

L 11 R 5319/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 13 R 6574/10

Datum

02.11.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 R 5319/11

Datum

21.08.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein Wahlrecht des Versicherten besteht grundsätzlich nur zwischen Einrichtungen, mit denen der Rentenversicherungsträger einen Vertrag abgeschlossen hat.

Die Regelung in [§ 20 Abs 2a SGB 9](#) findet auf medizinische Rehabilitationsleistungen durch den Rentenversicherungsträger keine Anwendung.

Eine sog Selbstbindung der Verwaltung zur Vermeidung einer Ungleichbehandlung setzt voraus, dass es ermessenslenkende Verwaltungsvorschriften gibt.

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 02.11.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger beansprucht die Erstattung von Kosten für eine in der M. S ...-Klinik Bad B. durchgeführte medizinische Rehabilitation.

Der 1966 geborene Kläger ist als angestellter Erzieher versicherungspflichtig beschäftigt. Er befand sich vom 20.05.2010 bis zum 29.05.2010 wegen einer bandscheibenbedingten Erkrankung der Lendenwirbelsäule in stationärer Krankenbehandlung in der M. S ...-Klinik Bad B ... Diese Klinik verfügt über ein Krankenhaus iSd [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie über eine Rehabilitationseinrichtung iSd [§ 111 SGB V](#). Träger der Einrichtung ist eine GmbH & Co KG (Handelsregister A des Amtsgerichts Freiburg Nr.: H ...), deren persönlich haftender Gesellschafter die M. Geschäftsführungs-GmbH mit Sitz in Offenburg ist; einziger Kommanditist ist die M. Aktiengesellschaft mit Sitz in F ... Die Beklagte hat mit dem Träger der M. S ...-Klinik keinen Belegungsvertrag geschlossen.

Am 31.05.2010 ging bei der Beklagten über die M. S ...-Klinik ein Antrag des Klägers auf Anschlussrehabilitation (AHB) ein. Diesem Antrag gab die Beklagte mit einem "Bescheid im Eilverfahren" vom 08.06.2010 insofern statt, als sie dem Kläger eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation für die Dauer von drei Wochen in der Schwarzwaldklinik in Bad K. bewilligte. In dem Bescheid führte sie aus, dem Wunsch des Klägers, die Leistungen in der von ihm gewünschten Einrichtung durchzuführen, könne sie nicht entsprechen. Die Entscheidung über die Art und Weise der Durchführung der Rehabilitation stehe in ihrem Ermessen. Sie habe bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung sicherzustellen, dass das Ziel der Rentenversicherung, die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, erreicht werden kann. Die vom Kläger gewünschte Einrichtung könnte nur dann ausgewählt werden, wenn die Rehabilitationsleistung einzig in dieser Einrichtung erfolgreich durchgeführt werden könnte und jede andere Einrichtung, die von ihr betrieben werde oder mit der ein Belegungsvertrag bestehe, ungeeignet sei. Zur Behandlung der beim Kläger vorliegenden Funktionsstörungen stünden der Beklagten mehrere geeignete Einrichtungen zur Verfügung.

Der Kläger führte die Rehabilitation in der Zeit vom 07.06. bis zum 26.06.2010 auf eigene Kosten in der M. S ...-Klinik durch. Am 30.06.2010 legte der Kläger Widerspruch gegen den Bescheid ein. Er berief sich auf sein Patientenwunsch- und Wahlrecht und machte geltend, die Ärzte und Therapeuten der Klinik seien ihm aus der vorangegangenen stationären Behandlung bekannt. Er sei hier sehr gut betreut und behandelt worden und wisse, dass die Rehabilitation zu der Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit am schnellsten in der S.-Klinik zu gewährleisten sei. Die Beklagte wertete den Widerspruch des Klägers auch als Antrag, die Kosten der selbstbeschafften Rehabilitationsbehandlung in der M. S.-Klinik zu übernehmen. Diesen Antrag lehnte sie mit Bescheid vom 19.08.2010 ab. Gleichzeitig hob sie den Bescheid vom 08.06.2010 auf. Der Kläger habe die Leistung in der M. S.-Klinik angetreten und durchgeführt, ohne eine vorherige Prüfung durch die Beklagte abzuwarten. Außerdem werde die vom Kläger in Anspruch genommene Einrichtung durch die Beklagte nicht

belegt. Die M. S.-Klinik erinnerte die Beklagte am 09.09.2010 an die Begleichung einer noch offen stehenden Rechnung über 1.937,24 EUR für die Behandlung des Klägers in der Zeit vom 07.06. bis zum 26.06.2010. Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 30.11.2010 zurück. Eine nachträgliche Kostenübernahme für die selbst begonnene und durchgeführte Rehabilitationsmöglichkeit sei nicht möglich, da es für die Beklagte keine Möglichkeit der Entscheidung mehr gegeben habe. Die Kosten der stationären Behandlung in der M. S.-Klinik könnten daher nicht erstattet werden.

Am 22.12.2010 hat der Kläger beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage gegen den Bescheid vom 08.06.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.11.2010 erhoben und die Verurteilung der Beklagten zur Übernahme der Kosten für die durchgeführte Rehabilitation in der M. S.-Klinik geltend gemacht. Die Beklagte habe sein in [§ 9](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) normiertes Wunsch- und Wahlrecht verkannt und deshalb das ihr eingeräumte Ermessen fehlerhaft ausgeübt. Soweit sich die Beklagte darauf beziehe, dass mit der von ihm gewünschten Klinik kein Belegungsvertrag bestehe, sei dies unbeachtlich. Die M. S.-Klinik sei zur qualitativen Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen geeignet. Im Übrigen sei mittlerweile in [§ 20 Abs 2a SGB IX](#) gesetzlich normiert, dass alle stationären Einrichtungen, gleich von wem sie belegt würden, auf der Basis von einheitlichen Grundsätzen und Verfahren zertifiziert sein müssten. Die Beklagte habe auch den Gleichheitsgrundsatz nach [Art 3 Grundgesetz \(GG\)](#) verletzt. Sie habe in der Vergangenheit bis einschließlich 2009 mehrfach stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in der M. S.-Klinik durchführen lassen und die Kosten hierfür übernommen. Mit Gerichtsbescheid vom 02.11.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Bescheide der Beklagten vom 08.06.2010 und 19.08.2010 seien rechtmäßig. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die in der M. S.-Klinik durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme. Der Kläger habe diese Maßnahme am 07.06.2010 angetreten bevor die Beklagte eine Entscheidung über den 01.06.2010 gestellten Antrag getroffen habe. Ein Kostenerstattungsanspruch für diese selbstbeschaffte Maßnahme nach [§ 15 Abs 1 Satz 3](#) und 4 SGB IX scheide aus. Die Beklagte habe ihr Ermessen bei der Auswahl der Einrichtung in nicht zu beanstandender Weise ausgeübt. Ein Wahlrecht des Versicherten bestehe von vornherein grundsätzlich nur zwischen Einrichtungen, mit denen ein Vertrag nach [§ 21 SGB IX](#) bestehe. Ein solcher Vertrag bestehe zwischen der M. S.-Klinik und der Beklagten nicht. Der Gerichtsbescheid ist dem Kläger am 08.11.2011 zugestellt worden.

Am 02.12.2012 hat der Kläger Berufung eingelegt und diese mit Schriftsatz vom 09.04.2012 begründet. Es sei unbeachtlich, dass er vor Antritt der Maßnahme nicht die Entscheidung der Beklagten abgewartet habe. Er habe die Leistung ordnungsgemäß unter Hinweis auf die Dringlichkeit der Leistung bei der Beklagten beantragt. Die Beklagte hätte ihn deshalb darüber informieren müssen, dass er zunächst ihre Entscheidung abwarten müsse. Insoweit habe er einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Die Beklagte habe auch die Bedeutung seines Wahlrechts nach [§ 9 SGB IX](#) verkannt. Es sei zwar richtig, dass zwischen der M. S.-Klinik und der Beklagten kein Belegungsvertrag bestehe. Dies sei jedoch unbeachtlich. Darüber hinaus habe die Beklagte auch nicht seine individuellen Gründe für den Antritt der Maßnahme in der M. S.-Klinik beachtet. Er habe die Behandlung dort in zeitlicher Nähe zu seiner Akutbehandlung durchführen können. Dies habe dazu geführt, dass er seine Arbeit schneller habe wieder ausüben können. Außerdem sei er den Ärzten und dem Personal der M. S. ...-Klinik bereits bekannt gewesen. Die Kosten in der M. S.-Klinik seien auch geringer als in anderen Einrichtungen. Das SG sei überdies nicht auf die geltend gemachte Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes eingegangen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 02.11.2011 sowie die Bescheide der Beklagten vom 08.06.2010 und 19.08.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.11.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die in der Zeit vom 07.06. bis 26.06.2010 durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme in der M. S.-Klinik zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 02.11.2011 zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig.

Nach [§ 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bedarf die Berufung der Zulassung, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die eine Geldleistung betrifft, 750 EUR nicht übersteigt. Der Kläger hat zwar keinen bezifferten Antrag gestellt. Die M. S.-Klinik hat jedoch die Beklagte am 09.09.2010 an die Begleichung einer noch offen stehenden Rechnung über 1.937,24 EUR für die Behandlung des Klägers in der Zeit vom 07.06. bis zum 26.06.2010 erinnert. Daraus ist zu entnehmen, dass auch der Kläger einen Betrag in dieser Größenordnung von der Beklagten fordert. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen zulässig ([§ 151 Abs 1 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

Das SG hat die Klage mit zutreffender Begründung abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der in der M. S.-Klinik in der Zeit vom 07.06. bis zum 26.06.2010 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme. Rechtsgrundlage für den vom 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 (Fall 1) oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Fall 2). Diese Vorschrift findet - sei es unmittelbar oder im Wege der

Analogie - auch im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung Anwendung (BSG 20.10.2009, [B 5 R 5/07 R](#), [SozR 4-3250 § 14 Nr 8](#) = [NJW 2010, 2236](#); 21.08.2008, [B 13 R 33/07 R](#), [BSGE 101, 207](#)). Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist demnach nur gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: 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 (BSG 16.12.2008, [B 1 KR 2/08 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 20](#)). Diese zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ergangene Rechtsprechung ist ohne Weiteres 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 SGB V](#) entspricht.

Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch sind nicht erfüllt. Dem Anspruch steht - wie das SG zutreffend entschieden hat - entgegen, dass sich der Kläger die Leistung in der M. S.-Klinik bereits vor der Entscheidung der Beklagten beschafft hat (BSG 21.08.2008, [B 13 R 33/07 R](#), [BSGE 101, 207](#)). Die Rehabilitationsmaßnahme begann am 07.06.2010 und damit mindestens einen Tag vor Erlass des Bescheides der Beklagten vom 08.06.2010. Die stationäre Leistung zur Rehabilitation ist als einheitlicher Vorgang zu betrachten, der nicht in einzelne Zeitabschnitte aufgeteilt werden kann. Für die Beurteilung, ob und zu welchem Zeitpunkt sich der Kläger die Behandlung selbst verschafft hat, ist daher auf den Beginn der Maßnahme abzustellen. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. Zwischen dem die Haftung des Versicherungsträgers begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) muss ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn der Versicherungsträger vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre. Eine vorherige Entscheidung des Versicherungsträgers wäre selbst dann nicht entbehrlich, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa auf Grund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststünde (BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)).

Die vom Kläger begehrte Rehabilitationsmaßnahme war auch nicht unaufschiebbar. Dies ist der Fall, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zur Entscheidung des Versicherungsträgers mehr besteht (BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)). Diese Voraussetzung ist hier offenkundig nicht erfüllt. Die Rehabilitation diente nicht der Akutbehandlung, sondern - wie allgemein bei bei Anschlussheilbehandlungen - der Sicherung und Festigung des Behandlungserfolgs (vgl. [§ 107 Abs SGB V](#)). Nach [§ 13 Abs 2 SGB VI](#) darf der Rentenversicherungsträger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weder in der Phase einer akuten Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit noch anstelle einer sonst erforderlichen Krankenbehandlung erbringen.

Der Hinweis des Klägers auf einen Herstellungsanspruch führt zu keiner anderen Beurteilung. Die in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) und [§ 15 Abs 1 SGB IX](#) geregelten Ansprüche auf Kostenerstattung stellen sich als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Kranken- und Rentenversicherungsrecht dar; für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist daneben kein Raum (vgl. BSG 02.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#), [BSGE 99, 180](#)).

Ferner setzt ein Kostenerstattungsanspruch voraus, dass dem Versicherten überhaupt Kosten entstanden sind. Der Träger der M. S.-Klinik muss deshalb einen wirksamen Vergütungsanspruch gegen den Kläger besitzen (BSG 18.07.2006, [B 1 KR 9/05 R](#), juris). Dies ist weder dargetan noch ersichtlich. Dagegen spricht, dass die Klinik die Kosten der Rehabilitationsmaßnahme bei der Beklagten eingefordert hat. Ein Vergütungsanspruch der Klinik würde aber voraussetzen, dass diese ihre Behandlung gegenüber dem Versicherten als Sachleistung erbracht hat. Ebenso wie die Regelung in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) regelt auch [§ 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX](#) nur Sachverhalte, in denen ein Versicherter gegenüber einem Leistungserbringer eine eigene schuldrechtliche Verpflichtung eingegangen ist und diese durch seine Zahlung erfüllt hat, um sich eine Sachleistung zu beschaffen, für die er den Versicherungsträger als an sich leistungspflichtig ansieht. Fehlt es hingegen an einer solchen schuldrechtlichen Zahlungsverpflichtung des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer und zahlt er auf eine ihm zu Unrecht zugesandte Rechnung des Leistungserbringers irrtümlich dennoch den Rechnungsbetrag, scheidet eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse bzw den Rentenversicherungsträger aus. Es handelt sich dann vielmehr um eine rechtsgrundlos erfolgte Zahlung, für die der Versicherte im Verhältnis zum Leistungserbringer als Zahlungsempfänger einen Ausgleich nach bereicherungsrechtlichen Vorschriften ([§§ 812 ff BGB](#)) suchen muss (BSG 01.12.2011, [B 3 KR 17/11 B](#), juris).

Darüber hinaus besteht ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 15 Abs 1 Satz 4 SGB IX](#) nur, wenn der Kläger einen Anspruch auf Durchführung einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation gerade in der M. S.Klinik gehabt hätte. Auch dies ist nicht der Fall. Nach [§ 13 Abs 1 Satz 1](#) Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) bestimmt der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Ein Anspruch des Klägers auf Durchführung der Maßnahme in der von ihm gewählten Klinik wäre nur gegeben gewesen, wenn dies die einzige Entscheidung der Beklagten gewesen wäre, die diese ermessensfehlerfrei hätte treffen können (Fall der Ermessensreduzierung auf Null). Eine solche Konstellation lag hier nicht vor. Dabei kann als wahr unterstellt werden, dass die vom Kläger gewählte Klinik die allgemeine Geeignetheit zur qualitativen Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen besitzt und im konkreten Fall individuell zur Durchführung der medizinischen Rehabilitation geeignet war. Darauf sowie auf die vom Kläger vorgetragenen weiteren Gesichtspunkte kommt es hier nicht an. Nach [§ 15 Abs 2 Satz 1 SGB VI](#) werden die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen erbracht, die vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach [§ 21 SGB IX](#) besteht. Dazu gehört die M. S.-Klinik nicht, wie sich aus dem insoweit übereinstimmenden Vortrag der Beteiligten ergibt. Ein Wahlrecht des Versicherten besteht aber von vornherein grundsätzlich nur zwischen Einrichtungen, mit denen der Rentenversicherungsträger einen Vertrag abgeschlossen hat (BayLSG 22.07.2010, [L 14 R 382/09](#), juris; LSG Rheinland-Pfalz 12.01.2004, [L 2 RJ 160/03](#), [NZS 2004, 653](#)). Die Regelung in [§ 20 Abs 2a SGB IX](#) findet auf medizinische Rehabilitationsleistungen durch den Rentenversicherungsträger keine Anwendung, da [§ 15 SGB VI](#) anders als [§ 40 Abs 2 SGB V](#) nicht auf zertifizierte Einrichtungen nach [§ 20 Abs 2a SGB IX](#) verweist.

Schließlich kommt auch eine Erstattung der Kosten, die ohnehin in einer der von der Beklagten vorgeschlagenen Einrichtungen entstanden wären, nicht in Betracht (LSG NRW 19.01.2012, [L 5 KR 542/11](#), juris). Auch dies folgt aus dem Umstand, dass die Voraussetzungen einen Kostenerstattungsanspruches in [§ 15 Abs 1 SGB IX](#) den genannten Vorschriften abschließend geregelt sind.

Ob die Beklagte zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der M. S.-Klinik übernommen hat, ist - auch

unter dem Gesichtspunkt des [Art 3 GG](#) - unerheblich. Eine Ermessenreduzierung auf Null mit der Folge, dass die Beklagte verpflichtet gewesen wäre, die Durchführung der Rehabilitation in der M. S.-Klinik zu bewilligen würde voraussetzen, dass es zur Ausübung des Ermessens bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung ermessenslenkende Verwaltungsvorschriften der Beklagten gab oder gibt, die von dieser im maßgeblichen Zeitpunkt, dh hier im Juni 2010, so gehandhabt wurden, dass eine Belegung der M. S.-Klinik einer ständigen Praxis der Beklagten entsprochen hat. Nur unter diesen Voraussetzungen käme eine sog Selbstbindung der Beklagten zur Vermeidung einer Ungleichbehandlung in Betracht (siehe hierzu BVerwG 17.01.1996, [11 C 5/95](#), [NJW 1996, 1766](#); 11.11.2008, [7 B 38/08](#), juris; vgl auch BSG 06.05.2008, B [7/7a AL 16/07](#) R, [SozR 4-4300 § 217 Nr 2](#) = Breith 2009, 381). In eine einzelne rechtswidrige Verwaltungsentscheidung kann ein Betroffener indessen wegen der vorrangigen Bindung der Verwaltung an Gesetz und Recht (Rechtsstaatsprinzip des [Art 20 Abs 3 GG](#)) kein schutzwürdiges Vertrauen mit Wirkung für die Zukunft in dem Sinne gründen, dass bei gleicher Sachlage wiederum in gleicher Weise entschieden werden müsste. Einen Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht kennt die Rechtsordnung nicht (BSG 21.05.2003, [B 6 KA 32/02 R](#), [SozR 4-2500 § 106 Nr 1](#)).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-12-19