

Die Regelungen der Heilmittel-Richtlinien, wonach auf der Grundlage einer Erst- und Folgeverordnung maximal zwei Heilmittel zu je 6 Einheiten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hätten verordnet werden dürfen, begrenzen den Umfang des Erstattungsanspruchs eines unzuständigen Unfallversicherungsträgers gegen die Krankenkasse nicht.

§ 105 SGB X

Urteil des BSG vom 12.11.2013 – B 1 KR 27/12 R –

Bestätigung des Urteils des LSG Baden-Württemberg vom 24.04.2012 – L 11 KR 3036/10 –

Streitig war vorliegend zwischen der klagenden BG und der beklagten Krankenkasse (KK) die vollständige Erstattung von Kosten für Heilmittel.

Die Versicherte S erlitt am 26.06.2004 bei der Arbeit als Zeitungsaussträgerin der W GmbH bei einem Sturz u.a. eine Kahnbeinfraktur des rechten Handgelenkes. Von Seiten der UV wurden zunächst die Folgen des Arbeitsunfalls behandelt. Oberarzt Dr. Z verordnete am 14.06.2005 nach einem arthroskopischen Eingriff am rechten Handgelenk weitere Heilmittel auf dem vom UV-Träger vorgesehenen Vordruck (10 x Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage, 10 x Manuelle Therapie sowie 10 x Behandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Ultraschall), obwohl die Behandlung nicht wesentlich unfallbedingt erfolgte. Hierfür zahlte die BG zunächst der Physiotherapeutin 327,60 € Vergütung, forderte dann aber von der KK Erstattung. Die KK zahlte der BG lediglich 67,65 € (6 Behandlungen Krankengymnastik i.H. von je 10,55 € + 6 Behandlungen Elektrotherapie i.H. von je 3,83 € = 86,28 € - Eigenanteil i.H. von 10 % = 8,63 € + Rezeptgebühr i.H. von 10 €), lehnte aber eine weitergehende Erstattung ab. Das SG hatte die KK verurteilt, weitere 100 Euro zu zahlen (Schätzbetrag für 4 x Krankengymnastik, 4 x Elektrotherapie, 10 x Manuelle Therapie abzgl. der Zuzahlungen und 3 Rezeptgebühren). Die Berufung der KK wurde vom LSG zurückgewiesen (Rz. 2). Mit ihrer Revision hatte die KK die Verletzung des § 105 Abs. 2 SGB X gerügt.

Nach Auffassung des BSG ist die KK zu Recht verurteilt worden, weitere 100 € zu zahlen. Rechtsgrundlage für den Erstattungsanspruch der BG sei **§ 105 SGB X** (vgl. Rz. 10). Sie habe als **unzuständiger UV-Träger** der S Sozialleistungen, nämlich **Heilmittel** (§ 27 Abs. 1 Nr. 4, § 30 SGB VII), erbracht. Die als solche notwendige Heilbehandlung sei nicht unfallbedingt gewesen. Die Voraussetzungen des § 102 Abs. 1 SGB X hätten hingegen nicht vorgelegen. Die BG habe **nicht bewusst eine vorläufige Leistung erbracht** (Rz. 12, Hinweis u.a. auf das Urteil des BSG vom 17.02.2010 – B 1 KR 23/09 R – [[UVR 010/2010, S. 571-580](#)], Rz. 18). Auch die weiteren Voraussetzungen - **vergleichbare Leistungspflichten** der betroffenen Träger und **zeitliche Kongruenz** – seien erfüllt gewesen (vgl. Rz. 13 ff., Hinweis u.a. auf das Urteil des BSG vom 30.05.2006 – B 1 KR 17/05 R [[Gemeinsames Rundschreiben DGUV v. 28.02.2007=Reha 019/2007](#)], Rz. 19). Die KK hätte der S im sich an die ärztliche Verordnung vom 14.06.2005 anschließenden Behandlungszeitraum nach dem Recht des SGB V ebenfalls die geleisteten Heilmittel sukzessive gewähren müssen. Die Gesamtverordnungsmenge von 30 Einheiten (vgl. Rz. 16 ff.) sei mit der Verordnung von je zehn Einheiten nicht überschritten worden. Die KK berufe sich ohne Erfolg gegenüber der Anspruchshöhe (vgl. § 105 Abs. 2 SGB X und Rz. 19) auf die Grenzen, die die Heilmittel-RL vertragsärztlichen Verordnungen ziehen würden. „Diese Einschränkungen zulässiger Verordnungen dienen bloß präventiven Zwecken. Sie schließen es nicht aus, dass die verordnete Gesamtmenge - wie hier - notwendig und wirtschaftlich ist.“

Vgl. auch [Rundschreiben – 0029/2014 vom 21.01.2014](#).

Das **Bundessozialgericht** hat mit **Urteil vom 12.11.2013 – B 1 KR 27/12 R –** wie folgt entschieden:

Tatbestand

1

Die Beteiligten streiten über die vollständige Erstattung von Kosten für Heilmittel im Zeitraum vom 16. bis 29.6.2005 iH von weiteren 100 Euro.

2

Die 1964 geborene S (im Folgenden: Versicherte) war bei der beklagten Krankenkasse (KK) und deren Rechtsvorgängerin versichert. Sie erlitt am 26.6.2004 bei der Arbeit als Zeitungsausträgerin der W GmbH bei einem Sturz ua eine Kahnbeinfraktur des rechten Handgelenkes. Die klagende Berufsgenossenschaft und deren Rechtsvorgängerin sind der hierfür zuständige Unfallversicherungsträger. Sie ließen zunächst die Folgen des Arbeitsunfalls behandeln. Oberarzt Dr. Z verordnete am 14.6.2005 nach einem arthroskopischen Eingriff am rechten Handgelenk (2. bis 4.5.2005) weitere Heilmittel auf dem vom Unfallversicherungsträger vorgesehenen Vordruck (10 x Leistungsziffer 8101 <krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage>, 10 x Leistungsziffer 8107 <Manuelle Therapie> sowie 10 x Leistungsziffer 8303 <Behandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Ultraschall>), obwohl die Behandlung nicht wesentlich unfallbedingt erfolgte. Hierfür zahlte die Klägerin zunächst der Physiotherapeutin L 327,60 Euro Vergütung, forderte dann aber von der Beklagten Erstattung. Die Beklagte zahlte der Klägerin lediglich 67,65 Euro (<6 Behandlungen Krankengymnastik iH von je 10,55 Euro + 6 Behandlungen Elektrotherapie iH von je 3,83 Euro> = 86,28 Euro - <Eigenanteil iH von 10 % = 8,63 Euro + Rezeptgebühr iH von 10 Euro>), lehnte aber eine weitergehende Erstattung ab (Schreiben vom 11.10.2005 und 12.3.2007). Das SG hat die Beklagte verurteilt, weitere 100 Euro zu zahlen (Schätzbetrag für 4 x Krankengymnastik, 4 x Elektrotherapie, 10 x Manuelle Therapie abzgl der Zuzahlungen und 3 Rezeptgebühren; Urteil vom 30.3.2009). Das LSG hat die zugelassene Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Die Klägerin habe als unzuständige Unfallversicherungsträgerin an Stelle der zuständigen Beklagten geleistet. Die Regelungen der Heilmittel-Richtlinien (Heilmittel-RL), wonach auf der Grundlage einer Erst- und Folgeverordnung maximal zwei Heilmittel zu je 6 Einheiten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hätten verordnet werden dürfen, begrenzen den Umfang des Erstattungsanspruchs nicht (Urteil vom 24.4.2012).

3

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung des § 105 Abs 2 SGB X.

4

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 24. April 2012 und des Sozialgerichts Mannheim vom 30. März 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 24. April 2012 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe

7

Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Das LSG hat mit zutreffender Begründung die Berufung der Beklagten gegen das SG-Urteil zurückgewiesen. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, weitere 100 Euro zu zahlen. Die Klägerin hat Anspruch auf Erstattung auch dieser Kosten von ihr geleisteter Heilmittel gemäß § 105 SGB X.

8

1. Im Revisionsverfahren fortwirkende Umstände, die einer Sachentscheidung des Senats entgegenstehen könnten, liegen nicht vor. Einer notwendigen Beiladung der Versicherten nach § 75 Abs 2 SGG bedurfte es nicht, weil die Versicherte Sachleistungen von der Klägerin bereits erhalten hat und sie diese Leistungen - unabhängig vom Ausgang des vorliegenden Erstattungsrechtsstreits - weder nochmals von der Beklagten beanspruchen könnte noch in Betracht kommt, dass sie der Klägerin wegen § 107 SGB X deren Wert erstatten muss (vgl BSG SozR 4-1300 § 111 Nr 3 RdNr 3 = Juris RdNr 10 mwN).

9

Streitgegenstand ist der zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) verfolgte Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Vergütung für die Erbringung von Heilmitteln an die Versicherte in der Zeit vom 16. bis 29.6.2005, soweit er nicht bereits durch den erbrachten Teilbetrag iH von 67,65 Euro erfüllt ist. Die Klägerin hat den Restbetrag aufgrund einer Schätzung beziffert (zur Notwendigkeit bei der hier statthaften <echten> Leistungsklage vgl zB BSG SozR 4-3100 § 18c Nr 2 RdNr 13).

10

2. Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch ist § 105 SGB X (idF durch Art 10 Nr 8 4. Euro-Einführungsgesetz vom 21.12.2000, BGBl I 1983, mWv 1.1.2001). Dessen Voraussetzungen sind dem Grunde (§ 105 Abs 1 S 1 SGB X; dazu a) und der Höhe nach erfüllt (§ 105 Abs 2 SGB X; dazu b). Der Erstattungsanspruch ist auch nicht ausgeschlossen, insbesondere nicht wegen Unterschreitens des Mindesterstattungsbetrags (§ 110 S 2 SGB X) oder verspäteter Geltendmachung (§ 111 S 1 SGB X).

11

a) Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs gemäß § 105 Abs 1 S 1 SGB X sind erfüllt: Hat ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne dass die Voraussetzungen von § 102 Abs 1 SGB X vorliegen, ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat.

12

Die Klägerin erbrachte als unzuständiger Unfallversicherungsträger der Versicherten Sozialleistungen, nämlich Heilmittel (§ 27 Abs 1 Nr 4, § 30 SGB VII). Die Unfallversicherungsträger gewähren Heilbehandlung einschließlich ärztlich verordneter Heilmittel nur, um den durch den Versicherungsfall iS des § 7 SGB VII verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern (§ 26 Abs 2 Nr 1, § 30, § 34 SGB VII). Daran fehlte es. Die als solche notwendige Heilbehandlung war nicht unfallbedingt. Die Voraussetzungen des § 102 Abs 1 SGB X lagen hingegen nicht vor. Die Klägerin erbrachte nicht bewusst eine vorläufige Leistung (vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 39a Nr 1 RdNr 11 mwN; BSG SozR 1300 § 105 Nr 1 S 2; BSG SozR 4-1300 § 111 Nr 5 RdNr 12; BSGE 105, 271 = SozR 4-2500 § 40 Nr 5 RdNr

18). Das steht nach den unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG fest (§ 163 SGG).

13

Auch die weiteren Voraussetzungen - vergleichbare Leistungspflichten der betroffenen Träger und zeitliche Kongruenz (vgl dazu BSGE 84, 61, 62 f = SozR 3-1300 § 105 Nr 5 S 14 f mwN; BSG SozR 4-3100 § 18c Nr 2 RdNr 19; BSGE 105, 271 = SozR 4-2500 § 40 Nr 5, RdNr 19) - waren erfüllt: Für den gleichen Zeitraum stimmten die von der Klägerin nach ihren Rechtsgrundsätzen erbrachten und die von der Beklagten zu beanspruchenden Heilmittel ihrer Art nach überein (sachliche Kongruenz; zum Erfordernis einer der Erstattung zugrunde liegenden "ihrer Art nach gleichen" Leistung des anspruchstellenden Trägers gegen den zuständigen Träger vgl BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, RdNr 16 ff; BSG SozR 4-3250 § 14 Nr 12 RdNr 15). Die Beklagte hätte der Versicherten im sich an die ärztliche Verordnung vom 14.6.2005 anschließenden Behandlungszeitraum nach dem Recht des SGB V ebenfalls die geleisteten Heilmittel sukzessive gewähren müssen. Sie ersparte durch die Leistungen der Klägerin an die Versicherte zu erbringende eigene Leistungen in persönlich, sachlich und zeitlich entsprechendem Umfang (kongruent), weil im Ergebnis eine dementsprechende krankensicherungsrechtliche Leistungspflicht bestand.

14

Die Klägerin hatte Heilmittel bei Versicherungsfällen (§ 7 SGB VII) nach dem SGB VII zu leisten. Die Unfallversicherungsträger bestimmen danach im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung und der Leistungen zur Teilhabe sowie die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen, nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei prüfen sie auch, welche Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 26 Abs 5 SGB VII). Unfallversicherungsrechtlich besteht hieran anknüpfend die Möglichkeit, jeweils durch eine ärztliche Verordnung vier Heilmittel zu je 10 Einheiten zu verordnen. In diesem Rahmen hielt sich die Verordnung von Dr. Z vom 14.6.2005 über je 10 Behandlungseinheiten Krankengymnastik, Manuelle Therapie und Ultraschalltherapie, die die Klägerin im Juni 2005 der Versicherten erbrachte. Die Heilbehandlung war auch als solche notwendig.

15

Die Beklagte hätte im Ergebnis als zuständige KK der Versicherten die Maßnahmen der Physikalischen Therapie als Heilmittel im Rahmen der Krankenbehandlung nach Maßgabe vertragsärztlicher Verordnung leisten müssen. Versicherte der GKV haben gegen ihre KK Anspruch auf die zu den gesetzlich festgelegten Zwecken notwendige Krankenbehandlung (§ 27 Abs 1 S 1 SGB V), wenn diese - wie hier - keine Folge eines Arbeitsunfalls ist (vgl näher § 11 Abs 4 SGB V aF, heute § 11 Abs 5 SGB V idF durch Art 2 Nr 1 Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21.7.2012, BGBl I 1601 mWv 1.8.2012). Die Krankenbehandlung umfasst ua die Versorgung mit Heilmitteln (§ 11 Abs 1 Nr 4, § 27 Abs 1 S 2 Nr 3, § 32 SGB V). Neben diesen besonderen müssen auch die allgemeinen Voraussetzungen des Anspruchs auf Krankenbehandlung erfüllt sein (vgl Hauck, NZS 2007, 461). Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliegt den sich aus § 2 Abs 1 und § 12 Abs 1 SGB V ergebenden Einschränkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet hierzu in Richtlinien (RL) gemäß § 92 Abs 1 S 1 SGB V über die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, auch speziell über die Verordnung von Heilmitteln (§ 92 Abs 1 S 2 Nr 6 iVm Abs 6 SGB V) sowie über die Einführung neuer Heilmittel (§ 138 SGB V; vgl BSGE 109, 116 =

SozR 4-2500 § 125 Nr 7, RdNr 10). Durch diese Richtlinien wird auch der Umfang der den Versicherten von den KKn geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl § 91 Abs 9 SGB V aF, ab 1.7.2008 § 91 Abs 6 SGB V; BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12, RdNr 12 - LITT; BSGE 111, 137 = SozR 4-2500 § 13 Nr 25, RdNr 16; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 29 RdNr 13 - HBO, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen, stRspr). Als Hilfeleistung einer nichtärztlichen Person darf die Leistung "Heilmittel" schließlich nur erbracht werden, wenn sie ärztlich angeordnet und verantwortet ist (§ 15 Abs 1 S 2 SGB V; zum Bedeutungsgehalt der vertragsärztlichen Verordnung vgl BSGE 109, 116 = SozR 4-2500 § 125 Nr 7, RdNr 13).

16

Diese Voraussetzungen waren im Wesentlichen erfüllt. Das steht für den erkennenden Senat nach den nicht mit zulässigen Revisionsrügen angegriffenen Feststellungen des LSG bindend fest (§ 163 SGG). Die Versorgung der Versicherten mit den aufgrund der ärztlichen Verordnung vom 14.6.2005 gewährten Heilmitteln war zur Behandlung ihrer Krankheit erforderlich. Die der Versicherten verordneten Heilmittel zählen auch zu den von den Heilmittel-RL (hier anzuwenden idF vom 1.12.2003/16.3.2004 - BAnz 2004 Nr 106 vom 9.6.2004, S 12183, und Nr 106a <Beilage> vom 9.6.2004, in Kraft getreten am 1.7.2004; geändert am 21.12.2004 - BAnz 2005 Nr 61 vom 1.4.2005, S 4995, in Kraft getreten am 2.4.2005) vorgesehenen Therapien bei Funktionsstörungen einer Extremität (vgl Teil I Abschnitt II Nr 6.1, Abschnitt IIIA Nr 17.A 2.3 <Krankengymnastik>, 17.A 2.7 <Manuelle Therapie> sowie 17.A 4 <Elektrotherapie> Heilmittel-RL; Teil II Abschnitt IA 1, Diagnosegruppen EX2 <Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch mittelfristigem Behandlungsbedarf> oder EX3 <Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch längerem Behandlungsbedarf>, Leitgruppe a <Gelenkfunktionsstörungen, Bewegungsstörungen, Kontrakturen>). Die dort genannte Gesamtverordnungsmenge von 30 Einheiten (für Diagnosegruppe EX3) wurde mit der Verordnung von je zehn Einheiten nicht überschritten.

17

Soweit aufgrund der ärztlichen Verordnung vom 14.6.2005 Abweichungen von den Vorgaben der Heilmittel-RL für die GKV erfolgten, stehen diese einer Bejahung sachlicher Kongruenz nicht entgegen. Die Abweichungen betreffen nämlich bloß unterschiedlich geregelte Modalitäten bei der Erfüllung der zu vergleichenden Leistungspflichten. Solche Unterschiede schließen die für die sachliche Kongruenz nötige Vergleichbarkeit der Leistungspflichten nicht aus, wenn es lediglich um verfahrensrechtliche Sicherungen geht und - wie hier - die Gesamtleistung für den zuständigen Träger dennoch zulässig wäre. Die zu erbringenden Leistungen müssen nämlich lediglich ihrer Art nach gleich sein. Andernfalls würde die Reichweite der Erstattungsansprüche über Gebühr beschränkt. Dementsprechend hat der erkennende Senat bereits entschieden, dass ein Erstattungsanspruch eines Rentenversicherungsträgers gegen eine KK nicht daran scheitert, dass die Maßnahme in einer Einrichtung erfolgte, mit der die KK keinen Versorgungsvertrag (§ 111 SGB V) geschlossen hatte (vgl BSGE 98, 277 = SozR 4-2500 § 40 Nr 4, RdNr 19; BSG SozR 4-3250 § 14 Nr 12 RdNr 18).

18

In diesem Sinne greifen die Einwände der Beklagten nicht durch, dass nach Nr 24 Heilmittel-RL zulasten der Beklagten zu einem vorrangigen oder optionalen Heilmittel nur ein weiteres ergänzendes Heilmittel hätte verordnet werden dürfen und dass die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen gemäß Nr 11.2.3 Heilmittel-RL bis zum Erreichen der Gesamtverordnungsmenge jedes Regelfalls in der Physikalischen Therapie

nur bis zu sechs Einheiten hätte betragen dürfen. Die genannten formalen Kriterien sind für das Erfordernis sachlicher Kongruenz aus den dargelegten Gründen unbeachtlich.

19

b) Der Erstattungsanspruch besteht auch im geltend gemachten Umfang von weiteren 100 Euro. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften (§ 105 Abs 2 SGB X). Der erstattungspflichtige Träger soll nicht mehr erstatten müssen als er nach dem für ihn maßgebenden Recht zu leisten gehabt hätte. Die darin liegende Begrenzung betrifft sowohl den Leistungsrahmen als auch die Leistungshöhe (vgl BSG SozR 4-3100 § 18c Nr 2 RdNr 45). Die Beklagte hätte indes - wie bereits dargelegt - selbst die aufgrund der ärztlichen Verordnung vom 14.6.2005 gewährten Heilmittel nach dem Recht der GKV der Versicherten leisten müssen. Sie hätte hierfür auch jedenfalls noch weitere 100 Euro aufwenden müssen. Die geltend gemachte Restforderung iH von 100 Euro geht über die für die Beklagte geltenden Sätze der Anlage 6b ihrer Preisliste nicht hinaus (vgl Preisliste der AOK Sachsen zum Rahmenvertrag nach § 125 Abs 2 SGB V der Vertragspartner in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen in der ab 1.10.2004 geltenden Fassung): Erstattung der Vergütung für weitere 4 x Krankengymnastik iH von je 10,55 Euro, 4 x Elektrotherapie iH von je 3,83 Euro, 10 x Manuelle Therapie iH von 12,69 Euro abzgl der Zuzahlungen iH von 18,46 Euro und 3 Rezeptgebühren iH von 30,00 Euro .

20

Die Beklagte beruft sich ohne Erfolg gegenüber der Anspruchshöhe auf die aufgezeigten Grenzen, die die Heilmittel-RL vertragsärztlichen Verordnungen ziehen. Diese Einschränkungen zulässiger Verordnungen dienen bloß präventiven Zwecken. Sie schließen es nicht aus, dass die verordnete Gesamtmenge - wie hier - notwendig und wirtschaftlich ist. Die KK kann im Erstattungsstreit gegenüber dem unzuständigen Träger entsprechend den aufgezeigten Grundsätzen insoweit lediglich geltend machen, geleistete Heilmittel seien im Ergebnis nicht notwendig oder unwirtschaftlich gewesen. Das hat das LSG indes unangegriffen und deshalb für den erkennenden Senat bindend gerade nicht festgestellt (§ 163 SGG).

21

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, die Festsetzung des Streitwerts auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm §§ 52 Abs 3, 47, 63 Abs 2 S 1 GKG.