

B 1 KR 15/11 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Koblenz (RPF)
Aktenzeichen
S 3 KR 312/09
Datum
09.11.2010
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 246/10
Datum
04.08.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 15/11 R
Datum
06.03.2012
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Fallpauschalenvergütung eines Krankenhauses für die stationäre Behandlung Versicherter mindert sich nur dann nicht um einen Verlegungsabschlag nach der Fallpauschalenvereinbarung 2007, wenn die gesamte der Verlegung unmittelbar vorausgehende Behandlung im verlegenden Krankenhaus, die als Fallpauschale eigenständig abzurechnen ist, nicht länger als 24 Stunden gedauert hat.

2. Fallpauschalenvereinbarungen sind streng nach Wortlaut und Normsystematik auszulegen.

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 4. August 2011 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückverwiesen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1068,99 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten.

2

Das DRK Klinikum W. - Krankenhaus H. - (DRK-Krankenhaus) behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte A. H. (im Folgenden: Versicherte) vom 1. bis 8.1.2007 stationär und berechnete hierfür die Fallpauschale DRG N04Z (Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff). Es nahm die Versicherte am 12.1.2007 wegen einer Sepsis wieder stationär auf und verlegte sie vor Ablauf von 24 Stunden am 13.1.2007 in das Vertragskrankenhaus Klinikum Kemperhof der Klägerin, das sie bis zum 28.1.2007 stationär behandelte. Die Beklagte zahlte zunächst die von der Klägerin geforderten 10 506,81 Euro entsprechend der Fallpauschale DRG L03Z (Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter (19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder außer bei Neubildung, mit äußerst schweren CC; mittlere Verweildauer 17,7 Tage). Als die Beklagte vom Verlegungssachverhalt erfuhr, rechnete sie im Dezember 2008 gegenüber einem unstreitigen Vergütungsanspruch der Klägerin (1329,46 Euro für die stationäre Behandlung der Versicherten H. H. - im Folgenden: zweite Versicherte -, Rechnung vom 18.11.2008) mit einer Erstattungsforderung in Höhe von 1068,99 Euro auf: Sie habe die Fallpauschale DRG L03Z ungekürzt bezahlt, ohne den Verlegungsabschlag nach der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2007 zu berücksichtigen. Zwar schließe § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 einen Verlegungsabschlag aus, wenn die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden gedauert habe. Der Abschlag greife hier aber ein, weil die beiden Aufenthalte im Januar 2007 im verlegenden DRK-Krankenhaus als eine einzige abrechenbare Behandlung anzusehen seien. Das SG hat der Klage auf Zahlung von 1068,99 Euro nebst zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit am 6.7.2009 stattgegeben (Urteil vom 9.11.2010). Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG die Klage abgewiesen: Die Aufrechnung sei wirksam, denn die Beklagte habe Erstattung des nicht einbehaltenen Verlegungsabschlags verlangen können. Behandlung iS des § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 meine den als Fallpauschale abrechenbaren Behandlungsfall, hier also die als eine Behandlung anzusehenden beiden Krankenhausaufenthalte der Versicherten im DRK-Krankenhaus. (Urteil vom 4.8.2011).

3

Die Klägerin rügt mit der Revision die Verletzung des [§ 109 Abs 4 S 3 SGB V](#) iVm dem auf Bundesebene zustande gekommenen § 3 Abs 2 S 2

FPV 2007. Die 24-Stunden-Regelung umschreibe die tatsächliche Dauer des unmittelbar der Verlegung vorausgegangenen zusammenhängenden Behandlungsabschnitts im verlegenden Krankenhaus. Sie knüpfe anders als § 3 Abs 2 S 1 FPV 2007 nicht an den Fallpauschalen-Katalog an. Es sei daher unerheblich, ob die FPV 2007 hier eine Fallzusammenführung vorsehe.

4

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 4. August 2011 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 9. November 2010 zurückzuweisen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet ([§ 170 Abs 2 S 2 SGG](#)). Das angefochtene LSG-Urteil ist aufzuheben. Der Klägerin steht zwar der Vergütungsanspruch aus der Behandlung der zweiten Versicherten zu (dazu 1.). Ob die beklagte KK diesen Vergütungsanspruch in Höhe von 1068,99 Euro dadurch erfüllte, dass sie mit einem aus der Behandlung der Versicherten resultierenden Erstattungsanspruch wirksam aufrechnete, kann der erkennende Senat wegen fehlender Feststellungen des LSG aber nicht entscheiden (dazu 2.).

8

1. Die Voraussetzungen eines Anspruchs der Klägerin auf Krankenhausvergütung (vgl dazu a), den sie im Wege der zulässigen echten Leistungsklage (vgl nur [BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12) in Höhe von 1068,99 Euro für die stationäre Behandlung der zweiten Versicherten vom 10. bis 14.11.2008 geltend macht, sind erfüllt (vgl dazu b).

9

a) Die Zahlungsverpflichtung einer KK 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 S 2 SGB V](#) erforderlich ist (stRspr, vgl nur BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11 mwN). Die Krankenhausvergütung bemisst sich dabei nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (vgl zum Ganzen ausführlich BSG Urteil SozR 4-5560 § 17b Nr 2 RdNr 14 ff, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen).

10

b) Die Klägerin behandelte die zweite Versicherte stationär vom 10. bis 14.11.2008 in ihrem Krankenhaus, der Klinik für Innere Medizin I, wegen eines Rektumkarzinoms (Hauptdiagnose ICD 10 C20 (Bösartige Neubildung des Rektums), Nebendiagnose ICD 10 C77.5 (Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten: intrapelvine Lymphknoten), OPS Chemotherapie 8-542 (Nicht komplexe Chemotherapie)). Hieraus erwuchs der Klägerin ein Vergütungsanspruch über 1329,46 Euro, auf den die Beklagte 260,47 Euro zahlte. Die Beteiligten streiten darüber, ob der offene Restbetrag von 1068,99 Euro durch Aufrechnung erlosch.

11

2. Der Senat kann wegen fehlender Feststellungen des LSG nicht in der Sache selbst abschließend über den Erfolg der Berufung gegen das stattgebende SG-Urteil entscheiden. Es steht nicht fest, dass die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung erfüllt waren, mit dem die Beklagte analog [§ 387 BGB](#) gegen die Restvergütungsforderung der Klägerin in Höhe von 1068,99 Euro aufrechnete. Die Beklagte erfüllte den der Klägerin zustehenden restlichen Vergütungsanspruch nur dann durch eine im Übrigen wirksame Aufrechnung (dazu a), wenn ihr ein Erstattungsanspruch in dieser Höhe zustand. So lag es, wenn die Vergütung für die Behandlung der Versicherten um einen von der Beklagten zunächst nicht berücksichtigten Verlegungsabschlag zu kürzen war. Der Verlegungsabschlag fiel nicht an, wenn die beiden Behandlungen der Versicherten im DRK-Krankenhaus als "eine Behandlung" im Rechtssinne anzusehen sind (dazu b). Es steht nicht fest, dass die tatsächlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt waren (dazu c).

12

a) Wenn der Beklagten ein Erstattungsanspruch in Höhe von 1068,99 Euro zustand, war ihre analog [§ 387 BGB](#) mit Schreiben vom 2.12.2008 gegenüber der Klägerin erklärte Aufrechnung wirksam. Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann ([§ 387 BGB](#)). Die Beklagte konnte mit einer Gegenforderung aus öffentlich-rechtlicher Erstattung gegen die Hauptforderung aufrechnen, wenn der Erstattungsanspruch bestand (vgl dazu allgemein BSG SozR 4-5560 § 17b Nr 2 RdNr 9 ff mwN, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen; zur Aufrechnung BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 15). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch erfüllten die Voraussetzungen der Gegenseitigkeit und der Gleichartigkeit. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Beklagten war auch - seine Existenz unterstellt - fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar.

13

b) Der Beklagten stand aufgrund überzahlter Krankenhausvergütung ein Erstattungsanspruch in Höhe von 1068,99 Euro mangels Berücksichtigung des Verlegungsabschlags zu (dazu aa), wenn nicht der Ausschlussstatbestand des § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 gegeben war (dazu bb).

14

aa) Die Voraussetzungen eines Verlegungsabschlags nach § 3 Abs 2 S 1 FPV 2007 waren erfüllt. § 3 FPV 2007 ("Abschläge bei Verlegung") bestimmt:

"(1) Im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Die Höhe des Abschlags je Tag wird ermittelt, indem die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 11 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist, wird wie folgt ermittelt:

Mittlere Verweildauer nach dem Fallpauschalen-Katalog, kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundet

- Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach § 1 Abs 7) = Zahl der Abschlagstage.

(2) Im Falle einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus ist von dem aufnehmenden Krankenhaus ein Abschlag entsprechend den Vorgaben des Absatzes 1 vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten wird. Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden, so ist im aufnehmenden Krankenhaus kein Verlegungsabschlag nach Satz 1 vorzunehmen; bei einer frühzeitigen Entlassung durch das aufnehmende Krankenhaus ist die Regelung zur unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs 3, bei einer Weiterverlegung die Abschlagsregelung nach Absatz 1 anzuwenden."

15

Die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer für die Fallpauschale DRG L03Z belief sich auf 17,7 Tage. Sie wurde im aufnehmenden Krankenhaus der Klägerin unterschritten, da die tatsächliche Verweildauer vom 13. bis 28.1.2007 iS von § 1 Abs 7 FPV 2007 lediglich 15 Tage betrug.

16

bb) Bei gebotener Auslegung schließt § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 iVm § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 und Nr 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) einen Verlegungsabschlag beim aufnehmenden Krankenhaus lediglich dann aus, wenn die vorangegangene "Behandlung" im verlegenden Krankenhaus im Sinne eines nach § 1 Abs 1 S 1 und 2 FPV 2007 iVm § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 und Nr 3 KHEntgG abrechenbaren Falles nicht länger als 24 Stunden dauerte.

17

Die Anwendung der FPV-Abrechnungsbestimmungen unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen (vgl allgemein bereits BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs 2 S 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz) 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 (vgl zum Ganzen [BSGE 107, 140](#) RdNr 18, auch zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr 11](#) RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 18 mwN; BSG SozR 4-5560 § 17b Nr 2 RdNr 27, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen; zur Bundespflegegesetzverordnung: BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 14; BSG [SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#) S 15; BSG [SozR 3-5565 § 15 Nr 1](#) S 6). Rechtsähnlich verfahren der erkennende 1. und der 6. Senat des BSG bei der Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen (vgl BSG SozR 4-2500 § 28 Nr 4 RdNr 13; BSG [SozR 4-2500 § 106a Nr 4](#) RdNr 12; BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 10](#) RdNr 13).

18

Nach dem dargelegten Wortlaut und dem Regelungssystem greift der Ausschluss eines Verlegungsabschlags beim aufnehmenden Krankenhaus gemäß § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 ein, wenn die eigenständig als ein Fall nach den Abrechnungsvorschriften abzurechnende Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden dauerte. Die "Behandlung" in diesem Sinne kann auch mehrere, zeitlich durch Aufnahme, Entlassung und Wiederaufnahme voneinander getrennte Behandlungsabschnitte im verlegenden Krankenhaus umfassen. Geht es lediglich um die rein zeitliche Dauer, wie die Klägerin meint, spricht die FPV 2007 dagegen dies ausdrücklich an. So definiert sie in § 1 Abs 1 S 4 FPV 2007, eine Verlegung liege vor, "wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind."

19

Die Regelung über Abschläge in § 3 FPV 2007 ergänzt die allgemeinen Bestimmungen der §§ 1 und 2 FPV 2007. Ihnen ist gemeinsam, als "Behandlung" die abzurechnende Einheit zu verstehen. § 1 Abs 1 S 1 FPV 2007 sieht zunächst jeden zeitlich ununterbrochenen vollstationären oder teilstationären Krankenhausaufenthalt jeweils als einen abzurechnenden Fall an. § 1 Abs 1 S 2 FPV 2007 schafft eine

Ausnahme für Verlegungen in ein anderes Krankenhaus, indem er jedem beteiligten Krankenhaus die Abrechnung eines Falles gestattet, gemindert um die Abschläge nach § 3 FPV 2007. § 1 Abs 1 FPV 2007 lautet:

"Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird nach Maßgabe des § 3 gemindert; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind; für diese Verlegungsfälle sind beim verlegenden Krankenhaus die Regelungen des Absatzes 3 entsprechend anwendbar. Eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind."

20

Nach § 1 Abs 7 FPV 2007 bleibt es auch dann bei einer Behandlung, wenn sie durch Beurlaubung unterbrochen wird. Wann im Übrigen eine Behandlung bei einer Mehrheit von Behandlungsabschnitten vorliegt, regelt § 2 FPV 2007 ("Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus"). Er bestimmt im Einzelnen, unter welchen Voraussetzungen eine Mehrheit von Behandlungsabschnitten zu einem Fall als einer abrechnungstechnischen selbstständigen Behandlung zusammenzufassen oder als eine Mehrheit selbstständiger Behandlungen abzurechnen ist. § 3 Abs 1 und § 3 Abs 2 S 1 FPV 2007 knüpfen hieran an. § 3 FPV 2007 unterscheidet nicht zwischen der einmaligen, nicht unterbrochenen Behandlung und den zu einer Behandlung zusammengefassten, zeitlich voneinander getrennten mehreren Behandlungsabschnitten. Die Regelungen über die Berechnung des Verlegungsabschlags und seinen Ausschluss betreffen unterschiedslos alle Varianten einer selbstständigen Behandlung, eben die "Behandlung".

21

Dementsprechend erfasst § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 als Ausnahmen vom Verlegungsabschlag nur Fälle, in denen "die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden" dauert. Das sind Konstellationen, in denen das verlegende Krankenhaus erstmalig einen Patienten aufnimmt, ununterbrochen weniger als 24 Stunden tatsächlich behandelt und anschließend verlegt, oder in denen es einen Patienten zunächst behandelt, sodann entlässt, ihn wieder aufnimmt und anschließend binnen 24 Stunden verlegt, wenn die Voraussetzungen für die Zusammenfassung dieser Behandlungsabschnitte nach § 2 FPV 2007 nicht erfüllt sind. Bilden mehrere Behandlungsabschnitte beim verlegenden Krankenhaus dagegen eine abrechenbare Behandlung im Rechtssinne, schließt § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 einen Verlegungsabschlag nach § 3 Abs 2 S 1 FPV 2007 auch dann nicht aus, wenn der letzte Behandlungsabschnitt im verlegenden Krankenhaus mit einer tatsächlichen Verweildauer von weniger als 24 Stunden verknüpft war.

22

Wäre hingegen die Auffassung der Klägerin zutreffend, bedeutete "Behandlung" iS des § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 im Falle der notwendigen Zusammenfassung von zwei oder mehreren Behandlungsabschnitten zu einem abrechenbaren Fall, dass die dort geregelte Ausnahme vom Verlegungsabschlag nicht erst dann eingreift, wenn eine Fallzusammenfassung nach § 2 FPV 2007 ausgeschlossen ist, sondern bereits dann, wenn der letzte Behandlungsabschnitt im verlegenden Krankenhaus ein unselbstständiger, rein zeitlich abgegrenzter Behandlungsabschnitt ist. § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 spricht nach seinem Wortlaut dagegen gerade nicht von einem unselbstständigen, rein zeitlich abgegrenzten Behandlungsabschnitt. Vielmehr betrifft "die Behandlung" im Sinne dieser Vorschrift stets nur den abrechenbaren Fall.

23

c) Nach den Feststellungen des LSG steht nicht fest, dass die beiden stationären Behandlungszeiträume der Versicherten im DRK-Krankenhaus vom 1. bis 8.1.2007 und am 12./13.1.2007 nach den tatsächlichen Verhältnissen ein abrechenbarer Behandlungsfall sind, weil die Voraussetzungen einer Wiederaufnahme iS des § 2 FPV 2007 erfüllt waren. Liegen sie nicht vor, greift die 24-Stunden-Regelung des § 3 Abs 2 S 2 FPV 2007 mit der Folge ein, dass die Klägerin keinen Verlegungsabschlag hinnehmen muss, die Aufrechnung der Beklagten ins Leere ging und ihre Berufung zurückzuweisen ist.

24

Insbesondere fehlt es an LSG-Feststellungen dazu, dass die Wiederaufnahme der Versicherten wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung Hysterektomie stand, wie es § 2 Abs 3 S 1 FPV 2007 und § 8 Abs 5 S 1 KHEntG voraussetzen. Danach ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, im Krankenhaus wieder aufgenommen werden.

25

Die vom LSG erwähnte Sepsis reicht für sich genommen nicht aus, um eine Komplikation im Zusammenhang mit der Hysterektomie festzustellen. Dagegen würde es für eine Komplikation im Zusammenhang mit der Hysterektomie genügen, dass die Sepsis auf einer intraoperativen Harnleiterverletzung beruht. Den Akten sind Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass es während der belegärztlich durchgeführten Hysterektomie zu einer Harnleiterverletzung gekommen sein könnte. Dahingehende Feststellungen wird das LSG nachzuholen haben. Unerheblich ist dagegen, dass die Beteiligten die Zusammenfassung der beiden Aufenthalte der Versicherten im verlegenden Krankenhaus zu einem Fall nach § 2 FPV 2007 als gegeben angesehen haben ([§ 103 S 2 SGG](#)).

26

3. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2012-10-12