

L 5 KR 1246/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Ulm (BWB)

Aktenzeichen

S 1 KR 712/06

Datum

23.01.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 1246/07

Datum

09.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 23.1.2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung der Kosten für eine in der A.-Klinik, M., einer Privatklinik, durchgeführten Bandscheibenoperation ihres verstorbenen Vaters.

Die Klägerin ist Alleinerbin (Verwaltungsakte S. 45) ihres 1924 geborenen und am 4.8.2005 verstorbenen, bei der Beklagten bis zu seinem Tod gesetzlich krankenversicherten Vaters (im Folgenden: Versicherter).

Mit Schreiben vom 28.7.2005 (Verwaltungsakte S. 3) legte der Versicherte der Beklagten ein als Kostenvoranschlag bezeichnetes Schreiben des (nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen – SG-Akte S. 20) Drs. D. vom 25.7.2005 über eine minimalinvasive Rekonstruktion des Spinalkanals vor (Verwaltungsakte S. 8). Er gab an, sein Gesundheitszustand habe sich in den letzten Wochen so stark verschlechtert, dass die Operation unumgänglich sei. Ein konventioneller Eingriff komme wegen seiner Vorerkrankungen nicht in Frage. Im Schreiben des Drs. D. sind die Diagnosen Spinalkanalstenose L 1/2 (nach cranial Th12/L1) und L 2/3 von links; L 3/4 und L 4/5 mit Nukleotomie L4/5 von links angegeben. Zur Vermeidung weiterer Schäden im Rückenmarksbereich werde empfohlen, den Eingriff zum nächst möglichen Zeitpunkt vornehmen zu lassen. Die Operation solle in zwei aufeinander folgenden Eingriffen in der A.-Klinik durchgeführt werden. Die Leistungen würden nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) abgerechnet. Die Kosten beliefen sich auf insgesamt ca. 45.438,47 EUR. Wegen der unterschiedlichen Versicherungsverhältnisse möge der Versicherte die Frage der Kostenübernahme mit seiner Krankenversicherung klären.

Der Versicherte hatte Drs. D. bereits am 19.7.2005 erstmals zur Untersuchung konsultiert. Am gleichen Tag erhielt er von einem Orthopädietechnikhaus ein Spezialkorsett (Preis 1.402 EUR). Die Wirbelsäulenoperation wurde sodann während eines stationären Aufenthalts vom 25. bis 26.7.2005 in der A.-Klinik durchgeführt. Der Internist Dr. Sch., M., stellte dem Versicherten am 19., 20, 25. und 26.7.2005 erbrachte Behandlungsleistungen, die Anästhesisten Prof. Hipp u.a. am 25. und 26.7.2005 erbrachte Leistungen in Rechnung. Die A.-Klinik berechnete für Krankenhausleistungen 9.904,15 EUR, Drs. D. für seine Leistungen 17.491,90 EUR. Insgesamt entstanden Kosten in Höhe von ca. 31.500 EUR (Rechnungen Verwaltungsakte S.19 ff.). Den Abrechnungen lag jeweils die GOÄ zugrunde.

Vom 27. bis 28.7.2005 weilte der Versicherte auf der Intensivstation der Chirurgischen Klinik M.-B., am 28.7.2005 wurde er Drs. D. nochmals vorgestellt. Vom 30.7. bis 4.8.2005 lag er sodann im Klinikum Sch.-G., wo er am 4.8.2005 an einem plötzlichen Herztod nach vorhergehendem Kammerflimmern verstarb.

Die Beklagte befragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Dr. P. führte unter dem 12.8.2005 (Verwaltungsakte S. 9) aus, die beantragte Therapie (minimalinvasive Rekonstruktion zur Beseitigung einer Spinalkanalstenose in 4 Segmenten sowie eines Bandscheibenvorfalles in der A.-Klinik) sei als vertragsärztliche Leistung in einer entsprechenden Einrichtung wohnortnah möglich.

Mit (dem Schwiegersohn des Versicherten zugewandtem) Bescheid vom 18.8.2005 (Verwaltungsakte S. 15) lehnte die Beklagte die Erstattung der für die Behandlung (u.a.) in der A.-Klinik entstandenen Kosten ab. Die A.-Klinik sei eine Privatklinik und kein

Vertragskrankenhaus. Die Operation hätte als vertragsärztliche Leistung erbracht werden können.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs wurde vorgetragen, der Versicherte habe nur in der A.-Klinik operiert werden können; danach sei er wieder schmerzfrei gewesen. Eine Operation nach der konventionellen Methode habe er auf ärztlichen Rat abgelehnt. Hierfür wurde das Attest des Allgemeinarztes Dr. Schu. vom 21.9.2005 (Verwaltungsakte S. 33) vorgelegt; der Eingriff sei nur in der A.-Klinik und nur mit der "Schlüssellochmethode" möglich gewesen.

Die Beklagte holte das (weitere) Gutachten des MDK vom 13.10.2005 ein (Verwaltungsakte S. 37). Dr. P. führte aus, auch nach nochmaliger Durchsicht aller Befundunterlagen (einschließlich des Attests des Dr. Schu. vom 21.9.2005) ergäben sich keine anderen Erkenntnisse. Der in Rede stehende Eingriff hätte in mehreren wirbelsäulenchirurgisch erfahrenen Kliniken wohnortnah vorgenommen werden können. Die angegebenen Vor- bzw. Begleiterkrankungen des Versicherten seien eher als anästhesiologische Problematik anzusehen, die im Wesentlichen durch die OP-Dauer und die Art der Lagerung beeinflusst werde.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.1.2006 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie ergänzend aus, gem. [§§ 39, 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) dürften Krankenhausbehandlungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung nur in zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden, wozu die A.-Klinik nicht gehöre.

Am 21.2.2006 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Ulm. Sie bekräftigte ihr bisheriges Vorbringen. Zumindest müssten die Kosten einer konventionellen Operation erstattet werden.

Die Beklagte legte das Gutachten des MDK, Dr. A., vom 11.10.2006 vor (SG-Akte S. 14). Dr. A., dem (u.a) die Arztunterlagen, wie der OP-Bericht (SG-Akte S. 29 ff.), über den in der A.-Klinik durchgeführten Eingriff vorlagen, führte aus, die im OP-Bericht der A.-Klinik i.e. dokumentierte Operation hätte in geeigneten Kliniken in Wohnortnähe des Versicherten vorgenommen werden können. Es sei eine völlig konventionelle operative Versorgung einer Spinalkanalstenose durchgeführt worden mit offener Freilegung der Wirbelsäule im OP-Gebiet, Hemilaminektomie und Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule sowie Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe. Dies sei in mikrochirurgischer Technik geschehen. Eine im Kostenvoranschlag noch enthaltene Osteosynthese sei unterblieben. Dieser Eingriff hätte an geeigneten Kliniken in Wohnortnähe, etwa in den Städtischen Krankenanstalten E., der O.klinik R. oder der Neurochirurgischen Abteilung des Krankenhauses G. bzw. der Universitätsklinik U. stattfinden können. Nach dem OP-Bericht sei eine konventionelle Wirbelsäulen-OP offen durchgeführt worden in mikrochirurgischer Technik; darunter sei die Anwendung einer Lupenbrille und kleiner Instrumente, wie Mikrofräsen, zu verstehen. Bei schlechtem Allgemeinzustand des Patienten verstehe sich eine entsprechende präoperative Vorbereitung von selbst; die notwendigen Maßnahmen (etwa wegen Thrombozytopenie des Versicherten) seien nach dem Anästhesieprotokoll auch ergriffen worden (z.B. durch sechs Gaben von fresh-frozen Plasma). Insgesamt könne man den vorliegenden Unterlagen eine minimalinvasive Operation nicht entnehmen.

Mit Urteil vom 23.1.2007 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Versicherte habe keinen Anspruch auf die durch Drs. D. in der A.-Klinik durchgeführte Behandlung gehabt. Er habe sich die Leistung außerhalb des vom Sachleistungsprinzip beherrschten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung bei privatärztlich tätigen Ärzten selbst beschafft. Für die dadurch entstandenen Kosten habe die Beklagte gem. [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) nicht einzustehen. Die Voraussetzungen des in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) festgelegten Kostenersatzanspruchs seien nicht erfüllt. Ein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) habe nicht vorgelegen. Der Versicherte habe die Leistung auch nicht zuvor bei der Beklagten beantragt, sich mit dieser vielmehr erst nach erfolgter Operation in Verbindung gesetzt. Für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch sei nichts ersichtlich.

Auf das ihr am 8.2.2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 8.3.2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, die Stellungnahmen des MDK seien unzutreffend. Der MDK würdige die Besonderheiten und Umstände des Gesundheitszustands des Versicherten und die Operations- und Behandlungsmethode der A.-Klinik nicht ausreichend. Die Behandlung in der A.-Klinik sei für den Versicherten die einzige Möglichkeit gewesen, "wieder auf die Beine zu kommen". Einer konventionellen Operation hätten auch die schlechten Blutwerte und die infolge dessen drohenden Blutungen im Wege gestanden. Dass die Beklagte nicht vorher konsultiert worden sei, sei unerheblich. In einer Vertragsklinik hätte man den Versicherten wegen der schlechten Blutwerte ohnehin nicht operiert, ihm vielmehr nur Schmerzmittel gegeben, so dass er sein weiteres Leben als Pflegefall hätte verbringen müssen. Nach der Operation habe er 2 Tage in einer Vertragsklinik (Chirurgische Klinik M.-B.) gelegen, weshalb wenigstens diese Kosten erstattet werden müssten. Man möge ein orthopädisches bzw. chirurgisches/neurochirurgisches Gutachten zu Umständen und Notwendigkeit der Operation in der A.-Klinik erheben. Ein Antrag gem. [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) bleibe vorbehalten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 23.1.2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 18.8.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.1.2006 zu verurteilen, die Kosten für die in der Zeit vom 25. bis 28.7.2005 in der A.-Klinik, M., durch Drs. D. durchgeführte Bandscheibenoperation des Versicherten (einschließlich damit zusammenhängender Kosten für Voruntersuchungen und andere Begleitleistungen) in Höhe von 32.097, 31 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Klägerin hat zur weiteren Berufungsbegründung ein Schreiben der Rechtsabteilung der A.-Klinik vom 15.1.2007 (mit deren Werbebroschüre "Kompetenz am Rücken") vorgelegt. Darin ist ausgeführt, die Operation hätte nicht ambulant vorgenommen werden können. Der (Rechtsabteilung der) A.klinik sei nicht bekannt, dass die fragliche Operation in einem Vertragskrankenhaus angeboten werde; zur OP-Methode werde auf die Werbebroschüre verwiesen. Bei konventioneller Operation in einem Vertragskrankenhaus wäre der Versicherte sicherlich einer anderen Therapie unterzogen worden; zu Vor- und Nachteilen der unterschiedlichen Methoden werde (ebenfalls)

auf die Werbebroschüre verwiesen. Eine lebensbedrohliche Erkrankung habe bei dem Versicherten nicht vorgelegen. Der MDK sei zu Unrecht von einer konventionellen Operation ausgegangen, was man wiederum der Werbebroschüre entnehmen könne. Die A.-Klinik sei eine reine Privatklinik. Drs. D. sei Belegarzt der Klinik und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Krankenkassen würden Behandlungskosten daher nicht erstatten.

Die Beklagte hat hierzu die Stellungnahme der Dr. B.-M. (Fachreferat Medizin der Beklagten) vom 22.5.2007 vorgelegt. Diese hat unter Hinweis auf das MDK-Gutachten des Dr. A. bekräftigt, dass beim Versicherten ein in allen Punkten herkömmlicher Eingriff vorgenommen worden sei. Dem schlechten Gesundheitszustand des Versicherten habe die A.-Klinik in üblicher, konventioneller Weise Rechnung getragen und etwa wegen der Blutungsgefahr die übliche Therapie eingesetzt. Behandlungen auf der Intensivstation des Krankenhauses M.-B. hätte der Versicherte als Kassenleistung erhalten können, wenn er als Kassenpatient aufgenommen worden wäre; offenbar habe er aber auch hierüber einen Privatarztvertrag abgeschlossen. Dringlichkeit und Notwendigkeit für den Eingriff in der A.-Klinik hätten nicht bestanden, auch hätten andere Therapien als Kassenleistung zur Verfügung gestanden. Ein weiteres Gutachten sei nicht erforderlich.

Die Klägerin trägt abschließend vor, auch die Stellungnahme der Dr. B.-M. sei unrichtig. Ausschlaggebend für den Entschluss des Versicherten zur Behandlung in der A.-Klinik sei gewesen, dass er dort schon früher einmal von Drs. D. sehr erfolgreich operiert worden sei. Damals habe die Beklagte die Kosten zum größten Teil übernommen (LSG Akte Bl. 40). Man habe gedacht, dass dies auch diesmal der Fall sein werde.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, aber nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die Kosten der in der A.-Klinik durchgeführten Wirbelsäulenoperation des Versicherten zu erstatten. Die Klägerin (als Rechtsnachfolgerin des Versicherten) hat darauf keinen Anspruch.

Als Rechtsgrundlage des mit Klage und Berufung verfolgten Erstattungsanspruchs kommt nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Danach sind Kosten für (notwendige) selbst beschaffte Leistungen zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V). Beides ist hier nicht der Fall.

Ob eine Leistung unaufschiebbar im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#), 1. Alt. SGB V ist und damit eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht, beurteilt sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien. Der übliche Beschaffungsweg muss mit einer für den Berechtigten unvermeidbaren Verzögerung, d. h. mit medizinischen Risiken, nicht aber unbedingt Lebensgefahr verbunden sein, die die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte oder für den Versicherten nicht zumutbar ist (vgl. [BSGE 77, 227](#)). Hierbei kommt es ausschließlich auf die objektive Bedarfssituation, jedoch nicht auf private Dispositionen des Versicherten oder termingebundene Zusagen des Leistungserbringers an. Unaufschiebbare Leistungen, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, liegen danach vor allem in den Notfällen im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor, hauptsächlich also dann, wenn die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nichtvertragsarztes angewiesen ist ([BSGE 34, 172](#) = SozR Nr. 6 zu § 368d RVO = [NJW 1972, 2244](#); [BSGE 35, 10](#) = SozR Nr. 7 zu § 368d RVO; Höfler in Kasseler Kommentar [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 26), namentlich weil dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht und ohne sofortige Behandlung durch den Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben bestehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lang andauern würden (Hess in Kasseler Kommentar [§ 76](#) Rdnr. 12). Unaufschiebbarkeit bejaht die Rechtsprechung auch bei zunächst nicht eilbedürftigen Behandlungen, wenn so lange gewartet wird, bis Eilbedürftigkeit eingetreten ist (Höfler aaO mit Hinweis auf BSG [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 22](#) S. 105; auch Senatsurteil vom 22.11.2006, - [L 5 KR 1015/06](#) -).

Die beim Versicherten in der A.-Klinik durchgeführte Bandscheibenoperation stellt eine unaufschiebbare (Notfall-)Leistung (Notfalloperation) in diesem Sinne nicht dar. Das Sozialgericht hat das richtig erkannt und im angefochtenen Gerichtsbescheid auch zutreffend begründet; auf die entsprechenden Darlegungen auf S. 6 1. Absatz des Entscheidungsabdrucks wird Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGB V](#)). Der Versicherte hatte sich zur Behandlung in der A.-Klinik entschlossen, da er dort bereits zuvor zu seiner Zufriedenheit behandelt worden war und ihm die Krankenkasse die Kosten offenbar jedenfalls teilweise erstattet hatte. Der Eingriff wurde nach Voruntersuchung am 19.7.2005 als geplante Operation während des stationären Aufenthalts in der A.-Klinik in der Zeit vom 25. bis 26.7.2005 durchgeführt.

Die Beklagte hat die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt, da im Zeitpunkt der Behandlung ein Leistungsanspruch nicht bestand, nachdem es sich bei Drs. D. bzw. der A.-Klinik nicht um zugelassene Leistungserbringer (Vertragsarzt- bzw. Vertragskrankenhaus) handelt, so dass die Beklagte schon deshalb zur Ablehnung der begehrten Operation auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt (und verpflichtet) war ([§§ 76](#) bzw. [39, 108, 115b SGB V](#)).

Anhaltspunkte für ein so genanntes "Systemversagen" liegen nicht vor. Der Versicherte hätte vielmehr auch in einem Vertragskrankenhaus behandelt werden können; das geht aus den Gutachten des MDK (Dr. P.) vom 12.8.2005 und 13.10.2005 hervor. Dr. A. hat im MDK-Gutachten vom 11.10.2006 ergänzend und für den Senat überzeugend dargelegt, dass in der A.-Klinik ein konventioneller Eingriff in mikrochirurgischer Technik (nicht im so genannten "Schlüssellochverfahren" als endoskopische Operation) vorgenommen worden ist, der in gleicher Weise von (wirbelsäulenchirurgisch erfahrenen) Vertragskliniken angeboten wird. Die Vorerkrankungen des Versicherten, etwa die von der Klägerin hervorgehobene Thrombozytopenie, sind als im Kern anästhesiologische Problematik bei operativen Eingriffen in Vertragskrankenhäusern nicht anders als in der A.-Klinik zu berücksichtigen und stehen der Behandlung in einem Vertragskrankenhaus nicht entgegen.

Von all dem abgesehen hat die gesetzliche Krankenversicherung nicht den jeweils unter allen denkbaren Gesichtspunkten bestmöglichen Versorgungsstandard zu gewährleisten, sondern sie muss ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen zur Verfügung stellen

(§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 SGB V). Dem wird das Behandlungsangebot in den zugelassenen Vertragskrankenhäusern gerecht. Auch deshalb kommt ein Kostenerstattungsanspruch nicht in Frage.

Das Berufungsvorbringen der Klägerin ändert nichts. Gegen die schlüssigen und überzeugenden Darlegungen des Dr. A., dem die maßgeblichen Arztunterlagen, insbesondere der OP-Bericht der A.-Klinik vorlagen, ist nichts Stichhaltiges geltend gemacht. Dr. A. hat vielmehr sowohl den dokumentierten Gesundheitszustand des Versicherten wie die Operationsmethode der A.-Klinik eingehend gewürdigt. Damit ist auch das Attest des Allgemeinarztes Dr. Schu. vom 21.9.2005, der auf die - beim Versicherten nicht angewandte - "Schlüssellochmethode" abgestellt hatte, ausgeräumt. Die Ausführungen der Rechtsabteilung der A.-Klinik im von der Klägerin vorgelegten Schreiben vom 15.1.2007 können die Darlegungen der MDK-Gutachter schon mangels medizinischer Sachkunde nicht in Zweifel ziehen. Sie gehen auf die beim Versicherten tatsächlich vorgenommene Operation auch nicht ein, nehmen vielmehr im Wesentlichen auf die Werbebroschüre der A.-Klinik Bezug. Dr. B.-M. vom Fachreferat Medizin der Beklagten hat in der Stellungnahme vom 22.5.2007 demgegenüber zu Recht die Einschätzung des Dr. A. bestätigt.

Die Behauptung der Klägerin, man hätte den Versicherten in einem Vertragskrankenhaus voraussichtlich nicht (ordnungsgemäß) versorgt, sondern mit Schmerzmitteln für ein Leben als Pflegefall weggeschickt, ist aus der Luft gegriffen. Der Versicherte hatte sich vielmehr um eine vertragsärztliche Versorgung gar nicht erst bemüht, sondern - wegen guter Erfahrungen in der Vergangenheit - von vornherein allein in der A.-Klinik (privat) behandelt werden wollen. Er hatte die dort geplante Operation nach einer Voruntersuchung am 19.7.2005 am 26.7.2005 ausführen lassen, ohne zuvor eine Entscheidung der Beklagten herbeizuführen; an diese hatte er sich erst nach dem Eingriff mit Schreiben vom 28.7.2005 gewandt. Auch diese Vorgehensweise schließt, wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt, hat, einen Kostenerstattungsanspruch aus. Es stand dem Versicherten frei, sich ärztliche Behandlungsleistungen außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung von Privatärzten bzw. Privatkliniken zu beschaffen. Hierfür muss er dann aber selbst aufkommen und kann die Kosten nicht der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten aufbürden; das gilt auch für die ebenfalls auf der Grundlage eines Privatarztvertrags in Anspruch genommenen Leistungen der Klinik M.-B ... Dass man ihm in der Vergangenheit offenbar (dennoch) Kosten für Privatbehandlungen in der A.-Klinik erstattet hatte, ändert daran nichts.

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat weitere Ermittlungen, etwa die Erhebung medizinischer Gutachten, nicht auf.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung der Klägerin erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf § 193 SGG beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-04-17