

S 40 KR 742/14 ER

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
40
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 40 KR 742/14 ER
Datum
16.07.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

1. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt. 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I. 1. Der schriftlich gestellte Antrag der Antragstellerin (Bl. 2 der Gerichtsakte), die Antragsgegnerin zu verpflichten, ihr vorläufig bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache mit dem Hilfsmittel Elektrorollstuhl "Etac E895" mit Stehfunktion zu versorgen, hat keinen Erfolg. 1. Der Antrag ist unbegründet. Gemäß [§ 86 b Abs. 2 S. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) können die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis (Anordnungsanspruch) treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Anordnungsgrund). Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sind gemäß [§§ 86 b Abs. 2 S. 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung einer Tatsache ist dabei eine überwiegende Wahrscheinlichkeit ausreichend (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 128 Rn. 3 d). Abzustellen ist auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts, weil mit der einstweiligen Anordnung der gegenwärtige Zustand geregelt werden soll (Landessozialgericht [LSG] Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27.11.2011, Az.: [L 9 KR 23/11 B ER](#); Bayerisches LSG, Beschluss vom 31.01.2012, Az.: [L 11 AS 982/11 B ER](#); Sozialgericht [SG] Dortmund, Beschluss vom 13.01.2010, Az.: S 40 KN 316/09 KR ER; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 86b Rn. 42). Nach diesem Maßstab fehlt es vorliegend an einem Anordnungsanspruch. Ein solcher ist nicht glaubhaft gemacht worden.

II. a. Das Bestehen eines Anspruches nach [§ 33](#) des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) ist jedenfalls nach summarischer Prüfung nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern allenfalls möglich (zum Maßstab Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 128 Rn. 3 d). Nach [§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Diese Voraussetzungen liegen nach summarischer Prüfung nicht vor. (1) Ein Hilfsmittel ist zum Behinderungsausgleich nur dann erforderlich, wenn sein Einsatz zur Lebensbetätigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse benötigt wird. Dazu gehören einerseits die körperlichen Grundfunktionen wie Gehen, Stehen, Treppensteigen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnahme oder Ausscheidung und andererseits die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie die dazu erforderliche Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums, der auch die Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen zur Vermeidung von Vereinsamung sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens umfasst (BSG, Urteil vom 24.05.2006, Az.: [B 3 KR 12/05 R](#); BSG, Urteil vom 19.04.2007, Az.: [B 3 KR 9/06 R](#)). Daneben ist das Bedürfnis, bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen, anerkannt (BSG, Urteil vom 24.05.2006, Az.: [B 3 KR 12/05 R](#); BSG, Urteil vom 19.04.2007, Az.: [B 3 KR 9/06 R](#)). Der gewisse körperliche und geistige Freiraum, der in Erweiterung des allgemeinen Grundbedürfnisses noch in den Rahmen der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung fällt, umfasst indessen nur einen Basisausgleich der Behinderung und beabsichtigt keine möglichst gleiche Mobilität, über die unbehinderte und gesunde Versicherte verfügen. Der Verlust der Gehfähigkeit, der grundsätzlich durch die Rollstuhlversorgung ausgeglichen werden soll, kann im Rahmen der Hilfsmittelversorgung nur insoweit kompensiert werden, als eine grundsätzliche Mobilität hergestellt werden soll. Zu den insoweit maßgeblichen vitalen Lebensbedürfnissen im Bereich des Gehens gehört jedoch nur die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang "an die frische Luft zu kommen" oder um die - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind (BSG, Urteil vom 19.04.2007, Az.: [B 3 KR 9/06 R](#); Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 03.04.2001, Az.: [L 1 KR 35/00](#)). Der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung hängt allerdings stets von den Umständen des Einzelfalles ab. Insoweit ist das Grundbedürfnis auf Sicherstellung eines körperlichen Freiraums durch die Bewilligung eines Elektrorollstuhls mit Sitzkantung durch den Bescheid vom 01.04.2014 grundsätzlich sichergestellt. Ebenso lässt sich ein Stehen durch den mit Bescheid vom 03.04.2014 bewilligten

Stehtrainer, wenn auch nur mit Hilfe Dritter, ermöglichen. Dass dagegen zwingend eine Versorgung mit dem begehrten Elektrorollstuhl mit Stehfunktion erforderlich wird, ist nicht glaubhaft gemacht worden. Aufgrund summarischer Prüfung ist der Anspruch nach [§ 33 SGB V](#) auf das konkrete Hilfsmittel nicht überwiegend wahrscheinlich. Den Angaben von Frau XXXXXX, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 27.11.2013 (Bl. 18 ff. der Verwaltungsakte) steht das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 23.12.2013 (Bl. 26 f. der Verwaltungsakte) gegenüber. Weitere Ermittlungen bezüglich dieser Frage müssen dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben. (2) Dies gilt auch, soweit die Stehfunktion zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung eingesetzt werden soll. Die Tatbestandsalternative betrifft solche Gegenstände, die auf Grund ihrer Hilfsmittelleigenschaft spezifisch im Rahmen der ärztlich verantworteten Krankenbehandlung eingesetzt werden, um zu ihrem Erfolg beizutragen. Es muss mit dem Hilfsmittel ein therapeutischer Erfolg angestrebt werden; er muss allerdings nicht bereits vorliegen und nur noch zu sichern sein (BSG, Urteil vom 19.04.2007, Az.: [B 3 KR 9/06 R](#)). Inwiefern insbesondere die Stehfunktion zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung eingesetzt werden soll, bleibt ebenso im Rahmen des Hauptsacheverfahrens zu klären wie der Umstand, dass dazu der begehrte Rollstuhl mit Stehfunktion erforderlich wird. Ebenso bleibt dem Hauptsacheverfahren die Klärung der Frage vorbehalten, ob der bewilligte Stehtrainer überhaupt in den vorhandenen Räumlichkeiten genutzt werden kann. Offen bleibt auch, ob der Ehemann in diesem Zusammenhang nicht in der Lage ist, die Antragstellerin jeweils von dem Elektrorollstuhl in den Stehtrainer und zurück zu verbringen sowie Übung zu beaufsichtigen. b. Der Anspruch folgt entgegen der Ansicht der Antragstellerin nicht aus [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#). Nach [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V](#) den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#) zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) die §§ 14, 15 des Neunten Buches (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. Der Anwendung der Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) steht bereits die Regelung des [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) entgegen. Danach gelten in Fällen der medizinischen Rehabilitation die Vorschriften des [§§ 14, 15 SGB IX](#). Im Umkehrschluss folgt daraus, dass die Regelungen des [§ 13 Abs. 3a S. 1 – 8 SGB V](#) nicht gelten (vgl. SG Stralsund, Beschluss vom 07.04.2014, Az.: [S 3 KR 112/13](#)). Zur medizinischen Rehabilitation ist hier auch die begehrte Versorgung mit dem Elektrorollstuhl mit Stehfunktion zu zählen. Denn dieser wird im Wesentlichen nicht zur Sicherung der Krankenbehandlung, sondern zum Ausgleich der Behinderung begehrt. Nach [§ 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX](#) (Ausgleich der Behinderung) i.V.m. [§§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 SGB IX](#) gehört zur medizinischen Rehabilitation bei Behinderung auch die Versorgung mit Hilfsmitteln. Nach Ansicht der Kammer ist der Begriff der medizinischen Rehabilitation dagegen nicht auf die Vorschriften der [§§ 40 ff. SGB V](#) beschränkt (für eine Hörgeräteversorgung wohl ebenso BSG, Urteil vom 20.10.2009, Az.: [B 5 R 5/07 R](#); a.A. im Zusammenhang mit [§ 60 Abs. 5 SGB V](#) BSG, Urteil vom 22.04.2008, Az.: [B 1 KR 22/07 R](#); BSG, Urteil vom 22.04.2009, Az.: [B 3 KR 5/08 R](#)). Eine solche Beschränkung lässt sich weder dem Wortlaut, noch der Gesetzesbegründung oder Sinn und Zweck der Regelung entnehmen. Selbst wenn man dem nicht folgt, ergibt sich kein Anspruch aus [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#). Die Kammer lässt offen, ob vorliegend die Fristen des [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) abgelaufen waren oder eine hinreichende Mitteilung durch die Antragsgegnerin erteilt worden ist. Ebenso lässt die Kammer offen, ob hier durch den Bescheid vom 22.04.2014 gegebenenfalls eine Aufhebung der fingierten Genehmigung gemäß [§§ 45](#) bzw. [48 SGB X](#) erfolgt ist (zu dieser Möglichkeit LSG Nordrhein-Westfalen [NRW], Beschluss vom 23.05.2014, Az.: [L 5 KR 222/14 B ER](#); No ftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 13 Rn. 581). Denn die Erfüllung dieser Voraussetzungen begründet noch keinen Anspruch aus einer fingierten Genehmigung gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#). Vielmehr ist die Vorschrift entgegen einer teilweise vertretenen Rechtsansicht (siehe etwa LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, Az.: [L 5 KR 222/14 B ER](#); SG Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013, Az.: [s 21 KR 282/13](#); SG Nürnberg, Urteil vom 27.03.2014, Az.: [S 7 KR 520/13](#)) einschränkend auszulegen. Von der Fiktionswirkung nach [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) sind nur solche beantragten Leistungen erfasst, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (so zutreffend SG Dortmund, Beschluss vom 31.01.2014, Az.: [S 28 KR 1/14 ER](#); bestätigt mit ausführlicher Begründung durch LSG NRW, Beschluss vom 26.05.2014, Az.: [L 16 KR 154/14 B ER](#)). Schon systematische Gründe sprechen für eine einschränkende Auslegung. Der Gesetzgeber hat die Neuregelung in den [§ 13 SGB V](#), der Kostenerstattungsansprüche vorsieht, integriert. Die dort erfassten Kostenerstattungsansprüche setzen jeweils voraus, dass die selbstbeschaffte Krankenbehandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 04. April 2006, Az.: [B 1 KR 12/05 R](#), sowie Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 53, zu [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#); BSG, Urteil vom 25.09.2000, Az.: [B 1 KR 5/99 R](#), sowie Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 29, in Bezug auf [§ 13 Abs. 2 SGB V](#); zu § 13 Abs. 4 u. 5. vgl. BSG, Urteil vom 30.06. 2009, Az.: [B 1 KR 19/08 R](#)). Hätte der Gesetzgeber von dieser Systematik im Rahmen von [§ 13 Abs. 3a S. 6](#) u. 7 SGB V abweichen wollen, hätte es zumindest entsprechender Hinweise in der Gesetzesbegründung bedurft. Gerade aus der Gesetzesbegründung lassen sich aber sichere Hinweise entnehmen, die für die oben vorgenommene Einschränkung sprechen. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich Bezug genommen auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch ("Die Versicherten sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt." - [BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Darüber hinaus soll Vorbild für Neuregelung die Vorschrift des [§ 15](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch gewesen sein ([BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Dort wird aber vorausgesetzt, dass ein Sachleistungsanspruch besteht (vgl. BSG, Urteil vom 07.05.2013, Az.: [B 1 KR 12/12 R](#); LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.10.2013, Az.: [L 13 R 2947/12](#); Majerski-Pahlen, in: Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, SGB IX, 12. Aufl., § 15 Rn. 3). Sinn und Zweck der Regelung sprechen eher für, denn gegen eine einschränkende Auslegung. Mit der Regelung sollte die Leistungserbringung beschleunigt werden. Leistungsansprüche sollten schnell geklärt werden und die Versicherten zügig an die beantragten Leistungen gelangen ([BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Um dies zu gewährleisten, wurde eine entsprechende Kostenerstattungsregelung aufgenommen ([§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#)). Aufgrund dieses Kostenerstattungsanspruches haben die Kassen die vollständigen Kosten für die Selbstbeschaffung zu erstatten ([BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Das Gesetz enthält darüber hinaus keine weiteren Sanktionsregelungen. Diese sind auch nicht erforderlich. Denn der Gesetzgeber ging in diesem Zusammenhang davon aus, dass die Krankenkassen ausreichend durch die höheren Kosten im Rahmen der Abrechnung nach der GoÄ oder GoZ motiviert werden, die in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) vorgesehenen Fristen einzuhalten. Weitergehende Regelung wollte der Gesetzgeber nicht schaffen. Das weite Verständnis führt überdies zu einer kaum zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung. Während nämlich die Kostenerstattung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 13 Abs. 3a S. 9 SGB V](#) i.V.m. [§ 15 SGB IX](#) auf Fälle beschränkt ist, wo grundsätzlich ein Sachleistungsanspruch besteht (s.o.), käme in sonstigen Fällen eine darüber hinausgehende Kostenerstattung – vom Wortlaut betrachtet letztlich ohne Grenzen – in Betracht, ohne dass sich der Gesetzesbegründung ein Differenzierungskriterium entnehmen ließe, der diese Ungleichbehandlung rechtfertigen würde. Die Ungleichbehandlung lässt sich aber vermeiden, wenn man die oben vorgeschlagene einengende Auslegung vornimmt. Der hier vertretenen Auslegung steht die nachträgliche

Einfügung des S. 6 nicht entgegen. Damit sollte einerseits gerade nicht von der grundsätzlichen gesetzgeberischen Konstruktion abgewichen werden (vgl. [BT-Drucks. 17/11710, S. 29](#) f.). Andererseits wird in diesem Zusammenhang nochmals klar auf einen Sachleistungsanspruch Bezug genommen, wenn dort ausgeführt wird, dass sich der Versicherte die ihm "zustehende" Leistung zeitnah selbst beschaffen kann (vgl. [BT-Drucks. 17/11710, S. 30](#)). Schließlich läuft die Regelung des [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) bei dem hiesigen Verständnis nicht leer. Einerseits verhindert die Vorschrift gleichwohl, dass sich die Krankenkasse auf die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges berufen kann. Andererseits kann sich der Versicherte bereits nach Ablauf von nur drei Wochen die Leistung selbst besorgen bzw. von der Kasse die Versorgung verlangen, soweit ein entsprechender Sachleistungsanspruch bestünde. Genau diese beiden Umstände waren aber Anlass für die Schaffung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Sinn und Zweck der Regelung war es aber nicht, den Versicherten bei einer Selbstbeschaffung von jeglichem Kostenrisiko freizustellen. Ebenso wenig kann es Sinn und Zweck der Vorschrift sein, den Versicherten im Wege der Genehmigungsfiktion Leistungen zu gewähren, die über den Sachleistungsanspruch hinausgehen. Oben wurde bereits dargelegt, dass ein Anspruch nach [§ 33 SGB V](#) nach summarischer Prüfung nicht besteht, so dass auch kein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) in Betracht kommt. c. Ein Anspruch ergibt sich auch nicht unter Berücksichtigung von [§ 14 SGB IX](#). Die Regelung ist grundsätzlich anwendbar, weil die Antragstellerin im Sinne von [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) behindert ist. Da die Antragsgegnerin den Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen gemäß [§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX](#) an den ihrer Ansicht nach zuständigen Leistungsträger weitergeleitet hat, muss sie den Rehabilitationsbedarf nach allen Anspruchsgrundlagen, die in der Bedarfssituation überhaupt in Betracht kommen, prüfen (BSG, Urteil vom 26.06.2007, Az.: [B 1 KR 36/06 R](#); BSG, Urteil vom 21.08.2008, Az.: [B 13 R 33/07 R](#); BSG, Urteil vom 12.08.2009, Az.: [B 3 KR 11/08 R](#)). Eine Anspruchsgrundlage in den anderen Leistungsgesetzen besteht indes nicht. Die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe nach [§ 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch \(SGB XII\)](#) liegen schon nicht vor, weil [§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII](#) i.V.m. [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) ebenso auf Grundbedürfnisse abstellt. Der Begriff der Grundbedürfnisse im Rahmen des [§ 31 SGB IX](#) ist gleichlaufend mit [§ 33 SGB V](#) auszulegen (SG Dortmund, Beschluss vom 31.01.2014, Az.: [S 28 KR 1/14 ER](#); Majerski-Pahlen, in: Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, SGB IX, 12. Aufl., § 31 Rn. 6). Insoweit ist ein Anspruch hier ebenso wenig überwiegend wahrscheinlich. Für andere Anspruchsgrundlagen ist darüber hinaus weder etwas vorgetragen, noch sonst ersichtlich. d. Nichts anderes ergibt sich aus der von der Antragstellerin zitierten Entscheidung des BVerfG (Beschluss vom 25.02.2009, Az.: [1 BvR 120/09](#)). Die Sachverhalte sind schon nicht vergleichbar. Während in dem vom BVerfG entschiedenen Fall bereits die eigenständige Fortbewegung der Antragstellerin innerhalb der Wohnung ohne den begehrten Spezialrollstuhl unmöglich war, ist dies für die hiesige Antragstellerin mit dem bewilligten Elektrorollstuhl innerhalb und außerhalb der Wohnung möglich. Ebenso ist grundsätzlich ein Training unter Verwendung des Stehtrainers mit Unterstützung eines Physiotherapeuten durchführbar. Die gegebenenfalls hinzunehmenden Einschränkungen treten damit im Vergleich zu der Sachverhaltskonstellation, die dem BVerfG zur Entscheidung zugrunde lag, deutlich zurück. Die Kammer sah sich wegen der erfolgten Bewilligung eines Elektrorollstuhls sowie eines Stehtrainers auch nicht veranlasst, das begehrte Hilfsmittel im Rahmen einer Interessenabwägung vorläufig zuzusprechen. Vielmehr ist damit insbesondere die Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung sichergestellt. Auch ein Training erscheint entgegen der Ansicht der Antragstellerin mit Unterstützung eines Physiotherapeuten möglich. Die von der Antragstellerin hinzunehmenden Beschränkungen wiegen nach Ansicht der Kammer nicht so schwer, dass ihr ein Abwarten der Hauptsache nicht zugemutet werden könnte.

2. Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung von [§§ 183, 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-08-25