

S 81 KR 1181/14

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

SG Berlin (BRB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

81

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 81 KR 1181/14

Datum

11.04.2016

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 217/16

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen die Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Einsatz – insbesondere zur Immobilisierung und Entlastung nach Operationen – sowohl während des stationären Krankenhausaufenthalts als auch (in der Regel zeitlich überwiegend) poststationär medizinisch notwendig ist, den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen ist, ist für das Land Berlin bislang weder im Gesetz (vgl. insbesondere [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB 5](#), § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 KHEntgG) noch im Vertrag über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung für das Land Berlin (vgl. § 8 Abs. 1 KBV) hinreichend eindeutig geregelt.

Beschafft ein Berliner Krankenhaus derartige Hilfsmittel nicht auf eigene Kosten selbst, sondern verordnet es diese zu Lasten der Krankenkasse auf eigenen Rezeptvordrucken, die sich deutlich von den für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Vordruckmustern unterscheiden, und ermöglicht es damit der Krankenkasse, ihre Sachleistungspflicht gemäß [§ 33 SGB 5](#) im Einzelfall zu prüfen, stellt dies keine schuldhaft Pflichtverletzung im Sinne des [§ 280 Abs. 1 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB 5](#) dar (Abgrenzung zu SG Nürnberg, Urteil vom 9. Juli 2015 – [S 7 KR 197/14](#) –).

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.922,79 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 1. Januar 2014 zu zahlen. Es wird festgestellt, dass der Beklagten kein Zahlungsanspruch in Höhe von 19.838,40 EUR für von der Klägerin veranlasste Hilfsmittelversorgungen für die Zeit vom 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2012 zusteht. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für Hilfsmittel, deren Einsatz sowohl während als auch nach einer stationären Krankenhausbehandlung erforderlich war.

Die Klägerin betreibt ein in den Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommenes Krankenhaus. In diesem werden insbesondere im chirurgisch-orthopädischen Bereich, aber auch in anderen Abteilungen, Patienten teilweise bereits während des stationären Aufenthalts mit Hilfsmitteln versorgt, die noch während der stationären Behandlung aber auch über deren Ende hinaus zum Einsatz kommen. Hierbei handelt es sich unter anderem um Knie-, Fuß- und Schultergelenksorthesen zur Immobilisierung bzw. Entlastung nach Operationen an den betroffenen Gelenken, um Verbandsschuhe oder Fußteilentlastungsschuhe nach Hallux- oder sonstigen Fußoperationen sowie um Lagerungskissen bzw. -keile.

In der Zeit von März bis Dezember 2009 wurden in dem Krankenhaus der Klägerin 17 bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patienten stationär behandelt und mit entsprechenden Hilfsmitteln versorgt. Die Krankenhausbehandlung rechnete die Klägerin gegenüber der Beklagten jeweils nach den entsprechenden Fallpauschalen ab. Die Versorgung mit den Hilfsmitteln erfolgte in den 15 zuletzt noch streitigen Fällen in der Weise, dass die Klägerin gesonderte Verordnungen zu Lasten der Beklagten ausstellte, wobei sie eigene Rezeptvordrucke verwendete und nicht die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Vordruckmuster. Die Versicherten wurden auf der Grundlage dieser Verordnungen von Sanitätshäusern mit den Hilfsmitteln versorgt, wobei die Beklagte teilweise – soweit sie nicht nach den zwischen ihr und den Leistungserbringern im Bereich der Hilfsmittel geschlossenen Verträgen darauf verzichtet hatte – vor, während bzw. nach der Versorgung die Kostenübernahme ausdrücklich gegenüber den Versicherten und den Sanitätshäusern erklärt hatte. Die Sanitätshäuser rechneten die Vergütungen hierfür jeweils gesondert gegenüber der Beklagten nach den vereinbarten Vertragssätzen ab. Die Beklagte bezahlte die Rechnungen. Die Beklagte zahlte auf die Rechnungen der Sanitätshäuser für die oben genannten 17 Versicherten insgesamt 3.121,15 EUR. Wegen der diesbezüglichen Einzelheiten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten (Bl. 1 bis 150) Bezug genommen. In den Jahren Jahre 2010 bis 2012 erfolgte die Versorgung mit den in Rede stehenden Hilfsmitteln in derselben Weise, wodurch

der Beklagten weitere Kosten in Höhe von insgesamt 19.838,40 EUR entstanden.

Im Jahr 2013 führte die Beklagte gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung deutschlandweit eine großflächige Prüfung der hier in Rede stehenden Hilfsmittel, die üblicherweise sowohl während als auch nach dem stationären Aufenthalt medizinisch notwendig zum Einsatz kommen, durch. In der Folge dieser Prüfung machte die Beklagte gegenüber der Klägerin mit E-Mail vom 27. November 2013 bezüglich der oben genannten Hilfsmittelvergütungen für die Jahre 2009 bis 2012 einen Rückzahlungsanspruch in Höhe von insgesamt 22.959,55 EUR geltend. Zur Begründung führte sie aus, die bereits während des stationären Aufenthalts zur Anwendung kommenden und hiermit in direktem Zusammenhang stehenden Hilfsmittel seien Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und die Kosten hierfür mit den (DRG-)Fallpauschalen bereits abgegolten. Die Hilfsmittel hätten daher nicht gesondert verordnet werden dürfen. Die Klägerin trat der Rückforderung unter Hinweis auf § 8 Abs. 1 des Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung für das Land Berlin (KBV) entgegen und machte unter anderem geltend, der Schwerpunkt der Hilfsmittelversorgung habe jeweils im ambulanten Bereich gelegen.

Nachdem die Klägerin einen Verzicht auf die Einrede der Verjährung hinsichtlich der Behandlungsfälle aus 2009 abgelehnt hatte, verrechnete die Beklagte am 30. Dezember 2013 einen Betrag in Höhe von 3.121,15 EUR für die oben genannten Hilfsmittelvergütungen mit anderen fälligen und unstreitigen Vergütungsforderungen der Klägerin. Für die Jahre 2010 bis 2012 ist eine entsprechende Verrechnung bislang nicht erfolgt, wobei die Klägerin für die Jahre 2010 und 2011 auf die Erhebung der Einrede der Verjährung verzichtet hat.

Nachdem auch in der Folgezeit eine außergerichtliche Einigung nicht zustande gekommen war, hat die Klägerin am 25. Juni 2014 Klage erhoben, mit der sie die Zahlung von 3.121,15 EUR nebst Zinsen und zunächst die Feststellung begehrt hat, dass die in Rede stehenden (Heil-) und Hilfsmittel, die noch während einer stationären Behandlung verordnet und an die Versicherten abgegeben werden und die zum Abschluss der stationären Behandlung medizinisch erforderlich sind, nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen, sondern gesondert zu vergüten sind. Den Feststellungsantrag hat die Klägerin mit Schriftsatz vom 24. März 2016 und in der mündlichen Verhandlung in dem weiter unten dargestellten Sinne konkretisiert bzw. geändert.

Die Klägerin hält die Rückforderungen der Beklagten für die Jahre 2009 bis 2012 für unzulässig und ist der Ansicht, die in Rede stehenden Hilfsmittel seien nicht als allgemeine Leistungen der Krankenhausbehandlung anzusehen, sondern gesondert Verordnungsgegenstand. [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) und § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntG erfassten nur die im unmittelbaren Zusammenhang mit der stationären Versorgung stehenden Hilfsmittel, nicht aber die Hilfsmittel, die (auch) im Anschluss an den stationären Aufenthalt weiterverwendet werden. Der zeitliche Schwerpunkt der Versorgung habe bei den in Rede stehenden Hilfsmitteln jeweils im ambulanten Bereich gelegen. Während des stationären Aufenthalts hätten die Hilfsmittel eher der Ruhigstellung gedient und seien quasi als Verbandsmittel eingesetzt worden. Ebenso gut hätten insoweit auch Bandagen oder andere Mittel im Sinne von [§ 31 SGB V](#) zum Einsatz kommen können. Dann hätten sich die Versicherten die Hilfsmittel im Anschluss an die stationäre Behandlung selbst besorgen müssen und wären der Beklagten hierfür die entsprechenden Kosten entstanden. Dass die in Rede stehenden Hilfsmittel nicht Bestandteil der Krankenhausbehandlung seien, ergebe sich auch aus § 8 Abs. 1 KBV, wonach den Versicherten das Hilfsmittel noch während des stationären Aufenthalts so früh zur Verfügung gestellt werden soll, dass er den Umgang damit üben könne und der Heilungsprozess so beeinflusst werde, dass eine zeitnahe Entlassung möglich sei. In diesem Zusammenhang sei zu beachten, dass für die Krankenhäuser keine Verpflichtung bestehe, die während der stationären Behandlung erforderlichen Hilfsmittel den Versicherten auch für die nachstationäre Behandlung zu überlassen. Sie könnten auch einbehalten und gegebenenfalls nach Maßgabe der entsprechenden Vorschriften für spätere Verwendungen an anderen Patienten wieder aufbereitet werden. Auch in diesem Fall hätte die Krankenkasse die Kosten der dann zusätzlich erforderlichen Hilfsmittelversorgung für die Zeit nach der Entlassung zu tragen. Die von ihr befürwortete Auslegung des § 8 Abs. 1 KBV werde durch die Regelungen in anderen Landesverträgen, etwa § 12 Abs. 3 des sächsischen Landesvertrages gemäß [§ 112 SGB V](#), bestätigt.

In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte den Rückzahlungsanspruch der Klägerin in Höhe von 198,36 EUR für zwei nicht von der Klägerin selbst verordnete Hilfsmittel teilweise anerkannt. Die Klägerin hat das Teilanerkennnis angenommen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.922,79 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 1. Januar 2014 zu zahlen, und

festzustellen, dass der Beklagten kein Zahlungsanspruch in Höhe von 19.838,40 EUR für von der Klägerin veranlasste Hilfsmittelversorgungen für die Zeit vom 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2012 zusteht.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, die Klägerin hätte die in Rede stehenden Hilfsmittel, deren Einsatz bereits während des stationären Aufenthalts zur postoperativen Ruhigstellung oder zur Sicherung des Behandlungserfolges notwendig sei, nicht zulasten der Beklagten gesondert verordnen dürfen. Es handele sich hierbei – anders als bei den ausschließlich poststationär zum Einsatz kommenden Hilfsmitteln, die im Krankenhaus lediglich angepasst würden und deren Verordnung durch die Klägerin sie nach wie vor akzeptiere – um allgemeine Krankenhausleistungen, die mit der Krankenhausvergütung bereits abgegolten seien und von der Beklagten nicht doppelt vergütet werden könnten. In der gesonderten Hilfsmittelverordnung, die zudem grundsätzlich Vertragsärzten vorbehalten sei, liege eine schuldhaftes Pflichtverletzung der Klägerin, die bei ihr – der Beklagten – zu einem Schaden geführt habe, für den die Klägerin ersatzpflichtig sei. Die Zuordnung der in Rede stehenden Hilfsmittel als Krankenhausleistung sei nicht vom zeitlichen Schwerpunkt der Nutzung abhängig, sondern allein vom Zeitpunkt des erstmaligen Einsatzbedarfs. Etwas Anderes ergebe sich auch nicht aus § 8 Abs. 1 KBV. Die Regelung erfasse lediglich die Fälle, in denen ein Hilfsmittel ausschließlich ambulant bzw. nachstationär benötigt werde und zur nahtlosen Versorgung bereits am Ende der Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus geliefert und gegebenenfalls angepasst bzw. der Versicherte in dessen Gebrauch eingewiesen werde. Vor allem Orthesen würden häufig unmittelbar nach einer Operation zur Ruhigstellung anstelle eines angepassten Gipsverbandes eingesetzt, der unstreitig auch mit der Krankenhausvergütung abgegolten wäre und für dessen Herstellung die Klägerin die entsprechenden

räumlichen und personellen Ressourcen vorhalten müsse. Die Klägerin habe auch schuldhaft gehandelt. Sie müsse sich das Verschulden ihrer verordnenden Ärzte zurechnen lassen. Ein Mitverschulden sei ihr – der Beklagten – nicht anzulasten. Insbesondere werde im Rahmen der Genehmigung einer Hilfsmittelversorgung nicht geprüft, sondern vielmehr unterstellt, ob das Hilfsmittel erstmals ambulant eingesetzt werde. Dies sei für die Beklagte jedenfalls in den Jahren 2009 bis 2012 mangels (datenschutzrechtlich unzulässiger) Verknüpfung der Daten nach [§ 301](#) und [§ 302 SGB V](#) auch nicht ersichtlich gewesen, sondern erst im Rahmen einer kombinierten nachgelagerten Krankenhausrechnungsprüfung zutage getreten. Ihr sei durch die in Rede stehenden Hilfsmittelverordnungen ein Schaden entstanden. Eine doppelte Versorgung für die Zeit während und nach dem stationären Aufenthalt würde dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen. Den Versicherten stehe solange ein Besitzrecht an dem jeweiligen Hilfsmittel zu, wie er es aus medizinischer Sicht benötige.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Streitgegenstand des Verfahrens ist nach teilweiser Erledigung durch das von der Klägerin angenommene Teilanerkennen der Beklagten und nach Konkretisierung des Feststellungsbegehrens durch die Klägerin zum einen die Zahlung unstreitiger Krankenhausvergütung für das Jahr 2009 in Höhe von 2.922,79 EUR, die die Beklagte mit den von ihr geltend gemachten (streitigen) Ersatzansprüchen hinsichtlich der in Rede stehenden Hilfsmittel aufgerechnet hat und darüber hinaus die noch nicht aufgerechneten, aber von der Beklagten bereits geltend gemachten, Schadensersatzforderungen für die in den Jahren 2010 bis 2012 von der Klägerin verordneten Hilfsmittel. Soweit die Klägerin mit der Klageschrift zunächst einen allgemeinen und zeitlich offenen Feststellungsantrag formuliert hat, hat sie diesen in der mündlichen Verhandlung – wie dies bereits aus den Ausführungen in der Klageschrift zum Gegenstandswert erkennbar war – dahingehend konkretisiert, dass es ihr nur um die Feststellung des Nichtbestehens der von der Beklagten bereits geltend gemachten Zahlungsansprüche für die Jahre 2010 bis 2012 geht.

II. Dieses Begehren verfolgt die Klägerin für das Jahr 2009 zutreffend mit der nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) im Gleichordnungsverhältnis zwischen einem Krankenträger und einer Krankenkasse zulässigen allgemeinen Leistungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 21. April 2015 – [B 1 KR 6/15 R](#) –, Rn. 7 m.w.N.) und für die Jahre 2010 bis 2012 mit der nach [§ 55 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) zulässigen negativen Feststellungsklage. Das für die negative Feststellungsklage erforderliche Feststellungsinteresse der Klägerin ergibt sich daraus, dass sich die Beklagte für die Jahre 2010 bis 2012 eines entsprechenden Zahlungsanspruchs in Höhe von 19.838,40 EUR berührt hat (vgl. BGH, Urteil vom 12. Juli 2011 – [X ZR 56/09](#) –, juris Rn. 15; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 55 Rn. 18). Da der von der Beklagten geltend gemachte Zahlungsanspruch auch insoweit durch das Rückforderungsverlangen bereits hinreichend konkretisiert ist und eine gerichtliche Klärung von beiden Beteiligten übereinstimmend gewollt ist, wäre es bloße Förmerei, die Klägerin im Hinblick auf den grundsätzlichen Vorrang der Leistungsklage auf die Möglichkeit zu verweisen, eine Aufrechnung der Beklagten auch hinsichtlich der Jahre 2010 bis 2012 abzuwarten, um dann hiergegen wiederum mit der allgemeinen Leistungsklage vorzugehen.

III. Die allgemeine Leistungsklage und die negative Feststellungsklage sind auch begründet.

Der Anspruch der Klägerin in Höhe von 2.922,79 EUR aus unstreitigen Forderungen ist nicht durch die Aufrechnung der Beklagten gemäß [§ 69 Satz 4 SGB V](#) i.V.m. [§ 389 BGB](#) erloschen. Der Beklagten stand der aufgerechnete Zahlungsanspruch in Höhe von 2.922,79 EUR gegen die Klägerin nicht zu. Ihr steht auch der von ihr geltend gemachte Zahlungsanspruch für die Jahre 2010 bis 2012 in Höhe von 19.838,40 EUR nicht zu.

1. Zu Recht stützt die Beklagte die Zahlungsansprüche hinsichtlich der von ihr an die Sanitätshäuser geleisteten Hilfsmittelvergütungen zuletzt nicht mehr auf einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Da die Beklagte die in Rede stehenden Hilfsmittelvergütungen nicht an die Klägerin gezahlt hat, sondern an die jeweiligen Hilfsmittellieferanten, käme von vornherein nur eine Nichtleistungskondition in Form einer allgemeinen Aufwendungskondition in Betracht. Eine solche würde im System der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistungsbeziehungen und die spezifischen Steuerungsmechanismen missachten (siehe hierzu BSG, Urteil vom 12. November 2013 – [B 1 KR 22/12 R](#) –, Rn. 22).

2. Als Rechtsgrundlage der von der Beklagten aufgerechneten bzw. geltend gemachten Forderungen kommt deshalb allein [§ 280 Abs. 1 BGB](#) in entsprechender Anwendung i.V.m. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Betracht (vgl. hierzu BSG, a.a.O., Rn. 9 ff.).

Erforderliche stationäre Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus begründet zwischen seinem Träger und der Krankenkasse zwar ein gesetzliches öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, auf das [§ 280 Abs. 1 BGB](#) anzuwenden ist (BSG, a.a.O., Rn. 11). Indes fehlt es vorliegend jedenfalls an einer von der Klägerin zu vertretenden Pflichtverletzung.

a) Eine schuldhafte Pflichtverletzung der Klägerin kann nicht bereits darin gesehen werden, dass sie die in Rede stehenden Hilfsmittel als Krankenhaus selbst zu Lasten der Beklagten verordnet hat, obwohl die Verordnung von Hilfsmitteln nach [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V](#) und nach § 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsm-RL) in der hier noch maßgeblichen Fassung vom 16. Oktober 2008 (abrufbar unter <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-309/RL-Hilfsmittel-Neufassung-2008-10-16.pdf>) grundsätzlich den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern vorbehalten ist, zu denen die Klägerin nicht gehört. Denn ungeachtet der Frage, ob § 8 KBV, wonach Heil- und Hilfsmittel für die Zeit nach Abschluss der Krankenhausbehandlung unter den dort genannten nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und entsprechende Verordnungen gesondert zulasten der Kostenträger gehen, eine ausreichende Ermächtigung der Krankenhäuser des Landes Berlin begründet, selbst Hilfsmittelverordnungen zu Lasten der Krankenkassen auszustellen, könnte sich die Beklagte nach dem zwischen den Beteiligten in besonderem Maße geltenden Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#), vgl. hierzu BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 13/14 R](#) –, Rn. 21 m.w.N.) auf ein Fehlen einer entsprechenden rechtlichen Grundlage für die Ausstellung von Hilfsmittelverordnungen jedenfalls nicht berufen. Sie hat die als solche zweifelsfrei erkennbaren und nicht auf den im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Vordrucke (vgl. § 25a Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte i.V.m. der Vordruckvereinbarung in Anlage 2, dort Muster 16) ausgestellten Hilfsmittelverordnungen der Klägerin dem Grunde nach stets akzeptiert und akzeptiert sie nach ihren eigenen Bekundungen nach wie vor, soweit es sich um Hilfsmittel handelt, die ausschließlich für den

poststationären Einsatz vorgesehen sind und die auch nach der Ansicht der Beklagten nicht den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzurechnen sind.

Zu berücksichtigen ist insoweit überdies, dass es bis zur Einführung des [§ 33 Abs. 5a SGB V](#) (durch das Gesetz vom 23. Oktober 2012, [BGBl. I S. 2246](#)) nach ständiger Rechtsprechung des BSG für das Bestehen eines Sachleistungsanspruchs nach [§ 33 SGB V](#) einer vertragsärztlichen Verordnung grundsätzlich nicht bedurfte, weil der Arztvorbehalt des [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) im Hilfsmittelbereich nicht gilt (vgl. BSG, Urteil vom 10. März 2010 – [B 3 KR 1/09 R](#) –, Rn. 31, m.w.N.). Insoweit stand es der Beklagten auch frei auch Verordnungen zu akzeptieren, die nicht von Vertragsärzten ausgestellt wurden, sondern von Krankenhäusern.

b) Eine von der Klägerin zu vertretende Pflichtverletzung liegt auch nicht darin, dass sie die Sanitätshäuser oder die Beklagte darüber getäuscht hat, dass stationäre Krankenhausbehandlung stattfindet.

Ein Krankenhaus muss bei der Einschaltung Dritter in die Leistungserbringung sicherstellen, dass sie nicht irrig von abweichenden, unzutreffenden Annahmen ausgehen, die absehbar zu Schäden bei den Krankenkassen führen. So hat das BSG das Vorliegen einer vom Krankenhaus zu vertretenden Pflichtverletzung für den Fall bejaht, dass ein Krankenhaus bei Einbeziehung Dritter in einen Leistungsfall verschweigt, dass es vollstationär behandelt, sodass der Dritte vertragsärztlich behandelt bzw. verordnet (siehe hierzu BSG, Urteil vom 12. November 2013 – [B 1 KR 22/12 R](#) –, Rn. 13). So liegt der Fall hier aber nicht. Denn die Klägerin selbst hat die in Rede stehenden Hilfsmittel verordnet und in diesem Zusammenhang weder gegenüber den Sanitätshäusern noch gegenüber der Beklagten verschwiegen, dass sich die Versicherten bei ihr in stationärer Behandlung befinden. Die Verordnung erfolgte auch nicht als "vertragsärztliche" Verordnung auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck (siehe oben; anders aber offenbar in dem Fall des von der Beklagten angeführten Urteils des SG Altenburg vom 12. November 2015 – S 4 KR 141/14 –, vgl. S. 3 und 10 des Urteilsabdrucks), sondern von vornherein erkennbar als Verordnung des Krankenhauses selbst auf einem eigenen Rezeptvordruck. Sowohl für das Sanitätshaus als auch für die Beklagte war insofern ohne weiteres erkennbar, dass die Versicherten im Zeitpunkt der Verordnung im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt werden.

c) Ob eine (objektive) Pflichtverletzung der Klägerin darin gesehen werden kann, dass sie die in Rede stehenden Hilfsmittel nicht auf eigene Kosten selbst beschafft, sondern zu Lasten der Beklagten gesondert verordnet hat, kann letztlich offenbleiben. Jedenfalls kann der Klägerin in Anbetracht des Umstandes, dass es insoweit weder im Gesetz noch im KBV eine hinreichend konkrete rechtliche Grundlage für die Abgrenzung gibt und dass die Beklagte die Kosten der in Rede stehenden Hilfsmittel bis zumindest 2012 jeweils beanstandungslos übernommen hat, kein Verschuldensvorwurf gemacht werden.

aa) Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) hat ein Versicherter gegen seine Krankenkasse Anspruch auf (voll-, teil-, vor- und nachstationäre bzw. ambulante) Krankenhausbehandlung. Die Krankenhausbehandlung umfasst nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

Entsprechend hierzu bestimmt § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG unter anderem: Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung. Wird der Patient oder die Patientin im Krankenhaus mit Hilfsmitteln versorgt, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, so sind diese gegenüber dem Krankenhaus gemäß §§ 1 Abs. 1, 2 Abs. 1 KHEntgG mit den Krankenhausentgelten abgegolten.

Letzteres gilt nach den vorgenannten gesetzlichen Regelungen zunächst – was zwischen den Beteiligten zu Recht unstreitig ist – für die Versorgung mit Hilfsmitteln, die ausschließlich im Krankenhaus benötigt werden und zur Anwendung kommen.

Ebenfalls zu Recht unstreitig ist zwischen den Beteiligten, dass Hilfsmittel dann nicht Bestandteil der Krankenhausbehandlung sind, wenn sie allein für die Zeit nach der Entlassung benötigt werden und lediglich die Anpassung und Gebrauchsunterweisung bereits im Rahmen des sogenannten Entlassmanagements (vgl. dazu jetzt [§ 39 Abs. 1a SGB V](#) und § 6a Hilfsm-RL in der Fassung vom 17. Dezember 2015) im Krankenhaus erfolgt.

Die hier in Rede stehenden Hilfsmittel, die sowohl während als auch nach Beendigung der stationären Behandlung zum Einsatz kommen, sind zwar unstreitig (auch schon) für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig, sodass man sie bei alleiniger Betrachtung des Wortlauts des § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG als hiervon erfasst ansehen könnte (vgl. in diesem Sinne SG Nürnberg, Urteil vom 9. Juli 2015 – [S 7 KR 197/14](#) –, juris; und – dem folgend – SG Altenburg, Urteil vom 12. November 2015 – S 4 KR 131/14 –, n.v.).

Indes lässt sich der Gesetzeswortlaut auch dahin verstehen, dass die Hilfsmittelversorgung nur solange Teil der Krankenhausleistung ist, solange das Krankenhaus die vollstationäre Behandlung durchführt (vgl. in diesem Sinne auch BSG, Urteil vom 12. November 2013 – [B 1 KR 22/12 R](#) –, Rn. 16 f.). Das entspricht auch dem Willen des in der Begründung zu § 2 der Bundespflegesatzverordnung zum Ausdruck kommenden Willen des Gesetz- bzw. Ordnungsgebers, wonach die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln für die Zeit nach der voll- oder teilstationären Behandlung nicht zu den Krankenhausleistungen gehört (BR-Drs. 381/94, S. 27).

Vor diesem Hintergrund kann es nicht zweifelhaft sein, dass in dem Fall, in dem sich die Kosten einer Heil- bzw. Hilfsmittelversorgung zeitlich genau abgrenzen lassen, etwa weil die Vergütung tageweise abgerechnet wird, das Krankenhaus nur die bis zur Entlassung anfallenden Kosten zu übernehmen hat und die nach der Entlassung anfallenden Kosten der ambulanten Versorgung nach [§ 32](#) bzw. [§ 33 SGB V](#) zuzurechnen und von der Krankenkasse zu übernehmen sind.

Problematisch sind die hier in Rede stehenden Fälle allein deshalb, weil die Kosten der sektorenübergreifenden Hilfsmittelversorgung – sei es über einen Kaufpreis, sei es über eine den gesamten Versorgungszeitraum umfassende Mietpauschale – nur einmalig anfallen. Insoweit lässt sich aber weder dem Wortlaut der vorgenannten gesetzlichen Regelungen noch der Gesetzesbegründung (a.a.O.) ein Anhaltspunkt dafür entnehmen, dass diese Kosten nur deshalb insgesamt vom Krankenhaus zu tragen sein sollen, weil das Hilfsmittel dort erstmalig zum Einsatz kommt. Augenfällig wird dies etwa hinsichtlich der Knieorthesen, die über einen Zeitraum von zum Teil mehreren Monaten zum

Einsatz kommen (vgl. z.B. den vorliegenden Leistungsfall 7, Bl. 87-100 VA). Allein der Umstand, dass die hierfür anfallenden Mietkosten zwischen der Beklagten und den Hilfsmittellieferanten als Versorgungspauschale für den gesamten Mietzeitraum (vorliegend 527,51 EUR für eine maximale Nutzungsdauer von vier Monaten) vereinbart wurden, kann nicht zur Folge haben, dass der Einsatz des Hilfsmittels insgesamt der (im Fall 7 etwa einen Monat dauernden) stationären Krankenhausbehandlung zuzurechnen ist.

Aber auch der Umstand, dass die in Rede stehenden Hilfsmittel zum Teil als Ersatz für einen herkömmlichen Gipsverband dienen und den Krankenhäusern die hierfür üblicherweise entstehenden Kosten erspart bleiben, spricht nach der gesetzlichen Konzeption nicht dafür, die Kosten auch des poststationären Einsatzes allein dem Krankenhaus zuzuweisen. Zum einen ist der Gipsverband den Verbandsmitteln zuzuordnen und stellt daher schon grundsätzlich eine andere Leistung dar als die hier in Rede stehenden Hilfsmittel, die für das Land Berlin in § 8 Abs. 3 KBV zweifelsfrei den allgemeinen Krankenhausleistungen zugeordnet ist. Überdies haben die Beklagtenvertreter in der mündlichen Verhandlung selbst dargelegt, dass die Kalkulation der die Krankenhausvergütung abbildenden DRG-Fallpauschalen anhand der Kostendaten der sogenannten Kalkulationshäuser erfolgt (vgl. auch § 17b Abs. 3 Satz 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Sofern – wie dies in Anbetracht der Vielzahl der von der Beklagten in Anspruch genommenen Krankenhäuser der Fall zu sein scheint – flächendeckend Gipsverbände durch Orthesen ersetzt werden und letztere vom Krankenhaus nicht auf eigene Kosten beschafft, sondern zu Lasten der Kostenträger verordnet werden, spiegelt sich dies damit notwendig auch in der Kalkulation der Fallpauschalen wieder mit der Folge, dass auch das Argument der Beklagten, die Kosten für Gipsverbände bzw. die diese ersetzenden Orthesen seien von den Fallpauschalen mitumfasst, nicht verfängt.

Ebenso wenig wie für eine alleinige Zuordnung der hier in Rede stehenden Hilfsmittel zur stationären Versorgung findet sich ein Anhaltspunkt im Gesetz aber auch für die von der Klägerin befürwortete Abgrenzung nach dem zeitlichen Schwerpunkt des Einsatzes.

Dem Gesetzeszweck würde es vielmehr am ehesten entsprechen, die Kosten der Hilfsmittelversorgung zeitanteilig zwischen Krankenhaus und Krankenkasse aufzuteilen, wobei das Krankenhaus nur den auf den Zeitraum der stationären Behandlung entfallenden Anteil der Kosten zu tragen hätte (vgl. in diesem Sinne auch Bitter/Ehlers, pharmind 2012, 427). Indes fehlt es für eine solche Kostenteilung bislang an einer gesetzlichen (oder vertraglichen) Grundlage.

bb) Auch der KBV für das Land Berlin regelt die hier in Rede stehende sektorenübergreifende Hilfsmittelversorgung nicht eindeutig.

In § 8 Abs. 1 KBV heißt es insoweit:

Heil- und Hilfsmittel für die Zeit nach Abschluss der Krankenhausbehandlung, die zum Abschluss der stationären Behandlung medizinisch erforderlich sind, zählen nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen; entsprechende Verordnungen gehen gesondert zulasten der Kostenträger. Die Verordnungen sollen so rechtzeitig erfolgen, daß sie die Anpassung und eine notwendige Ausbildung im Gebrauch, den Verlauf der stationären Behandlung und den Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung positiv beeinflussen.

Diese Regelung ist von der Regelungsbefugnis nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) (allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen) gedeckt. Sie weicht insbesondere nicht von zwingenden gesetzlichen Vorgaben (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 21. April 2015 – [B 1 KR 11/15 R](#) –, Rn. 18 ff.) ab, da es solche im Hinblick auf die hier in Rede stehende Hilfsmittelversorgung gerade nicht gibt (vgl. auch Bitter/Ehlers, pharmind 2012, 427).

Auch § 8 Abs. 1 KBV lässt jedoch eine zweifelsfreie Zuordnung der vorliegend in Rede stehenden Hilfsmittel nicht zu. Die Wendung "für die Zeit nach Abschluss der Krankenhausbehandlung" könnte zunächst zwar dahingehend verstanden werden, dass von der Regelung nur solche Heil- und Hilfsmittel erfasst sind, die ausschließlich poststationär zur Anwendung kommen sollen und im Krankenhaus lediglich angepasst werden. Dagegen sprechen aber der zweite Teilsatz und der letzte Teilsatz des Satzes 2. Hilfsmittel, die ausschließlich poststationär zum Einsatz kommen, können nämlich weder "zum Abschluss der stationären Behandlung erforderlich sein" noch "den Verlauf der stationären Behandlung" positiv beeinflussen. Unter Berücksichtigung dieser Behandlungsziele kann die Wendung "für die Zeit nach Abschluss der Krankenhausbehandlung" auch im Sinne der Kläger dahingehend verstanden werden, dass der zeitliche Schwerpunkt des Hilfsmitelesatzes im poststationären Bereich liegen muss, es aber unschädlich ist, wenn das Hilfsmittel bereits während der stationären Behandlung zu deren "Abschluss" zur Anwendung kommt. Für diese Auslegung könnte auch der Zweck der Regelung sprechen. Erkennbares Ziel des § 8 Abs. 1 KBV ist es, im Hinblick auf die poststationär erforderliche Hilfsmittelversorgung einen möglichst reibungslosen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu ermöglichen, um so auch den Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung positiv zu beeinflussen. Diesem Ziel würde es widersprechen, wenn die Krankenhäuser im Hinblick auf ihren zeitlich begrenzten Versorgungsauftrag und die für den Zeitraum der stationären Behandlung nicht wirtschaftlichen Kosten der Versorgung mit den in Rede stehenden Hilfsmitteln, die Versicherten nicht damit versorgen, sondern die Ruhigstellung während des stationären Aufenthalts etwa mittels preiswerterer Bandagen oder sonstiger Verband- oder Hilfsmittel vornehmen oder den Versicherten die in Rede stehenden Hilfsmittel mit der Entlassung wieder abnehmen und diese ggf. wiederverwenden würden.

Dass diese Möglichkeiten grundsätzlich bestünden wird – entgegen der Ansicht der Beklagten – durch das Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. [§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) nicht infrage gestellt. Allein aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot lässt sich nämlich keine Verpflichtung des Krankenhauses ableiten, die Versicherten mit teuren Hilfsmitteln zu versorgen, deren Wirtschaftlichkeit sich erst im Hinblick auf den (zum Teil deutlich längeren) poststationären Einsatz ergibt, der aber gerade nicht ihrem Versorgungsauftrag unterfällt. Zu den Krankenhausbehandlungsleistungen gehört nämlich – wie oben dargelegt – nur die Versorgung mit Hilfsmitteln während des stationären Aufenthalts. Nur soweit reicht der Versorgungsauftrag des Krankenhauses und nur in diesem Umfang ist es auch zur Prüfung wirtschaftlichen Alternativverhaltens verpflichtet. Dies gilt jedenfalls solange, wie die Versorgung mit solchen Hilfsmitteln nicht explizit vom Versorgungsauftrag und von der Vergütung mitumfasst ist. Dafür lässt sich aber weder den gesetzlichen Regelungen, noch den Regelungen des Berliner KBV oder der von der Beklagten angeführten Kalkulation der DRG-Fallkosten etwas entnehmen.

Auch das "Besitzrecht" des Versicherten an dem Hilfsmittel stünde der Beendigung der Versorgung mit der Entlassung nicht entgegen. Das Recht zum Besitz steht dem Versicherten nämlich nur solange zu, wie ihm das Hilfsmittel von der Krankenkasse bzw. dem Leistungserbringer überlassen wird. Rechtlich durchsetzbar ist für ihn darüber hinaus (gegenüber der Krankenkasse) nur der

Sachleistungsanspruch auf das Hilfsmittel. Dieser ergibt sich für den poststationären Zeitraum aber allein aus [§ 33 Abs. 1 SGB V](#).

cc) Ob die hier in Rede stehenden Hilfsmittel nach § 8 Abs. 1 KBV zu Lasten der Beklagten gesondert verordnungsfähig waren, kann aber letztlich dahingestellt bleiben. Jedenfalls waren die Hilfsmittel aber auch danach nicht hinreichend eindeutig den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen, weshalb der Klägerin hinsichtlich der Ausstellung der Verordnungen zumindest kein Verschuldensvorwurf gemacht werden kann.

Die Klägerin konnte sich mit guten Argumenten auf den Standpunkt stellen, dass die Hilfsmittel im Hinblick auf den schwerpunktmäßigen poststationären Einsatz nicht als allgemeine Krankenhausleistungen anzusehen waren.

Das BSG verweist in ständiger Rechtsprechung darauf, dass der Vertragsarzt in Fällen unklarer Verordnungen der Krankenkasse als Kostenträger eine Vorab-Prüfung ermöglichen muss, ob sie die Verordnungs-kosten übernimmt, wenn er sich nicht dem Risiko eines Regresses aussetzen will. Ein gängiger Weg ist es insoweit, dem Versicherten ein Privatrezept auszustellen und es diesem zu überlassen, sich bei seiner Krankenkasse um Kostenerstattung zu bemühen. Der Vertragsarzt kann aber auch zunächst selbst bei der Krankenkasse deren Auffassung als Kostenträger einholen und (erst) im Ablehnungsfall dem Patienten ein Privatrezept ausstellen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 20. März 2013 – [B 6 KA 27/12 R](#) –, Rn. 28, m.w.N.).

Diesen Anforderungen hat die Klägerin vorliegend genügt, indem sie die in Rede stehenden Hilfsmittel auf von ihr selbst erstellten Rezeptvordrucken zu Lasten der Beklagten verordnet hat. Besonders zu berücksichtigen ist insoweit nämlich, dass im Rahmen der Hilfsmittelversorgung, anders als im Rahmen der Arzneimittelversorgung, wo die Verordnungen vor der Leistung an den/die Versicherte/n nicht durch die Krankenkassen überprüft werden können und die Apotheken durch die Verordnung selbst zur Abgabe des Medikaments verpflichtet sind und bereits hierdurch der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkassen entsteht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 12. November 2013 – [B 1 KR 22/12 R](#) –, Rn. 19), die Krankenkassen die Möglichkeit (und grundsätzlich auch die Pflicht) haben, das Bestehen des Sachleistungsanspruchs des Versicherten nach [§ 33 SGB V](#) vor der Versorgung zu prüfen. Von dieser Möglichkeit hat die Beklagte in den hier in Rede stehenden Fällen zumindest teilweise auch Gebrauch gemacht, wie sich den bei den Verwaltungsakten befindlichen Kostenübernahmeerklärungen/ Bewilligungsbescheiden entnehmen lässt. Soweit sie teilweise – wohl im Hinblick auf die geringen Kosten des Hilfsmittels – auf ihr Recht zur Prüfung der Verordnungen verzichtet hat, fällt dies in ihren eigenen Verantwortungsbereich. Dafür spricht nicht zuletzt auch, dass es bis zur Einführung des [§ 33 Abs. 5a SGB V](#) nach ständiger Rechtsprechung des BSG für das Bestehen eines Sachleistungsanspruchs nach [§ 33 SGB V](#) einer vertragsärztlichen Verordnung grundsätzlich nicht bedurfte (siehe oben a). Insoweit liegt die leistungsrechtliche Verantwortung für die Hilfsmittelversorgung nach [§ 33 SGB V](#) allein bei der Krankenkasse (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 24. Januar 2013 – [B 3 KR 5/12 R](#) –, Rn. 20).

Der Beklagten standen mit den Verordnungen der Klägerin auch die wesentlichen für die Prüfung des Sachleistungsanspruchs nach [§ 33 SGB V](#) erforderlichen Informationen zur Verfügung.

Sofern die Beklagte geltend macht, aus den Verordnungen sei nicht erkennbar, dass das jeweilige Hilfsmittel bereits stationär genutzt werde und sie könne die Verordnung daher nur auf ihre Plausibilität prüfen, ob das verordnete Hilfsmittel überhaupt zu der angegebenen Krankheit passt, ist dies nicht nachvollziehbar. Alle noch streitigen 15 Verordnungen des Jahres 2009 wurden nämlich deutlich erkennbar vom Krankenhaus der Klägerin selbst auf gesonderten und von den nach dem BMV-Ä vereinbarten Mustern deutlich abweichenden Vordrucken verordnet und die Beklagte trägt selbst vor, dass sie bereits aufgrund einer formalen Prüfung der Verordnungen festgestellt habe, dass die in Rede stehenden Hilfsmittel "zugehörig sind zu Produktgruppen, welche ihrer Art nach während eines vollstationären Krankenhausaufenthalts bereits zur dortigen Behandlung verwendet werden." Damit hätten sich auch nach ihren eigenen Angaben die Zweifel an ihrer Leistungspflicht bereits aus der Verordnung selbst ergeben. Diesen hätte sie im Einzelfall gegebenenfalls – z.B. durch Nachfrage beim verordnenden Krankenhaus – ohne weiteres nachgehen können. Dass sie dies nicht getan, sondern die in Rede stehenden Verordnungen über Jahre hinweg akzeptiert hat und offenbar erstmals im Jahr 2013 selbst Zweifel hinsichtlich der Zuordnung der Hilfsmittel hatte, kann der Klägerin nicht angelastet werden. Sie durfte vielmehr im Hinblick auf das grundsätzliche Recht (und die Pflicht) der Beklagten zur Prüfung des Sachleistungsanspruchs davon ausgehen, dass die Beklagte die jahrelang geübte Praxis der Klägerin hinsichtlich der in Rede stehenden Hilfsmittelverordnungen als gesetz- bzw. vertragskonform ansieht.

Dass einzelne der in Rede stehenden Hilfsmittel nach § 8 Abs. 1 KBV offensichtlich den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen waren, etwa weil sie ausschließlich oder ganz überwiegend im Krankenhaus zum Einsatz kamen, und dass für die Klägerin deshalb klar sein musste, dass sie die Kosten der Hilfsmittel in vollem Umfang selbst hätte tragen müssen, wird von der Beklagten nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich.

d) Lediglich ergänzend weist die Kammer darauf hin, dass selbst für den Fall, dass man eine schuldhafte Pflichtverletzung der Klägerin hinsichtlich der Hilfsmittelverordnungen bejahen würde, der Beklagten im Hinblick auf die unterlassene Prüfung der Verordnungen bzw. die beanstandungslose Hinnahme der für sie ohne weiteres erkennbaren Verordnungspraxis über Jahre hinweg jedenfalls ein erhebliches Mitverschulden im Sinne des [§ 254 Abs. 1 BGB](#) zuzurechnen wäre.

Überdies wäre auch ein Schaden der Beklagten höchst zweifelhaft. Selbst wenn man davon ausginge, die Klägerin hätte die in Rede stehenden Hilfsmittel nicht gesondert verordnen dürfen, würde daraus – wie oben dargelegt – noch nicht folgen, dass sie sie den Versicherten auch für die poststationäre Behandlung hätte zur Verfügung stellen bzw. weiter überlassen müssen. Sie hätte sie den Versicherten genauso gut wieder abnehmen und ggf. wiederverwerten oder die Versicherten während der Dauer des stationären Aufenthalts anderweitig (preiswerter) versorgen können. Dann wären für die – unstrittig [§ 33 SGB V](#) zuzuordnende – poststationäre Versorgung der Beklagten voraussichtlich dieselben Kosten entstanden, die sie hier als Schaden geltend macht. Dem kann die Beklagte – wie ebenfalls bereits dargelegt (siehe oben c) bb)) – auch nicht ein vermeintliches Besitzrecht der Versicherten oder das Wirtschaftlichkeitsgebot entgegenhalten.

Da weitere Anspruchsgrundlagen für den geltend gemachten Anspruch der Beklagten nicht ersichtlich sind, war der Klage in vollem Umfang stattzugeben.

Soweit die Beklagte den Klageanspruch und ihre Kostentragungspflicht in der mündlichen Verhandlung anerkannt hat, beruht die Kostenentscheidung auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 161 Abs. 2 VwGO](#), im Übrigen beruht sie auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Die Änderung des Feststellungsantrages der Klägerin wertet die Kammer nicht als teilweise Klagerücknahme, weil bereits aus der Klageschrift (insbesondere aus den Ausführungen zum Gegenstandswert) hinreichend deutlich erkennbar war, dass es der Klägerin allein um die Abwehr der von der Beklagten Ende 2013 geltend gemachten Rückforderungsansprüche für die Jahre 2009 bis 2012 geht.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-05-20