

L 6 KR 306/07

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Meiningen (FST)
Aktenzeichen
S 4 KR 32/05
Datum
23.10.2006
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 306/07
Datum
31.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 23. Oktober 2006 hinsichtlich des Kostenauspruchs wie folgt abgeändert: Die Beklagte hat 1/3 der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Für das Berufungsverfahren haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist im Berufungsverfahren die Verpflichtung der Beklagten zur Übernahme von Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen ab dem 1. April 2004 streitig. Geltend gemacht werden Fahrten zur ambulanten Behandlung am Bezirksklinikum O. in Ebersfeld und bei der Diplom - Psychologin R. in N.bei C ...

Der 1957 geborene und bei der Beklagten gesetzlich versicherte Kläger beantragte mit Schreiben vom 1. April 2004 neben einer Befreiung von den Zuzahlungsregelungen die Kostenerstattung für Krankenfahrten. Er befinde sich seit 8. Januar 2003 in ambulanter Behandlung im Bezirksklinikum O. und besuche wöchentlich Sitzungen bei einer Psychotherapeutin in N ... Beigefügt war eine fachärztliche Stellungnahme des Bezirksklinikums O. vom 10. März 2004, wonach eine regelmäßige Therapie erforderlich sei. Der von der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellte fest, dass keine Pflegebedürftigkeit der Stufe 2 und 3 und kein Grad der Behinderung von mindestens 60 vorliege. Mit Bescheid vom 9. Juli 2004 lehnte die Beklagte eine Herabsetzung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen und die Übernahme von Fahrtkosten für ambulante Behandlungen ab. Ein hiergegen eingelegter Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 7. Dezember 2004 zurückgewiesen. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass von einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nicht ausgegangen werden könne. Die Übernahme von Fahrtkosten sei in [§ 60](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Danach könnten Fahrtkosten nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, welche der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) festgelegt habe, bewilligt werden. Ein solcher Ausnahmefall nach § 8 der Krankentransport - Richtlinien (KrTransp-RL) sei nicht gegeben.

Hiergegen hat der Kläger am 10. Januar 2005 Klage erhoben. Mit Schriftsatz vom 9. Mai 2005 hat die Beklagte einen Vergleichsvorschlag des Inhalts unterbreitet, dass das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gemäß [§ 62 SGB V](#) für das Jahr 2004 anerkannt und die außergerichtlichen Kosten des Klägers übernommen werden. Der Kläger hat das "Anerkenntnis der Beklagten" angenommen und insoweit den Rechtsstreit für erledigt angesehen unter der Bedingung, dass auch die begehrten Fahrtkosten erstattet werden. In den weiteren Schriftsätzen wurde ausschließlich die Frage der Fahrtkostenerstattung problematisiert. In der mündlichen Verhandlung am 23. Oktober 2006 wurde ausweislich der Sitzungsniederschrift auf eine Teileinigung hinsichtlich der Zuzahlungsregelung Bezug genommen.

Mit Urteil vom 23. Oktober 2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und eine Erstattung außergerichtlicher Kosten des Klägers nicht ausgesprochen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass Streitgegenstand zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung nur noch sei, ob Fahrtkostenerstattung für ambulante Krankenbehandlung verlangt werden könne. Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung sei bereits festgestellt und werde durch die Beklagte nicht mehr bestritten. Ein Anspruch auf Fahrtkostenerstattung zu ambulanten Krankenbehandlungen bestehe grundsätzlich unter Zugrundelegung der Krankentransport - Richtlinie nicht. Ein Ausnahmefall liege hier bereits deshalb nicht vor, weil die Voraussetzung des § 8 Abs. 3 KrTransp-RL nicht erfüllt seien. Dies setze körperliche Gebrechen in der Weise voraus, dass eine Fahrt des Versicherten zum Arzt nur durch Dritte gewährleistet sei. Dies sei hier nicht der Fall. Ebenfalls liege ein Ausnahmefall nach § 8 Abs. 2 KrTransp-RL nicht vor. Zwar werde der Kläger regelmäßig aufgrund der Grunderkrankung nach einem Therapieschema mit einer hohen Behandlungsfrequenz über einen längeren Behandlungszeitraum behandelt. Die Behandlung beeinträchtige ihn jedoch nicht derart, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben unerlässlich sei. Den beispielhaft in Anlage 2 aufgezählten Behandlungen sei zu Eigen, dass eine Fahrt zum Arzt oder vom Arzt zurück nach Hause selbst nicht

sichergestellt werden könne.

Gegen das ihm am 22. Februar 2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. März 2007 Berufung eingelegt. Er hat im Wesentlichen vorgetragen, dass die Kostenentscheidung im Urteil des Sozialgerichts falsch sei, weil das Anerkenntnis im Hinblick auf die Zuzahlungsregelung in der Kostenregelung keine Berücksichtigung gefunden habe. Hinsichtlich der Fahrtkosten habe das Sozialgericht nicht berücksichtigt, dass zur Vermeidung längerer Klinikaufenthalte und zur Verringerung der ständig bestehenden Suizidgefahr die Behandlungen im Bezirksklinikum O. zwingend erforderlich gewesen seien. Eine Verlegung dieser ärztlichen Behandlung und Therapie an seinen Wohnort sei nicht möglich gewesen. Ein Therapieabbruch sei auf keinen Fall in Frage gekommen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 23. Oktober 2006 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 9. Juli 2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Dezember 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn Fahrtkosten in Höhe von 4.735,08 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Während des Prozesses sei das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung für das Jahr 2004 anerkannt worden. Darüber habe ausweislich der Niederschrift über die mündliche Verhandlung Einigkeit bestanden. Zwischenzeitlich seien dem Kläger auch die über die Belastungsgrenze von 1 Prozent hinausgehenden Beträge bereits erstattet worden. Eine Kostenübernahme hinsichtlich der Fahrtkosten komme nicht in Betracht. Eine Kostenübernahme scheitere bereits daran, dass keine vertragsärztliche Verordnung für die begehrten Krankenfahrten vorliege. Zudem sei in H. eine psychiatrische Institutsambulanz wohnortnah verfügbar.

Das Gericht hat einen Befundbericht der psychiatrischen Institutsambulanz des Bezirksklinikums O. und der behandelnden Psychotherapeutin R. eingeholt. Auf Antrag des Klägers hat das Gericht ein Sachverständigengutachten nach [§ 109 SGG](#) von der Fachärztin R. von der psychiatrischen Institutsambulanz des Bezirksklinikums O. erstellen lassen. Diese kommt in ihrem Sachverständigengutachten vom 6. März 2009 zu dem Ergebnis, dass aufgrund der Schwere der Erkrankung die Voraussetzungen für eine Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz gegeben gewesen seien. Wartezimmerfähigkeit sei beim Kläger nicht vorhanden gewesen. Die Fahrten zu einer psychiatrischen Institutsambulanz seien daher dringend erforderlich gewesen. Die Behandlungen hätten auch in einer anderen psychiatrischen Institutsambulanz z.B. im Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in H., seit dort eine entsprechende Einrichtung bestehe, durchgeführt werden können. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 13. November 2009 teilte die Sachverständige mit, dass der Kläger seit der Eröffnung in die Ambulanz des Klinikums für Psychiatrie und Neurologie H. hätte wechseln können. Es sei allerdings nicht bekannt, ob bereits im April 2004 die psychiatrische Institutsambulanz in H. eröffnet gewesen sei.

Ausweislich einer an die Beklagte gerichteten Stellungnahme des Landesfachkrankenhauses H. vom 8. Dezember 2009 bestand dort eine psychiatrische Institutsambulanz bereits im April 2004.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, die Gegenstand der Beratung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis der Beteiligten konnte der Senat nach [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151 SGG](#)).

Nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) in der vom 2. Januar 2002 bis zum 31. März 2008 gültigen Fassung bedarf die Berufung der Zulassung in dem Urteil des Sozialgerichts oder auf Beschwerde durch Beschluss des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die eine Geld-, Dienst- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 500 EUR nicht übersteigt. Dies gilt nicht, wenn die Berufung wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft.

Zum Zeitpunkt der Einlegung der Berufung am 21. März 2007 waren dem Kläger allein für Fahrten zur Psychotherapeutin im Jahre 2004 Fahrtkosten in Höhe von 574,56 EUR entstanden. Hinzu kamen noch eine Vielzahl von Fahrten zum Bezirksklinikum O ... Auch abzüglich eines sich aus [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages bedurfte die Berufung daher keiner Zulassung nach [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#).

Gegenstand des Berufungsverfahrens ist allein der geltend gemachte Anspruch auf Erstattung von Fahrtkosten. Hinsichtlich der Zuzahlungsregelung wurde der Rechtsstreit in erster Instanz einvernehmlich beendet.

Die Berufung hat in der Sache keinen Erfolg. Der Kläger hat keinen Anspruch nach [§ 60 SGB V](#) (in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung von Artikel 1 Nr. 37 des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003 (GMG), BGBl. I Seite 2190) auf Kostenerstattung der ihm vom 1. Januar 2004 bis zum Zeitpunkt der Entscheidung durch den Senat entstandenen Fahrtkosten.

Dies ergibt sich aus folgendem: Die Voraussetzungen des [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) sind nicht gegeben. Danach übernimmt die Krankenkasse die Fahrtkosten bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) oder [§ 115b SGB V](#), wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39](#)) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Das Aufsuchen der psychiatrischen Institutsambulanz des Bezirksklinikums O. kann nicht als nachstationäre Behandlung im Sinne von [§ 115a SGB V](#) gewertet werden. Dies folgt bereits daraus, dass [§ 118 SGB V](#), welcher die Teilnahme von psychiatrischen Institutsambulanzen und psychiatrischen Abteilungen an der vertragsärztlichen Versorgung regelt, in [§ 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) nicht erwähnt ist. Für eine Vermeidung vollstationärer Behandlungen durch die jeweiligen ambulanten Behandlungen in der psychiatrischen Institutsambulanz ergeben sich keine Anhaltspunkte. Die Übernahme der Fahrtkosten zur Diplom-Psychologin R. in N. bei C. für die dort absolvierte verhaltenstherapeutische Behandlung entsprechend diesen Grundsätzen scheidet ebenfalls aus. Aus dem Befundbericht der Dipl.-Psych. R. ergibt sich nichts dafür, dass durch diese Behandlung eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung hätte vermieden oder verkürzt werden können. Vielmehr ist dem Befundbericht zu entnehmen, dass eine ergänzende Behandlung zusätzlich zur Behandlung am Bezirksklinikum O. stattfand. Ausdrücklich wird in dem Befundbericht eine akute Suizidgefahr während der Behandlungsdauer in ihrer Praxis verneint.

Als weitere Anspruchsgrundlage für den Kläger kommt nur noch [§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Betracht, dessen Voraussetzungen hier ebenfalls nicht vorliegen.

Danach übernimmt die Krankenkasse Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen. Diese hat der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) festgelegt. Nach [§ 8](#) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V](#) (Krankentransportrichtlinien) in der Fassung vom 22. Januar 2004, geändert am 21. Dezember 2004, können in besonderen Ausnahmefällen auch Fahrten zu ambulanten Behandlungen außer den in [§ 7 Abs. 2 Ziffer b und c](#) geregelten Fällen bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse (Abs. 1). Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind, - dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und - dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf dem Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend. Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" oder ein Einstufungsbescheid nach SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. Die Krankenkasse genehmigt auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen (Abs. 3).

Der Kläger erfüllt die Voraussetzungen des [§ 8 Abs. 2 KrTransp - RL](#) für die Übernahme der Fahrtkosten sowohl zu den Behandlungen zum Bezirksklinikum O. als auch zur psychotherapeutischen Behandlung in N. bei C. nicht. Es fehlt hier bereits daran, dass eine "Beförderung" zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Der Kläger hat mit Schriftsatz vom 9. Dezember 2008 mitgeteilt, dass er die Fahrten zur ambulanten Behandlung als Selbstfahrer im eigenen Pkw bewältigt hat. Somit steht fest, dass er weder vor Durchführung der jeweiligen Behandlung noch nach dieser gesundheitlich derart beeinträchtigt war, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich war. Dies wird auch durch die in Anlage 2 der Richtlinie genannten Ausnahmefälle deutlich gemacht. In der Anlage 2 zur Krankentransportrichtlinie sind Ausnahmefälle gemäß [§ 8](#) in der Regel Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie und onkologische Chemotherapie. Der Ordnungsgeber ging grundsätzlich davon aus, dass bei den genannten Behandlungen eine Fahrt zum Arzt oder vom Arzt zurück nach Hause durch den Versicherten selbst nicht sichergestellt werden kann, weil mit der Behandlung an sich eine starke Beeinträchtigung einhergeht. Dies ist jedoch im Fall des Klägers bereits deshalb ausgeschlossen, weil dieser alle Fahrten als Selbstfahrer im eigenen Pkw bewältigt hat.

Die Konkretisierung der Ausnahmen nach [§ 60 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) durch die Krankentransportrichtlinie ist gesetzeskonform. Der Gesetzgeber wollte die Fahrtkostenerstattung generell auf zwingende medizinische Gründe beschränken. Erst recht muss dann in den Ausnahmefällen des [§ 60 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) der Transport zur ambulanten Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich sein. Lediglich finanzielle Gründe sollten nicht mehr zu einer Übernahme der Fahrtkosten führen (vgl. BSG, Urteil vom 26. September 2006 - Az.: [B 1 KR 20/05 R](#), SozR 4-2500 [§ 60 SGB V](#)).

Darüber hinaus ist eine Kostenübernahme gemäß [§ 3 Abs. 2 KrTransp - RL](#) ausgeschlossen. Notwendig sind danach im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen. Bereits zu Beginn der Behandlungsmaßnahmen im Jahre 2004 stand für den Kläger eine näher erreichbare geeignete Behandlungsmöglichkeit in der psychiatrischen Institutsambulanz des Fachkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie in H. zur Verfügung. Aus dem Sachverständigengutachten der Fachärztin für Psychiatrie R. ergibt sich, dass zwar eine Behandlung des Klägers in einer psychiatrischen Institutsambulanz dringend erforderlich war, hierfür jedoch auch eine näher gelegene Institutsambulanz in Betracht kam. Die Sachverständige führt in ihrem Gutachten ausdrücklich aus, dass die Behandlungen auch in einer anderen psychiatrischen Institutsambulanz hätten durchgeführt werden können. Da diese Behandlungsmöglichkeit bereits zu Beginn der Therapie bestand, kommt es auf die Frage der Zumutbarkeit eines Wechsels im Laufe der Therapie nicht an. Soweit der Kläger vorträgt, dass ihm eine Betreuung in H. nicht zumutbar gewesen sei, weil dort seine geschiedene Frau als Krankenschwester tätig sei und er im Übrigen durch die Selbsthilfegruppe im Bezirksklinikum O. psychischen Halt bekommen habe, vermag dies nicht aufzuzeigen, warum die Durchführung der Therapie in H. nicht zumutbar gewesen sein sollte. Es sind weder Anhaltspunkte dafür ersichtlich noch vorgetragen worden, dass er mit seiner geschiedenen Ehefrau im Rahmen der Durchführung der Therapie konfrontiert worden wäre. Angesichts der Größe der Einrichtung ist ein Aufeinandertreffen nicht zwangsläufig. Im Hinblick auf die Selbsthilfegruppe beim Bezirksklinikum O. verkennt der Kläger, dass die Wahl dieser Gruppe Folge der Auswahl der Institutsambulanz ist.

Die Voraussetzungen für eine Genehmigung der Fahrten nach [§ 8 Abs. 3 KrTransp - RL](#) sind ebenfalls nicht gegeben, weil der Kläger keinen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "BI" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch vorlegen kann. Dass eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität in seinem Fall nicht vorliegt, ergibt

sich bereits daraus, dass er die Fahrten zu den Behandlungen als Selbstfahrer im eigenen Pkw bewältigt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Im Verfahren vor dem SG ist der Teil des Rechtsstreits, welcher die Zuzahlungsregelung betraf, einvernehmlich beendet worden. Zwar konnte der Kläger kein Anerkenntnis der Beklagten unter einer Bedingung annehmen, weil derartige Prozesserkklärungen bedingungsfeindlich sind und die Beklagte einen Vergleichsvorschlag unterbreitet hatte. Dennoch sind die Beteiligten anschließend von einer Teilerledigung des Rechtsstreits ausgegangen. Dies wurde in der mündlichen Verhandlung nochmals bestätigt, so dass sich der Rechtsstreit hinsichtlich der Zuzahlungsregelung in der Hauptsache erledigt hat. Die erstinstanzliche Kostenentscheidung war abzuändern, da diese die teilweise Erledigung des Rechtsstreits in erster Instanz hinsichtlich der Zuzahlungsregelung nicht berücksichtigt. [§ 144 Abs.4 SGG](#) steht dem nicht entgegen. Danach ist die Berufung ausgeschlossen, wenn es sich um die Kosten des Verfahrens handelt. Der Kläger hat in der Hauptsache jedoch wegen der Fahrtkosten Berufung eingelegt. Zwar hat das SG nach teilweiser Erledigung der Hauptsache eine einheitliche Kostenentscheidung getroffen. [§ 144 Abs.4 SGG](#) schließt aber nur eine isolierte Anfechtung der Kostenentscheidung aus. Daraus folgt nicht, dass das Rechtsmittelgericht die Kostenentscheidung, die sich auf den nicht in die nächste Instanz gelangten Streitgegenstand bezieht, nicht zusammen mit der restlichen Kostenentscheidung überprüfen dürfte (vgl. zur Parallelvorschrift des [§ 145 FGO](#) BFH, Urteil vom 12. August 1999 - Az.: [VII R 112/98](#), zitiert nach Juris; BVerwG, Urteil vom 29. Januar 1993 - Az.: [8 C 32/92](#), zitiert nach Juris zu [§ 158 VwGO](#); andere Ansicht Neumann in Sodan u.a., VwGO, 2. Auflage 2006, § 158 Rn.35, der davon ausgeht, dass im Umfang der Teilerledigung der Rechtsstreit nicht in die nächste Instanz gelangt und auch in diesem Fall die Rechtsmittelinstanz nicht über die Kosten des abgeschlossenen Teils des Rechtsstreits entscheiden soll).

Hinsichtlich der erstinstanzlichen Kostenentscheidung war daher zu berücksichtigen, dass der Kläger teilweise obsiegt hat. Im Berufungsverfahren hingegen ist er vollständig unterlegen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2012-05-09