

L 4 KR 424/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 3623/14
Datum
19.01.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 424/15
Datum
18.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Feststellungsklage, dass die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eingetreten ist, ist gegenüber einer Leistungsklage subsidiär. Für eine solche Feststellungsklage fehlt es am Feststellungsinteresse, wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung bereits eine Leistungsklage auf Freistellung oder Erstattung von entstandenen Kosten erhoben werden könnte
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 19. Januar 2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten, ob der Kläger die Erstattung der Kosten einer bariatrischen Operation in Höhe von EUR 11.359,29 (bei richtiger Addition: EUR 11.449,29) aufgrund der Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) beanspruchen kann.

Der Kläger ist am 1977 geboren und bei der Beklagten krankenversichert. Er ist 180 cm groß und wog am 2. Oktober 2014 190 Kilogramm. Dies entspricht einem Body-Mass-Index (BMI) von 58,6. Vom 8. bis 14. Oktober 2014 befand sich der Kläger zur stationären Behandlung im S. Klinikum O., wo bei ihm eine partielle Magenresektion durchgeführt wurde. Hierfür stellte ihm das Klinikum unter dem 2. Dezember 2014 einen Betrag von EUR 8.651,91 in Rechnung. Für Laborleistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt wurde ihm unter dem 20. November 2014 ein Betrag von EUR 215,65 und unter dem 3. Dezember 2014 ein Betrag von EUR 223,13 in Rechnung gestellt. Für weitere Behandlungen wurden dem Kläger mit korrigierter Rechnung vom 23. April 2015 ein Betrag von EUR 2.358,60 in Rechnung gestellt.

Am 13. Oktober 2014 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine bariatrische Operation als Sachleistung. Es bestehe eine primäre Indikation nach der S3-Leitlinie "Chirurgie der Adipositas" von 2010. Danach könne in Ausnahmefällen auch primär eine chirurgische Therapie durchgeführt werden, wenn Art und/oder Schwere der Krankheit bzw. psychologische Gegebenheiten bei Erwachsenen annehmen ließen, dass eine chirurgische Therapie nicht aufgeschoben werden könne und die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg sei. Ein solcher Fall liege hier vor. Weitere konservative Therapien seien weder verfügbar noch erfolgversprechend. Nach den S3-Leitlinien "Prävention und Therapie der Adipositas" von 2014 könne eine chirurgische Therapie auch primär ohne eine präoperative konservative Therapie durchgeführt werden, wenn die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg sei oder der Gesundheitszustand des Patienten keinen Aufschub eines operativen Eingriffs zur Besserung durch Gewichtsreduktion erlaube. Dies sei der Fall bei besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas, bei einem BMI von über 50 kg/m² und persönlichen psychosozialen Umständen, die keinen Erfolg einer Lebensstiländerung in Aussicht stellten. Für den Fall, dass die Sache dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorgelegt werden solle, teile er schon jetzt mit, dass weitere Unterlagen im Rahmen des Antragsverfahrens seinerseits nicht vorgelegt würden. Sein Vortrag sei mit diesem Schreiben abgeschlossen. Die Beklagte solle von der Übersendung von Fragebögen absehen. Sein Anspruch ergebe sich aus dem Gesetz, den Leitlinien der Fachgesellschaften und der aktuellen Rechtsprechung; er stehe und falle nicht mit dem Ausfüllen solcher Fragebögen. Der Kläger fügte seinem Antrag ein Schreiben des Prof. Dr. W. (Chefarzt der Chirurgischen Klinik für metabolische Chirurgie und Adipositaschirurgie des S. Klinikums O.) vom 6. Oktober 2014 bei. Danach sei ein adipositaschirurgischer Eingriff sowie aufgrund der Beschwerden und des Gewichtes als Operation die Bildung eines Schlauchmagens indiziert.

Mit Schreiben vom 23. Oktober 2014 übersandte die Beklagte dem Kläger einen Fragebogen ("Selbstauskunftsbogen Adipositas") mit der Bitte um Beantwortung. Sie wies zugleich auf die Mitwirkungspflichten des Klägers hin. Mit Schreiben vom 21. November 2014 erinnerte sie an die Beantwortung des Fragebogens. Der Kläger reagierte auf beide Schreiben nicht.

Am 24. November 2014 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) mit dem Antrag festzustellen, dass sein Antrag auf Gewährung einer bariatrischen Operation als Sachleistung als genehmigt gelte. Er vertrat die Ansicht, dass die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eingetreten sei, da die Beklagte die Fünf-Wochenfrist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) nicht eingehalten habe. Eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung der Beklagten, die Frist nicht einhalten zu können, sei gerade nicht erfolgt. Die Auslegung der Vorschrift habe entsprechend der gesetzgeberischen Intention eines Beschleunigungseffektes im Interesse des Patienten zu erfolgen. Der Gesetzgeber habe mit der Einführung neuer und stark verkürzter Fristen weder ein Verantwortungs- noch ein Verschuldensprinzip etabliert. Der Gesetzgeber habe für die Mitteilung der Krankenkasse, dass die Frist nicht eingehalten werden könne, auch die Darlegung von hinreichenden Gründen verlangt. Damit habe er ausdrücklich klargestellt, dass Organisationsmängel und Arbeitsüberlastung der Krankenkassenmitarbeiter keine solchen tragfähigen Gründe seien. Auch Verzögerungen beim MDK entbänden die gesetzliche Krankenkasse nicht von den gesetzlich klar normierten Fristen. Lege man dem Gesetzeswortlaut zugrunde, so könne die Mitteilung der hinreichenden Gründe natürlich nicht konkludent erfolgen. Die entsprechende Norm sei in der Mitteilung zu benennen. Mit dem Eintritt der Genehmigungsfiktion sei das Antragsverfahren in der Hauptsache erledigt. Für eine Befassung der Beklagten mit dem Fall sei vorliegend kein Raum mehr, da es nichts mehr gebe, worüber man in der Sache entscheiden könne. Ab dem Moment des Eintritts der Genehmigungsfiktion habe der Antragsteller die Sicherheit, dass der originäre Sachleistungsanspruch bestehe. Einem Widerspruchs- oder Leistungsklageverfahren fehle dann mangels Beschwer das Rechtsschutzinteresse. Schon vor dem Hintergrund von [Art. 19 Abs. 4](#) Grundgesetz (GG) müsse die Frage, ob die Genehmigungsfiktion eingetreten sei oder nicht, justiziabel sein. Diese Norm gelte nicht nur im Bereich der Erstattungsansprüche, sondern auch im Rahmen der Sachleistungsansprüche. Die Krankenkasse sei nach dem Eintritt der Genehmigungsfiktion mit allen Einwendungen (insbesondere mit der Einwendung fehlender medizinischer Notwendigkeit) ausgeschlossen, da sie diese zuvor nicht fristgerecht vorgebracht habe.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Mit den vom Kläger zur Verfügung gestellten Unterlagen sei eine abschließende Entscheidung nicht möglich gewesen. Sie habe deshalb dem Kläger einen Fragebogen zukommen lassen. Die darin gestellten Fragen seien für die Beurteilung der Angelegenheit unerlässlich. Die Anfrage sei trotz Erinnerung unbeantwortet geblieben. Die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion lägen nicht vor. Dem Kläger sei durch die Anforderung des Fragebogens bewusst gewesen, dass nur die vollständigen Antragsunterlagen eine Entscheidung im Einzelfall ermöglichen. Durch sein Unterlassen, die Anfrage zu beantworten, habe er es zu vertreten, dass über den Antrag noch nicht entschieden werden können. Er könne deshalb nicht gutgläubig davon ausgehen, dass der Antrag als genehmigt gelte.

Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 19. Januar 2015 ab. Die Feststellungsklage sei zulässig. Die gesetzlichen Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion seien vorliegend jedoch nicht erfüllt. Der Antrag sei zwar vollständig gewesen, da Angaben über die Entstehung der Adipositas nicht zur Konkretisierung des Antrages, sondern lediglich zu dessen Begründung dienten. Jedoch liege kein Sachverhalt vor, der die Genehmigungsfiktion auslösen könne. Die Frist diene dazu, gesetzliche Krankenkassen zu einer zügigen Verfahrensweise zu veranlassen. Wenn der Versicherte seinen Mitwirkungsobliegenheiten nicht nachkomme, indem er den übermittelten Fragebogen nicht beantworte, so könne er sich als Verursacher der Verzögerung nach dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht missbräuchlich darauf berufen, dass die Beklagte über den Antrag nicht entschieden habe. Die Mitwirkungsobliegenheit eines Versicherten sei Ausdruck des Grundsatzes, dass Sozialleistungsträger und Sozialleistungsberechtigte gleichermaßen das ihnen Zumutbare tun müssten, um einander vor vermeidbarem Schaden zu bewahren. Gegen diese Verpflichtung habe der Kläger gröblich verstoßen, indem er die von der Beklagten betriebene Sachverhaltsaufklärung durch eine Verweigerung von Auskünften zu den näheren Umständen der Entwicklung des Übergewichtes und bestehender Begleiterkrankungen vereitelt habe.

Gegen den ihm am 26. Januar 2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am selben Tag beim SG Berufung eingelegt. Die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion seien vorliegend erfüllt. Die Krankenkasse sei verpflichtet, dem Versicherten mitzuteilen, wenn sie die Fristen nicht einhalten könne; dabei spiele es keine Rolle, ob diese Probleme oder Hindernisse dem Verantwortungsbereich des Versicherten oder dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse zuzuordnen seien. Eine fehlende Mitwirkung des Versicherten hemme nicht automatisch die Fristen des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#). Sei die fehlende Mitwirkung eines Versicherten der Grund dafür, dass eine Krankenkasse die Frist nicht einhalten könne, so müsse sie dies gegenüber dem Versicherten aktiv und schriftlich kommunizieren. Konkludent gehe dies wegen des eindeutigen Wortlautes der Norm nicht. Hinzu komme, dass die Sanktion für fehlende Mitwirkung eine Ablehnungsentscheidung sei und nicht das Ruhenlassen der weiteren Antragsbearbeitung zu Lasten des Versicherten. Im Übrigen habe er seine Mitwirkungspflichten gar nicht verletzt. Er habe bereits im Antrags Schreiben der Beklagten mitgeteilt, von Rückfragen abzusehen. Wenn eine Krankenkasse – wie die Beklagte im vorliegenden Fall – von den gesetzlich zur Verfügung stehenden Instrumenten rechtsfehlerhaft keinen Gebrauch mache, sei sie in einem sich anschließenden Feststellungsverfahren nicht mehr schutzwürdig. Inzwischen habe er sich die streitgegenständliche Behandlung selbst beschafft; hierfür seien ihm Kosten von insgesamt EUR 11.359,29 (bei richtiger Addition: EUR 11.449,29) entstanden. Der Kläger behauptet, den Antrag bei der Beklagten bereits am 1. Oktober 2014 gestellt zu haben.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 19. Januar 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Kosten des adipositaschirurgischen Eingriffs in Höhe von EUR 11.449,29 zu erstatten, hilfsweise, das Ruhen des Verfahrens bis zum Abschluss des Verwaltungs- und Vorverfahrens anzuordnen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung des SG im Ergebnis für zutreffend.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie auf die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 143 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist auch im Übrigen zulässig. Sie bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, da der Kläger Leistungen von mehr als EUR 750,00 begehrt (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)), nämlich einen Betrag von EUR 11.449,29. Der Senat konnte gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) aufgrund des Einverständnisses der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

2. Die Berufung ist aber unbegründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Die Klage ist allerdings bereits unzulässig.

a) Die ursprüngliche Feststellungsklage war unzulässig.

aa) Die Statthaftigkeit von Feststellungsklagen im sozialgerichtlichen Verfahren bestimmt sich nach [§ 55 SGG](#). Gemäß [§ 55 Abs. 1 SGG](#) kann mit der Klage 1. die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses, 2. die Feststellung, welcher Versicherungsträger der Sozialversicherung zuständig ist, 3. die Feststellung, ob eine Gesundheitsstörung oder der Tod die Folge eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes ist und 4. die Feststellung der Nichtigkeit eines Verwaltungsakts begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat.

Einschlägig ist hier (nur) [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#). Unter einem Rechtsverhältnis in diesem Sinne sind die aus einem konkreten Sachverhalt aufgrund einer Rechtsnorm sich ergebenden rechtlichen Beziehungen einer Person zu einer anderen Person oder einer Sache zu verstehen (Bundesverwaltungsgericht [BVerwG], Urteil vom 25. März 2009 – [8 C 1/09](#) – in juris, Rn. 15 m.w.N.; Urteil des Senats vom 23. Januar 2015 – [L 4 KR 2482/13](#) – in juris, Rn. 35; Scholz, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 55 Rn. 33 m.w.N.). Feststellungsfähig sind damit die sich aus der Anwendung einer Norm auf einen konkreten, bereits überschaubaren Sachverhalt ergebenden Rechte oder Pflichten (BVerwG, Urteil vom 25. März 2009 – [8 C 1/09](#) – in juris, Rn. 15 m.w.N.; Urteil des Senats vom 23. Januar 2015 – [L 4 KR 2482/13](#) – in juris, Rn. 35; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 55 Rn. 5). Bei der Frage, ob die Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) eingetreten ist, handelt es sich um ein solche nach dem Bestehen oder Nichtbestehen eines Rechtsverhältnisses, weil es um die Feststellung konkreter Rechte (des Versicherten) und Pflichten (der Krankenkasse) geht. Dabei ist Rechtsfolge des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) allerdings nicht, dass die beantragte Leistung als durch einen fingierten Verwaltungsakt genehmigt gilt (so aber Landessozialgericht [LSG] Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23. Mai 2014 – [L 5 KR 222/14 B ER](#) – in juris, Rn. 9; Noftz, in: Hauck/Noftz [Hrsg.], § 13 Rn. 58f [März 2014]; Rieker, NZS 2015, 294 [297]), sondern die Rechtsfolge des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) ergibt sich – bei Vorliegen der Voraussetzungen – unmittelbar aus dem Gesetz. Dies wird auch dadurch deutlich, dass es dem [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) an Regelungen mangelt, die [§ 42a](#) Verwaltungsverfahrensgesetz entsprechen und zu einer Parallelisierung mit den Vorschriften über Verwaltungsakte führen.

bb) Die Feststellungsklage ist jedoch gegenüber einer Gestaltungs- oder Leistungsklage subsidiär (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 28. März 2013 – [B 4 AS 42/12 R](#) – in juris, Rn. 12; BSG, Urteil vom 20. Mai 1992 – [14a/6 RKa 29/89](#) – in juris, Rn. 19; BSG, Urteil vom 30. Oktober 1980 – [8a RU 96/79](#) – in juris, Rn. 15). Eine Feststellung kann daher nicht begehrt werden, soweit der Kläger seine Rechte durch Gestaltungs- oder Leistungsklage verfolgen kann (BSG, Urteil vom 20. Mai 1992 – [14a/6 RKa 29/89](#) – in juris, Rn. 19). In einem solchen Fall fehlt es am notwendigen Feststellungsinteresse.

An einem solchen Feststellungsinteresse fehlt es vorliegend. Denn der Kläger hat sich die begehrte Leistung bereits während eines stationären Aufenthaltes vom 8. bis 14. Oktober 2014 und damit vor Klageerhebung am 24. November 2014 beschafft. Er hätte zu diesem Zeitpunkt bereits eine Leistungsklage auf Freistellung von den durch die stationäre Behandlung und in deren Zusammenhang entstandenen Kosten erheben können. Ob der Kläger den Antrag bei der Beklagten bereits am 1. Oktober 2014 gestellt hat – so sein Vortrag – oder ob der Antrag dort am 13. Oktober 2014 eingegangen ist – so die Aktenlage – ist dabei nicht entscheidend, da die Klageerhebung in jedem Fall später erfolgte.

Das SG konnte diesen Umstand nicht berücksichtigen, da der Kläger im erstinstanzlichen Verfahren nicht mitgeteilt hat, dass er sich die Leistung bereits beschafft hatte.

b) Die Klage ist nicht dadurch zulässig geworden, dass der Kläger die Feststellungsklage im Berufungsverfahren in eine allgemeine Leistungsklage umgestellt hat. Der Senat kann offen lassen, ob es sich wegen [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG](#) bereits nicht um eine Klageänderung handelt (so LSG Saarland, Urteil vom 17. Juni 2015 – [L 2 KR 180/14](#) – in juris, Rn. 19 im Anschluss an BSG, Urteil vom 20. März 2007 – [B 2 U 38/05 R](#) – in juris, Rn. 12; zu [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) etwa LSG Hessen, Urteil vom 22. Mai 2014 – [L 8 KR 7/11](#) – in juris, Rn. 26), ob die Klageänderung sachdienlich ist oder die Beklagte in eine solche Klageänderung eingewilligt hätte (vgl. [§ 99 Abs. 1 SGG](#)). Denn in jedem Fall entbindet dies nicht von der Notwendigkeit, dass die Zulässigkeitsvoraussetzungen für eine Klage im Übrigen vorliegen müssen (vgl. nur BSG, Urteil vom 18. März 2015 – [B 2 U 8/13 R](#) – in juris, Rn. 14 m.w.N.; Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 99 Rn. 13a).

Auch die allgemeine Leistungsklage ist aber unzulässig, weil es am notwendigen Verwaltungs- und Vorverfahren mangelt. Die Beklagte hat über das Begehren des Klägers auf Übernahme der Kosten der Magenresektion bislang nicht entschieden. Die Notwendigkeit einer solchen behördlichen Entscheidung (vgl. nur Biersborn, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 54 Rn. 177 f. m.w.N.; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 54 Rn. 39b) kann der Kläger nicht dadurch umgehen, dass er mit der Klage zunächst die – zudem unzulässige (siehe oben) – Feststellung begehrte, dass die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eingetreten ist, gerade weil eine behördliche Entscheidung nicht getroffen worden sei. Dies gilt jedenfalls deshalb, weil diese Genehmigungsfiktion nur eintreten kann, wenn die Leistung nach Ablauf der Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) beschafft wird (vgl. [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#)).

Dies war hier jedoch nicht der Fall; der Kläger hat sich die Leistung bereits vor Ablauf dieser Frist beschafft bzw. überwiegend sogar vor Antragstellung bei der Beklagten. Ein Antrag im Sinne des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) lag nach Aktenlage (allenfalls) mit dem (anwaltlichen) Schreiben des Klägers vom 10. Oktober 2014, das am 13. Oktober 2014 bei der Beklagten einging, vor. Die Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) begann damit am 14. Oktober 2014 zu laufen ([§ 26 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch [SGB X] i.V.m. [§ 187 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]; vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 23. Mai 2014 – [L 5 KR 222/14 B ER](#) – in juris, Rn. 6; Noftz, in: Hauck/Noftz [Hrsg.], [§ 13 SGB V](#) Rn. 58f [März 2014]). Der stationäre Aufenthalt begann indes bereits am 8. Oktober 2014 und endete am 14. Oktober

2014. Hieran würde sich im Ergebnis nichts ändern, wenn der Kläger – so sein Vorbringen – den Antrag bei der Beklagten bereits am 1. Oktober 2014 gestellt hätte; in diesem Fall wäre die Frist am 29. Oktober 2014 geendet ([§ 26 Abs. 1 SGB X](#) i.V.m. [§ 188 Abs. 2 BGB](#)).

Das Ruhen des Verfahrens, das der Kläger zuletzt (sinngemäß hilfsweise) beantragt hat, war nicht anzuordnen. Hierfür fehlt es bereits an einem übereinstimmenden Antrag der Beklagten, der gemäß [§ 202 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 251 Satz 1](#) Zivilprozessordnung notwendig ist. Aber auch eine Aussetzung des Verfahrens in entsprechender Anwendung des [§ 114 Abs. 2 SGG](#) war nicht anzuordnen. Dabei kann dahinstehen, ob die Aussetzung des Verfahrens dann zulässig oder gar geboten ist, wenn lediglich noch das Vorverfahren durchzuführen ist (vgl. dazu Leopold, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 114 Rn. 48 m.w.N.). Jedenfalls dann, wenn – wie hier – nicht einmal ein Ausgangsverwaltungsakt ergangen ist, ist eine Aussetzung des Verfahrens weder geboten (vgl. LSG Hessen, Beschluss vom 5. Juni 2013 – [L 8 KR 127/13 B](#) – in juris, Rn. 16; Leopold, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 114 Rn. 48) noch erscheint sie dem Senat im Rahmen des ihm zustehenden Ermessens (vgl. Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 114 Rn. 7) sinnvoll. Der Kläger erleidet keinen Rechtsverlust dadurch, dass er zunächst das notwendige Verwaltungs- und ggf. Vorverfahren durchführt und anschließend ggf. erneut den Rechtsweg beschreitet. Im Gegenteil ginge ihm eine Tatsacheninstanz verloren, da das SG über die Leistungsklage bislang nicht entschieden hat.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-10-13