
S 13 KR 41/02

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Aachen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	13
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 KR 41/02
Datum	08.07.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

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

Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens tragen zu 2/27 die Beklagte und zu 25/27 die KlÄgerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darÄber, im welchem Umfang die Beklagte die Kosten einer (prÄoperativen) stationÄren Krankenhausbehandlung zu tragen hat.

Die KlÄgerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Am 04.01.2001 verordnete der Vertragsarzt W fÄr die bei der Beklagten versicherte N1 (im Folgenden: Versicherte) Krankenhausbehandlung wegen einer schweren arteriellen Verschlusskrankheit. Die Versicherte wurde am 09.01.2001 im Krankenhaus aufgenommen, am 16.01.2001 wegen eines Aneurysmas operiert und am 05.02.2001 entlassen. Mit Endrechnung vom 28.02.2001 machte die KlÄgerin Kosten fÄr 27 Tage Ä 343,27 DM (Basispflegesatz 102,67 DM; Abteilungspflegesatz 240,60 DM), insgesamt 9.268,29 DM (= 4.738,80 EUR) geltend.

Die Beklagte beauftragte unverÄglich den Medizinischen Dienst der

Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung. Da dem MDK die präoperative Verweildauer nicht nachvollziehbar war, richtete die Beklagte am 04.04.2001 eine entsprechende Anfrage an die Klägerin. Am 30.04.2001 teilte der Chefarzt der Chirurgischen Klinik, T mit, dass am Tag nach der Aufnahme der Versicherten die angiographische Untersuchung des Gefäßsystems stattgefunden habe; am 11.01.2001 sei eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt und die Gehstrecke bestimmt worden. Die Operation des Leistenaneurysmas habe in den nächsten 3 Tagen nicht erfolgen können, da zu diesem Zeitpunkt auf der Intensivstation keine Kapazität bestanden habe. Man habe die Zeit durch konservative Prostavasin-Therapie der bestehenden arteriellen Verschlusskrankheit genutzt. Daraufhin kam der MDK-Arzt U in einer Stellungnahme vom 17.05.2001 zum Ergebnis, der präoperativen Verweildauer könne nur für 3 Tage zugestimmt werden.

Mit Schreiben vom 22.05.2001 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie die Kosten für den stationären Aufenthalt um 5 Tage kürzen werde. Sie übernahm die Kosten für 22 – davon 2 präoperative – Behandlungstage und überwies der Klägerin am 01.06.2001 7.551,94 DM (= 3.861,25 EUR).

Die Klägerin akzeptierte die Kürzung nicht und verwies mit Schreiben vom 28.08.2001 darauf, dass die Versicherte vom Hausarzt wegen einer dringenden Behandlungsbedürftigkeit eingewiesen worden sei. Aufgrund der Überlastung der Intensivstation, die für die chirurgische Abteilung 4 Betten vorhalte, habe die Operation wegen mehrerer Notoperationen abgesagt werden müssen. Die "ursprünglich für den 10.01.2001 geplante OP" sei daher auf den 16.01.2001 verschoben worden. Im Hinblick auf die Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten habe diese stationär weiter behandelt werden müssen. Mit Schreiben vom 04.09.2001 lehnte die Beklagte eine weitere Zahlung ab. Sie wies darauf hin, dass die Verordnung am 04.01.2001 ausgestellt worden sei, die Aufnahme aber erst am 09.01.2001 stattgefunden habe; demnach habe es sich nicht um eine dringende Behandlungsbedürftigkeit handeln können; hätte eine solche vorgelegen, hätte man auch in diesem Fall eine Notoperation vornehmen müssen. Für organisatorische Mängel der Klägerin könne die Krankenkasse nicht verantwortlich gemacht werden.

Am 15.07.2002 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von 4.738,80 EUR erhoben. Nach einem Hinweis der Beklagten hat die Klägerin den Antrag auf Zahlung von 877,56 EUR reduziert.

Das Gericht hat zunächst mit Einverständnis der Versicherten deren Krankenunterlagen von dem behandelnden Internisten W beigezogen und sodann über die Notwendigkeit des präoperativen stationären Krankenhausaufenthalts der Versicherten Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens von dem Leiter der Klinik für Gefäßchirurgie des Krankenhauses I in N2, M. Dieser ist zum Ergebnis gekommen, dass der Zeitraum der zwangsläufigen und unvermeidlichen stationären Krankenhausbehandlung vor der Operation am 16.01.2001 4 Tage betragen habe. Wegen des weiteren Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten vom 31.03.2003

verwiesen.

Die Beklagte hat im Hinblick auf das Gutachterergebnis über die bereits als erforderlich anerkannten und bezahlten 2 präoperative Behandlungstage einen Vergütungsanspruch der Klägerin für weitere 2 präoperative Behandlungstage in Höhe von 351,02 EUR nebst 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz ab 01.06.2001 anerkannt. Sie hat der Klägerin am 09.05.2003 insgesamt 384,15 EUR (351,02 EUR für die Hauptforderung und 33,12 EUR Zinsen) gezahlt.

Die Klägerin hat dieses Teilanerkennnis angenommen. Im übrigen ist sie der Auffassung, dass im gesamten präoperativen Zeitraum vom 09. bis 16.01.2001 Krankenhausbehandlung notwendig gewesen sei. Die von Anfang an ins Auge gefasste Operation habe sich aus Gründen, die die Klägerin nicht habe vorhersehen können, verschoben. Die Versicherte sei zur kurzfristigen Operation aufgenommen worden; im Krankenhaus stünden auf der Intensivstation einschließlich eines einzubeziehenden Reanimationsbettes maximal 11 Betten zur Verfügung; zwangsläufig müsse jeder Patient nach durchgeführter Operation dieser Aufwach- und Intensivstation zugeführt werden. Bereits am 10.01.2001, dem Tag nach der Aufnahme der Versicherten, habe in der Abteilung der Chirurgie eine Operation abgesetzt werden müssen, da die Innere Abteilung durch unvorhergesehene Notfälle statt der planmäßig zugeordneten 4 Betten ein weiteres Bett der Intensivstation notfallmäßig belegt habe. Nachdem die für den 10.01.2001 zunächst vorgesehene Operation der Versicherten nicht habe stattfinden können, sei die Operation am 11.01.2001 vorgesehen gewesen. In der Nacht vom 10. auf den 11.01.2001 seien 2 Notfälle aufgenommen worden, weshalb die Versicherte wieder nicht habe operiert werden können. Am 12.01.2001 seien Operationen für die Chirurgie nicht vorgesehen gewesen. Am 13.01.2001, einem Samstag, habe keinerlei Operationsprogramm stattgefunden. Am 14.01.2001, dem Sonntag, sei von auswärts wiederum ein Patient der Intensivstation zugeführt worden, so dass diese belegt war. Die sodann für den 15.01.2001 geplante Operation der Versicherten habe erneut verschoben werden müssen, da an diesem Tag von außerhalb eine neuer Notfall zugeführt wurde. Erst am 16.01.2001 habe die Operation dann planmäßig durchgeführt werden können, obwohl auch an diesem Tag ein weiterer Notfall chirurgisch habe behandelt werden müssen. Die Klägerin verweist darauf, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme der Versicherten Behandlungsnotwendigkeit und -möglichkeit bestanden habe. Sie ist der Auffassung, dass ihr Organisationsmangel nicht zur Last gelegt werden könnten; sie habe ihre Intensivstation als gesperrt gemeldet und dennoch Intensivpatienten geliefert bekommen. Sodann ist die Klägerin der Auffassung, die Beklagte sei allein deshalb zum Ausgleich der Forderung verpflichtet, weil sie sich an die im Landesvertrag gesetzte Zahlungsfrist nicht gehalten habe. Sie meint, dass die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes zu Art und Umfang der Behandlung gebunden sei, wenn dieser vorausschauend habe erkennen können, dass für die vorhandenen Beschwerden des Patienten nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründet gewesen sei.

Die KlÄgerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 526,53 EUR nebst 4 % Zinsen auf 877,55 EUR seit dem 01.06.2001 und aus 526,53 EUR seit dem 09.05.2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie sieht den Grund fÄr die prÄoperative Verweildauer in von ihr nicht zu vertretenden KapazitÄtsproblemen der KlÄgerin; diese hÄtte gegebenenfalls weitere Patienten gar nicht erst aufnehmen dÄrfen bzw. an ein anderes Krankenhaus verweisen oder weiterleiten mÄssen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten SchriftsÄtze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mÄndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄnde:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [Ä§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulÄssig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÄltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 â B 3 KR 33/99 R = [BSGE 86, 166](#) â SozR 3-2500 Ä§ 112 Nr. 1; Urteil vom 23.07.2002 â B 3 KR 64/01 R = [SozR 3-2500 Ä§ 112 Nr. 3](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÄhren, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist jedoch nicht begrÄndet.

Die ursprÄnglich mit der Klageschrift vom 09.07.2002 auf Zahlung von 4.798,80 EUR gerichtete Klage ist von der KlÄgerin mit Schriftsatz vom 20.11.2002 auf Zahlung von 877,56 EUR reduziert worden. Darin liegt eine teilweise RÄcknahme der Klage, die den Rechtsstreit insoweit in der Hauptsache erledigt hat (vgl. [Ä§ 102 Satz 2 SGG](#)). Eine weitere Teilerledigung der Hauptsache ist durch das von der KlÄgerin angenommene Teilerkenntnis der Beklagten Äber 351,02 EUR erfolgt. Hiernach waren von der ursprÄnglich mit Rechnung vom 28.02.2001 geltend gemachten Hauptforderung in HÄhe von 4.738,80 EUR fÄr 27 Behandlungstage nur noch 526,53 EUR fÄr 3 Behandlungstage Ä 175,51 EUR im Streit. Auf die Bezahlung dieser Restkosten hat die KlÄgerin keinen Anspruch.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen VergÄtungsanspruchs der KlÄgerin ist [Ä§ 109 Abs. 4 Satz 2](#) FÄnftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus [Ä§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG Urteil vom

13.12.2001 â [B 3 KR 11/01 R](#) = [SozR 3-2500 Â§ 112 Nr. 2](#); Urteil vom 23.07.2002 â [B 3 KR 64/01 R](#) = [SozR 3-2500 Â§ 112 Nr. 3](#)). Die nÃ¤heren Einzelheiten Ã¼ber Aufnahme und Entlassung der Versicherten, KostenÃ¼bernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Ã¼berprÃ¼fung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen andererseits geschlossenen VertrÃ¤ge nach [Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V geregelt; es sind dies der am 01.01.1997 in Kraft getretene Vertrag Ã¼ber allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der am 01.07.1991 in Kraft getretene Vertrag zur Ã¼berprÃ¼fung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÃV).

Entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin ergibt sich eine unabhÃ¤ngig von der materiell-rechtlichen BegrÃ¼ndetheit des Zahlungsanspruchs bestehende Pflicht der Beklagten zur Bezahlung des in Rechnung gestellten Betrages nicht bereits aus [Â§ 15 Abs. 1 Satz 1 KBV](#). Danach sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat zwar eine vergleichbare Regelung des Rheinland-PfÃ¤lzischen Krankenhausbehandlungsvertrages dahin ausgelegt, dass die Krankenkasse auch bei Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art eine formal ordnungsgemÃ¤Ãe Krankenhausrechnung innerhalb der Zahlungsfrist zu bezahlen hat (BSG, Urteil vom 23.07.2002 â [B 3 KR 64/01 R](#) = [SozR 3-2500 Â§ 112 Nr. 3](#)). Wie bereits das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (vgl. Urteil vom 27.03.2003 â [L 5 KR 141/01](#)) Ã¼berzeugt die erkennende Kammer nicht, in der Vereinbarung einer Zahlungsfrist zugleich die Ã¼bernahme der Verpflichtung zu sehen, trotz Zweifel an der Berechtigung der Forderung diese begleichen zu mÃ¼ssen. Es ist in der Regel kaum mÃ¶glich, eine sachliche PrÃ¼fung innerhalb der vereinbarten Frist vorzunehmen. Wenn das BSG in der Entscheidung vom 23.07.2002 ein ZurÃ¼ckbehaltungsrecht der Krankenkasse verneint und diese bei begrÃ¼ndeten Beanstandungen auf die Aufrechnung mit spÃ¤teren Forderungen des Krankenhauses verweist, Ã¼bersieht es, dass gar nicht sicher ist, ob jemals und ggf. wann eine solche Aufrechnungslage eintreten wird. Es erscheint ausgeschlossen, dass die Krankenkassen sich mit der Vereinbarung von Zahlungsfristen, wie sie in [Â§ 15 Abs. 1 Satz 1 KBV](#) und auch entsprechenden Regelungen von KrankenhausbehandlungsvertrÃ¤gen anderer LÃ¤nder enthalten sind, zugleich verpflichten wollten, schon bei Erteilung einer nur formal ordnungsgemÃ¤Ãen Rechnung den geltend gemachten Anspruch ungeachtet dessen inhaltlicher Berechtigung erfÃ¼llen zu wollen. Diese Verpflichtung kommt in den VertrÃ¤gen nicht zum Ausdruck und lÃ¤sst sich insbesondere nicht der Regelung des [Â§ 15 Abs. 4 Satz 1 KBV](#) entnehmen, wonach Beanstandungen rechnerischer und sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden kÃ¶nnen. Bei verstÃ¤ndiger Auslegung des [Â§ 15 Abs. 1 Satz 1 KBV](#) beinhaltet die dort vereinbarte Zahlungsvereinbarung lediglich eine Zahlungspflicht zur Vermeidung von Verzugsfolgen, insbesondere von Verzugszinsen. Begleicht die Krankenkasse die Rechnung innerhalb der Zahlungsfrist des [Â§ 15 Abs. 1 Satz 1 KBV](#) nicht, so muss sie, wie sich aus [Â§ 15 Abs. 1 Satz 4 KBV](#) ergibt, Verzugszinsen zahlen, wenn der VergÃ¼tungsanspruch begrÃ¼ndet ist (LSG NW, Urteil vom 27.03.2003 â [L 5 KR 141/01](#); SG Aachen,

Urteil vom 30.06.2003 â S 6 KN 15/02 KR).

Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses ist nicht gegeben, wenn die Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist ([Â§ 12 Abs. 1 SGB V](#); [Â§ 3 Satz 1 KBV](#)). Sie ist erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃre, vor- oder nachstationÃre oder ambulante Behandlung einschlieÃlich hÃuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([Â§ 39 Abs. 1 Satz 2](#), letzter Halbsatz SGB V). Ob dies der Fall ist, entscheidet der Krankenhausarzt erstmalig bei Aufnahme und fortlaufend entsprechend den geplanten und durchgefÃhrten Behandlungsschritten, und zwar mit Bindungswirkung fÃr die Krankenkasse, es sei denn, er hÃtte vorausschauend ("ex ante") erkennen kÃnnen, dass die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begrÃndeten, nach den Regeln der Ãrztlichen Kunst also eine Fehlentscheidung getroffen wurde (BSG, Urteil vom 21.08.1996 â [3 RK 2/96](#) = [SozR 3-2500 Â§ 39 Nr. 4](#)). Die Begriffe "erforderlich" und "notwendig" sind unbestimmte Rechtsbegriffe. Die Beurteilung, ob die gewÃhrte Krankenhauspflege nach objektiven MaÃstÃben erforderlich und notwendig war, unterliegt voller gerichtlicher NachprÃfung. Eine andere Frage ist es, ob die Krankenkasse oder im Rechtsstreit das Sozialgericht im konkreten Fall im Rahmen der BeweiswÃrdigung der Beurteilung des behandelnden Krankenhausarztes folgt, weil er aufgrund seiner SachnÃhe am ehesten in der Lage ist, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit einer bestimmten MaÃnahme zu beurteilen (BSG, Urteil vom 16.11.1984 â [8 RK 33/84](#)).

Im KÃV ist das Verfahren zur ÃberprÃfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geregelt. Die ÃberprÃfung soll mÃglichst zeitnah mit der Behandlung erfolgen. Besteht aus Sicht der Krankenkasse Anlass, die Notwendigkeit und Dauer der stationÃren Behandlung zu ÃberprÃfen, so fordert sie eine Stellungnahme des Krankenhauses an und schaltet den MDK ein. Bei einer Ãblichen prÃoperativen Krankenhausbehandlungsphase von 1 bis 3 Tagen â laut Schreiben der BevollmÃchtigten der KIÃgerin vom 28.08.2001 war die Operation der Versicherten bereits einen Tag nach der Aufnahme, nÃmlich am 10.01.2001 vorgesehen â ist eine prÃoperative Behandlung von 7 Tagen so auffÃllig, dass ohne weiteres Anlass zur ÃberprÃfung gegeben war. Wenn sich die Beteiligten auch nach Stellungnahme des MDK nicht Ãber die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einigen kÃnnen, ist das Gericht auf eine entsprechende Leistungsklage hin gemÃÃ [Â§ 103 SGG](#) gehalten, den Sachverhalt von Amts wegen zu erforschen. Es ist dabei an das Vorbringen der Beteiligten nicht gebunden. Zur AufklÃrung des Sachverhalts kann das Gericht u.a. Krankenpapiere beiziehen und SachverstÃndigengutachten einholen ([Â§ 106 Abs. 3 Nr. 2 und 4 SGG](#)).

Der vom Gericht zum medizinischen SachverstÃndigen bestellte M ist in seinem Gutachten vom 31.03.2003 nach Auswertung der Ãber die Versicherte vorliegenden Krankenpapiere und der entsprechenden Patientenakte der KIÃgerin zum Ergebnis gelangt, dass die MultimorbiditÃt der Versicherten eine aufwÃndige prÃoperative AbklÃrung zur EinschÃtzung des Operationsrisikos erforderte. Der

Sachverständige hat ausführlich und mit nachvollziehbarer Begründung dargelegt, dass der Zeitraum der zwangsläufigen und unvermeidlichen stationären Krankenhausbehandlung vor der durchzuführenden Aneurysma-Operation 4 Tage betrug. Die darüber hinausgehende präoperative Behandlung ist so der Sachverständige M nicht in Folge notwendiger präoperativer Untersuchungen und Behandlungen erfolgt, sondern durch mangelnde Kapazitäten auf der Intensivstation verursacht worden. Dem folgt die Kammer, weil es sie überzeugt.

Die Klägerin hat ausführlich dargelegt, warum die Versicherte erst am 16.01.2001 operiert wurde. Sie hat hierfür in erster Linie organisatorische Gründe, die in der Behandlung von anderen Notfällen und der Belegung der Intensivstation liegen, angeführt. Die eigentliche Operationsvorbereitungsphase war nach einem Tag bereits abgeschlossen, denn die Klägerin hat selbst in ihrem Schreiben an die Beklagte vom 28.08.2001 dargelegt, dass die Operation ursprünglich schon für den 10.01.2001, also einen Tag nach der Krankenaufnahme der Versicherten, vorgesehen war. Sie ist dann aus rein organisatorischen Gründen zunächst auf den 11.01., dann auf den 15.01. und schließlich auf den 16.01.2001 verschoben worden. Dabei waren nicht nur planmäßige Notfälle und die Belegung der Intensivstation ausschlaggebend, sondern auch der Umstand, dass an einem Tag "Operationen nicht für die Chirurgie vorgesehen" sind, am Samstag kein Operationsprogramm stattfand und offensichtlich auch der Sonntag zur Operation nicht möglich war. Wenn nach alledem schon nach Auffassung des Krankenhauses selbst nur ein präoperativer Behandlungstag notwendig war und die beklagte Krankenkasse nach Begutachtung durch einen medizinischen Sachverständigen im gerichtlichen Verfahren im Hinblick auf dessen Erkenntnisse immerhin 4 präoperative Behandlungstage anerkannt und bezahlt hat, kann die Klägerin nicht noch die Bezahlung weiterer 3 präoperativer Behandlungstage verlangen, da diese ganz offensichtlich und von ihr substantiiert und nachvollziehbar dargelegt auf Kapazitätsproblemen und Organisationschwierigkeiten beruhten. Diese hat aber nicht die beklagte Krankenkasse, sondern allein die Klägerin zu vertreten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 1](#), [155 Abs. 1](#), [161 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Bezogen auf die mit der Klageschrift geltend gemachte Hauptforderung von 4.738,80 EUR hat die Klägerin durch das Teilerkenntnis der Beklagten (351,02 EUR) im Umfang von ungefähr 2/27 obsiegt; mit der Restforderung (25/27) ist die Klage durch Rücknahme oder Abweisung ohne Erfolg geblieben. Dementsprechend waren die Kosten des Verfahrens, das sind die Gerichtskosten (Gebühren und Auslagen) und die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung notwendigen Aufwendungen der Beteiligten ([Â§ 162 Abs. 1 VwGO](#)), anteilig auf die Klägerin und die Beklagte zu verteilen.

Zuletzt verändert am: 23.12.2024