

L 11 KR 5153/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 5788/04
Datum
15.10.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 5153/08
Datum
24.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Oktober 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist im Wesentlichen die Kostenerstattung einer operativen Behandlung vom 12. bis 30. Juni 2004 in der G. Klinik S. streitig.

Die am 2. August 1954 geborene Klägerin, die bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist, leidet seit Jahren an zunehmenden Beschwerden seitens der Wirbelsäule. Sie ließ sich deswegen bereits im Dezember 2002 bei Dr. C. in der G. Klinik an der Halswirbelsäule operieren. Die dadurch entstandenen Gesamtkosten in Höhe von insgesamt 26.816,95 EUR erstattete ihr die Beklagte nicht (Bescheide vom 18. Dezember 2002 und 16. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2003). Das dagegen angestrebte Klageverfahren beim Sozialgericht Stuttgart (SG) blieb ebenso erfolglos (Urteil vom 5. Oktober 2004, S 12 KR 3521/03) wie das Berufungsverfahren (Urteil vom 21. September 2005, L 5 KR 5469/04).

Mit Schreiben vom 18. Februar 2004, bei der Beklagten eingegangen am 19. Februar 2004, beantragte die Klägerin die Übernahme der Kosten für den Einsatz einer Prothese im Lendenwirbelsäulenbereich in der G. Klinik S ... Bei der Untersuchung vom 12. Dezember 2003 habe Dr. C. im Lendenwirbelsäulenbereich einen Bandscheibenvorfall festgestellt. Inzwischen hätten sich die Rückenbeschwerden dermaßen verstärkt, dass sie Aponal-Tabletten benötige, um einschlafen zu können. Sie leide auch zunehmend an Gefühlsstörungen beider Beine.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Dr. F. führte in seiner Stellungnahme vom 26. Februar 2004 aus, dass das Krankheitsgeschehen nicht ausreichend präzise dargestellt sei. Hierzu wäre die Vorlage von Arztberichten mit genauen Angaben zum klinischen Befund, zu den Untersuchungsergebnissen und Berichte über radiologische Abklärungen erforderlich. Allgemein könne gesagt werden, dass bei einem Bandscheibenvorfall eine ausreichende Versorgung auch in Vertragseinrichtungen denkbar sei. In Betracht kämen zahlreiche orthopädische und neurochirurgische Kliniken (zB Sindelfingen, Uni Tübingen, Kliniken im Stuttgarter Bereich, Klinik Markgröningen ua). Mit Bescheid vom 04. März 2004 (BI 9 V-Akte) lehnte die Beklagte daraufhin eine Kostenübernahme - unter Hinweis auf das Gutachten - mit der Begründung ab, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten sei es nicht möglich, für die geplante Operation einen Zuschuss zu bewilligen.

Mit ihrem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin im Wesentlichen geltend, es gäbe keine Behandlungsalternativen in Vertragskliniken. Die Beklagte richtete daraufhin eine Anfrage an Dr. C. (Schreiben vom 6. Mai 2004). Hierauf untersagte die Klägerin der Beklagten, bei ihrem behandelnden Arzt Unterlagen anzufordern (Schreiben vom 10. Mai 2004, BI 23 f V-Akte). Mit weiterem Bescheid vom 3. Juni 2004 (BI 29 V-Akte) lehnte die Beklagte erneut eine Kostenübernahme mit der Begründung ab, Vertragskrankenhäuser böten verschiedene Operationsmethoden an und seien in der Lage, Operationen an der Lendenwirbelsäule durchzuführen. Deswegen könnten Kosten für die Behandlung in einem Nichtvertragskrankenhaus nicht übernommen werden. Aus den vorliegenden Unterlagen sei auch nicht ersichtlich, weshalb die bekannten Operationsmethoden bei der Klägerin nicht angewandt werden könnten.

In der Zeit vom 12. bis 30. Juni 2004 ließ die Klägerin die Operation in der G. Klinik durchführen. Dabei erfolgten die Implantationen einer Zwischenwirbelendoprothese "pro Disc" in Höhe der Lendenwirbelkörper (LWK) 3/4 sowie eine Abtragung knöcherner Anbauten, die in Nervenaustrittskanäle und dem Rückenmarkskanal hineinragten. Für diese Operation stellte ihr Dr. C. einen Gesamtbetrag von 12.355 EUR

in Rechnung stellte (OP-Benutzungsgebühr vom 15. Juli 2004 in Höhe von 3.625 EUR sowie Tagespflegesatz in Höhe weiterer 8.730 EUR, Rechnung vom 6. Juli 2004). Des Weiteren wurden der Klägerin für die Anästhesie 2.056,53 EUR, Sachkosten in Höhe weiterer 762,66 EUR, Laborleistungen in Höhe von 156,11 EUR, 51,28 EUR und 98 EUR für Antikörpersuchtests, 251,86 EUR für zwei Bandscheibenvollprothesen sowie privatärztliche Liquidation von Dr. C. in Höhe von 4.565,31 EUR bzw. 3.393,06 EUR in Rechnung gestellt.

Der Widerspruch der Klägerin wurde mit Widerspruchsbescheid vom 10. August 2004 als unbegründet zurückgewiesen. Zur Begründung führte die Beklagte ergänzend aus, die G. Klinik sei kein zugelassenes Krankenhaus, so dass die Inanspruchnahme grundsätzlich keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung auslöse. Die Klägerin habe auch nicht das Kostenerstattungsverfahren gewählt. Ein Ausnahmefall, in dem ein Nichtvertragskrankenhaus aufgesucht werden könne, liege ebenfalls nicht vor. Es bestehe keine Versorgungslücke. Der Antrag sei auch nicht im Hinblick darauf begründet, dass der Kasse Kosten erspart geblieben seien. Andernfalls würde die vom Gesetz vorgesehene Steuerung des Bedarfs an Krankenhäusern hinfällig. Durch die Nichtinanspruchnahme von zugelassenen Krankenhäusern käme es im Gegenteil zu einer Mehrbelastung der Krankenkassen. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf eine Behandlung nach einer bestimmten Methode oder in einer bestimmten Einrichtung/Klinik. Die Klägerin habe keine weiteren ärztlichen Unterlagen vorgelegt, so dass die Kasse ihren Beratungspflichten ausreichend nachgekommen sei.

Mit ihrer dagegen am 31. August 2004 beim SG erhobenen Klage (S 12 KR 5788/04) hat die Klägerin geltend gemacht, die Kosten der durchgeführten Operation seien von der Beklagten zu erstatten. Sie hat weitere Aspekte des Versicherungsverhältnisses, insbesondere die zeitlich zuvor liegenden Auseinandersetzungen, namentlich der ersten Wirbelsäulenoperation, einer Mammareduktionsplastik und der umfangreichen Korrespondenz zwischen den Beteiligten, vorgetragen. In der mündlichen Verhandlung am 5. Oktober 2004 hat die Klägerin in diesem Verfahren beantragt, die Beklagte unter Abänderung des Bescheides vom 3. Juni 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. August 2004 zu verurteilen, die Kosten des Einsatzes einer Prothese im Zwischenwirbelsäulenbereich (Materialkosten in Höhe von 2.469,45 EUR und Operationskosten in Höhe von 7.850,84 EUR) zu bezahlen (Niederschrift BI 95a/95d der SG-Akte). Mit Schreiben vom 29. September 2008 (BI 507/508 der SG-Akte) hat die Klägerin ihre Anträge neu gefasst.

Mit Urteil vom 15. Oktober 2008 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, die Klage sei nur soweit zulässig, als es um die Erstattung der verauslagten Kosten der im Juni 2004 in der G. Klinik S. durchgeführten Operation gehe. Die weiteren Anträge seien in Ermangelung eines Feststellungsinteresses bereits unzulässig. Das klägerische Vorbringen, welches sich trotz seiner Quantität nicht durchgängig an den rechtlich relevanten Punkten orientiere, lasse ein gerechtfertigtes Begehren nicht erkennen. Die Feststellungsanträge bezögen sich zum Teil auf das rechtskräftige Verfahren betreffend der ersten Wirbelsäulenoperation, hätten untaugliche Beweisangebote zum Inhalt sowie Teilaspekte des vorangegangenen Verfahrens. Ein nachvollziehbares vernünftiges Interesse sei nicht zu erkennen. Soweit es um die Kostenerstattung ginge, sei die Ablehnung der Beklagten rechtmäßig und verletze die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte sei nicht verpflichtet, die Behandlungskosten der Nichtvertragsklinik zu erstatten. Auch ein Systemversagen sei nicht gegeben. Die Implantation von Zwischenwirbelprothesen werde ua an der Universitätsklinik T. angeboten. Behandlungsalternative sei eine Versteifungsoperation gewesen. In diesem Zusammenhang sei zu beachten, dass sich der gesamte "Leistungskatalog" der gesetzlichen Krankenversicherung nicht daran orientiere, den Versicherten die jeweils optimalste Versorgung zukommen zu lassen, sondern ihnen das medizinisch Notwendige zuteil werden zu lassen. Auch ein Notfall liege im Falle der Klägerin nicht vor. Dies ergebe sich bereits daraus, dass die Operation im Februar 2004 beantragt worden wäre, mithin bereits mit dem operierenden Arzt abgesprochen gewesen sein müsse. Somit habe sich bei der im Juni durchgeführten Operation nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt. Eine Dringlichkeit der Operation habe die Klägerin nicht geltend gemacht. Auch ein "sozialrechtlicher Herstellungsanspruch" liege im Falle der Klägerin nicht vor, insoweit fehle es bereits an einer Pflichtverletzung der Beklagten. Es sei nicht richtig, dass der Klägerin keine anderen Vertragskrankenhäuser genannt worden seien.

Mit ihrer dagegen am 7. November 2008 eingelegten Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie habe zur Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit insgesamt fast 58.000 EUR gezahlt.

Die Klägerin beantragt (in Bezug auf den Klageantrag Nr 1 sinngemäß, im Übrigen unter Berücksichtigung ihrer bereits im Klageverfahren gestellten Anträge),

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Oktober 2008 aufzuheben und

1. die Bescheide der Beklagten vom 4. März 2004 und 03. Juni 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. August 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten in Höhe von 22.675 EUR zu erstatten,
2. "den Bescheid der Beklagten vom 16. April 2003 (Anlage 8.0) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2003 zur Feststellungsklage vom 2. Juli 2003 (1 KLSG.U), "die interne Anweisung der Beklagten vom 31. Juli 2003, BI 10, zum abgetrennten Verfahren S 12 KR 1856/04 und allen anhängigen Verfahren, dass die Anträge Nr. 1 bis 10 vom 12. Juli 2003 der Klägerin zu MS, den Folgeerkrankungen und den Schäden im LWS-Bereich abzulehnen sind", aufzuheben,
3. zu Klageantrag Ziffer 2 festzustellen, dass die Ablehnung der Anträge Nr. 1 bis 10 vom 12. Juli 2003 zur Verschlechterung von ED synonym MS und den drei schadhafte Bandscheiben im LWS-Bereich führten und die Klägerin gemäß Aufforderung der Beklagten vom 28. Februar 2003 (Anlage 11), Beantwortung Frage 6 und nach 3 SGB V, § 1, Solidarität und Eigenverantwortung gezwungen war, die notwendigen Untersuchungen auf eigene Kosten selbst zu beauftragen (siehe S 12 KR 6403/04) und zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit weiterhin gezwungen war, Herrn Dr. C. auf eigene Kosten mit der Durchführung der notwendigen medizinischen Maßnahmen im LWS-Bereich zu beauftragen (S 12 KR 5788/04),
4. zu den Klageanträgen Ziffer 2 und 3 weiterhin festzustellen, dass die Beklagte die Verfahren S 12 KR 5788/04 und S 12 KR 6403/04 zum Anlass nimmt, ihren Mitarbeiter/innen zu untersagen, der Klägerin und Versicherten zu ED synonym MS, den Folgeerkrankungen und den zwei noch vorhandenen schadhafte Bandscheiben im LWS-Bereich Beratungen und Hilfe nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zukommen zu lassen,
5. die Anträge Nr. 1 bis 11 vom 6. Mai 2005 (1 LSG.V1) der Klägerin an das Landessozialgericht Baden-Württemberg zum Vergleich L 5 KR

5470/04 vom 11. Mai 2004 (1 LSG.V) Landessozialgericht Baden-Württemberg, zu klären und umzusetzen,

6. die beantragten Zeugenvernehmungen durchzuführen; die Beweismittlungen zu den gestellten Beweisanträgen vorzunehmen und anhand der Beweisergebnisse die Beklagte entsprechend den Klageanträgen, 2, 3, 4, 5 der Klageänderung vom 27. August 2008 (p 25 SG.A) zu verurteilen,

7. der Beklagten den erneuten sozialgerichtlichen Gesamtvergleichsvorschlag vom 16. September 2008 der Klägerin vorzulegen und die - durch die Beklagte mehrfach angekündigte Ablehnung einer gütlichen Gesamtlösung - in allen Urteilen des Sozialgerichts mit aufzuführen,

8. zum anhängigen Verfahren Klageerweiterung vom 7. Mai 2007 (P 52 SG) und der Klageänderung vom 8. August 2008 (P 52 SG.E) an das Sozialgericht Stuttgart die beantragten Zeugenvernehmungen durchzuführen; die Beweismittlungen zu den gestellten Beweisanträgen vorzunehmen und anhand der Beweisergebnisse zu den Klageanträgen Ziffer 5.1 bis 5.10 die Beklagte zu verurteilen,

9. zum anhängigen Verfahren Feststellungsklage vom 11. April 2008 (F.SG) an das Sozialgericht Stuttgart die beantragten Zeugenvernehmungen durchzuführen; die Beweismittlungen zu den gestellten Beweisanträgen vorzunehmen und anhand des Beweisergebnisses zu den Feststellungsanträgen Ziffer 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5 durch den Vorsitzenden Richter die Feststellungen des Sozialgerichts bekanntzugeben,

10. festzustellen, dass die Beklagte entsprechend dem anhängigen Urteil L 5 KR 5469/04/S 12 KR 3521/03 SG Stuttgart vom 21. September 2005 (1 LSG.U) des LSG Baden-Württembergs zu ED synonym MS und den Schäden im LWS-Bereich rechtzeitig angegangen wurde, die Mitarbeiter/innen der Beklagten gegenüber ihrem Arbeitgeber jedoch verpflichtet waren, ihre Beratungsverpflichtungen zu verletzen und dies in allen Urteilen des Sozialgerichts mit aufzuführen sowie

11. festzustellen, dass die Beklagte entsprechend dem Vergleich L 5 KR 5470/04 vom 11. Mai 2005 (1 LSG.V) vor dem LSG Baden-Württemberg zugegeben hat, dass es ein Fehler war die Verletzung der Beratungsverpflichtungen zum Schreiben der Klägerin vom 14. Juni 2001 (Anlage 1.1) an die Beklagte und zu den gestellten Anträgen der Klägerin als ein Entgegenkommen zu bezeichnen und dies in allen Urteilen des Sozialgerichts mit aufzuführen".

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

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 ff Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthafte und zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klageanträge Ziffer 2 bis 11 sind unzulässig. Dies hat das SG mit zutreffender Begründung festgestellt, weswegen der Senat auf die Entscheidungsgründe nach [§ 153 Abs 2 SGG](#) Bezug nimmt und insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe absieht.

Soweit es um die Erstattung der Kosten der operativen Behandlung vom 12. bis 30. Juni 2004 in der G. Klinik Stuttgart geht, hat die Klägerin gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung dieser Kosten, die ihr durch die Behandlungen in der G. Klinik und bei Dr. C. entstanden sind.

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten erhalten Krankenbehandlung grundsätzlich als Sachleistung ([§ 2 Abs 2 SGB V](#)). Die Krankenkasse darf anstelle der Sachleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V und das SGB IX vorsehen ([§ 13 Abs 1 SGB V](#)). Seit 1. Januar 2004 können Versicherte zwar anstelle der Sach- und Dienstleistung auch Kostenerstattung wählen ([§ 13 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)). Von dieser Möglichkeit hatte die Klägerin aber im hier zu beurteilenden Zeitraum keinen Gebrauch gemacht. Rechtsgrundlage für das Klagebegehren kann deshalb nur [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) sein. 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.

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Dabei braucht nicht entschieden zu werden, ob die im Juni 2004 in der G. Klinik durchgeführte Bandscheibenoperation eine unaufschiebbare Leistung war oder nicht. Ein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der angefallenen Kosten besteht weder in dem einen noch in dem anderen Fall.

War die Operation nicht unaufschiebbare, hängt der Anspruch auf Kostenerstattung davon ab, ob die Beklagte die Leistung (hier: Bandscheibenoperation) zu Unrecht abgelehnt hat. Dies war bei der Klägerin nicht der Fall, insbesondere liegt kein sogenanntes Systemversagen vor. Die Bandscheibenoperation hätte ohne weiteres in einem Vertragskrankenhaus nach [§ 108 SGB V](#) durchgeführt werden können. Dies hat Dr. F. ausführlich begründet dargelegt.

Waren die Behandlungen durch Dr. C. und die G. Klinik zum Zeitpunkt der Leistungserbringung unaufschiebbare, scheidet eine Kostenerstattung ebenfalls aus. Unaufschiebbare im Sinne des [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V](#) ist eine Leistung, wenn sie 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. Allerdings reicht auch ein Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#)). Daher hätte der Kläger auch im Falle einer (bloß) unaufschiebbaren Leistung weder eine Behandlung bei Dr. C. noch in der G. Klinik in Anspruch nehmen dürfen, weil in beiden

Fällen eine Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer erfolgt ist.

Waren die Behandlungen durch Dr. C. und die G. Klinik zum Zeitpunkt der Leistungserbringung aus medizinischen Gründen dagegen so dringlich, dass es an der Zeit für die Behandlung durch einen zugelassenen Vertragsarzt oder ein zugelassenes Krankenhaus fehlte, liegt nicht nur eine unaufschiebbare Leistung, sondern zugleich ein Notfall vor (BSG, Urteil vom 18. Juli 2006, [B 1 KR 9/05 R](#), zit nach juris), in dem nach der Rechtsprechung des BSG auch andere, nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden dürfen. Allerdings ist auch in einem solchen Fall ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten ausgeschlossen, weil der (nicht zugelassene) Vertragsarzt die Kosten einer ambulanten Behandlung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung verlangen kann. Denn die Notfallbehandlung erfolgt als Naturalleistung zu Lasten der GKV. Das entspricht bei ärztlichen Leistungen einem allgemeinen Prinzip. So werden in Notfällen von Nichtvertragsärzten erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet. Auch die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ist eine Sachleistung der GKV. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse (ausführlich zum Ganzen BSG, Urteil vom 18. Juli 2006, [B 1 KR 9/05 R](#), zit nach juris).

Im vorliegenden Fall ist die Klägerin zudem als Privatpatientin stationär in die G. Klinik aufgenommen worden. Macht der Versicherte in einem solchen Fall im Nachhinein geltend, es habe sich um eine Notfallbehandlung gehandelt, bleibt er darauf verwiesen, seine in diesem Fall rechtsgrundlos geleistete Leistung von den Leistungserbringern nach bürgerlichem Recht zurückzufordern (BSG, Beschluss vom 14. Dezember 2006, [B 1 KR 114/06 B](#), juris).

Dessen ungeachtet hat der Senat (Bl 54/55 V-Akte) keinen Zweifel daran, dass die Klägerin nicht notfallmäßig in die G. Klinik aufgenommen worden ist. Der Operationsbericht vom 16. Juni 2004 (Bl 54/55 V-Akte) enthält keinen Hinweis auf eine notfallmäßige Behandlung. Im Discographie-Bericht der G.-Klinik vom 30. April 2004 (ua Bl. 53/54 und 452 der SG-Akte) wird über eine Untersuchung am 27. April 2004 berichtet, bei der noch eine Schmerzprovokation vorgenommen wurde. Auch daraus ergeben sich keine Gründe für eine notfallmäßige Behandlung.

Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang eine Falschberatung geltend gemacht hat, so löst dies, unabhängig von der Frage, ob die Klägerin überhaupt falsch beraten worden ist, jedenfalls keinen sogenannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch aus. Die in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) und [§ 15 Abs 1 SGB VI](#) geregelten Ansprüche auf Kostenerstattung stellen sich vielmehr als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar; für einen sozialrechtlichen Wiederherstellungsanspruch ist daneben kein Raum (BSG, Urteil vom 02. November 2007, [B 1 KR 14/07 R](#), [SozR 4 - 2500 § 13 Nr 15](#)).

Die Berufung der Klägerin ist daher insgesamt als unbegründet zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-12-28