



Sozialgericht Bremen

S 56 KR 232/21 KH

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]

– Klägerin –

g e g e n

[REDACTED]

[REDACTED]

– Beklagte –

hat die 56. Kammer des Sozialgerichts Bremen aufgrund der mündlichen Verhandlung am 2. Juli 2025 durch den Richter am Sozialgericht [REDACTED] als Vorsitzender sowie die ehrenamtlichen Richter [REDACTED] und [REDACTED] für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert beträgt 24.918,35 €.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über das Bestehen von Erstattungsansprüchen der klagenden Krankenkasse gegen den beklagten Rentenversicherungsträger wegen zu Lasten der Klägerin an Versicherte abgegebener Arzneimittel, welche diese auch während seitens der Beklagten später erbrachten Rehabilitationsmaßnahmen weiter eingenommen haben.

Die Beklagte bewilligte den Versicherten jeweils stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation. Während der jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen nahmen die Versicherten Arzneimittel ein, welche vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme auf vertragsärztliche Verordnung hin zu Lasten der Klägerin an die Versicherten abgegeben worden waren. Die Arzneimittel wurden von Seiten der Versicherten in die Rehabilitationseinrichtung mitgebracht und wurden während der Rehabilitationsmaßnahme weiter eingenommen.

Die Klägerin meldete bei der Beklagten bezüglich dieser Arzneimittel anteilige Erstattungsansprüche bei der Beklagten an, soweit diese Arzneimittel anteilig (bezogen auf den gesamten Packungsinhalt des jeweiligen Medikamentes) durch die Versicherten während der Rehabilitationsmaßnahme weiter eingenommen worden waren.

Den Erstattungsersuchen wurde seitens der Beklagten nicht entsprochen.

Die Klägerin hat am 16.12.2021 beim erkennenden Gericht Klage erhoben.

Sie vertritt die Auffassung, sie habe gegen die Beklagte einen Erstattungsanspruch gem. §§ 103 Abs. 1 Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB X) für die (anteiligen) Arzneimittelkosten, die auf während der Rehabilitationsmaßnahmen der Versicherten eingenommene Arzneimittel entfielen, denn die Beklagte sei gemäß § 4 Abs. 2 Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX) i. V. m. § 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX a.F. für die Zeiträume der Rehabilitationsmaßnahmen der o. g. Versicherten auch zuständige Kostenträgerin der in diesen Zeiträumen eingenommenen Arzneimittel. Daher sei die Beklagte auch für Arzneimittel leistungspflichtig, die bereits vor der medizinischen Rehabilitationsleistung verabreicht wurden und während der Rehabilitationsleistung weiter eingenommen werden mussten. Denn zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zähle gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch 6. (Buch (SGB VI) i. V. m. § 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX a.F. auch die Versorgung mit Arzneimitteln. Dies gelte jedenfalls, soweit es sich bei den von den Versicherten in die Rehabilitation mitgenommenen Arzneimitteln um solche handelt,

die für die Behandlung des die Rehabilitationsmaßnahme begründenden Zustands notwendig waren (was vorliegend der Fall gewesen sei).

Weiter hat die Klägerin auf Nachfrage ausgeführt, sie stimme zwar einerseits grundsätzlich der vorläufigen Einschätzung des Gerichtes zu, dass der Zeitpunkt der Leistungserbringung bei Versorgung mit Arzneimitteln auf "Kassenrezept" der Zeitpunkt der Einlösung dieses Rezeptes durch den Versicherten in der Apotheke ist. Dennoch sei man aber andererseits der Auffassung, dass bei teilweisem Konsum der Medikamente, d. h. anteiliger Einnahme von Bruchteilen des Packungsinhalts, während einer später durchgeführten stationären Rehabilitationsmaßnahme ein Fall des § 103 Abs. 1 SGB X deshalb vorliege, weil es dann nachträglich zu einem anteiligen Zuständigkeitswechsel bzgl. der Medikamentenversorgung im Verhältnis der in der Packung insgesamt enthaltenen Tagesdosen zu den in stationärer Rehabilitation verbrachten Tagen komme.

Dies ergebe sich aus einer Zusammenschau von § 40 Abs. 4 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V; krankenkassenseitig gegenüber dem SGB VI subsidiäre Rehabilitationsleistungen), der Verweisung aus § 15 Abs. 1 Satz SGB VI auf § 42 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX (Versorgung mit Arzneimitteln durch Träger der Rentenversicherung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) sowie § 4 Abs. 2 SGB IX (möglichst umfassende Leistungserbringung einheitlich durch einen Träger). Es ergebe sich letztlich so etwas Ähnliches wie eine Art „Bruchteilsgemeinschaft“ der Leistungsträger bei der Versorgung ein und desselben Versicherten mit anteiligen Inhaltsteilmengen ein und derselben Medikamentenpackung.

Zur grundsätzlichen Reichweite der Leistungspflicht eines Rehabilitationsträgers hinsichtlich von seitens eines Versicherten benötigter Arzneimittel nimmt die Klägerin Bezug auf die Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen vom 22.06.2023 zum Az. L 12 R 89/20 sowie die vorgehende Entscheidung des SG Bremen vom 04.06.2020 zum Az. S 31 R 88/18, welche einen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX a.F. (Erstattung zwischen im Rahmen der Regeln zur unverzüglichen Entscheidung ggf. vorleistendem und "eigentlich" zuständigem Träger) zum Gegenstand hatten und denen sie entnimmt, dass die Kosten der medikamentösen Versorgung für zur Rehabilitation führende Leiden („Rehaleiden“) seitens von Rehabilitationseinrichtung bzw. -träger zu übernehmen seien.

Weiter nimmt die Klägerin Bezug auf die Entscheidung des LSG Sachsen vom 13.03.2019 zum Az. L 1 KA 3/16, aus der sich ergebe, dass zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX auch die Versorgung mit Arzneimitteln

gehörten. Dies gelte auch für Arzneimittel, die bereits vor der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eingenommen wurden und während der Rehabilitationsmaßnahme weiter eingenommen werden müssen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin insgesamt 24.918,35 € nebst Zinsen hieraus i. H. v. 5 Prozentpunkten über den Basiszinssatz auf die jeweilige Einzelforderung des in der Anlage K1 in der Spalte „Summe Medikamentenkosten“ bezeichneten Betrages seit dem jeweiligen Folgetag des in der Anlage K1 in der Spalte „Datum Fälligkeit“ benannten dazugehörigen Datums zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, sie sei nicht zur Erstattung verpflichtet, da die jeweiligen Verordnungen der Arzneimittel bereits im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahmen ausgestellt wurden. Kosten wären ihrerseits nur zu übernehmen, sofern das jeweilige Arzneimittel auch von der Rehabilitationseinrichtung verordnet bzw. bereitgestellt würde. Die von der Klägerin angeführte Regelung des § 26 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX a.F. sei vorliegend nicht einschlägig, da Bedarf für die Arzneimittel hier nicht während der Rehabilitation festgestellt wurde, sondern außerhalb der Rehabilitationsmaßnahmen und bereits vor deren Antritt dieser Leistung durch die behandelnden niedergelassenen Ärzte.

Im Übrigen bestehe für den klägerseitig geltend gemachten Anspruch keine Anspruchsgrundlage, insbesondere sei auch § 103 SGB X nicht einschlägig, weil die Klägerin nicht unzuständige Leistungsträgerin in Folge einer nachträglichen Änderung (geworden) sei, da es nicht zu nachträglichen Änderungen in der Bewilligung von Leistungen kam.

Hinsichtlich von § 4 Abs. 2 SGB IX, wonach die Versorgung während einer Rehabilitationsleistung so umfassend sein muss, dass Leistungen anderer Rehabilitationsträger nicht mehr notwendig werden, sei der Grundgedanken anzuerkennen. Vorliegend seien jedoch keine Leistungen eines anderen Rehabilitationsträgers notwendig geworden und die Klägerin habe ihre vorgehenden Leistungen nicht als medizinische Rehabilitation im Sinne von § 5 Nr. 1 i. V. m. § 6 Abs. 1

Nr. 1 SGB IX erbracht, sondern als Leistungen nach dem SGB V im Rahmen einer Krankenbehandlung.

Schließlich sei das von der Klägerin zitierte Urteil des LSG Sachsen vom 13.03.2019 zum Az. L 1 KA 3/16 auf die hier zu beurteilenden Sachverhalte nicht anwendbar, denn dort sei – anders als hier – ein Regressanspruch gegen eine Ärztin streitgegenständlich gewesen, welche ein Arzneimittel erst während einer laufenden Rehabilitationsmaßnahme verordnet hatte.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Schriftsätze der Beteiligten sowie den sonstigen Inhalt der Verfahrensakten Bezug genommen, die der gerichtlichen Entscheidungsfindung zugrunde gelegen haben.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig, jedoch unbegründet.

Die Klage ist zunächst als echte Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) im Gleichordnungsverhältnis zulässig.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Ein Anspruch auf Erstattung besteht nicht, da weder die klägerseitig für sich in Anspruch genommene, noch eine andere Anspruchsgrundlage einen solchen Anspruch trägt.

Ein entsprechender Anspruch ergibt sich – entgegen der Auffassung der Klägerin – nicht aus § 103 Abs. 1 SGB X. Nach dieser Regelung ist der für die entsprechende Leistung zuständige Leistungsträger erstattungspflichtig, falls ein Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat und der Anspruch auf diese nachträglich ganz oder teilweise entfallen ist, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat.

Dies setzt eine nachträgliche Änderung der Leistungskompetenz des bisher leistenden Trägers nach erfolgter Vorleistung in Form einer rückwirkenden Änderung voraus (BeckOGK/Kater, SGB X § 103 Rn. 38). Der Wegfall des Anspruchs tritt dabei also mit Wirkung für die Vergangenheit ein, da die Leistung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers nachträglich einsetzt und sich dabei auf einen Zeitraum erstreckt, in welchem bereits Leistungen des erstattungsberechtigten Leistungsträgers erbracht

worden sind, was für diesen in der Vergangenheit liegenden Leistungszeitraum (bzw. ggf. -zeitpunkt) nachträglich den Leistungsanspruch entfallen lässt (BeckOK SozR/Weber, 77. Ed., SGB X § 103 Rn. 12).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. Es ist kein entsprechender Anspruch (von Versicherten gegenüber der Klägerin) nachträglich ganz oder teilweise mit Rückwirkung auf den Leistungszeitpunkt entfallen.

Vielmehr hat die spätere Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Beklagten sowie die eigenständige Einnahme weiterer Bruchteile des Inhaltes einer Arzneimittelpackung durch einen Versicherten keinen Einfluss auf den bereits zuvor entstandenen und erfüllten Anspruch eines Versicherten betreffend die Versorgung mit Arzneimitteln zu Lasten der Klägerin im Rahmen von deren eigener, originärer Leistungskompetenz auf dem Weg vertragsärztlicher Verordnung und Abgabe in einer an der Versorgung teilnehmenden Apotheke.

Zum späteren Zeitpunkt einer etwaigen Rehabilitationsmaßnahme ist der frühere Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Arzneimitteln, der sich nämlich gerade nicht (anteilig bzw. "bruchteilsmäßig") auf eine Versorgung während einer etwaigen späteren Rehabilitationsmaßnahme, sondern auf die Abgabe des Medikamentes im Zeitpunkt der Einlösung des Rezeptes in der Apotheke bezieht, bereits erfüllt und kann durch eine spätere Rehabilitationsmaßnahme weder dem Inhalt noch dem Leistungsverpflichteten nach nachträglich beeinflusst werden, da eben ein Rehabilitationsträger oder eine Rehabilitationseinrichtung nicht, auch nicht nachträglich, für die Erfüllung früherer Ansprüche gegen eine Krankenkasse aus dem SGB V zuständig sein kann.

Das System der GKV bzw. des SGB V überantwortet die Erfüllung des gegen die Krankenkasse gerichteten Sachleistungsanspruchs des Versicherten auf Arzneimittel in § 129 Abs. 1 S. 1 SGB V eben gerade den Apothekern in Form der Abgabe von Arzneimitteln auf Basis einer Verordnung nach § 73 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 SGB V durch einen Vertragsarzt. Der Vertragsarzt konkretisiert insoweit den Anspruch nach § 31 SGB V im Einzelfall und die Anspruchserfüllung erfolgt durch Verschaffung des Arzneimittels aufgrund der Vorlage der Verordnung seitens der Apotheke auf Kosten der Krankenkasse. (Becker/Kingreen/Axer, 9. Aufl. 2024, SGB V § 129 Rn. 8, 10 sowie § 31 Rn. 18 f., jew. m.w.N.; BeckOGK/Müller-Götzmann, 15.5.2025, SGB V § 31 Rn. 7).

In diesem Zusammenhang hat der Vertragsarzt des Weiteren besondere Sorgfalt bei der Verordnung von Arzneimitteln walten zu lassen, wozu insbesondere auch die

Berücksichtigung der Arzneimittelrichtlinie gehört (Krauskopf/Sproll, 125. EL April 2025, SGB V § 73, Rn. 39). Diese sieht wiederum in § 9 Abs. 3 vor: "Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll die zu verordnende Menge (Packungsgröße) der Art und Dauer der Erkrankung anpassen [...] Bei chronischen Krankheiten kann die Verordnung von großen Mengen wirtschaftlicher sein als die wiederholte Verordnung kleiner Mengen".

Schon nach alledem verteilt sich der Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln bzw. dessen Erfüllung eben gerade nicht auf diverse Einzelschritte jeweils bei Einnahme einzelner Abteilungen eines Medikamentes aus ein und derselben Packung, sondern beziehen sich Anspruch und Erfüllung jeweils auf die Versorgung mit dem Arzneimittel in der vertragsärztlich verordneten Packungsgröße und erfolgen folglich einheitlich vollständig bei Abgabe durch die Apotheke an den Versicherten. Auch im Übrigen erscheint es dem Gericht schon unklar, wie eine Art "sukzessive Versorgung bzw. Anspruchserfüllung beim Tablettenschlucken" o.ä. angesichts der Tatsache abbildbar sein sollte, dass dabei in der Regel allein der Versicherte über das Ob, Wie und Wann entscheidet und schon regelmäßig niemand anders anwesend oder sonst am Geschehen beteiligt ist, von dem ein wie auch immer gearteter Akt der Versorgung, Leistungserbringung o.ä. ausgehen könnte.

Vorstehendes gilt dabei unabhängig davon, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen der Versicherte später, nämlich während einer Rehabilitationsmaßnahme, möglicherweise dann im Grundsatz einen Anspruch auf Versorgung mit jedenfalls bestimmten Arzneimitteln durch den Reha-Träger haben mag – und auch unabhängig davon, ob der Versicherte diesen Anspruch geltend macht.

Insofern ist – entgegen dem Ansatz der Klägerin – die Frage eines Erstattungsanspruchs der Krankenkasse bezüglich vormals zu ihren Lasten an den Versicherten abgegebener Arzneimittel zu unterscheiden von der Frage, ob der Versicherte ggf. später während einer laufenden Rehabilitationsmaßnahme u. U. auch alternativ einen Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln zu Lasten des Rehabilitationsträgers haben mag bzw. haben könnte – etwa falls er eine angebrochene, in seinem Besitz befindliche Arzneimittelpackung nicht in die Rehabilitationseinrichtung mitbringen sollte bzw. würde. Nur in einem solchen – hier nicht gegenständlichen – Fall würden sich dann die weiteren Fragen stellen, unter welchen etwaigen weiteren Voraussetzungen, wie etwa einem spezifischen Bezug der Medikation zum "Rehaleiden" als Anlass der Rehabilitationsmaßnahme, ein solcher Anspruch ggf. bestünde, weshalb das Gericht dies hier nicht zu entscheiden hat.

Ebenso ist die Funktion des Leistungsanspruchs des Versicherten gegenüber dem Rehabilitationsträger, die darin besteht, in dem Fall, dass keine ggf. mitgeführten Arzneimittel (mehr) zur Verfügung stehen, eine nahtlose Weiterversorgung sicherzustellen, unabhängig von der Frage zu betrachten, ob – wie die Klägerin es hier anstrebt – im Nachgang eine Aufteilung und die Bildung einer Art „Bruchteilsgemeinschaft“ an der bereits zuvor erfolgten Tablettenversorgung im Sinne eines anteiligen Erstattungsanspruchs konstruierbar ist.

Ein anderes Ergebnis erscheint durchaus denkbar, falls etwa in einer Konstellation im Rahmen des § 14 SGB IX zunächst sämtliche Leistungen von der Krankenkasse – und dabei auch im Rehabilitationszeitraum Arzneimittelleistungen – erbracht worden wären. Hier liegt jedoch – anders als etwa im der von der Klägerin für sich in Anspruch genommenen Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen vom 22.06.2023 zum Az. L 12 R 89/20 – schon kein Fall des § 14 SGB IX vor. Mangels überhaupt in Betracht kommender, irgendwie gearteter "Überlappungen" der Trägerzuständigkeiten hinsichtlich der Arzneimittelversorgung zu einem vor der Rehabilitationsmaßnahme liegenden Zeitpunkt kommt es auf die rechtlichen Überlegungen der Klägerin zu Reichweite, Vorrang oder Einheitlichkeit der Versorgung hier bereits nicht an.

Auch kann die Klägerin aus dem Verhalten der Versicherten dahingehend, bereits vorhandene Arzneimittel mit zur Rehabilitationsmaßnahme und dort weiter einzunehmen, hier keine Ansprüche gegenüber der Beklagten ableiten. Grundsätzlich stellt es sich als eine Art Kehrseite der im System der Versorgung mit Arzneimitteln in Form standardisierter Packungseinheiten für bestimmte Zeiträume liegenden Pauschalierung der Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln durch normierte Verpackungsgrößen sowie der Delegation der Entscheidung über die konkrete Versorgung an den Vertragsarzt dar, dass dies dazu führen kann, dass der Versicherte bei Antritt einer Rehabilitationsmaßnahme noch über ausreichend Abteilungen eines Arzneimittels verfügt, diese weiter verwendet und schon deshalb keinen etwaigen Anspruch auf Arzneimittelversorgung zu Lasten des Rehabilitationsträgers geltend macht. Dies ist nach Auffassung des Gerichtes jedoch als "Nebeneffekt" der geltenden Versorgungsstruktur im Bereich der Arzneimittel hinzunehmen.

Im Übrigen dürfte ein (hypothetisches) System, dass bspw. auf die Kosten- und Effizienzvorteile der Verordnung und Abgabe von "Dreimonatspackungen" (N3) verzichtet und eine engmaschig wiederholte, etwa wöchentliche Prüfung eines (weiteren) Anspruchs bzw. etwa für jede einzelne Verordnung ein Genehmigungserfordernis seitens der Krankenkasse vorsähe (wodurch diese ggf. bei sich abzeichnender

Rehabilitationsmaßnahme nur eine kleinere Packungsgröße genehmigen könnte) schon angesichts des Aufwandes nicht zu Ersparnissen führen.

Auch dürfte die Verordnung größerer Packungen durch den Vertragsarzt grundsätzlich nicht zu beanstanden sein, sondern eben gerade den Vorgaben der Arzneimittelrichtlinie sowie dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Ob dies im Einzelfall bspw. bei konkret bevorstehender Rehabilitationsmaßnahme anders sein könnte, kann an dieser Stelle letztlich offen bleiben, nachdem hier keine Regressansprüche gegenüber Vertragsärzten, sondern Erstattungsansprüche gegenüber einem Rehabilitationsträger geltend gemacht werden.

Auch auf eine andere Regelung zu Erstattungsansprüchen in §§ 102 ff. SGB X kann der geltend gemachte Anspruch der Klägerin nicht gestützt werden. Insbesondere lag aus den gleichen wie den bereits vorstehend dargelegten Gründen im jeweiligen Zeitpunkt in der Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln auf jeweilige Verordnung eines Vertragsarztes durch Abgabe in einer Apotheke weder eine vorläufige noch eine nachrangige Leistung der Klägerin oder aber deren Unzuständigkeit vor oder hat sich in Bezug auf den jeweiligen Zeitpunkt hieran im Nachgang etwas geändert.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der **Berufung** angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem

Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen

schriftlich oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingehen**. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.


Richter am Sozialgericht