einzuschalten hat. Für eine Prüfung iSd § 3 PrüfvV muss daher dieses Prüfverfahren eingeleitet werden. (Rn. 33) (redaktioneller Leitsatz)
4. Der Ausschlusstatbestand des § 17c Abs. 2a S. 1 KHG ist auf offensichtliche Unrichtigkeiten der Abrechnung nicht anzuwenden. (Rn. 35) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Krankenhausvergütung, Zusatzentgelt, Rechnungskorrektur, nachträglich, Fehlerverfahren, Prüfpflicht, Prüfverfahren, vergessen, Ausschlusstatbestand, offensichtliche Unrichtigkeiten

Tenor

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtstreits.

III. Der Streitwert wird auf 2.954,68 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1
Streitig ist die weitere Vergütung in Höhe von 2.954,68 Euro wegen der Behandlung des Versicherten H. im Zeitraum vom 12. bis zum 14.05.2022.

2
Der Versicherte H. ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Der Versicherte wurde vom 12. bis zum 14.05.2022 in der Klinik der Klägerin stationär behandelt. Mit der Abrechnung vom 30.06.2022 stellte die Klägerin der Beklagten hierfür 7.542,82 Euro in Rechnung. Die Beklagte zahlte den vollen Rechnungsbetrag.

3
Die Klägerin stellte nachträglich fest, dass sie das Zusatzentgelt 76ZEA513 (selektive Embolisation mit Metallspiralen…) mit der Abrechnung vom 30.06.2022 nicht geltend gemacht hatte. Mit der Abrechnung vom 30.03.2023 stellte die Klägerin der Beklagten nunmehr insgesamt 10.497,50 Euro in Rechnung. Rechnungsbetrag erhöhte sich aufgrund der Ergänzung des Zusatzentgelts 76ZEA513 um 2.954,68 Euro.

4
Mit der E-Mail vom 14.04.2023 teilte die Klägerin mit, dass der das Zusatzentgelt auslösende OPS in der ersten Rechnung enthalten gewesen sei. Dadurch sei bereits ersichtlich gewesen, dass ein Zusatzentgelt zur Abrechnung kommen musste. Im Rahmen einer eigenen Prüfung sei der Klägerin aufgefallen, dass das Zusatzentgelt nicht in die Abrechnung einbezogen worden sei. Daher sei die Nachberechnung erfolgt.

5

Mit der E-Mail vom 18.04.2023 teilte die Beklagte mit, dass das Zusatzentgelt nicht nachträglich im Rahmen einer Rechnungskorrektur abgerechnet werden könne. Dies ergebe sich unmittelbar aus § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG. Zwar könnten in der PrüfvV abweichende Regelungen getroffen werden, ein Ausnahmetatbestand gemäß § 11 Abs. 1 PrüfvV liege jedoch nicht vor.

6
Mit dem Schriftsatz vom 12.06.2023 hat die Klägerin die Klage erhoben. Sie verlangt eine weitere Vergütung in Höhe von 2.954,68 Euro wegen der Behandlung des Versicherten H. im Zeitraum vom 12. bis zum 14.05.2022.

7
Die Klägerin trägt vor, dass die Rechnungskorrektur zulässig sei. Eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus sei gemäß § 11 PrüfvV zulässig zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens angemerkten Fehlern. Es liege ein Erfassungsfehler gemäß Anlage 4 zur § 301-Vereinbarung vor, so dass die Rechnungsänderung auch im Rahmen des Korrekturverfahrens zulässig war.

8
Gemäß § 3 PrüfvV habe die Krankenkasse die übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Korrektheit näher zu prüfen. Dies geschehe auf der Grundlage der vom Krankenhaus gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten. Diesbezüglich sehe § 11 PrüfvV eine Korrekturmöglichkeit vor, wenn dies zur Berichtigung von durch die Krankenkasse angemerkten Fehlern erfolge. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit könne nicht so verstanden werden, dass sie nur dann gelte, wenn sich ein Fehler herausstelle, der sich wirtschaftlich zugunsten des Kostenträgers auswirke. Die Regelung des § 11 PrüfvV beinhalte keine Möglichkeit, dass von der Klinik ein Fehler angemerkt werden könne. Dieses Ungleichgewicht könne nur dadurch aufgelöst werden, wenn die Krankenkasse prüfen und Fehler melden müsse. Wenn die Vereinbarungspartner den Willen hatten, eine Korrekturmöglichkeit von einer Fehlermeldung der Krankenkasse abhängig zu machen, dann müsse dies implizieren, dass die Krankenkasse zur Überprüfung verpflichtet sei. Geschehe dies nicht, könne dies nicht zum Nachteil des Krankenhauses gehen.

9
Der Datenabgleich durch die Beklagte hätte zu einer Fehlermeldung führen müssen, da der das Zusatzentgelt auslösende OPS mit der ersten Rechnung übermittelt worden sei. Mindestens müsse die Krankenkasse darlegen, warum eine Fehlerprüfung unterlassen worden sei oder warum kein Fehler zu erkennen gewesen sei. Im Rahmen der Kontrollen, zu denen die Beklagte verpflichtet sei, hätte ihr auffallen müssen, dass das Zusatzentgelt zur Aufrechnung kommen musste. Der OPS 8-836.nd sei initial übermittelt worden. Dieser OPS führe in das Zusatzentgelt 76ZEA513. Für die Beklagte sei augenscheinlich, dass der Prozedurenschlüssel ohne zugehöriges Zusatzentgelt nicht korrekt sei. In diesem Fall handele es sich um eine systemimmanente Rechnungskorrektur.

10
Die Rechtsprechung des BSG (19.11.2019 – B 1 KR 10/19 R) könne nicht mehr aufrechterhalten werden. Ein flüchtiges Lesen sei nicht mehr das Maß der Dinge, sondern es bestehe die zwingende Verpflichtung der Krankenkassen zur Überprüfung der Daten. Anders als vom BSG entschieden bedurfte es hier keiner über die Datenübermittlung hinausgehenden Kenntnisse oder Informationen. Der Datenabgleich durch die Beklagte hätte zu einer Fehlermeldung führen müssen, da der das Zusatzentgelt auslösende OPS-Code mit der Rechnung übermittelt worden sei.

11
Die Beklagte trägt vor, dass eine Rechnungskorrektur gemäß den Vorgaben des § 11 Abs. 1 PrüfvV durchzuführen sei. Nach dem Wortlaut des § 11 Abs. 1 a PrüfvV seien nur Fehler beachtlich, welche die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens anmerke. Ein solcher Fehler habe nicht vorgelegen, denn eine Anmerkung der Beklagten habe es nicht gegeben. Vielmehr habe das Krankenhaus die Beklagte über den fehlenden Abrechnungsbestandteil informiert und anschließend eine Korrektur der Rechnung vorgenommen. Die Übersendung der zweiten Schlussrechnung gehe allein auf die Klägerin zurück.

12
Nach dem Wortlaut des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG sei eine Rechnungskorrektur nach der Übermittlung an die Krankenkasse ausgeschlossen. Mit dem Verbot, Rechnungen nachträglich zu korrigieren, sollte erreicht

werden, dass die Krankenkasse ab Übermittlung der Rechnung eine vollständige und abschließende Information über die Kosten des Behandlungsfalls erhalte. Es bestehe keine Verpflichtung der Krankenkassen, Krankenhäuser auf Fehler in der Rechnungsstellung hinzuweisen. Dies würde dazu führen, dass die Krankenkasse stets eine vollumfängliche Prüfung der Rechnung vorzunehmen hätte. Auf diese Weise würde der Zweck des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG konterkariert, das Abrechnungsverfahren zu beschleunigen und zu vereinfachen.

13
Wenn es dem Krankenhaus nicht möglich sei, seine eigene Rechnung korrekt und vollständig zu erstellen, könne eine diesbezügliche Überprüfung im Rahmen der Massenverfahren von der Krankenkasse nicht erwartet werden. Diesen Aspekt habe das BSG bereits in der Entscheidung vom 19.11.2019 aufgeführt. Der das Zusatzentgelt auslösende OPS 8-836.nd könne allein kodiert werden. Daher sei das Fehlen des Zusatzentgelts in der Rechnung nicht offensichtlich gewesen.

14
Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.954,68 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.04.2023 zu bezahlen.

15
Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

16
Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

17
Die Klage hat keinen Erfolg.

18
Streitig ist die weitere Vergütung in Höhe von 2.954,68 Euro wegen der Behandlung des Versicherten D. im Zeitraum vom 12. bis zum 14.05.2022.

19
Die Klage ist zulässig. Sie ist gemäß §§ 90, 92 SGG form- und fristgerecht erhoben worden. Die Klage ist als echte Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) statthaft.

20
Die Klage ist unbegründet.

21
1. Der Anspruch auf Vergütung in Höhe des Zusatzentgelts 76ZEA513 in Höhe von 2.954,68 Euro ist mit der Behandlung des Versicherten entstanden.

22
Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRGKrankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 KHEntgG und § 17b KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als „Vertragsparteien auf Bundesebene“ mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (BSG 26.05.2020 – B 1 KR 26/18 R – BeckRS 2020, 24869 Rn. 12-17). Vergütungsansprüche der

Krankenhäuser entstehen unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG 19.6.2018 – B 1 KR 32/17 R, BeckRS 2018, 22328 Rn. 9 f. mwN; BeckOK KHR/Stollmann, 5. Ed. 1.9.2023, SGB V § 109 Rn. 26).

23
2. Der Vergütungsanspruch in Höhe des Zusatzentgelts 76ZEA513 in Höhe von 2.954,68 Euro ist gemäß § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG erloschen.

24
Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus gemäß § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Normzweck des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG ist die Beschleunigung und Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens. Diesem Zweck gibt der Gesetzgeber den Vorzug gegenüber der materiellen Richtigkeit der Abrechnung. Nach der Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist gemäß dem Willen des Gesetzgebers eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen (§ 17c Abs. 2a S. 1 KHG). Nur zur Umsetzung des Ergebnisses einer Prüfung des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils darf die Rechnung noch nachträglich korrigiert werden. Weitere Prüfungen der Abrechnung finden nach Abschluss der Einzelfallprüfung nicht statt (§ 17c Abs. 2a S. 2 KHG; BeckOK KHR/Gerlach, 4. Ed. 1.5.2023, KHG § 17c Rn. 35, 36).

25
Die Voraussetzungen des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG sind erfüllt. Die Klägerin hat die Abrechnungsdaten am 30.06.2023 übermittelt und dabei keine Abrechnung des Zusatzentgelts 76ZEA513 vorgenommen. Eine Rechnungskorrektur war nicht zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich (§ 17c Abs. 2a Satz 1 KHG). Im vorliegenden Fall hat die Beklagte den Medizinischen Dienst nicht zur Prüfung der Abrechnung gemäß § 275c Abs. 1 SGB V beauftragt, so dass sich daraus kein Korrekturbedarf ergibt. Nach dem Wortlaut des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG ist eine Korrektur der Abrechnung ausgeschlossen.

26
3. Eine Rechnungskorrektur war nicht gemäß § 11 Abs. 1 Buchst. a PrüfvV zulässig.

27
Gemäß § 11 Abs. 1 Buchst. a PrüfvV 2022 ist eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus zulässig zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V angemerkten Fehlern. Dies haben die Vertragspartner der PrüfvV abweichend von § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG vereinbart. Zur Vereinbarung abweichender Regelungen sind die Vertragspartner gemäß § 17c Abs. 2a Satz 3 KHG befugt. Demnach ist die Korrektur der Abrechnungen in den abschließend aufgelisteten Fällen des § 11 PrüfvV 2022 zulässig (BeckOK KHR/ Gerlach, 4. Ed. 1.5.2023, KHG § 17c Rn. 35, 36).

28
Allerdings handelt es sich nicht um einen Fehler, der im Rahmen des Fehlerverfahrens angemerkt worden ist. Das Fehlerverfahren gemäß Anlage 4 zur Vereinbarung über die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V umfasst die folgenden Stufen: Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur, Stufe 2 – Prüfung der Syntax, Stufe 3 – Formale Prüfung auf Feldinhalte und Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen. Das Fehlerverfahren regelt systemimmanente Rechnungskorrekturen, welche Fehler der Datenerfassung und Datenübermittlung betreffen. Ein Fehler auf den genannten Stufen 1, 2 oder 3 liegt nicht vor, da die Datenübermittlung der Klägerin am 30.06. 2022 entsprechend den formalen Stufen der Prüfung im Rahmen des Fehlerverfahrens korrekt gewesen ist.

29
Hinsichtlich der Stufe 4 enthält die Anlage 4 zur Vereinbarung über die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V keine Regelungen, vielmehr ist zur Stufe 4 festgelegt, dass die vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen individuell bei den einzelnen Krankenkassen durchgeführt werden und dass für diesen Bereich keine kassenartenübergreifenden Regelungen vereinbart werden. Demnach besteht für einen Fehler auf der Stufe 4 keine Verpflichtung gemäß § 11 Abs. 1 Buchst. a PrüfvV.

30

Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 11 Abs. 1 Buchst. a PrüfvV muss der Fehler zudem von der Krankenkasse angemerkt worden sei. Auch dieses Tatbestandsmerkmal ist nicht erfüllt, da hier die Klägerin am 30.03.2023 auf die fehlerhafte Abrechnung hingewiesen hat.

31
4. Aufgrund der Prüfpflicht gemäß § 3 Satz 1 PrüfvV war die Beklagte nicht zur begehrten Rechnungskorrektur verpflichtet.

32
Gemäß § 3 Satz 1 PrüfvV hat die Krankenkasse die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen. Gemäß den Befugnisnormen des § 17c Abs. 2 Satz 1 und Abs. 2a Satz 3 KHG dienen die Vorschriften der PrüfvV dazu, die Einzelfallprüfung und die nachträgliche Rechnungskorrektur auszugestalten. Festzustellen ist insofern, dass § 3 Satz 1 PrüfvV ausschließlich die Einzelfallprüfung betrifft – nicht jedoch die Rechnungskorrektur gemäß § 17c Abs. 2a Satz 3 KHG. Mit § 3 Satz 1 PrüfvV wird die Aufgabe der Krankenkassen beschrieben, sicherzustellen, dass die Abrechnungen der Krankenhäuser wirtschaftlich und korrekt sind. Damit dient die Prüfung letztlich dazu, das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V zu verwirklichen.

33
Systematisch ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse seit dem 01.01.2016 zu einer eigenständigen, sachlich-rechnerischen Prüfung einer Abrechnung nicht befugt ist, da die Krankenkasse gemäß § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V zu diesem Zweck den Medizinischen Dienst einzuschalten hat. Die Bestimmung in § 275c betrifft nach Abs. 1 Satz 3 jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert. § 275c Abs. 1 Satz 3 SGB V übernimmt damit die seit dem 01.01.2016 geltende Regelung in § 275 Abs. 1c Satz 4 aF, mit der die bis zum 31.12.2015 noch geltende Unterscheidung zwischen einer Auffälligkeitsprüfung und einer Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit aufgehoben wurde (Krauskopf/Knittel, 119. EL Juni 2023, SGB V § 275c Rn. 8). Die Beklagte hat das Prüfverfahrens jedoch nicht eingeleitet, dementsprechend durfte keine Prüfung im Sinne des § 3 PrüfvV durchgeführt werden.

34
5. Eine einschränkende Auslegung des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG ist nicht angezeigt.

35
Wenngleich der Krankenkasse eine eigenständige Prüfung der Abrechnung nicht gestattet ist, erachtet die Kammer es für geboten, den Ausschlusstatbestand des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG auf offensichtliche Unrichtigkeiten der Abrechnung nicht anzuwenden. Diese restriktive Auslegung trägt den erheblichen finanziellen Auswirkungen des Ausschlusstatbestands ebenso wie dem Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit und gegenseitigen Rücksichtnahme (BSG 11.05.2023 – B 1 KR 10/22 R, BeckRS 2023, 13289, Rn. 37) Rechnung.

36
Entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung muss der Korrekturbedarf jedoch offenkundig sein (19.11.2019 – B 1 KR 10/19 R, BeckRS 2019, 34755 Rn. 14-20). Es gehört zur gegenseitigen Rücksichtnahme nach Treu und Glauben, dass Krankenkassen je nach der Art des Fehlers, etwa bei offensichtlichem, ins Auge springendem Korrekturbedarf zugunsten des Krankenhauses, bereit sein müssen, die Fehler durch das Krankenhaus korrigieren zu lassen. Beispielhaft hat das BSG den Fall benannt, dass durch einen Dateneingabefehler der Rechnungsbetrag des Krankenhauses sich z. B. anstelle von 15.000 Euro auf lediglich 150 Euro beläuft. In einem solchen Fall wird das Krankenhaus sogar umgekehrt einen entsprechenden Hinweis des Rechnungsempfängers aus eigenem Antrieb erwarten dürfen. Ferner führte das BSG aus, dass allein die Kodierung des OPS 5-378.a0 für den Einsatz eines Excimer-Lasers ohne Kodierung eines Zusatzentgelts in der Entlassungsanzeige nicht dazu führte, dass die Schlussrechnung offensichtlich unschlüssig war. Dass nur offensichtliche Fehler von der Krankenkasse zu korrigieren sind, steht im Einklang mit der Verpflichtung des Krankenhauses gemäß § 3 Satz 2 PrüfvV, nach § 301 SGB V die Daten korrekt und vollständig zu übermitteln.

37

Nach Ansicht der Kammer lag keine offensichtliche korrekturbedürftige Unrichtigkeit vor. Es handelt sich nicht um einen Abrechnungsfehler, welcher der Krankenkasse ins Auge springen musste. Insbesondere war es nicht zwangsläufig notwendig, dass bei der Verwendung des OPS 8-836-nd stets das Zusatzentgelt 76ZEA513 kodiert werden musste. So könnten beispielsweise kostenlos überlassene Coils zum Einsatz gekommen sein.

38
Es kann dahinstehen, ob eine einschränkende Auslegung des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG notwendig ist, wenn in zeitlicher Nähe zur ersten Datenübermittlung eine Korrektur der Abrechnungsdaten erfolgt, um insbesondere Flüchtigkeitsfehler zu korrigieren. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor, da die Klägerin die Korrektur erst neun Monate nach der ersten Datenübermittlung vorgenommen hat. Über einen absehbaren Zeitraum von wenigen Wochen hinaus würden nachträgliche Korrekturen dem Gesetzeszweck jedoch zuwiderlaufen, eine Beschleunigung und Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens zu bewirken. Dementsprechend ist der Vergütungsanspruch erloschen. Die Klage ist unbegründet und war mithin abzuweisen.

39
Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung, § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz, § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG.