

L 4 KR 107/08

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

4
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 6 KR 573/06

Datum
11.03.2008
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 107/08

Datum
08.10.2009
3. Instanz

-
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Rheopheresebehandlung bei trockener Maculaschädigung zählt nicht zu den von den Krankenkassen zu erbringenden Leistungen.
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 11. März 2008 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für die am 08., 11., 29.11. und am 02.12.2005 durchgeführten Rheopheresebehandlungen in Höhe von 6.000,00 EUR streitig.

Die 1936 geborene Klägerin ist bei der Beklagten in der KVdR versichert. Sie litt an einer beidseits trockenen altersabhängigen Maculadegeneration mit weichen Drusen. Das Sehvermögen war rechts auf 1/35 herabgemindert, links auf 0,5 teilweise. Zwischenzeitlich liegt bei der Klägerin eine aggressive feuchte Maculadegeneration vor, deren Behandlungskosten die Beklagte trägt.

Nach dem ärztlichen Attest der Augenklinik A-Stadt vom 14.09.2007 wurde für die Klägerin am 06.10.2005 eine Überweisung an die Anästhesie zur Voruntersuchung vor geplanter Rheopherese ausgestellt.

Am 24.10.2005 unterschrieb die Klägerin sowohl eine Patienteneinverständniserklärung als auch eine Honorarvereinbarung. In der Honorarvereinbarung heißt es, dass die Kosten der Rheopheresebehandlung von einer Krankenkasse nur nach schriftlicher Zusage übernommen würden. Läge eine Zusage nicht vor, verpflichtete sich die Klägerin, die Kosten der Behandlung selbst zu übernehmen. Diese würden sich pro Behandlung auf 1.500,00 EUR belaufen.

Mit Schreiben vom 25.10.2005 hatte sich der Ehemann der Klägerin an das Landesamt für Finanzen - Bezügestelle-Beihilfe - gewandt, worauf die Beihilfestelle mit Schreiben vom 31.10.2005 mitteilte, dass die Rheopheresebehandlung nicht beihilfefähig sei.

Am 08., 11., 29.11. und am 02.12.2005 wurde bei der Klägerin jeweils eine Rheopheresebehandlung durchgeführt. Nach den vorgelegten Rechnungen des Rheopheresezentrums A-Stadt vom 29.11.2005 beliefen sich die Kosten auf insgesamt 6.000,00 EUR.

Bereits am 25.10.2005 hatte sich die Beklagte per Internet über "klinische Studien mit neuen Therapieansätzen" informiert. U.a. befasst sich dieser Artikel mit der Rheopherese.

Mit Schreiben vom 14.12.2005 unterrichtete die Beklagte die Klägerin, dass ihr Antrag auf Kostenübernahme einem ärztlichen Fachgutachter übermittelt worden sei.

Am gleichen Tag übersandte die Beklagte dem MDK den Vorgang. Nach Vorlage weiterer Unterlagen kam die Gutachterin Dr. S. in ihrem

Gutachten vom 03.02.2006 zusammengefasst zu dem Ergebnis, bei dem Erkrankungsbild einer trockenen Maculadegeneration gebe es derzeit keine Standardtherapie. Der Arbeitsausschuss "Ärztliche Behandlung" des Gemeinsamen Bundesausschusses habe sich 2002 mit der Anwendung therapeutischer Hemaphoresen auch bei der altersabhängigen Maculadegeneration beschäftigt. Die Studienergebnisse seien noch nicht soweit fortgeschritten, dass eine erneute Zulassung beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragt worden sei. Des Weiteren läge keine Lebensgefährdung bei dem Erkrankungsbild vor und es handele sich auch nicht um eine derartig singuläre Erkrankung, bei der eine klinische Überprüfung einer Behandlung nicht vorgenommen werden könne.

Mit streitigem Bescheid vom 13.02.2006 lehnte daraufhin die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme unter Berufung auf das Gutachten ab. Zur Begründung des dagegen erhobenen Widerspruchs ließ die Klägerin u.a. auf einen Bericht des Aphereseforschungsinstituts vom 03.04.2006 verweisen. Im Übrigen lägen auch die Voraussetzungen für die Anwendung des sogenannten Nikolausbeschlusses (BVerfG vom 06.12.2005, [1 BvR 347/98](#)) vor, wenn auch keine lebensbedrohliche Erkrankung bestanden habe. Es könne für die Gefahr einer schweren Behinderung wie der Erblindung nichts Anderes gelten.

In einem weiteren Gutachten des MdK vom 11.04.2006 wurde erneut auf die Feststellungen des Ausschusses verwiesen, wonach sich die Behandlungsmethode immer noch im Stand der Forschung und Erprobung befinde. Erste positive Zwischenergebnisse aus der Mira-1-Studie mit 43 Patienten müssten noch mit einer größeren Patientenzahl bestätigt werden. Geplant sei die Fortsetzung dieser Mira-1-Studie mit 150 Patienten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.05.2006 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück.

Zur Begründung der dagegen zum Sozialgericht Würzburg (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin erneut auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 verweisen lassen. Sie sei auf dem linken Auge von Erblindung bedroht, was mit der vom Bundesverfassungsgericht entschiedenen Konstellation vergleichbar sei.

Im Termin der mündlichen Verhandlung vom 11.03.2008 hat das SG unter Bezug auf BSG vom 27.03.2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) - darauf hingewiesen, dass die Frage der Einhaltung des Beschaffungsweges fraglich sei und darüber hinaus keine Abrechnung vorliege, die den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte entspreche und mit Urteil vom gleichen Tage die Klage abgewiesen. Es hat den Erstattungsanspruch u.a. abgelehnt, da keine den Vorschriften der GOÄ entsprechende Abrechnung vorgelegt worden sei.

Gegen das Urteil des SG vom 11.03.2008 richtet sich die Berufung der Klägerin. Die behandelnden Ärzte hätten am 26.06.2008 für die streitgegenständlichen Rheopheresebehandlungen Abrechnungen nach den Vorschriften der GOÄ ausgestellt. Im Übrigen lässt die Klägerin auf ihr bisheriges Vorbringen verweisen.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 11.03.2008 sowie den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 13.02.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.05.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten der im Jahr 2005 durchgeführten Rheopherese-Behandlungen in Höhe von 6.000,00 EUR zu erstatten.

Die Vertreterin der Beklagten beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten sowie der gewechselten Schriftsätze Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG - form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die nicht der Zulassung gemäß [§ 140 SGG](#) bedarf, ist zulässig, erweist sich aber als unbegründet. Das Urteil des SG Würzburg vom 11.03.2008 ist nicht zu beanstanden.

Gegenstand des Verfahrens ([§ 95 SGG](#)) ist der Bescheid der Beklagten vom 13.02.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.05.2006, mit dem diese die Kostenerstattung für die im November und Dezember 2005 durchgeführten Rheopheresebehandlungen abgelehnt hat.

Zulässig verfolgt die Klägerin ihren Klageanspruch ([§ 123 SGG](#)) mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs.4 SGG](#)).

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Erstattung von insgesamt 6.000,00 EUR für die im November und Dezember 2005 durchgeführten Rheopheresebehandlungen.

Für die begehrte Kostenerstattung kommt als Anspruchsgrundlage allein [§ 13 Abs.3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Betracht. Danach sind den Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst beschafft.

[§ 13 Abs.1 SGB V](#) beruht auf dem Sachleistungsprinzip des [§ 2 Abs.1 Satz 2 SGB V](#), das besagt, das sächliche Mittel und persönliche Dienste von der Krankenkasse beschafft und den Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in Natur zur Verfügung gestellt werden, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden können. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) tritt an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung und besteht deshalb nur, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung

zu erbringen sind (BSG vom 14.12.2006 - [SozR 4-2500 § 13 Nr.12](#) Rdnr.9 oder bereits BSG vom 24.09.1996 - [BSGE 79, 125, 126](#)).

Die genannten Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

[§ 13 Abs.3 SGB V](#) sieht in seiner 1. Alternative eine Kostenerstattungspflicht der Krankenkassen vor, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte und dadurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

Eine nicht aufschiebbare Leistung ist dann anzunehmen, wenn sie so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Zeit mehr bleibt, die Krankenkasse vorher einzuschalten (BSG vom 14.12.2006 - [SozR 4-2500 Nr.12](#) Rdnr.23), um ihr Gelegenheit zu geben, ihre Leistungspflicht zu prüfen.

Eine unaufschiebbare Leistung im aufgezeigten Sinn liegt hier nicht vor. Zugunsten der Klägerin ist hier (zwar) zu unterstellen, dass sie sich vor der ersten Behandlung am 08.11.2005 wegen einer Kostenübernahme mit der Beklagten in Verbindung gesetzt hat. Dafür spricht, hier ist dem SG zu folgen, dass aufgrund des in der Beklagtenakte enthaltenen Internetausdrucks mit der Datumsangabe "25.10.2005" jedenfalls davon auszugehen ist, dass sich die Klägerin an die Beklagte wandte. Hinzu kommt, dass der Ehemann der Klägerin bei der Beihilfestelle am 25.10.2005 einen entsprechenden Antrag gestellt hat. Unterstellt, die Klägerin habe ihrem eigenen Vorbringen gemäß vor der ersten Behandlung eine telefonische Ablehnung erhalten, so wäre der sogenannte Beschaffungsweg eingehalten. Denn ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des BSG aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (BSG vom 14.12.2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#) und vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - [BSGE 99, 180](#) bis 189).

Ebenfalls liegen die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 Satz 1 2. Alternative SGB V](#) nicht vor, da die Beklagte die begehrte Leistung nicht geschuldet hat. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 Satz 1 2. Alternative SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch und setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung - Behandlung - zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 26.09.2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#) und vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#) = [Breithaupt 2006, 893](#) bis 904).

Gemäß [§ 27 Abs.1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Hierbei müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten ([§ 12 Abs.1 SGB V](#)). Alle Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken, die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs.1 Satz 2 SGB V](#)). Die Versicherten können sie nicht beanspruchen.

Gemäß [§ 135 Abs.1 SGB V](#) dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in den BUB-Richtlinien, also der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs.1 SGB V](#), Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Diese Vorschrift hat unmittelbare Auswirkungen auch auf das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versichertem. Dieser kann die Anwendung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkasse nur beanspruchen, wenn eine positive Empfehlung in den Richtlinien vorliegt.

Dies ist hier nicht der Fall. Bei der Rheopherese-Therapie bei trockener altersabhängiger Maculadegeneration handelt es sich um eine bisher wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode und damit um keine zugelassene Behandlungsmethode im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, sondern um eine außervertragliche Leistung. Dies ist insbesondere aus dem Gutachten des MDK vom 03.02.2006 zu folgern. Hinzu kommen die Äußerungen des MDK im Gutachten vom 10.04.2006. Dort heißt es u.a., dass bei der Beratung der therapeutischen Hemapharesen durch den Bundesausschuss auch die Rheopherese bei altersabhängiger Maculadegeneration geprüft und die vorhandene wissenschaftliche Datenlage ausgewertet wurden. So wurde im Bericht des Arbeitsausschusses "ärztliche Behandlung" vom 25.07.2003 festgestellt: "... die bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Rheopherese können die Wirksamkeit und den Nutzen dieser Therapie bei keiner Form der altersabhängigen Maculadegeneration belegen ...".

Im Rahmen der Beratung der therapeutischen Hemapharesen durch den Bundesausschuss 2003 wurde auch die Indikation der altersabhängigen Maculadegeneration geprüft und in der Folge als Leistung der ambulanten vertraglichen Versorgung ausgeschlossen. Diese Behandlung befindet sich immer noch im Stadium der Forschung und Erprobung. Erste positive Zwischenergebnisse aus der Mira-1-Studie mit 43 Patienten müssen noch mit einer größeren Patientenzahl bestätigt werden.

Ein Anspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus einem sogenannten Systemversagen. Ein solches liegt nach der Rechtsprechung des BSG - nur - in Fällen vor, in denen die im Gesetz vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist, also die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. In einem solchen Fall muss die Möglichkeit bestehen, das Anwendungsverbot zu überwinden ([BSGE 81, 54, 65f](#); Urteil vom 26.09.2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) - Rdnr.24). Ein Systemversagen liegt hier (eindeutig) nicht vor.

Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 (Az.: [1 BvR 347/98](#) [BverfGE 115, 25](#)) erfolgt ebenfalls kein anderes Ergebnis. Zwar hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass es mit den Grundrechten aus [Art.2 Abs.1](#) Grundgesetz in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art.2 Abs.2 Satz 1](#) Grundgesetz nicht vereinbar sei, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Diese Aussage präzisiert das Bundesverfassungsgericht in den Entscheidungsgründen dahingehend, dass Fallgestaltungen gemeint seien, für die

eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode nicht existiere, der behandelnde Arzt jedoch eine Methode zur Anwendung bringe, die nach seiner Einschätzung im Einzelfall den Krankheitsverlauf positiv zugunsten des Versicherten beeinflusse (BverfGE a.a.O., Rz.62).

Das BSG hat im Anschluss an den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zahlreiche Urteile gefällt. U.a. vertritt es die Auffassung, dass auch die Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen des SGB V-Erstattungsanspruchs unberührt bleibt (Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/04 R](#) - a.a.O. Rdnrn. 28 ff. mit weiteren Nachweisen), bevor eine verfassungskonforme Ergänzung der bestehenden gesetzlichen Regelung in Betracht komme.

Darüber hinaus leidet die Klägerin zwar zweifellos an einer nachhaltigen, die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigenden Krankheit. Diese Krankheit ist aber, anders als vom Bundesverfassungsgericht vorausgesetzt, nicht lebensbedrohlich oder gar regelmäßig tödlich verlaufend. Sie kann noch von ihrer Schwere und dem Ausmaß der aus ihr folgenden Beeinträchtigungen her solchen Krankheiten nicht gleichgestellt werden, so dass auch nicht eine gleichzusetzende "Notstandssituation" in Betracht kommt. Denn die trockene AMD mit Drusenbildung - wie hier - führt zu Sehbehinderungen, jedoch nie zur völligen Erblindung (für eine Gleichstellung mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung bei Gefahr akut drohender Erblindung bei einem Kind wohl BSG, Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/04 R](#) - a.a.O. Rdnr. 31 und 14.12.2006 - [B 1 KR 12/06](#) - [SozR 4-2500 § 31 Nr. 8](#)).

Auch hier ist auf das Gutachten des MDK vom 03.02.2006 zu verweisen. Danach drohte (zum damaligen Zeitpunkt) unter Berücksichtigung der Erkenntnisse über den Allgemeinverlauf der vorliegenden Erkrankung - trockene Maculadegeneration - bei einer Sehschärfe von 0,5 pp auf dem besseren Auge seinerzeit nicht die Gefahr des Eintritts einer Erblindung innerhalb absehbarer Zeit. Bei der Ausgangssehstärke seinerzeit auf dem Partnerauge 1/95 sind die Patienten in die Studien nicht mehr eingeschlossen und es ist bei einem so geringen Sehrest von einem austerapierten Fall auszugehen, bei dem grundsätzlich keine Visusverbesserung mehr zu erwarten ist. Der Ansatzpunkt für die hier vorgeschlagene Rheopherese kann hier nur der Visuserhalt bzw. die Visusverbesserung auf dem linken Auge sein (Ausgangssehstärke 0,5 pp). Dort allerdings vermochte der Gutachter die Wirksamkeit der Behandlung nicht zu bestätigen. Somit, das führte der Gutachter weiter aus, sei hier keine Lebensgefährdung bei dem Krankheitsbild vorliegend und es handele sich auch nicht um eine derart singuläre Erkrankung, bei der eine klinische Überprüfung einer Behandlung nicht vorgenommen werden könne.

Diese Angaben finden ihre Bestätigung im MDK-Gutachten vom 10.04.2006. Dort heißt es u.a. auch, zweifelsohne bestehe hier eine die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende fortschreitende Erkrankung. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung im Sinne des sogenannten Nikolausbeschlusses läge aber nicht vor und es handele sich auch nicht um eine singuläre unerforschbare Erkrankung.

Nach Auffassung des Senats besteht auch kein Anlass, die Rechtsgedanken des Bundesverfassungsgerichts in seinem Beschluss vom 06.12.2005 [a.a.O.](#) auf weitläufigere Bereiche auszudehnen, indem der Gesetzgeber aus wohl erwogenen Gründen den Leistungsumfang der GKV durch Schaffung besonderer Verfahren und mit besonderem Sachverstand ausgestatteter Institutionen bewusst begrenzt (BSG, Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/04 R](#) sowie [B 1 KR 12/05 R](#) - jeweils a.a.O.). Denn entscheidend ist insoweit, dass das vom Bundesverfassungsgericht herangezogene Kriterium bei weiter Auslegung sinnentleert würde, weil nahezu jede schwere Krankheit ohne therapeutische Einwirkung irgendwann auch einmal lebensbedrohende Konsequenzen nach sich zieht. Das kann aber ersichtlich nicht ausreichen, das Leistungsrecht des SGB V und die hierzu ergangenen unter gesetzlichen Regelungen nicht mehr als entscheidenden rechtlichen Maßstab für die Leistungsansprüche der Versicherten zu sehen.

Unabhängig davon ist darauf hinzuweisen, dass auch weiterhin keine der GOÄ entsprechende Rechnung vorliegt. Die Rechnungen vom 26.06.2008 enthalten für die eigentlichen Rheopherese-Behandlungen gerade keine GOÄ-Ziffer. Welche Konsequenzen hieraus zu ziehen sind, hat das Sozialgericht im angefochtenen Urteil ausführlich und überzeugend dargelegt. Den Ausführungen schließt sich der Senat gemäß [§ 153 Abs.2 SGG](#) an und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe bezüglich dieses Problems des Nichtvorliegens einer Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ ab.

Somit ist die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Würzburg vom 11.03.2008 zurückzuweisen.

Der Klägerin sind keine Kosten zu erstatten, da sie unterlegen ist ([§ 193 SGG](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-01-28