

S 12 AS 715/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Karlsruhe (BWB)
Sachgebiet
Grundsicherung für Arbeitsuchende

Abteilung
12
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen
S 12 AS 715/15
Datum
10.02.2016

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Der mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbarte Selbstbehalt an den Behandlungskosten ist durch den Grundsicherungsträger nicht zu übernehmen.
 2. [§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) ist schon seinem Wortlaut nach nicht einschlägig, da hiernach nur ein Zuschuss zu den Versicherungs-„Beiträgen“ durch den Grundsicherungsträger zu gewähren ist.
 3. Ein unabweisbarer Mehrbedarf im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) kommt nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 29.04.2015 - [B 14 AS 8/14 R](#) - juris) nur dann in Betracht, wenn eine entsprechende Beratung durch den Grundsicherungsträger im Hinblick auf die Möglichkeit des Wechsels in den Basistarif unterblieben ist.
 4. [§ 73 Satz 1 SGB XII](#) kommt als Anspruchsgrundlage nicht in Betracht, da im SGB II eine Rechtsgrundlage vorhanden ist.
1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Der Beklagte erstattet der Klägerin die Hälfte der Kosten im Widerspruchsverfahren. Im Übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit stehen höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) unter Berücksichtigung der tatsächlichen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung unter Berücksichtigung eines von der Klägerin zu tragenden Eigenanteils in Höhe von 1.700,00 EUR jährlich.

Die am 26.03.1955 geborene Klägerin war bis zu ihrer Krebserkrankung selbstständig als Online-Buchhändlerin tätig. Sie ist privat krankenversichert. Im Jahr 2013 betrug der monatliche Beitrag zu ihrer privaten Krankenversicherung 252,77 EUR, derjenige zur privaten Pflegeversicherung 37,34 EUR. Hinzukam ein einmal jährlich auf die Kosten der Behandlungen entfallender Eigenanteil in Höhe von 1.200,00 EUR. Zum 01.01.2014 betrug der monatliche Beitrag zur privaten Krankenversicherung 246,76 EUR zuzüglich 37,34 EUR für die Pflegeversicherung. Der Eigenanteil erhöhte sich auf 1.700,00 EUR.

Am 16.05.2013 beantragte die Klägerin aufstockende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II unter Berücksichtigung eines Zuschusses zu den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung beim Jobcenter des Landkreises Karlsruhe (JC).

Mit Bescheid vom 10.07.2013 bewilligte das JC aufgrund des noch ungeklärten Einkommens aus der selbstständigen Tätigkeit vorläufig Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts für die Zeit vom 01.05.2013 bis zum 31.10.2013 in Höhe von 736,47 EUR unter Einschluss des Zuschusses zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 252,77 EUR und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 37,34 EUR.

Auf ihren Weiterbewilligungsantrag vom 01.10.2013 wurden ihr wiederum vorläufig Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts für die Zeit vom 01.11.2013 bis zum 30.04.2014 in Höhe von 736,47 EUR bewilligt. Darin enthalten waren Zuschüsse zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 252,77 EUR und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 37,34 EUR.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin am 19.11.2013 Widerspruch. Unter anderem bemängelte sie, dass die von ihr monatlich zu tragenden Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung unter anteiliger Berücksichtigung des Selbstbehalts nicht in voller Höhe berücksichtigt worden seien. Diese würden monatlich 390,11 EUR betragen.

Laut einer internen Email des JC (Verwaltungsaktenseite 365) fand am 20.01.2014 ein Telefongespräch mit der Klägerin statt. In diesem

Telefonat sei unter anderem das Thema der Beiträge zur privaten Krankenversicherung thematisiert worden. Die Klägerin habe in diesem Gespräch mitgeteilt, dass sie einen Krankenversicherungs-tarif gewählt habe, der es ihr ermögliche, die monatlichen Beiträge auch mit ihrem nur geringen Einkommen aus der selbstständigen Tätigkeit zu bezahlen. Dafür müs-se sie jedoch, trotz basistarifähnlicher Leistungen, jährlich Behandlungskosten in Höhe von 1.700,00 EUR selbst bezahlen. Trotz ihrer Erkrankung hoffe sie, ihren Lebensunterhalt irgendwann ohne öffentliche Leistungen bestreiten zu können. Deswegen lehne sie es ab, in den Basistarif ohne Eigenleistung zu wechseln. Sie befürchte, nach dem Ende des Alg II-Bezuges den vollen Basistarif von circa 600,00 EUR monat-lich nicht aufbringen zu können. Es wurde ihr die Klärung zugesagt, ob zumindest die Differenz zwischen dem von ihr aufzubringenden Beitrag und dem vom JC im Rah-men der Leistungsgewährung anzuerkennenden hälftigen Basistarif zur teilweisen Deckung des Selbstbehaltes gewährt werden könne.

Mit Bescheid vom 04.02.2014 wurden die Leistungen nach dem SGB II für die Zeit vom 01.05.2013 bis zum 31.08.2013 endgültig festgesetzt. Dabei wurde ein Zu-schuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe des hälftigen Basistarifs, der im Jahr 2013 305,16 EUR betrug, berücksichtigt. Der Zuschuss zur privaten Pflegeversicherung wurde in Höhe von 41,51 EUR gewährt.

Mit Änderungsbescheid vom 04.02.2014 wurde darüber hinaus für die Zeit vom 01.11.2013 bis zum 31.12.2013 ebenfalls ein Zuschuss zur privaten Krankenversi-cherung in Höhe von 305,16 EUR und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 41,51 EUR gewährt. Für die Zeit vom 01.01.2014 bis zum 30.04.2014 wurde ein Zu-schuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 313,88 EUR und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 41,51 EUR gewährt. Den Widerspruch vom 19.11.2013 zog die Klägerin daraufhin mit Schreiben vom 28.01.2014 zurück.

Auf ihre Weiterbewilligungsanträge vom 25.04.2014 und vom 23.09.2014 wurden ihr für die Zeit vom 01.05.2014 bis zum 30.09.2014 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von monatlich 900,46 EUR unter Berücksichtigung eines Zu-schusses zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 313,88 EUR und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 41,51 EUR und für den Zeitraum 01.10.2014 bis zum 31.03.2015 in Höhe von 829,17 EUR unter Berücksichtigung eines Zuschusses zur pri-vaten Krankenversicherung in Höhe von 261,76 EUR und zur privaten Pflegeversiche-rung in Höhe von 22,34 EUR bewilligt. Mit Änderungsbescheid vom 22.11.2014 wurden die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts aufgrund der Erhöhung der Re-gelsätze zum 01.01.2015 für die Zeit vom 01.01.2015 bis zum 31.03.2015 in Höhe von 838,16 EUR monatlich bewilligt.

Gegen den Bescheid vom 22.11.2014 erhob die Klägerin am 10.12.2014 Wider-spruch, den sie damit begründete, die tatsächliche Höhe der monatlichen Beiträge zur privaten Krankenversicherung belaufe sich aktuell auf 436,39 EUR. Darin enthalten seien die monatlichen Beitragszahlungen von 294,72 EUR (Erhöhung zum 01.10.2015) und die jährliche Selbstbeteiligung in Höhe von 1.700,00 EUR. Dies entspreche einer monatlich zusätzlichen Rate in Höhe von 141,67 EUR. Der bewilligte Zuschuss in Höhe von 284,10 EUR reiche demnach nicht aus, um die erforderlichen Beiträge zu entrichten. Dies sei aber erforderlich, um eine adäquate ärztliche Versorgung im Rahmen ihrer Krebserkrankung zu erhalten.

Am 13.12.2014 erging ein Änderungsbescheid für die Zeit vom 01.10.2015 bis zum 31.03.2015 aufgrund einer Änderung betreffend des Mehrbedarfs Ernährung. Eine Änderung in der Höhe der Leistungen ergab sich hierdurch nicht.

Mit Änderungsbescheid vom 16.12.2014 wurden der Klägerin aufgrund ihres Wider-spruches für die Zeit vom 01.01.2015 bis zum 31.03.2015 Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von 848,78 EUR unter Berücksichtigung eines Zuschus-ses zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 271,82 EUR und für die private Pfl-e-geversicherung in Höhe von 22,90 EUR bewilligt.

Gegen die Bescheide vom 13.12.2014 und vom 16.12.2014 erhob die Klägerin am 29.12.2014 Widerspruch und beantragte die Anerkennung ihres Eigenanteils in Höhe von 1.700,00 EUR als Sonderbedarf.

Mit weiterem Änderungsbescheid vom 21.01.2015 wurden ihr schließlich Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts für die Zeit vom 01.10.2014 bis zum 31.12.2014 in Höhe von monatlich 900,46 EUR unter Berücksichtigung eines Zuschusses zur priva-ten Krankenversicherung in Höhe von 313,88 EUR und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 41,51 EUR und für die Zeit vom 01.01.2015 bis zum 31.03.2015 in Höhe von monatlich 922,22 EUR unter Berücksichtigung eines Zuschusses zur privaten Kran-kenversicherung in Höhe von 319,69 EUR und zur privaten Pflegeversicherung in Höhe von 48,47 EUR bewilligt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.01.2015 wurde der Widerspruch nach Erteilung des Änderungsbescheids vom 21.01.2015 als unbegründet zurückgewiesen.

Deswegen hat die Klägerin am 02.03.2015 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe erho-ben.

Zu deren Begründung führt sie aus, angesichts einerseits ihrer Erkrankung und an-dererseits des abgeschlossenen Versicherungsvertrags sei im Rahmen von [§ 26 SGB II](#) in Verbindung mit § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsge-setzes (VAG) nicht nur der Versicherungsbeitrag geschuldet, sondern darüber hinaus auch eine umgerechnete Rate der von ihr zu tragenden Eigenbeteiligung. Diese Eigenbeteiligung habe eine Reduzierung des Beitrages bewirkt, der folglich auch dem Beklagten zugutekomme. Sie habe deswegen einen Anspruch auf Übernahme der tatsächlichen Versicherungsbeiträge unter Berücksichtigung der anteiligen Selbstbeteiligung in Höhe von 141,67 EUR monatlich. Darüber hinaus könne der Anspruch auf [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) gestützt werden. Bei den Kosten für den vereinbarten Selbstbehalt handele es sich um einen unabweisbaren Bedarf, insbesondere auch vor dem Hintergrund ihrer Erkrankung, bei der eine bestmöglich medizinische Versorgung sichergestellt sein müsse. Das Bundessozialgericht habe in seiner Entscheidung vom 29.04.2015 - Az.: [B 14 AS 8/14 R](#) - entschieden, dass etwaige vom Selbstbehalt umfasste Krankenbehandlungskosten als unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) übernahmefähig seien. Schließlich komme ein Anspruch gemäß [§ 73 Satz 1](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) in Betracht.

Die Klägerin bestreitet, dass eine entsprechende Beratung durch den Beklagten im Hinblick auf einen Wechsel in den Basistarif erfolgt sei.

Die Klägerin beantragt,

den Beklagten unter Abänderung des Bescheids vom 22.11.2014 in der Fassung der Änderungsbescheide vom 13.12.2014 bzw. 16.12.2014 und des Änderungsbescheids vom 21.01.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.01.2015 zu verurteilen, der Klägerin für den Zeitraum 01.10.2014 bis zum 31.03.2015 höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II unter Berücksichtigung der tatsächlichen Beiträge zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung unter Berücksichtigung des Eigenanteils zu gewähren.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hält die angefochtenen Entscheidungen weiterhin für zutreffend. Es sei bereits der hälftige Basistarif gewährt worden, obwohl der tatsächliche Krankenversicherungsbeitrag niedriger gewesen sei. Die Klägerin sei bei einem Telefongespräch am 20.01.2014 auf den Wechsel in den Basistarif hingewiesen worden. Sie sei auch darauf hingewiesen worden, dass die Selbstbeteiligung über eine Zuschussgewährung gemäß [§ 26 SGB II](#) nicht erfolgen könne. Eine Rechtsgrundlage aufgrund derer der Leistungsträger verpflichtet wäre, einen höheren Betrag als den halben Beitrag für den Basistarif in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen, bestehe nicht. Ein Wechsel in den Basistarif sei grundsätzlich zumutbar. Ein Mehrbedarf gemäß [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) scheidet aus, da die Selbstbeteiligung für die Behandlungskosten nicht unabweisbar sei. Sie sei auf den Wechsel in den Basistarif hingewiesen worden. Aufgrund der Erkrankung und der besseren ärztlichen Behandlung sei ein Wechsel von ihr nicht gewünscht gewesen. Der Beratungspflicht wurde somit gemäß des BSG-Urteils - [B 14 AS 8/14 R](#) - genüge getan. Ein Anspruch nach [§ 73 S. 1 SGB XII](#) scheidet laut LSG Hamburg - [L 4 AS 348/12](#), da bereits eine Rechtsgrundlage im SGB II vorhanden ist.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakte und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die zulässige Klage ist nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf höhere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts unter Berücksichtigung eines anteiligen Selbstbehalts als Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung.

1. Als Anspruchsgrundlage für die Übernahme der anteiligen Selbstbeteiligung als Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung scheidet bereits [§ 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB II](#) aus.

Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versicherungspflichtig noch familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt [§ 152 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes \(§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) in der ab 01.01.2016 gültigen Fassung). Danach sind als Teil der in [§ 152 VAG](#) getroffenen Vorschriften zur substitutiven Krankenversicherung Ansprüche unter anderem gegen den SGB II-Träger für den Fall begründet, dass SGB II-Leistungsbezieher die Mittel auch für einen nach [§ 152 VAG](#) reduzierten Beitrag nicht aufbringen können.

Bis zum 31.12.2015 war insoweit noch [§ 12 Abs. 1c Satz 5](#) und 6 VAG aF einschlägig, der in seinem Wortlaut identisch war mit der nunmehr einschlägigen Vorschrift des [§ 152 Abs. 4 Satz 2](#) und 3 VAG. Eine Übernahme des jährlichen Eigenanteils an den Behandlungskosten ist bereits wegen dem eindeutigen Wortlaut des [§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II](#) einerseits als auch des [§ 152 Abs. 4 Satz 2](#) und 3 VAG andererseits (und auch insoweit mit der im Wortlaut identischen Vorschrift des [§ 12 Abs. 1 c Satz 5](#) und 6 VAG aF) nicht möglich. Maßgeblich ist danach der vom SGB II-Träger zu zahlende "Beitrag", den die Leistungsberechtigten nach dem SGB II an ihr Versicherungsunternehmen zu entrichten haben. Hierauf verweist bereits die amtliche Überschrift des [§ 26 SGB II](#). Ebenso ist Gegenstand des [§ 152 Abs. 4](#) allein der Beitrag zur privaten Krankenversicherung, an dem sich der SGB II-Träger "beteiligt". Insoweit verweist die Kammer auf die sehr ausführliche Begründung des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 29.04.2015 - [B 14 AS 8/14 R](#) - juris, der sich die Kammer vorbehaltlos anschließt. Vor diesem Hintergrund besteht keine Möglichkeit, die von der Klägerin zu tragende Selbstbeteiligung in Höhe von 1.700,00 EUR jährlich unter den [§ 26 SGB II](#) zu substituieren. Käme man zu einem anderen Ergebnis würde dies auf eine Besserstellung der Klägerin im Vergleich zu denjenigen Leistungsbeziehern nach dem SGB II hinauslaufen, die mit Eintritt der Hilfebedürftigkeit in den Basistarif gewechselt sind. Die Klägerin erhielte auf der einen Seite eine bessere medizinische Versorgung, auf der anderen Seite wäre sie nicht mit höheren Beiträgen zur privaten Krankenversicherung belastet. Eine solche Ungleichbehandlung ist auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten bedenklich.

2. Als weitere möglich Anspruchsgrundlage scheidet auch [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) aus. Nach [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) wird bei Leistungsberechtigten ein Mehrbedarf anerkannt, soweit im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Der Mehrbedarf ist unabweisbar, wenn er insbesondere nicht durch die Zuwendungen Dritter sowie unter Berücksichtigung von Einsparmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gedeckt ist und seiner Höhe nach erheblich von einem durchschnittlichen Bedarf abweicht.

Nach der Rechtsprechung des BSG in der oben genannten Entscheidung vom 29.04.2015 ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die in einen Selbstbehalt fallenden Kosten der medizinischen Versorgung nach dem mit der Einführung des PKV-Basistarifs verfolgten Regelungskonzept zumindest ab dem Zeitpunkt nicht mehr im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) unabweisbar sind, ab welchem es dem privaten Krankenversicherten Leistungsberechtigten zumutbar möglich ist, in den Basistarif ohne Selbstbehalt zu wechseln (siehe BSG, a.a.O.). In diesem Zusammenhang muss auch darauf hingewiesen werden, dass es dem Bezieher von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II grundsätzlich zumutbar ist, in den Basistarif der privaten Krankenversicherungen zu wechseln (vgl. BSG, Urteil vom 16.10.2012 - [B 14 AS 11/12 R](#) - SozR 4-4200 § 26 Nr. 3 Rdnr. 24).

Das Bundessozialgericht hat allerdings eine Einschränkung insoweit gemacht, als dass die Selbstbehaltskosten zumindest solange als Härtefallmehrbedarf im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) anzuerkennen sind, als dass der betroffene Leistungsbezieher keine Kenntnis von der Wechselmöglichkeit in den Basistarif seines privaten Krankenversicherungsunternehmens hatte. Das BSG hat zutreffend ausgeführt, dass es von einem Betroffenen aus eigener Initiative beim erstmaligen Angewiesensein auf existenzsichernde Leistungen nicht verlangt werden

könne, in einen Basistarif zu wechseln (BSG v. 29.04.2015, [a.a.O.](#)). Zum einen vermag dies aus Sicht des Betroffenen auf den ersten Blick unwirtschaftlich zu sein, da die Höhe der im Basistarif zu entrichtenden Beiträge aufgrund des vereinbarten Selbstbehalts oftmals oberhalb der individuellen Beiträge liegt. So auch im Falle der Klägerin. Des Weiteren ist zu bedenken, dass sich ein Wechsel in den Basistarif schon aufgrund der schwer überschaubaren Rechtslage dem Betroffenen nicht aufdrängen dürfte.

Hier setzt die Beratungspflicht der Träger der Grundsicherungsleistungen im Sinne von [§ 14](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ein. Diesen obliegt die Pflicht, die betroffenen Leistungsberechtigten auf die Möglichkeit eines Wechsels in den Basis-tarif aufzuklären und ihm entsprechende Hilfe zu gewähren. Solange es sich den Be-troffenen nicht aufdrängt, dass der Wechsel in den Basistarif vom Gesetzgeber trotz unter Umständen höherer Beitragslasten im Hinblick auf die damit verbundene Ent-lastung des Verwaltungsaufwands erwünscht ist und auch die höheren Beiträge voll übernommen werden, sind sie auf eine hinreichende Belehrung der Träger angewie-sen die sie in die Lage versetzt, Mehrkosten der medizinischen Versorgung zu ver-meiden (vgl. Krauß in Haug/Noftz, SGB II, Stand Mai 2014, § 26 Rdnr. 78).

Im Falle der Klägerin ist eine solche Beratung durch den Grundsicherungsträger am 20.10.2014 erfolgt. Dies lässt sich einer internen Email des JC vom 20.10.2014 ent-nehmen. Zwar wurde in der mündlichen Verhandlung vom 10.02.2016 durch den Prozessbevollmächtigten bestritten, dass eine solche Beratung tatsächlich stattge-funden hat. Die Kammer hat jedoch keine Zweifel daran, dass diese Beratung statt-gefunden hat, denn schließlich hat die Klägerin mit Schreiben vom 28.01.2014 ihren Widerspruch vom 19.11.2013 gegen den Bescheid vom 04.11.2013 zurückgenom-men mit folgender Begründung:

"Aufgrund des informativen und beratenden Gesprächs ziehe ich hiermit meinen Wi-derruf zurück."

Ein Mehrbedarf im Sinne von [§ 21 Abs. 6 SGB II](#) kommt deswegen nicht in Betracht.

3. Auch ein Anspruch aufgrund des [§ 73 SGB XII](#) scheidet aus.

Danach können Leistungen auch in sonstigen Lebenslagen erbracht werden, wenn sie den Einsatz öffentlicher Mittel rechtfertigen ([§ 73 Satz 1 SGB XII](#)).

Da eine Rechtsgrundlage im SGB II vorhanden ist, aufgrund welcher Beiträge zur privaten Krankenversicherung übernommen werden können, bedarf es keines Rück-griffs auf den [§ 73 Satz 1 SGB XII](#). Eine Beiladung des Sozialhilfeträgers war aus diesem Grund entbehrlich.

II. Die Entscheidung hinsichtlich der Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-17