
S 20 KA 97/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht	Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Die Kosten für die Herstellung von Verbandsplatten und für Abformmaterial, die für die Durchführung belegärztlicher Operationen durch einen MKG-Chirurgen anfallen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gesondert als Sachkosten zu erstatten.
Normenkette	SGB V §§ 88, 121 Abs 4 , BMV-Ä §§ 41 Abs 8, 44 Abs 6, EBM-Ä GOP 15311, 31930

1. Instanz

Aktenzeichen	S 20 KA 97/13
Datum	24.05.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 KA 53/17
Datum	02.02.2022

3. Instanz

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

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 24. Mai 2017 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 558,56 Euro festgesetzt

Ä

Tatbestand

Der Klager wendet sich gegen ein Urteil des Sozialgerichts Hannover, mit dem seine Klage gegen eine von der beklagten Kassenarztl. Vereinigung vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung (Abrechnung fur das 1. Quartal 2012) abgewiesen worden ist. Er begehrt die Vergütung von in seinem Praxislabor erbrachten Leistungen fur belegartzlich von ihm betreute Patienten (Herstellungskosten) und Erstattung von Materialaufwand.

Der Klager ist Facharzt fur Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und bei der Beklagten zur vertragsarztl. Versorgung zu- und mit Praxissitz in J. niedergelassen. Er verfügt auch uber eine vertragszahnartzliche Zulassung und ist außerdem als Belegarzt im K. Klinikum L. (künftig K. -Krankenhaus) anerkannt. Das K. -Krankenhaus verfügt uber kein eigenes Dentallabor. Fur das 1. Quartal 2012 brachte der Klager fur fünf belegartzlich von ihm behandelte Patienten Sach- und Herstellungskosten im Zusammenhang mit der Herstellung von vier Verbandsplatten und einer semipermanenten Schiene iH von insgesamt 558,56 Euro zur Abrechnung. Er rechnete die Kosten unter der internen Gebhrenordnungsnummer 99999 der Beklagten ab. Die Beklagte schloss diese Leistungen in der Honorarabrechnung fur das Quartal I/2012 in ihrem Honorarbescheid vom 12. Juli 2012 von der Vergütung aus (Anl. 5 zum Honorarbescheid, Textbaustein BEHART: Eine Abrechnung dieser GONR ist bei dieser Behandlungsart nicht mglich). Der von dem Klager unter Hinweis auf Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 28. Januar 2009  [B KA 30/07 R](#)) erhobene Widerspruch blieb ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 19. Dezember 2012). Zur Begründung führte die Beklagte aus: Die Kosten bei stationärer, teilstationärer, vor- und nachstationrer Behandlung seien durch den Pflegesatz (des Krankenhauses) zu decken. Der Arzt dürfe neben den Gebühren keine Kosten zusätzlich in Rechnung stellen. Aus der von dem Klager angeführten Rechtsprechung ergebe sich nichts anderes. Die Entscheidung habe Laborleistungen belegartzlich tätiger Vertragsärzte betroffen und sei auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar.

Der Klager hat am 11. Februar 2013 Klage bei dem SG Hannover erhoben und die Aufhebung des Honorarbescheids vom 12. Juli 2012 begehrt, soweit darin sachlich-rechnerische Richtigstellungen mit dem Textbaustein BEHART hinsichtlich der unter GO-Nr 99999 zur Abrechnung gebrachten Sachkostenpauschalen vorgenommen worden sind. Unter dieser Position habe er in fünf Fällen Sach- und Herstellungskosten zur Abrechnung gebracht. Er habe fur die Patienten zur Wundbehandlung jeweils individuell eine Verbandsplatte fur das Gebiss anfertigen müssen. Dafur habe er zunächst einen Abdruck des Gebisses genommen. Die Abformmasse werde unter Verwendung von Alginat bereitet. Der gewonnene Abdruck sei in seinem Praxislabor mit Gips ausgegossen worden. An diesem Gipsmodell sei anschließend in einem speziellen Verfahren aus Folie eine individuell angepasste Verbandsplatte gefertigt worden. Die Arbeiten seien in seinem Praxislabor unter Verwendung ausschließlich dort bereit gehaltener Gerätschaften und Materialien gefertigt worden. Das K. -Krankenhaus sei in keiner Weise einbezogen gewesen und wäre zur Fertigung technisch auch

gar nicht in der Lage gewesen (Hinweis auf das als Anlage KÄ 9 vorgelegte Schreiben des K. -Krankenhauses vom 27.Ä Februar 2015 = BIÄ 64 dA). Anders als fÄ¼r das Anlegen der Verbandsplatte gebe es im Einheitlichen Bewertungsmaßstabes fÄ¼r vertragsÄrztliche Leistungen keine GebÄ¼hrenÄ-ordnungsposition fÄ¼r deren Herstellung. Die Abformung des Kiefers sei Ä¼ber GOPÄ 15311 EBM-Ä abrechenbar. Das erforderliche Abdruckmaterial kÄ¼nne neben dieser GebÄ¼hr berechnet werden (Hinweis auf Wezel/Liebold, Kommentar zu EBM und GOÄ). Das Anlegen einer Verbandsplatte am Ober- oder Unterkiefer werde nach GOP 31930 EBM-Ä abgerechnet, die Kosten fÄ¼r die Herstellung der Verbandsplatte seien in der GOP ausweislich der Anmerkung zu dieser Ziffer nicht enthalten. Da die Beklagte keine passende interne GO-Nr zur VerfÄ¼gung stelle, müsse die GO-NrÄ 99999 (Sachkosten) auch fÄ¼r die Herstellungskosten in Ansatz gebracht werden. Hinsichtlich der HÄ¼he orientiere er sich bei der Abrechnung an dem bundeseinheitlichen Verzeichnis der abrechnungsfÄ¼higen zahntechnischen Leistungen nach [ÄSÄ 88 AbsÄ 1](#) des Sozialgesetzbuchs FÄ¼nftes Buch . Nach deren Leistungs-Nr 404-0 seien semipermanente Schienen aus Metall je Zahn abrechenbar. Die HÄ¼he der Leistung ergebe sich aus dem nach [ÄSÄ 88 AbsÄ 2 SGBÄ V](#) durch die LandesverbÄnde der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den InnungsverbÄnden der Zahntechniker vereinbarten VergÄ¼tungsverzeichnis. FÄ¼r das Abdruckmaterial des Situationsmodells kÄ¼nnten die PauschetrÄge angesetzt werden, die fÄ¼r die ZahnÄrzte im Rahmen der zahnÄrztlichen GebÄ¼hrenordnungen vereinbart seien (Hinweis auf Wezel/Liebold, Kommentar zu EBM und GOÄ).

Die zur Abrechnung gebrachten Kosten seien nicht im Pflegesatz des K. -Krankenhauses enthalten, sodass eine Doppelabrechnung ausgeschlossen sei. Der Pflegesatz bilde einzig Krankenhausleistungen ab. Bei den abgerechneten Leistungen handle es sich indes nicht um Krankenhausleistungen iS von ÄSÄ 2 des Gesetzes Ä¼ber die Entgelte fÄ¼r voll- und teilstationÄre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz ä KHEntgG). Die Herstellung des Gebissabdrucks und der Verbandsplatten sei vielmehr eine Leistung des KlÄrgers (iS von [ÄSÄ 18 KHEntgG](#)). Maßgeblich sei nach der Rspr des BSG, ob das Krankenhaus entsprechend seiner Organisation die konkrete Leistung Ä¼ber seine zentralen Einrichtungen oder Dienste zur VerfÄ¼gung halte und dementsprechend die hierfÄ¼r anfallenden Aufwendungen in den Belegpflegesatz einstelle oder nicht. Die Entscheidung sei, obwohl sie sich konkret auf Laborleistungen beziehe, generell auf die Abgrenzung zwischen persÄ¼nlicher Leistung eines Belegarztes und Krankenhausleistungen Ä¼bertragbar. Da das K. -Krankenhaus weder das Alginat fÄ¼r die Abformmasse zur VerfÄ¼gung stelle noch ein Dentallabor vorhalte, liege eine persÄ¼nliche Leistung des Belegarztes vor. DafÄ¼r spreche auch, dass ein Krankenhaus die Abdrucknahme und die Herstellung einer Verbandsplatte nicht Ä¼ber den Fallpauschalen-Katalog abrechnen kÄ¼nne (wird ausgefÄ¼hrt). Das BSG habe in seiner Entscheidung darauf abgestellt, ob die Leistung in einem Krankenhaus typischerweise vorgehalten werde oder nicht. Das sei so zu verstehen, dass es der KÄ¼V obliege, konkret und ggf unter BeweisfÄ¼hrung hinsichtlich der betroffenen Belegabteilungs-Fallpauschale (Diagnosis Related Group) darzulegen, dass und ä wenn ja ä wie die Kosten der im Streit stehenden Leistung in den Pflegesatz einkalkuliert worden seien.

Anders als von der Beklagten angenommen, sei die Abrechnung der Materialkosten auch nicht durch die PrÄambel 40.1 NrÄ 3 des Kapitels 40 des EBM-Ä (Kostenpauschalen) ausgeschlossen, weil Kostenpauschalen fÄ¼r die Anfertigung von Kiefersituationsmodellen sowie orofazialen StÄ¼tz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen dort nicht aufgefÄ¼hrt seien. Das lasse den RÄ¼ckschluss zu, dass eine Abrechnung mÄ¼glich sei.

Die Beklagte ist dem Begehren entgegengetreten. Weder die Materialkosten noch die Herstellungskosten kÄ¼nnten ihr gegenÄ¼ber abgerechnet werden. Dabei sei grundsÄtzlich zu beachten, dass es sich bei der GO-NrÄ 99999 um eine sog Kennzeichnungsziffer handle, die sie ausschlieÄlich fÄ¼r die Abrechnung von Sachkosten eingefÄ¼hrt habe. Die Ziffer sei nur im Zusammenhang mit einer Grundleistung berechnungsfÄ¼hig. Bei der Patientin M. fehle es an einer entsprechenden Abrechnung. Die belegÄrztlich zur Abrechnung gebrachte GOP 15311 EBM-Ä habe sachlich-rechnerisch berichtigt werden mÄ¼ssen, da sie nicht innerhalb von drei Tagen nach einer durchgefÄ¼hrten Operation berechnungsfÄ¼hig sei. Ohne GrundÄleistung kÄ¼nnten keine mit ihr im Zusammenhang stehenden Sachkosten abgerechnet werden, sodass es auch unter diesem Aspekt an der AbrechnungsfÄ¼higkeit fehle.

Der KlÄrger kÄ¼nne von ihr eine VergÄ¼tung nur fÄ¼r belegÄrztliche Leistungen iS von [ÄÄ 121 AbsÄ 3 SÄ 1 SGBÄ V](#) beanspruchen. Bei der Herstellung der Verbandsplatten handle es sich indes um allgemeine Krankenhausleistungen iS von [ÄÄ 2 AbsÄ 1 aE iVm AbsÄ 2 KHEntgG](#), die gem [ÄÄ 7 AbsÄ 1 SÄ 1 KHEntgG](#) gegenÄ¼ber den Patienten oder ihren KostentrÄgern abzurechnen seien. Mit den entsprechenden Entgelten wÄ¼rden alle fÄ¼r die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen und damit auch die mit einer Operation einhergehenden Sach- und Materialkosten vergÄ¼tet (Hinweis auf [ÄÄ 7 AbsÄ 1 SÄ 2 KHEntgG](#)). Dazu passe auch [ÄÄ 18 AbsÄ 1 KHEntgG](#), der eine Auflistung der Belegarztleistungen enthalte. Unter keine der dort aufgelisteten Leistungen lieÄ¼en sich die geltend gemachten Materialkosten subsumieren. Daraus folge im Umkehrschluss, dass die abgerechneten Materialkosten bereits mit der DRG-Fallpauschale abgegolten seien. Dabei sei es unschÄdlich, dass das K. -Krankenhaus die notwendigen Materialien nicht zur VerfÄ¼gung gestellt habe. Die Kosten seien dem KlÄrger vom Krankenhaus zu erstatten. Dass der KlÄrger einen entsprechenden Anspruch nicht geltend gemacht habe, kÄ¼nne nicht zulasten der Beklagten gehen. Dass das K. -Krankenhaus Ä¼ber kein eigenes Labor verfÄ¼ge, sondern die Herstellung im Labor des KlÄrgers erfolgt sei, sei vergleichbar mit den Konstellationen, in denen KrankenhÄuser externe Labore beauftragten. In diesen FÄ¼llen finde die Abrechnung des Labors auch nicht gegenÄ¼ber der KÄ¼V, sondern gegenÄ¼ber dem jeweiligen Krankenhaus statt.

Sie stelle nicht in Abrede, dass die streitigen Kosten im ambulanten Versorgungsbereich Ä¼ber die interne GO-NrÄ 99999 abrechenbar seien, allerdings nur, soweit es sich um Sachkosten handle. Damit wÄ¼rden nur die Kosten abgegolten, die der Vertragsarzt fÄ¼r einen Mitarbeiter aufwenden mÄ¼sse, der die Schienen hergestellt habe. Die Herstellung als solche sei auch im ambulanten Versorgungsbereich nicht erstattungsfÄ¼hig. In der Praxis erfolge sie in der Regel

durch Einschaltung von Dentallaboren. Dementsprechend seien auch die GOP 31930 EBM-Ä und GOP 15311 EBM-Ä strukturiert. Beide Abrechnungsvorschriften beträfen Ärztliche Leistungen unter Verwendung vorhandener Verbandsplatten und setzten damit gedanklich vor oder nach der Herstellung an. Für die Herstellung der Verbandsplatten sehe der EBM-Ä keine GOP vor; allein deshalb könne die Herstellung nicht gegenüber der KÄV abgerechnet werden. Sachkosten, wie die geltend gemachten Materialkosten für das Alginat könnten auch wegen Nr. 3 der Praxambel 40.1 EBM-Ä (Kostenpauschalen) nicht abgerechnet werden. Derartige, vom Krankenhaus zu tragende, Kostenpauschalen könnten von Belegärzten nicht abgerechnet werden. Dass dort die entsprechenden Sachkosten für die Anfertigung von Kiefersituationsmodellen sowie orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen nicht aufgelistet würden, lasse nicht den Schluss zu, dass ein Ausschluss nicht gegeben sei. Grund der Nichtbenennung sei vielmehr, dass es entsprechende Pauschalen im Bereich der MKG-Chirurgie nicht gebe. Die Abrechnung erfolge über die interne GO-Nr. 99999.

Das SG Hannover hat die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen (Urteil vom 24. Mai 2017 = BI 111 dA). Der Honorarbescheid sei, soweit er angefochten und damit streitgegenständlich sei, rechtmäßig. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Vergütung der Materialkosten für Alginat und Herstellungskosten für Verbandsplatten. Bei diesen Leistungen handle es sich nicht um belegärztliche Leistungen iS von [ÄS 18 Abs 1 KHEntgG](#). Aus Wortlaut und Systematik von insbesondere [ÄS 18 Abs 1 S 2 Nr 1](#) und 4 KHEntgG folge, dass ein Krankenhaus im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit die nichtärztlichen Leistungen, die nicht persönlich vom Belegarzt erbracht würden, bereitzustellen oder extern einzuholen habe. Diese Leistungen habe das Krankenhaus im Rahmen der Pflegepauschalen zu erbringen. Bei den streitgegenständlichen Leistungen handle es sich um zahntechnische und damit nicht um ärztliche Leistungen. Außerdem habe der Kläger sie nicht selbst bzw. persönlich in seiner Eigenschaft als Arzt erbracht. Dass die streitgegenständlichen Leistungen von Vertragsärzten im ambulanten Bereich abgerechnet werden könnten, werde auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellt. Das gelte aber aufgrund der Regelung in [ÄS 18 Abs 1 KHEntgG](#) nicht für Belegärzte. Diese Vorschrift gehe den Regelungen im EBM-Ä vor. Aus der Rspr des BSG folge nichts anderes. In dem Urteil vom 28. Januar 2009 ([B 6 KA 30/07 R](#)) sei es um die Vergütung labormedizinischer, also ärztlicher, Leistungen gegangen. Das BSG habe auch darauf abgestellt, dass der Belegarzt selbst über die entsprechende Qualifikation zur Erbringung der Laborleistungen verfügt habe. Vorliegend gehe es nicht um ärztliche, sondern um zahntechnische Leistungen (aus dem Bereich des Zahntechniker-Handwerks). Eine beglaubigte Abschrift der Entscheidung ist dem Kläger am 11. Juli 2017 zugestellt worden (Empfangsbekanntnis unter BI 118a dA).

Hiergegen richtet sich die von dem Kläger am 9. August 2017 bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen eingelegte Berufung. Für den streitigen Vergütungsanspruch gegen die KÄV seien nicht wie vom SG angenommen die Vorschriften des KHEntgG maßgeblich. Der Umfang der

abrechenbaren Leistungen bestimme sich nicht nach [Â§ 18 Abs 1 KHEntgG](#), weil er als Belegarzt im vertragsarztrechtlichen Sinn des [Â§ 121 SGB V](#) tätig gewesen sei. Die Annahme des SG, [Â§ 18 Abs 1 KHEntgG](#) könne das untergesetzliche vertragsärztliche Normengefüge verdrängen, sei unzutreffend. Das ergebe sich nicht zuletzt aus [Â§ 69 Abs 1 S 2 SGB V](#). Dort sei klargestellt, dass sich der Anwendungsbereich des KHEntgG auf die Rechtsbeziehungen der KK und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und deren Verbänden beschränke und das Verhältnis der Ärzte zu ihren KÄV nicht berühre. Die Regelungsgegenstände wiesen auch inhaltlich keine Berührungspunkte oder gar Überschneidungen auf. Nach [Â§ 1 KHEntgG](#) regle dieses Gesetz allein das Verhältnis zwischen KK und Krankenhaus, nicht jedoch das Verhältnis eines vertragsärztlich zugelassenen Belegarztes zu seiner KÄV. Maßgeblich sei daher [Â§ 121 Abs 3 SGB V](#) iVm dem spezifisch vertragsarztrechtlichen untergesetzlichen Normengefüge, insbesondere dem EBM-Ä, aber auch dem Bundesmantelvertrag-Ärzte. Nach [Â§ 44 Abs 6 S 1 BMV-Ä](#) würden die Kosten für Materialien, die gemäß Nr 7.3 Allgemeine Bestimmungen EBM-Ä nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten seien und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden könnten, gesondert abgerechnet. Die in Rede stehenden Verbandsplatten seien sowohl unter den Begriff des „Verbandsmittels“ als auch unter die Begrifflichkeit „nach einmaliger Anwendung Verbrauchseins“ iS von Nr 7.3 erster Spiegelstrich Allgemeine Bestimmungen EBM-Ä zu subsumieren. Ob es sich um eine ärztliche oder zahntechnisch-handwerkliche Leistung handle, sei nicht entscheidend. Der zahntechnische Aufwand für die Herstellung der Verbandsplatten sei keine selbstständige Leistung, sondern untergeordneter Bestandteil einer (zahn)ärztlichen Leistung. Das ergebe sich aus [Â§ 88 SGB V](#). Die Norm stehe systematisch im ärztlichen Leistungserbringungsrecht des SGB V. Dem stehe nicht entgegen, dass zahntechnischer Aufwand typischerweise im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen entstehe. In [Â§ 88 SGB V](#) werde nicht zwischen zahntechnischen Leistungen für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen differenziert. Lediglich das Betreiben eines zahntechnischen Praxislabors sei gem [Â§ 88 Abs 3 SGB V](#) Zahnärzten vorbehalten. Als FA für MKG-Chirurgie sei er auch approbierter Zahnarzt und somit berechtigt, ein solches Labor zu betreiben.

Der Kläger beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 24. Mai 2017 aufzuheben,
2. den Honorarbescheid der Beklagten vom 12. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Dezember 2012 in Hinblick auf die Berichtigung von Sachkosten für Verbandsplatten bzw eine semipermanente Schiene aufzuheben und die Beklagte zur Nachvergütung von 558,56 Euro zu verurteilen.

Die Beklagte stellt den Antrag,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Vorliegend stehe keine

vertragsärztliche Leistung im Streit. Die streitgegenständlichen Leistungen seien im Rahmen eines stationären Behandlungsfalls erbracht worden, sodass für die Vergütung auf die Regelungen des KHEntgG abzustellen sei. Anders als vom Kläger vorgetragen, seien die erbrachten Leistungen dem ambulanten Sektor nur dann zuzuordnen, wenn sie von ihm im Rahmen seiner persönlichen Leistungserbringung als Belegarzt erbracht worden und nicht den allgemeinen Krankenhausleistungen zuzuordnen wären. Maßgeblich für die Abgrenzung sei [§ 18 Abs 1 KHEntgG](#). Das SG sei zutreffend und in Übereinstimmung mit dem klägerischen Vorbringen davon ausgegangen, dass es sich bei der Herstellung der Verbandsplatten nicht um eine persönliche Leistung des Klägers selbst gehandelt habe, weil sie durch Zahntechniker erfolgt sei. Damit sei eine der Voraussetzungen für eine belegärztliche Leistung iS von [§ 18 Abs 1 KHEntgG](#) nicht erfüllt. Außerdem habe der Kläger die Kosten für Herstellung und Material über die interne GO-Nr 99999 abgerechnet. Insoweit handele es sich bereits bei der abgerechneten Ziffer nicht um eine GOP mit ärztlichem Leistungsinhalt. Die vertragsärztlichen Leistungen seien in den dem Kläger vergüteten GOP 15311 EBM- und GOP 31930 EBM- definiert und beinhalteten gerade nicht die Herstellung der Verbandsplatten. Daraus folge, dass es sich bei der Herstellung der Verbandsplatten nicht um eine persönliche Leistung des Belegarztes handele. Die Kosten hierfür seien daher den allgemeinen Krankenhausleistungen iS von [§ 2 Abs 2 KHEntgG](#) zuzuordnen und im Rahmen der Fallpauschalen durch das K.-Krankenhaus gegenüber dem Kostenträger abzurechnen. Der Kläger sei insoweit auch nicht rechtlos gestellt, weil er einen entsprechenden Anspruch gegenüber dem K.-Krankenhaus auf Kostenerstattung habe.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die gewechselten Schriftsätze und den weiteren Inhalt der Verfahrensakte sowie den von der Beklagten übersandten Verwaltungsvorgang verwiesen. Diese Unterlagen haben dem Senat vorgelegen und waren Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG Hannover vom 24. Mai 2017 ist aufgrund der Entscheidung des SG, an die der Senat gebunden ist (§ 144 Abs 3 des Sozialgerichtsgesetzes) statthaft und auch sonst zulässig. In der Sache hat sie keinen Erfolg.

A. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren des Klägers, für die von ihm hergestellten vier Verbandsplatten und die semipermanente Schiene sowie für das von ihm für Kieferabformungen verwandte Material unter Aufhebung der sog quartalsgleichen Richtigstellung eine Sachkostenerstattung von der beklagten KÄV zu erhalten.

B. Streitgegenständlich ist der Honorarbescheid vom 12. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Dezember 2012, und zwar insoweit, wie dieser von dem Kläger angefochten worden ist, also hinsichtlich der für die im Widerspruchsschreiben vom 22. Mai 2012 namentlich benannten fünf

Patienten abgerechneten Material- und Laborkosten iH von insgesamt 558,56 Euro (die entsprechenden f¼nf Rechnungen sind von der Beklagten mit Schriftsatz vom 2. August 2021 ¼bersandt worden), die von der Beklagten sachlich-rechnerisch berichtigt und folglich nicht verg¼tet worden sind (vgl Anl 5 zum Honorarbescheid vom 12. Juli 2012).

C. Die so verstandene Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([Å 54 Abs 1 S 1, Abs 4 SGG](#); zur statthaften Klageart in den *Fällen der quartalsgleichen Richtigstellung s bspw BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012* á [B 6 KA 5/12 R](#), *SozR 4-2500 Å 115 Nr 1 = juris, jeweils Rn 9*) zulässig. Sie ist aber unbegr¼ndet. Soweit der Kläger den Honorarbescheid angefochten hat, sind die Korrekturen durch die Beklagte rechtmäßig.

I. Die Beklagte ist zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach [Å 106a Abs 2 S 1 SGB V](#) (hier noch idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003, [BGBl I 2190](#); heute: [Å 106d Abs 2 SGB V](#)) von Honoraranforderungen befugt, soweit ein Vertragsarzt bei seiner Quartalsabrechnung GOP oder Kostenerstattungsregelungen ansetzt, deren Tatbestand durch seine Leistungen nicht erfüllt ist oder die er aus anderen Gründen nicht in Ansatz bringen darf. Die Voraussetzungen für die angefochtene Richtigstellung sind vorliegend gegeben, weil der Kläger keinen Anspruch auf eine Verg¼tung der geltend gemachten Kosten hat.

Der Anspruch auf Honorierung belegärztlicher Leistungen ergibt sich aus [Å 121 Abs 3 S 1 iVm Å 87b Abs 1 S 1, S 2 SGB V](#) (idF des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 2011, [BGBl I 2983](#)). Danach sind belegärztliche Leistungen trotz ihrer Erbringung im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung aus den zur Finanzierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Gesamtverg¼tungen zu honorieren. Die von den KK an die KÄV gezahlten Gesamtverg¼tungen sind von dieser unter die Vertragsärzte zu verteilen; hierbei sind allerdings gemäß [Å 121 Abs 3 S 2 SGB V](#) die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen

II. Was eine belegärztliche Leistung iS von [Å 121 Abs 3 S 1 SGB V](#) ist, bestimmt sich nach den Vorschriften über die Finanzierung der Krankenhausleistungen (vgl *BSG, Urteil vom 28. Januar 2009* á [B 6 KA 30/07 R](#), *SozR 4-2500 Å 121 Nr 2 = juris, jeweils Rn 17 ff*). Da es sich bei dem K. -Krankenhaus um ein sog DRG-Krankenhaus handelt, ist das KHEntG maßgeblich (vgl [Å 1 Abs 1 KHEntg](#)). Die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser werden nach dem KHEntG (und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz) verg¼tet. Das KHEntG unterscheidet zwischen Krankenhausleistungen und belegärztlichen Leistungen und enthält auch die Abgrenzung zwischen beiden Verg¼tungssystemen (*BSG, aaO, Rn 17*). Krankenhausleistungen nach [Å 1 Abs 1 KHEntg](#) sind gem [Å 2 Abs 1 S 1 KHEntg](#) insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie

Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen (Â§Â 2 AbsÂ 1 SÂ 1 letzter Teils KHEntgG). Zu den Krankenhausleistungen gehÃ¶ren nicht die Leistungen der BelegÃ¶rzte nach [Â§Â 18 KHEntgG](#) sowie der Beleghebammen und âentbindungspfleger ([Â§Â 2 AbsÂ 1 SÂ 2 KHEntgG](#)).

Nach dem in [Â§Â 2 AbsÂ 1 SÂ 2 KHEntgG](#) in Bezug genommenen [Â§Â 18 AbsÂ 1 SÂ 1 KHEntgG](#) sind BelegÃ¶rzte iS des Krankenhausentgeltgesetzes nicht am Krankenhaus angestellte VertragsÃ¶rzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfÃ¼r bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationÃ¶r oder teilstationÃ¶r zu behandeln, ohne hierfÃ¼r vom Krankenhaus eine VergÃ¼tung zu erhalten. Die Vorschrift ist wortgleich mit [Â§Â 121 AbsÂ 2 SGB V](#). In [Â§Â 18 AbsÂ 1 SÂ 2 KHEntgG](#) werden darÃ¼ber hinaus die Leistungen des Belegarztes definiert. Leistungen des Belegarztes sind: seine persÃ¶nlichen Leistungen (NrÂ 1), der Ã¶rtliche Bereitschaftsdienst fÃ¼r Belegpatienten (NrÂ 2), die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ã¶rzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tÃ¤tig werden (NrÂ 3) und die von ihm veranlassten Leistungen von Ã¶rzten und Ã¶rtlich geleiteten Einrichtungen auÃerhalb des Krankenhauses (NrÂ 4). Diese belegÃ¶rtlichen Leistungen sind bei der Kalkulation der gesonderten pauschalierten PflegesÃ¶tze fÃ¼r Belegpatienten (vgl. [Â§Â 18 AbsÂ 2 SÂ 1 KHEntgG](#), [Â§Â 17 AbsÂ 1a](#) des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der KrankenhÃ¶user und zur Regelung der KrankenhauspflegesÃ¶tze â Krankenhausfinanzierungsgesetz ; s AnlÂ 1b zur Fallpauschalenvereinbarung) auszuklammern und nach den Regelungen des vertragsÃ¶rtlichen VergÃ¼tungsregimes zu honorieren, soweit Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen sind (vgl. BSG, aaO, RnÂ 18). Doppelzahlungen fÃ¼r Leistungen der BelegÃ¶rzte iS von [Â§Â 18 AbsÂ 1 SÂ 2 KHEntgG](#) werden nach der gesetzlichen Systematik nicht Ã¼ber einen vÃ¶lligen Ausschluss der vertragsÃ¶rtlichen VergÃ¼tung des Belegarztes vermieden, sondern durch dessen â ggf reduzierte â Honorierung innerhalb des GesamtvergÃ¼tungssystems bei gleichzeitiger â entsprechend angepasster â Verminderung der Krankenhausentgelte.

Dabei ist entsprechend den gezeigten gesetzlichen Vorgaben im Grundsatz davon auszugehen, dass die in einer Belegstation benÃ¶tigten Ã¶rtlichen Leistungen Ã¼ber das GesamtvergÃ¼tungssystem durch die zustÃ¶ndige KÃ¶V vergÃ¼tet werden (vgl. BSG, aaO, RnÂ 23). Die bloÃe GestaltungsmÃ¶glichkeit, bestimmte Leistungen Ã¼ber eine Einrichtung des Krankenhauses oder als Dienst (Beauftragung eines externen Dritten durch das Krankenhaus) bereitzustellen, berÃ¼hrt die gesetzliche Abgrenzung der belegÃ¶rtlichen Leistungen im VerhÃ¶ltnis zu den Krankenhausleistungen nicht.

III.Â Â Bei diesen Voraussetzungen ist die sachlich-rechnerische Richtigstellung der HonorarÃbrechnung fÃ¼r das 1.Â Quartal 2012, soweit sie Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist (hierzu oben), nicht zu beanstanden. Der KlÃ¶ger hat gegen die beklagte KÃ¶V keinen Anspruch auf VergÃ¼tung der Herstellung der vier

Verbandsplatten und der semipermanenten Schiene (hierzu). Die von ihm begehrte Abrechnung der Leistungen als Sachkosten ist ebenfalls nicht möglich; das gilt auch für die von ihm begehrte Vergütung des zur Kieferabformung verwandten Alginats ().

1. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Vergütung für die Herstellung der Verbandsplatten und der semipermanenten Schiene in seinem Praxislabor. Zwar handelt es sich hierbei um eine (zahn)ärztliche Leistung (), diese ist aber im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit nicht abrechenbar ().

a) Bei der Herstellung handelt es sich, anders als von dem SG und der Beklagten angenommen, um eine persönliche Leistung des Klägers, die im Rahmen der zwischen den Beteiligten streitigen Abgrenzung grundsätzlich als belegärztliche Leistung und damit nicht als allgemeine Krankenhausleistung nach [Â§ 2 Abs 2 S 1 KHEntgG](#) anzusehen ist. Maßgeblich für die Abgrenzung sind die Vorschriften über die Krankenhausfinanzierung (s bereits).

Nach [Â§ 18 Abs 1 S 2 Nr 1 KHEntgG](#) sind Leistungen des Belegarztes seine persönlichen Leistungen. Die Herstellung der Verbandsplatten und der semipermanenten Schiene ist eine zahntechnische Leistung und damit im vorliegenden Fall unabhängig von der Frage, ob der Kläger als Zahnarzt sie in seinem Praxislabor höchstpersönlich oder (wie das SG angenommen hat) unter Hinzuziehen eines angestellten Zahntechnikers gefertigt hat eine vertragszahnärztliche Leistung (vgl BSG, Urteil vom 28. Oktober 2015 [B 6 KA 2/15 R, MedR 2016, 474](#) = juris, jeweils Rn 10 aE; Freudenberg in: jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, [Â§ 88](#) [Stand 15. Juni 2020](#) [Rn 44](#); Muschallik in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl 2017, [Â§ 20 Fn 128](#); Schröder in: BeckOK Sozialrecht, [Â§ 88 SGB V](#) [Stand 1. Dezember 2021](#) [Rn 6](#); Zuck/Gokel in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl 2018, [Â§ 30 Rn 23](#); sa Sproll in: Krauskopf, SGB V, [Â§ 88](#) [Stand August 2021 EL 112](#) [Rn 17](#)) und somit eine persönliche Leistung des Belegarztes (ohne dass damit bereits ein Vergütungsanspruch zu bejahen wäre). Dass zahntechnische Leistungen häufig von sog Dentallaboren erbracht werden, liegt an der Beauftragung durch die Zahnärzte. Das ändert aber nichts daran, dass Zahnärzte häufig und berechtigt sind, entsprechende Leistungen als Bestandteil der zahnärztlichen Behandlung selbst zu erbringen (s [Â§ 50 der Approbationsordnung für Zahnärzte in der bis 30. September 2020 geltenden Fassung](#); dazu, dass es sich um eine zahnärztliche Leistung iW S handelt s [BVerwG, Urteil vom 11. Mai 1979](#) [5 A C 16/79, BVerwGE 58, 93, 95 f](#) = juris Rn 15). Insoweit können auch Gesamtverträge nach [Â§ 83 SGB V](#) abgeschlossen werden ([Â§ 88 Abs 3 S 2 SGB V](#)).

b) Die von der Beklagten vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung dieser Abrechnungspositionen ist dennoch rechtmäßig. Bei der Herstellung der Verbandsplatten und der semipermanenten Schiene handelt es sich, wie bereits ausgeführt, um eine zahnärztliche Leistung. Zahnärztliche Leistungen können aber im Zusammenhang mit einer belegärztlichen Behandlung schon aus grundsätzlichen Abgrenzungserwägungen nicht

abgerechnet werden (hierzu). Die Leistung wäre aber auch aufgrund der Vorschriften des EBM-Ä zu den abrechenbaren Belegarztleistungen nicht abrechenbar (hierzu).

aa) Im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung können zahnärztliche Leistungen allgemein nicht abgerechnet werden.

Zwar liegt kein Verstoß gegen das sog Splittingverbot aus Nr 6 Allgemeine Bestimmungen EBM-Ä und Nr 4 Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (hierzu und zu seiner Zulässigkeit s bspw BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 [B 6 KA 16/15 R](#), SozR 4-5532 Allg Nr 2 = juris) vor, weil dem Vertrags(zahn)arzt dadurch lediglich die Aufspaltung der in einem Behandlungsfall erbrachten Leistungen in zwei Abrechnungsfälle verwehrt wird (zu dem Gesichtspunkt, dass es im EBM-Ä keine GOP für die Herstellung von Verbandsplatten gibt sogleich) und der Kläger gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung keine Abrechnung vorgenommen hat.

Gleichwohl handelt es sich bei der Herstellung der Verbandsplatten und der semipermanenten Schiene um eine zahnärztliche Leistung. Zahnärztliche Leistungen können nur gegenüber der KZÄV und nicht gegenüber der beklagten KÄV abgerechnet werden (zur Abrechenbarkeit zahntechnischer Laborkosten neben den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen s Nr 5 S 2 Allgemeine Bestimmungen BEMA). Hinzu kommt, dass das geltende Recht eine belegzahnärztliche Tätigkeit nicht kennt und damit auch keine entsprechend abrechenbaren Leistungen (hierzu BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 [B 6 KA 15/12 R](#), SozR 4-2500 § 121 Nr 7 = juris). Auch daraus folgt und zwar auf einer allgemeineren Ebene, dass der Kläger die Herstellung der Verbandsplatten und der semipermanenten Schiene als zahnärztliche Leistung im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung nicht abrechnen kann; eine Abrechnung wäre selbst gegenüber der KZÄV nicht möglich gewesen. Belegärztliche Leistungen im Rahmen einer Belegarztzulassung können vielmehr ausschließlich gegenüber der KÄV abgerechnet werden. Das setzt aber voraus, dass vertragsärztliche Leistungen nach dem EBM-Ä erbracht worden sind.

bb) Entgegen der erstinstanzlich vom Kläger vertretenen Auffassung ist eine Erstattung der Kosten für die Verbandsplatten und die semipermanente Schiene auch nicht über die GOP 31930 des EBM-Ä (Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- und Hilfsvorrichtung) möglich.

Obligater Leistungsinhalt dieser GOP ist soweit für den vorliegenden Fall von Bedeutung das Anlegen einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- und Unterkiefer. Wenn in der Zusatzbestimmung zur GOP 31930 geregelt ist, dass die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten sind, spricht dies dafür, dass auch Kosten der hier strittigen Art gesondert von der KÄV zu erstatten sind, wenn die GOP abrechenbar ist. Da der EBM-Ä auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zugeschnitten ist, die

wie dargelegt, selbst keine zahntechnischen Leistungen erbringen dürfen, sind hierunter zunächst allerdings nur die Kosten zu verstehen, die dem Arzt durch den Einkauf der Schienen und Apparaturen bei einem Fremdlabor entstehen.

Dass auch Eigenlaborkosten des (auch) vertragszahnärztlich zugelassenen MKG-Chirurgen auf diese Weise erstattet werden können, mag zwar aus praktischen Gründen naheliegen. Ob dies der Fall ist, war vorliegend aber nicht zu entscheiden. Denn die GOP 31930 konnte anders als zB im Fall ambulanter Operationen hier nicht abgerechnet werden, weil sie durch die für belegärztliche Operationen geltenden Bestimmungen im 36. Kapitel des EBM verdrängt wird. Dementsprechend ist sie vom Kläger ausweislich der Abrechnungsnachweise in Anl 1 des Honorarbescheids vom 12. Juli 2012 auch nicht abgerechnet worden.

Mit der Einführung dieses Kapitels zum 1. April 2007 ist der Bewertungsausschuss seinem in [§ 121 Abs 4 SGB V](#) geregelten Auftrag nachgekommen, Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu treffen. Dabei ist der Prambel zum EBM-Abschnitt 36.1 (unter Nr 1 Spiegelstriche 1 und 2) zu entnehmen, dass die Leistungen des präoperativen Abschnitts bei belegärztlichen Operationen außerhalb des Kapitels 36 abgebildet sind; der operative Abschnitt, in dem der Operateur die Operation einschließlich Anästhesie durchführt, kann demgegenüber nur nach Maßgabe der Abschnitte 36.2 und 36.5 vergütet werden. Der Abschnitt 36.2 listet eine Vielzahl operativer Eingriffe auf und verweist dazu auf die in Anhang 2 zum EBM aufgeführten operativen Prozeduren. Entsprechende Operationen nach den GOP 36222 ff hat der Kläger auch erbracht und abgerechnet, wie sich aus der Leistungsaufstellung zum stationären Bereich in Anl 1 des Honorarbescheids ergibt. Nach Nr 8 der Prambel zu Abschnitt 36.2.1 erfassen diese GOP pauschal sämtliche durch den Operateur am Operationstag erbrachten Leistungen, zu denen ausdrücklich auch Verbände gehören. Da die GOP 31930 ihrem Wortlaut nach an das Anlegen einer Verbandsplatte etc anknüpft, bildet sie keine präoperative Leistung im Sinne der Prambel zum Abschnitt 36.1 ab, sondern betrifft im Fall der belegärztlichen Behandlung einen Teil des Operationskomplexes, der insgesamt mit der entsprechenden Operationsziffer abgegolten ist. Damit fehlt bei belegärztlichen Operationen auch der erforderliche Anknüpfungspunkt für eine Sachkostenerstattung für die Herstellung der Schienen und Apparaturen.

2. Ein Anspruch auf Vergütung besteht auch nicht nach dem von dem Kläger geltend gemachten § 44 Abs 6 S 1 BMV (iVm Nr 7.3 Allgemeine Bestimmungen EBM). Die Vorschrift ist für Sachkosten im Zusammenhang mit belegärztlichen Leistungen nicht anwendbar (hierzu [Kosten für das bei der Abformung des Kiefers verwandte Material \(Alginat\) können ebenfalls nicht abgerechnet werden \(hierzu\)](#)).

a) Nach § 44 Abs 6 S 1 BMV können die Kosten für Materialien, die gem Kapitel 7.3 Allgemeine Bestimmungen EBM nicht in den

berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, gesondert abgerechnet werden. Diese Vorschrift aus dem 11. Abschnitt des BMV-Ä (Abrechnung der vertragsärztlichen Leistung) ist vorliegend nicht anwendbar, weil es um eine belegärztliche Versorgung geht und der BMV-Ä insoweit im 10. Abschnitt (Belegärztliche Versorgung) vorgehende Regelungen enthält. Die Verordnung und Abrechnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie sonstiger Materialien für die stationäre Behandlung ist hier nicht zulässig (§ 41 Abs 8 BMV-Ä in der seit 1. April 2005 geltenden Fassung [DÄBl 2005 S 854] und § 33 Abs 8 des Arzt-/Ersatzkassenvertrags Stand 1. Juli 2008). Diese Kosten gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach [§ 2 Abs 2 S 1 KHEntgG](#) und sind daher von der vom Krankenhaus abzurechnenden Fallpauschale umfasst (von der Embse in: BeckOK Sozialrecht, § 41 BMV-Ä 2008 Stand 1. Juni 2021 Rn 11; Trieb in: Schiller, BMV-Ä, 2014, § 41 Rn 18).

c) Ein Anspruch auf Vergütung allein der Kosten für das bei der Abformung der Kiefer benutzte Alginate besteht ebenfalls nicht.

Bei der Abformmasse handelt es sich zwar um Sachkosten. Insofern könnte ein Anspruch nach § 44 Abs 6 S 1 BMV-Ä grundsätzlich in Betracht, allerdings nur im Zusammenhang mit Abrechnung und Vergütung einer ärztlichen Grundleistung nach dem EBM-Ä. Einschließlich wäre insofern die GOP 15311 EBM-Ä (Abformung eines und/oder beider Kiefer für Situationsmodelle). Da der Kläger seinem Vorbringen nach die Abformung vor dem Operationstag durchgeführt hat, dürfte es anders als von der Beklagten angenommen die Abrechnung dieser Leistung nicht nach Nr 4 der Prämambel 36.2.1 EBM-Ä ausgeschlossen gewesen sein (gleichwohl ist die von der Beklagten hinsichtlich der Patientin N. vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung mangels Anfechtung [zum Gegenstand des Verfahrens s] bestandskräftig verurteilt worden).

Ob der Kläger die GOP 15311 EBM-Ä hinsichtlich der anderen vier Patienten abgerechnet hat, kann der Senat dahinstehen lassen. Keiner Entscheidung bedarf ferner die Frage, ob die Abformung, wie von der Leistungslegende verlangt, für ein Situationsmodell erfolgt ist. Dem klägerischen Vorbringen ist zu entnehmen, dass er den gewonnenen Abdruck mit Gips ausgegossen und an dem von ihm sog Gipsmodell eine individuell angepasste Verbandsplatte gefertigt hat. Ob diese Modelle jeweils die Anforderungen an ein Situationsmodell erfüllt haben, musste nicht aufgeklärt werden. Denn eine Anwendung von § 44 Abs 6 S 1 BMV-Ä scheidet auch hier deshalb aus, weil der BMV-Ä (bzw der EKV) für die belegärztliche Versorgung im 10. Abschnitt die bereits erwähnten vorgehenden Regelungen (§ 41 Abs 8 BMV-Ä) enthält (s bereits).

d) Die Kostenentscheidung folgt aus der Anwendung von § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [§ 154 Abs 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung . Der Kläger hat die Kosten der von ihm ohne Erfolg eingelegten Berufung zu tragen.

e) Gründe für eine Zulassung der Revision ([§ 160 Abs 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

F. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf der Anwendung von [§ 197a Abs 1 S 1 Halbs 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 S 1](#) und [§ 47 Abs 1, 52 Abs 3 S 1](#) des Gerichtskostengesetzes . Maßgeblich ist die Summe der von dem Kläger auch im Berufungsverfahren eingeklagten Kürzungsbeträge iH von 558,56 Euro.

Erstellt am: 02.05.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024