

L 10 U 3900/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 21 U 1596/09
Datum
06.08.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 3900/12
Datum
27.02.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 06.08.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt von der Beklagten die zahnprothetische Neuversorgung der Zähne 13 bis 28 mit einer implantologisch unterstützten Brücke.

Der am 1964 geborene Kläger erlitt ausweislich einer Unfallanzeige seines Arbeitgebers vom 13.09.2004 am 15.03.2004 vormittags in Ausübung seiner Tätigkeit als LKW-Monteur einen Unfall. Bei einem zuvor durch einen Kollegen auf einen neuen Schlauch montiertes Pressluftventil löste sich demnach beim Anschluss an Druckluft mit 12 Bar die Kupplung und schlug gegen die vordere obere Zahnbrücke des Klägers. Der Zahnersatz wackelte seitdem und der Kläger leide unter Schmerzen bei Kalt-/Warm-Kontakt.

Der damals behandelnde Zahnarzt des Klägers, Dr. H. , berichtete der Beklagten im November 2004 über den Zahnstatus vor dem Unfall. Danach waren die Zähne 13, 23, 25 und 28 jeweils überkront und die Zwischenräume zwischen Zahn 13 bis 28, gestützt auf die überkronten Zähne, mit einer Brücke versorgt. Der Kläger habe ein Kupplungsstück gegen "regio Zahn 13" geschleudert bekommen und bedürfe daher einer Brückenversorgung von Zahn 13 bis 28. Ausweislich der vorgelegten Patientendokumentation des Dr. H. suchte der Kläger am Folgetag, dem 16.03.2004, diesen auf, um - unfallunabhängig - einen Unterkieferbackenzahn behandeln zu lassen. Weder der Unfall vom 15.03.2004 noch damit in Zusammenhang stehende Beschwerden werden erwähnt. Erstmals am 17.06.2004 findet sich ein Eintrag, dass der Kläger an den Zähnen 13 und 23 bei kalt und warm Schmerzen habe. Eine durchgeführte Röntgendiagnostik ergab am Zahn 23 Karies und blieb hinsichtlich Zahn 13 ohne Befund. Unter dem 19.07.2004 findet sich der Eintrag: "Krone 13 scheint locker zu sein ... wahrscheinlich kommt die lockere Krone vom Betriebsunfall vor einem Jahr, als Herr B. mit 16 Bar ein Kupplungsstück gegen Zahn 13 vom Kollegen versehentlich geschossen bekommen hat". Im Juli 2004 erfolgte dann eine Wurzelbehandlung an Zahn 13. Die Beklagte teilte auf Grundlage eines von Dr. H. eingereichten Heil- und Kostenplanes diesem gegenüber mit, die Kosten der prothetischen Behandlung zu übernehmen (Schreiben vom 17.11.2004 bzw. 26.07.2005). In der Folgezeit erfolgte dann die Erstellung der Brücke auf Kosten der Beklagten, die dann im Juni 2005 (Brückenglieder 13 bis 23) bzw. März 2006 (Brücke 24 bis 28) endgültig einzementiert wurde.

Im März 2007 berichtete die Ehefrau des Klägers gegenüber der Beklagten, dieser sei mit der Versorgung nicht zufrieden, er habe Schmerzen. In einem Gespräch mit dem neuen zahnärztlichen Behandler, Dr. K. , vom Juli 2007 teilte dieser der Beklagten mit, die Brücke sei nicht passgerecht angefertigt worden. Eine Ausbesserung sei nicht möglich. Der Kläger benötige eine neue Brücke. Auf Grundlage der von Dr. K. eingereichten Unterlagen konsultierte die Beklagte den beratenden Zahnarzt Dr. R. ... Dieser teilte in seiner Stellungnahme vom November 2007 mit, die diagnostische Auswertung der Panoramaschichtaufnahmen (OPG) zeige, dass der Randschluss der Kronen gut sei und die eingegliederte Brücke keine Mängel aufweise. Die unfallbedingt durchgeführte endodontische Behandlung des Zahnes 13 sei ohne Befund. Ob die gnathologischen Belange bei der elfgliedrigen und somit sehr großen Brücke ausreichend berücksichtigt worden seien, könne anhand der Röntgenaufnahmen nicht beurteilt werden. Sofern insoweit Probleme bei der Kaufunktion auftreten sollten, empfehle er Einschleifmaßnahmen und die Eingliederung eines Aufbissbehelfs. Aufgrund dessen empfehle er, den behandelnden Zahnarzt zu ersuchen, vorläufig von einer Neuversorgung im Oberkiefer abzusehen. Bezüglich der weiteren Einzelheiten wird auf Blatt 34 bis 35 der Verwaltungsakte verwiesen. Ein von Dr. K. im Mai 2008 erstellter implantologischer Behandlungsplan sieht für die Neuherstellung der

Brücke voraussichtliche Kosten in Höhe von 8.691,73 EUR vor. Die Brückenspanne 13 bis 25 (Zahn 23 sei nicht erhaltungswürdig) könne ohne implantologische Unterstützung nicht feststehend versorgt werden. Deshalb sei tunlichst für ein gutes Langzeitergebnis eine Neuanfertigung zum Erhalt der Restzähne indiziert. Es bestehe dringender Handlungsbedarf. In einer weiteren beratungsärztlichen Stellungnahme hielt Dr. R. an seiner bisherigen Einschätzung fest. Unter dem 04.09.2008 lehnte die Beklagte daraufhin die Kostenübernahme für die geplante prothetische Versorgung ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 05.02.2009, am Folgetag zur Post aufgegeben, zurück.

Der Kläger hat hiergegen am 09.03.2009 das Sozialgericht Stuttgart angerufen. Das Sozialgericht hat die behandelnden Zahnärzte des Klägers schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Dr. K. hat mitgeteilt, im Rahmen der Behandlung habe er festgestellt, dass die Oberkieferbrücke wackeln würde und der Zahn 23 als Brückenanker wegen Parodontose nicht erhaltungswürdig sei. Dr. H. hat ausgeführt, er habe bei dem Kläger, welchen er seit 1986 bereits behandle, als Unfallfolgen die Lockerung der Zähne 13 und 23 festgestellt, weshalb eine Wurzelbehandlung des Zahnes 13 erforderlich gewesen sei. Ausweislich einer vom Klägerevertreter vorgelegten Sitzungsniederschrift des Landgerichts Stuttgart (Az.: [20 O 277/09](#)) vom September 2010 haben der Kläger sowie die Dres. H. sich im dortigen Verfahren wegen Schadensersatz aufgrund der behaupteten schlechten Brückenversorgung im Oberkiefer vergleichsweise dahingehend geeinigt, dass die Dres. H. gesamtschuldnerisch an den Kläger einmalig 1.250 EUR zur Abgeltung sämtlicher materiellen und immateriellen Ansprüche des Klägers zahlen.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hat der Zahnarzt Dr. R. ein Gutachten erstattet. Dr. R. hat in seinem Gutachten vom Mai 2012, beruhend auf einer ambulanten Untersuchung des Klägers bei diesem eine marginale Gingivitis insbesondere regio 23 bis 24 diagnostiziert sowie eine beginnende Parodontitis an Zahn 23. Es handele sich hierbei um eine reversible entzündliche Erkrankung des Zahnfleisches. Die Brücke weise regio 22 und 25 Defekte im Bereich der Verblendkeramik auf, die jedoch lediglich ästhetisch einschränkend seien. Weiterhin bestehe zwischen Zahn 23 und 24 ein Spalt, dessen Ursache sechs Jahre nach Eingliederung der Brücke nicht mehr evaluiert werden könne. Es sei fraglich, ob dieser Spalt Einfluss auf die vom Kläger geschilderten Beschwerden habe. Die Erneuerung der streitgegenständlichen Brücke sei nach seiner Einschätzung nicht indiziert und nur fraglich sinnvoll. Mit Urteil vom 06.08.2012 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf die begehrte zahnprothetische Neuversorgung mit einer elfteiligen Brücke für die Zähne 13 bis 28. Es fehle an der Notwendigkeit einer Brückenversorgung. Im Übrigen hätten unfallunabhängige parodontale Erkrankungen der Zähne 23 und 24 vorgelegen.

Gegen das ihm am 14.08.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 13.09.2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er vorgetragen, der Zahnersatz habe nie richtig gesessen und ihm von Anfang an Probleme bereitet, welche seit Mitte 2007 zunehmend schlimmer geworden seien. Nach vom Kläger eingeholter und referierter mündlicher Auskunft des Dr. G., Universitätsklinik Ulm, sei die Brücke an sich gut gemacht, aber falsch angelegt. Für eine nur auf drei Zähne gestützte Brücke sei sie zu lang; richtig wäre es gewesen, eine zweiteilige Brücke zu fertigen, die eine wesentliche bessere Statik habe und mit der die vom Kläger geschilderten Beschwerden vermieden worden wären. Die elfgliedrige Brücke stelle sich daher als nicht der zahnärztlichen Kunst entsprechend dar. Vielmehr wäre von Anfang an eine implantologische Unterstützung oder eine geteilte Brücke geboten gewesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 06.08.2012 und den Bescheid vom 04.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.02.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der zahnprothetischen Neuversorgung mit einer implantologisch unterstützten Brücke, hilfsweise mit einer zweiteiligen Brücke für die Zähne 13 bis 28 zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf den Inhalt der Akte und das erstinstanzliche Urteil.

Auf Antrag und Kostenrisiko des Klägers hin hat der Senat eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Dr. R. eingeholt. Dieser hat ausgeführt, es gebe keine Beschränkungen bezüglich der Weitspannigkeit von Brücken. Zahlreiche Studien in der englischsprachigen Literatur würden mit guter Evidenz zeigen, dass weitspannige Brücken vergleichbare Überlebensraten wie kleinere Brücken aufwiesen. Im Übrigen handele es sich nicht um eine elfgliedrige Brücke auf drei Pfeilern sondern um eine zehngliedrige Brücke auf vier Pfeilern, welche zwischen 23 und 24 durch ein Geschiebe geteilt sei, wie es Dr. G. empfohlen habe. Ein Zusammenhang zwischen der Brückenstatik und dem diffusen Beschwerdebild des Klägers sei nicht erkennbar. Bezüglich der weiteren Einzelheiten der ergänzenden Stellungnahme wird auf Bl. 29 bis 30 der Senatsakte verwiesen.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

II.

Der Senat entscheidet über die nach den [§§ 143, 144](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Dem Kläger steht kein Anspruch auf eine zahnprothetische Neuversorgung der Zähne 13 bis 28 mit einer implantologisch unterstützten Brücke, hilfsweise mit einer zweiteiligen Brücke zu.

Gemäß [§ 1 Nr. 2](#) des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) ist es Aufgabe der Unfallversicherung, nach Maßgabe der weiteren Vorschriften des SGB VII nach Eintritt von Arbeitsunfällen die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wieder herzustellen. Die konkrete Ausgestaltung des Anspruchs des Versicherten auf Heilbehandlung richtet sich nach den

Vorschriften der §§ 26 ff. SGB VII (vgl. § 26 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). Gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII hat der Unfallversicherungsträger u.a. mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Nach § 26 Abs. 5 Satz 1 SGB VII bestimmen die Unfallversicherungsträger im Einzelfall die Art, den Umfang und die Durchführung der Heilbehandlungen nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Heilbehandlung umfasst dabei insbesondere auch die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz (§ 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII). Dabei umfasst die zahnärztliche Behandlung diejenige Tätigkeit der Zahnärzte, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist (§ 28 Abs. 3 SGB VII).

Der Kläger kann im Hinblick auf das der Beklagten eingeräumte Ermessen bei der Bestimmung von Art und Umfang der Heilbehandlung demnach mit seinem Begehren nur dann durchdringen, wenn er ein Anspruch auf Durchführung gerade der von ihm begehrten zahnärztlichen Behandlung hat. Dies verneint der Senat - unbeschadet der Frage, ob die ursprünglichen Gesundheitsschäden und die daraufhin von Dr. H. vorgenommene prothetische Neuversorgung sich überhaupt auf einen Arbeitsunfall i.S. des § 8 SGB VII zurückführen lassen. Grundsätzlich muss die Beklagte das ihr eingeräumte Ermessen entsprechend dem Zweck der Ermächtigung ausüben und die gesetzlichen Grenzen des Ermessens einhalten (§ 39 Abs. 1 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch [SGB I], § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG). Umgekehrt hat der Versicherte einen Anspruch auf pflichtgemäße Ausübung des Ermessens (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB I). Im Rahmen der gerichtlichen Kontrolle kann aber die Verwaltungsentscheidung - wie sich aus § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG ergibt - nur im Rahmen einer Rechtskontrolle auf sog. Ermessensfehler hin überprüft werden. Nur ausnahmsweise ist die Beklagte zu einer bestimmten Entscheidung verpflichtet, nämlich dann, wenn jede andere Entscheidung fehlerhaft wäre (sog. Ermessensreduzierung auf Null).

Entsprechend dieser Grundsätze stellt sich vorliegend nicht die Frage, ob die Beklagte die Bewilligung der begehrten zahnmedizinischen Heilbehandlung zu Recht, insbesondere mit zutreffenden Ermessenserwägungen, abgelehnt hat. Denn eine fehlerhafte Ermessensausübung führt nur zur Pflicht des Unfallversicherungsträgers, über den Antrag erneut zu entscheiden (vgl. § 131 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 3 SGG), nicht aber zu einer Ermessensreduzierung auf Null mit der Pflicht zum Erlass des begehrten Verwaltungsaktes (vgl. § 131 Abs. 2 Satz 1 SGG). Der geltend gemachte Anspruch auf zahnprothetische Neuversorgung setzt also - sowohl hinsichtlich des Haupt- als auch des Hilfsantrages - voraus, dass die Beklagte zwingend eine solche zahnmedizinische Heilmaßnahme hätte bewilligen müssen und jede andere Entscheidung rechtswidrig gewesen wäre.

Eine solche Ermessensreduzierung auf Null verneint der Senat. Unabhängig davon, ob angesichts der durch den Zahnarzt Dr. H. erfolgten prothetischen Versorgung der Zähne 13 bis 28 der durch den Unfall (möglicherweise) verursachte Gesundheitsschaden nicht bereits beseitigt ist und damit schon aus diesem Grund die Tatbestandsvoraussetzungen für einen Anspruch auf Heilbehandlung nicht gegeben sind, sind angesichts der Bekundungen des Dr. R. im Gutachten vom Mai 2012 sowie in seiner ergänzenden Stellungnahme vom Juni 2013 jedenfalls keine Gesichtspunkte für eine Ermessensreduzierung auf Null ersichtlich. Dr. R. hat in seinem Gutachten die Kritikpunkte des Dr. K. nachvollziehbar zurückgewiesen. Die Brücke hat bei der ambulanten Untersuchung durch Dr. R. nicht gewackelt ("Lockerungsgrad Null"). Die Aussage des Dr. K., der Zahn 23 sei wegen des Parodontosebefundes nicht erhaltungswürdig, kann gleichfalls nicht nachvollzogen werden. Denn der Zahn 23 hat im Rahmen der Begutachtung ebenfalls einen Lockerungsgrad von Null aufgewiesen. Es hat sich lediglich eine marginale Gingivitis bzw. eine beginnende marginale Parodontitis gefunden, welche sich jedoch nicht limitierend auf die Erhaltungsfähigkeit des Zahnes auswirkt und daher die Extraktion nicht rechtfertigen kann. Die Brücke ist auch im Übrigen funktionsfähig und röntgenologisch ohne pathologischen Befund bei suffizientem Randschluss der Kronen und endodontisch nach den Regeln der Kunst behandelten Zahn 13. Die Pfeiler 23, 25 und 28 der Brücke haben sich bei der Untersuchung als vital erwiesen. Auch unter funktionellen Gesichtspunkten (Okklusion und Artikulation) hat der Sachverständige keine Auffälligkeiten feststellen können. Die Einschätzung des Sachverständigen deckt sich im Übrigen weitestgehend mit der Beurteilung durch den beratenden Zahnarzt Dr. R. ... Auch dieser kam im Zuge der diagnostischen Auswertung der OPGe zum Ergebnis, dass der Randschluss der Kronen gut sei und die eingegliederte Brücke keine Mängel aufweise. Auch bestätigte Dr. R., dass Zahn 13 ohne Befund ist. Soweit Dr. R. die Frage der ausreichenden Berücksichtigung von gnathologischen Belangen angesichts der nur eingeschränkten Beurteilbarkeit anhand von Röntgenaufnahmen offen lassen musste, hat Dr. Rücker, wie ausgeführt, diese Frage bejahen können. Das Vorliegen der von Dr. R. als unfallunabhängig eingeschätzten fortgeschrittenen parodontalen Erkrankung in regio 23 hat der Sachverständige im Rahmen seiner ambulanten Untersuchung dagegen nicht bestätigen können. Er hat, wie ausgeführt, lediglich eine marginale Gingivitis bzw. eine beginnende marginale Parodontitis festgestellt. Zwar hat Dr. R. in seinem Gutachten vom Mai 2012 noch ausgeführt, die von Dr. K. angezweifelte Erhaltungsfähigkeit der Pfeilerzähne ließe sich möglicherweise erst nach Abnahme der Brücke abschließend beurteilen. Dr. R. hat dann in seiner ergänzenden Stellungnahme diesbezüglich präzisiert, dass an den Brückenpfeilern sämtliche klinischen Befunde bis auf die marginale Gingivitis unauffällig gewesen seien, weshalb - für den Senat schlüssig und nachvollziehbar - auf eine (nur irreparabel mögliche) Abnahme der Brücke zum Zwecke der exakten Erhebung des Ausmaßes der Zahnlockerung verzichtet werden kann.

Im Übrigen geht wohl auch der Kläger selbst nicht mehr davon aus, dass die Brücke als solche mangelhaft ist. Denn er hat im Rahmen der Berufungsbegründung die Aussage des Zahnarztes G., Universitätsklinikum Ulm, (auf der dortigen Homepage als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Zahnärztliche Prothetik aufgeführt) referiert, wonach die Brücke "an sich" gut gemacht sei. Der Zahnarzt G. habe lediglich bemängelt, dass sie als eine auf nur drei Zähne gestützte Brücke zu lange ausgefallen sei; es wäre richtig gewesen, hier eine zweiteilige Brücke zu fertigen, welche eine wesentlich bessere Statik besitze. Auch diesen Einwand hat Dr. R. in seiner ergänzenden Stellungnahme überzeugend entkräftet. Danach belegen zahlreiche evidenzbasierte Studien, insbesondere aus dem skandinavischen Raum, dass weitspannige Brücken vergleichbare Überlebensraten wie kleinere Brücken aufweisen. Umgekehrt wird aufgrund der unterschiedlichen Biomechanik von natürlichen Zähnen und Implantaten das Komplikationsrisiko einer sog. Verbundbrücke (Brücke auf Zähnen und Implantaten) sogar höher eingeschätzt, als bei einer rein zahnetragenen weitspannigen Brücke. Dies spiegelt sich auch in den allgemein anerkannten Basisindikationen für Implantationen wieder. Hierzu gehören ein zahnloser Kiefer, eine einseitige Freisituation und eine Einzelzahnlücke mit kariesfreien Nachbarzähnen, nicht aber die sog. Pfeilervermehrung mit Implantaten. Im Übrigen handelt es sich nicht um eine elfgliedrige Brücke auf drei Pfeilern, sondern um eine zehngliedrige Brücke auf vier Pfeilern. Dabei ist die Brücke zwischen Zahn 23 und 24 durch ein Geschiebe geteilt, womit der vom Kläger berichteten Forderung des Zahnarztes G. nach einer zweiteiligen Brücke Rechnung getragen ist. Dem Sachverständigen folgend geht auch der Senat somit davon aus, dass die Ausführung der streitgegenständlichen Brücke den Regeln der zahnärztlichen Kunst entspricht. Demgemäß ist die Indikation für eine Neuversorgung und folglich auch eine Ermessensreduzierung zu verneinen.

Eine Ermessensreduzierung auf Null kommt aber auch nicht im Hinblick auf die von Dr. R. bestätigten ästhetischen Defekte im Bereich der

Verblendkeramik regio 22 und 25 sowie den zwischen 23 und 24 bestehenden Spalt in Betracht. Zum einen können diese Defekte nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall zurückgeführt werden. Denn, wie Dr. R. überzeugend ausgeführt hat, ist die Ursache für die Fraktur der Keramik nicht bekannt. Ätiologisch werden die Keramikfrakturen häufig durch eine mechanische Überlastung z. B. in Gestalt eines harten Aufbisstraumas verursacht. Für den Spalt wiederum kommen sowohl parodontale Gründe wie die Wanderung von Zähnen als auch statische Aspekte wie die Belastung der Zähne durch Knirschen, Bruxismus neben zahntechnischen Ursachen (Materialeigenschaften, Spannung) in Betracht. Selbst wenn man eine Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls für diese Defekte bejahen wollte, kann hieraus keine Ermessensreduzierung dahingehend, dass zwingend eine Neuanfertigung des Zahnersatzes geboten wäre, abgeleitet werden. Denn für die intraorale Reparatur von Keramikfrakturen stehen spezielle Reparatur-Komposites zur Verfügung, mit denen häufig die Neuanfertigung einer umfangreichen Brücke vermieden werden kann (vgl. Dr. Rücker). In wie weit wiederum der vorhandene Spalt einen Einfluss auf die vom Kläger geschilderten Beschwerden hat, hat der Sachverständige nachvollziehbar in Zweifel gezogen. Vor diesem Hintergrund dürfte der Spalt schon keinen behandlungsbedürftigen Gesundheitsschaden darstellen. Jedenfalls sind Anhaltspunkte für eine Ermessensreduzierung dahingehend, dass nur die prothetische Neuversorgung in Betracht käme, nicht ersichtlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-02-28