

S 12 KA 918/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 918/06

Datum

16.01.2008

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine Veränderung des Leistungsspektrums begründet für sich keine Sonderregelung zu einem Individualbudget.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die drei Quartale III/03, I und II/04 und hierbei insbesondere um die Durchführung einer Individualbudgetierungsmaßnahme nach Leitzahl 702 des Honorarverteilungsmaßstabs der Beklagten.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen.

Die Beklagte setzte in den streitbefangenen Quartalen das Honorar durch Honorarbescheid fest. Hiergegen legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein. Im Einzelnen ergeben sich die Abrechnungswerte und das Datum der Widerspruchseinlegung aus nachfolgender Tabelle:

Quartal III/03 I/04 II/04

Honorarbescheid v. 12.03.2004 05.08.2004 10.10.2004

Nettohonorar gesamt in Euro 53.055,08 54.243,58 58.408,44 Bruttohonorar PK + EK 53.720,17 55.200,44 59.465,85

Fallzahl PK + EK 1.535 1.611 1.585

Individualbudgetierung nach LZ 702 (1)

Unterer PW Punktmenge PK 21.580,0 218.835,8 135.211,5

Unterer PW Punktmenge EK 114.143,0 280.146,2 209.769,5

Oberer Punktwert PK/EK in Cent (nach EHV) 4,51/4,116 4,287/3,703 4,616/4,173

Unterer Punktwert PK/EK in Cent 0 0 0

Widerspruch eingelegt am 10.05.2004 30.09.2004 20.12.2004

Zur Begründung ihrer Widersprüche trug die Klägerin vor, die Beklagte lege die Zahlen aus dem Jahr 2002 zu Grunde. Vom I. bis zum III. Quartal des Jahres 2002 sei sie jedoch auf die wesentlich niedrigeren Fallzahlen aus dem Jahre 1995 zurückgekürzt worden. Statt nun die im Jahre 2002 tatsächlich erbrachten Leistungen als Basis für die Abrechnung zu verwenden, lege die Beklagte die gekürzten Daten zugrunde. Damit werde sie nun wiederum auf das Jahr 1995 zurückgekürzt. Das Jahr 1995 liege neun Jahre zurück. Jahrelang habe sie Kürzungen hinnehmen müssen. Ab dem IV. Quartal 2002 seien drei Quartale gefolgt, denen die Fallzahlen des Jahres 2001 zugrund gelegt worden seien. Ihr Quartal sei dann drei Quartale leistungsgerecht vergütet worden. Kollegen, die im Jahr 2002 bei ähnlicher Praxisgröße und vergleichbaren Umsätzen nicht gekürzt worden seien, erzielten eindeutig ein höheres Honorar als sie. Bezüglich des Quartals I/04 wies sie ferner auf einen Vergleich von Scheinzahl, Gesamtpunkte und Honorar der Quartale I/04 und IV/03 hin. Danach erzielte sie im Quartal IV/03 bei einer Scheinzahl von 1.665 Scheinen und Gesamtpunkten von 1.548.113 Punkten ein Honorar in Höhe von 66.135,30 EUR. Bei einer geringeren Scheinzahl von 37, einer Zunahme der Punktmenge um 76.803 Punkte habe sie im Quartale I/04 demgegenüber 10.526,31 EUR weniger an Honorar erzielt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.07.2006, der Klägerin am 01.08. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte die Beklagte an, der EBM sei rechtmäßig. Der Honorarverteilungsmaßstab genüge auch dem Gleichbehandlungsgebot des [Artikels 3 Abs. 1 GG](#), wenn er sich im Rahmen der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütung bei der Ermittlung des Arzthonorars an die im EBM festgelegten Relationen halte. In den streitbefangenen Quartalen liegen keine Beschwerden durch die Maßnahmen der sogenannten Fallzahlbegrenzung nach Leitzahl 505 HVM und der Honorarbegrenzung nach Leitzahl 506 HVM. Für das Quartal III/05 sei im Rahmen der Maßnahme nach Leitzahl 504 HVM eine Bewertungsanhebung von 4% erfolgt, da die Überweisungen an die radiologischen Praxen sich im Vergleich zum entsprechenden Quartal des Jahres 2001 in einem Umfang von 15% reduziert habe bzw. auf einem entsprechend reduzierten Punktzahlniveau verblieben seien. Diese Maßnahme wirke sich begünstigend aus. Die Maßnahme des sogenannten Individualbudgets sei korrekt gemäß den in Anlage 3 zu LZ 702 (1) HVM enthaltenen Vorgaben durchgeführt worden. Der Honorargruppe 2 zugeordneten Honorarforderungen aus ambulanter und stationärer Tätigkeit stehe bei getrennter Betrachtung für Primär- und Ersatzkassen jeweils maximal das der Praxis für die vergleichbare Honorarforderung in Punkten im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 vergütete Honorarvolumen zur Verfügung. Die Honorarzahlgung im aktuellen Quartal reduziere sich anteilig im Verhältnis zur Reduktion der Honorarforderungen bei Vergleich zwischen aktuellem Abrechnungsquartal und entsprechendem Vergleichsquartal. Als Individualbudget werde grundsätzlich nur der Punktzahlumfang zugrunde gelegt, der sich seinerzeit nach Anwendung der Praxisbudgetierung und der Fallzahlbegrenzung im Rahmen der Honorargruppe 2 ergeben habe. Unter Heranziehung der vergleichbaren Honorarforderungen des entsprechenden Vergleichsquartals aus 2002 sei ein Punktzahlumfang von 478.852,4 Punkten (III/02), 404.899,2 Punkten (I/02) und 456.868,5 Punkten (II/03) bei den Primärkassen bzw. von 566.719,0, 534.703,8 und 545.380,5 Punkten bei den Ersatzkassen als zu vergütendes Honorar zugrunde gelegt worden. Das darüber hinausgehende Punktzahlvolumen von 21.580,0 Punkten, 218.835,8 Punkten und 135.215,5 Punkten bei den Primärkassen bzw. 114.143,0 Punkten, 280.146,2 Punkten und 209.769,5 Punkten bei den Ersatzkassen sei nicht gesondert zur Vergütung gelangt. Eine Aussetzung des sogenannten Individualbudgets sei nicht angezeigt worden, da das zu berücksichtigende Nettohonorar der Klägerin mit 53.720,17 EUR, 55.200,44 EUR und 59.465,85 EUR jeweils oberhalb des Arztgruppenbezogenen Honorardurchschnittes der Fachgruppe von 39.185,63 EUR, 140.208,16 EUR und 40.980,29 EUR liege.

Hiergegen hat die Klägerin am 29.08.2006 die Klage erhoben. Ergänzend zu ihrem Widerspruchsvorbringen trägt sie vor, sie sei seit April 1993 niedergelassen. Die von ihr übernommene Praxis mit 500 Scheinen habe sie bis zum Jahr 1995 auf 1.100 Scheine gesteigert. Im Verlauf ihrer Tätigkeit seien die Fallzahlen stetig angestiegen. Von Oktober 1997 bis September 2000 habe sie eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis mit einer Anästhesistin geführt. Anschließend sei sie wieder in Einzelpraxis, seit dem Quartal III/05 in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis tätig. Im Vergleich zu den Jahren 1993 bis 1995 habe sie die Anzahl der Patienten um mehr als 50% gesteigert. Im Vergleich zu den Vorjahresquartalen habe sie in den streitbefangenen Quartalen eine Weiterbildungsassistentin beschäftigt sowie ihr Leistungsspektrum um Sonographieleistungen erweitert. Sie habe in den streitgegenständlichen Quartalen Honorar einbußen von insgesamt ca. 44.000,00 EUR hinnehmen müssen. Trotz stetig steigender Fallzahlen erhalte sie kein dem abgerechneten Punktzahlvolumen adäquates Honorar, da die Leistungen zum unteren Punktwert nicht vergütet würden. Nicht berücksichtigt werde die Ausweitung des Leistungsspektrums um Sonographieleistungen der Schilddrüse und des Abdomens. Indirekt werde sie auf die Fallzahlen im Jahr 1995 zurückgestutzt. Dies widerspreche dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Im Jahr 1995 habe sie den Durchschnittsumsatz ihrer Fachgruppe noch nicht erreicht gehabt. Neu niedergelassene Ärzte müssten aber die Möglichkeit haben, bis zum Fachgruppenschnitt wachsen zu können. Im Umkehrschluss sei ein Vergleich mit den Zahlen der noch nicht abgeschlossenen Wachstumsphase bei späteren Quartalen auszusetzen. Vielmehr seien hier die Durchschnittswerte der Fachgruppe als Vergleichsmaßstab anzulegen. Die Kostenanteile der Praxisbudgets seien vom Bundessozialgericht als fehlerhaft eingestuft worden. Diese würden nun innerhalb des Individualbudgets fortgesetzt werden.

Die Klägerin beantragt,
die Honorarbescheide für die Quartale II/03, I/04 und II/04, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2006, aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt unter Verweis auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid im Übrigen ergänzend vor, zur Steuerung des Leistungsgeschehens hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Befugnis, sowohl durch Honorarbegrenzungsmaßnahmen eine übermäßige Ausdehnung des Vertragsarztes zu verhüten als auch Leistungsmengenbegrenzungen über die Honorarverteilung in geeigneter Weise an die betroffenen Ärzte weiterzugeben, wobei sie zur Verminderung des Verteilungsrisikos mündig auf ihre Mitverantwortung für eine angemessene Vergütung auch das Ziel der Punktwertstabilisierung zu verfolgen hätten. Diese Aufgaben habe sie in legitimer Weise in ihrem HVM umgesetzt. Aufgrund des Wegfalls der Vorgaben der Praxisbudgetierung habe die Abgeordnetenversammlung beschlossen, Individualbudgets für die bisher in der Praxisbudgetierung einbezogenen Arzt-/Fachgruppen zum 01.07.2003 einzuführen, um bis zur Einführung des neuen EBM 2000 plus, zunächst befristet auf die Quartale III und IV/03, im Grundsatz keine Verwerfungen in den Honorarzahlgungen an die Praxen zuzulassen. Die Individualbudgetvorgabe sei daher äußerst restriktiv gehalten und orientiere sich, bezogen auf die Leistungen der Honorargruppe 2, daran, welche Honorarzahlgungen im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 eine Praxis erhalten habe. Sonderregelungen in Form des Abstellens auf das entsprechende Quartal aus 2001 als Referenzquartal seien nur bei Änderungen der Praxisstruktur und damit der Praxiszusammensetzung bzw. in begründeten Ausnahmefällen wie Krankheit und Urlaub möglich. Außerdem bestehe die Möglichkeit einer Sonderregelung für sog. Junge Praxen. Nicht zu den Ausnahmetatbeständen zählten indes die Änderungen im Leistungsspektrum. Die Klägerin erreiche auch das Durchschnittshonorar der Fachgruppe, weshalb die Individualbudgetierung nicht habe ausgesetzt werden können. Allein auf die Möglichkeit des Erreichens des durchschnittlichen Honorars komme es für eine Sonderregelung an. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Praxisbudgets gehe von der Rechtmäßigkeit der Praxisbudgets für die Vergangenheit aus. Lediglich zukünftig könnten diese als zu niedrig bemessen anzusehen sein.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei Vertretern der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil

es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 S. 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III/03, I und II/04, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2006 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass sie für die streitbefangenen Quartale unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihre Honoraranprüche neu beschieden wird.

Die Beklagte hat durch Beschluss ihrer Abgeordnetenversammlung vom 11.06.2003 ihre Grundsätze der Honorarverteilung neu gefasst, veröffentlicht als Anlage zum Rundschreiben 5/6 der Bekanntmachung vom 25.06.2003 (info.doc Nr. 5/6 Juni 2003) (im Folgenden: HVM).

Nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM gelten abweichend von den Honorierungsvorgaben in den Anlagen 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM betreffend die Honorierung der Honorarforderungen in den Honorargruppen A2 bzw. B2 mit einem rechnerischen Verteilungspunktwert für die nachstehend aufgeführten Honorar(unter)gruppen Sonderregelungen:

1. Honorar(unter)gruppen A 2.1 bis A 2.3.1, B 2.1 bis B 2.5.1, B 2.6, B 2.7.1, B 2.8 und B 2.9 Für die einzelnen Praxen in den Honorar(unter)gruppen A 2.1 bis A 2.3.1, B 2.1 bis B 2.5.1, B 2.6, B 2.7.1, B 2.8 und B 2.9 gelten bei getrennter Anwendung in den einzelnen Honorar(unter)gruppen folgende Bewertungsvorgaben:

1. Für die der Honorargruppe 2 zugeordneten Honorarforderungen aus ambulanter und stationärer Tätigkeit steht bei getrennter Betrachtung für Primär- und Ersatzkassen jeweils maximal das der Praxis für die vergleichbare Honorarforderung in Punkten im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 bei Primärkassen und bei Ersatzkassen vergütete Honorarvolumen zur Verfügung. Die Honorarzählung im aktuellen Quartal reduziert sich anteilig im Verhältnis zur Reduktion der Honorarforderungen bei Vergleich zwischen aktuellem Abrechnungsquartal und entsprechendem Vorjahresquartal.

2. Soweit für eine Praxis eine solche Honorarzählung im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 nicht zur Verfügung steht, ist auf die durchschnittliche Honorarzählung je Arzt der Arzt-/Fachgruppe (in dem betreffenden Quartal des Jahres 2002) abzustellen mit der dazugehörigen durchschnittlichen Honorarforderung in Punkten. Von der genannten Voraussetzung des Nichtvorliegens einer Honorarforderung bzw. Honorarzählung aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2002 ist dann nicht auszugehen, wenn mindestens ein Mitglied der Praxis bereits im entsprechenden Vorjahresquartal niedergelassen gewesen ist. In diesem Fall bestimmt sich die durchschnittliche Honorarzählung des entsprechenden Quartals des Jahres 2002 unter Berücksichtigung der Zahl der neu in eine Praxis eingetretenen bzw. ausgeschiedenen Praxisteilnehmer, für die in der Regel die entsprechende durchschnittliche Honorarforderung bzw. Honorarzählung je Arzt-/Fachgruppe als Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist. Wird eine Einzelpraxis übernommen, kann anstelle der Regelung nach Satz 1 auch die Honorarzählung aus der bisherigen Praxistätigkeit im entsprechenden Vergleichsquartal des Jahres 2002 zugrunde gelegt werden. Ist eine "junge Praxis" nach Maßgabe der LZ 505 von der fallzahlabhängigen Bewertung freigestellt, kann hier maximal ihre Fallzahl im aktuellen Quartal multipliziert mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarforderung bzw. mit der durchschnittlichen fallbezogenen Honorarzählung zuerkannt werden. Ziffer 1 letzter Absatz gilt für alle Fallgestaltungen unter Ziffer 2 entsprechend.

3. In begründeten Ausnahmefällen (Urlaub, Krankheit etc.) kann auf Beschluss des zuständigen Geschäftsausschusses anstelle des entsprechenden Vergleichs quartals aus dem Jahre 2002 als Referenzquartal das entsprechende Quartal des Jahres 2001 zugrunde gelegt werden.

4. Steht im Rahmen der Honorarabrechnung des aktuellen Quartals kein ausreichendes Honorarvolumen für die Bedienung der bisherigen Honorarzählungen nach Ziffer 1 sowie von Honorarforderungen, berechnet nach Ziffer 2, an die teilnehmenden Ärzte bzw. Praxen in den jeweiligen Honorar(unter)gruppen zur Verfügung, so ist eine Quotierung unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrages vorzunehmen.

5. Ergänzende Vorgaben sowie Regelungen zur Durchführung der Honorierungsbestimmungen erlässt der Vorstand.

Die Beklagte hat diese Vorgaben zutreffend angewandt. Soweit die Klägerin vorträgt, die Beklagte lege die Zahlen aus dem Jahr 2002 zu Grunde, entspricht dies den Vorgaben des HVM. Nach Nr. 1.1 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM steht bei getrennter Betrachtung für Primär- und Ersatzkassen jeweils maximal das der Praxis für die vergleichbare Honorarforderung in Punkten im entsprechenden Quartal des Jahres 2002 bei Primärkassen und bei Ersatzkassen vergütete Honorarvolumen zur Verfügung. "Vergütetes" Honorarvolumen bedeutet, dass Budgetierungs- oder Begrenzungsmaßnahmen zu berücksichtigen sind und Vergleichsmaßstab nicht das vor Durchführung der Honorarverteilung abgerechnete Honorarvolumen ist.

Die Regelung selbst ist nicht zu beanstanden.

Das Individualbudget nach dem HVM dient gerade einer Punktwertstabilisierung, indem es Leistungsausweitungen nicht zulässt. Das Bundessozialgericht hat sog Individualbudgets wiederholt für rechtens erklärt, die nach Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes aus vergangenen Zeiträumen bemessen wurden und dessen gesamtes Leistungsvolumen umfassten (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#) = [BSGE 96, 53](#) = [MedR 2006, 603](#) = [NZS 2006, 667](#), juris Rdnr. 23 unter Hinweis auf [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#); BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 6](#) Rdnr. 9, 11; [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rdnr. 53, 56; BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr. 10](#) Rdnr. 21, 25; - vgl. auch die Beispielsaufzählung in BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rdnr. 22). Dem liegt die berechtigte Annahme zu Grunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang ist, auf den der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung für solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#) = [BSGE 92, 10](#) = [GesR 2004, 325](#) = [NZS 2004, 612](#), juris Rdnr. 17). Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den Praxisbudgets von der Rechtmäßigkeit der Praxisbudgets für die Vergangenheit ausgeht. Lediglich für die Zukunft sollte eine Neubemessung

vorzunehmen sein (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.05.2007 - [B 6 KA 16/06 R](#) - juris Rdnr. 13 m.w.N.).

Der von der Rechtsprechung des BSG aufgestellte Schutz beinhaltet lediglich die Möglichkeit, im aktuellen Quartal bis zum Durchschnitt der Fachgruppe wachsen zu können. Umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen - typischerweise insbesondere neu gegründete Praxen - müssen die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertragsarzt muss die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Das gilt für die damit verbundenen Umsatzsteigerungen jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe (vgl. BSG, Urt. v. 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) -, aaO., juris Rdnr. 26). Ein unbegrenztes Wachstum auch in den ersten Jahren einer Zulassung wird damit nicht garantiert. Nach den von der Klägerin in den streitbefangenen Quartalen erzielten Honorarumsätzen ist nicht ersichtlich, dass sie damit unterhalb der Umsätze ihrer Fachgruppe liegen würde. Dies wird auch nicht vorgetragen. Ebenso ist nicht ersichtlich, dass das Honorar unangemessen wäre mit der Folge, dass die Klägerin einen Anspruch auf ein höheres Honorar hätte (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 129 ff.).

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine Sonderregelung auf der Grundlage der Nr. 1.5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Eine entsprechende Sondersituation der Klägerin ist nicht ersichtlich. Eine Veränderung des Leistungsspektrums begründet für sich keine Sonderregelung (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 04.07.2007 - [S 12 KA 615/05](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Dies würde dem Ziel einer Punktwertstabilisierung zuwiderlaufen. Ein ausreichender Schutz des Vertragsarztes wird durch die, wenn auch eingeschränkte Möglichkeit zum Wachstum in den skizzierten Grenzen gewährleistet. Von daher begründet die Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin und die Erweiterung des Leistungsspektrums um Sonographieleistungen keinen Anspruch auf eine Ausnahmeregelung von der Individualbudgetierung.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-24