

L 16 R 923/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 23 R 1330/14
Datum
14.09.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 16 R 923/16
Datum
06.09.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 5 R 332/17 B
Datum
08.03.2018
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 14. September 2016 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Kostenerstattung für eine in der Zeit vom 25. April 2014 bis 23. Mai 2014 durchgeführte Klimatherapie am Toten Meer als Leistung zur medizinischen Rehabilitation iHv 4.934,99 EUR.

Der 1953 geborene, verheiratete Kläger ist gelernter Koch und Betriebswirt und arbeitet als Revisor mit Reisetätigkeiten im In- und Ausland. Er ist bei der Beigeladenen freiwillig gesetzlich krankenversichert und leidet seit seinem 30. Lebensjahr unter einer chronischen Psoriasis vulgaris und Psoriasis arthropathica mit schwerem Verlauf. Ihm wurde ein GdB von 60 zuerkannt.

Wegen seiner Erkrankung führte er seit 1992 auf Kosten der Beigeladenen und der Beklagten bereits mehrfach jährliche stationäre Heilbehandlungen in Deutschland durch, ua 2007 bis 2009 in W, 2010 in Ü und zuletzt 2011 in B. Auf den Entlassungsbericht des Reha-Zentrums B vom 16. Juni 2011 wird Bezug genommen.

Dem Kläger wurden anschließend von der Beklagten Leistungen zur Rehabilitation in der Form von stationären Aufenthalten am Toten Meer bewilligt, und zwar vom 18. April 2012 bis zum 23. Mai 2012 und vom 19. April 2013 bis zum 19. Mai 2013. Dabei hatte die Beklagte jeweils ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um Einzelfallentscheidungen ohne Präjudiz handele. In dem Entlassungsbericht des Deutschen Medizinischen Zentrums (DMZ) in E B/I vom 26. Mai 2013 über die vom 19. April 2013 bis 19. Mai 2013 durchgeführte Heilbehandlung wurde ausgeführt, der Kläger habe auf die Heilbehandlung sehr gut angesprochen, die psoriatischen Hauterscheinungen hätten sich nahezu vollständig zurückgebildet. Aus dermatologischer Sicht bestünden bei Entlassung des Klägers keine beruflichen Einschränkungen.

Der Kläger beantragte am 9. Januar 2014 bei der Beklagten erneut die Bewilligung einer stationären Heilbehandlung am Toten Meer als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sein Hautzustand habe sich – wie sich aus der beigelegten Fotodokumentation ergebe – nun wieder verschlechtert, er müsse die Heilmaßnahme am Toten Meer wegen ihrer einzigartigen Wirkung durchführen, um seine berufliche Tätigkeit fortführen zu können. Ein Reha-Erfolg könne für ihn in Deutschland nicht erreicht werden. Dem Antrag beigelegt war ein Befundbericht des Hautarztes Dr. E vom 6. Januar 2014, in welchem dieser über typische psoriatische Hauterscheinungen am ganzen Körper mit dem Schwerpunkt im Kopf- und Gesichtsbereich, Gelenkschmerzen ua im rechten Kniebereich, der rechten Hüfte und der rechten Hand berichtete. Der Kläger fügte seinem Antrag außerdem einen weiteren Befundbericht des Dr. E vom 14. Dezember 2013 bei, in welchem dieser wegen der Hauterkrankung des Klägers eine Therapie am Toten Meer empfahl, da eine solche in den Vorjahren immer sehr geholfen habe.

Durch Bescheid vom 20. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 2014 lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers nach Einholung einer Stellungnahme ihres sozialmedizinischen Dienstes ab, weil eine vorzeitige Maßnahme am Toten Meer aus gesundheitlichen Gründen nicht dringend erforderlich sei. Im anschließenden Klageverfahren hat der Kläger auf eigene Kosten ein stationäres Heilverfahren im DMZ vom 25. April 2014 bis 24. Mai 2015 durchgeführt und begehrt nunmehr die Erstattung der hierfür aufgewendeten 4.934,99 EUR (Unterbringung, Behandlung und Anreise). Die Beklagte bewilligte nachfolgend erneut stationäre Leistungen zur Rehabilitation im DMZ in den Jahren 2015 (29. April bis 22. Mai und 19. Oktober bis 21. November) und 2016 (10. Mai bis 5. Juni), lehnte den – zweiten – Antrag für 2016 indes ab. Auf die jeweiligen Entlassungsberichte des DMZ wird Bezug genommen.

Das Sozialgericht (SG) Berlin hat einen Befund- und Behandlungsbericht des behandelnden Dermatologen Dr. B vom 11. April 2016 erstatten lassen. Darin heißt es ua, aufgrund seiner Hauterkrankung bedürfe der Kläger einer Therapie in einer entsprechenden Fachklinik, wie zB dem DMZ am Toten Meer. In einem weiteren Befundbericht vom 27. April 2016 führt Dr. B aus, bei dem Kläger werde eine Cignolin-Therapie, eine UVB-Lichttherapie und eine intermittierende Therapie mit topischen Kortikoiden durchgeführt. Es handle sich um einen chronisch schweren Hautbefund mit leichter Varianz des Erscheinungsbildes mit zunehmend therapierefraktärem Verlauf. Geplant sei eine biologische Therapie. Kurzfristig ließe sich der Hautbefund des Klägers durch ein medizinisches Heilverfahren am Toten Meer erfahrungsgemäß bessern. Langfristig sei eine biologische Therapie wünschenswert.

Durch Urteil vom 14. September 2016 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für den Reha-Aufenthalt am Toten Meer im Jahr 2014. Zwar sei die Beklagte der für die begehrte Leistung zuständige Reha-Träger. Bei der im Jahr 2014 durchgeführten Kur habe es sich jedoch weder um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt, noch habe die Beklagte diese zu Unrecht abgelehnt. Eine Verpflichtung der Beklagten zur vorzeitigen Bewilligung einer Heilkur am Toten Meer habe nicht bestanden, weil eine Ermessensreduzierung auf Null nicht vorgelegen habe. Bei Antragstellung im Januar 2014 habe der Kläger darauf hingewiesen, dass die im Vorjahr durchgeführte Reha am Toten Meer erfolgreich mit lang anhaltender Wirkung gewesen sei. Eine lang anhaltende Wirkung könne jedoch angesichts des nur acht Monate nach Beendigung der letzten Reha erneut gestellten Antrages nicht festgestellt werden. Den Entlassungsberichten der in den Jahren 2015 und 2016 jeweils auf Kosten der Beklagten durchgeführten Heilbehandlungen am Toten Meer könne eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustand des Klägers nicht entnommen werden. Vielmehr habe der Hautarzt des Klägers Dr. B für eine langfristige Verbesserung der Erkrankung andere Therapien, ua eine biologische Therapie, empfohlen.

Mit der Berufung verfolgt der Kläger sein Kostenerstattungsbegehren weiter. Er legt Atteste seiner behandelnden Ärzte vor, ua von Dr. B vom 23. Februar 2017. Hierauf wird Bezug genommen. Der Kläger meint, die stationären Maßnahmen im Inland hätten nur zu einer leichten Besserung des Krankheitsbefundes geführt. Aufgrund der Schwere seiner Erkrankung sei eine jährliche Therapie am Toten Meer zwingend erforderlich und die einzig wirksame Therapie, weshalb das Ermessen der Beklagten entsprechend auf Null reduziert sei. Nur durch die jährliche Durchführung von Kuraufenthalten am Toten Meer habe seine Erwerbsfähigkeit erhalten werden können. Wegen seiner mit vielen Dienstreisen verbundenen Berufstätigkeit sei eine ambulante Therapie durch Lichttherapie im Winter nicht möglich. Eine biologische Therapie sei zudem erheblich teurer und habe starke Nebenwirkungen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts vom 14. September 2016 und den Bescheid der Beklagten vom 20. Januar 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. Februar 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für die selbstbeschaffte Heilkur am Toten Meer vom 25. April 2014 bis 24. Mai 2014 iHv 4.934,99 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der den Kläger betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung und Entscheidung geworden sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die in der Zeit vom 25. April 2014 bis 24. Mai 2014 durchgeführte stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme im DMZ am Toten Meer.

Die Beklagte ist für den Kläger im Außenverhältnis (vgl Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 26. Juni 2007 - [B 1 KR 36/06 R](#) = SozR 4-2500 § 40 Nr. 4, Rn 12) der allein zuständige Rehabilitationsträger. Dies folgt unabhängig von der materiell-rechtlichen Zuständigkeit aus § 14 Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - (SGB IX). Nach Absatz 1 Satz 1 dieser Norm stellt der Rehabilitationsträger, sofern Leistungen zur Teilhabe beantragt werden, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei ihm fest, ob er nach dem für ihn geltenden materiellen Recht für die Leistung zuständig ist. Stellt er fest, dass er hierfür nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu ([§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). Wird der Antrag, wie vorliegend, nicht weitergeleitet, stellt der Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf unverzüglich fest ([§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#)). Nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) verliert der materiell-rechtlich an sich zuständige Rehabilitationsträger ([§ 6 SGB IX](#)) im Außenverhältnis zu den Versicherten oder Leistungsempfangenden seine Zuständigkeit für eine Teilhabeleistung, sobald der zuerst angegangene Rehabilitationsträger eine nach [§ 14 Abs. 1 SGB IX](#) fristgerechte Zuständigkeitsklärung versäumt hat und demzufolge die Zuständigkeit nach allen in Betracht kommenden rehabilitationsrechtlichen Rechtsgrundlagen auf ihn übergegangen ist (vgl BSG aaO Rn 16). Sinn und Zweck dieser Regelung ist es, zwischen den betroffenen Menschen mit Behinderungen und Rehabilitationsträgern schnell und dauerhaft die Zuständigkeit, welche ausschließlicher Natur ist, zu klären und so Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken (vgl BSG aaO; [BT-Drucks 14/5074, S.95](#) zu Nr 5 und S 102 f zu § 14).

Rechtsgrundlage für den von dem Kläger geltend gemachten Anspruch ist [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#). Danach haben Leistungsberechtigte einen Anspruch auf Erstattung der Kosten einer selbstbeschafften medizinischen Rehabilitation, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Diese Vorschrift findet - sei es unmittelbar oder im Wege der Analogie - auch im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung Anwendung; sie normiert trägerübergreifend Kostenerstattungsansprüche für selbstbeschaffte Leistungen zur Rehabilitation (vgl BSG, Urteil vom 20. Oktober 2009 - [B 5 R 5/07 R](#) -; Urteil

vom 21. August 2008 - [B 13 R 33/07 R](#) - beide juris).

Der Erstattungsanspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) reicht dabei nicht weiter als der Sachleistungsanspruch. Er richtet sich nach Art und Umfang des Primäranspruchs und besteht nur insoweit, als der Rehabilitationsträger nach den für ihn maßgeblichen Vorschriften leistungspflichtig gewesen wäre. Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist damit nur unter den folgenden Voraussetzungen gegeben: Bestehen eines Naturalleistungsanspruchs des Versicherten und dessen rechtswidrige Nichterfüllung, Ablehnung der Naturalleistung durch den Versicherungsträger, Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch den Versicherten, Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung, Notwendigkeit der selbst beschafften Leistung und (rechtlich wirksame) Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 2/08 R](#) - juris). Diese zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ergangene Rechtsprechung ist auch auf den Bereich der Rentenversicherung übertragbar, da der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) der Regelung in § 13 Abs. 3 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) entspricht (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21. August 2012 - [L 11 R 5319/11](#) - juris).

Vorliegend sind die Voraussetzungen des [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) jedoch nicht erfüllt. Zwar war die Beklagte vor Beginn der Maßnahme mit dem Begehren des Klägers befasst und hatte bereits einen ablehnenden Bescheid erlassen. Die Beklagte hat die Bewilligung einer Maßnahme der stationären medizinischen Rehabilitation in Form einer Klimatherapie im DMZ am Toten Meer aber nicht zu Unrecht abgelehnt. Dies wäre nur dann der Fall gewesen, wenn sie verpflichtet gewesen wäre, das vom Kläger konkret begehrte Heilverfahren am Toten Meer zu bewilligen. Ein solcher Anspruch des Klägers bestand aber nach den vom Senat feststellbaren Tatsachen nicht.

Nach § 9 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI) erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Entsprechende Rehabilitationsleistungen können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, [§ 9 Abs. 2 SGB VI](#).

An der Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des [§ 11 Abs. 2 SGB VI](#) bestehen vorliegend keine Zweifel. Der Kläger hat in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit, was zwischen den Beteiligten auch nicht strittig ist.

Der Kläger erfüllt auch die persönlichen Voraussetzungen nach [§ 10 Abs. 1 SGB VI](#). Denn nach den vorliegenden Befundunterlagen war die Erwerbsfähigkeit im Zeitpunkt der Antragstellung im Januar 2014 erheblich gefährdet und die erhebliche Gefährdung konnte durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation abgewendet werden. Die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ergibt sich zum einen aus dem vom SG eingeholten Befundbericht des Dermatologen Dr. B vom 11. April 2016, in welchem dieser die Auswirkungen der Hauterkrankung beschreibt und hieraus auf eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit des Klägers schließt, aber auch aus dem von der Beklagten veranlassten Gutachten der Dermatologin Sch in deren Gutachten vom März 2004, in welchem der chronische Verlauf der Krankheit beschrieben und ausgeführt wird, eine vorzeitige Bewilligung einer stationären Reha-Maßnahme sei notwendig, damit der Kläger weiterhin seinen beruflichen Anforderungen genügen könne. Allen medizinischen Berichten ist zudem zu entnehmen, dass der Kläger unter massiven Hautentzündungen und Gelenkschmerzen leidet. Insbesondere die Entlassungsberichte über die Aufenthalte des Klägers im DMZ am Toten Meer dokumentieren, dass der Kläger jeweils zu Therapiebeginn unter erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen litt. Auch die vom Kläger zu den Gerichtsakten gereichten Fotos über seinen zu Beginn des hier streitigen Aufenthaltes im DMZ bestehenden Hautzustand dokumentieren eindrucksvoll die Schwere seiner Erkrankung.

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit konnte auch im Sinne des [§ 10 Abs. 1 Ziff. 2a SGB VI](#) durch eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme abgewendet werden. Dies bestätigt insbesondere Dr. B, indem er in seinem Befundbericht vom 27. April 2016 ausführt, dass sich der Hautbefund des Klägers durch einen Aufenthalt am Toten Meer kurzfristig bessern ließe. Damit in Übereinstimmung stehen die Feststellungen in den Entlassungsberichten des DMZ, wonach sich der Gesundheitszustand des Klägers bei Beendigung des jeweiligen Aufenthalts erheblich verbessert habe. Dabei ist unerheblich, ob dieses Ergebnis auch mit einer ambulanten Maßnahme am Wohnort hätte erreicht werden können. Für eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit ist nicht erforderlich, dass ambulante Maßnahmen vor Ort nicht ausreichen. Denn einen Grundsatz der Subsidiarität von Rehabilitationsleistungen gegenüber ambulanten Therapieformen vor Ort kennt das Gesetz nicht (vgl. Luthe in jurisPK-SGB VI, 2. Aufl. 2013, § 10 Rn 51).

Die Rehabilitationsleistung war aber nach [§ 12 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) ausgeschlossen, da sie nicht vor Ablauf von vier Jahren dringend erforderlich war. Gemäß [§ 12 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. Der Kläger hatte vor Durchführung der hier streitigen Reha-Maßnahme zuletzt im Mai 2013 zu Lasten der Beklagten und damit innerhalb der Vier-Jahres-Frist eine Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen.

Bei der dringenden Erforderlichkeit iSv [§ 12 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) handelt es sich um einen gerichtlich in vollem Umfang überprüfbaren unbestimmten Rechtsbegriff. Als Ausnahmetatbestand ist die Regelung restriktiv zu handhaben. Es reicht grundsätzlich nicht aus, dass im Zuge einer vorzeitigen Leistungsgewährung eine gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit positiv beeinflusst werden kann. Dringend erforderlich bedeutet vielmehr, dass ohne die vorzeitige Wiederholung mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit vor Ablauf der Vierjahresfrist zu rechnen ist. Voraussetzung ist ein höherer Grad der Gefährdung als "erheblich gefährdet" in [§ 10 Nr. 1 SGB VI](#). Dringend erforderlich sind vorzeitige Leistungen beispielsweise, wenn eine nicht nur unerhebliche Verschlimmerung der der vorherigen Rehabilitationsleistung zugrunde liegenden Krankheit eingetreten ist, neu eingetretene Krankheiten vorliegen, die Krankheit aller Wahrscheinlichkeit nach zu einer erheblichen Erwerbsminderung führt, die ohne vorzeitige Behandlung eine Erwerbsminderungsrente zur Folge hat, oder eine Anschlussheilbehandlung der Rentenversicherung nach Krankenhausbehandlung angezeigt ist (vgl. Luthe in jurisPK-SGB VI, 2. Auflage 2013, § 12 Rn 59 ff).

Es steht unter Berücksichtigung des Vorbringens des Klägers und aller vorliegenden medizinischen Berichte insbesondere aus dem Jahr 2014 nicht zur vollen Überzeugung des Senates fest, dass die vorzeitige Durchführung der hier streitigen Rehabilitationsmaßnahme am

Toten Meer im April/Mai 2014 dringend erforderlich war. Zwar ist allen medizinischen Berichten zu entnehmen, dass die Heilklimakuren am Toten Meer zumindest vorübergehend eine deutliche Verbesserung der Erkrankungen des Klägers bewirkt haben, diese waren jedoch nicht lange anhaltend, weshalb der Kläger in immer kürzer werdenden Abständen erneut Klimakuren in I durchführte, wobei zuletzt eine gewisse Therapieresistenz beschrieben wurde (vgl Entlassungsbericht des DMZ vom 6. Juni 2016). Es zeigten sich im Anschluss immer wieder die von Dr. B beschriebenen erheblichen Hautveränderungen und körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen des Klägers. Der Senat verkennt nicht, dass zur Vermeidung einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation zum damaligen Zeitpunkt eine Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll war, es bestanden und bestehen jedoch nach Auffassung des behandelnden Dermatologen noch andere, insbesondere längerfristig und damit nachhaltiger angelegte Therapieoptionen wie beispielsweise die Durchführung einer biologischen Therapie, die jedoch bislang nicht effektiv vom Kläger wahrgenommen wurde. Hinzu kommt, dass in den im DMZ durchgeführten Heilverfahren – worauf die Beklagte in ihrer prüfärztlichen Stellungnahme vom 16. Mai 2017 (Dr. E) zutreffend hinweist – ein rheumatologischer Behandlungsansatz trotz des bei dem Kläger bestehenden Krankheitsbildes mit erheblicher Gelenkbeteiligung fehlt; selbst wenn ein vorzeitiges Heilverfahren danach dringend erforderlich gewesen wäre, sind keine zureichenden tatsächlichen Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass bei einer Ermessensentscheidung über das "Wie" der Maßnahme nur die Heilkur im DMZ die einzig in Betracht zu ziehende Leistung gewesen wäre.

Andere Rechtsgrundlagen für den geltend gemachten Anspruch sind nicht einschlägig. Auf die zutreffenden Ausführungen in dem angefochtenen Urteil nimmt der Senat insoweit Bezug, [§ 153 Abs. 2 SGG](#). Dem Kläger sind daher die ihm tatsächlich entstandenen Kosten iHv 4.934,99 EUR nicht zu erstatten.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-04-30