

BL_GERICHTE 730 17 306/56 vom 20. Juni 2017

BL Gerichte, 2017-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_730_17_306_56

FR: BL_GERICHTE 730 17 306/56 du 20 juin 2017

IT: BL_GERICHTE 730 17 306/56 del 20 giugno 2017

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 KVG auf die Krankenversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Krankenversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden aus dem Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde vom 18. September 2017 ist einzutreten. 2.1 Die Beschwerdeführerin bringt zunächst in formeller Hinsicht vor, dass sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid mit ihren einspracheweise erhobenen Einwänden nicht auseinandergesetzt habe. Die Beschwerdeführerin rügt damit eine Verletzung der Begründungspflicht und somit eine Verletzung des rechtlichen Gehörs. Sollte sich diese Rüge als begründet erweisen, kann dies zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides führen, ohne dass die Angelegenheit materiell geprüft würde. Die betreffenden Einwände sind deshalb vorab zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_951/2008, E. 3). 2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift (BGE 132 V 370 E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Als persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht verlangt das rechtliche Gehör, dass die Behörde die Vorbringen der vom Entscheid betroffenen Person auch tatsächlich hört, ernsthaft prüft und in ihrer Entscheidungsfindung angemessen berücksichtigt (BGE 136 I 188 E. 2.2.1 mit Hinweis). In Konkretisierung dieses verfassungsrechtlichen Gehörsanspruchs statuiert Art. 52 Abs. 2 ATSG die Pflicht der Versicherungsträger, ihre Einspracheentscheide zu begründen. Zur Frage, welche Begründungsdichte der Entscheid aufweisen muss, äussert sich die genannte Bestimmung nicht. Diesbezüglich ist auf die

bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach die Begründung so abgefasst sein muss, dass die betroffene Person den Entscheid gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. Zu diesem Zweck müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 124 V 181 E. 1 mit Hinweisen; vgl. auch 136 I 188 E. 2.2.1). 2.3 Es trifft zu, dass die Vorinstanz den angefochtenen Einspracheentscheid eher knapp begründete und sich mit einzelnen Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht explizit auseinandersetzte. Auch wenn die Begründungsdichte des Entscheids am unteren Rand des (noch) Vertretbaren und Zulässigen liegt, war die Beschwerdeführerin aber aufgrund der Ausführungen der Beschwerdegegnerin dennoch in der Lage, die geltend gemachte Kürzung der bisher ausgerichteten Spitex-Leistungen auf die Höhe der Pflegeheimtaxen, sachgerecht anzufechten. Ihrem Einwand, wonach die Vorinstanz im angefochtenen Einspracheentscheid ihre Begründungspflicht verletzt habe, kann daher im Ergebnis nicht beigelegt werden. Ob der Argumentation der Beschwerdegegnerin und den daraus gezogenen Schlüssen auch inhaltlich gefolgt werden kann, ist eine Frage, auf die nachfolgend im Rahmen der materiellen Beurteilung der Beschwerde einzugehen sein wird.

E. 3

Materiell streitig und zu prüfen ist die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Kostenvergütung der nach ärztlicher Anordnung erfolgten Spitex-Leistungen und damit zusammenhängend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt war, die Leistungen mit Wirkung ab 1. April 2016 auf die Höhe der Pflegeheimtaxen zu kürzen. 4.1 Nach Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25-31 nach Massgabe der in den Art. 32-34 KVG festgelegten Voraussetzungen. Die Leistungen umfassen unter anderem Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durch Personen durchgeführt werden, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen (Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG in der bis 31. Dezember 2010 geltenden und vorliegend aufgrund der kantonalen Übergangsfrist anwendbaren Fassung, vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. a und Art. 25a Abs. 1 KVG in der seit 1. Januar 2011 geltenden Fassung). 4.2 Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3 KVG) vergütet der Versicherer gemäss Art. 50 KVG die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Art. 25a KVG. In Art. 7 KLV wird der Leistungsbereich bei Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim näher bestimmt. Die Revision der Pflegefinanzierung hat die Art der versicherten Leistungen nicht geändert, sondern bloss den Kostentragungsmodus (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C_940/2011, E. 2.1). Gemäss Art. 7 Abs. 1 KLV gelten als Pflegeleistungen die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag unter anderem von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern oder Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erbracht werden. Gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV umfassen die Leistungen im Sinne von Art. 7 Abs. 1 KLV Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (lit. a), der Untersuchung und Behandlung (lit. b) sowie der Grundpflege (lit.

c). 4.3 Als allgemeine Voraussetzung für die Leistungspflicht aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verlangt Art. 32 Abs. 1 KVG, dass die Leistungen nach Art. 25-31 KVG wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Leistung setzen voraus, dass die angeordnete Massnahme geeignet ist, das angestrebte Ziel, in casu die Pflege der Beschwerdeführerin, zu erreichen (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a). Diese Frage beurteilt sich primär nach medizinischen Gesichtspunkten; persönliche Umstände (z.B. Familie, Erwerbstätigkeit, gesellschaftliche, soziale und politische Aktivitäten) sind indessen mit zu berücksichtigen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 2. Dezember 2003, K 33/02, E. 2.1; RKUV 2001 Nr. KV 144 S. 26 E. 3b). Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagt, dass die Krankenversicherer die Leistungen auf das Mass zu beschränken haben, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist (Art. 56 Abs. 1 KVG). Demnach haben sie dort, wo gleichzeitig mehrere Massnahmen als wirksam und zweckmässig zu qualifizieren sind, grundsätzlich nur für die kostengünstigere dieser Massnahmen aufzukommen (vgl. RKUV 1999 Nr. KV 64 S. 67 f. E. 3a).

4.4 Nach der in BGE 126 V 334 ff. ausführlich dargelegten Rechtsprechung bedeutet das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht, dass die Krankenversicherer befugt sind, die Vergütung der Spitex-Dienste stets auf jene Leistungen zu beschränken, die sie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim zu gewähren hätten. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit darf nicht anhand einer strikten Gegenüberstellung der dem Krankenversicherer entstehenden Kosten eines Spitex-Einsatzes einerseits und eines Pflegeheimaufenthalts andererseits erfolgen. Wenn aber - bei gleicher Zweckmässigkeit der Massnahmen - zwischen den Kosten eines Spitex-Einsatzes und denjenigen des Aufenthalts in einem Pflegeheim ein grobes Missverhältnis besteht, kann der Spitex-Einsatz auch unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der versicherten Person nicht mehr als wirtschaftlich angesehen werden. Dies hat auch dann zu gelten, wenn der Spitex-Einsatz im konkreten Fall als zweckmässiger und wirksamer zu betrachten ist als ein an sich ebenfalls zweckmässiger und wirksamer Heimaufenthalt (BGE 126 V 338 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2012, 9C_940/2011, E. 2.3).

5.1 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. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will. Nach der Praxis des EVG liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2014, 8C_653/2013, E. 4.1 mit Hinweis auf RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für

sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). 5.2 Dem Kantonsgericht kommt in Sozialversicherungssachen eine vollständige Überprüfungsbefugnis zu. Es ist in der Beweiswürdigung frei (vgl. § 57 VPO in Verbindung mit Art. 61 Satz 1 ATSG; Art. 61 lit. c ATSG). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache sodann nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (vgl. Max Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 135 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen).

E. 6

Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen zu berücksichtigen:

E. 6.1

Die behandelnde Ärztin, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, verordnete am 12. Oktober 2015 für die Zeit ab 19. September 2015 für die Behandlungspflege (Art. 7 Abs. 2b KLV) und für die Grundpflege (Art. 7 Abs. 2c KLV) je 182 Stunden pro Quartal. Auf Anfrage der Krankenversicherung hielt sie am 16. November 2015 fest, dass die Versicherte ein COPD mit massiven Hustenattacken, eine Herzinsuffizienz, eine Hypertonie, eine schwere Osteoporose, einen Zustand nach Frakturen an der Brust- und Halswirbelsäule (BSW, HWS) und eine Makuladegeneration beidseits aufweise. Die Dauer des Pflegeaufwandes sei unbeschränkt. Eine Verlegung in ein Pflegeheim sei nicht vorgesehen. Die Frage nach der sozialen Situation der Versicherten blieb unbeantwortet. Eine weitere ärztliche Verordnung von insgesamt 367 Stunden KVG-Pflichtleistungen pro Quartal erfolgte am 15. Dezember 2015.

E. 6.2

Am 16. Dezember 2015 hielt die Spitex Organisation C.____ fest, dass die Versicherte sehr stark auf Hilfe angewiesen sei. Sie gerate bereits bei kleinsten Anstrengungen in Atemnot. Sie benötige in erster Linie Unterstützung beim Aufstehen und bei der Morgentoilette. Nachmittags könne sie sich zwar langsam aber alleine in der Wohnung bewegen. Wegen ihrer Sehbehinderung müsse sie sich durch die Wohnung tasten. Der Versicherten müssten dreimal täglich die Medikamente abgegeben und zudem täglich die Füsse eingerieben werden. Die Versicherte brauche sehr viel Aufmerksamkeit und wegen der Atembeschwerden gehe alles sehr langsam. Der beigelegten standardisierten undatierten "Hilfe- und Pflegeplanung" zufolge benötigt die Versicherte pro Woche 7,08 Stunden Behandlungs- und 13,58 Stunden Grundpflege. 7.1 Aufgrund der eingereichten Pflegeunterlagen und der aktenkundigen Spitex-Leistungsabrechnungen für die Monate April 2016 bis November 2016 ist zwar davon auszugehen, dass die betagte Beschwerdeführerin aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden beinahe in sämtlichen Lebensbereichen einen erheblichen Pflege- und Betreuungsaufwand erfordert. Der in den Pflegebedarfsabklärungen vom 19. September 2015 und 19. Dezember 2015 verordnete Bedarf von 367 Stunden KVG-Pflichtleistungen pro Quartal ist aber weder medizinisch

näher umschrieben noch kann er aufgrund der "Hilfe- und Pflegeplanung" noch aufgrund der aktenkundigen Leistungsabrechnungen nachvollzogen werden. Dazu kommt, dass die ärztlich verordneten - für die Bemessung der Wirtschaftlichkeit massgebenden - KVG-Pflichtleistungen offenbar im Widerspruch stehen zur (von der Beschwerdegegnerin mehrfach erwähnten, indes nicht aktenkundigen) Beurteilung des Vertrauensarztes Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, wonach die Versicherte praktisch eine 24-Stunden-Betreuung benötige, was weitere Zweifel am Umfang der in den Pflegebedarfsabklärungen vom 19. September 2015 und 19. Dezember 2016 verordneten Leistungen aufkommen lässt. Im Übrigen bringt auch die Beschwerdeführerin selbst vor, dass sie rund um die Uhr betreut werden müsse und eine äusserst intensive Pflege benötige. Vor diesem Hintergrund vermitteln die genannten Pflegebedarfsabklärungen kein hinreichendes und nachvollziehbares Bild über den aus ärztlicher Sicht benötigten Pflegebedarf, weshalb sie keine geeigneten Entscheidungsgrundlagen sind. Damit fehlt es an verlässlichen ärztlichen Angaben für den Vergleich der Pflegekosten für die Pflegegruppe zu Hause und die Pflegekosten gemäss Einteilung in eine Pflegegruppe im Heim. 7.2 Zudem lassen vorliegende Unterlagen keine abschliessende Prüfung der Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Massnahme (vgl. E. 4.3 hiervor) zu. Die von der Beschwerdegegnerin aufgestellte Behauptung, wonach die Beschwerdeführerin alleinstehend sei und ihren Angaben zufolge mehrheitlich nur noch durch den Kontakt mit ihrer Spitex-Betreuerin am sozialen Leben teilnehme, findet in den Akten keine verlässliche Stütze. Zudem genügt es für die Beurteilung der Teilnahme der Versicherten am sozialen und familiären Leben nicht, einzig auf die Angaben der Beschwerdeführerin abzustellen. Da sich die Frage nach der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der Massnahme primär nach medizinischen Gesichtspunkten beurteilt, hätte die Beschwerdegegnerin vielmehr weitere ärztliche Abklärungen vornehmen und dabei prüfen müssen, ob medizinische Gründe gegen einen Pflegeheimaufenthalt sprächen und dabei insbesondere auch, ob - wie die Beschwerdeführerin geltend macht - bei einem Pflegeheimeintritt eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes droht, denn eine solche gilt gemäss Rechtsprechung als Grund, der die Spitex-Pflege als (leicht) wirksamer und zweckmässiger erscheinen lässt (Urteil des EVG vom 2. Dezember 2003, K 33/02, E. 2.1, RKUV 2001 Nr. KV 162 S. 182 f. E. 3, Urteil des EVG vom 13. September 2001, K 201/00, E. 3b).

E. 8

Nach dem Gesagten kann aufgrund der bisherigen Abklärungen und vorliegenden Unterlagen die streitige Frage, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt war, die Leistungen mit Wirkung ab 1. April 2016 auf die Höhe der Pflegeheimtaxen zu kürzen, nicht rechtsgenügend beantwortet werden. Die Vorinstanz hätte bei dieser Sachlage zwingend weitere Abklärungen sowohl bezüglich des konkreten Spitex-Pflegebedarfs der Beschwerdeführerin als auch in Bezug auf die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Massnahme vornehmen müssen. Indem sie dies unterliess, verletzte sie den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 ATSG). Die Beschwerdegegnerin wird deshalb angehalten, die für die Beurteilung der vorliegenden Streitsache erforderlichen Abklärungen vorzunehmen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Vorinstanz anschliessend über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 9.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, 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. 9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf

Ersatz der Parteikosten. Darunter sind die Kosten zu verstehen, die einer Beschwerde führenden versicherten Person im gerichtlichen Verfahren für den Beizug einer Rechtsanwältin bzw. eines Rechtsanwalts entstanden sind (vgl. § 4 des Anwaltsgesetzes Basel-Landschaft vom 25. Oktober 2001). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin zwar obsiegt. Da sie sich jedoch nicht anwaltlich hat vertreten lassen, entfällt ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten im Sinne der genannten Bestimmung. Die ausserordentlichen Kosten des Verfahrens sind demnach wettzuschlagen.

10.1 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 f. E. 4.2).

10.2 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 erkannt: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. August 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur Vornahme der erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.