

L 6 VK 1498/12

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

6

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 2 VK 3749/10

Datum

06.03.2012

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 6 VK 1498/12

Datum

18.12.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 6. März 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung einer Witwenrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) streitig.

Der am 9. Oktober 1904 in Ostpreußen geborene Versorgungsempfänger und evangelische Pfarrer P. P. (im Folgenden: P. P.) zog sich im Zweiten Weltkrieg während des Einsatzes in Frankreich eine chronische polypose Nebenhöhleneiterung zu und erlitt während des Russlandfeldzugs im Zweiten Weltkrieg mehrere Schussverletzungen, darunter 1942 einen Lungendurchschuss, der zu einem Stecksplitter in der linken Brustkorbseite wie Narben an der Vorder- und Rückseite der rechten Brust führte (Vertrauensärztliches Gutachten vom 17. September 1948). Mit Bescheid vom 19. November 1951 erkannte der Beklagte als Schädigungsfolgen an: Stecksplitter der linken Brustkorbseite, Narben an der Vorder- und Rückseite der rechten Brust nach Lungendurchschuss, Narbe in der rechten Leistengegend, an der rechten Hand, dem linken Oberschenkel, linken inneren Knöchel, chronische Nebenhöhleneiterung beidseits. P. P. wurde vom 23. Dezember 1987 bis 20. Januar 1988 in den Krankenanstalten der Stadt H. wegen multiplen Lungenembolien bei Beinvenenthrombose rechts stationär behandelt. Die HNO-ärztliche Kontrolluntersuchung erbrachte eine Sinusitis maxillaris, die antibiotisch therapiert wurde (Entlassungsbericht vom 9. März 1988, PD Dr. C., Bl. 569 V-Akte). Im Frühjahr 1989 führte P. P. erneut eine Badekur bei im Vordergrund stehenden Zustand von multiplen Lungenembolien bei Beinvenenthrombose rechts durch, die aufgrund einer akuten Bronchitis verlängert werden musste (Bericht der Kurärztin Dr. W., Bl. 632 V-Akte). Daraufhin wurde P.P. erneut lungenärztlich-internistisch durch Dr. S. begutachtet, der einen altersentsprechenden ordentlichen Allgemein- und guten Ernährungszustand sowie einen normalen Klopfschall über beiden Lungen und inspiratorisch feinblasiges Entfaltungsknistern beidseits bei ansonsten unauffälligem Atemgeräusch über beiden Lungen beschrieb. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine altersentsprechende regelrechte Lungenstruktur ohne über das Altersmaß hinausgehende Emphysem-Zeichen. Ein 5 mm großer metalllichter Splitter war in den Weichteilen des rechtsdorsalen Brustbands in Höhe des Zwerchfells gelegen eindeutig sichtbar. Die Beurteilung der Lungenfunktion ergab, dass eine leichtgradige restriktive und obstruktive Ventilationsstörung ohne eindeutige Emphysem-Hinweise vorlag. Zusammenfassend kam der Sachverständige zu dem Ergebnis, dass die chronische Sinusitis während des Kriegsdienstes erworben und als Schädigungsfolge als Ursache für die chronischen Kopfschmerzen anerkannt sei. Der ebenfalls anerkannte Lungendurchschuss habe röntgenologisch zu einer mit Konturunregelmäßigkeiten verheilten Fraktur der 6. Rippe rechts basal und zu erstaunlich diskret ausgeprägten zartstreifigen, narbigen Veränderungen im dorso-lateralen peripheren rechten Oberlappen geführt, wobei eine Schrumpfung des rechten Oberlappens ebenso wie eine nachweisbare kleine anterobasale Pleura-Schiene mit Wahrscheinlichkeit auf die Lungendurchschuss-Verletzung zurückzuführen sei. Die röntgenologischen Veränderungen seien insgesamt geringgradig und verursachten keine nennenswerte funktionelle Störung der Ventilation. Aufgrund ihrer Geringfügigkeit sowie der fehlenden Beeinträchtigung des Tracheobronchialsystems und des Lungenparenchyms seien keine negativen Auswirkungen auf das Bronchial-System zu erwarten, so dass die seit Jahren geklagten Beschwerden von Seiten der chronisch-rezidivierend verlaufenden obstruktiven Bronchitis nicht auf die Durchschuss-Verletzung zu beziehen seien. Die chronische Bronchitis sei auch nicht direkte Folge der Sinusitis, sondern vielmehr eine Begleiterkrankung mit gleicher Ursache (Schleimhautabwehrschwäche oder Zilien-Funktionsstörung), deswegen sei die obstruktive Bronchitis auch nicht Folge der anerkannten chronischen Sinusitis (Gutachten vom 11. Juni 1989, Bl. 638 ff. V-Akte). Versorgungsärztin Dr. H. stimmte dem Ergebnis der lungenfachärztlichen Begutachtung zu, da eine rezidivierende obstruktive Bronchitis nach anerkannter medizinischer Lehrmeinung nicht durch ein Übergreifen der Entzündung in den Nasennebenhöhlen auf das Bronchial-System ursächlich bedingt sei, so dass ein Zusammenhang mit den Schädigungsfolgen ebenso wie mit dem Lungendurchschuss nicht bestehe. Zuletzt wurden mit Bescheid vom 4. März 1999 als Schädigungsfolgen anerkannt

"Stecksplitter in der rechten Brustkorbseite; Narben an der Vorder- und Rückenseite der Brust rechts nach Lungen-Durchschuss; Narbe in der rechten Lende, an der rechten Hand, am linken Oberschenkel und am linken inneren Knöchel; chronische Nebenhöhlenerweiterung beidseits und Neigung zu Kopfschmerzen; postthrombotisches Syndrom rechtes Bein, chronische Geschwürbildung rechter Unterschenkel"

und mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) um 40 vom Hundert (v. H.) berücksichtigt. Der Neufeststellungs-Antrag vom 29. Mai 2000 wurde, gestützt auf die versorgungsärztliche Stellungnahme von Dr. H. (eine Funktionsbeeinträchtigung der Lunge als Folge des erlittenen Lungendurchschusses sei nicht verblieben, insbesondere bestehe kein ursächlicher Zusammenhang mit der chronisch-obstruktiven Bronchitis mit Lungenemphysem), hinsichtlich weiterer Schädigungsfolgen mit Bescheid vom 25. September 2000 abgelehnt, die MdE jedoch auf 50 v. H. angehoben (Bl. 1089 V-Akte). Desgleichen erfolglos blieb der Neufeststellungsantrag vom 27. Juli 2005 (Bescheid vom 15. Februar 2006)

Am 26. Januar 2010 wurde P. P. in schlechtem gesundheitlichen Allgemeinzustand wegen eines fieberhaften Infektes im Rahmen einer Lungenentzündung in das Klinikum A. in H. stationär aufgenommen, es wurde eine Antibiose begonnen. Am Folgetag kam es zu einer akuten respiratorischen Verschlechterung, der Tod trat am gleichen Tag ein. In der Todesbescheinigung vom 27. Januar 2010 wurde als Todesursache eine Pneumonie bestätigt, die als Folge einer COPD (chronic obstructive pulmonary disease) aufgetreten sei; weiter habe eine Morbus Parkinson-Erkrankung bestanden.

Die am 8. August 1938 geborene Klägerin, die den damals pflegebedürftigen P. P. (Pflegestufe I ab April 2001, II ab 7/2005, Bl. 1204, 1371 V-Akte) seit 2000 betreute und 2003 geheiratet hatte, beantragte am 5. Juli 2010 die Gewährung einer Witwenrente nach dem BVG mit der Begründung, P. P. sei an seinen Schädigungsfolgen verstorben, nämlich einer Pneumonie infolge einer COPD.

Dr. H. führte in ihrer versorgungsärztlichen Stellungnahme aus, dass der im 106. Lebensjahr stehende P. P. laut Leichenschein infolge einer Lungenentzündung bei bekannter COPD und Morbus Parkinson verstorben sei. Laut dem Klinik-Bericht bzw. Sterbebrief über die stationäre Behandlung vom 26. bis 27. Januar 2010 habe er sich in sehr schlechtem Allgemeinzustand bei fieberhaftem Infekt, der ambulant antibiotisch behandelt worden sei, befunden. Die akute respiratorische Verschlechterung habe durch nicht-invasive Maßnahmen nicht mehr stabilisiert werden können. Der Versorgungsberechtigte sei somit nicht an Schädigungsfolgen verstorben und diese hätten auch am Tod nicht mitgewirkt.

Gestützt hierauf lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 9. August 2010 den Antrag der Klägerin mit der Begründung ab, ein ursächlicher Zusammenhang der unmittelbaren Todesursache mit den anerkannten Schädigungsfolgen lasse sich nicht begründen. Deswegen sei der Tod nicht Folge einer Schädigung, weshalb ein Anspruch auf Witwenrente nicht bestehe.

Mit ihrem hiergegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, dass die bekannte COPD Folge einer Lungenschädigung sei und P. P. deswegen an wiederkehrenden Bronchial-Infekten gelitten habe. PD Dr. W., S.-Kliniken H., führte im von der Klägerin vorgelegten Attest vom 22. Juli 2010 aus, er wolle sich nicht zu dem Zusammenhang mit Schädigungsfolgen äußern, um eine "Gefälligkeitsbeurteilung" zu vermeiden. Mit Widerspruchsbescheid vom 16. September 2010 wies der Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, der Ehemann der Klägerin sei nicht an den Folgen einer Schädigung gestorben. Die zum Tode führende Erkrankung sei weder als Schädigungsfolge anerkannt noch habe sie im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Schädigungsfolgen oder einer sonstigen Schädigung im Sinne des BVG gestanden. Der Kläger sei vielmehr wegen einer Lungenentzündung behandelt worden. Eine Funktionsbeeinträchtigung der Lunge als Folge des erlittenen Lungen-Durchschusses rechts sei nicht verblieben. Der Stecksplitter habe sich nicht in der Lunge, sondern in den Thorax-Weichteilen einliegend befunden. Die zunehmende Kurzatmigkeit habe sich nach den lungenfachärztlichen Befunden durch eine chronisch-obstruktive Bronchitis mit Lungenemphysem erklärt. Bei normalen Blutgaswerten sei diese Erkrankung schädigungsunabhängig.

Hiergegen hat die Klägerin am 15. Oktober 2010 Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben, zu deren Begründung sie ergänzend ausgeführt hat, dass der Verstorbene insgesamt sechs Operationen zwischen 1944 und 1992 habe durchführen müssen. Die Pneumonie infolge der COPD stehe deswegen im wesentlichen Zusammenhang mit den Kriegsverletzungen.

Sie hat hierzu verschiedene Behandlungsunterlagen vorgelegt, wonach P. P. wiederholt zu Lasten des Beklagten wegen eitriger Bronchitiden und COPD behandelt worden war.

Der Beklagte ist der Klage mit der Begründung entgegengetreten, dass der verstorbene Ehemann der Klägerin als Schwerstkriegsbeschädigter Anspruch auf Übernahme aller Heilbehandlungs-kosten unabhängig davon, ob es sich um Schädigungsfolgen oder schädigungsunabhängige Erkrankungen gehandelt habe, gehabt habe. Aus dem Umstand der Kostenübernahme könne deshalb nicht auf die Anerkennung als Schädigungsfolge geschlossen werden.

Nach Durchführung eines Erörterungstermins vom 20. Mai 2011 hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 6. März 2012 mit der Begründung abgewiesen, ausgehend vom Leichenbeschauschein und dem Sterbebrief sei Todesursache des P. P. eine Lungenentzündung gewesen, die sich auf der Grundlage einer COPD entwickelt habe. Dies habe das Klinikum A. H. als unmittelbare Todesursache eingestuft. Zutreffend habe der Beklagte darauf hingewiesen, dass diese Erkrankung nicht mit den festgestellten Schädigungsfolgen im Zusammenhang stehe. Denn der Lungendurchschuss habe nicht zu einer Funktionsbeeinträchtigung der Lunge geführt und der Stecksplitter habe sich nicht in der Lunge, sondern in den Thorax-Weichteilen einliegend gefunden. Die chronisch-obstruktive Bronchitis mit Lungenemphysem stehe nicht im Zusammenhang mit den Schädigungsfolgen.

Gegen den am 8. März 2012 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 5. April 2012 Berufung mit der Begründung eingelegt, ihr Mann habe sich wegen der chronischen Nasennebenhöhlenerweiterung zwischen 1944 und 1992 insgesamt 6 Operationen unterziehen müssen. Die folgenden Behandlungen hätten immer auf Kriegsfolgeschäden beruht. Es sei auch ein Zusammenhang zwischen der chronischen Sinusitis und den rezidivierenden Bronchiden bestätigt worden, welches der Beklagte außer Acht lasse.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 6. März 2012 sowie den Bescheid vom 9. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. September 2010 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, ihr Witwenrente zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er ist weiterhin der Auffassung, dass der Ehemann der Klägerin nicht an Schädigungsfolgen, sondern einer Pneumonie verstorben sei. Der Lungendurchschuss habe zu keiner Funktionsbeeinträchtigung der Lunge geführt. Weiter hätte zutreffender Weise keine Verschlimmerung der anerkannten chronischen Nasennebenhöhlenentzündung mit Bescheid vom 25. September 2000 festgestellt werden können.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat der Senat ein Gutachten nach Aktenlage nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingeholt. Der zunächst benannte Hausarzt Dr. U., der P. P. von Mai 1977 bis Dezember 2008 behandelt hat, hat darauf hingewiesen, dass auch P. P. immer wieder versucht habe, einen Zusammenhang zwischen der anerkannten chronischen Nasennebenhöhlenentzündung und der nicht anerkannten chronisch-obstruktiven Bronchitis zu konstruieren. Dazu habe er als Hausarzt wiederholt geäußert, dass er keinen Zusammenhang zwischen beiden Krankheitsbildern sehe. In den letzten 10 Jahren habe P. P. überwiegend an der chronischen Bronchitis mit wiederkehrenden, teils schwer überlagernden Lungenentzündungen bei wiederholten stationären Einweisungen gelitten. Als behandelnder Hausarzt halte er sich für befähigt und sehe sich als Allgemeinarzt auch nicht in der Lage, das Gutachten zu erstatten, da er keinerlei Lungen- oder HNO-fachärztliche Kompetenz habe.

Sodann wurde Prof. Dr. S., Ärztlicher Direktor der HNO-Abteilung des Klinikums S., mit der Erstattung des Gutachtens beauftragt, der dargelegt hat, dass es aus HNO-ärztlicher Sicht unwahrscheinlich sei, dass der Tod durch die chronische Nasennebenhöhleneiterung mit Neigung zu Kopfschmerzen eingetreten sei. Ob die anderen Wehrdienstschädigungen zum Tod beigetragen hätten, sei ggfs. im Rahmen eines internistischen Gutachtens zu klären.

Die Vorsitzende hat den Sachverhalt mit den Beteiligten am 30. Oktober 2014 erörtert. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Niederschrift vom gleichen Tag verwiesen.

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

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 151, 143 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf die Gewährung einer Witwenrente.

Der Senat konnte in der Sache entscheiden, ohne ein weiteres internistisches Gutachten, wie von Prof. Dr. S. angeregt, einzuholen. Denn dem Senat liegen zahlreiche, auch noch zu Lebzeiten des P.P. eingeholte internistische Gutachten zu den Schädigungsfolgen vor, die dem Senat auch unter Einbeziehung des Leichenschauzeichens wie der ärztlichen Bestätigung des Klinikums A. H. eine Beurteilung der Zusammenhangsfrage des Todes mit Schädigungsfolgen ermöglichen. Das Antragsrecht der Klägerin nach [§ 109 SGG](#) ist durch Einholung des HNO-ärztlichen Gutachtens von Prof. Dr. S. verbraucht.

Rechtsgrundlage für den klägerischen Anspruch ist § 38 Abs. 1 Satz 1 BVG. Danach hat u.a. die Witwe Anspruch auf Hinterbliebenenrente, wenn ein Beschädigter an den Folgen einer Schädigung gestorben ist. Der Tod gilt nach Satz 2 stets dann als Folge einer Schädigung, wenn ein Beschädigter an einem Leiden stirbt, das als Folge einer Schädigung rechtsverbindlich anerkannt und für das ihm im Zeitpunkt des Todes Rente zuerkannt war.

Dass diese Voraussetzungen bei P. P. nicht vorliegen, hat das SG in Auswertung des Leichenschauzeichens und des Sterbebriefs des Klinikums A. H. wie der versorgungsärztlichen Stellungnahme von Dr. H. ausführlich begründet dargelegt. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) an und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Ergänzend ist auch im Hinblick auf die Ermittlungen des Senats auszuführen, dass die COPD, die letztlich nach dem Leichenschauzeichen und dem Sterbebrief des Klinikums A. H. zu der Lungenentzündung als Todesursache geführt hat, von dem Beklagten nicht als Schädigungsfolge anerkannt worden ist, was der Senat dem zuletzt hierzu ergangenen Bescheid vom 25. September 2000 entnimmt.

Soweit sich die Klägerin darauf stützt, dass P.P. zu Lebzeiten wiederholt zu Lasten des Beklagten wegen der COPD behandelt worden ist, so übersieht sie, dass nach § 10 Abs. 2 BVG Schwerbeschädigten wie dem P. P. Heilbehandlung auch für solche Gesundheitsstörungen gewährt wird, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind. Insoweit kann die Klägerin aus dem Umstand, dass P.P. wiederholt stationärer Behandlung wegen der chronischen Bronchitis bedurfte und der Beklagte hierfür die Kosten übernahm, wie dies zuletzt der behandelnde Hausarzt Dr. U. bestätigt hat, nichts für eine Anerkennung dieser Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge herleiten.

Wenn also ein Todesleiden wie vorliegend nicht bereits zu Lebzeiten des Beschädigten als Schädigungsfolge festgestellt worden ist, muss sich diese Feststellung nach dem Tod des Beschädigten nachträglich treffen lassen. Das kann schon deshalb misslingen, weil nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit (Vollbeweis) gesagt werden kann, welches das Todesleiden ist (BSG, Urteil vom 5. Mai 1993 - [9/9a RV 1/92](#) - SozR 3-3100, § 38 Nr. 2). Vollbeweis bedeutet, dass zur Überzeugung des Gerichts ein an Gewissheit grenzender Grad der Wahrscheinlichkeit oder ein so hoher Grad an Wahrscheinlichkeit besteht, dass kein vernünftiger Mensch noch an den Tatsachen zweifeln kann (BSG, Urteil vom 15. Dezember 1999 - B 9 VS 2/98 - SozR 3-3200, § 81 Nr. 16; BSG, Urteil vom 28. Juni 2000 - [B 9 VG 3/99 R](#) - SozR 3-3900, § 15 Nr. 3).

Ausgehend hiervon hat auch für den Senat überzeugend der Sachverständige Dr. S. bereits in seinem Gutachten vom 11. Juni 1989

zutreffend dargelegt, dass der anerkannte Lungendurchschuss nicht zu der chronisch-rezidivierend verlaufenden obstruktiven Bronchitis geführt hat. Deswegen ist im Röntgenbild auch nur eine verheilte Fraktur der 6. Rippe rechts basal und eine ausgeprägt zartstreifige narbige Veränderung im dorso-lateralen peripheren rechten Oberlappen zu erkennen. Aufgrund der Geringfügigkeit der Verletzung sowie der fehlenden Beeinträchtigung des Tracheobronchialsystems und des Lungenparenchyms waren keine negativen Auswirkungen auf das Bronchial-System zu erwarten, so dass der Sachverständige auch für den Senat nachvollziehbar zu dem Ergebnis gelangt ist, dass die seit Jahren geklagten Beschwerden des P.P. von Seiten der chronisch-rezidivierend verlaufenden obstruktiven Bronchitis nicht auf die Durchschuss-Verletzung zu beziehen sind.

Gleiches gilt auch für die vom Beklagten als Schädigungsfolge anerkannte Sinusitis, die nicht für die COPD ursächlich wurde. Denn eine solche Entzündung der Nasennebenhöhlen ruft nach medizinischem Erfahrungswissen nicht eine Entzündung eines anderen Organs (hier der Lunge) direkt kausal hervor, vielmehr wird sie als Begleiterkrankung mit gleicher Ursache (Schleimhautabwehrschwäche oder Zilien-Funktionsstörungen) beschrieben. Auch das hat der Sachverständige Dr. S. in nachvollziehbarer Weise dargelegt. Dr. H. hat in der damals gefertigten versorgungsärztlichen Stellungnahme daher zutreffend darauf verwiesen, dass eine Schleimhautabwehrschwäche im weitesten Sinne körpereigene, schädigungsunabhängige Ursachen hat. Dies hat auch zuletzt Dr. U. in seiner Auskunft an den Senat vom 1. November 2013 so bestätigt, so dass die Klägerin sich auf dessen vorangegangenes Attest vom 19. Juli 2010 nicht stützen kann. Auch PD Dr. W. hat ihr letztlich nicht bestätigen können, dass der Tod aufgrund der Kriegsschädigung eingetreten ist und ausdrücklich eine "Gefälligkeitsbeurteilung" versagt.

Schließlich kann die Klägerin auch aus dem Arztbericht von PD Dr. C. über die stationäre Behandlung vom 23. Dezember 1987 bis 20. Januar 1988 in den Krankenanstalten der Stadt Heilbronn nichts herleiten. P. P. wurde damals wegen multipler Lungenembolien bei Beinvenenthrombose rechts in die Krankenhausbehandlung aufgenommen und zusätzlich HNO-ärztlich untersucht, welches eine Sinusitis maxillaris erbrachte, die antibiotisch behandelt worden ist. Dass die Sinusitis, wie in den eingangs ausgeführten Gutachten dargelegt ist, zu rezidivierenden Bronchitiden führen kann, belegt nicht, dass die zum Tode führende COPD auf das anerkannte Schädigungsleiden der chronischen Nasennebenhöhlenvereiterung zurückzuführen ist. Vielmehr hat Dr. H. in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. S. dargelegt, dass richtungsführend für die chronischen Bronchiden die Schleimhauterkrankung des P. P. war, der Lungendurchschuss aber ebenso wenig wie die Nasennebenhöhlenerkrankung zu einer COPD führen kann.

Die Berufung der Klägerin war deswegen mit der Kostenfolge des [§ 193 SGG](#) zurückzuweisen.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-04-07