S 21 KA 2288/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 21 KA 2288/99
Datum	07.12.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 56/01
Datum	21.11.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 7. Dezember 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. Der KlÃ¤ger hat der Beklagten auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤Ãigkeit der sachlich-rechnerischen Richtigstellung im Quartal 2/96 in Anwendung der Abstaffelungsregelungen bei SkelettrÃ¶ntgen (Nrn.5010 bis 5034 EBM). Der KlÃ¤ger nimmt als Chirurg in E. an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Die Beklagte hat mit Bescheid Ã¼ber sachlich-rechnerische Richtigstellung, Abstaffelungs- und Budgetregelungen des EBM-96, ohne Datum im Quartal 2/96 von der Honoraranforderung des KlÃ¤gers fÃ¼r die Nummern 5010 bis 5034 BMÃ-E/GO 155.410 Punkte abgesetzt, weil er die abstaffelungsfreie Gesamtpunktzahl von 416.160 Punkten einschlieÃlich der zusÃ¤tzlich berechnungsfÃ¤higen Punkte in HÃ¶he von 155.410 â 50 % von 310.820 Punkten â um den abgesetzten Betrag in HÃ¶he von 155.410 Punkten Ã¼berschreite.

Hiergegen hat der KlÃ¤ger mit Schreiben vom 24. Oktober 1996 Widerspruch eingelegt, der mit Schriftsatz vom 29. November 1996 nÃ¤her begrÃ¼ndet wurde. Er bedauere, aber er sei kein Jurist und kÃ¶nne langsam nicht mehr die stÃ¤ndigen Ãnderungen der rechtlichen Bestimmungen verstehen. Er kÃ¶nne nicht mehr nachvollziehen, ob die KÃ¼rzungen dem Grunde und der HÃ¶he nach gerechtfertigt seien. Er sei der Meinung, dass ein Verwaltungsakt von demjenigen, der betroffen sei und in dessen Geldbeutel gegriffen werde, verstanden werden mÃ¼sse.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 22. Juli 1999 den Widerspruch zurÃ¼ckgewiesen. Der Honorarabrechnung liege der Einheitliche BewertungsmaÃstab in der Fassung vom 29. September 1995 zu Grunde. Nach den Allgemeinen Bestimmungen A I 1 zum EBM sei die Bewertung von kurativ-ambulanten Leistungen, fÃ¼r die HÃ¶chst- und Mindestpunktzahlen festgesetzt seien, abhÃ¤ngig von der Gesamtzahl der in allen kurativ-ambulanten FÃ¤llen abgerechneten Leistungen. Die bis zur Abstaffelungsgrenze abgerechneten Leistungen wÃ¼rden mit der angegebenen HÃ¶chstpunktzahl, diejenigen Ã¼ber der Abstaffelungsgrenze mit der Mindestpunktzahl bewertet. Aufgrund der Allgemeinen Bestimmung Abschnitt 2.1 "Skelett, nativ" zum Einheitlichen BewertungsmaÃstab Kapitel Q Strahlendiagnostik I. RÃ¶ntgendiagnostik wÃ¼rden kurativ-ambulante RÃ¶ntgenuntersuchungen des Abschnitts Q I 2.1 fÃ¼r die Arztgruppe Chirurgen und OrthopÃ¤den einer fallzahlbezogenen Abstaffelung unterliegen. Die vom Bewertungsausschuss zum 1. Januar 1996 beschlossene Reform des EBM entspreche geltendem Recht (Â§ 87 Abs.2, 2 a, 2 b SGB V). Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion, die dem EBM als bundesweit fÃ¼r alle Kassenarten verbindliche VergÃ¼tungsgrundlage zukomme, sei es zulÃ¤ssig, Ã¼ber ergÃ¤nzende Bewertungsformen wie KomplexgebÃ¼hren, GebÃ¼hrenpauschalen, Abstaffelungsregelungen und Ã¤hnliche mengen- oder fallzahlbegrenzende MaÃnahmen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fÃ¶rdern und Verteilungseffekte mit dem Ziel einer angemessenen VergÃ¼tung der Ã¤rztlichen Leistungen anzustreben. Die fallbezogene Abstaffelung radiologischer Leistungen nach Kapitel Q I 2.1 beinhalte eine ergÃ¤nzende Bewertung der vorgenannten Leistungen anhand betriebswirtschaftlicher Kriterien. Zielsetzung dieser Regelungen sei es, auf dem Wege Ã¶konomischer Anreize einer vermehrten Leistungserbringung entgegenzuwirken und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschlieÃen. Die Abstaffelungsregelung bewirke bei Ãberschreiten des fallbezogenen Kontingentes, dass die vom Vertragsarzt abgerechneten Leistungen insgesamt niedriger vergÃ¼tet wÃ¼rden. Die Abstaffelungsregelung fÃ¼hre jedoch nicht dazu, dass vom Vertragsarzt tatsÃ¤chlich erbrachte Leistungen nicht mehr vergÃ¼tet wÃ¼rden.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht MÃ¼nchen vom 8. September 1999. Der KlÃ¤ger sei zugelassener Arzt fÃ¼r Chirurgie, der jedoch im Wesentlichen ein orthopÃ¤disches Patientengut betreue, was unstreitig sei und in vielen WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungsverfahren als Praxisbesonderheit anerkannt worden sei. Da er auch relativ viele chirotherapeutische Eingriffe vornehme, mÃ¼sse zwangslÃ¤ufig zuvor ein RÃ¶ntgenbild angefertigt werden. Dies dÃ¼rfe nicht Ã¤lter als ein Jahr sein, da sonst der Eingriff nicht lege artis wÃ¤re. HierfÃ¼r wird zum Beweis ein SachverstÃ¤ndigengutachten angeboten. Die GrÃ¼nde hierfÃ¼r lÃ¤gen

in den ganz erheblichen Gefahren fÃ¼r die Patienten. Die Risiken fÃ¼r die Patienten lÃ¤gen zwischen QuerschnittslÃ¤hmung und Tod, wenn nicht vorher definitiv ausgeschlossen sei, dass keine Metastasen, keine Pseudoarthrosen, keine Spondylodiszides und andere gut- oder bÃ¶sartige Knochenmarkstumore vorlÃ¤gen. Da der KlÃ¤ger Ã¼ber ein orthopÃ¤disches Patientengut verfÃ¼ge und auch wie ein OrthopÃ¤de behandle, sei sein Widerspruch gleichzeitig als Antrag auf Ausnahme zu sehen. Ein solcher Antrag auf Ausnahme bei der Absenkung der VergÃ¼tung mÃ¼sse genauso mÃ¶glich sein wie bei der jetzt geltenden Budgetregelung.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 9. November 2000 darauf hingewiesen, dass das Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg mit Urteil vom 12. Mai 1999, Az.: L 5 KA 4550/98 Ã¼ber den hier vorliegenden Streitgegenstand entschieden habe. Dieses Urteil sei rechtskrÃ¤ftig, da das Bundessozialgericht mit Beschluss vom 29. September 1999, Az.: B 6 KA 34/99 B die gegen dieses Urteil eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ckgewiesen habe. Der KlÃ¤gervertreter hat mit Schriftsatz vom 1. Dezember 2000 analog Â§ 109 SGG beantragt, Beweis darÃ¼ber zu erheben, dass die Kosten von konventionellem RÃ¶ntgen (einschlieÃlich GerÃ¤t, Filme, MTA pp.) in der Praxis des KlÃ¤gers als niedergelassener Chirurg gegenÃ¼ber der hierfÃ¼r zu erzielenden VergÃ¼tung bei den gesetzlichen Krankenversicherungen, hilfsweise in einer durchschnittlichen OrthopÃ¤denpraxis, Ã¤uÃerst hilfsweise ab einem bestimmten Parameter (zum Beispiel unter einer bestimmten Anzahl von RÃ¶ntgenaufnahmen) nicht kostendeckend seien. Als SachverstÃ¤ndiger werde der Ã¶ffentlich bestellte und vereidigte SachverstÃ¤ndige Dr.M. aus MÃ¼nchen vorgeschlagen.

Das Sozialgericht MÃ¼nchen hat mit Urteil vom 7. Dezember 2000 die Klage abgewiesen. Entgegen der Auffassung des KlÃ¤gers sei die vorliegende Abstaffelungsregelung nicht willkÃ¼rlich. Vielmehr entspreche sie dem geltenden Recht. Es liege auch weder eine sachwidrige Ungleichbehandlung der Chirurgen im VerhÃ¤ltnis zu den OrthopÃ¤den noch eine Ungleichbehandlung der Chirurgen und OrthopÃ¤den im Vergleich zu anderen ÃrzTen vor. Dies sei durch das rechtskrÃ¤ftige Urteil des Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg vom 12. Mai 1999 â L 5 KA 4550/98 â bestÃ¤tigt worden, dem die Kammer folge.

Hiergegen richtet sich die Berufung des KlÃ¤gers vom 17. April 2001 zum Bayerischen Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 3. Juli 2001 nÃ¤her begrÃ¼ndet wurde. Es werde zunÃ¤chst Bezug genommen auf den Vortrag in der ersten Instanz. Das Sozialgericht habe in der mÃ¼ndlichen Verhandlung zu verstehen gegeben, dass es einem Beweisantrag darÃ¼ber, dass konventionelles RÃ¶ntgen nicht kostendeckend sei und es deswegen keinen sachlichen Grund fÃ¼r eine Abstaffelungsregelung gebe, nachgehen werde. In dem angegriffenen Urteil gehe das Gericht rechtsfehlerhaft bei dem Ausdruck "konventionelles RÃ¶ntgen" davon aus, dass es sich um GerÃ¤te frÃ¼herer Generationen handle und dies dem Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsgebot widerspreche. DemgegenÃ¼ber handle es sich bei dem Ausdruck "konventionelles RÃ¶ntgen" um die streitgegenstÃ¤ndlichen Leistungen der Nrn.5010 bis 5034 EBM und damit um die Leistungen, die nicht CT oder MRT seien. Bei dem Ausdruck handle es sich um den

terminus technicus.

Der KlÃ¤ger hat schriftsÃ¤tzlich den Antrag gestellt,

das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 7. Dezember 2000 abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, den Bescheid vom 22. Juli 1999, betreffend die sachlich-rechnerische Berichtigung im Quartal 2/96, aufzuheben und den Widerspruch des KlÃ¤gers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Vertreterin der Beklagten hat beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte der Beklagten, die Klageakte (Az.: S 21 KA 2288/99) und die Berufungsakte (Az.: L 12 KA 56/01) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergÃ¤nzend Bezug genommen wird.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers ist unbegrÃ¼ndet. Das SG hat die Klage vom 10. September 1999 gegen den Bescheid der Beklagten ohne Datum zum Quartal 2/96 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Juli 1999 zu Recht abgewiesen. Die von der Beklagten im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung erfolgte Absetzung von 155.410 Punkten in Anwendung der streitgegenstÃ¤ndlichen Abstaffelungs- und Budgetregelungen ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die sachlich-rechnerische Richtigstellung, die die Beklagte beim KlÃ¤ger im Quartal 2/96 vorgenommen hat, war fÃ¼r den PrimÃ¤rkassenbereich Â§ 45 Abs.1 und 2 Bundesmantelvertrag Ãrzte (BMV-Ã) in der Fassung vom 19. Dezember 1994 und fÃ¼r den Ersatzkassenbereich Â§ 34 Abs.4 Ãrzte-Ersatzkassen-Vertrag (EKV-Ã) in der Fassung vom 7. Juni 1994. In diesen Vorschriften ist Ã¼bereinstimmend geregelt, dass die KÃV die von den VertragsÃ¤rzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebÃ¼hrenordnungsmÃ¤Ãig prÃ¼ft und nÃ¶tigenfalls richtig stellt. Die auf dieser Grundlage vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung bei den kurativ-ambulanten RÃ¶ntgenuntersuchungen des Abschnitts Q I.2.1 (Nrn.5010 bis 5034 EBM) ist rechtmÃ¤Ãig. Die Absetzung ist zunÃ¤chst rechnerisch richtig. Der KlÃ¤ger hat mit seiner angeforderten Gesamtpunktzahl bei den Nrn.5010 bis 5034 BMÃ/E-GO in HÃ¶he von 726.980 Punkten die abstaffelungsfreie Gesamtpunktzahl von 416.160 (= Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl â 180 Punkte â und der Zahl der kurativ-ambulanten FÃ¤lle â hier: 2.312 -) einschlieÃlich der zusÃ¤tzlich berechnungsfÃ¤higen Punkte in HÃ¶he von 50 % von 310.820 Punkten um die abgesetzten 155.510 Punkte Ã¼berschritten. Es war auch nicht zu beanstanden, dass beim KlÃ¤ger die arztgruppenbezogenen Fallpunktzahlen fÃ¼r Chirurgen zur Anwendung kamen, weil der KlÃ¤ger schlieÃlich als Chirurg

zugelassen ist. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf weitere Unterteilung der fÃ¼r ihn maÃgeblichen Arztgruppe oder Zuteilung einer anderen Arztgruppe â nÃ¤mlich der OrthopÃ¤den â aus Art.3 GG. Er hat vor allem keine hinreichenden Gesichtspunkte vorgetragen, die das abstrakt-generelle Abstellen des untergesetzlichen Normgebers â hier: Bewertungsausschuss â auf die Arztgruppe, fÃ¼r die der jeweilige Arzt zugelassen ist, als sachwidrig erscheinen lassen wÃ¼rde.

Die streitige Abstaffelung bei den Nrn.5010 bis 5034 BMÃ/E-GO hat ihre Rechtsgrundlage in Â§ 87 Abs.2 Satz 1 i.V.m. Abs.2 a Satz 1 und Satz 2 SGB V. GemÃ¤Ã Â§ 87 Abs.2 Satz 1 SGB V bestimmt der EBM-Ã den Inhalt der abrechnungsfÃ¤higen Leistungen und ihr wertmÃ¤Ãiges, in Punkten ausgedrÃ¼cktes VerhÃ¤ltnis zueinander. In Abs.2 a Satz 1 und 2 der Vorschrift (eingefÃ¼gt durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. September 1992 â BGBl I S.2266 -) ist dem Bewertungsausschuss darÃ¼ber hinaus gesetzlich aufgegeben worden, die Ã¤rztlichen Leistungen des EBM-Ã zu Leistungskomplexen zusammenzufassen, sofern medizinische Gesichtspunkte nicht entgegenstehen. Der Bewertungsausschuss hat sowohl die Befugnis als auch die Verpflichtung, Ã¼ber die Definition sowie Bewertung der vertragsÃ¤rztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten durch mengen- oder fallzahlbegrenzende MaÃnahmen zu steuern (so schon z.B. BSG, SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.12 S.41 â Abstaffelung von Basislaborleistungen -, BSG, SozR 3-2500 Nr.14 S.49 und Nr.18 S.88 â Teilbudgetierung von Beratungs-, Betreuungs- und Untersuchungsleistungen; BeschlÃ¼sse vom 29. September 1999 â B 6 KA 34/99 B und vom 18. Dezember 2000 â B 6 KA 35/00 B â Abstaffelung von RÃ¶ntgenleistungen in den Quartalen 1/96 bis 2/97 -). Auf diese Weise kann der Bewertungsausschuss durch die Bewertung Ã¤rztlicher Leistungen zu erreichen versuchen, dass die VertragsÃ¤rzte bestimmte Leistungen hÃ¤ufiger oder weniger hÃ¤ufig erbringen. Diese Steuerungsbefugnis ermÃ¶glicht es ihm insbesondere, ergÃ¤nzende Bewertungsformen wie KomplexgebÃ¼hren, GebÃ¼hrenpauschalen und Budgetierungen einzufÃ¼hren, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fÃ¶rdern oder Verteilungseffekte herbeizufÃ¼hren, die das Ziel einer angemessenen VergÃ¼tung der Leistungen verfolgen. Zuletzt hat das BSG in mehreren Urteilen vom 8. MÃ¤rz 2000 (vgl. etwa BSGE 86, 30, 40 ff) zu den ab 1. Juli 1996 geltenden, in Ã¤hnlicher Weise wirkenden Teilbudgets des EBM-Ã im Einzelnen ausfÃ¼hrlich dargelegt, dass der Gesetzgeber schon vor EinfÃ¼hrung des Â§ 87 Abs.2 a Satz 8 SGB V durch das zweite GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 (BGBl I 1520) von der ZulÃ¤ssigkeit entsprechender zur Mengenbegrenzung geschaffener Regelungen ausgegangen ist, weil die ErgÃ¤nzung der Vorschrift ausweislich der Gesetzesmaterialien nur klarstellende Funktion hatte (fÃ¼r die zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des EBM-Ã Ã¼ber die vergleichbar wirkenden fallzahlabhÃ¤ngigen Praxisbudgets vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.23). Der vom KlÃ¤ger "analog Â§ 109 SGG" gestellte Antrag, Beweis darÃ¼ber zu erheben, dass die VergÃ¼tungen von konventionellem RÃ¶ntgen in der Praxis des KlÃ¤gers nicht kostendeckend sind, geht schon deswegen ins Leere, weil nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. hierzu zuletzt eingehend BSG, Urteil vom 16. Mai 2001, B 6 KA 20/00 R S.17 ff) betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte allein nicht geeignet sind, die vermeintlich

zu niedrige EBM-Ã-Bewertung einzelner Leistungen zu Fall zu bringen. Dem Zuschnitt der vertragsÃ¤rztlichen VergÃ¼tung liegt insgesamt eine "Mischkalkulation" zu Grunde. Dies bedeutet, dass es durchaus auch Leistungen geben kann, bei denen selbst fÃ¼r eine kostengÃ¼nstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist. Ebenso wie betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte kÃ¶nnen aber auch die vom KlÃ¤ger vorgetragenen fachmedizinischen Aspekte, selbst wenn sie in Empfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft gekleidet sind, allein nicht die Sachwidrigkeit oder Rechtswidrigkeit einer bestimmten Punkte-Bewertung begrÃ¼nden. Dieses resultiert zum einen schon daraus, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Anspruch auf die von der jeweiligen Facharztgruppe fÃ¼r erforderlich gehaltene medizinische Versorgung haben, sondern ihr Leistungsanspruch gemÃ¤Ã Â§ 2 Abs.1, Â§ 12 Abs.1 Â§ 70 Abs.1 Satz 2 SGB V durch das Wirtschaftlichkeitsgebot auf das MaÃ des Notwendigen begrenzt ist. Zum anderen schlieÃt es aber die Vielfalt der vom Bewertungsausschuss in ErwÃ¤gung zu ziehenden Aspekte und zu berÃ¼cksichtigenden Interessen bei der ihm Ã¼bertragenen Normgebung in der Regel aus, einem von fachmedizinischer Seite vorgetragenen Gesichtspunkt ein solches Gewicht beizumessen, dass schon bei Hintanstellen des Einzelgesichtspunkts im Entscheidungsprozess auf eine allein relevante missbrÃ¤uchliche oder sachwidrige AusÃ¼bung der Bewertungskompetenz geschlossen werden kÃ¶nnte. Den BeweisantrÃ¤gen des KlÃ¤gers war daher nicht Folge zu leisten.

Die streitgegenstÃ¤ndlichen Abstaffelungsregelungen stellen auch keine dem Art.3 des Grundgesetzes widersprechende Ungleichbehandlung der Chirurgen und OrthopÃ¤den im Vergleich zu anderen Ãrzten dar. Die streitigen Nrn.5010 bis 5034 EBM werden weit Ã¼berwiegend von Chirurgen, OrthopÃ¤den und Radiologen abgerechnet. Die Radiologen werden dabei jedoch fast ausschlieÃlich aufgrund von Ãberweisungen tÃ¤tig und haben damit keine MÃ¶glichkeit zur Steuerung ihres Leistungsverhaltens im Rahmen der RÃ¶ntgendiagnostik. Deswegen war es nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten, diese Gruppe von der Abstaffelungsregelung auszunehmen. Andere Fachgruppen rechnen die streitgegenstÃ¤ndlichen RÃ¶ntgenleistungen nur in geringem Umfang ab, so dass kein Bedarf bestand, MaÃnahmen zur Steuerung des Leistungsverhaltens einzufÃ¼hren. Es liegt auch keine sachwidrige Ungleichbehandlung der Chirurgen im VerhÃ¤ltnis zu den OrthopÃ¤den vor. Bei der Festlegung der Fallpunktzahlen ist der Bewertungsausschuss von den abgerechneten RÃ¶ntgenleistungen im Jahr 1991 ausgegangen. Das AnknÃ¼pfen an das empirisch ermittelte Leistungsverhalten frÃ¼herer Quartale ist sachgerecht (BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr.16; Urteil vom 21. Oktober 1998, Az.: B 6 KA 71/97 R). Nach alledem ist die fallzahlenbezogene Abstaffelung im Abschnitt Q I.2.1 EBM-Ã, die nur fÃ¼r die sechs Quartale vom 1. Januar 1996 bis zum 30. Juni 1997 gegolten hat, nicht zu beanstanden (so bereits Urteil des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 12. Mai 1999, Az.: L 5 KA 4550/98; die dagegen zum Bundessozialgericht eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde wurde mit Beschluss des Bundessozialgerichts vom 29. September 1999, Az.: B 6 KA 34/99 B, zurÃ¼ckgewiesen).

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus Â§ 193 Abs.1, 4 Satz 2 SGG und beruht auf der ErwÃ¤gung, dass der KlÃ¤ger in beiden RechtszÃ¼gen in vollem Umfang

unterlegen ist.

GrÃ¼nde, die Revision nach Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 27.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024