

L 10 KR 480/22 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 5 KR 2367/18
Datum
26.02.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 480/22 KH
Datum
12.02.2025
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 26.02.2020 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 1.612,95 € festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung, hier insbesondere die Frage einer primären Fehlbelegung.

Die Klägerin ist Trägerin eines gemäß [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses (*im Folgenden: Krankenhaus*), in dem die 0000 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte T. (*im Folgenden: Versicherte*) vom 18.10.2017 bis 19.10.2017 vollstationär wegen *Condylomata acuminata (Feig- oder Genitalwarzen)* behandelt wurde. Die Krankenhausaufnahme erfolgte aufgrund einer Einweisung durch die behandelnde Fachärztin für Geschlechtskrankheiten P.. Die Warzen waren erstmals Ende 2016 aufgetreten. Zunächst behandelte die Kinderärztin erfolglos mittels Salben. Bei einem Facharzt für Hautkrankheiten erfolgten weitere Lokaltherapien und eine Überweisung in das Klinikum A.. Nach Zuweisung in die Klinik der Klägerin vermochte diese einen chirurgischen Interventionsbedarf zunächst nicht festzustellen. Unter der dort verordneten Behandlung mit Wartec 0,15 % (*6-8 Anwendungen*) waren die Warzen komplett remittiert; erst nach vier Wochen traten sie erneut auf. Zuvor war ein Kontrolltermin im März 2017 von der Versicherten nicht wahrgenommen worden. Das Krankenhaus behandelte die Versicherte während des stationären Aufenthalts dann mittels CO₂-Laser; der Eingriff wurde in Narkose durchgeführt.

Für die Behandlung stellte das Krankenhaus unter dem 25.10.2017 1612,95 € unter Zugrundelegung der Fallpauschale (*Diagnosis Related Group -DRG-*) N09B (*andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva*) in Rechnung. Hierbei kodierte es die Laserbehandlung nach dem 2017 geltenden Operationen- und Prozedurenschlüssel (*OPS*) 5-915.5d (*Großflächige Laserbehandlung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut, Gesäß*) und 5-985.1 (*Lasertechnik: CO₂-Laser*).

Die Beklagte beglich die Rechnung nicht. Sie vertrat die Auffassung, es habe sich um eine „Antragsleistung“ gehandelt, weil die Entfernung von Warzen i.d.R. selbst dann keine medizinische Notwendigkeit für eine operative Korrektur begründe, wenn sich deswegen eine psychische Erkrankung entwickle.

Am 14.11.2018 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Detmold erhoben. Es sei zu berücksichtigen, dass ein vierjähriges Kind, das

mehrfach vorbehandelt gewesen sei, stationär aufgenommen worden sei. Es habe eine postoperative Blutungsgefahr bestanden. Daher sei ein stationäres Procedere erforderlich gewesen. Auf Anforderung durch das Sozialgericht hat die Klägerin ihre Patientendokumentation zur Verfügung gestellt, ohne einen Vorbehalt zu erklären.

Mit Urteil vom 26.02.2020 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es habe keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen, da der durchgeführte Eingriff regelmäßig ambulant erfolgen könne.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 25.03.2020 zugestellte Urteil am 09.04.2020 Berufung eingelegt. Die Erkrankung der Versicherten habe sehr wohl einer stationären Behandlung bedurft. Einer der im Berufungsverfahren gehörten Sachverständigen habe zwar eine ambulante Behandlung befürwortet, zugleich aber festgestellt, dass diese dringend in einem Krankenhaus mit einer pädiatrischen und kinderanästhesiologischen Expertise erfolgen müsse. Eine ambulante Leistungserbringung und Abrechnung in einem Krankenhaus sei für den durchgeführten Eingriff im Abrechnungsgefüge des SGB V jedoch nicht vorgesehen. Könne aber das Behandlungsziel wegen der Besonderheiten des Vergütungssystems nicht durch eine ambulant abzubildende Leistung verwirklicht werden und verbleibe als einzige Möglichkeit zur Erfüllung des gesetzlichen Behandlungsanspruchs der Versicherten eine stationäre Leistung, so sei eine solche zu vergüten. Zudem sei im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen, dass die Beklagte vorliegend kein Prüfverfahren eingeleitet habe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 26.02.2020 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.612,95 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 02.11.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Es gebe im Übrigen am Wohnort der Klägerin niedergelassene Dermatologen, die Laserbehandlungen wie die vorliegend durchgeführte anböten. Schließlich habe das BSG noch jüngst (*in B 1 KR 109/21 B, juris*) entschieden, dass eine Vergütung von Krankenhausleistungen bei fehlender stationärer Behandlungsbedürftigkeit und fehlender Abrechenbarkeit als ambulante Operation nicht beansprucht werden könne.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens von L. (*Hautklinik der R-klinik F. vom 14.11.2020*) nebst ergänzender Stellungnahme vom 20.06.2021, eines kinderanästhesiologischen Gutachtens von V. (*Kinderkrankenhaus der Kliniken der Stadt C.*) vom 26.04.2023 nebst ergänzender Stellungnahme vom 09.08.2023 sowie gutachterlicher Stellungnahmen des Dermatologen K. vom 30.09.2024 und 29.11.2024. Wegen des Inhalts wird auf die schriftlich erstellten Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen Bezug genommen.

Des Weiteren hat der Senat Auskünfte des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingeholt. Der G-BA hat mitgeteilt, die Behandlung mittels CO₂-Laser bei therapieresistenten Condylomata acuminata sei bisher von ihm nicht überprüft; es sei auch keine Aussage zur Qualifikation dieser Behandlung als neue Behandlungsmethode getroffen worden. Die KBV hält eine solche Behandlung für im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berechnungsfähig, dies auch bereits im Jahr 2017. Hingegen sei der Eingriff erst zum 01.01.2023 in die Anlage 1 zum "Vertrag nach § 115b SGB V – Ambulantes Operieren und stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag)" aufgenommen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie den Inhalt der Verwaltungsvorgänge der Beklagten und der Patientenakte der Klägerin Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 26.02.2020 ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

I. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines Krankenhausträgers handelt es sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 – [B 3 KR 33/99 R](#), juris Rn. 14; Urteil vom 23.07.2002 – [B 3 KR 64/01 R](#), juris Rn. 13), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

II. Die Klage ist jedoch nicht begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Vergütung der in der Zeit vom 18.10.2017 bis 19.10.2017 durchgeführten vollstationären Behandlung der Versicherten. Als Rechtsgrundlage für einen solchen Anspruch kommt allein [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG in Betracht. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht insofern unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags durchgeführt wird, sie i.S. von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) erbracht werden (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2022 – [B 1 KR 19/21 R](#), Rn.10 m.w.N.); „Antragsleistungen“ als solche kennt das Gesetz im Zusammenhang mit stationären Krankenhausleistungen im Sinne von [§ 39 SGB V](#) nicht.

Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt, denn die stationäre Behandlung der Versicherten war nicht erforderlich i.S. von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#). Hiernach haben Versicherte nur dann Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Das Behandlungsziel hätte vorliegend durch eine ambulante Behandlung erreicht werden können; einer stationären Behandlung bedurfte es nicht.

Insoweit ist bereits zweifelhaft, ob eine Behandlung mittels CO₂-Laser zur Therapie der bei der Versicherten unstreitig vorliegenden Condylomata acuminata, einer grundsätzlich behandlungsbedürftigen Erkrankung, überhaupt erforderlich war (*hierzu 1*). Jedenfalls hätte das Behandlungsziel, die Heilung der Erkrankung durch Abklingen der Warzen, durch eine Therapie im ambulanten Setting erreicht werden können (*hierzu 2*). Zur Prüfung der Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung durfte auch die Patientendokumentation der Klägerin herangezogen werden, obwohl die Beklagte kein Prüfverfahren eingeleitet hatte (*hierzu 3*).

1. Es spricht viel dafür, dass zur Behandlung der Condylomata acuminata andere Therapieoptionen, insbesondere die Fortführung der bereits einmal durchgeführten konservativen Lokaltherapie zu Beginn der stationären Behandlung noch nicht ausgeschöpft waren. Unter der zuvor durchgeführten Behandlung mit Wartec 0,15 % (*6-8 Anwendungen*) war die Erkrankung bereits einmal komplett remittiert. Zwar zeigte sich dann vier Wochen später ein erneutes Auftreten der Warzen. Allerdings war ein Termin zur ambulanten Weiterbehandlung von der Versicherten, mutmaßlich gerade wegen der deutlichen Befundbesserung, nicht wahrgenommen worden.

Es überzeugt den Senat vor diesem Hintergrund nicht, dass der Sachverständige L. eine Therapie mittels CO₂-Laser unter der Annahme, die Lokaltherapie habe keinen anhaltenden therapeutischen Erfolg gezeigt, für erforderlich gehalten hat. Dass ein nochmaliger ambulanter Behandlungsversuch etwa mit Wartec 0,15 % unter engmaschiger Kontrolle der ordnungsgemäßen Anwendung sowie bei ausreichender Compliance erfolglos gewesen wäre, ist jedenfalls ohne nähere Begründung nicht nachvollziehbar.

2. Der Senat kann dies im Ergebnis jedoch dahinstehen lassen, da die CO₂-Lasertherapie jedenfalls nicht in einem stationären Setting durchgeführt werden musste, vielmehr eine ambulante CO₂-Laserbehandlung hätte durchgeführt werden können. Dies haben sowohl der Sachverständige L. aus fachdermatologischer Sicht (*hierzu a*) als auch der Sachverständige V. aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Anästhesiologie (*hierzu b*) bestätigt. Dem stehen weder zwingende medizinische Gründe (*hierzu c*) noch Besonderheiten des Vergütungssystems (*hierzu d*) oder andere Gründe, insbesondere solche der Rechtsordnung (*hierzu e*), entgegen.

a) L. hat schlüssig dargelegt, dass die Annahme des behandelnden Oberarztes des Krankenhauses, I., wegen postoperativer Blutungsgefahr sei ein stationäres Prozedere erforderlich gewesen, nicht zutrifft. Aus der vorhandenen Dokumentation der Klinik lasse sich ein erhöhtes Blutungsrisiko nicht nachvollziehen. Weder bedinge der Hautbefund eine solche Befürchtung, da nur vereinzelte Condylome beschrieben seien, noch habe die Versicherte einschlägige Vorerkrankungen oder Voroperationen mit erhöhten Blutungen aufgewiesen. Zudem sei bei der Durchführung einer CO₂-Lasertherapie aufgrund der thermischen Wirkung auf die Gefäße nebst gleichzeitiger Koagulation ohnehin von einem geringen Blutungsrisiko auszugehen. Aus der einschlägigen AWMF-Leitlinie „*HPV-assoziierte Läsionen der äußeren Genitoanalregion und des Anus – Genitalwarzen und Krebsvorstufen der Vulva, des Penis und der peri- und intraanal Haut*“ folge zudem, dass, jedenfalls bei erwachsenen Patienten, ambulante Therapiemaßnahmen ausreichten, wenn, wie hier, kein ausgeprägter Lokalbefund vorliege. Aus Sicht der Dermatologie folge aus der Tatsache, dass vorliegend ein Kind behandelt wurde, nichts anderes. Vielmehr sei, jedenfalls aus

fachdermatologischer Sicht, keine stationäre Behandlungsnotwendigkeit gegeben gewesen. Es könne lediglich nicht beurteilt werden, ob sich aus anästhesiologischer Sicht vorliegend wegen des Alters der Versicherten eine zwingende Indikation für eine stationäre Behandlung ergeben habe.

Der Senat hat keine Veranlassung, an diesen nachvollziehbaren Feststellungen des Sachverständigen zu zweifeln, nachdem die Klägerin ihnen nicht mit überzeugenden Argumenten entgegengetreten ist und macht sie sich zu eigen. Die Klägerin hatte lediglich, zu Unrecht, auf ausgedehnten Warzenbefall sowie die Narkose und das sehr junge Lebensalter der Versicherten hingewiesen. Ersteres sowie Letzteres hat der Sachverständige L. für sein Fachgebiet zurückgewiesen.

b) V. hat aus kinderanästhesiologischer sowie kinderärztlicher Sicht zwar darauf hingewiesen, es sei empfehlenswert, die Durchführung eines Eingriffs wie der CO₂-Laserbehandlung bei einem Kleinkind in einer hierfür kompetenten Einrichtung durchzuführen, was allerdings zunächst ein Gemeinplatz ist. Jedenfalls hat er ausdrücklich und mit plausibler Argumentation festgestellt, dass eine ambulante Versorgung nicht nur ausreichend, sondern einer stationären Versorgung sogar vorzuziehen sei.

Der Sachverständige hat zudem die Feststellungen von L. zur fehlenden Gefahr von Nachblutungen eindrücklich bestätigt, indem er ausführt, er habe solche nach CO₂-Laserbehandlungen in 25 Jahren Berufserfahrung in der Behandlung von Kindern nicht erlebt. Die Technik habe sich gerade aufgrund des großen Vorteils der gleichzeitigen Wundstillung und dadurch des Ausschlusses von Blutungen durchgesetzt.

Auch an den Feststellungen dieses Sachverständigen hat der Senat keine Zweifel und macht sie sich zu eigen. V. hat den heranzuziehenden wissenschaftlichen Kenntnisstand referiert und insoweit insbesondere eine Empfehlung des wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, veröffentlicht 2007 in der Fachzeitschrift Anästhesiologie, ausgewertet. Die Klägerin ist auch dem nicht mit überzeugenden Argumenten entgegengetreten.

c) Einer Durchführung der CO₂-Laserbehandlung im ambulanten Setting standen auch keine zwingenden medizinischen Gründe entgegen.

Zwar hat es das BSG in der von der Klägerin in Bezug genommenen Entscheidung dargelegt, dass ein grundsätzlich ambulant durchführbarer Eingriff, wie dort die sog. äußere Wendung eines ungeborenen Kindes im Mutterleib, unter bestimmten Umständen gleichwohl stationär durchgeführt werden darf, wenn für eine ambulante Erbringung der Leistung im Krankenhaus keine rechtlich zulässige Möglichkeit zur Verfügung steht (*BSG, Urteil vom 20.03.2024 – B 1 KR 37/22 R –*, Rn. 20). Dies gilt jedoch nur in den Fällen, in denen trotz ambulanter Erbringbarkeit die besonderen Mittel des Krankenhauses intensiv in Anspruch genommen werden müssen. Dies ist nachvollziehbarerweise auch dann der Fall, wenn die besonderen Mittel des Krankenhauses während der Durchführung einer ärztlichen Behandlung wegen des damit verbundenen Risikos schwerwiegender Komplikationen für die Versicherte exklusiv vor- und freigehalten werden (*BSG a.a.O.*, Rn. 16 f.).

Vorliegend war es nach den Feststellungen der Sachverständigen jedoch gerade nicht notwendig, dass die Mittel des Krankenhauses für die Versicherte exklusiv vor- und freigehalten wurden. Insbesondere bestand, wie bereits ausgeführt, entgegen dem Vorbringen der Klägerin keine – erst Recht keine besondere – Nachblutungsgefahr.

Auch aus kinderanästhesiologischer Sicht bedurfte es des Vorhaltens solcher Ressourcen nicht. Soweit V. die Durchführung der CO₂-Lasertherapie bei Kindern in einem Krankenhaus empfohlen hat, begründet er dies gerade nicht mit der Notwendigkeit des Einsatzes oder Vorhaltens der besonderen Mittel des Krankenhauses, sondern mit der in hierfür spezialisierten Kliniken vorhandenen pädiatrischen und kinderanästhesiologischen Expertise. Eine medizinische Expertise auf bestimmten Fachgebieten ist aber keine Besonderheit der Einrichtungen eines Krankenhauses, sondern hängt von der medizinischen Vorbildung und der Erfahrung der behandelnden Ärzte ab. Dass niedergelassene Vertragsfachärzte nicht über eine solche verfügen können, führt auch V. nicht aus. Er mutmaßt lediglich, eine Vertragsarztpraxis biete „möglicherweise“ keine identische Expertise. Strukturelle Gründe führt er nicht an, sie sind auch nicht ersichtlich.

d) Soweit die Klägerin meint, die CO₂-Laserbehandlung müsse deshalb im stationären Setting abrechenbar sein, weil mangels einer Abrechenbarkeit im ambulanten Bereich der Versorgungsanspruch der Versicherten habe dort nicht erfüllt werden können, geht dies fehl.

Der Senat lässt es insoweit dahinstehen, ob der Vortrag im Tatsächlichen zutreffend ist. Allerdings hat die vom Senat gehörte KBV das Vorbringen nicht bestätigt und die Behandlung jedenfalls für im Rahmen des EBM, wenn auch bis 31.12.2022 nicht im Rahmen des AOP-Vertrages, berechnungsfähig gehalten, dies auch bereits im Jahr 2017. Die z.T. in eine andere Richtung gehenden Ausführungen von K. hält der Senat demgegenüber für wenig überzeugend.

Auch wenn aber – wovon nicht auszugehen ist – im Jahr 2017 die CO-2 Lasertherapie nicht über den EBM abrechenbar gewesen sein sollte, kann die Klägerin hieraus für den von ihr geltend gemachten Vergütungsanspruch nichts herleiten. Ist eine ambulant durchführbare Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassen oder wird sie im EBM nicht aufgeführt, führt dies nicht dazu, dass sie dann in einem stationären Setting durchführbar und abrechenbar wird, sondern dazu, dass sie tatsächlich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht angewendet werden darf. Diese Folge ist im gesetzlichen Gesundheitssystem angelegt und gewollt (vgl. hierzu insbesondere: LSG Hamburg, Urteil vom 27.10.2021 – [L 1 KR 26/21](#) –, Rn. 47, juris nebst dem die Entscheidung bestätigenden Beschluss des BSG vom 03.04.2023 – [B 1 KR 109/21 B](#) –, Rn. 7f.).

e) Auch andere Gründe stehen der ambulanten Erbringbarkeit der CO-2 Lasertherapie vorliegend nicht entgegen. Insbesondere gibt es entgegen der Auffassung der Klägerin keine Gründe der Rechtsordnung, die dazu führen könnten, dass die – möglicherweise – medizinisch notwendige Behandlung der Versicherten mittels dieser Methode nur stationär erbracht werden dürfte. Anders als in der einschlägigen Entscheidung des BSG gibt es keine rechtlichen Vorgaben, die eine ambulante Durchführung verbieten (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 18/15 R](#) –, Rn. 14 f., wo die dortige Therapie, eine Radiojodtherapie, anders als vorliegend, nach strahlenschutzrechtlichen Vorgaben stationär zu erfolgen hatte).

3. Soweit die Klägerin rügt, dass die Beklagte vorliegend kein Prüfverfahren durchgeführt hat, folgt hieraus jedenfalls kein Beweisverwertungsverbot bezüglich der Patientendokumentation des Krankenhauses, da dieses seine Patientenakte freiwillig, ohne Vorbehalt, im Gerichtsverfahren zur Verfügung gestellt hat. Dem Krankenhaus bleibt es immer unbenommen, freiwillig Unterlagen vorzulegen oder andere Beweismittel anzubieten. Die vom Krankenhaus freiwillig angebotenen Beweise unterliegen keinem Beweisverwertungsverbot (BSG, Urteil vom 22.06.2022 – [B 1 KR 19/21 R](#) –, Rn. 34).

III. Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung folgen aus [§§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#) bzw. [§§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 3 S. 1, 47 Abs. 1 S. 1 GKG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor. Die Rechtssache hat schon deshalb keine grundsätzliche Bedeutung, weil die CO-2 Lasertherapie seit dem 01.01.2023 in die Anlage 1 zum AOP-Vertrag aufgenommen ist und damit auch von Krankenhäusern als ambulante Behandlung abgerechnet werden kann.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-04-30