

200 16 194 KV
LOU/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. März 2017

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Moove Sympany AG
c/o Stiftung Sympany, Peter Merian-Weg 4, 4052 Basel
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Januar 2016
(AL100199/2014546176)



Sachverhalt:

A.

Im Rahmen eines Versicherungsvertrages mit der C. _____ AG (Versicherungsnehmerin) über eine freiwillige Taggeldversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) erbrachte die Moove Sympany AG (Sympany bzw. Beschwerdegegnerin) gestützt auf eine Krankmeldung vom 24. März 2004 (richtig: 2014) für die 1961 geborene A. _____ rückwirkend ab 10. Mai 2013 Leistungen bei Krankheit (Akten der Sympany, Antwortbeilagen [AB] 3, 24, 52/13-15). Nachdem trotz Aufforderung (AB 33) keine Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgt war (AB 36), stellte die Sympany das Taggeld mit formlosem Schreiben vom 16. Juli 2014 (AB 37) unter Hinweis auf ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) ein. Nach weiteren Abklärungen (AB 38-40, 45, 47 f., 50) gelangte sie zum Schluss, dass bezüglich A. _____ keine Versicherungsdeckung bestehe und verpflichtete diese mit Verfügung vom 19. März 2015 (AB 51) zur Rückerstattung der zu viel ausgerichteten Leistungen im Umfang von Fr. 39'450.--. Daran hielt die Sympany auf Einsprache hin (AB 52) mit Entscheid vom 7. Januar 2016 (AB 53) fest.

B.

Mit Eingabe vom 5. Februar 2016 erhob A. _____ (Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

- «1. Die Beschwerde sei gutzuheissen und von einer Leistungsrückerstattung in der Höhe von Fr. 39'450.-- zu Lasten von Frau A. _____ sei abzusehen.
2. Frau A. _____ seien die Taggelder ab dem 8. September 2013 bis zur vollständigen Erlangung der Arbeitsfähigkeit auszubezahlen.
3. Der vorliegenden Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung gemäss Art. 82 ATSG zu erteilen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen»

In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Aufforderungsgemäss reichte sie am 3. März 2017 ein rechtsgenügend unterzeichnetes Exemplar der Beschwerdeantwort nach.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der auf der Verfügung vom 19. März 2015 (AB 51) basierende Einspracheentscheid vom 7. Januar 2016 (AB 53). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdegegnerin gegenüber der Beschwerdeführerin auf Rückerstattung des für die Zeit von 11. Mai bis 7. September 2013 der Versicherungsnehmerin formlos ausgerichteten Taggeldes im Umfang von insgesamt Fr. 39'450.--. Soweit die Beschwerdeführerin die Ausrichtung von Taggeld ab 8. September 2013

verlangt, kann auf die Beschwerde mangels Anfechtungs- und Streitgegenstand nicht eingetreten werden.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann bei einem Versicherer nach Artikel 68 eine Taggeldversicherung abschliessen (Art. 67 aAbs. 1 KVG in der bis 31. Dezember 2015 gültigen Fassung). Das Rechtsverhältnis zwischen den Krankenversicherern und den Versicherten beruht auf einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsvertrag. Das KVG normiert lediglich die zentralen Eckpunkte der freiwilligen Taggeldversicherung und überlässt die weitere Ausgestaltung den Krankenversicherern. Die Vertragsautonomie wird durch das auch für die Taggeldversicherung geltende ATSG, die zwingenden Normen des KVG, das Verfassungsrecht sowie allgemeine verwaltungs- oder sozialversicherungsrechtliche Prinzipien eingeschränkt (vgl. GEBHARD EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, Art. 67 N. 3; *derselbe*, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 831 N. 1429 und N. 1431).

2.2 Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden. Das KVG lässt Kollektivversicherungen nur in arbeitsrechtlichen Zusammenhängen zu, unter anderem können Kollektivversicherungen von Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen abgeschlossen werden (Art. 67 Abs. 3 lit. a KVG; EUGSTER, Krankenversicherung, a.a.O., S. 849 N. 1487). Im Kollektivversicherungsverhältnis entstehen im Leistungsbereich

Rechtsbeziehungen zwischen dem Versicherer und den versicherten Personen. Den Versicherten steht ein selbständiges Forderungsrecht gegen den Versicherer zu. Art. 87 des Bundesgesetzes vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1) bzw. Art. 112 Abs. 2 des Schweizerischen Obligationenrechts (OR; SR 220) sind analog anwendbar. Das Prinzip des ausschliesslichen Forderungsrechts der versicherten Person wird durch Art. 19 Abs. 2 ATSG i.V.m. Art. 72 Abs. 6 KVG durchbrochen, wonach Taggelder in dem Ausmass dem Arbeitgeber zukommen, als er trotz Taggeldberechtigung Lohn zahlt, sofern dieser die Taggeldversicherung mitfinanziert hat (vgl. EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], a.a.O., Art. 68 N. 15).

2.3 Das versicherte Taggeld wird vom Versicherer mit dem Versicherungsnehmer vereinbart (Art. 72 Abs. 1 Satz 1 KVG). Das Gesetz enthält in Art. 72 KVG zwingende Bestimmungen insbesondere zum Anspruchsbeginn (Abs. 2), zur Dauer des Anspruchs (Abs. 3) sowie zur Kürzung der Leistung bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit (Abs. 4) und bei Überentschädigung (Abs. 5). Nach Abs. 2 Satz 1 dieser Bestimmung entsteht der Taggeldanspruch, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Vertraglich kann jedoch schon bei einer Arbeitsunfähigkeit von unter 50 % ein Taggeldanspruch statuiert werden (vgl. Art. 73 Abs. 1 KVG; EUGSTER, Krankenversicherung, a.a.O., S. 840 N. 1457). Nach Abs. 2 Satz 2 von Art. 72 KVG entsteht der Anspruch am dritten Tag nach der Erkrankung, sofern nichts anderes vereinbart ist; der Leistungsbeginn kann jedoch gegen eine entsprechende Herabsetzung der Prämie aufgeschoben werden. Das Taggeld ist für eine oder mehrere Erkrankungen während mindestens 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu leisten (Art. 72 Abs. 3 KVG).

2.4 Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten. Wer Leistungen in gutem Glauben empfangen hat, muss sie nicht zurückerstatten, wenn eine grosse Härte vorliegt (Art. 25 Abs. 1 ATSG). Zu Unrecht bezogene Geldleistungen, die auf einer formell rechtskräftigen Verfügung beruhen, können, unabhängig davon, ob die zur Rückforderung Anlass gebenden Leistungen förmlich oder formlos verfügt worden sind, nur

zurückgefordert werden, wenn entweder die für die Wiedererwägung (wegen zweifelloser Unrichtigkeit und erheblicher Bedeutung der Berichtigung) oder die für die prozessuale Revision (wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel) bestehenden Voraussetzungen erfüllt sind (BGE 142 V 259 E. 3.2 S. 260, 130 V 318 E. 5.2 S. 320; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Mai 2016, 8C_652/2015, E. 3).

2.4.1 Formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide müssen in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (Art. 53 Abs. 1 ATSG), und die geeignet sind, zu einer anderen rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 127 V 466 E. 2c S. 469). Ausschlaggebend ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Sachverhaltswürdigung, sondern der Sachverhaltsfeststellung dient. Es bedarf dazu neuer Elemente tatsächlicher Natur, welche die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen (BGE 138 V 324 E. 3.2 S. 328). Das Institut der prozessualen Revision bezweckt die Verwirklichung des materiellen Rechts, indem eine Verfügung zurückgenommen werden soll, die auf von Anfang an fehlerhaften tatsächlichen Grundlagen beruht hat (BGE 115 V 308 E. 4a aa S. 313).

2.4.2 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung dient der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, SVR 2014 IV Nr. 10 S. 40 E. 4.1). Nach der Rechtsprechung kann die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen nur in Betracht kommen, wenn es sich um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung handelt (ZAK 1988 S. 555 E. 2b). Eine gesetzwidrige Leistungszusprechung gilt regelmässig als zweifellos unrichtig (BGE 126 V 399 E. 2b bb S. 401; ARV 2002 S. 181 E. 1a). Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjeni-

ge auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar (BGE 138 V 324 E. 3.3 S. 328; SVR 2014 IV Nr. 7 S. 30 E. 4.1).

2.5 Die rückwirkende Änderung einer Leistungsausrichtung setzt nicht voraus, dass die versicherte Person die fehlerhafte Leistungsausrichtung kausal zu verantworten hat. Auch wenn der unrechtmässige Bezug auf das Verhalten des Versicherungsträgers zurückzuführen ist, kann sich eine Rückerstattungspflicht ergeben (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 25 N. 16).

2.6 Soweit eine Leistung gestützt auf Art. 19 Abs. 2 ATSG dem Arbeitgeber ausbezahlt wurde, ist davon auszugehen, dass dieser rückerstattungspflichtig werden kann. Eine entsprechende Rückerstattungspflicht besteht aber dann nicht, wenn ein Arbeitgeber als blosser Zahlstelle aufgetreten ist (vgl. KIESER, a.a.O., Art. 25 N. 37).

3.

3.1 Nach der Aktenlage besteht seit mindestens 2011 zwischen der Beschwerdegegnerin und der Versicherungsnehmerin eine Kollektiv-Lohnausfallversicherung für den Lohnausfall des Personals (80 % des versicherten Lohnes; ohne Karenzfrist), wobei die AVB Ausgabe 2011 (AB 4) sowie die Vertragsbedingungen ... (...) Pool, Ausgabe 2011 (fortan Pool-Bedingungen; AB 5), Bestandteil des Versicherungsvertrages sind (AB 3/2).

3.1.1 Unter dem Titel «versicherte Personen» werden in Ziff. 2.2.1 AVB vorab die Arbeitnehmenden erwähnt, wobei spezifiziert wird, dass in der Versicherungspolice aufgeführte natürliche Personen oder Personengruppen versichert sind, welche zum Versicherungsnehmer in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis stehen und der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) unterstellt sind. Nebst Personen, die aufgrund besonderer Vereinbarung versichert sind (Ziff. 2.2.2 AVB), werden zudem solche mit fester Jahreslohnsumme genannt (Ziff. 2.2.3 AVB). Dabei handelt es sich um Selbständigerwerbende, Betriebsinhaber sowie im Betrieb mitarbeitende Ehegatten/Lebenspartner, Kinder oder

Eltern, welche nicht in der Lohnbuchhaltung aufgeführt werden. Diese sind versichert, sofern sie namentlich und mit fester Lohnsumme in der Versicherungspolice aufgeführt sind (Ziff. 2.2.3 Abs. 1 AVB). Geschäftsführer, welche aufgrund gesetzlicher Bestimmungen als Arbeitnehmende gelten, können auf Antrag ebenfalls eine feste Lohnsumme versichern (Ziff. 2.2.3 Abs. 2 AVB). Personen mit fester Jahreslohnsumme müssen eine Gesundheitsdeklaration ausfüllen (Ziff. 2.2.3 Abs. 3 AVB). Explizit als nicht versichert werden schliesslich insbesondere Personen bestimmt, die im Auftragsverhältnis für das versicherte Unternehmen tätig sind (Ziff. 2.2.4 lit. b AVB). Der Versicherungsschutz für Personen mit fester Lohnsumme beginnt nach Eingang der ordnungsgemäss ausgefüllten Gesundheitsdeklaration bzw. dem Tag einer Übertrittsmeldung (Ziff. 6.1 Abs. 2 AVB).

3.1.2 Gemäss den Pool-Bedingungen (AB 5) umfasst die Versicherungsdeckung nebst dem Personal, welches ohne Gesundheitsdeklaration eine Volldeckung geniesst, den oder die Betriebsinhaber, wobei die Aufnahme eine einfache Gesundheitsdeklaration voraussetzt.

3.1.3 Im Versicherungsvertrag ist als einzige versicherte Personengruppe das «Personal» definiert (AB 3/1).

3.2 Trotz ausdrücklicher Aufforderung durch die Beschwerdegegnerin (AB 50) hat die Beschwerdeführerin den Nachweis nicht erbracht, dass die Versicherungsnehmerin für sie AHV-Beiträge entrichtet hat. Zudem sind die Lohnsummendeklarationen betreffend die Jahre 2012 (AB 11) und 2013 (AB 16) nicht geeignet, eine AHV-Unterstellung der Beschwerdeführerin für die Versicherungsnehmerin zu belegen, was auch für die – nicht unterzeichnete – Lohnmeldung 2013 an die AHV-Verbandausgleichskasse vom 15. Januar 2014 (AB 16/2) zutrifft: Aus der darin angegebenen Lohnsumme lassen sich keine Rückschlüsse auf eine Versicherteneigenschaft der Beschwerdeführerin als Arbeitnehmerin ziehen. Andere geeignete Unterlagen, wie etwa Lohnausweise, ein Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) oder eine Bestätigung der Ausgleichskasse brachte die Beschwerdeführerin weder im Verwaltungsverfahren noch im vorliegenden Beschwerdeverfahren bei. Im

Übrigen räumt sie nunmehr selbst ein, sie habe AHV-Beiträge mangels eines von der Versicherungsnehmerin bezogenen Lohns «von ihrem privaten Einkommen» (Beschwerde S. 4 Ziff. III Art. 2 Lemma 4) und damit nicht als Arbeitnehmerin entrichtet. Vor diesem Hintergrund erübrigen sich weitere diesbezügliche Sachverhaltserhebungen (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Es steht nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) fest, dass die versicherte Personengruppe «Personal» (AB 3/1) die Beschwerdeführerin nicht umfasste.

3.3 Die Beschwerdeführerin figurierte ab Januar 2011 als Mitglied des Verwaltungsrates der Versicherungsnehmerin mit Einzelunterschrift bzw. von März 2012 bis Dezember 2014 als Präsidentin mit Einzelunterschrift im Handelsregister (AB 1; SHAB Nr. ...). Insofern könnte sie grundsätzlich unter die versicherten Personen mit fester Jahreslohnsumme fallen (vgl. E. 3.1.1 hiervor), was auch den Angaben in der Krankmeldung (AB 24) entspreche. Indes wurde sie in der Versicherungspolice nicht namentlich aufgeführt und reichte auch keine Gesundheitsdeklaration ein. Demnach bestand betreffend die Beschwerdeführerin auch unter diesem Titel keine Versicherungsdeckung für die fragliche Zeit ab Mai 2013. Die Kritik, wonach die Beschwerdegegnerin es unterlassen habe, ein Formular zur Gesundheitsdeklaration zuzustellen (Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 3), verfängt nicht. Die Beschwerdegegnerin hat offenbar nie eine Offertanfrage oder einen Versicherungsantrag für den Einschluss von Personen mit fester Lohnsumme erhalten (AB 45/3) und es bestehen auch keine hinreichenden Anhaltspunkte für einen Beratungsfehler durch den Aussendienst bzw. das Underwriting der Beschwerdegegnerin, womit sich die Beschwerdeführerin nicht auf den Vertrauensschutz aufgrund pflichtwidrig unterlassener oder falscher Auskünfte (vgl. UELI KIESER, a.a.O., N. 37 Art. 27) berufen kann. Allein die pauschale und unsubstanzierte Behauptung, dass nach der Aussage des damaligen Versicherungsberaters (Name und Jahr unbekannt) die Beschwerdeführerin automatisch versichert sei (AB 40/2), genügt hierfür jedenfalls nicht. Diese Rüge wurde im vorliegenden Verfahren denn auch nicht mehr vorgebracht; von weiteren Sachverhaltsabklärungen sind diesbezügliche keine erheblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten.

3.4 Nach dem Dargelegten bestand keine Versicherungsdeckung für die Beschwerdeführerin, womit die formlose Taggeldausrichtung im wiedererwägungsrechtlichen Sinn zweifellos unrichtig war, was bereits aufgrund der Verhältnisse und dem Wissenstand zum damaligen Zeitpunkt der Leistungsgewährung ohne weiteres erkennbar gewesen wäre (vgl. Entscheidung des BGer vom 16. September 2008, 8C_517/2007, E. 4.1). Damit besteht ein Rückerstattungsanspruch (vgl. E. 2.4 hiervor) und erübrigen sich Weiterungen zu den im Verwaltungsverfahren aufgeworfenen Fragen der verspäteten Krankmeldung bzw. der fehlenden IV-Anmeldung (AB 29, 37).

3.4.1 Zwar wurde das Taggeld auf ein Konto der Versicherungsnehmerin überwiesen (AB 52/12-15 i.V.m. AB 9 [Briefkopf]), diese fungierte aber als blosser Zahlstelle, zumal sie mangels eines bestehenden Arbeitsverhältnisses keine Lohnfortzahlung im Sinne von Art. 324a OR zu leisten hatte und damit die Voraussetzungen von Art. 19 Abs. 2 ATSG nicht erfüllt waren. Der Rückerstattungsanspruch richtet sich somit gegen die Beschwerdeführerin (vgl. E. 2.6 hiervor), welche selbst angab, die Leistungen bezogen zu haben (Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 2).

3.4.2 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sie habe das Taggeld gutgläubig empfangen, nach dem Grundsatz von Treu und Glauben habe sie davon ausgehen können, dass sie die Leistungen fortan erhalten würde und auch behalten könne (Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 2) ist im Übrigen einerseits festzuhalten, dass der Rückforderungstatbestand verschuldensunabhängig konzipiert ist (vgl. E. 2.5 hiervor) und dass dies andererseits die im vorliegenden Verfahren nicht zu prüfende Erlassfrage beschlägt (vgl. Art. 25 Abs. 1 Satz 2 ATSG; Art. 4 f. der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]).

3.5 Der die Verfügung vom 19. März 2015 (AB 51) bestätigende Einspracheentscheid vom 7. Januar 2016 (AB 53) ist nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B._____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Kopie der Eingabe vom 3. März 2017)
 - Moove Sympany AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.