

L 11 KR 2286/08

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 15 KR 95/05

Datum

17.04.2008

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 2286/08

Datum

15.07.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17. April 2008 wird zurückgewiesen. Die Klage wird als unzulässig verworfen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen in den Jahren 2005 bis 2008 streitig.

Die 1926 geborene Klägerin, die seit dem 1. Juli 1997 bei der Beklagten freiwillig krankenversichert ist, leidet an diversen Nahrungsmittelunverträglichkeiten, einem Reizdarmsyndrom, einer gastroösophaginalen Refluxkrankheit, einer arteriellen Hypertonie sowie Augenproblemen (Strabismus divergens). Zuletzt führte sie vom 10. September 2003 bis 10. Oktober 2003 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in B. zu Lasten der Beklagten durch.

Am 25. Juni 2004 beantragte die Klägerin bei der Beklagten erneut die Gewährung einer weiteren stationären Rehabilitation, die in B. durchgeführt werden sollte. Sie wies darauf hin, dass das Erfordernis wiederholter Kuren durch ärztliche Falschbehandlungen und die dadurch erworbenen Ernährungsschwierigkeiten begründet sei. Beigefügt war eine ärztliche Stellungnahme von Prof. Dr. Z., K.hospital S., der mitteilte, dass die Hypertonie medikamentös behandelt werden könne, die Klägerin dies aber subjektiv nicht vertrage. Die anderen Beschwerden seien funktioneller Art, so dass eine Besserung möglich wäre. Im Vordergrund stünden die Bauchschmerzen bei Reizdarmsyndrom.

Die Beklagte veranlasste eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B. (MDK). Dr. B. verwies darauf, dass nur aus dringenden medizinischen Gründen die 3-jährige Ausschlussfrist für ambulante Vorsorgeleistungen bzw. die 4-jährige Ausschlussfrist für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen außer Acht gelassen werden könne. Bei der Klägerin sei die dringende medizinische Notwendigkeit nicht ausreichend dokumentiert. Deswegen seien eine fachärztliche Mitbehandlung und Heilmittelanwendungen am Wohnort medizinisch ausreichend und zweckmäßig. Gestützt hierauf wies die Beklagte mit Bescheid vom 29. September 2004 den Antrag auf Kostenübernahme der stationären Rehabilitationsmaßnahme mit der Begründung zurück, die Wiederholung der Maßnahme könne nur durch eine akute Verschlechterung im Funktionsbild, die befürchten lasse, dass eine dauerhafte Absenkung im allgemeinen Funktionsniveau und in den Alltagsfähigkeiten einträte, begründet werden. Momentan sei eine ambulante Therapie am Wohnort bei der Klägerin ausreichend.

Mit ihrem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, bei ihr sei keine üblichen Rehabilitationsmaßnahme, sondern eine Erholung des Organismus von den Eingriffen im Krankenhaus und zum anderen der Versuch der Besserung der Folgen früherer Falschbehandlungen durch alternative Medizin, vielleicht auch chinesische Medizin, erforderlich. Derzeit erhalte sie keinerlei ambulante Therapie am Wohnort.

Mit Widerspruchsbescheid vom 9. Dezember 2004 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch mit der Begründung zurück, die letzte stationäre Rehabilitationsmaßnahme sei 2003 durchgeführt worden, so dass der 4-Jahreszeitraum für eine erneute stationäre Kurmaßnahme noch nicht abgelaufen sei. Die dringende Erforderlichkeit einer vorzeitigen Kur werde durch die ärztlichen Unterlagen nicht hinreichend dokumentiert. Dies sei nur dann der Fall, wenn die ambulante Krankenbehandlung nicht ausreiche. Wenn keinerlei Krankenbehandlung stattfinde, könnten solche Maßnahmen auf keinen Fall bezahlt werden.

Hiergegen richtet sich die am 7. Januar 2005 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhobene Klage, mit der die Klägerin im Wesentlichen geltend macht, zur Behandlung ihres Bluthochdrucks und ihrer geschädigten Augen seien dickbreiige Moorbäder, Schlick oder Fango zur Entgiftung des gesamten Organismus erforderlich. Sie sei von 2003 bis heute überhaupt nicht behandelt worden. Sonst sei sie völlig gesund, wie die umfangreichen Untersuchungen, geleitet von Prof. Dr. Z., ergeben hätten. Sie habe auf eigenen Kosten Kurmaßnahmen 2005 in den Dr. E.-Fachkliniken sowie im Moorbad B. D., 2006 Kurbad F. a. S. und 2007 in A. T. durchgeführt, wolle dies auch 2008 in Anspruch nehmen. Es seien dadurch Kosten jeweils in Höhe von ca. 2000,- EUR entstanden.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes befragte das SG die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen.

Der Augenarzt Dr. L. teilte mit Schreiben vom 18. März 2005 mit, er habe die Klägerin zuletzt im Dezember 2003 wegen Keratokonjunktivitis sicca und Hornhautnarben (links mehr als rechts) behandelt. Seitens der Augen sei eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht erforderlich.

Der Internist Dr. K. berichtete im März 2005 über Behandlungen der Klägerin im Frühjahr 2003 wegen der labilen Hypertonie und der Hypercholesterinämie. Die Hypertonie sei nach dem Ergebnis einer 24-stündigen Blutdruckmessung nicht behandlungsbedürftig gewesen.

Prof. Dr. W., Augenklinik des K.hospitals S., stellte die Diagnosen einer retinalen Venenastthrombose links, Sehnervenkopfaushöhlung links auf 80 % (der Augenhintergrund rechts sei wunschgemäß nie untersucht worden), sowie einen beginnenden grauen Star beidseits. Die Sehschärfe habe am rechten Auge zwischen 0,6 und 0,8 geschwankt, am linken Auge zwischen 0,1 und 0,3. Prinzipiell kämen wegen dieser Erkrankungen keine stationären Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht (Schreiben vom 1. April 2005).

Prof. Dr. Z., Klinik für allgemeine innere Medizin am K.hospital S., gab im Mai 2005 an, dass bei der Klägerin eine mäßiggradige arterielle Hypertonie, ein Reizdarmsyndrom, eine Refluxoesophagitis sowie ein Verdacht auf querulatorische Persönlichkeitsstörung (konsiliarische Untersuchung Dr. R.) vorliege. Die Klägerin habe sich jeglicher medikamentöser Therapie entzogen, da sie die Medikamente zur Blutdruckeinstellung subjektiv nicht vertragen habe. Alle bei der Klägerin vorliegenden Erkrankungen könnten prinzipiell gut ambulant behandelt werden.

Mit Urteil vom 17. April 2008, der Klägerin zugestellt am 24. April 2008, wies das SG die Klage mit der Begründung ab, als Rechtsgrundlage für das jetzige Begehren der Klägerin auf Kostenerstattung käme allein [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Betracht. Dies setze entweder eine unaufschiebbare Leistung, nämlich eine dringende Bedarfslage voraus, die es ausschließe, vor Inanspruchnahme der Leistung einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen. Ein derartiger Notfall hätte bei der Klägerin nicht vorgelegen. Auch die Voraussetzungen der zweiten Alternative seien nicht erfüllt, denn die Beklagte habe den Leistungsantrag nicht zu Unrecht abgelehnt. Hinsichtlich der ab 2006 durchgeführten Kurmaßnahmen scheide ohnehin eine Kostenerstattung schon deswegen aus, weil der vorgesehene Beschaffungsweg von der Klägerin nicht eingehalten worden sei. Sie habe für weitere stationäre Rehabilitationsmaßnahmen keine weiteren Leistungsanträge gestellt, welche die Beklagten hätte überprüfen und gegebenenfalls ablehnen können. Voraussetzung für einen Sachleistungsanspruch sei im Übrigen, dass eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreiche. Es bestehe ein Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen der Krankenbehandlung, welches Ausfluss des Wirtschaftlichkeitsgebots sei. Daraus folge, dass eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung nur dann im Betracht käme, wenn weder eine ambulante Krankenbehandlung, noch eine ambulante Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung oder eine ambulante Rehabilitationsleistung in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag bestehe, ausreichend sei. Darüber hinaus dürften Leistungen nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden wären. Bei der Klägerin lägen bereits die grundlegenden Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht vor. Sie leide an arterieller Hypertonie, Hypercholesterinämie, retinaler Venenastthrombose links, Strabismus divergens, beginnendem grauen Star (Sehschärfe rechts 0,6 bis 0,8, links 0,1 bis 0,3) und degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule. Dies ergäbe sich aus dem Entlassungsbericht des 2003 durchgeführten Heilverfahrens in B. und den Aussagen der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen im Klageverfahren. Hinsichtlich der Erkrankungen der Augen komme schon von der Art der Erkrankung her eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in Betracht. Denn sowohl Prof. Dr. W. wie Dr. L. hätten sich übereinstimmend dahingehend geäußert, dass seitens der Augenerkrankungen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht sinnvoll sei. Die arterielle Hypertonie werde nach den eigenen Angaben der Klägerin seit 2003 nicht behandelt, sei zwar, wie sich aus den Berichten über die stationären Behandlungen im K.hospital ergebe, durchaus behandlungsbedürftig, aber auch in ambulanter Form. Dies habe Prof. Dr. Z. bestätigt. Wenn schon keine ambulante Behandlung wie erforderlich durchgeführt werde, komme deswegen nach dem Stufenverhältnis ein Anspruch auf stationäre Maßnahmen auch nicht in Betracht. Der Überzeugung der Klägerin, eine ambulante Behandlung sei gar nicht möglich, könne sich die Kammer nicht anschließen. Auch im Großraum Stuttgart gäbe es zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, welche über Kenntnisse in der von der Klägerin favorisierten naturheilkundlichen Medizin verfügten. Etwas anderes ergäbe sich auch nicht aus dem von der Klägerin angesprochenen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005, [1 BvR 347/98](#). Denn im Fall der Klägerin ließe sich für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme daraus nichts herleiten. Die Beklagte habe daher insgesamt zu Recht die begehrte Rehabilitationsmaßnahme abgelehnt, so dass die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nicht vorlägen. Eine Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger sei nicht ersichtlich.

Mit ihrer dagegen am 14. Mai 2008 eingelegten Berufung macht die Klägerin geltend, aus dem Verfahren [L 11 KR 197/03](#) sei der Tatbestand beim Landessozialgericht bekannt. Die A. habe seit Ende der 80iger Jahre bis heute gerade mal zwei Heilbehandlungen voll bezahlt, eine davon im eigenen Haus in B. ... Immerhin hätten Ärzte ihre Behandlungen befürwortet. Eine Betreuung vor Ort sei nicht ausreichend gewährleistet, was in der Vergangenheit zu mehreren Noteinlieferungen ins Krankenhaus geführt habe. Sie sei in der Vergangenheit nicht ausreichend ambulant wie stationär behandelt worden, welches zu einer weiteren Verschlechterung und zusätzlichen Leiden geführt habe. Dr. B. vom MDK habe auf der gleichen Linie gelegen, habe sie auch nie persönlich untersucht, sondern gleich seine Ablehnung der Heilbehandlung zu Papier gebracht. Sie frage sich auch, wieso neuerdings das Geburtsdatum der Klägerin in das Verfahren eingeführt werde. Habe dies den Sinn, dass man bei älteren Personen nichts mehr tun müsse? Das ganze Verfahren kranke daran, dass der Tatbestand nicht genau erhoben worden sei. Sie habe schon wiederholt darauf hingewiesen, dass Rehabilitation der falsche Begriff für ihren Fall sei. Es ginge einfach um Heilbehandlung. Das, was vor Ort verschrieben werden könne, zahle die A. ohnehin nicht. Sie sei bis Mitte 2004 in Behandlung bei Prof. Dr. Z. gewesen. Dieser habe ihre weitere Behandlung abgelehnt, weil er Schulmediziner wäre und sie auch die Präparate nicht vertragen habe. Den Hausarzt habe sie früher nicht gebraucht. Die Ärzte im W. hätten ebenfalls ihre Behandlung abgelehnt. Dr. K. habe sie

gar nicht behandeln wollen. Dr. L. schiene ihr ziemlich dilettantisch, was auch seine Behandlung anginge. Was Prof. Dr. W. ausführe, deute auf frühere Falschbehandlungen hin. Dr. R. solle man die Zulassung wegen Unfähigkeit entziehen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17. April 2008 sowie den Bescheid vom 29. September 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Dezember 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihre Rehabilitationsmaßnahmen aus den Jahren 2005 bis 2008 zu erstatten, hilfsweise die Beklagte zur Übernahme aller Heilbehandlungskosten zu verurteilen, zumindestens solange es keine gerichtliche Regelung bezüglich Schadensersatz und Kostenübernahme für notwendige Behandlungen gebe.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, dass sowohl im Vorverfahren als auch im erstinstanzlichen Verfahren ein Anspruch auf stationäre Rehabilitationsleistungen ausgeschlossen worden wäre. Die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung lägen somit nicht vor. Die von der Klägerin eingewandten Argumente seien bereits ausreichend gewürdigt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#), denn die begehrte Kostenerstattung für die von 2005 bis 2008 durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahmen übersteigt die erforderliche Berufungssumme von 500,- EUR.

Die damit insgesamt zulässige Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Die Klage war nicht bereits deswegen unzulässig, weil der Senat bereits mit Urteil vom 6. November 2007, [L 11 KR 197/03](#), über den Feststellungsantrag der Klägerin, dass die Beklagte ihr alle weiteren notwendigen Kosten zu gewähren hat (dort Berufungsantrag Nr. 3) entschieden hat. Mit der Geltendmachung der Kostenerstattung für konkrete Rehabilitationsmaßnahmen liegt ein neuer Streitgegenstand vor, so dass insoweit noch keine Rechtskraft ([§ 141 Abs. 1 SGG](#)) eingetreten ist.

Die Klägerin konnte auch die ursprünglich auf Gewährung der Rehabilitationsmaßnahme gerichtete Klage auf eine solche auf Kostenerstattung umstellen, denn hierin lag eine sachdienliche Klageänderung i.S.d. [§ 99 Abs. 1 SGG](#) (vgl. BSG [SozR 3 - 2500 § 33 Nr. 43](#)).

Das SG hat unter zutreffender Darstellung der Rechtsgrundlagen der [§§ 13 Abs. 3, 27 Abs. 1](#) und 40 Abs. 1 SGB V, auf die nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen wird, zu Recht darauf hingewiesen, dass der Kostenerstattung der ab 2006 durchgeführten Kurmaßnahmen bereits entgegen steht, dass der vorgesehene Beschaffungsweg nicht eingehalten worden wäre, im übrigen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien, so dass kein Anspruch auf eine vorzeitige Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme besteht.

Ergänzend ist im Hinblick auf das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren auszuführen, dass der Umstand, dass die Klägerin meint, sie sei in der Vergangenheit ambulant nicht richtig oder ausreichend behandelt worden, nicht einen vorzeitigen Anspruch auf stationäre Rehabilitationsmaßnahmen begründet.

Insbesondere scheidet eine Notfallbehandlung im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#) erste Alternative SGB V schon deswegen aus, weil eine solche nur dann anzunehmen ist, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zur Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (BSG [SozR 4 - 2500 § 13 Nr. 12](#)). Dies scheidet bei einer Rehabilitationsmaßnahme schon denknotwendig aus. Eine solche dringende Behandlungsbedürftigkeit ist im Übrigen auch der ärztlichen Verordnung von Prof. Dr. Z. nicht zu entnehmen.

Das SG hat weiter in Auswertung der sachverständigen Zeugenaussagen sowie dem im Wege des Urkundsbeweises verwertbaren Gutachten von Dr. B. zutreffend festgestellt, dass die Beklagte die begehrte Leistung auch nicht zu Unrecht im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#) zweite Alternative SGB V abgelehnt hat. Aus der Vorschrift des [§ 40 SGB V](#) folgt ein Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen der Krankenbehandlung, welches sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergibt, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen (vgl. zum Folgenden auch Urteil des Landessozialgerichts Brandenburg vom 9. März 2005, [L 24 KR 57/02](#), veröffentlicht in juris). Daraus folgt, dass eine stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung nur dann in Betracht kommt, wenn weder eine ambulante Krankenbehandlung, eine ambulante Rehabilitation in einer wohnortnahen Einrichtung und einer ambulante Rehabilitationsleistung in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, nicht ausreicht. Liegt ein solcher Sachverhalt vor, darf eine stationäre Rehabilitation allerdings gleichwohl nicht bewilligt werden, wenn diese keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür bietet, dass das Rehabilitationsziel erreicht werden kann. Ist dieses Ziel im konkreten Einzelfall nicht zu erreichen, ist die in Frage kommende Behandlungsmaßnahme unwirtschaftlich und darf deshalb nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht bewirkt werden.

Ausgehend hiervon kann sich auch der Senat nicht mit der erforderlichen Gewissheit davon überzeugen, dass bei der Klägerin die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, zumal sie selbst eingeräumt hat, dass sie seit 2004 nicht mehr in ärztlicher Behandlung steht. Allein der Umstand, dass die Klägerin den behandelnden Ärzten nicht mehr vertraut und sich auch von ihnen falsch behandelt fühlt, führt nicht dazu, dass unter Umgehung dieser Vorschriften auf die Ausschöpfung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten verzichtet werden kann.

Soweit es um die seit 2006 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen geht, hat die Klägerin auch nach Auffassung des erkennenden Senats den vorgesehenen Beschaffungsweg nicht eingehalten. Die Vorschrift gewährt einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der KK geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der GKV als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der KK begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die KK vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr 15](#) mwN; [SozR 3-2500 § 13 Nr 22](#); [SozR 4-2500 § 135 Nr 10](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr 8](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#) - Mercurius). So liegt es bei der Klägerin, weswegen eine Kostenerstattung zwingend ausscheidet (vgl. auch zuletzt BSG, Urteil vom 28.02.2008, [B 1 KR 15/07 R](#), WzS 2008, 94).

Schließlich folgt zu Gunsten der Klägerin auch nichts aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) ([NZS 2006, 84](#) = [NJW 2006, 891](#)), worauf das SG zutreffend hingewiesen hat. Denn das BVerfG hat eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass aus dem Grundgesetz keine konkreten krankenversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche hergeleitet werden können, nur für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen, für die eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, gemacht. Um eine derartige Konstellation geht es bei der Klägerin jedoch nicht.

Hinsichtlich des Hilfsantrages, über den der Senat auf Klage entscheidet, da er erstmals im Berufungsverfahren gestellt wurde, ist dieser unzulässig. Es handelt sich hierbei um Ansprüche, die mit einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage zu verfolgen sind. Dies setzt aber zunächst die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens auf entsprechenden Antrag der Klägerin voraus, wobei auch das Vorverfahrenserfordernis zu beachten ist. Solange noch keine Entscheidung der Beklagten ergangen ist, ist der Klägerin eine gerichtliche Geltendmachung verwehrt.

Die Berufung der Klägerin konnte daher keinen Erfolg haben. Die Klage ist als unzulässig zu verwerfen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-07-23