

L 5 KR 13/08

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 14 KR 437/05

Datum

17.12.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 5 KR 13/08

Datum

13.01.2009

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Würzburg vom 17. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über den Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten für eine funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT) der oberen Halswirbelsäule (HWS) in hochauflösender Technik bei Dr. V ...

Der 1953 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten. Für ihn beantragte am 28.6.2005 der Arzt für Allgemeinmedizin L. wegen der 1990 erlittenen Verletzung die Durchführung eines MRT in hochauflösender Technik, durchgeführt von Dr. V., um entscheiden zu können, welche Therapie weiterhin zur Behandlung seiner Beschwerden an der Halswirbelsäule erforderlich ist. Beigefügt war ein Bericht von Dr. V. über die zu Lasten der Beklagten 1997 bereits einmal durchgeführte MRT-Untersuchung sowie eine medizinische Abhandlung von Dr. V ...

Die Beklagte veranlasste eine Stellungnahme durch den medizinischen Dienst (MDK) zur Frage ob die außervertragliche Diagnostik bei Dr. V. medizinisch indiziert sei, bzw. ob Vertragspartner, die entsprechende Untersuchungen durchführen, bekannt seien. Die Stellungnahme wurde am 7.7.2005 von Dr. P. - Facharzt für Neurochirurgie - erstellt. Dieser führte aus, dass es sich bei der funktionellen Kernspintomographie um ein Verfahren handle, das in der wissenschaftlichen Literatur hinsichtlich der Beurteilung der oberen HWS umstritten sei. Da nach dem Befund aus dem Jahre 1997 beim Kläger sicherlich keine größere Bandverletzungen und keine Instabilität im Bereich der oberen HWS eingetreten sei, reiche zur Kontrolle des Befundes eine konventionelle Kernspintomographie aus. Die beantragte Leistung sei als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen liege dazu nicht vor.

Mit Bescheid vom 13.7.2005 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für eine funktionelle MRT ab, zur Begründung stützte sie sich auf die Ausführungen von Dr. P ...

Der Kläger begründete seinen Widerspruch vom 26.7.2005 mit der Notwendigkeit der Untersuchung, um über die weitere Therapie entscheiden zu können. Da es sich um Unfallfolgen handele, könnten die Kosten bei der privaten Versicherung zurückgefordert werden.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 7.10.2005 zurück mit der Begründung, die von Dr. V. privatärztlich angebotene funktionelle MRT in hochauflösender Technik stelle keine Leistung zu Lasten der Krankenkassen dar, da diese neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht vom Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) empfohlen sei. Auch unter Beachtung der Rechtsprechung zur Behandlung akut lebensbedrohlicher Situationen könne die beantragte Methode nicht übernommen werden.

Die mit Schriftsatz vom 1.1.2005 zum Sozialgericht Würzburg erhobene Klage begründete der Kläger damit, dass die

Untersuchungsmethode von Dr. V. hinsichtlich ihrer Qualität und Leistungsfähigkeit dem allgemeinen anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse entspreche, wie die Publikationen vom Spezialisten Dr. V. beweisen würden. Im Übrigen habe die Beklagte 1997 bereits eine derartige Untersuchung bewilligt. Die jetzt beantragte Untersuchung sei notwendig, um die in letzter Zeit ständig zunehmenden Beschwerden abzuklären und die zukünftige Therapie zu bestimmen. Es sei zu berücksichtigen, dass die Verletzungen nicht mit anderen bildgebenden Verfahren so dargestellt werden könnten, dass diese als Grundlage für die Entscheidung der weiteren Therapie ausreichen. Nur mit der beantragten funktionellen MRT-Untersuchung mit den modernsten Geräten könne das tatsächliche Ausmaß und der aktuelle Stand der Verletzungen dargestellt werden. Entgegen der Auffassung der Beklagten seien die Untersuchungen mittels funktioneller MRT keineswegs umstritten, sondern vielmehr für die Diagnose Mittel der Wahl, wie sich aus Studien in den USA belegen ließe. Der Hinweis auf die Beurteilungsrichtlinien sei für die Beurteilung des Anspruchs des Klägers nicht maßgeblich. Ein Bericht der Universität Jena wurde vorgelegt, dort sind zwei verschiedene hochauflösende MRT-Untersuchungsgeräte verglichen worden.

Die Beklagte beantragte die Abweisung der Klage und bezog sich zur Begründung auf eine weitere Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 22.10.2007. Dort wurde unter Auswertung der vorgelegten Unterlagen die bisherige Auffassung bestätigt, dass sich keine Notwendigkeit der beantragten Maßnahme durch Dr. V. begründen lasse. Die vorgebrachte Begründung ergebe keine neuen Gesichtspunkte, im Übrigen könne eine Kernspinnuntersuchung zur Darstellung des Bandapparates beispielsweise in einer entsprechenden Universitätsklinik zu Lasten der GKV erfolgen.

Das Sozialgericht stellte im Schreiben vom 29.10.2007 seine Beurteilung des Anspruchs dar und verneinte weiteren Ermittlungsbedarf.

Im Schriftsatz vom 13.11.2007 bezweifelte der Bevollmächtigte die Fachkompetenz des Sozialgerichts und wies erneut auf das Lehrbuch für Neurochirurgie hin, in dem Dr. V. sich zu den diagnostischen Methoden bei Verletzung am craniocervikalen Übergang geäußert habe. Beantragt werde die Einholung eines Sachverständigengutachtens sowie die Einvernahme von Dr. V. als sachverständiger Zeuge. Es spiele auch keine Rolle, ob die funktionellen MRT Aufnahmen eine Standarddiagnostik darstellten oder nicht, maßgeblich sei, dass es in seinem Fall die Diagnostik der Wahl sei. Eine ergänzende Stellungnahme zu einem Gutachten im Schwerbehindertenverfahren zur Höhe GdB wurde vorgelegt.

Nach Anhörung der Beteiligten wies das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 17.12.2007 die Klage ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass nach [§ 27 SGB V](#) Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern, dass der Versorgungsanspruch aber nur solche Leistungen betreffe, die zweckmäßig und wirtschaftlich seien, sowie in Qualität und Wirksamkeit dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Deshalb sei zu beachten, dass die nach [§ 135 SGB V](#) vorgeschriebene Prüfung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den gemeinsamen Bundesausschuss zu erfolgen habe und eine Kostenübernahme nur dann erfolgen könne, wenn dieser in den Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) eine indikationsbezogene Empfehlung über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode ausgesprochen habe. Weder zum Zeitpunkt der Antragstellung noch in der Folgezeit sei eine Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der ambulanten funktionellen MRT der Halswirbelsäule ergangen, so dass deshalb die Leistung nicht zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden könne. Die Rechtsprechung des BSG habe die Verbindlichkeit diese Richtlinien ausdrücklich bestätigt, daher dürfe ein Arzt eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nicht als Kassenleistung abrechnen, wenn sie in den Richtlinien entweder ausgeschlossen oder nicht empfohlen ist.

Ausnahmsweise könne eine Kostenübernahme jedoch dann notwendig sein, wenn die fehlende Anerkennung der neuen Methode auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruhe. Ein solcher Systemmangel liege zum Beispiel dann vor, wenn es sich um Erkrankungen handle, die noch weit gehend unerforscht sind und mit herkömmlichen Mitteln nicht wirksam behandelt oder diagnostiziert werden können. In diesen Fällen müsse, sofern die Methode durch standardisierte wissenschaftliche Studien hinreichend erprobt sei, diese als Außenseitermethode dann bezahlt werden, wenn anerkannte Behandlungsmethoden fehlen.

Der Kläger könne aber auch nicht aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6.12.2005 einen Anspruch auf Übernahme der Kosten der begehrten Maßnahme herleiten, da hierfür eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung zu fordern sei, die beim Kläger nicht vorliege. Im Übrigen habe auch die früher bereits erfolgte Übernahme der Kosten für eine funktionelle MRT der Halswirbelsäule keine präjudizierende Wirkung.

Dagegen richtet sich die zum Bayerischen Landessozialgericht eingelegte Berufung, zu deren Begründung im Wesentlichen der erstinstanzliche Vortrag wiederholt wurde. Ergänzend wurde vorgetragen, eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung sei unzulässig gewesen, da der Kläger dazu sein Einverständnis nicht erklärt habe. Es hätten auch die Voraussetzungen nach [§ 106 SGG](#) (richtig [§ 105 SGG](#)) nicht vorgelegen.

In der Sache habe das Sozialgericht übersehen, dass die Beklagte an den Stand der Wissenschaft gebunden sei und danach die funktionelle MRT das Diagnosemittel der Wahl sei. Das Sozialgericht habe es versäumt, dazu ein Sachverständigengutachten einzuholen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen, sie hält die Begründung des Gerichtsbescheides für zutreffend. Der Kläger habe sich nicht damit auseinander gesetzt, dass es nach [§ 135 SGB V](#) allein darauf ankomme, ob der Gemeinsame Bundesausschuss eine Empfehlung unter anderem zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens abgegeben habe. Solche Empfehlungen lagen aber zur funktionellen MRT noch nicht vor. Hinzukomme, dass Dr. V., der Arzt bei dem die Behandlung durchgeführt werden solle, kein Vertragsarzt sei.

Der Kläger rügt, dass die Stellungnahme des MDK vom 7.7.2005 von einem Facharzt für Neurochirurgie erstellt worden sei, jedoch ein Radiologe hätte gehört werden müssen. Nach der Rechtsprechung sei ein Gutachten unbeachtlich, wenn eine Kompetenzüberschreitung von Fachärzten vorliege. Dieser Gutachter habe im Übrigen die festgestellte Instabilität der HWS in Zweifel gezogen, ohne eine eigene Untersuchung durchgeführt zu haben. Dies stünde im Widerspruch zu allen bisherigen Untersuchungen.

Bei früheren Stellungnahmen habe auch der MDK von einer Verblockung der HWS wegen der noch nicht ausgeschöpften konservativen Therapien abgeraten, jetzt seien diese Behandlungsmethoden aber ausgeschöpft und es stelle sich erneut die Frage, ob zur Schmerzlinderung eine Verblockung der HWS erfolgen müsse. Um dies zu entscheiden, sei die funktionelle MRT-Untersuchung erforderlich. Da die gewünschte Untersuchung von keinem Vertragsarzt durchgeführt werde, habe der Kläger Anspruch auf Durchführung der Untersuchung bei einem nichtvertragsgebundenen Arzt. Dr. V. sei einer der wenigen Spezialisten in der Bundesrepublik, der in der Lage, sei

diese Untersuchung durchzuführen. Es sei dem Kläger weder möglich noch zumutbar, eine Entscheidung des Bundesausschusses abzuwarten.

Der Kläger beantragt,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Würzburg vom 17.12.2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 13.7.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7.10.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Kosten für die Untersuchung durch eine funktionelle MRT bei Dr. V. zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Akten der Beklagten, des Sozialgerichts Würzburg und des Bayerischen Landessozialgerichts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG), erweist sich jedoch als unbegründet.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT) in hochauflösender Technik bei Dr. V. als Sachleistung zu Lasten der Beklagten.
Das Sozialgericht und die Beklagte haben daher den Anspruch des Klägers zu Recht verneint.

Nach § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zu diesem Leistungskatalog gehören auch diagnostische Maßnahmen. Die Entscheidung über den Umfang der Behandlung trifft regelmäßig der behandelnde Vertragsarzt. Ihn bindet § 70 Abs. 1 S. 2 SGB V an den Grundsatz von Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit. Behandlungen oder Untersuchungsmethoden, die auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, können nur dann erbracht werden, wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist. Für so genannte Außenseitermethoden gilt also, dass diese nur dann zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören, wenn sie durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind und deren Wirksamkeit in einer statistisch relevanten Zahl von Fällen nachgewiesen ist und wenn gegen deren Qualität keine durchgreifenden Bedenken bestehen (Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 27 SGB V Anm. 28). Dieser Vorbehalt zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist in § 135 Abs. 1 SGB V normiert. Dass es sich bei der vom Kläger begehrten Leistung um eine solche neue Untersuchungsmethode handelt, ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Entgegen der Auffassung des Klägers ist aber durch § 135 SGB V die von ihm begehrte funktionelle MRT, die im Leistungskatalog der GKV nicht enthalten ist, verbindlich ausgeschlossen.

Die nach § 135 SGB V in Verbindung mit § 92 SGB V erlassene Richtlinie zur Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat die begehrte Leistung nicht aufgenommen. Es ist aus den einsehbaren Unterlagen auch nicht erkennbar, dass sich der Bundesausschuss mit dieser Methode bereits befasst hat. Für den Anspruch eines Versicherten wäre aber die positive Aufnahme in die Richtlinien erforderlich.

Neu ist eine Behandlungsmethode dann, wenn sie noch nicht zu den medizinischen Maßnahmen gehört, deren Qualität aufgrund der tatsächlichen Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung bereits feststeht und die als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Ä) enthalten ist oder die dort zwar aufgeführt ist, die Indikationen aber eine wesentliche Änderung oder Erweiterung erfahren haben (BSG Urteil vom 16. September 1997, 1 RK 28/95 Rn. 22).

Es ist inzwischen durch Entscheidungen des BSG insbesondere vom 16.9.1997 (1 RK 32/95 sowie 1 RK 28/95) in der Rechtsprechung geklärt, dass die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als untergesetzliche Rechtsnorm verbindlich festlegen, welche neuen Untersuchung- und Behandlungsmethoden Gegenstand der Leistungspflicht der Krankenkassen sind. Das BSG hat im Übrigen die Übertragung von Rechtsetzungsbefugnissen auf die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen als mit dem Grundgesetz vereinbar bezeichnet (Leitsätze 1 und 2 des Urteils vom 16. September 1997 1 RK 32/95). Denn es ist unter rechtsstaatlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden, dass § 135 Abs. 1 SGB V die für die vertragsärztliche Behandlung freigegebenen neuen Methoden nicht selbst nennt, sondern insoweit auf die früheren NUB - RL verweist beziehungsweise auf die seit 1.4.2006 in Kraft getretene Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Method- RL. vom 17.1.2006 Bundesanzeiger Nr. 48 S. 1523). Die Richtlinien der Bundesausschüsse sind Teil eines umfassenden Gefüges untergesetzlicher Normen, die von den zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gebildeten Körperschaften der Krankenkassen und (Zahn-) Ärzte aufgrund gesetzlicher Ermächtigung gemeinsam zu dem Zweck erlassen werden, eine den Vorgaben des Gesetzes entsprechende ambulante vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Diese darin praktizierte Form der Rechtsetzung durch Kollektivverträge hat ihren Ursprung in zwei tragenden Prinzipien des deutschen Krankenversicherungsrechts, nämlich des Sachleistungsgrundsatzes und dem Leitbild des freiberuflich tätigen Vertragsarztes als Träger der ambulanten medizinischen Versorgung. Da es sich deshalb bei den Richtlinien um untergesetzliche Rechtsnormen handelt, ist dem Versicherten - sofern er die empfohlene Behandlung auf eigene Rechnung beschafft hat - im Kostenersatzungsverfahren der Einwand abgeschnitten, die Methode sei gleichwohl zweckmäßig und in seinem konkreten Fall wirksam gewesen (BSG a.a.O. 1 RK 28/95 Rn. 34). Da der Anspruch auf Erstattung anerkanntermaßen nicht weiter reicht als der Anspruch im Sachleistungsprinzip, sind diese Argumente hier ebenfalls ausgeschlossen.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 6.12.2005 (1 BvR 347/98) den allgemeinen Leistungskatalog unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nicht grundsätzlich beanstandet und dem Gesetzgeber auch die Befugnis eingeräumt, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse durch

Sachverständige geprüft werden. Es hat allerdings unter engen Voraussetzungen den absoluten Ausschluss einer Behandlungsmethode als mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) unvereinbar erachtet. Dabei handelt es sich allerdings nur um Ansprüche von Versicherten, für deren lebensbedrohliche und regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und die von ihm gewählte ärztlich angewandte Behandlungsmethode eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf erwarten lässt. Nur unter diesen ganz engen Voraussetzungen sind also Behandlungs- und Untersuchungsmethoden ebenso wie für die betreffende Erkrankung nicht zugelassene Arzneimittel (sog. Off-Label-Use) von der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten beziehungsweise die Kosten selbst gewählter Behandlung zu erstatten.

Wie das Sozialgericht richtig ausgeführt hat, liegen diese sehr engen Ausnahmevoraussetzungen jedoch im Falle des Klägers und für die von ihm begehrte funktionelle MRT-Untersuchung nicht vor.

Darüber hinaus hat die Beklagte zu Recht eingewandt, dass der Kläger die Untersuchung bei Dr. V. durchführen lassen will, dieser jedoch nicht Vertragsarzt ist. Bereits dieser Punkt allein schließt die Inanspruchnahme der Untersuchung bei Dr. V. aus. Die dem Versicherten nach [§ 2 i.V.m. § 13](#) und [§ 28 SGB V](#) zustehende Sachleistung durch den Vertragsarzt steht zum einen unter dem Vorbehalt der ärztlichen Leistung nach [§ 15 Abs. 1](#) und 2 SGB V und dem darin normierten Verfahren durch Inanspruchnahme der Leistung unter Vorlage der Krankenversicherungskarte.

Außerdem regelt [§ 76 SGB V](#), dass der Versicherte unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten wählen kann, das bedeutet aber, dass andere, an der kassenärztlichen Versorgung nach [§ 95 Abs. 1 bis 3](#), 6, 7 SGB V nicht teilnehmende Ärzte außer in den geregelten Notfällen ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) nicht gewählt werden dürfen.

Da Dr. V. an der kassenärztlichen Versorgung nach [§ 95 SGB V](#) nicht teilnimmt, ist dessen Inanspruchnahme bei der planbaren Untersuchung des Klägers auch aus diesen Gründen ausgeschlossen (vgl. dazu Hess in Kasseler Kommentar, SGB V, § 76 Anm. 4, § 95 Anm. 9).

Der Senat hat den Sachverhalt für ausreichend aufgeklärt angesehen, insbesondere war es nicht erforderlich einen Sachverständigen zur fraglichen Methode zu hören, da eine Einzelfallprüfung nur durchzuführen wäre, um ein so genanntes Systemversagen nachzuweisen. Ebenfalls war daher nicht von entscheidungserheblicher Bedeutung, ob die Beklagte für die gutachtliche Stellungnahme einen für das Fachgebiet kompetenten Arzt ausgewählt hat, denn bereits die Nichtaufnahme in den Leistungskatalog schließt die Erbringung durch den nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Dr. V. und damit den Anspruch des Klägers aus, ohne dass es hierzu einer gutachtlichen Stellungnahme zwingend bedarf. Im Übrigen hält der Senat einen Neurochirurgen für die Beurteilung der Diagnosemaßnahmen durchaus für fachkompetent, schließlich hat der Kläger selbst vorgetragen, die Untersuchung diene der Feststellung, ob eine Verblockung der Halswirbelkörper zur Behandlung seiner Schmerzen erforderlich sei, also eine Maßnahme, die gegebenenfalls von Neurochirurgen durchzuführen wäre.

Nach alledem ist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurückzuweisen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), so dass von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen werden kann.

Die Kostenentscheidung folgt dem Ergebnis des für den Kläger erfolglosen Verfahrens ([§§ 183, 193 SGG](#)).

Gründe, gemäß [§ 160 Abs. 2 Ziff. 1](#) und 2 SGG die Revision zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-03-04