



Eing. 31.7.17

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Proz.-Bev.: Rechtsanwältin Sabine Augstein,
Altes Forsthaus 12, 82327 Tutzing

gegen

AOK Baden-Württemberg
vertreten durch den Geschäftsführer der Bezirksdirektion Bodensee-Oberschwaben
Charlottenstr. 49, 88212 Ravensburg

- Beklagte -

Die 7. Kammer des Sozialgerichts Konstanz
hat ohne mündliche Verhandlung am 27.07.2017 in Konstanz
durch die Richterin am Sozialgericht Ebert als Vorsitzende
sowie die ehrenamtlichen Richter Bauer und Blank

für Recht erkannt:

**Der Bescheid der Beklagten vom 09.02.2016 in der Gestalt des
Widerspruchsbescheides vom 18.04.2016 wird aufgehoben.**

Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Aufhebung einer Bewilligung für eine Epilation durch eine Kosmetikerin bei Transsexualität (Mann zu Frau).

Die Klägerin beantragte am 06.02.2015 die Kostenübernahme für eine Epilationsbehandlung von Gesicht und Hals (dauerhafte Bartentfernung) bei Transsexualität. Der Beklagten wurden die Stellungnahme des Arztes für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Kammerer vom 02.02.2015 sowie der Kostenvoranschlag der Elektrologin und staatlich anerkannten Kosmetikerin Wellinger vom 30.12.2014 vorgelegt. Die Beklagte veranlasste das MDK-Gutachten vom 19.02.2015, in dem ausgeführt wird, da die Hormontherapie noch nicht begonnen und auch der Alltagstest noch keine zwölf Monate erfolgt sei, könne der Kasse zum aktuellen Zeitpunkt die Kostenübernahme nicht empfohlen werden. Mit Schreiben vom 24.02.2015 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme der Epilationsbehandlung ab. Am 25.05.2015 beantragte die Klägerin erneut die Kostenübernahme der Epilationsbehandlung. Sie absolviere den Alltagstest als Frau und habe mit der Hormontherapie begonnen. Im weiteren MDK-Gutachten vom 02.06.2015 wird dargelegt, die Voraussetzungen für ein Positivvotum lägen noch nicht vor, da der Alltagstest noch keine zwölf Monate erfolge. Mit Schreiben vom 03.06.2015 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Frühestens im Dezember 2015 könne es zu einer möglichen Kostenübernahme kommen. Der Beklagten wurde das für das Amtsgericht Ravensburg erstattete psychiatrische Gutachten von Dr. Kammerer vom 02.03.2015 vorgelegt. Die Klägerin übersandte mit Schreiben vom 03.07.2015 weitere Unterlagen. Im MDK-Gutachten vom 13.07.2015 wird dargelegt, der Alltagstest, in der Regel für mindestens zwölf Monate, sei weiterhin nicht erfolgt. Mit Schreiben vom 21.07.2015 erklärte die Beklagte, die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme lägen noch nicht vor. Mit Beschluss des Amtsgerichts Ravensburg vom 09.06.2015, rechtskräftig seit 18.08.2015, wurden der Vorname und das Geschlecht der Klägerin geändert. Mit Schreiben vom 03.12.2015 beantragte die Klägerin erneut die Kostenübernahme der Epilationsbehandlung. Mit Schreiben vom selben Tag beauftragte die Beklagte den MDK mit einer Begutachtung. Im MDK-Gutachten vom 22.12.2015 wird ausgeführt, die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung seien erfüllt. Mit Schreiben vom 28.12.2015 erklärte die Beklagte, sie könne die Kosten für die Epilationsbehandlung des Bartes übernehmen wie beantragt. Im weiteren Schreiben vom 09.02.2016 legte die Beklagte dar, bei der Aktendurchsicht sei festgestellt worden, dass die

Behandlung nicht durch einen zugelassenen Arzt, sondern über eine Elektrologie-Praxis erfolge. Eine Kostenübernahme könne aus diesem Grund nicht erfolgen. Die Beklagte nehme den Leistungsbescheid mit Wirkung für die Zukunft zurück. Bereits erfolgte Behandlungen sowie noch ausstehende Behandlungen bis einschließlich 19.02.2016 werde sie im Rahmen der Kostenerstattung begleichen. Am 17.02.2016 lege die Klägerin Widerspruch ein. Sie habe sich intensiv darum bemüht, Ärzte zu finden, die bereit wären, eine solche Epilationsbehandlung bei ihr durchzuführen. Es habe sich kein Arzt gefunden. Auch die Beklagte habe ihr keine Ärzte genannt, die bereit und fähig sein, eine solche Behandlung durchzuführen. In einer undatierten Aktennotiz des Leiters KundenCenter der Beklagten Schairer wird ausgeführt, die Klägerin sei telefonisch über die weitere Vorgehensweise informiert worden. Das Alternativangebot einer Laserbehandlung komme bei ihr nicht in Frage, da angeblich die hellen Barthaare hiervon nicht erfasst würden. Bezüglich der Epilationsbehandlung habe er auf die niedergelassenen Fachärzte (z.B. Dermatologen) verwiesen. Die der Beklagten vorgelegte Rechnung der Elektrologin Wellinger vom 11.02.2016 (Behandlungen im Januar und Februar 2016) wurde nach Mitteilung der Beklagten direkt beglichen. Mit Widerspruchsbescheid vom 18.04.2016 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 09.02.2016 zurück.

Am 29.04.2016 hat die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht Konstanz erhoben.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid vom 09.02.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2016 aufzuheben, hilfsweise die Beklagte zu verurteilen, ihr für die beantragte Epilationsbehandlung in der Elektrologie-Praxis Monika Wellinger eine Kostenzusage zu geben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Gericht hat am 20.03.2017 einen Termin zur Erörterung des Sachverhalts durchgeführt. In dem Termin hat die Klägerin im Rahmen ihrer Anhörung vorgetragen, sie habe sich sicher bei ca. 20 bis 25 Ärzten erkundigt, ob sie die Elektroepilation durchführen. Das sei verneint worden.

Ihr sei von der Kosmetikerin Wellinger bestätigt worden, dass das von Ärzten nicht gemacht werde. Hierzu ist das Schreiben des Oberarztes in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Professor Dr. Worret, vom 22.11.2001 vorgelegt worden, in dem ausgeführt wird, dass üblicherweise Hautärzte keine Nadelepilationen durchführen würden, da dies eine typische Kosmetikerinnenleistung darstelle, die dementsprechend in der Facharztausbildung nicht gelehrt werde. Ein Hautarzt sollte die Behandlung jedoch überwachen. Ferner ist die weitere Rechnung der Kosmetikerin Wellinger vom 21.04.2016 zu den Akten gereicht worden. Für die Beklagte ist mitgeteilt worden, dass der Antrag vom 03.12.2015 am selben Tag bei ihr eingegangen und von ihr an den medizinischen Dienst weitergeleitet worden sei. Die Frage einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) ist erörtert worden. Im Schriftsatz vom 18.04.2017 hat die Beklagte dargelegt, die Epilationsbehandlung könne bei allen zugelassenen Hautärzten und Dermatologen, die die EBM-Ziffer 02300 abrechnen könnten, durchgeführt werden. Im weiteren Schriftsatz vom 21.04.2017 hat die Beklagte darauf hingewiesen, die Patienten sollten sich diesbezüglich an das Patienten Telefon MedCall wenden. Zu § 13 Abs. 3a SGB V hat die Beklagte im Schriftsatz vom 05.05.2017 auf den Verlauf des Antragsverfahrens seit Februar 2015 hingewiesen. Mit der Klägerin sei von Beginn des Antragsverfahrens detailliert über die Epilationsbehandlung gesprochen worden. Hierbei sei z.B. darauf hingewiesen worden, dass die Unterlagen über den MDK geprüft werden müssten und dass dies einige Zeit in Anspruch nehmen könne, bis zu fünf Wochen. Im Sinne eines Gesamtsachverhalts sei die durchgängige und rechtzeitige Information aus Sicht der Beklagten jeweils sichergestellt worden. Die Klägerin hat dargelegt, sie habe sich entsprechend der Aufforderung der Beklagten an das Patiententelefon gewandt. Ihr seien drei Hautarztpraxen genannt worden. Sie habe diese drei Praxen kontaktiert und die Auskunft erhalten, dass dort die Elektroepilation nicht mehr durchgeführt werde. Auf Anfrage bezüglich weiterer einschlägiger Hautarztpraxen habe sie die Auskunft erhalten, weitere Einrichtungen befänden sich im nördlichen Teil von Baden-Württemberg und das sei wegen der zu großen Entfernung unzumutbar.

Die Beteiligten haben mit Schriftsätzen vom 14.07.2017 und 18.07.2017 einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten und die Prozessakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Nach § 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) konnte das Gericht nach Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden.

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig und begründet. Die Entscheidung der Beklagten über die Aufhebung der Bewilligung der Kostenübernahme für die Epilationsbehandlung der Klägerin ist rechtswidrig.

Gemäß § 45 Abs. 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X) darf, soweit ein Verwaltungsakt, der ein Recht oder einen rechtlich erheblichen Vorteil begründet oder bestätigt hat (begünstigender Verwaltungsakt), rechtswidrig ist, er, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, nur unter den Einschränkungen der Absätze 2 - 4 ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft oder für die Vergangenheit zurückgenommen werden.

Nach § 45 Abs. 2 SGB X darf ein rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt nicht zurückgenommen werden, soweit der Begünstigte auf den Bestand des Verwaltungsaktes vertraut hat und sein Vertrauen unter Abwägung mit dem öffentlichen Interesse an einer Rücknahme schutzwürdig ist. Das Vertrauen ist in der Regel schutzwürdig, wenn der Begünstigte erbrachte Leistungen verbraucht oder eine Vermögensdisposition getroffen hat, die er nicht mehr oder nur unter unzumutbaren Nachteilen rückgängig machen kann. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte nicht berufen, soweit

1. er den Verwaltungsakt durch arglistige Täuschung, Drohung oder Bestechung erwirkt hat,
2. der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Begünstigte vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat, oder
3. er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte; grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat.

Gemäß § 2 Abs. 2 S. 1 SGB V erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen.

Nach § 13 Abs. 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

Gemäß § 13 Abs. 2 S. 1-6 SGB V können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

Gemäß § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder 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.

Nach § 13 Abs. 3a S. 1-7 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. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter

nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Der Bescheid der Beklagten vom 09.02.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2016 ist rechtswidrig. Der Bescheid der Beklagten vom 28.12.2015 war nämlich rechtmäßig, so dass bereits aus diesem Grund eine Rücknahme nach § 45 SGB X nicht in Betracht kommt. Die Beklagte bewilligte zutreffend mit Bescheid vom 28.12.2015 die Epilationsbehandlung auf der Grundlage des Kostenvoranschlags der Elektrologistin Wellinger vom 30.12.2014. Zwar gilt grundsätzlich insoweit der Arztvorbehalt des § 15 Abs. 1 SGB V. Andererseits steht für das Gericht fest, dass die Durchführung der Nadelepilation für die Klägerin durch einen Vertragsarzt jedenfalls nicht unter zumutbaren Bedingungen zu verwirklichen ist. Dies gilt aufgrund der detaillierten Ausführungen der Klägerin bezüglich ihrer Bemühungen, einen zur Nadelepilation bereiten Vertragsarzt zu finden, auch unter Inanspruchnahme des von der Beklagten genannten Patiententelefon MedCall sowie ergänzend des Schreibens von Professor Dr. Worret vom 22.11.2001. Die diesbezüglichen Ausführungen der Beklagten ändern hieran nichts. Insbesondere konnte sie keine konkreten Hinweise auf eine für die Klägerin tatsächlich unter zumutbaren Bedingungen erreichbare Nadelepilation durch einen Vertragsarzt machen. Das Gericht geht daher davon aus, dass für die von der Klägerin unstreitig gemäß § 27 Abs. 1 SGB V benötigte Behandlung ein Systemversagen dergestalt vorliegt, dass eine Behandlung durch Vertragsärzte faktisch für die Klägerin nicht möglich ist. Im vorliegenden Fall besteht aus diesem Grund Anspruch auf die Inanspruchnahme nicht zugelassener nichtärztlicher Leistungserbringer (vgl. auch Sozialgericht Berlin, Urteil vom 15.03.2016 - S 51 KR 2136/13; Landessozialgericht für das Land Nordrhein Westfalen, Urteil vom 08.05.2014 - L 16 KR 453/12; Sozialgericht Düsseldorf, Urteil vom 11.12.2007 - S 4 KR 78/07; a.A. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 07.05.2009 - L 4 KR 465/07; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 27.01.2009 - L 11 KR 3126/08, vgl. auch Sozialgericht Berlin, Urteil vom 03.05.2017 - S 89 KR 3924/15). Der Bescheid vom 28.12.2015 ist somit nicht rechtswidrig, weil die Klägerin einen Anspruch auf die beantragte Nadelepilation durch die Kosmetikerin Wellinger hat.

Der Bescheid der Beklagten vom 09.02.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.04.2016 war somit aufzuheben.

Lediglich ergänzend weist das Gericht darauf hin, dass auch unter Berücksichtigung des nach § 45 Abs. 2 SGB X bei der Rücknahmeentscheidung zu berücksichtigenden Vertrauensschutzes Bedenken hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des Bescheides vom 09.02.2016 bestehen. Denn ein Fall des hier allein in Betracht kommenden § 45 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 SGB X, in dem sich die Klägerin nicht auf Vertrauensschutz berufen könnte, ist nicht gegeben. Die Klägerin hat auf den Bestand der Bewilligungsentscheidung vertraut und die Behandlung ausweislich der Rechnung vom 11.02.2016 bereits im Januar 2016 begonnen. Auch wenn die Beklagte die Entscheidung über die Rücknahme nur mit Wirkung für die Zukunft getroffen hat, bestehen unter Berücksichtigung aller Umstände des vorliegenden Falles Bedenken in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Rücknahmeentscheidung auch nach § 45 Abs. 2 SGB X.

Weiterhin lediglich ergänzend wird darauf hingewiesen, dass auch der Hilfsantrag begründet wäre, da aus Sicht des Gerichts bereits vor dem 28.12.2015 die Genehmigungsfiktion gemäß § 13 Abs. 3a SGB V eingetreten ist, die ihre Wirksamkeit grundsätzlich nur nach den allgemeinen Regeln über Erledigung, Widerruf und Rücknahme eines begünstigenden Verwaltungsakts verliert (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 08.03.2016 - B 1 KR 25/15 R). Die Voraussetzungen für die Gewährung der Nadelepilation durch die Kosmetikerin Wellinger sind nach § 13 Abs. 3a SGB V gegeben. Die Beklagte hat nicht innerhalb der Drei-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V entschieden. Maßgebend ist insoweit der von der Klägerin zuletzt am 03.12.2015 gestellte Antrag, nicht der von der Beklagten geschilderte Gesamtverlauf in Bezug auf die bereits ab Februar 2015 gestellten Anträge. Die Beklagte veranlasste auf den Antrag vom 03.12.2015 eine Begutachtung durch den MDK, teilte dies jedoch der Klägerin nicht mit. Die Beklagte legte auch nicht nach § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V gegenüber der Klägerin Gründe für die Verzögerung dar. Maßgebend ist deshalb die Drei-Wochen-Frist (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 08.03.2016 a.a.O.). Diese war vor Erteilung des Bewilligungsbescheides vom 28.12.2015 bereits abgelaufen. Ob nach § 13 Abs. 3a SGB V nur auf eine (verwaltungsinterne) Entscheidung der Beklagten oder das Wirksamwerden der Entscheidung durch Bekanntgabe an den Versicherten abzustellen ist, brauchte nicht entschieden zu werden (vgl. Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB V, § 13 SGB V Rdnr. 58k). Damit gilt grundsätzlich gemäß § 13 Abs. 3a

S. 6 SGB V die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Dies gilt nach Auffassung der Kammer auch im hier vorliegenden Fall, in dem die Klägerin keine Behandlung durch einen Vertragsarzt beantragt hat. Unter welchen Voraussetzungen bei einer solchen Konstellation die Genehmigungsfiktion greift, ist im Einzelnen umstritten (vgl. zu nicht durch die vertragsärztliche Behandlung zugelassenen Behandlungsmethoden etwa Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 28.03.2017 - L 4 KR 97/15; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 21.03.2017 - L 1 KR 623/15; Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 02.03.2017 - L 5 KR 277/16; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06.12.2016 - L 1 KR 680/15; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 13.09.2016 - L 4 KR 320/16). Das Gericht schließt sich der Auffassung des Bundessozialgerichts an, dass hier entscheidend ist, ob der Versicherte die Krankenbehandlung für erforderlich halten durfte und die Leistung nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs liegt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 08.03.2016 a.a.O.). Diese Frage kann bei der hier streitigen Nadelepilation bei Transsexualität bejaht werden. Die Klägerin durfte die Behandlung durch eine Kosmetikerin, für die in vergleichbaren Fällen in mehreren gerichtlichen Entscheidungen ein Anspruch bejaht wurde, für erforderlich halten (vgl. aber zur Behandlung in einer Privatklinik Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 15.11.2016 - L 11 KR 5297/15). Aus Sicht der Kammer liegt die durch eine Kosmetikerin durchgeführte Nadelepilation bei Transsexualität nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klägerin hat damit Anspruch auf Gewährung der Behandlung als Sachleistung bzw. auf Kostenerstattung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. das Urteil vom 08.03.2016 a.a.O.) umfasst die Genehmigungsfiktion sowohl die Sachleistung als auch eine mögliche Kostenerstattung. Dieser Auffassung schließt sich das Gericht an (vgl. hierzu auch Bayerisches Landessozialgericht, Urteile vom 31.01.2017 - L 5 KR 471/15 - und vom 12.01.2017 - L 4 KR 295/14 sowie L 4 KR 37/15). Eine Rücknahme der aufgrund der Genehmigungsfiktion erfolgten Bewilligung hat die Beklagte nicht vorgenommen; es bestehen auch Bedenken, inwieweit eine Rücknahme rechtmäßig möglich wäre.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Baden-Württemberg, Hauffstr. 5, 70190 Stuttgart - Postfach 10 29 44, 70025 Stuttgart -, schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Konstanz, Webersteig 5, 78462 Konstanz, schriftlich 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.

gez.
Ebert
Richterin am SG

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.