

Bundessozialgericht
Urt. v. 11.11.2003, Az.: B 12 RA 2/03 R

Rentenversicherung: Selbständiger Physiotherapeut ist pflichtig

Selbständig tätige Physiotherapeuten, die keinen Arbeitnehmer beschäftigen, sind verpflichtet, Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einzuzahlen. Bedingung: Sie behandeln überwiegend auf Grund ärztlicher Verordnung.

Quelle: Wolfgang Büser

Versicherungspflicht in gesetzlicher Rentenversicherung; Selbständige Physiotherapeutin in der Krankenpflege; Personenkreis der versicherungspflichtigen Pflegepersonen; Beschäftigung freier Mitarbeiter; Behandlung aufgrund ärztlicher Verordnung; Zweck der Heilmittel-Richtlinien; Herr der Heilverfahrens; Begriff des Subordinationsverhältnisses; Berufsgruppenspezifische Einbeziehung Selbständiger

Gericht: BSG

Datum: 11.11.2003

Aktenzeichen: B 12 RA 2/03 R

Entscheidungsform: Urteil

Referenz: JurionRS 2003, 21671

ECLI: [keine Angabe]

Verfahrensgang:

vorgehend:

LSG Schleswig-Holstein - 09.10.2002

Rechtsgrundlagen:

§ 2 S.1 Nr.2 SGB VI

§ 125 Abs.1 SGB V

§ 18 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen

§ 2 S.1 Nr.9 SGB VI

§ 165 Abs.1 S.1 Nr.1 SGB VI

Fundstellen:

GmbHR 2003, R 487 (Pressemitteilung)

GmbH-Report 2003, R 487 (Pressemitteilung)

GuS 2003, 61

NWB 2003, 3742

SGb 2004, 34 (Volltext)

BSG, 11.11.2003 - B 12 RA 2/03 R

Redaktioneller Leitsatz:

Physiotherapeuten, die Patienten aufgrund einer ärztliche Verordnung behandeln, gelten als Pflegepersonen im rentenversicherungsrechtlichen Sinne.

Sie stellen keine eigene Diagnose, bestimmen nicht Art und Umfang der Behandlung und sind nicht frei von ärztlichen Weisungen.

Der 12. Senat des Bundessozialgerichts
hat auf die mündliche Verhandlung vom 11. November 2003
durch
den Vorsitzenden Richter Dr. Peters,
die Richter Dr. Berchtold und Dr. Hambüchen sowie
die ehrenamtliche Richterin Link und
den ehrenamtlichen Richter Koch
für **Recht** erkannt:

Tenor:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 9. Oktober 2002 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe

1 I.

Die Beteiligten streiten über die Versicherungspflicht der Klägerin in der gesetzlichen Rentenversicherung.

2 Die Klägerin ist selbstständige Physiotherapeutin. Sie behandelt ihre Patienten überwiegend auf ärztliche Verordnung und ist zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen sowie den Berufsgenossenschaften berechtigt. Die Klägerin beschäftigt in ihrer Praxis keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer.

3 Im Januar 1996 fragte die Klägerin bei der beklagten Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) an, ob sie Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung zu entrichten habe. Die BfA bat die Klägerin in der Folgezeit wiederholt um nähere Angaben zu der von ihr ausgeübten Tätigkeit. Hierauf erwiderte die Klägerin lediglich, als selbstständige Krankengymnastin gehöre sie nicht zum versicherungspflichtigen Personenkreis. Mit Bescheid vom 16. Oktober 1996 teilte die BfA der Klägerin mit, sie sei nach § 2 Satz 1 Nr. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) seit 1. November 1995 versicherungspflichtig und habe grundsätzlich den Regelbeitrag zu entrichten. Gleichzeitig forderte sie Beiträge für die Zeit von November 1995 bis Oktober 1996 in Höhe von 9.439,92 DM. Den Widerspruch der Klägerin, mit dem sie erneut ihre Zugehörigkeit zum Kreis der versicherungspflichtigen Pflegepersonen bestritt, wies die beklagte BfA mit Widerspruchsbescheid vom 25. September 1997 zurück. Mit weiterem Bescheid vom 22. Januar 1998 machte sie Beitragsrückstände zuzüglich Säumniszuschlägen für die Zeit von November 1995 bis Dezember 1997 in Höhe von insgesamt 23.631,56 DM geltend.

4 Die Klägerin hat Klage erhoben. Als Physiotherapeutin sei sie Heilmittelerbringerin und gehöre nicht zum Personenkreis der versicherungspflichtigen Pflegepersonen. Sie arbeite nicht auf ärztliche Anordnung, sondern inhaltlich unabhängig und auf eigene Verantwortung nach Rezept-Diagnose. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen, das Landessozialgericht (LSG) die Berufung unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zurückgewiesen (Urteil

des SG vom 15. Oktober 2001, Urteil des LSG vom 9. Oktober 2002).

- 5 Die Klägerin hat Revision eingelegt und rügt eine Verletzung des § 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI . Weder nach dem Wortlaut der Vorschrift noch nach anderen Auslegungskriterien sei es gerechtfertigt, sie in den Kreis der versicherungspflichtigen Pflegepersonen einzubeziehen. Der Arzt habe die Versorgung von Heilmitteln dem Grunde nach zu verordnen und hierbei die nach § 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erlassenen "Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung" (Heilmittel-Richtlinien - HMR) vom 16. Oktober 2000/6. Februar 2001 zu berücksichtigen. Die Heilmittelbehandlung als solche erfolge sodann durch die nichtärztlichen Leistungserbringer i.S. des § 124 SGB V , und zwar auf der Basis der gemäß § 125 SGB V erlassenen "Gemeinsamen Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene" (Gemeinsame Rahmenempfehlungen) vom 1. August 2001. Über das "Ob" einer Behandlung entscheide der Arzt, über das "Wie" der physiotherapeutische Heilmittelerbringer. Selbstständig tätige Physiotherapeuten seien deshalb im Verhältnis zum Arzt nicht weisungsabhängig, die ärztliche Verordnung sei lediglich Voraussetzung für die physiotherapeutische Behandlung. Die Aufgabentrennung zwischen Arzt und Physiotherapeut werde durch die Regelungsinhalte der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen heute besonders deutlich herausgestellt. Den Physiotherapeuten würden danach zahlreiche Aufgaben und Leistungsbereiche zugeschrieben, die sie selbstständig und unabhängig von ärztlicher Verordnung und Vorgabe zu bestimmen hätten. Dies gelte insbesondere für die Aufstellung eines individuellen Behandlungsplans, die konkrete Durchführung der physiotherapeutischen Behandlung sowie die Beurteilung ihrer therapeutischen Wirksamkeit sei bereits im Berufungsverfahren mit entsprechenden Beweisangeboten vorgetragen worden. Das LSG habe diesen Sachenvortrag jedoch weder für sie (die Klägerin) positiv gewertet noch die angebotenen Beweise erhoben.
- 6 Die Klägerin beantragt,
- das Urteil des LSG vom 9. Oktober 2002 und das Urteil des SG vom 15. Oktober 2001, den Bescheid der Beklagten vom 16. Oktober 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. September 1997 und den Bescheid der Beklagten vom 22. Januar 1998 aufzuheben.
- 7 Die Beklagte beantragt,
- die Revision zurückzuweisen.
- 8 Die Beklagte hält die Rechtsauffassung der Vorinstanzen für zutreffend. Die aus § 92 SGB V abgeleiteten HMR dienen der Konkretisierung des in § 12 Abs. 1 SGB V geregelten und das Leistungsrecht beherrschenden Wirtschaftlichkeitsgebots, an das auch die Leistungserbringer gemäß § 70 Abs. 1 SGB V gebunden seien. § 125 SGB V befasse sich mit den Modalitäten einer bedarfsgerechten Heilmittelversorgung. Die von der Klägerin angeführten Regelungen ließen nicht den Schluss zu, dass selbstständig tätige Physiotherapeuten nicht mehr zum Kreis der versicherungspflichtigen Pflegepersonen gehören sollten.
- 9 II.
- Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Das LSG hat die Berufung der Klägerin zutreffend zurückgewiesen, das SG ihre Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 16. Oktober 1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. September 1997 und der Bescheid vom 22. Januar 1998 sind rechtmäßig. Die Klägerin unterliegt als selbstständige Physiotherapeutin der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung und hat Beiträge in gesetzlich vorgesehener Höhe zu entrichten.
- 10 1.

Versicherungspflichtig sind nach § 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI selbstständig tätige Pflegepersonen, die in der Kranken-, Wochen-, Säuglings- oder Kinderpflege tätig sind und im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen. Zu diesem Personenkreis gehört die Klägerin. Sie ist, wie das LSG unangegriffen festgestellt hat, als selbstständige Physiotherapeutin in der Krankenpflege tätig, behandelt ihre Patienten überwiegend auf ärztliche Verordnung und beschäftigt in diesem Zusammenhang keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer. Unerheblich ist, dass in ihrer Praxis freie Mitarbeiter tätig werden, die nicht von ihr dauerhaft angestellt sind. Dies steht, wie der Senat bereits entschieden hat, der Versicherungspflicht nach § 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI nicht entgegen (SozR 3-2600 § 2 Nr. 2 S 10).

11 a)

Die Versicherungspflicht der in der Krankenpflege tätigen Pflegepersonen galt nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 des bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) bereits vor In-Kraft-Treten des SGB VI. In der Krankenversicherung war bis zum In-Kraft-Treten des SGB V (1. Januar 1989) in § 166 Abs. 1 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung (RVO) die Versicherungspflicht dieses Personenkreises ebenfalls geregelt. Zu der letztgenannten Vorschrift ist ausdrücklich entschieden worden, dass auch selbstständige Masseur, wenn sie auf Grund der einschlägigen Vorschriften zur selbstständigen Ausübung ihres Berufes berechtigt waren, jedenfalls dann versicherungspflichtig waren, wenn sie tatsächlich und nicht nur nebenher Massagen auf Grund ärztlicher Verordnungen verabfolgten (BSGE 21, 171, 175 = SozR Nr. 2 zu § 166 RVO S a.A. 5). Es ist seinerzeit schon ausgeführt worden, dass kein Grund besteht, den Personenkreis der in der Krankenpflege tätigen Masseur, medizinischen Bademeister und Krankengymnasten, deren Berufe in dem Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten vom 21. Dezember 1958 (BGBl. I S 985) geregelt waren, grundsätzlich anders zu behandeln als die übrigen in der Krankenpflege tätigen Personen, deren Berufsausübung gesetzlich geregelt war und die wie die Krankenpfleger und die Krankenschwestern schon nach wortgetreuer Auslegung des § 166 Abs. 1 Nr. 5 RVO darunter fielen. Das BSG hat in der Folgezeit die vorgenannte Entscheidung bestätigt, wonach alle in dem Gesetz über die Berufsausübung des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten genannten Berufe zu den Krankenpflegeberufen i.S. des § 2 Abs. 1 Nr. 6 AVG gehörten. So hat es in seiner Entscheidung, in der es die Versicherungsfreiheit der selbstständig tätigen Heilpraktiker festgestellt hat, eine klare Abgrenzung getroffen zwischen denen, die - wie die Heilpraktiker - die Heilkunde ausüben, und denen, die bei der Krankenbehandlung auf Verordnung eines Heilkundigen tätig werden - wie Krankenschwestern, Masseur und Krankengymnasten (BSG SozR 2400 § 2 Nr. 4). Die Rechtsprechung hat den Kreis der versicherungsfreien von den versicherungspflichtigen Heilberufen somit danach abgegrenzt, ob sie selbst die Heilkunde ausüben oder - wie die Krankengymnasten - bei der Krankenbehandlung auf Verordnung eines Heilkundigen tätig werden (Heilhilfsberufe). Diese Unterscheidung hat auch der erkennende Senat für überzeugend gehalten (vgl BSG SozR 3-2600 § 2 Nr. 1, 2 und 3 - jeweils m.w.N.).

12 b)

An der genannten Rechtslage hat sich weder mit dem In-Kraft-Treten des SGB VI zum 1. Januar 1992 noch durch das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S 1084, Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG) etwas geändert. Das MPhG hat das Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten abgelöst und die Berufsbezeichnung des Krankengymnasten oder der Krankengymnastin durch die Berufsbezeichnung "Physiotherapeut" bzw. "Physiotherapeutin" ersetzt. Inhaltliche Änderungen waren damit im Hinblick auf die hier entscheidungserhebliche Frage nicht verbunden. Insbesondere haben die gesetzlichen Neuregelungen nichts an dem Umstand geändert, dass Krankengymnasten (jetzt: Physiotherapeuten), die Patienten auf Grund ärztlicher Verordnung behandeln, als Pflegepersonen i.S. des § 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI gelten (ausführlich dazu die Entscheidung des Senats in SozR 3-2600 § 2 Nr. 2). Hieran hält der Senat nach erneuter Prüfung fest.

13 c)

Die Revision hat sich mit der langjährig gewachsenen und gefestigten Rechtsprechung des BSG nicht auseinander gesetzt. Sie stützt ihre abweichende rechtliche Beurteilung allein auf die Bestimmungen der HMR und der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen. Dem folgt der Senat nicht. Die HMR werden gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen und dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln. Sie sind für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich (Erster Teil Kap I Art 1 HMR). Das Verhältnis zwischen Vertragsärzten und Heilmittelerbringern wird insbesondere im Ersten Teil Kap VII Art 26 und 27 HMR näher dargestellt. Danach ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Arzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken. Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der die sachgerechte und qualifizierte Durchführung der verordneten Maßnahme gewährleistet, eine Zusammenarbeit sichergestellt ist. Hinsichtlich der konkreten Umsetzung dieser Kooperation wird indes dem Arzt die übergeordnete Bedeutung zugemessen; die ärztliche Verordnung bestimmt den gesamten Behandlungszyklus. Der Therapeut darf bei der Durchführung der Heilmittelbehandlung nicht von der Verordnung des Arztes abweichen, eine eigenständige Änderung des Ordnungsplans ist ihm nicht gestattet (vgl Erster Teil Kap VII Art 28 und 29 HMR). Der Arzt bleibt somit Herr des gesamten Heilverfahrens, der Therapeut richtet sich nach den in der jeweiligen Verordnung enthaltenen ärztlichen Vorgaben. Damit bestätigen die HMR die durch die Rechtsprechung bereits seit langem manifestierte Tatsache, dass Physiotherapeuten als Pflegepersonen i.S. des § 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI zu beurteilen sind.

- 14** Auch die von der Revision angeführten Gemeinsamen Rahmenempfehlungen stützen das Begehren der Klägerin nicht. Diese werden gemäß § 125 Abs. 1 SGB V von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene abgegeben, um eine einheitliche, qualitativ hoch stehende und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln zu gewährleisten. Adressaten sind nicht die Ärzte, sondern die Heilmittelerbringer (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden). Auch mit den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen wird als Ziel sowohl die Einheitlichkeit als auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verfolgt. Sie entsprechen bei den Heilmittelerbringern den HMR der Ärzte und ergänzen sich wechselseitig. Dies wird besonders deutlich in § 17 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen, der weitgehend mit den Vorschriften des Ersten Teils Kap VII Art 28 und 29 HMR identisch ist und seinerseits ebenfalls die besondere Stellung des verordnenden Arztes betont. Der Vorrang der ärztlichen Verordnung und die daraus folgende grundsätzliche Abhängigkeit des Heilmittelerbringers folgt zudem aus § 18 Abs. 1 Satz 1 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen, ausweislich dessen sich Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Spezifizierung des Therapieziels, Art, Anzahl und ggf. Frequenz der Leistungen allein aus der vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnung ergeben. Auf dieser Grundlage hat der Heilmittelerbringer seine Leistungen zu erbringen (§ 18 Abs. 1 Satz 2 und 3 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen).
- 15** Dieses gesetzlich vorgesehene und durch HMR sowie Gemeinsame Rahmenempfehlungen konkretisierte Subordinationsverhältnis zwischen Ärzten und Heilmittelerbringern (hier Physiotherapeuten) lässt für die Heilmittelerbringer durchaus Spielraum für eigene Gestaltungsmöglichkeiten, die in § 8 der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen dem Grunde nach enthalten und in der "Leistungsbeschreibung Physiotherapie" vom 1. August 2001 näher ausgestaltet sind. Diese Gestaltungsmöglichkeiten, insbesondere das von der Klägerin zitierte Recht zur Erstellung eines individuellen Behandlungsplans sowie zur Anwendung standardisierter Heilmittelkombinationen bei komplexen Schädigungsbildern, ändern allerdings nichts an der grundsätzlichen Abhängigkeit der Physiotherapeuten von der Verordnung des Arztes. Grundlage der physiotherapeutischen Tätigkeit ist auch in diesen Fällen die ärztliche Verordnung, wie die Bezugnahme auf die HMR zeigt (vgl Ziffer 1 "Grundsätze" in der Leistungsbeschreibung Physiotherapie). Der Arzt erstellt in allen Fällen die Diagnose und bestimmt den Therapieverlauf nach Art, Umfang und Frequenz der jeweiligen Leistungen.

16 d)

Die Rüge der Revision, das LSG habe ihren Tatsachenvortrag hinsichtlich der Tragweite und der Bedeutung der Gemeinsamen Rahmenempfehlungen weder für sie positiv gewertet noch die angebotenen Beweise erhoben, führt nicht zu einer anderen rechtlichen Beurteilung. Wie sich aus dem angegriffenen Urteil (S 7 und 8) ergibt, hat das Berufungsgericht zur Bewertung des klägerischen Vorbringens nicht nur die HMR berücksichtigt, sondern auch Ausführungen zu den Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemacht. Selbst aus dem Zusammenspiel dieser beiden Regelungen sei nicht zu folgern, dass Physiotherapeuten wie Heilkundige Diagnosen stellen, Art und Umfang der Behandlung bestimmen und von Weisungen des Arztes frei seien. Einer Beweiserhebung zu dem Vorbringen der Klägerin bedurfte es nicht.

17 2.

Es entspricht der jüngeren Entwicklung im Bereich des SGB VI, dass auch selbstständige Physiotherapeuten wie die Klägerin in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen sind. Wie der Senat bereits zur Versicherungspflicht von selbstständig tätigen Ergotherapeuten und Lehrern ausgeführt hat, waren Selbstständige bis Ende 1998 nur berufsgruppenspezifisch in die Rentenversicherung einbezogen. Es handelte sich hierbei vor allem um Personen, die eine persönliche Dienstleistung zu erbringen hatten und die ihre Einkünfte aus der Verwertung der eigenen Arbeitskraft durch persönliche Dienstleistung erzielten. Ihre wirtschaftliche Stellung im Erwerbsleben war insofern derjenigen von abhängig beschäftigten, versicherungspflichtigen Arbeitnehmern vergleichbar (vgl BSG SozR 3-2600 § 2 Nr. 3, 5). Das trifft auf Physiotherapeuten, die keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen, ebenfalls zu. Mit § 2 Satz 1 Nr. 9 SGB VI (angefügt durch Art 4 Nr. 3 des Gesetzes zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom 19. Dezember 1998 <BGBl. I 3843>) hat der Gesetzgeber die bisherige Regelung einer nur berufsgruppenspezifischen Einbeziehung Selbstständiger in die Pflichtversicherung erweitert. Er hat nunmehr alle Selbstständigen der Rentenversicherungspflicht unterworfen, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen und auf Dauer im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind. Der Gesetzgeber hat insofern die berufsgruppenspezifische Regelung der Versicherungspflicht weiterentwickelt. Damit wäre es unvereinbar, die langjährige höchstrichterliche Rechtsprechung zur Versicherungspflicht der Krankengymnasten und Physiotherapeuten aufzugeben.

18 3.

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Versicherungspflicht sind von der Revision nicht geltend gemacht worden. Der Senat hält die Versicherungspflicht der selbstständigen Physiotherapeuten für vereinbar mit dem Grundgesetz. Für die Versicherungspflicht von selbstständigen Lehrern hat der Senat die Verfassungsmäßigkeit bejaht (SozR 3-2600 § 2 Nr. 5 S 31 ff).

19 4.

Die Höhe der von der Klägerin geschuldeten Beiträge ergibt sich aus § 165 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI. Die Revision hat die Höhe der festgesetzten Beiträge nicht beanstandet.

20 Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG.

Verkündet am 11. November 2003

Hinweis: Das Dokument wurde redaktionell aufgearbeitet und unterliegt in dieser Form einem besonderen urheberrechtlichen Schutz. Eine Nutzung über die Vertragsbedingungen der Nutzungsvereinbarung hinaus - insbesondere eine gewerbliche Weiterverarbeitung außerhalb der Grenzen der Vertragsbedingungen - ist nicht gestattet.