

B 3 KR 3/03 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Schwerin (MVP)
Aktenzeichen
S 4 KR 12/01
Datum
14.02.2002
2. Instanz
LSG Mecklenburg-Vorpommern
Aktenzeichen
L 4 KR 9/02
Datum
25.09.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 3/03 R
Datum
04.03.2004
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Wird bei der Operation eines erkrankten Organs in einem Krankenhaus für deren Vergütung eine Fallpauschale vorgesehen ist in demselben Termin eine weitere krankhafte Störung operativ behoben so ist die Abrechnung eines zusätzlichen Sonderentgelts nur dann gerechtfertigt wenn ein zweites Operationsgebiet betroffen ist und ein gesonderter Operationszugang eröffnet wird die Erweiterung eines vorhandenen Bauchschnitts reicht nicht aus selbst wenn der operative Aufwand vergleichbar ist (hier: Nabelbruchoperation neben einer Gallenblasenentfernung).
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern vom 25. September 2002 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten der Beklagten im Revisionsverfahren.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob dem Kläger für eine Krankenhausbehandlung zusätzlich zu einer Fallpauschale noch ein Sonderentgelt zusteht.

Der 1927 geborene und bei der beklagten Krankenkasse versicherte L. R. befand sich vom 3. - 11. April 2000 in vollstationärer Behandlung in der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses W. , welches von dem klagenden Landkreis betrieben wird. Am 4. April 2000 wurden bei ihm eine endoskopische Cholezystektomie (minimal-invasive Entfernung der Gallenblase, OPS-301 5-511.11) und eine Herniotomie (konventionelle operative Versorgung eines Nabelbruchs, OPS-301 5-534.0) durchgeführt. In der an die Beklagte gerichteten Entlassungsanzeige vom 12. April 2000 stellte das Kreiskrankenhaus W. folgende Entlassungsdiagnose: "K80.1 Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis".

Mit Rechnung vom 4. Mai 2000 forderte der Kläger - er ist Mitglied der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern - für die stationäre Behandlung des Versicherten L. R. von der Beklagten einen Gesamtbetrag von 5.883,31 DM, der sich wie folgt zusammensetzt:

Investitionszuschlag 88,00 DM

Fallpauschale Nr 12.04 4.645,39 DM

Zuschlag zur Fallpauschale 8,50 DM

Sonderentgelt Nr 12.20 1.132,92 DM

Zuschlag zum Sonderentgelt 8,50 DM

Die Beklagte brachte von der geltend gemachten Rechnungssumme die Beträge für das Sonderentgelt und den entsprechenden Zuschlag in Abzug und entrichtete an den Kläger 4.741,89 DM. Zur Begründung stützte sie sich auf eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern (MDK) vom 9. Juni 2000, wonach das Sonderentgelt neben der Fallpauschale nicht abrechenbar sei, weil es sich ausweislich des Operationsberichts nur um ein Operationsgebiet mit einem gemeinsamen Zugang gehandelt habe.

Der Kläger hat Klage erhoben und weitere 1.141,42 DM (583,60 ₰) von der Beklagten verlangt. Neben der Fallpauschale sei auch ein Sonderentgelt abrechenbar. Es habe sich um zwei unterschiedliche Operationsgebiete gehandelt; zudem habe die sich an die Gallenblasenentfernung anschließende Therapie des Nabelbruchs weiteren Leistungsaufwand erfordert, der nicht mit der Fallpauschale abgegolten sei.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen, das Landessozialgericht (LSG) die hiergegen gerichtete Berufung zurückgewiesen. Zu Recht habe die Beklagte allein die Gallenblasenentfernung über die Fallpauschale Nr 12.04 abgerechnet und den hierfür vorgesehenen Betrag an den Kläger überwiesen. Die Geltendmachung weiterer Kosten, insbesondere eines Sonderentgelts nach Nr 12.20, sei nicht begründet. Zwar habe der Verschluss des Nabelbruchs ein anderes Operationsfeld betroffen als die vorherige Gallenblasenentfernung; aus dem Operationsbericht sei jedoch eindeutig erkennbar, dass hierfür kein weiterer Bauchhöhlenzugang geschaffen, sondern der erste Schnitt lediglich etwas erweitert worden sei. Im Verhältnis zur laparoskopischen Entfernung der Gallenblase habe die Therapie des Nabelbruchs auch keinen besonderen Mehraufwand erfordert (Gerichtsbescheid des SG vom 14. Februar 2002, Urteil des LSG vom 25. September 2002).

Der Kläger hat die vom Senat zugelassene Revision eingelegt und rügt eine Verletzung von § 14 Abs 6 Satz 1 Nr 1 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung - BpflV) iVm Nr 3 des Bundesweiten Sonderentgelt-Katalogs für Krankenhäuser (Sonderentgelt-Katalog). Der Verschluss des Nabelbruchs habe ein anderes Operationsfeld betroffen als die über die Fallpauschale abgerechnete Gallenblasenentfernung. Nicht zwingend vorgeschrieben sei hingegen, dass der Eingriff auch über einen völlig neu anzulegenden Operationszugang zu erfolgen habe; es müsse vielmehr ausreichen, wenn der vorhandene Operationsschnitt zur Behandlung in dem anderen Operationsgebiet erweitert werde. Da die Leistung "Operation des Nabelbruchs" nicht von der Fallpauschale erfasst sei, müsse die Beklagte zusätzlich ein Sonderentgelt nach Nr 12.20 entrichten.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern vom 25. September 2002 und des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Schwerin vom 14. Februar 2002 zur Zahlung weiterer 583,60 ₰ zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Das vom Kläger zusätzlich geltend gemachte Sonderentgelt könne nur dann in Betracht kommen, wenn ein Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten Operationszugang vorgenommen worden wäre. Nach den tatsächlichen Feststellungen der Instanzgerichte sei dies hier indes nicht der Fall; die Erweiterung eines bereits bestehenden Operationszugangs stelle keinen "gesonderten" Zugang dar. Dies folge schon aus der allgemeinen Sprachlogik, entspreche aber auch der Intention des Ordnungsgebers, der mit den Abrechnungsbestimmungen im Krankenhauswesen restriktive Vorgaben geschaffen habe, die keinen Spielraum für weitere Bewertungen oder Abwägungen zuließen.

II

Die Revision ist unbegründet. Das LSG hat die Berufung des Klägers zutreffend zurückgewiesen, das SG seine Klage zu Recht abgewiesen. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, weitere 583,60 ₰ für den Krankenhausaufenthalt des Versicherten L. R. an den Kläger zu zahlen.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, denn es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem ein Verwaltungsakt der Beklagten gegen die Klägerin nicht ergehen musste (und durfte) und auch nicht ergangen ist. Dementsprechend war kein Vorverfahren durchzuführen und auch keine Frist - wie bei einer Anfechtungs- oder Verpflichtungsklage - einzuhalten (stRspr des Senats, vgl [BSGE 90, 1 f](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#), [BSGE 86, 166](#), 167 f = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#)).

Die Beklagte ist nicht verpflichtet, an den Kläger weitere 583,60 ₰ für den Krankenhausaufenthalt des Versicherten L. R. zu zahlen.

1. Grundlage des Vergütungsanspruchs sind die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der BpflV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen (vgl hierzu Urteile des Senats vom 21. Februar 2002 sowie vom 13. Dezember und 26. April 2001 - BSG [SozR 3-5565 § 15 Nr 1](#) sowie § 14 Nr 1 und 2). Nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG in der hier maßgeblichen Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 ([BGBl I S 1520](#)) erlässt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze, die grundsätzlich die Vergütung nach der Anzahl der Behandlungstage bemessen und für alle Benutzer einheitlich zu berechnen sind (§ 17 Abs 1 Satz 1, Abs 2 KHG). Nach § 17 Abs 2a KHG i d F des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I S 2626](#)) sind für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen (Satz 1), die bis zum 31. Dezember 1997 in einer Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG bestimmt wurden (Satz 2). Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung vereinbaren (Satz 3). Die Entgeltkataloge sind für diejenigen Krankenhausträger unmittelbar verbindlich, die - wie hier - Mitglieder einer Landeskrankhausgesellschaft sind; andernfalls müssten die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zu Grunde gelegt werden (Satz 6). Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten seit 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart (Satz 7). Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die in Satz 3 genannten Träger der Selbstverwaltung ist möglich (Satz 9). Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet (Satz 10).

Die auf Grund der gesetzlichen Ermächtigung des § 16 Satz 1 KHG erlassene BpflV vom 26. September 1994 ([BGBl I S 2750](#)) hat diese gesetzlichen Vorgaben unter teilweiser Wiederholung präzisiert. Ein Sonderentgelt, um das es hier allein geht, stellt nach § 10 Abs 1 iVm § 11 Abs 2 BpflV neben den Fallpauschalen (§ 11 Abs 1 BpflV), dem Gesamtbetrag (Budget, § 12 BpflV) und den tagesgleichen Pflegesätzen (§ 13 BpflV) ein Element der Vergütung allgemeiner Krankenhausleistungen iS des § 2 Abs 2 BpflV dar. Zur Konkretisierung der Fallpauschalen und Sonderentgelte legte die Bundesregierung als Ordnungsgeber zum 1. Januar 1995 gemäß den Anlagen zu § 11 BpflV Entgeltkataloge und differenzierte Punktzahlen fest, die bis zum 31. Dezember 1997 zwingenden Rechtsnormcharakter hatten (vgl Dietz/Bofinger,

Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Stand: Dezember 2000, § 15 BpflV Anm 2.1). Seit dem 1. Januar 1998 gelten die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 Abs 2a Satz 7 KHG als zwischen den Trägern der Selbstverwaltung (§ 17 Abs 2a Satz 3 und 6 KHG) vertraglich vereinbart. Die Entgelt-Kataloge sind seit diesem Zeitpunkt nicht mehr rechtlicher Bestandteil der BpflV; Gleiches gilt für die - nunmehr den Entgelt-Katalogen vorangestellten - Abrechnungsbestimmungen. Nach § 15 Abs 1 Nr 1 BpflV ist es den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene überlassen, mit Wirkung für die Vertragsparteien in dem jeweiligen Bundesland die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 Abs 2a KHG und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen zu vereinbaren. Beide Komplexe sind demnach der Selbstverwaltung auf Bundesebene zur eigenverantwortlichen Weiterentwicklung übertragen worden (vgl Tuschen, Krankenhaus Umschau 1997, 877, 878 sowie Tuschen/Quaas, BpflV, 5. Aufl 2001, S 337).

Nach Satz 1 des § 14 Abs 1 BpflV in der hier maßgeblichen Fassung des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I S 2626](#)) sind die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen für alle Benutzer einheitlich zu berechnen. Fallpauschalen und Sonderentgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrages berechnet werden (Satz 2). Die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ist vorbehaltlich der Ausnahmen in § 14 Abs 6 Satz 1 Nr 1 und 2 BpflV ausgeschlossen, soweit die Berechnung einer Fallpauschale möglich ist (Satz 3). Gemäß § 14 Abs 6 Satz 1 Nr 1 BpflV darf ein Sonderentgelt zusätzlich zu einer Fallpauschale bei der Behandlung von Blutern und in solchen Fällen berechnet werden, in denen dies in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs 1 Nr 1 und § 16 Abs 2 BpflV zugelassen ist. Die Regelung Nr 3 des nach § 15 Abs 1 Nr 1 BpflV erlassenen Sonderentgelt-Katalogs hat folgenden Wortlaut:

"Zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu einem Sonderentgelt für Operationen (Kap. I) darf ein weiteres Sonderentgelt nur berechnet werden bei

einer Operation an einem anderen Operationstermin, einer Operation an demselben Operationstermin, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten Operationszugang vorgenommen wird, einer Rezidiv-Operation während desselben Krankenhausaufenthalts, Leistungen, bei denen dies aus der Leistungsdefinition hervorgeht." 2. Zutreffend haben die Vorinstanzen festgestellt, dass die beim Versicherten L. R. vorgenommene Gallenblasenentfernung über die Fallpauschale 12.04 abzurechnen war. Dies ergibt sich aus Nr 1 und Nr 2 der Abrechnungsbestimmungen zum Fallpauschalen-Katalog, wonach eine Fallpauschale abzurechnen ist, wenn die im Entgeltkatalog genannte Behandlung die Hauptleistung des Krankenhauses war - also die Leistung, die den größten Behandlungsaufwand verursacht hat (vgl Urteil des 8. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) vom 24. September 2003 - B 8 KN 2/02 R -, zur Veröffentlichung vorgesehen). In der Entlassungsanzeige wurde als Diagnose lediglich die Gallenblasenentfernung bei Gallenblasenentzündung aufgeführt, die Behebung des Nabelbruchs findet hingegen gar keine Erwähnung. Auch aus einem Vergleich der für beide Operationen grundsätzlich vorgesehenen Punktwerte (Gallenblasenoperation 4.670 Gesamtpunkte (FP 12.04), Nabelbruchoperation 3.530 Gesamtpunkte (FP 12.07)) ergibt sich, dass die Gallenblasenoperation eindeutig im Vordergrund gestanden hat und damit die Hauptleistung war, die mit der Fallpauschale abzurechnen ist. Mit dieser Fallpauschale wurden die Leistungen des Krankenhauses für den gesamten Behandlungsfall vergütet (§ 17 Abs 2a Satz 10 KHG). Darüber hinaus ist die Berechnung eines Sonderentgelts nicht zulässig, weil kein Ausnahmefall nach Nr 3 - hier: 2. Spiegelstrich - des Sonderentgelt-Katalogs vorliegt (§ 14 Abs 1 Satz 3 iVm Abs 6 Satz 1 Nr 1 BpflV).

a) Entgegen der Annahme des LSG ist es bereits zweifelhaft, ob der Verschluss des Nabelbruchs ein anderes Operationsgebiet als die Gallenblasenentfernung betroffen hat. Nach der früheren und bis zum 31. Dezember 1997 gültigen Fassung des § 14 Abs 6 BpflV wurde noch nicht zwischen einem "anderen Operationsgebiet" und einem "gesonderten Operationszugang" unterschieden. Nach Nr 1a dieser Vorschrift durfte damals ein Sonderentgelt nur berechnet werden bei einer Operation in einem anderen Operationsgebiet bei demselben oder einem weiteren Operationstermin. Dabei ergaben sich Schwierigkeiten mit der Definition des "anderen Operationsgebiets". In der Fachliteratur wurde als brauchbares Kriterium für den Begriff "anderes Operationsgebiet" die Schaffung eines neuen operativen Zugangs angesehen und zudem darauf hingewiesen, dass ein zusätzlicher "Scherenschlag" in demselben, bereits weitgehend freigelegten Operationsgebiet die Abrechnung eines Sonderentgelts nicht rechtfertigt; hierin liege der grundsätzliche Unterschied zu einer Einzelleistungsabrechnung, zB nach der GOÄ (vgl Tuschen/Quaas, BpflV, 3. Aufl 1996, S 346). Dies legt die Vermutung nahe, dass es sich auch im vorliegenden Fall nur um ein und nicht um zwei - benachbarte - Operationsgebiete gehandelt hat. Denn nach dem Operationsbericht wurde lediglich der Hautschnitt links bogenförmig um den Nabel herum cranial (kopfwärts) erweitert, um das ganze Ausmaß des Nabelbruchs darzustellen und die Bauchdeckenlücke sodann mit einer fortlaufenden Vicrylnaht zu verschließen. Eine Entscheidung dieser Frage kann jedoch letztlich offen bleiben. Mit der heutigen Regelung in Nr 3 des Sonderentgelt-Katalogs sind die früheren Abrechnungsbestimmungen des § 14 Abs 6 Nr 1a BpflV aufgenommen und in dem 2. Spiegelstrich dahingehend konkretisiert worden, dass nunmehr ein Sonderentgelt zu einer Fallpauschale bei einer Operation an demselben Operationstermin nur berechnet werden darf, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet und zusätzlich über einen gesonderten - neuen - Operationszugang vorgenommen wird. An dieser letzteren Voraussetzung mangelt es vorliegend.

b) Die bogenförmig um den Nabel herum cranial angelegte Erweiterung des ersten Bauchschnitts ist nicht gleich bedeutend mit einem zweiten - gesonderten - Bauchhöhlenzugang. Dies folgt bereits aus der Sprachlogik, worauf die Beklagte zu Recht hinweist. Nach Duden (Das große Wörterbuch der deutschen Sprache - Band 3, 2. Aufl 1993, S 1316) wird der Begriff "gesondert" erläutert als "von etwas anderem getrennt, extra, für sich". Wird im allgemeinen Sprachgebrauch etwas "Gesondertes" verlangt, so ist damit etwas Unzusammenhängendes, Separates gemeint, nicht jedoch die Modifikation von etwas schon Bestehendem. Diese enge Wortinterpretation entspricht aber auch dem vom Ordnungsgeber gewollten Zusammenspiel von Fallpauschalen und Sonderentgelten: Mit der Fallpauschale werden alle Leistungen eines Krankenhauses für den gesamten Behandlungsfall vergütet, Sonderentgelte sind daneben grundsätzlich ausgeschlossen. Die in § 14 Abs 1 Satz 3 und Abs 6 Satz 1 Nr 1 BpflV iVm Nr 3 Sonderentgelt-Katalog ausnahmsweise vorgesehenen Möglichkeiten zur zusätzlichen Abrechnung von Sonderentgelten sind abschließend und sollen dazu dienen, Krankenhausleistungen trotz Bestehens einer Fallpauschale zu vergüten, soweit wesentliche Teile eines zweiten - selbstständigen - Leistungskomplexes erbracht werden (vgl Tuschen/Quaas aaO, S 337). Dies ist der Fall bei einer Operation an einem anderen Operationstermin oder bei einer Rezidiv-Operation, aber auch bei einer Operation an demselben Operationstermin, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten - neuen - Operationszugang vorgenommen wird. Eine Gallenblasenoperation jedoch, bei der begleitend auch noch ein Nabelbruch beseitigt wird, für den kein weiterer - separater - Operationszugang geschaffen werden muss, rechtfertigt nicht die Abrechnung einer Fallpauschale und eines weiteren Sonderentgelts.

Entgegen der Ansicht der Revision ist der Ausnahmetatbestand des § 14 Abs 1 Satz 3 und Abs 6 Satz 1 Nr 1 BpflV iVm Nr 3 Sonderentgelt-Katalog auch nicht deshalb entsprechend auf die bogenförmig angelegte Erweiterung eines ersten Bauchschnitts anwendbar, weil diese den gleichen operativen Aufwand wie ein separater Schnitt verursacht hätte und ein solcher ohne weiteres ebenfalls möglich gewesen wäre. Wie der Senat bereits wiederholt entschieden hat, kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (vgl BSG [SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#) und § 15 Nr 1). Diese restriktiven Vorgaben ergeben sich aus dem Erfordernis eindeutiger Abrechnungsbestimmungen, um Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu vermeiden, sowie aus der Natur von Fallpauschalen. Sie umfassen bei Operationen grundsätzlich alle Leistungen, die innerhalb des Operationssaals erbracht werden - also Vorbereitungszeiten des Personals, Rüstzeiten, Anästhesie und Operation. Geringfügige Zusatzeingriffe sind im Rahmen der Durchschnittskalkulation der Entgelte abgedeckt und werden nicht zusätzlich vergütet (vgl Tuschen/Quaas aaO, S 337). Sofern sich in der Praxis erweist, dass es dabei zu Ungereimtheiten kommt, ist es in erster Linie Aufgabe der Vertragspartner, die nunmehr dafür zuständig sind, dies durch Weiterentwicklung der Fallpauschalen- bzw Sonderentgeltkataloge und der Abrechnungsbestimmungen zu beheben (§ 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1 BpflV). Kommt es dabei zu keiner Einigung, ist zunächst die Schiedsstelle nach § 18a Abs 6 KHG anzurufen (§ 15 Abs 4 BpflV), bevor sich die Gerichte mit Fragen der Angemessenheit von Vergütungen befassen können. Dies entspricht auch der Zurückhaltung der Rechtsprechung bei der Auslegung von Abrechnungsbestimmungen im vertragsärztlichen Bereich (vgl BSG SozR 3-5533 Nr 7103 Nr 1 mwN).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 Satz 1, Abs 4 Satz 2 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 gültigen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I S 2266](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2004-06-17