



Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



Im Namen des Volkes

Urteil

L 4 KR 417/20

S 62 KR 1032/18 Sozialgericht Oldenburg

In dem Rechtsstreit

A.

– Klägerin und Berufungsbeklagte –

Prozessbevollmächtigte:
Rechtsanwälte B.

gegen

C.

– Beklagte und Berufungsklägerin –

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen ohne mündliche Verhandlung am 11. Oktober 2021 in Celle durch die Richterin am Landessozialgericht Dr. D. als Berichterstatterin für Recht erkannt:

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Oldenburg vom 7. August 2020 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten der Klägerin im Berufungsverfahren.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Streitig ist bei den Beteiligten, ob die Klägerin Anspruch auf ein zweites Lipofilling der linken Brust zum Ausgleich einer Volumenasymmetrie hat.

Die 1988 geborene Klägerin ist bei der beklagten Krankenkasse (KK) gesetzlich krankenversichert. Sie leidet an einer Anlagestörung der linken Brust mit tubulärer Fehlbildung, Stadium II bis III (vgl. Bericht E. vom 27. April 2018). Am 4. Dezember 2017 erfolgte die Rekonstruktion der linken Brust mit glanulärer Rotationslappenplastik und Autoaugmentation mittels Lipotransfer vom Unterbau und den Flanken (204 ml) sowie ausgleichender periareolärer Straffung rechts und Neupositionierung der Submammafalte links.

Die Übernahme der Kosten für eine erste Rekonstruktion der Brust erfolgte aufgrund eines begünstigenden Bescheides der Beklagten vom 11. Oktober 2017. In diesem Bescheid heißt es, dass die Kosten der Rekonstruktion der Brust links mittels subpektoralem Implantats sowie Angleichung der rechten Seite mittels Pexie im Rahmen einer stationären Behandlung im F. übernommen würden. Die Bewilligung basierte auf einem im Antragsverfahren vorgelegten Bericht des G. Klinikums vom 21. Juni 2017. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf diesen Bericht Bezug genommen.

Anlässlich einer Verlaufskontrolle am 6. April 2018 stellte die Chefärztin des E., Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Ästhetik, Dr. H. fest, dass sich auf der linken Seite eine gute Auffüllung der beiden unteren Quadranten zeige, insbesondere im lateralen oberen und unteren Quadranten bestehe eine natürliche Form. Der Abstand der Submammafalte betrage rechts 8, links 8 cm. Im Vergleich zum präoperativen Befund sei auf der linken Seite der Abstand 6,5 cm. Der Mamillen-Submammarfalten-Abstand rechts habe 23, links 22 cm betragen und sei somit 0,5 cm größer als präoperativ. Es wurde die Empfehlung zu einem weiteren Ausgleich der Volumenasymmetrie mittels eines zweiten Lipofilling der linken Brust ausgesprochen. Aufgrund der aufwändigen Rekonstruktion sei bei der Primäroperation am 4. Dezember 2017 ein Volumen von 204 ml Eigenfett transplantiert worden. Die Patientin sei schon über die OP-Risiken und Abläufe informiert worden. Der Eingriff sollte ebenfalls im Rahmen eines kurzen stationären Aufenthalts stattfinden. Die zweite Sitzung des Lipofilling war ursprünglich für August 2018 geplant.

Unter dem 14. Mai 2018 beantragte die Klägerin für die zweite Operation eine Kostenübernahme bei der Beklagten. Sie verwies dabei auf den Bericht vom 6. April 2018.

In einem Aktenvermerk der Beklagten vom 28. Mai 2018 heißt es, dass nicht die Maßnahme durchgeführt worden sei, die bewilligt worden sei. Durch ein autonomes Handeln des Krankenhauses sei eine andere, außervertragliche Leistung zum Tragen gekommen, die nicht bewilligt worden sei. Auf Nachfragen habe die Versicherte erklärt, dass sie eigentlich die Lipomaßnahme (Lipofilling) nicht gewollt habe. Jedoch haben ihr die Ärzte dazu geraten. Gleichzeitig habe die

Ärzte ihr versichert, dass eine mögliche Resektion des Eigenfettes und eine demzufolge neue Notwendigkeit einer weiteren Operation kein Problem sei, die KK müsste dann immer wieder zahlen, wenn das einmal bewilligt worden wäre.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) unter folgender Fragestellung ein: Die 2017 beantragte Brustkorrektur-Operation habe stattgefunden, sei jedoch nicht analog der Kostenzusage ausgeführt worden. Demzufolge sei die Rekonstruktion der linken Brust offenbar nicht abgeschlossen. Es werde um Beurteilung gebeten, ob die medizinische Notwendigkeit für eine weitere Angleichung der linken Brust vorliege. Es seien ggf. operative Möglichkeiten in diesem Zusammenhang zu benennen. In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme hat der Sachverständige des MDK unter dem 31. Mai 2018 mitgeteilt, dass es richtig sei, dass das Lipofilling zunächst den Charakter einer außervertraglichen Leistung habe. Da jedoch im Rahmen des § 137c SGB V auch außervertragliche Leistungen während eines stationären Aufenthaltes erbracht werden dürften, wenn die Methode ein ausreichendes Potenzial bezüglich Effizienz und Wirtschaftlichkeit habe, sei dies nicht zu beanstanden. Beim Lipofilling sei es normal, dass in einer zweiten Sitzung erneut Fett nachgefüllt werden müsste, da das Eigenfett, das bei der ersten Sitzung transplantiert worden sei, zum Teil resorbiert werde, oder sich auch manchmal sog. Ölzysten bildeten. Gegeben sei ein Volumendefizit, das methodenbedingt sei. Die vorliegende Fotodokumentation zeige jedoch einen derart geringen Volumenunterschied zwischen der rechten und der linken Brust, dass die Schwelle der Erheblichkeit lange nicht überschritten werde, ab der man von einer Entstellung sprechen könnte, da beim Tragen eines konfektionierten BHs eine Seite nicht gefüllt werde. Aus diesem Grunde werde eine Kostenübernahme nicht empfohlen.

Mit Bescheid vom 7. Juli 2018 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für eine zweite Maßnahme des Lipofilling ab. Der Sachverständige des MDK sei zu dem Ergebnis gekommen, dass anhand der eingereichten Unterlagen die medizinische Notwendigkeit für das Ausgleichen der Volumenasymmetrie der linken Brust nicht nachvollziehbar sei. Zusätzlich würde es sich bei der Maßnahme des Lipofilling um eine Leistung handeln, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zähle und somit nicht von der KK übernommen werden könnte.

Dagegen richtete sich die Klägerin mit ihrem Widerspruch vom 11. Juni 2018 (Eingang 18. Juni 2018). Mit der Bewilligung des ersten Eingriffs und der bekannten weiteren Behandlung hätte eine Aufklärung erfolgen müssen. Sie habe sich auf die Zusammenarbeit der KK und der Ärzte verlassen und die Behandlung gewählt, weil ihr die Wahl gelassen worden sei. Da der erste Eingriff bewilligt und bezahlt worden sei, sei auch die Folgebehandlung notwendig.

Im Widerspruchsverfahren hat die Beklagte erneut den MDK mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In dem Gutachten vom 27. August 2018 kommt der Sachverständige erneut zu dem Ergebnis, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung nicht erfüllt seien. Anhand der vorliegenden Unterlagen und auch der Durchsicht der Bilddokumentation könne nach aktueller Sicht eine entstellende Asymmetrie der Brüste nicht ausreichend erkannt werden. Es gelte der Leitsatz des bekleideten Zustands für den Begriff der Entstellung. Die rechte Brust mit etwas abgeflachtem oberem Quadranten erscheine nicht so different zur linken Seite, dass eine Angleichung aus medizinischer Sicht notwendig wäre. Eine Kompensation über einen gut sitzenden BH, möglicherweise auch mit leichtem Push-Up-Effekt erscheine hier zumutbar und ausreichend.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30. November 2018 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Es bestehe kein Anspruch auf Kostenübernahme für eine Korrektur der linken Brust mittels Lipofilling. Eine stationäre Korrektur könne nur dann in die Leistungspflicht der KVen fallen, wenn die Anomalie der Brüste eine Krankheit darstelle und anderweitige Behandlungen nicht zielführend seien. Im Falle der Klägerin könnte jedoch eine körperliche Unregelmäßigkeit mit Krankheitswert schon nicht festgestellt werden und sei auch von der Klägerin nicht vorgetragen worden. Eine Entstellung im rechtlichen Sinne liege nicht vor. Eine Entstellung könne weder vom Gutachter bestätigt werden, noch ließe sich diese anhand der übermittelten Lichtbilder feststellen. Etwaige psychische Belastungen, die aus einer Unzufriedenheit mit körperlichen Gegebenheiten resultierten, könnten insoweit keinen Anspruch auf einen chirurgischen Eingriff begründen. Auch wenn die Klägerin dies subjektiv anders beurteile, stellte sich ihr Wunsch nach der begehrten brustkorrigierenden Operation rechtlich gleichwohl als rein kosmetisch-ästhetisch dar und dürfe mithin nicht zulasten der KK erbracht werden. Auch die Kostenübernahme für das stationäre Lipofilling (Form der Reproduktion in Kombination mit einer Eigenfetttransplantation) sei aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Voraussetzung für eine stationäre Maßnahme sei, dass die Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse genüge, dies bedeute, dass die Behandlungsqualität gesichert sei. Es müsse sichergestellt werden, dass die Behandlung ungefährlich sei und dass auch der angestrebte Erfolg, nämlich die Beseitigung des krankhaften Zustandes, mit Sicherheit eintreten werde.

Die Klägerin hat am 21. Dezember 2018 Klage vor dem Sozialgericht (SG) Oldenburg erhoben. Sie begehrt weiterhin die Kostenübernahme für eine Korrektur der linken Brust mittels Lipofilling. Es bestehe ein Anspruch auf Kostenübernahme für die endgültige Korrektur der linken Brust mittels eines zweiten Lipofilling. Für die Klägerin stelle die Anomalie ihrer Brüste eine körperliche Unregelmäßigkeit mit Krankheitswert dar. Es sei von einer entstellenden Wirkung

auszugehen. Aufgrund ihres jungen Alters sei ihr zu einer Rekonstruktion mit Eigenfett geraten worden.

Das SG hat im erstinstanzlichen Verfahren Befundberichte eingeholt von den behandelnden Ärzten des E. (vgl. Bericht vom 21. Juni 2019) und von den Fachärzten für Allgemeinmedizin I. (Bericht vom 1. Juli 2019) sowie von den Fachärzten für Frauenheilkunde J. (Bericht vom 2. November 2019). Auf diese wird hinsichtlich der Einzelheiten ergänzend Bezug genommen.

Das SG hat mit Urteil vom 7. August 2020 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 7. Juni 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. November 2018 verurteilt, die Kosten für die Korrektur-Operation der linken Brust mittels Lipofilling zu übernehmen. Die Klage sei zulässig und begründet. Die Bescheide der Beklagte seien rechtswidrig. Gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V hätten Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig sei, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasse gemäß § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V. Danach sei der Klageanspruch begründet, denn auch der MDK führe aus, dass es beim Lipofilling normal sei, dass in einer zweiten Sitzung erneut Eigenfett nachgefüllt werden müsse, da das Eigenfett, das bei der ersten Sitzung transplantiert worden sei, zum Teil resorbiert werde oder auch sog. Ölzysten bilde. Insoweit werde auf die Ausführungen des MDK in der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 31. Mai 2018 Bezug genommen. Die Durchführung einer Korrektur-Operation sei daher medizinisch notwendig. Auf die Frage, ob Lipofilling eine Leistung der GKV sei, käme es in diesem Zusammenhang im vorliegenden Fall nicht an, denn insoweit habe die Klägerin einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch sei ein von der Rechtsprechung entwickeltes Rechtsinstitut. Er sei auf die Vornahme der notwendigen Amtshandlungen zur Erstellung des Zustands gerichtet, der bestehen würde, wenn der Sozialleistungsträger die ihm aus dem Sozialrechtsverhältnis erwachsenden Nebenpflichten ordnungsgemäß wahrgenommen hätte. Voraussetzung für den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch sei stets das Bestehen eines Schadens. Dieser müsse durch ein Verhalten - Tun oder Unterlassen - des Sozialleistungsträgers wesentlich verursacht worden sein, d.h. das Verhalten des Sozialleistungsträgers in Form einer Betreuungspflichtverletzung müsse rechtlich wesentliche Nachteilsursache geworden sein, meistens in der Weise, dass es den Betroffenen zu einer ihm nachteiligen Disposition veranlasst habe. Ein Verschulden sei - anders als im zivilen Schadensersatzrecht - in der Regel nicht erforderlich. Vom Ziel her sei der sozialrechtliche Herstellungsanspruch nicht primär auf einen Schadensersatz zivilrechtlicher Art gerichtet, insbesondere nicht unmittelbar auf eine Geldleistung. Vielmehr solle der Rechtsfolgezustand hergestellt werden, der bestanden hätte, wenn der Sozialleistungsträger

sich pflichtgemäß verhalten hätte, z.B. seiner Beratungspflicht ordnungsgemäß nachgekommen wäre. Im vorliegenden Fall hätte zum Zeitpunkt der ersten Operation im Dezember 2017 durch das Krankenhaus eine Aufklärung der Klägerin dahingehend erfolgen müssen, dass weitere Kosten durch eine zweite Operation entstehen würden für den Fall, dass sich die Klägerin für ein Lipofilling entscheide. Diese Information wäre für die Klägerin von Bedeutung gewesen, denn sie hätte sich in diesem Fall für die Einlage eines Implantates entschieden. Dadurch, dass die Frage der Kosten einer zweiten Operation im Dezember 2017 nicht erörtert worden sei, seien durch die Übernahme der Kosten für die erste Operation Fakten geschaffen worden, die zur Folge hätten, dass nunmehr auch die Kosten des zweiten Eingriffs von der Beklagten zu tragen seien. Das Versäumnis des Krankenhauses als Leistungserbringer müsse sich die Beklagte zurechnen lassen. Im Übrigen habe die Beklagte die Kosten für die Durchführung der ersten Operation getragen, obwohl sich der Bescheid vom 11. Oktober 2017 auf die durchgeführte Operationsmethode (Lipofilling) gar nicht beziehe. Vor diesem Hintergrund würde es einen Fall unzulässiger Rechtsausübung darstellen, die Kostentragung für die Folgeoperation zu verweigern.

Gegen das am 25. September 2020 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 23. Oktober 2020 Berufung bei dem Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt.

Auf Antrag der Beklagten hat der Vorsitzende des 4. Senates mit Beschluss vom 6. November 2020 die Vollstreckung aus dem Urteil des SG Oldenburg vom 7. August 2020 bis zur Erledigung des Rechtsstreits im Berufungsrechtszug ausgesetzt.

Die Beklagte trägt im Berufungsverfahren vor, dass das erstinstanzliche Gericht den Sachverhalt bereits unzutreffend und unvollständig wiedergegeben habe. Die Beklagte habe mit Bescheid vom 11. Oktober 2017 nur eine Kostenübernahme für eine Rekonstruktion der Brust links mittels subpektoralem Implantats sowie Angleichung der rechten Seite mittels Pexie im Rahmen einer stationären Behandlung übernommen. Das Gericht könne das Vorliegen von Aufklärungsfehlern und das Vorliegen einer objektiven Pflichtwidrigkeit nicht beurteilen, ohne die aus dem Verfahren aus dem Jahre 2017 seitens der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten in die Sachverhaltsermittlung einzubeziehen. Aus den sozialmedizinischen Stellungnahmen des MDK ergebe sich eindeutig, dass die Voraussetzungen einer Kostenübernahme nicht zu bejahen und das beantragte Lipofilling keine notwendige Leistung zur Behandlung einer Krankheit sei. Aus dem Gutachten des MDK gehe eindeutig hervor, dass die Voraussetzungen einer Kostenübernahme nicht gegeben seien. Das erstinstanzliche Gericht habe einen Anspruch auf Kostenübernahme vielmehr angenommen, da die Durchführung einer Folgeoperation und erneute Transplantation von Eigenfett üblich sei. Somit verkenne das Gericht die tatbestandlichen Voraussetzungen eines Anspruchs auf stationäre Krankenbehandlung im System der GKV.

Dieser setze stets einen behandlungsbedürftigen Zustand, d.h. eine Erkrankung voraus. Die Voraussetzungen für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch seien nicht gegeben. Hierfür müsste die Versicherte durch das Fehlverhalten eines Sozialleistungsträgers in Form der Verletzung der Pflichten aus dem Sozialrechtsverhältnis kausal einen rechtlichen Nachteil erlitten haben.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Oldenburg vom 17. August 2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachte die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den gesamten Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen. Diese sind Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senates gewesen.

Entscheidungsgründe

Vorliegend könnte eine Entscheidung durch die Berichterstatterin gemäß § 155 Abs. 3 und 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) und ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 SGG getroffen werden, weil die Beteiligten hierzu ausdrücklich ihr Einverständnis erklärt haben.

Die zulässige Berufung der Beklagten kann keinen Erfolg haben; sie ist nicht begründet. Das SG hat im Ergebnis zutreffend mit Urteil vom 17. August 2020 einen Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit einer zweiten Korrektur-Operation der Brust mittels Lipofilling bejaht.

Die erste Operation der Klägerin im Bereich der Brüste, die am 4. Dezember 2017 durchgeführt wurde, war auch ausweislich der Einschätzung der Ärzte des MDK krankheitsbedingt erforderlich, da bei der Klägerin eine Anlagestörung der linken Brust mit tubulärer Fehlbildung Stadium II bis III bestand. Wie bereits das SG zutreffend ausgeführt hat, bestand auch danach noch ein Krankheitszustand der operativ im Sinne einer Nachkorrektur behandelt werden musste.

Die Klägerin kann sich mit Erfolg auf die Bewilligung einer Rekonstruktion der Brüste im Bescheid vom 11. Oktober 2017 stützen. Der durch den Bescheid der Klägerin zugebilligte Anspruch wurde nicht vollständig durch die operative Behandlung im Dezember 2017 erfüllt. Durch die besagte erste Operation wurde die Krankheit im Sinne der GKV, die letztendlich zur Bewilligung der Brustrekonstruktion führte, noch nicht vollständig beseitigt. Dementsprechend lässt sich auch dem Bericht der operierenden Ärztin des K. vom 6. April 2018 entnehmen, dass zum weiteren Ausgleich der Volumenasymmetrie eine zweite Operation erforderlich sei. Im Befundbericht des K. vom 21. Juni 2019, der im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegt wurde, findet sich der Hinweis, dass sich der Zustand nach der Operation am 4. Dezember 2017 geringfügig gebessert habe; das „Leiden“ aber weiterhin vorhanden sei. Grundsätzlich bestätigt wird dies auch durch die Einschätzungen der Sachverständigen des MDK, die darauf hingewiesen haben, dass es beim Lipofilling normal sei, dass in einer zweiten Sitzung erneut Fett nachgefüllt werden müsste, da das Eigenfett, das bei der ersten Sitzung transplantiert worden sei, zum Teil resorbiert werde, oder sich manchmal sog. Ölzysten bildeten.

Dafür, dass die Klägerin aus dem besagten Bescheid vom 11. Oktober 2017 einen Anspruch herleiten kann, spricht auch der folgende Gesichtspunkt: Der Versicherte hat gegenüber der KK einen Beschaffungsanspruch, der als Rahmenrecht besteht, während der Arzt dessen Inhalt zu konkretisieren hat. Welchen Inhalt der vom Gesetz zugesagte Behandlungsanspruch im einzelnen Leistungsfall tatsächlich hat, wird weder vom Gesetz noch von der KK vorgegeben, sondern richtet sich nach den medizinischen Bedürfnissen des Erkrankten, über die der Behandler zu entscheiden hat. Der Anspruch auf Behandlung im Sinne eines bestimmten Tuns oder Unterlassens entsteht in aller Regel erst im Lauf der Behandlung dadurch, dass der Leistungserbringer die ersten Behandlungsschritte festlegt (vgl. dazu Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 23. April 1996, 1 RK 20/95 zitiert nach juris). In welcher Form und Umfang die mit dem Bescheid vom 1. Oktober 2017 bewilligte Maßnahme durchzuführen ist, obliegt deshalb der Entscheidung der durchführenden Ärzte. Dieser Einschätzung ist gemessen an der Rechtsprechung des BSG eine besondere Bedeutung zuzuerkennen. Die Frage, ob eine operative Nachkorrektur erforderlich ist, fällt demnach vornehmlich in den Entscheidungsbereich der behandelnden Ärzte (vgl. dazu auch Urteil des erkennenden Senats vom 28. Oktober 2020, L 4 KR 147/18).

Dies gilt selbstverständlich dann nicht, sofern die Nachkorrektur ausschließlich einer kosmetischen Indikation folgt. Davon kann vorliegend allerdings ausweislich des Befundberichtes des G. Klinikums vom 27. Juni 2019 nicht ausgegangen werden. Beschrieben wird ein Zustand nach Rekonstruktion der Brust, mit zwar gebesserter, aber weiterhin bestehender Volumenasymmetrie. Der erkennende Senat folgt hier nicht der Einschätzung des MDK, wonach die Volumendifferenz als zu gering für eine operative Nachkorrektur anzusehen sei.

Gegen einen Anspruch der Klägerin auf Nachkorrektur spricht auch nicht, dass sich die operierenden Ärzte nach dem bewilligenden Bescheid vom 11. Oktober 2017 gegen eine Silikonimplantation und für einen Lipotransfer entschieden haben. Hier gilt das bereits oben Gesagte: Die Konkretisierung des Beschaffungsanspruchs des Versicherten obliegt nicht der KK, sondern den behandelnden Ärzten. Im vorliegenden Fall haben sich diese aufgrund des Alters der Klägerin und der anatomischen Gegebenheiten gegen ein Silikonimplantat entschieden (vgl. Bericht des L. vom 6. Dezember 2017) und einen Lipotransfer durchgeführt.

Die Klägerin hat aus den genannten Gründen einen Anspruch auf die begehrte operative Maßnahme. Auf das Vorliegen der Voraussetzungen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs kam es dabei – entgegen der Auffassung des SG – nicht an.

Die Berufung der Beklagten kann keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die die Zulassung der Revision rechtfertigen könnten (§ 160 Abs. 2 SGG), sind nicht ersichtlich.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in

elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,
5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Dr. D.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen**. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein. Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu

wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.