

Rechtskräftig am: 23.05.2007

Amtsgericht Luzern-Stadt

11 05 62

UZ04 /tk

Abteilung I in Zivilsachen

Präsident Weingand, Amtsrichter Zumthurn, Amtsrichterin Rüede Schaufelberger, Gerichtsschreiberin Fessler

Urteil vom 19. April 2007

X

vertreten durch Z AG

diese vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Beat Meyer, Brunnenstrasse 8, 8303 Bassersdorf,

Klägerin

gegen

Y Versicherung AG

Beklagte

betreffend Forderung aus Zusatzversicherung

Sachverhalt

1. Mit Klage vom 21.11.2005 (Postaufgabe 22.11.2005) beantragte die Klägerin, die Beklagte sei zu verpflichten, ihr für den Aufenthalt in der Klinik M vom 19.6. bis 27. 10.2005 (131 Tage) Fr. 97'978.40 nebst Zins zu 5 % ab Klagedatum zu bezahlen. Überdies sei festzustellen, dass die Beklagte im Versicherungsfall verpflichtet sei, ihr aus der Spitalversicherung privat bei einer Behandlung in der Klinik M, Zug, Kostengut-sprache ohne Tariflimitierung zu leisten.
2. Mit Verfügung vom 24.11.2005 wurde die Klägerin im Sinne von § 200 Abs. 2 ZPO aufgefordert, innert Frist einen gültigen Weisungsschein aufzulegen (amtl. Bel. 1 und 3). Dieser Verfügung kam die Klägerin mit Eingabe vom 12.1.2006 nach (amtl. Bel. 4).
3. Mit Klageantwort vom 15.3.2006 verlangte die Beklagte die Abweisung der Klage.
4. Die Klägerin reichte am 11.4.2006 eine beschränkte Replik, die Beklagte am 11.5.2006 eine beschränkte Duplik ein.
5. Am 9.6.2006 wurde der Prozess von Amtes wegen bis auf Weiteres sistiert (amtl. Bel. 13).
6. Mit Eingabe vom 22.9.2006 verlangte die Klägerin die Aufhebung der Sistierung (amtl. Bel. 14); die Beklagte stellte diesbezüglich keinen Antrag (amtl. Bel. 16). Am 16. 10.2006 wurde die Sistierung aufgehoben (amtl. Bel. 17).
7. Mit Verfügung vom 5.12.2006 wurden die aufgelegten Urkunden zu den Akten ge-nommen und den Parteien eine Frist bis 12.12.2006 eingeräumt, um allfällige weitere Be-weisanträge zu stellen. Ferner wurde den Parteien mitgeteilt, dass voraussichtlich auf die Durchführung einer Instruktionsverhandlung verzichtet werde (amtl. Bel. 18). Mit Verfügung vom 30.1.2007 wurde das Beweisverfahren geschlossen (amtl. Bel. 22). Die Parteien ver-zichteten auf die Durchführung einer Hauptverhandlung, und die Klägerin nahm schriftlich zum Beweisergebnis Stellung (amtl. Bel. 26).

Erwägungen

1. Die Klägerin leidet an einer psychischen Erkrankung, die eine stationäre Behandlung in der Klinik M, Zug, vom 19.6. bis 27.10.2005 zur Folge hatte. Während der ganzen Aufenthaltsdauer in der genannten Klinik war die Klägerin auf der Privatabteilung in einem Einbettzimmer hospitalisiert. Ihre Spitalbedürftigkeit ist zwischen den Parteien unbestritten.

2. Die Klägerin begründet ihre Forderung gegenüber der Beklagten mit einer Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung.

Nach Art. 12 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. 3.1994 (KVG; SR 832.10) unterliegen Zusatzversicherungen, welche die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung anbieten, dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2.4.1908 (VVG; SR 221.229.1); Streitigkeiten aus solchen Versicherungen sind privatrechtlicher Natur (Urteil BGer 5C.134/2004 vom 1.10.2004 E. 1). Gemäss Art. 85 des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen vom 17. 12.2004 (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01) entscheidet privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten das Gericht. Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem KVG sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt (Abs. 1 und 2). Im Kanton Luzern steht dafür der einfache Prozess nach § 220 ff. ZPO zur Verfügung.

3. Zur Begründung ihrer behaupteten Forderung führt die Klägerin im Wesentlichen aus, sie sei mindestens seit 1998 bei der Beklagten nach KVG obligatorisch und nach VVG Zusatzversichert. Gemäss Versicherungspolice für das Jahr 2005 sei sie in der Spitalversicherung privat für Krankheit und Unfall, Einbettzimmer ohne Tarifbindung, AVB-Ausgabe 01. 1997, versichert. Sie leide an einer psychischen Erkrankung, die vom 19.6. bis 27.10. 2005 (131 Tage) eine stationäre Behandlung in der Klinik M, Zug, erforderlich gemacht habe. Sie sei in der Privatabteilung Einbettzimmer hospitalisiert gewesen. Die Spitalbedürftigkeit sei nicht umstritten gewesen und die Beklagte hätte mit Kostengutsprachen vom 12. und 18.10.2005 die Spitalbedürftigkeit vom 19.6. bis 6.11.2005 grundsätzlich anerkannt. Für die Dauer vom 19.6. bis 9.10.2005 hätte die Beklagte für den Aufenthalt in

der Klinik M eine Kostengutsprache von Fr. 600.-- pro Tag erteilt. Mit Kostengutsprache vom 12.10.2005 hätte die Beklagte die Spitalbedürftigkeit vom 10.10. bis 6.11.2005 anerkannt, jedoch den Umfang der Kostenübernahme nicht erwähnt und festgehalten, dass die Rechnungen auf dem Rückerstattungsweg vergütet würden. Damit habe es sich nicht mehr um eine Kostengutsprache gegenüber der Klinik M, sondern um eine blossige Leistungszusicherung gegenüber der Klägerin gehandelt. Die Klinik M sei als zugelassene Leistungserbringerin nach KVG auf der Spitalliste des Kantons Zug aufgeführt und habe einen Leistungsauftrag nach KVG im Bereich Akutpsychiatrie und Assessment für Frauen. Bis Ende 1999 habe zwischen der Klinik M und dem damaligen Kantonalverband Zugerischer Krankenkassen ein Tarifvertrag bestanden, dem auch die Beklagte beigetreten sei. Der Vertrag sei auf Ende 1999 gekündigt worden. Danach habe die Beklagte ab 2000 für Versicherte nach Y - Spitalversicherung privat Einbettzimmer ohne Tarifbindung bei Hospitalisation in der Abteilung Einbettzimmer privat, die von der Klinik M je nach Zimmertyp verrechneten Tages- und Pflorgetaxen zwischen Fr. 725.-- bis 550.-- pro Tag zuzüglich separat verrechenbare Leistungen bezahlt. Mit Schreiben vom 6.5.2002 habe die Beklagte bei einem Aufenthalt ihrer privat Versicherten in der Klinik M echte Mehrleistungen mit einer maximalen Tagespauschale von Fr. 600.-- als noch wirtschaftlich und zweckmässig anerkannt und die Ausrichtung der Leistungen auf dem Rückerstattungsweg vorgesehen. Diese Pauschale habe die Beklagte mit Schreiben vom 6.4.2004 bestätigt. Die Klägerin habe die Versicherungsvariante gemäss Art. 13.2 lit. a AVB, nämlich Einbettzimmer ohne Tarifbindung mit der Y, gewählt. Diese Variante gewährleiste Spitalwahlfreiheit bei voller bzw. unlimitierter Versicherungsdeckung. „Ohne Tarifbindung mit der Y" bedeute, dass die Versicherungsleistungen keiner Tarifbindung bzw. Limitierung unterlägen und zwar weder direkt aufgrund einer im Versicherungsvertrag vereinbarten Begrenzung noch indirekt aufgrund eines Tarifvertrages zwischen Leistungserbringer und Versicherer. Im Versicherungsfall sei die Beklagte deshalb verpflichtet, die vollen Behandlungs- und Aufenthaltskosten im Einbettzimmer der privaten Abteilung zu übernehmen. Die Beklagte sei im Versicherungsfall nicht berechtigt, die Leistungen eigenmächtig einzuschränken oder einen Maximaltarif festzulegen. Damit erwiesen sich die gegenüber der Klinik M erfolgten Ankündigungen vom 6.5.2002 und 6.4.2004 als unzulässig und vertragswidrig. Sie sei berechtigt gewesen, sich in der Klinik M behandeln zu lassen und habe gemäss Versicherungsvertrag Anspruch auf volle Kostendeckung. An die Behandlungskosten von Fr. 158'238.40 seien die Leistungen aus der Grundversicherung im Betrag von Fr. 60'260.-- anzurechnen, was Restkosten von Fr. 97'978.40 ergäben.

4. Die Beklagte wendet im Wesentlichen ein, aus Art. 13 - 18 der AVB ergäben sich eindeutige Leistungseinschränkungen. Insbesondere gäbe ihr Art. 15.2 AVB die Kompetenz, wissenschaftlich nicht anerkannte, nicht ärztlich angeordnete, unzweckmässige und unwirtschaftliche Leistungen zu verweigern. Sie habe somit die Möglichkeit, die in Rechnung gestellten Kosten auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen. Gestützt auf Art. 15.2 AVB und insbesondere aufgrund der Überprüfungscompetenz bezüglich der Wirtschaftlichkeit der Spitalleistungen habe sie mit Schreiben vom 6.5.2002 und 6.4.2004 gegenüber der Klinik M Maximaltarife festgelegt. Darüber hinaus gehende Leistungen würden seitdem als unwirtschaftlich zurückgewiesen. Insoweit die Klinik M gegenüber ihren Patientinnen auf die Einholung des die Pauschale von Fr. 600.-- übersteigenden Betrages verzichtet habe, anerkenne sie die von ihr festgelegte Obergrenze.

5.

5.1 Das VVG enthält neben dem lediglich auf Ausschlussklauseln anwendbaren Art. 33 keine allgemeine Auslegungsregel. Dies bedeutet, dass gemäss Art. 100 VVG die allgemeinen Grundsätze des OR und damit auch die Einleitungsbestimmungen des ZGB Geltung haben. Massgebende Grundlage für die Auslegung von Versicherungsverträgen (AVBs etc.) bildet daher Art. 2 Abs. 1 ZGB bzw. das Vertrauensprinzip. Dabei ist in erster Priorität der individuelle Vertragswille der Parteien zu eruieren. Im Vordergrund steht der Wortlaut einer AVB-Bestimmung (grammatikalische Auslegung), der in einen logischen Gesamtzusammenhang gestellt werden muss. Eine AVB-Bestimmung ist nach allgemeiner Lehre in dem Sinne auszulegen, wie sie der Versicherungsnehmer verstanden hat und nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch, der Verkehrssitte sowie Treu und Glauben verstehen durfte. Die Auslegung hat sich nach den objektiven Kriterien der Vernunft und der Korrektheit zu richten. Zusammenfassend gesagt ergibt sich mit Bezug auf die AVB die Regel, dass diese in dem Sinne auszulegen sind, der ihnen vernünftigerweise und korrekterweise in Würdigung der generellen, objektiven Umstände beizumessen ist (Kuhn/Müller-Studer/Eckert, Privatversicherungsrecht, 2002, S. 170 ff.; vgl. zum Ganzen auch Maurer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht, 1995, S. 160 ff.). Erhebliches Gewicht kommt schliesslich bei umfangreichen allgemeinen Vertragsbedingungen, wie dies AVB meist sind, der systematischen Auslegung zu. Einzelne Vertragsbestimmungen sind nicht isoliert, sondern anhand des Vertrages in seiner Gesamtheit auszulegen. Die Unklarheitenregel (im Versicherungsrecht „in dubio contra assecuratorem“) kommt nur zur Anwendung, wenn sich die Bedeutung einer Be-

stimmung durch Auslegung anhand von Sinn und Wortlaut des Vertrages nicht ermitteln lässt (Stoessel, in: Basler Kommentar, 2001, N 25 und 28 zu Vorbemerkungen zu Art. 1 - 3 VVG).

5.2 Der von der Klägerin aufgelegten Versicherungspolice für das Jahr 2005 (kläg. Bel. 6) ist zu entnehmen, dass die Klägerin für das betreffende Jahr bei der Beklagten verschiedene Zusatzversicherungen nach VVG abgeschlossen hat, u.a. eine Spitalversicherung privat, AVB-Ausgabe 1997, für Krankheit und Unfall, ohne Tarifbindung und einer Franchise von Fr. 3000.– pro Jahr bei einer monatlichen Prämie von Fr. 300.– (für diese Zusatzversicherung allein). Art. 13 der AVB 1997 für die Spitalversicherung privat (kläg. Bel. 3) umschreibt den Leistungsumfang. Gemäss Art. 13.1 bezahlt die Beklagte die Aufenthalts- und Behandlungsergänzungskosten in einem Spital in der ganzen Schweiz. Die versicherte Variante ist auf der Police aufgeführt, nämlich „Private Abteilung: Einbettzimmer ohne Tarifbindung mit der Y" (lit, a; die von der Klägerin gewählte), und „Private Abteilung Einbettzimmer mit Tarifbindung mit der Y nach der einschränkenden Spitalliste der Y" (Art. 13.2 lit, a und b). Nichtversicherte Leistungen sind nach Art. 15 gesetzliche Leistungen, insbesondere gemäss KVG und UVG (Art. 15.1), und wissenschaftlich nicht anerkannte, nicht ärztlich angeordnete, unzweckmässige und unwirtschaftliche Leistungen, wenn in den AVB nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt ist (Art. 15.2). Mit Art. 13.2 lit. a AVB bietet die Beklagte ihren Versicherungsnehmern und -nehmerinnen die „versicherte Variante" der privaten Behandlung ohne Tarifschutz an, was — da die Zusatzversicherung nicht dem KVG, sondern dem VVG untersteht, zulässig ist. Mit dem KVG gibt es zwar einen Tarifschutz in der Grundversicherung. Die Zusatzversicherungen werden davon aber nicht tangiert. Der Gesetzgeber wollte im Bereich der privaten Spitalabteilungen bezüglich Privatautonomie gegenüber dem KUVG eine grundlegende Änderung herbeiführen. Das KVG hat im privaten Spitalsektor das Spital und den Arzt als freie Unternehmer nicht ausgeschaltet. Überhöhte Privatpatientenhonorare sind ein beträchtliches Problem, weil sie für die Spitalzusatzversicherungen zu einer Überlebensfrage werden können, vor allem dort, wo die Versicherungsbedingungen Leistungszusagen an die Versicherten ohne Bindung an einen bestimmten Maximaltarif vorsehen. Dieses Problem lässt sich indes nur über Tarifvereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Zusatzversicherer (...) lösen (Eugster, Die Unterscheidung zwischen grund- und zusatzversicherten Leistungen im Spitalbereich: Welche juristischen Kriterien sind massgeblich?, in: Jusletter vom 16.5.2005, S. 14 f.). Die Bestimmungen von Art. 13.1 und 13.2 lit. a AVB 1997 sind unmissverständlich und klar, und geben der Klägerin

ausdrücklich Anspruch auf eine private Behandlung in jedem Spital in der ganzen Schweiz, auch wenn die Beklagte mit der betreffenden Klinik keinen Tarifvertrag, wie vorliegend mit der Klinik M, hat. Ob Art. 15.2 AVB 1997 diesen Anspruch schmälern könnte, kann vorliegend offen gelassen werden, unterlässt es doch die Beklagte, substantiiert darzutun, was an den von der Klinik M vorliegend in Rechnung gestellten Leistungen konkret unwirtschaftlich sein soll (vgl. zur Substanziierungslast LGVE 2003 I Nr. 31; vgl. zur Substanziierungslast bei sozialer Untersuchungsmaxime BGE 4C.36/2006 vom 29.3.2006; LGVE 2000 I Nr. 44). Ein Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung genügt nicht. Jedenfalls geht es nicht an, aufgrund versicherungsinterner Abklärungen pauschal einen Betrag (vorliegend Fr. 600.-- inkl. Tarif der Grundversicherung) festzulegen mit der Behauptung, die Beträge darüber seien — für alle Leistungen zugunsten jedes Privatversicherten unabhängig vom konkreten Krankheitsfall — unwirtschaftlich. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Art. 17 AVB 1997 den Vorbehalt vorsieht, dass die Beklagte zugunsten der Versicherten Leistungstarife und andere Leistungsabkommen vereinbaren kann. E contrario kann dies weder zu Lasten der Versicherten, noch gegenüber den Leistungserbringern einseitig erfolgen, wie dies die Beklagte mit Schreiben vom 6.5.2002 und 6.4.2004 gerade getan hat (vgl. kläg. Bel. 22 und 23). Dass die Klinik M den Schreiben der Beklagten vom 6.5.2002 und 6.4.2004 zugestimmt hätte, ist nicht bewiesen (insbesondere nicht durch die Tatsache, dass die Klinik M in ihren Rechnungen an die Klägerin jeweils auf den „von der Versicherung gesetzlich und reglementarisch nicht geschuldeten Rechnungsbetrag“ verzichtet hat; vgl. dazu kläg. Bel. 24 — 29, jeweils 2. Seite). Ein Anwendungsfall von Art. 3.4 AVB in Verbindung mit Art. 9.2 AVB 1997 wird von der Beklagten nicht behauptet. Auf die von der Klägerin beantragten Editionen ist zu verzichten.

5.3 Die Beklagte erhebt weder andere Einwendungen gegen die Forderung an sich

noch gegen den geforderten Verzugszins. Der Betrag entspricht den Rechnungen der Klinik M (inkl. Leistungen der Grundversicherung; vgl. kläg. Bel. 24 - 29), weshalb die geforderte Summe von Fr. 97'978.40 nebst Zins zu 5 % seit 9.1.2006 (Datum Sühneverhandlung, vgl. kläg. Bel. 30; Art. 102 Abs. 1 und 104 Abs. 1 OR) zuzusprechen ist. Bei diesem Ausgang ist auf die Eventualanträge der Klägerin nicht einzutreten.

6 Nebst dem Antrag auf Bezahlung einer Geldsumme stellt die Klägerin den Antrag,

es sei festzustellen, dass die Beklagte im Versicherungsfall verpflichtet sei, ihr aus der Spi-

talversicherung privat bei einer Behandlung in der Klinik M, Zug, Kostengutsprache ohne Tariflimitierung zu leisten.

6.1 Die Feststellungsklage ist auf die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtes oder Rechtsverhältnisses gerichtet. Als Rechtsschutzinteresse ist vorausgesetzt ein rechtliches, d.h. rechtserhebliches Interesse an der gerichtlichen Feststellung eines Rechtes oder Rechtsverhältnisses (vgl. § 93 ZPO). Es ist unter folgenden Voraussetzungen gegeben: Ungewissheit, Unsicherheit oder Gefährdung der Rechtsstellung des Klägers, Unzumutbarkeit der Fortdauer dieser Rechtsungewissheit, und die Unmöglichkeit der Behebung der Ungewissheit auf andere Weise, insbesondere nicht durch Leistungs- oder Gestaltungsklage (Vogel/Spühler, Grundriss des Zivilprozessrechts, 2006, 7 N 21 ff.). Da das Feststellungsinteresse als besondere Erscheinungsform des allgemeinen Rechtsschutzinteresses Prozessvoraussetzung ist, ist bei dessen Fehlen auf den Antrag nicht einzutreten (Leuch/Marbach/Kellerhals, Die Zivilprozessordnung für den Kanton Bern, 1995, Art. 174 N 3d; Studer/Rüegg/Eiholzer, Der Luzerner Zivilprozess, 1994, N 2 zu § 93 ZPO).

6.2 Mit vorliegendem Urteil wird die Beklagte zu einer Leistung verpflichtet, nämlich der Bezahlung von Fr. 97978.40 nebst Zins zu 5 % seit 9.1.2006. Grundlage der Gutheissung der vorliegenden Leistungsklage ist die rechtliche Feststellung des Gerichts, dass die Klägerin aufgrund der geltenden Vertragsbedingungen Anspruch auf eine Kostenübernahme durch die Beklagte hat. Damit besteht für die Klägerin keine Ungewissheit mehr über ihre Rechtsstellung gegenüber der Beklagten. Ferner besteht keine Rechtsgrundlage für eine Pflicht zur Kostengutsprache gegenüber der Klägerin, wie diese es ausdrücklich verlangt. Die einer Heilanstalt zu erteilende Kostengutsprache stellt nämlich eine Leistungszusicherung der Krankenkasse gegenüber dieser Heilanstalt dar, und nicht gegenüber dem Versicherten (BGE 111 V 28 E. 3). Auf den klägerischen Feststellungsantrag ist demzufolge nicht einzutreten. Die Behauptung, die Klägerin sei im November 2005 erneut in die Klinik M eingetreten, ist nicht substantiiert und nicht belegt, weshalb darauf nicht näher einzugehen ist.

7. Gemäss Art. 85 VAG dürfen den Parteien im Verfahren vor Gericht über Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung grundsätzlich keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Gleiches galt bereits unter dem alten VAG (Art. 47 Abs. 2 und 3 aVAG). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu Art. 47 aVAG befreit dies die

Parteien nur von Gerichtskosten; eine Parteientschädigung an die obsiegende Gegenpartei, und zwar auch an eine obsiegende Krankenkasse, bleibt grundsätzlich geschuldet (Urteil BGer 5C.244/2000 vom 9.1.2001 E. 5). Die Klägerin obsiegt im Wesentlichen mit ihren Anträgen. Die Beklagte hat somit die Parteikosten zu tragen (§ 119 Abs. 1 ZPO). Bei einem vorliegenden Streitwert von ca. Fr. 100'000 (§§ 1 und 4 KoV) liegt die obere Grenze für die Anwaltsgebühr bei Fr. 13000.-- (vgl. § 55 Abs. 1 KoV). In Anwendung von § 51 KoV wird die Kostennote des klägerischen Rechtsvertreters auf Fr. 7'532.-- (Fr. 7'000.-- Honorar und Fr. 532.-- MWST) festgesetzt.

Rechtsspruch

1. Die Beklagte hat der Klägerin Fr. 97978.40 nebst Zins zu 5 % seit 9.1.2006 zu bezahlen.
2. Auf den Feststellungsantrag wird nicht eingetreten.
3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Die Beklagte hat die Parteikosten zu tragen. Sie hat der Klägerin eine Anwaltskostenentschädigung von Fr. 7'532.-- (Fr. 7'000.-- Honorar und Fr. 532.-- MWST) zu bezahlen.

4. Gegen dieses Urteil ist die Appellation zulässig (§§ 245 ff. ZPO). Die Appellationserklärung ist innert 20 Tagen seit Zustellung des Urteils schriftlich beim Obergericht des Kantons Luzern einzureichen (in je einem Exemplar für das Gericht und jede Gegenpartei). Sie muss die Anträge auf Änderung des erstinstanzlichen Rechtspruchs enthalten. Das angefochtene Urteil ist beizulegen.

- 5 Dieses Urteil ist den Parteien und nach Rechtskraft dem Bundesamt für Privatversicherung zuzustellen.

Amtsgericht Luzern-Stadt
I. Abteilung



Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

C. Ferrel

Zur Vollstreckung dieses Urteils ist eine Rechtskraftbescheinigung des Obergerichts erforderlich. Diese Bescheinigung kann nach Ablauf der im Urteil angeführten Rechtsmittelfrist schriftlich beim Obergericht des Kantons Luzern, Hirschengraben 16, 6002 Luzern, verlangt werden. Das Urteil ist beizulegen. Da für die Ausstellung der Rechtskraftbescheinigung Abklärungen erforderlich sind, muss mit gewisser Zeit gerechnet werden, bis die Bescheinigung zugestellt werden kann. Es wird daher empfohlen, das Gesuch um Erteilung der Rechtskraftbescheinigung rechtzeitig einzureichen.