

BL_GERICHTE 730 16 95 vom 7. Juli 2016

BL Gerichte, 2016-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_16_95

FR: BL_GERICHTE 730 16 95 du 7 juillet 2016

IT: BL_GERICHTE 730 16 95 del 7 luglio 2016

Regeste

Krankenversicherung Vorliegend bestehen Zweifel an der Richtigkeit der versicherungsinternen medizinischen Einschätzung, weshalb die Vorinstanz in Bezug auf die geklagten somatischen Beschwerden ein externes fachärztliches Gutachten einzuholen hat.

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer hat seinen Wohnsitz in D. _____. Die örtliche und gemäss § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auch die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ist vorliegend somit gegeben. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde kann deshalb eingetreten werden. 2.1 Gemäss Art. 1a Abs. 2 lit. a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 gewährt die soziale Krankenversicherung Leistungen bei Krankheit. Nach Art. 3 Abs. 1 ATSG ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Der Rechtsbegriff "Krankheit" deckt sich nicht notwendigerweise mit dem medizinischen Krankheitsbegriff. Nicht jede Beeinträchtigung der Gesundheit stellt eine Krankheit dar; vielmehr muss diese den sogenannten Krankheitswert erreichen. Die gesundheitliche Störung muss mithin eine gewisse Schwere aufweisen, um als Krankheit zu gelten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit dem 1. Januar 2007: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 16. August 2005, K 1/05, E. 1.2). 2.2 Nach Art. 32 KVG müssen die Leistungen nach den Art. 25 – 31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (als Teilgehalt der Zweckmässigkeit; vgl. Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel und Frankfurt am Main 1996, S. 51 f.) setzen voraus, dass die Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen. Welche von mehreren in Betracht fallenden Massnahmen als geeignet erscheint, ist im Rahmen dieser Voraussetzungen nicht entscheidend. Nach der gesetzlichen Regelung genügt es, dass die vom Arzt oder der Ärztin angeordnete Massnahme zweckmässig ist. Sind

gleichzeitig mehrere Leistungen als zweckmässig zu qualifizieren, beurteilt sich die Leistungspflicht des Krankenversicherers unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit (Art. 56 KVG). Nach dieser Vorschrift haben die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Abs. 1). Für Leistungen, die über dieses Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden (Abs. 2). Indem das Gesetz auf das Interesse der Versicherten Bezug nimmt, wird zum Ausdruck gebracht, dass der Begriff der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht eng auszulegen ist (vgl. RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a mit Hinweis).

2.3 Die Behebung ästhetischer Einbussen, die Folge einer Krankheit oder eines Unfalles sind, ist keine Pflichtleistung der Krankenkasse. Unter bestimmten Voraussetzungen hat der Krankenversicherer aber die Kosten der operativen Behandlung sekundärer krankheits- oder unfallbedingter Beeinträchtigungen, namentlich äusserliche Verunstaltungen vor allem an sichtbaren und in ästhetischer Beziehung speziell empfindlichen Körperteilen – besonders im Gesicht –, zu übernehmen. Eine solche Leistungspflicht ist dann zu bejahen, wenn die äusserliche Verunstaltung ein gewisses Ausmass erreicht und sich durch eine kosmetische Operation beheben lässt, der Versicherer auch für die primären Unfall- oder Krankheitsfolgen leistungspflichtig war und die durchgeführte kosmetische Operation sich in allgemein üblichen Grenzen sowie im Rahmen der Wirtschaftlichkeit hält (Urteil des EVG vom 17. Januar 2006, K 135/04, E. 1, BGE 121 V 121 E. 1, 111 V 229 E. 1c).

2.4 Soweit ein ästhetischer Mangel Beschwerden mit Krankheitswert im Rechtssinne verursacht, stellt die medizinische Behandlung dieser krankhaften Folgeerscheinungen durch operative Behebung des ästhetischen Mangels als der eigentlichen Krankheitsursache ebenfalls eine Pflichtleistung der Krankenkasse dar (Urteil des EVG vom 17. Januar 2006, K 135/04, E. 1 mit weiteren Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2011, 9C_179/2011, E. 2). Voraussetzung ist, dass die Beschwerden erheblich sind und andere, vor allem ästhetische Motive genügend zurückdrängen (BGE 121 V 213 E. 4). Auch leichtere ästhetische Einbussen können somit Anlass zu einer Krankheitsbehandlung geben, sofern sie Beschwerden oder Funktionseinbussen mit deutlichem Krankheitswert verursachen. Dies gilt etwa für Narben, die namhafte Schmerzen bewirken oder die Beweglichkeit erheblich einschränken. Die dargelegten Grundsätze gelten auch in Bezug auf die operative Entfernung von Hautfalten nach einer Gewichtsreduktion (Urteil des EVG vom 17. Januar 2006, K 135/04, E. 1 mit weiteren Hinweisen).

3.1 Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz (vgl. Art. 43 ATSG) hat die verfügende Behörde bzw. das Gericht die Abklärung des Sachverhalts von Amtes wegen vorzunehmen. Danach haben sowohl der Sozialversicherungsträger als auch das Sozialversicherungsgericht von sich aus, ohne Bindung an die Parteibegehren, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen. Um die sich im Zusammenhang mit der Vergütung der Kosten einer Entfernung der Fettschürze durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung stellenden Fragen beantworten zu können, ist die Krankenversicherung auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Dabei ist es deren Aufgabe, aufgrund von Anamnese, Befund und Diagnose die Notwendigkeit der Behandlung an sich sowie die in Betracht fallenden therapeutischen Möglichkeiten zu bezeichnen (vgl. Urteil des EVG vom 5. Juni 2003, K 46/02, E. 4.3.2).

3.2 Solche ärztlichen Stellungnahmen sind, wie alle Beweise im Sozialversicherungsprozess, von der rechtsanwendenden Behörde frei sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, S. 278). Dabei ist für den Beweiswert

grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels, noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend. Gerade die Krankenversicherungen oder ihre Verbände sind gemäss Art. 57 Abs. 1 KVG sogar verpflichtet, nach Rücksprache mit den kantonalen Ärztesellschaften Vertrauensärzte bzw. Vertrauensärztinnen zu bestellen. Diese wiederum haben die Krankenversicherungen gemäss Art. 57 Abs. 4 und 5 KVG in medizinischen Fachfragen zu beraten und insbesondere die Voraussetzungen der Leistungspflichten zu überprüfen. Sie sind in ihrem Urteil unabhängig und weder die Krankenversicherung noch die Leistungserbringer können ihnen Weisungen erteilen. Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht denn auch grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (vgl. Gebhard Eugster, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Basel/Genf/München 2007, Krankenversicherung, N 209 ff.). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztendlich aber entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a und 122 V 160 E. 1c mit weiteren Hinweisen; Alfred Bühler, Versicherungsinterne Gutachten und Privatgutachten in: Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 179 ff.). 3.3 Im Sozialversicherungsverfahren gilt, sofern das Gesetz nichts abweichendes vorsieht, der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Überwiegende Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass jener Sachverhaltsdarstellung gefolgt wird, die von allen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 115 V 133 E. 8b). Demgegenüber genügt es nicht, dass ein bestimmter Sachverhalt bloss möglich ist.

E. 4

Zur Beurteilung der Leistungspflicht für die operative Entfernung der Fettschürze sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte zu berücksichtigen:

E. 4.1

Am 25. November 2014 führt Dr. C. ____ im Wesentlichen aus, der Versicherte beziehe aufgrund eines Fussleidens eine ganze Invalidenrente der SUVA. Aufgrund der Adipositas permagna habe sich dieser einer Schlauchgastrektomie unterzogen und in der Folge Gewicht verloren. Seither leide er unter einer massiven Fettschürze. Diese verstärke aus Schamgefühlen seine Rückzugstendenz, welche dazu geführt habe, dass er die – wegen seiner Schmerzen wichtige – Wassertherapie aufgegeben habe. Er wolle sich nicht mehr in Badehosen zeigen. Es bestehe ausserdem eine Behinderung der sexuellen Aktivität. Könne eine Operation nicht durchgeführt werden, hätte dies eine Verschlimmerung der Schmerzzustände und eine Zunahme der vorbestehenden Depression zur Folge.

E. 4.2

Mit Bericht vom 7. Mai 2015 stellt PD Dr. med. E.____, FMH plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie, fest, der Versicherte habe nach einer Schlauchgastrektomie am 4. Januar 2013 bei einer Grösse von 186cm von 141kg auf derzeit 110kg abgenommen. Es sei dabei zu einer schweren Fettschürze im Unterbauch gekommen, die deutlich asymmetrisch in beide Leisten ziehe. Diese führe zu ziehenden Schmerzen beim Gehen, klemme beim Sitzen oft ein und weise eine eindrücklich intertriginöse Ekzematierung in der Hautfalte auf, die seit über einem Jahr ohne dauerhafte Besserung behandelt werde. Der Überhang über den Mons pubis behindere den Patienten auch beim Geschlechtsverkehr. Zusätzlich bestehe eine psychische Rückzugstendenz, indem sich der Patient – wegen Hüftproblemen auf die Wassertherapie angewiesen – aus Schamgefühl nicht mehr in Badehosen zeigen wolle.

E. 4.3

In seinem Bericht vom 22. Mai 2015 nimmt Dr. E.____ Stellung zur Ablehnung des Kostengutsprachegeuchs durch die Beschwerdegegnerin. Darin führt er aus, dass es sich keineswegs um eine vorwiegend ästhetisch motivierte Operation handle und der Krankheitsverlauf in diesem Fall wie folgt eindeutig ausgewiesen sei: Die schwere asymmetrische Fettschürze führe zu ziehenden Schmerzen in den Leisten; sie behindere nachvollziehbar Erektion und Geschlechtsverkehr; die ungewöhnlich ausgeprägte ekzematizierende Intertrigo werde seit über einem Jahr erfolglos konservativ behandelt; die psychische Rückzugstendenz des Patienten sei von einem entsprechenden Facharzt nachgewiesen; eine besondere Kausalität ergebe sich aus dem Umstand, dass der Patient wegen Hüftproblemen auf eine Wassertherapie angewiesen sei, sich aber wegen dem Unterbauchekzem und aus Scham nicht mehr in ein Schwimmbad traue.

E. 4.4

Im Bericht vom 19. Januar 2016 bezieht Dr. med. F.____, FMH Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Vertrauensarzt, Stellung zum Gesundheitszustand des Versicherten. Die Fotodokumentation zeige eine minim ausgeprägte Fettschürze, welche die Genitalregion nicht überdecken würde. Das erforderliche Mass an ästhetischer Abnormität bestünde nicht. Anhand der Ausprägung des Hautüberschusses sei die beklagte Funktionseinbusse nicht nachvollziehbar. Die in die Leisten einziehenden Schmerzen könnten nicht zwanglos der Fettschürze zugeordnet werden und liessen eher an eine direkte oder indirekte Leistenhernie denken. Angesichts des geringen Ausmasses der Fettschürze dürfte sich eine konservative Therapie der Dermatose als die zweckmässigste Therapie erweisen. Die psychiatrische Behandlung habe schon vor dem bariatrischen Eingriff begonnen und liege in der sozialen Ausgrenzung durch die Arbeitsunfähigkeit begründet. Der Versicherte scheine deswegen auch Rückzugstendenzen zu haben, welche aber schon vor der aktuellen Problematik bestanden hätten. Aus den Unterlagen sei schliesslich nicht nachvollziehbar, inwiefern sich die psychiatrischen Leiden durch die erfolgte bariatrisch-chirurgische Operation mit den Folgeerscheinungen verstärkt haben sollen. 5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 18. Februar 2016 vollumfänglich auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. F.____ vom 19. Januar 2016. Sie ging demzufolge davon aus, dass die geklagten somatischen und psychischen Beschwerden nicht auf die Fettschürze zurückzuführen seien. Diese Einschätzung der Beschwerdegegnerin vermag nicht zu überzeugen, lassen doch die abweichenden fachärztlichen Beurteilungen von Dr. E.____ vom 7. Mai 2015 und 22. Mai 2015 sowie der Bericht von Dr. C.____ vom 25. November 2014 Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der

versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen aufkommen, wie sich aus den nachstehenden Ausführungen ergibt. 5.2. Dem Bericht von Dr. F.____ ist zu entnehmen, dass die Fettschürze weder das erforderliche Mass an Abnormität erreiche, noch kausale gesundheitliche Beschwerden darauf zurückzuführen seien. Er widerspricht damit der Einschätzung von Dr. C.____ und Dr. E.____, welche in ihren Berichten vom 25. November 2014, 7. Mai 2015 und 22. Mai 2015 feststellen, dass die Fettschürze insbesondere eine – seit einem Jahr erfolglos behandelte – ungewöhnlich ausgeprägte ekzematisierende Intertrigo, ziehende Schmerzen in der Leiste sowie sexuelle Einschränkungen hervorrufen würde. Zwar ist eine Intertrigo nicht von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmen, wenn einfache hygienische Massnahmen und dermatologische Behandlungen zu einer weitergehenden Linderung oder gar Beseitigung der aus überlappenden Körperteilen resultierenden Hautbeschwerden führen. Die Beschwerdegegnerin hat jedoch nicht abgeklärt, ob die im Bericht von Dr. E.____ vom 22. Mai 2015 als ungewöhnlich ausgeprägt bezeichnete Intertrigo – welche seit einem Jahr erfolglos konservativ behandelt werde – im Sinne dieser Praxis mit einfachen hygienischen Massnahmen und dermatologischen Behandlungen überhaupt gelindert oder beseitigt werden kann. Des Weiteren hat sie keine Abklärungen in Bezug auf die möglicherweise durch die Fettschürze verursachten ziehenden Schmerzen in der Leiste vorgenommen, welche vom Vertrauensarzt pauschal mit einem Verdacht auf eine Leistenhernie erklärt werden. Zu beachten ist, dass Dr. F.____ als Facharzt für Herz- und thorakale Gefässchirurgie kein Experte für die geklagten Beschwerden ist und den Beschwerdeführer – im Gegensatz zu Dr. E.____ – nie persönlich untersucht hat. Da Dr. F.____ als Vertrauensarzt ein verwaltungsinterner Arzt ist, sind bei der Würdigung seiner Beurteilungen strenge Anforderungen zu stellen. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2) ist es zwar zulässig, dass ein Sozialversicherer ohne Einholung eines externen Gutachtens entscheidet. Bestehen aber auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Vorliegend vermögen die unterschiedlichen Beurteilungen der behandelnden Ärzte an der Einschätzung des beratenden Arztes Dr. F.____ Zweifel zu begründen, weshalb für die Beurteilung der streitigen Frage nicht auf dessen Einschätzung abgestellt werden kann. Es kann aber auch nicht auf die Angaben der behandelnden Ärzte abgestellt werden, da sich deren Einschätzungen weitgehend auf die Angaben des Versicherten stützen. In diesem Zusammenhang ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte wie behandelnde Fachärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Nach dem Gesagten steht fest, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Februar 2016 auf unzureichenden medizinischen Abklärungsergebnissen beruht.

E. 6

Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen

erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Da es die Vorinstanz unterlassen hat, die nötigen Abklärungen zu veranlassen, und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 18. Februar 2016 zur weiteren somatischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat den Beschwerdeführer durch einen unabhängigen versicherungsexternen Facharzt begutachten zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über den Anspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

E. 7

Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind beim nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer wettzuschlagen.

E. 8

Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : //: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 18. Februar 2016 aufgehoben und die Angelegenheit zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.