

## S 12 KR 224/20

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Kassel (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Kassel (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 224/20  
Datum  
22.09.2021  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 KR 453/21  
Datum  
24.08.2023  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 6.519,95 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 18. November 2019 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat einschließlich der Kosten der Klägerin insgesamt die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.
3. Der Streitwert wird mit 6.519,95 € festgesetzt.

### Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Zahlung von 6.519,95 € zzgl. Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 18. November 2019 im Streit.

Der 1960 geborene und seinerzeit bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte E. G. (G.) befand sich vom 25. September 2019 bis einschließlich 1. Oktober 2019 in vollstationärer Krankenhausbehandlung der Klägerin zur Durchführung eines adipothaschirurgischen Eingriffes, aufgrund dessen der Klägerin seitens der Beklagten schließlich mit Rechnung vom 18. Oktober 2019 insgesamt 6.519,95 € in Rechnung gestellt worden waren, ohne dass die Beklagte diese Rechnung dann im weiteren auch nur vorläufig ausglich. Der Rechnung zugrunde gelegen hatte unter anderem die DRG K04Z (große Eingriffe bei Adipositas).

Gegenüber dem Betreuer des Versicherten G. war zuvor mit bestandskräftigem Bescheid vom 13. August 2019 ein Antrag auf eine entsprechende vollstationäre Krankenhausbehandlung, konkret zur Schlauchmagen-Operation, der im April 2019 unter Vorlage verschiedener Unterlagen gestellt worden war, auf der Grundlage eines nach Aktenlage gefertigten Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 9. August 2019 selbst abgelehnt worden, was die Beklagte im Anschluss an die am 26. September 2019 eingegangene Aufnahmeanzeige der Klägerin dann dazu veranlasst hatte, diese noch unter dem 27. September 2019 mit der Begründung zurückzuweisen, dass insoweit die medizinischen Voraussetzungen für eine vollstationäre Behandlung nicht vorliegen würden. Demgegenüber hatte die Klägerin dann unter dem 3. Oktober 2019 ihrerseits an der medizinischen Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung festgehalten und dies damit begründet, dass beim Versicherten eine leitliniengemäß indizierte Operation notwendig gewesen sei. Die dafür präoperativ erforderlichen Untersuchungen und Vorbereitungen hätten stattgefunden. Eine gesetzliche Vorgabe zur Einholung einer vorherigen Genehmigung durch den Kostenträger gebe es nicht, wenn die Leitlinien hinsichtlich der Indikationsstellung - wie hier - eingehalten würden, wobei seitens der Klägerin unter dem 18. Oktober 2019 dann dementsprechend auch die o.a. Rechnung per Datenträgeraustausch an die Beklagte übermittelt worden war.

Ohne weitere Einschaltung des MDK war dann seitens der Beklagten auch diese Rechnung noch unter dem 21. Oktober 2019 auf der Grundlage des im Antragsverfahren des Versicherten gefertigten MDK-Gutachtens zurückgewiesen worden. Die Klägerin hat am 11. Mai 2020 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie einschließlich der o.a. Zinsen gegenüber der Beklagten die Zahlung von 6.519,95 € geltend macht.

Dabei stützt sich die Klägerin unter anderem darauf, dass der Klage bereits deswegen stattzugeben sei, weil es die Beklagte im Anschluss an den Rechnungseingang unter Missachtung der 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1 Buchst. c Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) versäumt habe, ein Rechnungsprüfungsverfahren unter Einschaltung des MDK einzuleiten, so dass die Beklagte mit möglichen medizinischen Einwendungen ausgeschlossen sei. Insoweit bestehe auch kein Anlass, die vom Gericht angeforderte Patientenakte vorzulegen. Hier bestehe ein Beweisverwertungsverbot.

Die Beklagte ist der Klageerhebung anschließend entgegengetreten, wozu die Klägerin im Weiteren zunächst vorgetragen hat, dass eine auch bestandskräftige Ablehnung, welche von einer Krankenkasse gegenüber einem Versicherten ausgesprochen worden sei, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht berühre. Das Ergebnis eines Verwaltungs- oder Widerspruchsverfahrens zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse schlage also nicht auf den Vergütungsanspruch des Krankenhauses durch.

Das weitere Vorbringen der Beteiligten und den Hinweis der Beklagten, dass die Zurückweisung der Rechnung auf der Grundlage einer früheren zeitlichen Stufe der Rechnungsprüfung, namentlich auf Basis der so genannten 301er-Daten sowie unter Hinzuziehung des bereits vorliegenden MDK-Gutachtens erfolgt sei, hat das Gericht durch den Kammervorsitzenden sodann zum Anlass genommen, die Beklagte um eine weitere, am hier konkreten Sachverhalt orientierte Erläuterung zu bitten. Dies auch dazu, welche "frühe zeitliche" Stufe der Rechnungsprüfung im Schriftsatz hier konkret gemeint sei und woran dies am hier zu beurteilenden Sachverhalt tatsächlich und dann rechtlich auf der Grundlage welcher Rechtsprechung (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 16. Mai 2013 - [B 3 KR 32/12 R](#) -, SozR 4-2500 § 275 Nr 13, juris) festgemacht werde, zumal die Beklagte nach ihrem eigenen Vortrag eine Vergütung dann letztlich bereits vor Rechnungsstellung abgelehnt habe. Damit sei nicht gesagt, dass dies nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich wäre, das Gericht könne aber erwarten, dass dies auch rechtlich dargetan werde. Erst Recht, wenn konkrete Ausführungen zu [§ 301 SGB V](#) selbst fehlten.

Weiter ist darauf hingewiesen worden, dass zumindest mit dem Sozialgericht Duisburg (Urteil vom 4. November 2020, [S 54 KR 763/19](#), juris) insoweit dann aber auch folgendes gelte:

"... ist das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus vom Behandlungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Versichertem sowie vom Versicherungsverhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse zu trennen (vgl. BSG, Urteil vom 11.04.2002, Az.: [B 3 KR 24/01 R](#)), so dass die im Versicherungsverhältnis ergangene bindende Leistungsablehnung mangels Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit für das Abrechnungsverhältnis ohne Bedeutung ist (BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az.: [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 11.04.2002, Az.: [B 3 KR 24/01 R](#)). Daher kann auch die Befassung des MDK im Verwaltungsverfahren zwischen Krankenkasse und Versichertem als vorgelagerte Prüfung des Bestehens eines Sachleistungsanspruchs nicht das MDK-Prüfverfahren im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse i.R.d. nachgelagerte Abrechnungsprüfung ersetzen. Andernfalls würde das bereits beschriebene vorgesehene Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sowie das dreistufige Prüfverfahren samt der Auskunft- und Mitwirkungspflichten der beteiligten Krankenkasse und des beteiligten Krankenhauses leerlaufen (dazu BSG, Urteil vom 16.05.2012, Az.: [B 3 KR 14/11 R](#)). Die Prüfung beschränkt sich daher auf den Sachverhalt, wie er sich aus den nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) übermittelten Daten und der Rechnung darstellt. Diesen lässt sich lediglich entnehmen, dass .... Anhaltspunkte für eine nicht bedarfsgerechte Therapie oder eine mangelnde Erforderlichkeit ergeben sich aus diesen Daten nicht. Von der Erforderlichkeit der stationären Behandlung ist auszugehen. Der Vergütungsanspruch ist auch fällig. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. Verpflichtungen voraus, insbesondere aus [§ 301 SGB V](#). Die Informationen nach [§ 301 SGB V](#) wurden der Beklagten übermittelt. Vorliegend hat die Beklagte weder auf der ersten Stufe nicht-medizinische Nachfragen an die Klägerin gerichtet noch auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) eingeleitet."

Ähnliches ergebe sich mit dem von der Klägerin bereits unter dem 29. September 2020 jedenfalls teilweise in Bezug genommenen und zitierten Sozialgericht Stuttgart (Gerichtsbescheid vom 1. Februar 2018, [S 18 KR 5146/16](#), juris und Urteil vom 2. Dezember 2019, [S 4 KR 3484/17](#)), möge man dies nun als Präklusion, Ausschlussfrist oder anders benennen. Jedenfalls werde damit zumindest aus Sicht des Kammervorsitzenden deutlich, worauf die Klägerin hier abstelle.

Die Klägerin hat sich durch die vorgenannten Hinweise im Ergebnis bestätigt gesehen. Gleichzeitig hat sie, wie vom Gericht erbeten, die hier der Beklagten mit der Krankenhausaufnahme übersandten Daten nach [§ 301 SGB V](#) auch dem Gericht zur Verfügung gestellt.

Letzteres hat das Gericht wiederum zum Anlass genommen, darauf hinzuweisen, dass mit den insoweit vorgelegten Unterlagen eine konkrete Prüfung der Daten nach [§ 301 SGB V](#) und ausdrücklich weiteren Ausführungen des Krankenhauses hierzu erst gar nicht erfolgt zu sein scheine, was die Beklagte im Weiteren veranlasst hat, unter weiteren Darlegung, auch zur ihrer Auffassung nach nicht bestandenen Notwendigkeit der durchgeführten Krankenhausbehandlung, an ihrer ablehnenden Haltung festzuhalten.

Ebenso festgehalten an dem mit der Klage geltend gemachten Anspruch hat anschließend dann auch wiederum die Klägerin. Eine Befassung des MDK im Verwaltungsverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ersetze nicht die nachgelagerte Abrechnungsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#), also die Prüfung des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse. Insoweit setzte die sich danach hier aus [§ 275 Abs. 1 Buchst. c SGB V](#) ff. ergebende Begrenzung der Sachverhaltsermittlung mit dem BSG auch im vorliegenden Gerichtsverfahren fort. Die Amtsermittlungspflicht nach [§ 103 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) werde durch die unterlassene MDK-Prüfung eingeschränkt. Dies gelte insbesondere im Hinblick darauf, dass der Gesetzgeber die behördliche Sachverhaltsermittlung durch die bereichsspezifische Sonderregelung in [§ 275 Abs. 1 c S. 2 SGB V](#) unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt habe. Die gesetzliche Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1 Buchst. c S. 2 SGB V](#) sei zudem Ausdruck der besonderen Verantwortung der Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen ihres Auftrags zur stationären Versorgung der Versicherten. Sie solle eine schnelle Abwicklung und Abrechnung der großen Zahl der Behandlungsfälle ermöglichen und das Vertrauen der Beteiligten auf den Abschluss der Leistungsabrechnung schützen. Mit diesem Schutzzweck wäre es unvereinbar, wenn anstelle des nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zur Prüfung berufenen, wegen Ablaufs der 6-Wochen-Frist aber nicht mehr befugten MDK nunmehr die Sozialgerichte an dessen Seite erstmals den von einer Krankenkasse aufgeworfenen medizinischen Zweifelsfragen nachgingen und in aller Regel umfangreich Beweis erheben müssten. Sie würden hierdurch nachhaltig in die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen eingreifen und im vorgerichtlichen Verfahren nicht mehr zulässige Einzelfallprüfungen im Sozialgerichtsprozess durchführen, obwohl der Gesetzgeber mit der Einführung von [§ 275 Absatz 1 c S. 2 SGB V](#) bewusst derartige Einzelfallprüfungen beschränke und stattdessen die Stichprobenprüfung nach [§ 17 c Abs. 2 des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes \(KHG\)](#) habe aufwerten wollen.

Die Beklagte hat auch anschließend an ihrer ablehnenden Haltung festgehalten. Es möge richtig sein, dass mit der Rechtsprechung des BSG das Versicherungsverhältnis und das Abrechnungsverhältnis voneinander zu trennen seien und eine negative Entscheidung im erstgenannten nicht notwendig auf das zweitgenannte durchgreife. Daraus aber wiederum den Schluss zu ziehen, dass das Gutachten aus dem Versicherungsverhältnis gar nicht als Erkenntnis im Rahmen eines Streits um die Abrechnung herangezogen werden dürfe, lasse sich aus dieser BSG-Rechtsprechung nicht ableiten. Insoweit gehe das Sozialgericht Duisburg rechtsirrig davon aus, dass in Fallgestaltungen wie

vorliegend ein zuvor gefertigtes MDK-Gutachten nicht berücksichtigt werden könne.

Die Beteiligten haben sich anschließend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ausdrücklich einverstanden erklärt.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 6.519,95 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der europäischen Zentralbank seit dem 18. November 2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt (sinngemäß),

die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte; ebenso wird Bezug genommen auf den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten, dessen wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

#### Entscheidungsgründe

Der Rechtsstreit konnte von der Kammer durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden werden, nachdem sich die Beteiligten zuvor mit einer entsprechenden Entscheidung ausdrücklich einverstanden erklärt hatten ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu bereits BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)) zulässig. Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit zwischenzeitlich aber auch ausdrücklich aus [§ 51 SGG](#), der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist sodann auch begründet.

Die Beklagte ist verpflichtet, der Klägerin aus Anlass der o.a. vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten G. im Krankenhaus der Klägerin weitere 6.519,95 € zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 18. November 2019 zu zahlen, wobei hier mit der Klägerin, deren Ausführungen hierzu und den unter Bezug u.a. auf die o.a. Entscheidungen des Sozialgerichts Duisburg, aber auch des Sozialgerichts Stuttgart erteilten rechtlichen Hinweisen der Kammer, wonach mit der Klägerin unbeschadet des im Verhältnis zum Versicherten bereits vor der Krankenhausaufnahme eingeholten MDK-Gutachtens mit der Rechnungslegung eine hiervon unabhängige Rechnungsprüfung durch den MDK aus medizinischen Gründen einzuleiten gewesen wäre, was die Beklagte unstreitig unterlassen hat, hieraus folgt, dass mit Ablauf der insoweit 6-wöchigen Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) der medizinische Sachverhalt nunmehr einer Aufklärung und Beurteilung im Gerichtsverfahren auch entzogen ist und der Klage mit der von der Klägerin in Bezug genommenen sozialgerichtlichen Rechtsprechung schon aus diesem Grund stattzugeben war.

Zur Begründetheit der Klage im Einzelnen:

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs selbst ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und [§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert, wobei sich die Höhe der Vergütung aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und einem Fallpauschalenkatalog, hier in der im Jahr 2016 geltenden Fassung ergibt (vgl. hierzu und zum folgenden zuletzt BSG, Urteile vom 19. Dezember 2017, [B 1 KR 17/17 R](#) und [B 1 KR 18/17 R](#)).

Dem liegt sodann ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden (vgl. hierzu im Einzelnen BSG, wie vor). Die insoweit maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), sind dabei eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen und Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht zu bleiben. Denn eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (stRspr, vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011, wie vor und BSG, Urteil vom 25. November 2010, [B 3 KR 4/10 R](#)). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes ([§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG](#)) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen.

Gleichzeitig ist mit den o.a. Ausführungen dann bei Versäumung einer unmittelbaren, innerhalb von 6 Wochen nach Rechnungsstellung erfolgten Einschaltung des MDK zur Rechnungsprüfung, wovon mit den weiteren o.a. Ausführungen zur Überzeugung der Kammer auch hier auszugehen ist, der sich aus [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) insoweit ergebende Einwendungsausschluss zu beachten, was dazu führt, dass jedenfalls auf dieser Grundlage und der noch vor der Rechnungsstellung getätigten Einwendungen der Klägerin vom 3. Oktober 2019, die die Beklagte spätestens zu einer eigenständigen Einschaltung des MDK im Anschluss an die Rechnungsstellung als 2. Stufe des Prüfverfahrens hätten veranlassen müssen, unter Zugrundelegung der o.a. Einwendungen des Krankenhauses keine rechtlich durchgreifenden Bestimmungen

gegen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung des G. nach [§ 39 SGB V](#) bestehen, zumal die gutachterliche Stellungnahme des MDK allein nach Aktenlage gefertigt ist und die beim Versicherten vorliegenden Komorbiditäten einschließlich einer nach Aktenlage mehrjährigen psychotherapeutischen Behandlung in die Beurteilung erst gar nicht mit einbezieht. Auch gegen die Rechnungsstellung im Übrigen vermochte die Kammer dann abschließend rechtserhebliche Einwendungen nicht zu erkennen.

Der Klage war nach alledem stattzugeben, wobei der ausgeurteilte Zinsanspruch zumindest im Ergebnis aus § 10 Abs. 5 des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (zum Zinsanspruch im Leistungserbringungsrecht vgl. u.a. BSG, Urteile vom 4. März 2004, [B 3 KR 4/03 R](#) und vom 19. April 2007, [B 3 KR 10/06 R](#)) und einem Zugang der Rechnung vom 18. Oktober 2019 mittels DTA am selben Tag folgt.

Die Kostenentscheidung folgt den [§§ 197a, 183 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), nachdem [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGG hier keine Anwendung finden, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten, privilegierten Personenkreis gehören.

Einer Entscheidung über die Zulassung der Berufung bedurfte es nicht, nachdem der Wert des Beschwerdegegenstandes 750 € übersteigt (Rechtsmittelbelehrung I).

Gegen die Streitwertfestsetzung, die der Höhe der streitigen Forderung folgt, findet nach [§ 25 Abs. 3 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) selbst wiederum die Beschwerde statt (Rechtsmittelbelehrung II).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2023-10-10