

Aktenzeichen:
L 5 KR 189/19
S 2 KR 684/19



Verkündet am:
27.05.2020

Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

◀ Mdt. Z. K. Rücksprache	Wiedervorlage ▶	
DGB Rechtsschutz GmbH Büro Mainz		
- 9. JUNI 2020		
Erlедigt	Fristen + Termine	Bearbeitet
	09.07.20	

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtssekretäre Hartig u.a. bei der DGB
Rechtsschutz GmbH, Büro Mainz, II. Instanz,
Kaiserstraße 26-30, 55116 Mainz

gegen

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 27. Mai 2020 durch

Richterin am Landessozialgericht als Vorsitzende
Richter am Landessozialgericht
Richterin am Landessozialgericht
ehrenamtliche Richterin
ehrenamtlichen Richter

für Recht erkannt:

1. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Speyer vom 20.08.2019 wird zurückgewiesen.
2. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Der Kläger begehrt die Erstattung von Aufwendungen für eine ambulante Pars-plana-Vitrektomie.

Der 1966 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Im Jahr 2013 hatte eine Rechtsvorgängerin der Beklagten die Kosten einer ambulanten Pars-plana-Vitrektomie links zur Behandlung einer epiretinalen Gliose (H35.3 Degeneration der Makula und des hinteren Poles) beim Kläger übernommen. Es handelte und handelt sich hierbei um eine nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verzeichnete Behandlungsmethode.

Am 13.06.2017 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine ambulante Pars-plana-Vitrektomie. Der Operationstermin sei am 21.06.2017. Er legte ein Schreiben des Augenzentrums im Medizeum, Prof. Dr. M. Saarbrücken vom 13.06.2017 vor, wonach die Durchführung einer Pars-plana-Vitrektomie mit Manipulation der Netzhaut zur Behandlung eines Makulaschichtforamens links indiziert sei (Operationen und Prozedurenschlüssel <OPS> 5-158.22). Der Eingriff könne zwecks Kostenvermeidung einer stationären Behandlung (durchschnittlich fünf bis sechs Tage) auch ambulant vorgenommen werden, jedoch gebe es für den ambulanten Bereich keine Abrechnungsziffer. Es werde um Zusage einer Kostenübernahme in Höhe von 1.733,98 € gebeten.

Die Beklagte informierte den Kläger am 19.06.2017 telefonisch, dass die Kosten der Vitrektomie ambulant nicht übernommen werden könnten, weil es keine Leis-

tung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei. Geleistet werde eine Vitrektomie nur im Rahmen einer stationären Behandlung. Hierzu erließ die Beklagte am 19.06.2017 auch einen entsprechenden schriftlichen Bescheid.

Am 22.06.2017 ließ sich der Kläger ambulant im Augenzentrum Saarbrücken mit einer Pars-plana-Vitrektomie behandeln. Hierfür wurde ihm am 22.06.2017 eine Rechnung über 1.733,98 € gestellt, die er beglich.

Der Kläger legte am 28.06.2017 Widerspruch ein und machte geltend, da die Beklagte die Leistung 2013 befürwortet habe und diese fachlich wie wirtschaftlich einen klaren Vorteil bringe, sei eine Kostenübernahme die logische Schlussfolgerung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 08.11.2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Eine Kostenübernahme sei nicht möglich, weil die ambulante Vitrektomie mit Manipulation der Netzhaut nicht zum Leistungsumfang der GKV gehöre. Es handele sich um eine Behandlungsmethode, die nicht im EBM nach § 87 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) verzeichnet sei und für die auch keine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorliege. Eine notstandsähnliche Situation im Sinne von § 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V habe nicht vorgelegen. Außerdem stehe eine dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung, weil die Behandlung stationär zu Lasten der GKV vorgenommen werden könne. Sie sei an die Gesetze gebunden. Aus der früheren Kostenübernahme könnten keine Ansprüche hergeleitet werden. Zudem stehe der Kostenübernahme entgegen, dass der Kläger die Operation habe durchführen lassen, ohne ihre Entscheidung abzuwarten. Der Eingriff sei auch nicht unaufschiebbar gewesen.

Hiergegen hat der Kläger am 13.11.2017 Klage beim Sozialgericht (SG) Speyer erhoben, mit der er sein Begehren weiterverfolgt hat. Er hat über sein Wider-

spruchsvorbringen hinaus vorgetragen, dass er aufgrund der Bewilligung aus dem Jahr 2013 auf eine Kostenübernahme habe vertrauen dürfen. Die ambulante Vitrektomie sei identisch zu der stationären Methode und deutlich kostengünstiger. Es handele sich nicht um eine neue Behandlungsmethode, sondern um die seit den 1960er-Jahren im Krankenhaus angewandte Methode, nur vermindert um die Kosten des stationären Krankenhausaufenthalts. Außerdem sei die Vitrektomie nach Angaben des behandelnden Augenarztes unverzüglich durchzuführen gewesen. Es sei ihm nicht zumutbar gewesen, den Ausgang des Widerspruchsverfahren abzuwarten und sein Augenlicht zu gefährden. Er sei an dem betreffenden Auge bereits acht Mal operiert worden. Er habe so auch Arbeitsunfähigkeitszeiten und die Gefährdung seines Arbeitsverhältnisses vermieden.

Das SG Speyer hat die Klage nach Anhörung der Beteiligten durch Gerichtsbescheid vom 20.08.2019 abgewiesen. Zur Begründung hat es auf die Gründe des Widerspruchsbescheids Bezug genommen und ergänzend ausgeführt, dass die strittige Operation nicht im Katalog der ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriff gemäß § 115 Buchstabe b SGB V als ambulant durchführbar gelistet sei. Aufgrund dessen könnten Argumente zur Wirtschaftlichkeit keinen Anspruch begründen. Weiterhin habe der Kläger aufgrund der Einzelfallentscheidung von 2013 nicht für die Zukunft auf die Kostenübernahme vertrauen können. Es erschließe sich dem Gericht auch nicht, weshalb erneut am linken Auge eine Pars-plana-Vitrektomie durchzuführen gewesen sei. Der Kläger hätte die Operation stationär durchführen lassen können. Es handele sich bei der vorliegenden Erkrankung nicht um eine lebensbedrohliche Erkrankung.

Gegen den seinen Prozessbevollmächtigten am 26.08.2019 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 25.09.2019 Berufung eingelegt, mit der er sein Begehren unter Wiederholung seines früheren Vorbringens weiterverfolgt. Er führt aus, dass die Klageabweisung in Anbetracht eines richterlichen Hinweises der Kammervorsitzenden vom 17.04.2019 überraschend gekommen sei. Zutreffend sei der Hinweis gewesen, nicht die abweichende Entscheidung. Zudem sei zu be-

sorgen, dass das SG den Sachverhalt nicht richtig erfasst habe, wenn sich dem Gericht nicht erschließe, weshalb erneut am linken Auge eine Operation erfolgt sei. Er sei seit 2010 mehrfach von Prof. Dr. M. am linken Auge operiert worden.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Speyer vom 20.08.2019 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19.06.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.11.2017 zu verurteilen, ihm die Kosten der ambulanten Pars-plana-Vitrektomie in Höhe von 1.733,98 € zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den Gerichtsbescheid des SG für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten, auch zum Antrag aus dem Jahr 2013, Bezug genommen; dieser ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die nach §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung ist unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 19.06.2017 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.11.2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Erstattung der ihm für die am 22.06.2017 vorgenommene ambulante Pars-plana-Vitrektomie mit Manipulation der Netzhaut zur Behandlung eines Makulaschichtforamens entstandenen Kosten in Höhe von 1.733,98 €.

Die gesetzlichen Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs liegen nicht vor. Nach § 13 Abs. 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) vorsieht. Als Rechtsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch kommt vorliegend allein § 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. Kostenerstattung im Sinne von § 13 Abs. 2 SGB V hatte der Kläger nicht gewählt. Ein auf § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V gestützter Anspruch scheidet aus, weil die Beklagte den Antrag des Klägers vom 13.06.2017 bereits am 19.06.2017 und damit innerhalb der Frist von drei Wochen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V abgelehnt hat.

Nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V sind dann, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der hier normierte Kostenerstattungsanspruch tritt an die Stelle eines ansonsten bestehenden Sachleistungsanspruchs und reicht nicht weiter als dieser. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. BSG, Urteil vom 27.09.2005 – B 1 KR 28/03 R, juris; Urteil vom 17.12.2019 – B 1 KR 18/19 R, juris, Rn. 8; ständige Rechtsprechung <stRspr>).

An Letzterem fehlte es. Der Kläger hatte keinen Sachleistungsanspruch auf die am 22.06.2017 vorgenommene ambulante Behandlung. Denn es handelte sich um

eine „neue“ Behandlungsmethode der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V, weil die konkret vorgenommene Behandlung nicht im EBM enthalten war (stRSpr; vgl. BSG, Urteil vom 08.07.2015 – B 3 KR 5/14 R, juris, Rn. 32 mit weiteren Nachweisen). Die dann für einen Leistungsanspruch des Versicherten erforderliche Empfehlung des G-BA lag nicht vor. Auch ein Ausnahmefall von § 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V kann nicht bejaht werden, schon weil eine stationäre Erbringung des Eingriffs als Leistung der Beklagten zur Verfügung stand. Damit handelte es sich bei der ambulanten Pars-plana-Vitrektomie mit Manipulation der Netzhaut nicht um eine Leistung der GKV. All dies ist im Widerspruchsbescheid der Beklagten zutreffend ausgeführt. Diesen hatte bereits das SG zur Begründung seiner Entscheidung in Bezug genommen; insofern weist der Senat die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück und sieht nach § 153 Abs. 2 SGG von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Soweit im Widerspruchsbescheid allerdings abschließend ausgeführt ist, dass der Kläger zur Einhaltung des sogenannten Beschaffungsweges im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 Variante 2 SGB V auch die Widerspruchsentscheidung hätte abwarten müssen, entspricht dies nicht der Rechtslage. Für die Einhaltung des Beschaffungswegs reicht es, dass er den ihm am 19.06.2017 mündlich bekannt gemachten Ausgangsbescheid abgewartet hatte. Dies verhilft seinem Begehren jedoch ebenso wenig zum Erfolg wie eine etwaige Unaufschiebbarkeit der Behandlung des linken Auges im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 Variante 1 SGB V. § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V sieht einen Kostenerstattungsanspruch auch bei Einhaltung der formalen Voraussetzungen nur dann vor, wenn in der Sache – anders als hier – ein Anspruch auf die in Rede stehende Behandlung als Sachleistung der GKV bestand.

Das Berufungsvorbringen führt nicht zu einer anderen Beurteilung. Dass die Behandlungsmethode im stationären Bereich (nach Angaben des Klägers langjährig) anerkannt ist, ist unerheblich, da die stationäre Versorgung einerseits und die ambulante Versorgung andererseits im Rahmen der GKV unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen unterliegen. Für die ambulante Versorgung ist § 135 Abs. 1 Satz

1 SGB V einschlägig und verbindlich. Auch etablierte Methoden der stationären Versorgung können für die ambulante Versorgung daher „neu“ sein, wenn die notwendige Anerkennung durch den EBM oder den G-BA noch nicht erfolgt ist. Außer Betracht zu bleiben hat auch, dass Vitrektomien für andere Indikationen bzw. in anderer Operationsausführung im EBM anerkannt sind. Maßgeblich ist allein, dass dies für die konkret beim Kläger vorgenommene Pars-plana-Vitrektomie mit Manipulation der Netzhaut zur Behandlung eines Makulaschichtforamens nicht der Fall ist. Das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) führt zu keinem anderen Ergebnis, weil danach nur Leistungen vergleichbar sind, die vom Leistungskatalog der GKV auch umfasst sind (vgl. § 2 Abs. 1 SGB V). Daran fehlt es hier gerade. Aus der 2013 erfolgten Kostenübernahme für die Voroperation kann der Kläger ebenfalls keine Rechtsansprüche herleiten. Ob die Bewilligung damals rechtmäßig oder rechtswidrig war, ist ohne Belang. Das Gesetz steht wie ausgeführt einem aktuellen Leistungsanspruch entgegen. Vertrauensschutz kann der Kläger zudem auch deshalb nicht beanspruchen, weil ihm vor der Durchführung der ambulanten Operation am 22.06.2017 die aktuelle – rechtmäßige – Ablehnung der Beklagten bereits bekannt war.

Ohne Erfolg macht der Kläger ferner geltend, die Beklagte habe durch die selbstbeschaffte Leistung Kosten für eine stationäre Behandlung erspart, die sie andernfalls hätte erbringen müssen. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht nicht schon deshalb, weil die Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der GKV in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart; denn sonst könnte die krankensicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (vgl. BSG, Beschluss vom 26.07.2004 - B 1 KR 30/04 B, juris, mit weiteren Nachweisen). Das wäre außerdem mit § 13 Abs. 1 SGB V nicht vereinbar. Ein Kostenerstattungsanspruch wegen ersparter Aufwendungen der Krankenkasse ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Soweit der Kläger schließlich eine Überraschungsentscheidung des SG rügt, weil der Gerichtsbescheid von einem Hinweis der Kammervorsitzenden abgewichen sei, und beanstandet, dass das SG den Sachverhalt nicht richtig erfasst habe, sind diese Rügen für die vorliegende Entscheidung des Senats nicht erheblich, da der Senat den Streitfall ohnehin in demselben Umfang prüft wie das SG (§ 157 SGG) und eine eigenständige Entscheidung trifft.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision wird nicht zugelassen, da Revisionszulassungsgründe (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG) nicht vorliegen.

- Rechtsmittelbelehrung

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.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

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

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (siehe oben) 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.

gez.

gez.

gez.