

L 16 (11) KR 43/08

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 44 KR 294/05
Datum
05.08.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 (11) KR 43/08
Datum
25.03.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 05. August 2008 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Kostenerstattungsanspruch für in den Jahren 2003 und 2004 erfolgte zahn-/ärztliche Behandlungen einschließlich weiterer Kosten für Laboruntersuchungen und privatärztlich verordnete Arzneimittel sowie für Fahrkosten.

Die 1931 geborene Klägerin ist Mitglied der Beklagten. Kostenerstattungen gemäß [§ 13 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V - in der vom 01.01.2004 an geltenden Fassung hat die Klägerin nicht gewählt.

Ihrem Vorbringen zufolge litt die Klägerin an multiplen Beschwerden, nachdem ihre Zähne mit Amalgamfüllungen versorgt und ihr 1992 eine Brücke mit einer Kupfer-Palladium-Legierung eingegliedert worden war. Ihre Beschwerden führte die Klägerin auf eine Schwermetallbelastung durch Verwendung minderwertigen Zahnersatzmaterials zurück. Nach Darstellung der Klägerin konnten die von ihr zunächst konsultierten Ärzte (u.a. in der Universitätszahnklinik N) die Ursachen der Beschwerden nicht finden und hätten ihr die erforderliche Behandlung verweigert.

Aufgrund eines Berichts im Fernsehen begab sich die Klägerin 1995 in Behandlung bei Prof. Dr. A, der Chefarzt der Frauenklinik des Klinikums St. F in T ist. Nach stationären Aufenthalten erfolgten seit März 1996 ambulante Behandlungen durch Prof. Dr. A, der keine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung besitzt. Auf Empfehlung von Prof. Dr. A begab sich die Klägerin zudem in Behandlung der ebenfalls in T ansässigen Zahnärztin Dr. C. Nach deren Angaben erfolgte eine Erstuntersuchung der Klägerin im März 1996 und im Mai desselben Jahres wurde die Behandlung aufgenommen. Mit Dr. C, bei der die Klägerin seither in regelmäßiger Behandlung ist, vereinbarte sie eine privatärztliche Behandlung (nach ihren Angaben bis Juli 2000), weil - so die Klägerin - im Rahmen vertragsärztlicher Behandlung die erforderliche zeitintensive und umfangreiche Sanierung nicht möglich gewesen wäre.

Nach Darstellung der Klägerin erkundigte sie sich erstmals im Mai 1996 bei der Beklagten nach einer Kostenübernahme für die beabsichtigte privatärztliche Behandlung, die ihr nicht in Aussicht gestellt wurde. Wegen der ihr im Folgenden entstandenen Behandlungskosten einschließlich Neben- und Fahrtkosten hat sich die Klägerin erfolglos um Erstattung durch die Beklagte bemüht (ein erster, am 30.06.1996 schriftlich gestellter Antrag wurde mit Bescheid vom 21.08.1996 abgelehnt). Dieser Bescheid und die nachfolgenden, spätere Behandlungszeiträume betreffenden Bescheide wurden von ihr mit Klagen angegriffen. Das wegen Kostenerstattungsansprüchen bis einschließlich November 1996 geführte Verfahren endete durch Berufungsrücknahme vor dem Landessozialgericht - LSG - Nordrhein-Westfalen (NRW) (Az.: L 5 KR 116/00). In einem weiteren Rechtsstreit, der Kostenerstattungsansprüche für den Zeitraum Dezember 1996 bis November 2000 umfasste, hat das LSG NRW (zum Az.: L 5 KR 197/02) die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil mit Beschluss vom 08. Juni 2004 zurückgewiesen. Zur Begründung der Entscheidung hat es im Wesentlichen ausgeführt, ein Erstattungsanspruch entfalle schon deshalb, weil die Behandlung von der Klägerin vor Befassung der Beklagten begonnen wurde. Zudem sei die Klägerin bereits im Mai 1996 zur privatärztlichen Behandlung unabhängig von einer Entscheidung der Beklagten entschlossen gewesen. Die Klägerin habe bewusst das vertragsärztliche System verlassen und gewollt eine privatärztliche Behandlung durchführen lassen. Eine gegen diesen Beschluss von der Klägerin beim Bundessozialgericht - BSG - eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde hatte keinen Erfolg (Entscheidung des BSG vom 30.06.2005, Az.: B 1 KR 61/04 B). Für den nachfolgenden Zeitraum bis einschließlich November 2002 waren von der Klägerin wiederum erfolglos Kostenerstattungsansprüche geltend gemacht worden. Diesen Zeitraum betrifft das beim Senat ebenfalls anhängige Verfahren mit dem Az.: [L 16 \(11\) KR 42/08](#).

Im vorliegenden Verfahren wendet sich die Klägerin gegen die Ablehnung ihrer Kostenerstattungsanträge vom 15.04.2005 für in den Jahren 2003 und 2004 erfolgte Aufwendungen. 2003 betreffend waren von der Klägerin der Beklagten privatärztliche Rechnungen von Dr. C und Prof. Dr. A, privatärztliche Rechnungen eines medizinischen Labors, eine Arzneimittelrechnung aufgrund eines Privatrezepts von Prof. Dr. A sowie verschiedene Fahrkostenbelege über Reisen von Dortmund nach T zur Erstattung vorgelegt worden. Insgesamt macht die Klägerin für 2003 einen Erstattungsbetrag von 965,35 Euro geltend (laut ihrer Kostenaufstellung vom 21.03.2005 - Blatt 104 der Gerichtsakten), wobei allein auf die Fahrkosten über 600,- Euro entfallen. Die ebenfalls im März 2005 geltend gemachten Kosten für 2004 umfassen 701,84 Euro (siehe die weitere Kostenaufstellung der Klägerin vom 21.03.2005 - Blatt 104 der Gerichtsakten).

Mit Bescheiden vom 15.07.2005 lehnte die Beklagte eine Kostenerstattung für 2003 und 2004 ab. Die dagegen eingelegten Widersprüche wurden mit Widerspruchsbescheid vom 27. Oktober 2005 zurückgewiesen: Die von Prof. Dr. A durchgeführten Behandlungen gehörten nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem sei er nicht zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassen. Hinsichtlich der Versorgung mit Zahnersatz habe die Klägerin den höchstmöglichen Zuschuss erhalten.

Mit der dagegen gerichteten Klage vom 24. November 2005 hat die Klägerin im Wesentlichen geltend gemacht, sie habe sich, nachdem ihr andere Ärzte nicht hätten helfen können, aus letzter Verzweiflung in privatärztliche Behandlung in T begeben. Trotz ihrer erheblichen Beschwerden hätten Vertragszahnärzte bei ihr keine erfolgreiche oder auch nur lindernde Behandlungsmaßnahme durchgeführt. Es müsse deshalb von einem Systemversagen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegangen werden.

Mit Urteil vom 05. August 2008 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung der Entscheidung hat es ausschließlich auf die zwischen den Beteiligten ergangene Entscheidung des LSG vom 08.06.2004 zum Az.: L 5 KR 197/02, die Erstattungsansprüche der Klägerin für den Zeitraum von Dezember 1996 bis November 2000 betraf, Bezug genommen.

Gegen das ihr am 03.09.2008 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit der am 02.10.2008 eingelegten Berufung. Zu deren Begründung führt sie aus, das angefochtene Urteil sei schon deshalb rechtsfehlerhaft ergangen, weil das Sozialgericht sie nicht darüber in Kenntnis gesetzt habe, dass eine Entscheidung aus einem früheren Rechtsstreit zum Verfahren beigezogen wurde. Damit habe das Gericht ihr die Möglichkeit genommen, im laufenden Verfahren eine Stellungnahme zum Inhalt der früheren Entscheidung abzugeben. Dies verletze ihren Anspruch auf Gewährung rechtlichen Gehörs. Der im Vorprozess zum Az.: L 5 KR 197/02 ergangenen Entscheidung des LSG könne nämlich schon deshalb nicht gefolgt werden, weil dessen Annahme, sie habe sich erst nach Behandlungsbeginn mit der Beklagten wegen einer Kostenübernahme in Verbindung gesetzt, unzutreffend sei. Im Übrigen hätte sie die vertragszahnärztliche Behandlung trotz deren Erfolglosigkeit nicht verlassen, wenn ihr von der Beklagten die erforderlichen Informationen bezüglich weiterer Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt worden wären. Sie wäre jederzeit bereit gewesen, die private zahnärztliche Behandlung zu Gunsten einer vertragszahnärztlichen Behandlung aufzugeben. Auch die im Vorprozess geäußerte Auffassung des LSG, spätere Behandlungsabschnitte bei Dr. C seien untrennbar mit den vorangegangenen Behandlungsmaßnahmen verknüpft, sei unzutreffend. Insbesondere habe sich die Notwendigkeit späterer Eingriffe erst zu späteren Zeitpunkten (beispielsweise beim Eintreten erneuter Entzündungen und Eiterherde) ergeben. Fest stehe jedenfalls, dass ihr vom vertragsärztlichen Leistungssystem nicht die vom Gesetz her vorgesehene medizinisch notwendige Heilbehandlung gewährt worden sei, und zwar schon deshalb nicht, weil die von ihr aufgesuchten Vertragszahnärzte nicht einmal die Ursache ihrer Erkrankung hätten erkennen können. Prof. Dr. A sei der erste Arzt überhaupt gewesen, der die richtige Diagnose gestellt habe. Sie sei das Opfer krankmachender Zahnmetalle geworden und habe sich erst, nachdem das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ihr jegliche Hilfe versagt habe, aus voller Eigenverantwortung heraus und entschlossen dafür entschieden, den Weg in die private Behandlung zu gehen.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 05.08.2008 sowie die Bescheide der Beklagten vom 15.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.10.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die in den Jahren 2003 und 2004 entstandenen Kosten in der geltend gemachten Höhe zu erstatten.

Aus dem Vorbringen der Beklagten ist der Antrag zu entnehmen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Verfahrens und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den übrigen Akteninhalt und insbesondere die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten Bezug genommen.

Die den Vorgang betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Akten des Sozialgerichts Dortmund mit den Az.: [S 44 KR 294/05](#) und S 13 (41) KR 140/99 haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der Beratung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil die Beteiligten dazu ihr Einverständnis erklärt haben ([§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Die form- und fristgerecht eingelegte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

Das angefochtene Urteil ist jedenfalls im Ergebnis nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat die Klage gegen die streitbefangenen Bescheide zu Recht abgewiesen.

Die geltend gemachten Kostenerstattungsansprüche stehen der Klägerin nicht zu. Als Rechtsgrundlage für das Begehren der Klägerin kommt nur [§ 13 SGB V](#) in Betracht. Gemäß [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit dies im SGB V oder im SGB IX vorgesehen ist. Der in [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) geregelte Kostenerstattungsanspruch,

der seit der Neufassung zum 01.01.2004 nicht mehr auf freiwillige Mitglieder beschränkt ist, setzt die Ausübung eines auf Kostenerstattung anstelle von Sach- oder Dienstleistungen gerichtetes Wahlrecht des Versicherten voraus. Eine derartige Wahl, die die Gewährung von Sach- oder Dienstleistungen im Übrigen ausschließt, ist von der Klägerin nicht getroffen worden, so dass [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) auch nicht bezüglich der 2004 entstandenen Kosten Rechtsgrundlage für ihr Begehren sein kann.

Die Voraussetzungen des in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) geregelten Kostenerstattungsanspruchs liegen ebenfalls nicht vor. Diese Vorschrift hat folgenden Wortlaut: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Ein Kostenerstattungsanspruch setzt mithin u.a. voraus, dass dem Versicherten durch eine nicht rechtzeitige Leistungsgewährung oder eine zu Unrecht erfolgte Leistungsablehnung seitens der Krankenkasse Kosten entstanden sind. Erforderlich ist somit ein Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Ablehnung durch die Krankenkasse und der Kostenlast des Versicherten (ständige Rechtsprechung des BSG s. Urteil vom 22.03.2005, [B 1 KR 3/04 R](#) m.w. Rechtsprechungsnachweisen). Der Versicherte ist deshalb grundsätzlich verpflichtet, sich vor der Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem entsprechenden Antragsbegehren an seine Krankenkasse zu wenden und deren Entscheidung darüber abzuwarten.

Unabhängig davon, ob diese Voraussetzung hier von der Klägerin eingehalten wurde, stehen ihr die geltend gemachten Ansprüche schon aus anderen Gründen nicht zu. Eine Kostenerstattung ist nämlich bereits dann ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte. Dies ist dann der Fall, wenn sich der Versicherte unabhängig vom Verhalten der Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hat und deswegen eine Entscheidung der Kasse - gleichgültig, welchen Inhalt sie hat und ob sie vor oder nach Beginn der Behandlung erfolgte - sich nicht als kausal für die dem Versicherten entstandenen Kosten erweisen kann. Hat sich ein Versicherter nämlich auf eine bestimmte Behandlung derart festgelegt, dass er sie auch bei einer Leistungsablehnung des Versicherers und ungeachtet etwaiger Behandlungsalternativen durchführen will, dann fehlt es an einem ursächliche Zusammenhang zwischen den entstandenen Kosten und der Entscheidung der Krankenkasse (ständige Rechtsprechung des BSG, siehe etwa Urteil vom 19.06.2001 zum Az. B [1 KR 3/00 R](#) mit weiteren Rechtsprechungsnachweisen). Diesen erforderlichen Kausalzusammenhang sieht der Senat hier nicht als gegeben an. Das erkennende Gericht schließt sich vielmehr der auch vom 5. Senat im Beschluss vom 08.06.2004 - L 5 KR 197/02 - vorgenommenen Beurteilung an und ist davon überzeugt, dass die Klägerin bereits nach einer ersten Kontaktaufnahme mit Prof. Dr. A und Dr. C völlig unabhängig von einer Entscheidung der Beklagten entschlossen war, ihre Behandlung auf Dauer bei diesen Ärzten durchzuführen. Maßgeblich dafür sind neben den bereits im Beschluss vom 08. Juni 2004 dargestellten Gründen, auf die der Senat ausdrücklich Bezug nimmt, auch die im vorliegenden Rechtsstreit gewonnenen Erkenntnisse. Zwar wurde vom Bevollmächtigten der Klägerin in der Berufungsbegründung geltend gemacht, sie - die Klägerin - sei jederzeit bereit gewesen, die begonnene privatärztliche Behandlung zu Gunsten einer vertragsärztlichen aufzugeben. Der Senat sieht dieses Vorbringen jedoch in Anbetracht der von der Klägerin persönlich im Verfahren gemachten Angaben als widerlegt an. Aus dem von der Klägerin eingereichten Schriftsatz vom 20. Juni 2009 wird beispielsweise deutlich, dass sie aus Enttäuschung über das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung, welches ihr - nach ihrer Auffassung - "jegliche Hilfe versagt hatte", sich aus voller Eigenverantwortung für sich selbst entschlossen hatte, "den Weg über die private Behandlung zu gehen". Die Klägerin bestätigt in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass sie dies - wie im Beschluss des LSG vom 08.06.2004 formuliert - entschlossen getan habe. Auch ihr weiteres Vorbringen "Professor Dr. A war der erste Arzt, der die einzig richtige Diagnose für mich stellte!" belegt mit hinreichender Deutlichkeit, dass sich die Klägerin nur noch von den von ihr favorisierten Ärzten in T behandeln lassen wollte. Dies folgt auch aus ihrer Einlassung im Schriftsatz vom 01.03.2009, sie könne sich nicht vorstellen, was aus ihr geworden wäre, wenn sie die Behandlung in T abgebrochen hätte. Ein weiterer Beleg dafür ergibt sich aus Folgendem: Im hier streitbefangenen Zeitraum waren die wesentlichen ärztlichen Behandlungsmaßnahmen längst abgeschlossen. Dies lässt sich aus der Höhe der hier vorgelegten Arztrechnungen, die im Vergleich zu vorangegangenen Behandlungszeiträumen verhältnismäßig geringe Beträge ausweisen, entnehmen. Dennoch hat sich die Klägerin auch nach Durchführung der wesentlichen Maßnahmen offensichtlich nie um wohnortnahe Behandlungsalternativen bemüht, obwohl die Fahrten zum Behandlungsort zeitaufwändig und kostenträchtig waren. Es kann deshalb keinesfalls davon ausgegangen werden, dass die Klägerin bereit gewesen wäre, sich noch von anderen Ärzten oder in einer andern Weise behandeln zu lassen.

Fehlt die gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) erforderliche Kausalität zwischen der Entscheidung der Beklagten und den der Klägerin entstandenen Kosten schon aufgrund des feststehenden Entschlusses der Klägerin zur Durchführung der privatärztlichen Behandlung, konnte offen bleiben, ob die 1996 ergangene ablehnende Entscheidung der Beklagten vor Behandlungsbeginn erfolgt ist und ob die seither stattgefundenen Behandlungen sich als einheitlicher Behandlungsvorgang darstellen. Falls kein einheitlicher Behandlungsvorgang gegeben ist - wovon auszugehen sein dürfte - , fehlt es im Übrigen offensichtlich an der erforderlichen Entscheidung der Krankenkasse zur Kostenübernahme, denn es ist nichts dafür ersichtlich, dass sich die Klägerin vor Durchführung der hier fraglichen Behandlungen erneut mit einem Antrag auf Leistungsgewährung an die Beklagte gewendet haben könnte. Sie hat vielmehr alle ihr bzw. ihren Ärzten erforderlich erscheinenden Behandlungen außerhalb des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt und allein eine spätere Kostenerstattung angestrebt. Dabei handelte es sich ersichtlich nicht um besonders eilbedürftige und damit unaufschiebbare Maßnahmen, die ihr durch die Beklagte nicht rechtzeitig hätten gewährt werden können. Die Erforderlichkeit eines weiteren Leistungsgewährungsantrags und einer darauf beruhenden Entscheidung der Beklagten entfällt auch nicht deshalb, weil die Klägerin aufgrund des bisherigen Verhaltens der Krankenkasse mit einer Ablehnung des Leistungsbegehrens hätte rechnen müssen. In seiner Entscheidung vom 14.12.2006 zum Az.: [B 1 KR 8/06 R](#) hat das BSG diesbezüglich nochmals ausdrücklich ausgeführt, aufgrund des im Gesetz unmissverständlich formulierten Ursachenzusammenhangs könne dem Erfordernis einer erneuten Antragstellung nicht der Einwand eines vermeintlichen "Formalismus" entgegengehalten werden. Das Gesetz sehe eine Kostenerstattung nur dann vor, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt werden könne. Dies festzustellen sei jedoch nicht die Sache des Versicherten, denn nur die Krankenkasse habe in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und könne damit zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der Krankenversicherung gehöre und ob sie bejahendenfalls in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden könne. Diesen höchstrichterlichen Vorgaben entspricht das Verhalten der Klägerin, die offensichtlich der Auffassung ist, es reiche aus, nach durchgeführten Behandlungen die Rechnungen an die Krankenkasse zur Erstattung einzureichen, nicht.

Entgegen der Auffassung der Klägerin liegen keine Anhaltspunkte für ein Systemversagen der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass die von ihr geklagten Gesundheitsbeschwerden nur außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen

Krankenversicherung privatärztlich erfolgreich behandelt werden konnten.

Soweit von der Klägerin auch der Eigenanteil bei der Versorgung mit Zahnersatz (Rechnung von Dr. C vom 25.06.2003 über einen Rechnungsbetrag von 34,24 Euro) als zu erstattender Betrag im Verfahren geltend gemacht wird, ist auf die zutreffenden Ausführungen der Beklagten im Widerspruchsbescheid vom 27.10.2005 Bezug zu nehmen. Der von der Klägerin selbst zu zahlende Eigenanteil folgt aus [§ 30 SGB V](#) in der 2003 geltenden Fassung.

Die Beklagte hat auch zu Recht die Übernahme von Fahrtkosten abgelehnt. Kosten für Fahrten sind von der Krankenkasse nur dann zu übernehmen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig sind (so die Gesetzeslage bis 31.12.2003) bzw. aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind (§ 60 Abs. 1 Satz 1 in der ab 01.01.2004 geltenden Fassung). Die Voraussetzungen für eine Fahrtkostenerstattung liegen hier bereits deshalb nicht vor, weil - wie oben ausführlich dargelegt - die Fahrten der Klägerin nach T nicht im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse entstanden sind. Zudem ist eine Übernahme von Fahrtkosten bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse grundsätzlich nur dann gemäß [§ 60 Abs. 2 SGB V](#) möglich, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Auch an dieser Voraussetzung fehlt es hier.

Die von der Klägerin gerügte Verletzung rechtlichen Gehörs im erstinstanzlichen Verfahren konnte unabhängig davon, ob sie tatsächlich vorgelegen hat, nicht zu einem Erfolg des Berufungsverfahrens führen. Denn der gerügte Verstoß ist jedenfalls im Berufungsverfahren geheilt worden, weil die Klägerin die von ihr auch wahrgenommene Gelegenheit hatte, darzulegen, aus welchen Gründen sie die vom Sozialgericht in Bezug genommene Entscheidung des Landessozialgerichts für unzutreffend hält.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil Gründe i.S.v. [§ 160 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2010-05-31