



Kanzlei für Gesundheitsrecht

PROF. SCHLEGEL, HOHMANN, DIARRA & PARTNER

Newsletter

Neues aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

März 2025

Sehr geehrte Mandanten,
sehr geehrte Geschäftspartner,

auch in unserem März Newsletter möchten wir Sie über aktuelle Entscheidungen aus dem Bereich des Gesundheitsrechts informieren. So hat beispielsweise das LSG Brandenburg klargestellt, dass Schiedsstellen bei der Preisermittlung für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) einen gewissen Entscheidungsspielraum haben. Zudem hat das OLG Dresden entschieden, dass unzureichende Risikoaufklärung bei Kooperationspartnern zugerechnet werden kann.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen beim Lesen!

BSG: Ersatzpflicht von Mehrkosten bei Krankenhausverlegung ohne ausreichenden Grund	S. 2
LSG Brandenburg: Schiedsstellen haben gewissen Entscheidungsspielraum zur Preisermittlung bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)	S. 3
LSG Schleswig-Holstein: Keine arztbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Berufsausübungsgemeinschaft	S. 4
LSG BaWü: Medizinische Begründung für Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer als Voraussetzung für Fälligkeit der Vergütungsforderung	S. 6
OLG Dresden: Krankenhaus muss sich unzureichender Risikoaufklärung des kooperierenden Radiologen zurechnen lassen	S. 9
VG Hannover: Anfechtung der Genehmigung eines Heimversorgungsvertrags durch den Inhaber einer konkurrierenden Apotheke	S. 11
Ansprechpartner und Kontaktdaten	S. 14
Echo	S. 15

Ihre Kanzlei für Gesundheitsrecht:
Prof. Schlegel, Hohmann, Diarra & Partner

www.GesundheitsRecht.com



Urteile aus dem Bereich des Gesundheitsrechts

BSG: Ersatzpflicht von Mehrkosten bei Krankenhausverlegung ohne ausreichenden Grund

Im Rahmen eines Rechtsstreits hatte sich das Bundessozialgericht (BSG) mit der Ersatzpflicht von Mehrkosten bei einer Krankenhausverlegung ohne ausreichenden Grund zu beschäftigen.

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung im Zusammenhang mit einer Verlegung. Das klagende Universitätsklinikum behandelte den bei der Beklagten krankenversicherten Patienten seit dem 09.02.2016 vollstationär wegen einer Wirbelkörperfraktur als Folge einer malignen Tumorerkrankung mit multiplen Metastasen und verlegte ihn am 01.03.2016 in das S Klinikum zur Weiterbehandlung mit einer erforderlichen Radiotherapie, die dort bis zum 23.03.2016 durchgeführt wurde und zur Abrechnung einer Fallpauschale führte, die hier nicht streitig ist. Der Kläger stellte der Beklagten auf der Grundlage der Fallpauschale DRG I09A 23003,45 Euro in Rechnung, welche die Beklagte zunächst beglich. Später verrechnete sie einen Teilbetrag von 11087,88 Euro mit einer unstreitigen Forderung des Klägers, weil die Verlegung unwirtschaftlich gewesen sei. Wäre die Bestrahlung im Haus des Klägers durchgeführt worden, dann hätten sich die Gesamtbehandlungskosten um den verrechneten Betrag verringert. Das Sozialgericht hat die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung nebst Zinsen verurteilt. Das Landessozialgericht hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Dem Kläger habe der gesamte Rechnungsbetrag zugestanden. Die Voraussetzungen für einen Verlegungsabschlag seien nicht erfüllt. Die eng am Wortlaut auszulegenden

Abrechnungsbestimmungen erforderten nicht, dass die Verlegung medizinisch notwendig sei. Das Wirtschaftlichkeitsgebot werde allein durch die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz konkretisiert. Die Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativerhaltens ständen dem nicht entgegen, weil erst nachträglich erkennbar sei, ob die Verlegung höhere Kosten verursache. Der Beklagten stehe auch kein Schadensersatzanspruch zu. Die Verlegung von einem Krankenhaus der Maximalversorgung in ein Krankenhaus der Regel- oder Schwerpunktversorgung sei nicht durch ökonomische Interessen veranlasst, sondern sachgerecht und zweckmäßig, wenn die vom Maximalversorger vorgehaltene besondere personelle und apparative Ausstattung nicht mehr benötigt werde. Mit ihrer Revision rügt die Beklagte eine Verletzung von § 12 Absatz 1 SGB V und § 109 Absatz 4 Satz 2 SGB V.

Die Revision der Beklagten hatte insoweit Erfolg, als der Senat das Urteil des Landessozialgerichts aufgehoben und die Sache an dieses zurückverwiesen hat. Zwar stand dem Kläger der streitige Vergütungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten in voller Höhe zu, denn ein Verlegungsabschlag war nicht zu berücksichtigen und der Vergütungsanspruch ist bei einer Verlegung nicht davon abhängig, ob diese notwendig war. Der Senat konnte aber anhand der Feststellungen des Landessozialgerichts nicht abschließend entscheiden, ob der Beklagten aus der Behandlung des Versicherten ein Schadensersatzanspruch zusteht. In Fortführung der Rechtspre-



chung zu den Grundlagen und Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruchs der Krankenkasse im Zusammenhang mit einer Verlegung (Bundessozialgericht vom 7. März 2023 - B 1 KR 4/22 R - SozR 4-2500 § 69 Nummer 12 Randnummer 27 ff, vorgesehen für Entscheidungen des Bundessozialgerichts 135, 292) betont der Senat den aus der Behandlungspflicht folgenden grundsätzlichen Vorrang einer medizinisch möglichen Weiterbehandlung im eigenen Haus gegenüber einer grundlosen Verlegung. Aufgrund dieses Vorrangverhältnisses erfordert eine Weiterbehandlung im eigenen Haus grundsätzlich nicht die Prüfung, ob eine Verlegung wirtschaftlicher wäre. Eine solche Wirtschaftlichkeitsprüfung ist auch dann nicht erforderlich, wenn die Verlegung durch einen sachlichen Grund gerechtfertigt ist. Neben zwingenden medizinischen Gründen kann eine Verlegung auch durch zwingende Gründe in der Person des Versicherten oder - beispielsweise in einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem - durch übergeordnete Gründe der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gerechtfertigt sein. Verlegt ein Krankenhaus einen Patienten aber ohne sachlichen Grund, dann trägt es in der Regel das Risiko dadurch verursachter Mehrkosten. Eine schuldhafte (Behandlungs-)Pflichtverletzung des Krankenhauses scheidet in einem solchen Fall nur aus, wenn das grundlos verlegende Krankenhaus trotz sorgfältiger Wirtschaftlichkeitsprüfung ausnahmsweise davon ausgehen durfte, die Verlegung werde keine Mehrkosten verursachen. Nicht entscheidend ist demgegenüber, ob das verlegende Krankenhaus die entstehenden Kosten im Einzelnen im Voraus abschätzen konnte. *Quelle: Terminsmitteilung des BSG zu Ur. v. 16.05.2024, B 1 KR 29/22 R*

LSG Brandenburg: Schiedsstellen haben gewissen Entscheidungsspielraum zur Preisermittlung bei digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat in erster Instanz zur Preisermittlung bei digitalen Gesundheitsanwendungen entschieden. Dieses Urteil stellt zugleich die erste Entscheidung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg zu dieser Frage dar.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), z.B. Software oder Apps zur Behandlung von Depressionen oder chronischen Schmerzen, wurden als neue Leistungsart 2019 in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Nach der gesetzlichen Konzeption entscheidet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) über die Aufnahme einer DiGA in das DiGA-Verzeichnis (quasi eine Zulassung). Anschließend verhandelt der DiGA-Hersteller mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über den Vergütungsbetrag (Preis). Kommt es hier zu keiner Einigung, entscheidet die hierfür gebildete Schiedsstelle.

Im konkreten Fall ging es um eine DiGA zur Behandlung der Adipositas (Fettleibigkeit). Die Schiedsstelle hatte einen Vergütungsbetrag von 218 Euro für eine Anwendungsdauer von 90 Tagen festgesetzt. Dagegen wandte sich die Herstellerin der DiGA u.a. mit dem Einwand, nur mit einem höheren Preis sei sie wirtschaftlich überlebensfähig.

Das Landessozialgericht hat die Klage der Herstellerin weitgehend abgewiesen. Der Schiedsspruch war im Wesentlichen durch den weitreichenden Entschei-



dungsspielraum der Schiedsstelle gedeckt. Ihm ist zumindest andeutungsweise eine Begründung zu entnehmen. Dies genügt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu anderen Schiedsverfahren im SGB V. Dass die Schiedsstelle – ohne hierzu verpflichtet zu sein – Rechenschritte zur Herleitung des o.g. Betrags offengelegt hat, ging nicht zu ihren Lasten, selbst wenn ihre zugrunde liegenden Annahmen nicht immer zutreffend gewesen sein. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg Försterweg 2 - 6, 14482 Potsdam Potsdam, 27. Februar 2025 sollten. Ohne Bedeutung war, ob der Vergütungsbetrag die Herstellerin – wie von ihr vorgetragen – in eine schwere wirtschaftliche Krise führte. Die Klage hatte nur für einen Zeitraum Erfolg, in dem die DiGA nur zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen war. Soweit die Schiedsstelle für diesen Zeitraum einen Betrag von ca. 185 Euro festsetzte, hat das Landessozialgericht den Schiedsspruch aufgehoben und die Schiedsstelle zur erneuten Entscheidung verpflichtet. Denn in diesem Punkt legte sie einen unzutreffenden Sachverhalt zugrunde. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Der Senat hat wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen. Die schriftliche Begründung der Entscheidung liegt noch nicht vor. Sie wird demnächst als Anhang zu dieser Pressemitteilung auf der Internetseite des Landessozialgerichts veröffentlicht.

Quelle: Pressemitteilung des LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 20.02.2025, L 4 KR 196/23 KL

LSG Schleswig-Holstein: Keine arztbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Berufsausübungsgemeinschaft

Das Landessozialgericht Schleswig-Holstein hat geurteilt, dass das Abrechnungsverhalten für abgerechnete Einzelleistungen (GOP EBM-Ä) von Mitgliedern einer BAG aus Vertragsärzten nicht arztbezogen auf Wirtschaftlichkeit zu prüfen sei.

Die Beteiligten streiten über eine Honorarkürzung für abgerechnete ärztliche Leistungen im Wege einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der Kläger ist als Arzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und betreibt mit einer Ärztin für Allgemeinmedizin eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Die Prüfungsstelle der Vertragsärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein (Prüfstelle) stellte für die Quartale II/2015 und III/2015 fest, dass der Kläger die GOP 01435 EBM-Ä („Haus/Fachärztliche Bereitschaftspauschale“) im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt öfter abgerechnet hatte (Mitteilung vom 24. November 2016). Nach Anhörung des Klägers setzte die Prüfungsstelle mit Bescheid vom 5. September 2017 einen Regress für das Quartal II/2015 iHv 356,20 Euro und für das Quartal III/2015 iHv 771,12 Euro fest. Unter Berücksichtigung der Ansatzfrequenzen der für diese Prüfung gebildeten Untergruppe der in einer BAG tätigen Hausärzte von 5,1 (Quartal II/2015) und 4,8 (Quartal III/2015) überschreite der Kläger den doppelten Untergruppenwert um 52 bzw. 119 abgerechnete Leistungen der GOP 01435 EBM-Ä, die als unwirtschaftlich zu kürzen seien. Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein. Gegen einen Regress brachte er vor, die arztbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung sei in einer Gemeinschaftspraxis un-



zulässig, da eine BAG als Leistungserbringer abrechne und insoweit geprüft werden müsse. Eine arztbezogene Prüfung in einer BAG mache es unmöglich, in einer BAG die Abrede zu treffen, eine Leistung werde nur von einem BAG-Mitglied erbracht. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück. Der Kläger erhob daraufhin Klage zum Sozialgericht, welches die Klage abwies. Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers.

Das LSG entschied, dass die Anwendung der für die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Einzelleistungen maßgeblichen Grundsätze und der Maßstäbe für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten zwar dazu führen, dass der Beschluss des Beklagten vom 29. November 2019 methodisch dem Grunde nach zutreffend sei. Dennoch sei der Beschluss gleichwohl rechtsfehlerhaft, weil der Regress hätte praxisbezogen geprüft und gegenüber der BAG hätte festgesetzt werden müssen. Denn der Beklagte hätte berücksichtigen müssen, dass der Kläger in den geprüften Quartalen nicht in einer Einzelpraxis vertragsärztlich tätig war, sondern in einer Berufsausübungsgemeinschaft. In § 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V ist eine „arztbezogene Prüfung ärztlicher (...) Leistungen“ vorgesehen. Dabei sind sowohl die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit in Einzelpraxis (§ 19 Ärzte-ZV) als auch die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern als örtliche Berufsausübungsgemeinschaft oder als überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zulässig (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV). Mit den Vertragsärzten seien regelmäßig auch die in einer BAG verbundenen Vertragsärzte gemeint, ohne dass eine Aussage dazu getroffen wird, ob ein Anspruch der BAG oder dem

einzelnen Arzt als deren Mitglied zusteht. In der Rechtsprechung des BSG sei insoweit aber geklärt, dass Adressat des Honorarbescheides im Falle der gemeinschaftlichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit die nach § 33 Abs. 3 iVm Abs. 2 Ärzte-ZV genehmigte BAG und nicht der einzelne Arzt ist, der der BAG angehört. Die BAG trete der KÄV wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenüber und rechne ihre Leistungen unter einer Abrechnungsnummer ab. Dementsprechend sei sie rechtlich gesehen eine Praxis. Sie erwerbe gegenüber der KÄV Honoraransprüche und sei ggf. zur Rückzahlung überzahlten Honorars verpflichtet. Für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Honorarfestsetzung gelte im Grundsatz nichts anderes als für die erstmalige Festsetzung. Folglich werde auch die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise nicht bezogen auf den einzelnen Arzt, sondern bezogen auf die Gemeinschaftspraxis als Einheit geprüft. Lösen die Abrechnungen oder Verordnungen der BAG Rückzahlungs- und Regressansprüche der Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung aus, habe dafür die Gemeinschaftspraxis einzustehen. Diese Einstandspflicht könne durch vertragliche Vereinbarung zwischen den Gesellschaftern der Gemeinschaftspraxis nicht im Außenverhältnis zu den Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Neben die Verpflichtung (bzw. Haftung) der Gemeinschaftspraxis trete somit eine solche ihrer Gesellschafter. Es entspreche ständiger Rechtsprechung des BSG, dass für Regressansprüche der Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung nicht nur die Gemeinschaftspraxis selbst einzustehen habe, sondern auch jedes ihrer Mitglieder. Sie seien persönlich haftende Schuldner für Forderungen gegen die



Gemeinschaftspraxis, die sich z.B. im Falle rechtswidrigen Behandlungs- oder Ordnungsverhaltens von Praxispartnern ergeben. Als Gesellschafter müssten sie für solche Forderungen gegen die Gemeinschaftspraxis auch in eigener Person einstehen; sie könnten jeder für sich in Anspruch genommen werden. Diese Einstandspflicht könne durch vertragliche Vereinbarung zwischen den Gesellschaftern der Gemeinschaftspraxis nicht im Außenverhältnis zu den Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Dementsprechend seien Regress- bzw. Rückforderungsbescheide, die nur gegen einen Partner der Gemeinschaftspraxis gerichtet sind, nicht zu beanstanden. Folglich könne ein Praxispartner Forderungen, die gegenüber der Gemeinschaftspraxis/BAG geltend gemacht werden, wahlweise zusammen mit seinen Praxispartnern gemeinschaftlich abwehren, oder er könne sie – sowohl wenn sie nur gegenüber der Gemeinschaftspraxis als auch wenn sie auch ihm selbst gegenüber geltend gemacht werden – allein abwehren. Gemessen an diesen Grundsätzen sei es dem Grunde nach zulässig und rechtmäßig, dass die Prüfungsgremien sich an die Mitglieder einer BAG – vorliegend den Kläger - wenden und ihnen gegenüber einen Regress für von der BAG unwirtschaftlich erbrachte Leistungen geltend machen. Allerdings sei der Kläger nicht als Gesamtschuldner für einen Regress in Anspruch genommen werden, der auf der Grundlage einer Prüfung der Abrechnungsdaten der BAG erfolgte, sondern lediglich aufgrund der unter seiner LANR abgerechneten Leistungen. Das sei methodisch fehlerhaft und stellt auch kein rechtmäßiges „wesensgleiches Minus“ gegenüber einer Prüfung des Abrechnungsverhaltens der BAG für die GOP 01435 EBM-Ä dar, für das der

Kläger als Praxispartner gesamtschuldnerisch anteilig in Anspruch genommen wird. Der Beschluss des Beklagten sei daher nach Auffassung des Senats unter diesem Gesichtspunkt aufzuheben und der Beklagte sei gleichzeitig zur Neubescheidung zu verpflichten.

Quelle: LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 27.08.2024, L 4 KA 7/22

LSG BaWü: Medizinische Begründung für Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer als Voraussetzung für Fälligkeit der Vergütungsforderung

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) hat in seinem Urteil ausgeführt, dass Krankenhäuser auch nach Beendigung der stationären Behandlung eines Versicherten gem § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V auf Verlangen der Krankenkasse verpflichtet seien, bei Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer eine medizinische Begründung hierfür an die Krankenkasse zu übermitteln. Damit, dass in der Schlussrechnung und im Entlassdatensatz die Diagnosen und Prozeduren aufgeführt sind, erfülle das Krankenhaus die Pflicht zur medizinischen Begründung nicht. Komme das Krankenhaus dem Verlangen der Krankenkasse nicht nach, ist die Vergütungsforderung nicht fällig. Dies berechtige die Krankenkasse die Forderung nicht zu erfüllen.

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung. Die Klägerin ist Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses. Der bei der beklagten Krankenkasse Versicherte wurde am 18.12.2019 im Krankenhaus der Klägerin mit einer Schenkelhalsfraktur als Notfall aufgenommen und, nachdem die Kläge-



rin der Beklagten im Wege des elektronischen Datenaustausches zunächst in der Aufnahmeanzeige eine geplante Entlassung am 28.12.2019 mitgeteilt hatte, bis 03.01.2020 vollstationär behandelt. Mit Rechnung vom 13.02.2020 forderte die Klägerin für die stationäre Behandlung des Versicherten auf der Grundlage der DRG I08G eine Vergütung i.H.v. insgesamt 6.641,11 €. Am 20.02.2020 bat die Beklagte die Klägerin bis zum 06.03.2020 um eine medizinische Begründung nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V für die Überschreitung des angegebenen voraussichtlichen Entlassdatums und wies darauf hin, dass bei fehlender Begründung der Zuschlag zur OGVD nicht fällig werde. Die Klägerin legte eine medizinische Begründung nicht vor. Am 16.03.2020 zahlte die Beklagte ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MD) an die Klägerin einen Betrag i.H.v. 5.278,56 €. Den OGVD-Zuschlag i.H.v. 1.362,55 € zahlte sie nicht. Im November 2021 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Stuttgart (SG). Das SG gab der Klage statt. Hiergegen wehrt sich die Beklagte im Rahmen der Berufung.

Das LSG entschied, dass die Berufung der Beklagten begründet sei. Der Klägerin stehe wegen der stationären Behandlung des Versicherten neben dem von der Beklagten bereits gezahlten Betrag i.H.v. 5.278,56 € kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus geforderten 1.362,55 € und auch kein Zinsanspruch zu. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf den Zuschlag für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer. Das SG habe der Klage zu Unrecht stattgegeben. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehe – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der

Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist. Ob und ggf. mit welcher Dauer hier Krankenhausbehandlung erforderlich war, was nach der Rechtsprechung des BSG von der Krankenkasse und im Streitfall von den Gerichten selbstständig zu prüfen und zu entscheiden ist, ohne dass dabei den Krankenhausärzten eine Einschätzungsprärogative zukommt, müsse hier nicht entschieden werden. Denn der Klägerin stehe der Zuschlag für die OGVD bereits deshalb nicht zu, weil sie den Anspruch nicht formal ordnungsgemäß abgerechnet habe. Der Vergütungsanspruch der Klägerin für den Zuschlag zur OGVD sei bei Rechnungsstellung nicht fällig gewesen. Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten sei eine formal ordnungsgemäße Abrechnung. In diesem Sinne regle § 19 des Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V für das Land Baden-Württemberg (KHBW) in der vom 01.01.2006 bis 31.12.2022 geltenden Fassung, dass die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen habe. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setze eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten voraus, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Fehle es an einer dieser Angaben, so trete mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein. Die Vergütungsforderung werde in



diesem Falle erst fällig, wenn das Krankenhaus seine Informationsobligationen und ggf. -pflichten gegenüber der Krankenkasse erfüllt habe. Gegen die sich aus § 301 SGB V ergebende Informationspflicht habe die Klägerin hier verstoßen. Sie habe die Anfrage der Beklagten bzgl. der Überschreitung des voraussichtlichen Entlassdatums nicht beantwortet. Sie habe keine medizinische Begründung zur Verweildauer gegeben. Krankenkassen seien nach § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V berechtigt, bei Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer vom Krankenhaus eine medizinische Begründung zu verlangen. Die Nachfragemöglichkeit der Krankenkassen sei gesetzlich geregelt worden, da die Angabe der voraussichtlichen Verweildauer sowie die medizinische Begründung bei einer Verlängerung Voraussetzung für die Prüfung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen seien. Von dieser Anfragemöglichkeit habe die Beklagte wegen der längeren als zunächst prognostizierten Behandlungsdauer hier Gebrauch gemacht. Dass die Beklagte das Verlangen ohne erläuternde Ausführungen äußerte, genüge. Hieraus ergebe sich die in § 301 Abs. 1 S. 1 Hs. 1 SGB V ausdrücklich angeordnete Pflicht der Klägerin („Krankenhäuser ... sind verpflichtet“), eine medizinische Begründung an die Beklagte zu übermitteln. Nach dem Wortlaut des Gesetzes schulde das Krankenhaus auf Verlangen der Krankenkasse nicht lediglich eine Bestätigung der abgerechneten Verweildauer oder eine Bestätigung, dass medizinische Umstände die Behandlungsdauer verursacht haben. Das Krankenhaus sei vielmehr verpflichtet, eine inhaltliche Begründung zu liefern, welche konkreten medizinischen Sachverhaltsumstände zum längeren Behand-

lungsverlauf geführt haben. Erst eine solche Begründung ermögliche der Krankenkasse über die Notwendigkeit der Beauftragung des MD zu entscheiden. Die Klägerin habe hier keine solche medizinische Begründung abgegeben; sie habe sich auf Nachfrage der Beklagten überhaupt nicht geäußert. Damit, dass die Klägerin in der Schlussrechnung und im Entlassdatensatz die Diagnosen und Prozeduren angeführt hat, habe sie die ihr obliegende Informationspflicht nicht erfüllt. Hierbei handele es sich um voneinander zu trennende Angaben. Beide Verpflichtungen, die Verpflichtung zur Übermittlung der Diagnosen und die Verpflichtung zur Übermittlung der medizinischen Begründung für das Überschreiten der voraussichtlichen Verweildauer würden sich aus § 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ergeben. Danach seien zum einen die Diagnosen und zum anderen die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung im Wege elektronischer Datenübertragung der Beklagten zu melden. Aus dem Wortlaut des § 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ergebe sich insoweit eindeutig, dass es sich hier um getrennte Meldungen handele. Die Übermittlung der Diagnosen ersetze nicht die medizinische Begründung für die Überschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung. Allein eine Diagnose rechtfertige nicht per se die Überschreitung der zunächst gemeldeten geplanten Entlassung. Verletze ein Krankenhaus – wie hier – fälligkeitsbegründende Informationspflichten sei die Vergütungsforderung nicht fällig. Dies berechtige die Beklagte dazu, die Forderung nicht zu erfüllen.

Quelle: LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.10.2024, L 5 KR 1855/23



OLG Dresden: Krankenhaus muss sich unzureichender Risikoauflärung des kooperierenden Radiologen zu-rechnen lassen

Die unzureichende Risikoauflärung durch einen vom Krankenhaus aufgrund eines Kooperationsvertrages in die Behandlung einbezogenen Radiologen, muss sich der Krankenhausträger zu-rechnen lassen, entschied das Oberlandesgericht Dresden (OLG).

Der Kläger macht Ansprüche wegen behaupteter ärztlicher fehlerhafter Behandlung geltend. Der Kläger wurde wegen anhaltender bronchitischer Symptome von seinem Hausarzt wegen Verdacht auf Lungenembolie am 27.01.2020 zur stationären Behandlung in die Klinik der Beklagten eingewiesen. Dort wurde er in der Notaufnahme untersucht. Der Kläger wurde von der Beklagten zur Durchführung eines Kontrastmittel-CT in eine radiologische Praxis überwiesen. Diese radiologische Praxis ist Kooperationspartner der Beklagten und rechnet ihre Leistungen auch ihr gegenüber ab. Ein Aufklärungsgespräch wurde im Hause der Beklagten nicht durchgeführt. Der Kläger und eine Ärztin der radiologischen Praxis unterzeichneten einen Aufklärungsbogen. Die Untersuchung ergab eine rechtsseitige Lungenarterienembolie. Der Kläger erlitt im Anschluss ein beidseitiges akutes Nierenversagen und wurde am 31.01.2021 in eine Klinik für Nephrologie verlegt, wo er bis zum 22.02.2021 stationär behandelt wurde. Bis zum 29.03.2021 erfolgten dreimal wöchentlich Dialysen. Die im Nachgang durchgeführte Nierenpunktion bestätigte eine membranöse Glomerulonephritis (chronisch entzündliche Erkrankung der Nierenkörperchen). Der Kläger hat beanstandet, dass die Beklagte das CT mit

Kontrastmittel ohne jegliches Aufklärungsgespräch veranlasst habe. Es sei weder auf die Risiken einer Kontrastmittelgabe bei einer Nierenerkrankung noch über Behandlungsalternativen, wie z.B. eine Lungenperfusionsszintigraphie oder ein MRT mit dem Kontrastmittel Gadolinium aufgeklärt worden. Die Applikation des Kontrastmittels bei bekanntem Verdacht eines nephrotischen Syndromes stelle einen groben Verstoß gegen den Facharztstandard dar. Die Beklagte hätte dies nicht veranlassen dürfen. Wegen der Gabe des Kontrastmittels sei es zu einem beidseitigen vermeidbaren Nierenversagen gekommen.

Das OLG kam zu dem Ergebnis, dass dem Kläger gegen die Beklagte kein Anspruch auf Schadensersatz und Schmerzensgeld gemäß §§ 630 a ff., 823, 253 BGB zustehe. Die Beklagte sei nicht verpflichtet gewesen den Kläger über die kontrastmittelgestützte CT Untersuchung aufzuklären (1). Sie müsse sich allerdings das Verhalten der Streithelfer gemäß § 278 BGB zurechnen lassen (2). Eine Aufklärung über Behandlungsalternativen sei nicht geboten gewesen (3). Die Risikoauflärung der Streithelfer sei nicht ausreichend gewesen. Gleichwohl bestünde keine Haftung, denn die Beklagte könne sich mit Erfolg auf eine hypothetische Einwilligung des Klägers berufen (4). Des Weiteren sei dem Kläger der Beweis dafür, dass die kontrastmittelgestützte CT Untersuchung kausal für das Nierenversagen geworden ist, nicht gelungen (5).

Die Beklagte sei nicht zur Aufklärung verpflichtet gewesen. Vielmehr habe diese Pflicht die Ärzte der radiologischen Praxis getroffen. Die Untersuchung sei in ihr Fachgebiet gefallen, weshalb es auch ihrem Verantwortungsbereich oblag, den



Patienten aufzuklären. Jeder behandelnde Arzt sei verpflichtet, den Patienten hinsichtlich der von ihm übernommenen Behandlungsaufgabe aufzuklären. Seien mehrere Ärzte an der Behandlung eines Patienten beteiligt, so sei grundsätzlich zunächst jeder für diejenigen Eingriffe und Behandlungsmaßnahmen aufklärungspflichtig, die er selbst durchführt und nur soweit sein Fachgebiet betroffen ist. Die Beklagte müsse sich jedoch im vorliegenden Fall eine fehlerhafte Aufklärung zurechnen lassen, denn die Ärzte der radiologischen Praxis seien Erfüllungsgehilfen der Beklagten, § 278 BGB. In der Regel werde der hinzugezogene Arzt zwar weder als Verrichtungsgehilfe noch als Erfüllungsgehilfe des überweisenden Arztes tätig, schon weil ihm in der Regel dessen Gebietszulassung fehlen und er häufig entweder über den zuziehenden Arzt als bevollmächtigter Vertreter des Patienten oder selbst einen Vertrag mit dem Patienten abschließen wird. Jedoch hafte ein Krankenhausträger einem Patienten für Arztfehler eines Konsiliararztes als seines Erfüllungsgehilfen aus Vertrag (§ 278 BGB), wenn der Konsiliararzt hinzugezogen wird, weil es dem Krankenhaus an eigenem fachkundigen ärztlichen Personal mangelt, der Krankenhausträger mit den Leistungen des Konsiliararztes seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten erfüllt und die Honorierung des Konsiliararztes durch den Krankenhausträger erfolgt. Der Behandlungsvertrag des Patienten mit dem Krankenhaus umfasse grundsätzlich alle notwendigen Behandlungsleistungen einschließlich der Leistungen, die ein Krankenhaus von einem Dritten bezieht. Diese Voraussetzungen seien hier erfüllt. Die radiologische Praxis sei Kooperationspartner der Beklagten und rechnet auch ihr gegenüber ab. Unabhängig von der Frage, ob

die Streithelfer angesichts des konkreten Überweisungsauftrages „CT Thorax“ und „Frage nach LAE“ überhaupt verpflichtet gewesen wären über eine Lungenperfusionsszintigraphie (die in ihrem Hause mangels Ausstattung und fehlender Fachärzte für Nuklearmedizin nicht hätte durchgeführt werden können) aufzuklären, habe eine Aufklärungspflicht schon deshalb nicht bestanden, weil es sich nicht um eine echte Behandlungsalternative gehandelt habe. Der Sachverständige habe das kontrastmittelgestützte CT für den Kläger in der konkreten Notfallsituation für indiziert gehalten und als Methode der Wahl und Goldstandard bezeichnet. Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten erfordere die Unterrichtung über Alternativen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die wesentlich unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen aufweisen. Bestehe danach eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten, dann müsse diesem nach entsprechend vollständiger ärztlicher Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, auf welchem Wege die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will. Maßgeblich für das Vorhandensein aufklärungspflichtiger Behandlungsalternativen sei insoweit vielmehr - wie es auch in § 630 e Abs. 1 BGB formuliert ist - das Bestehen „wesentlicher“ Unterschiede. Es müsse sich mithin um einen Unterschied von Gewicht handeln und nicht nur um eine geringfügig niedrigere Komplikationsrate. Der Kläger sei in der radiologische Praxis vor der Untersuchung nicht über das Risiko einer Nierenschädigung bei einem kontrastmittelgestütztem CT hingewiesen worden. Der Sachverständige habe jedoch eine solche Aufklärung auch unter Berücksichti-



gung der Notfallsituation für geboten gehalten. Gleichwohl haften die Beklagte dafür nicht, denn sie könne sich mit Erfolg auf eine hypothetische Einwilligung des Klägers berufen. Beruft sich der Arzt - wie hier - auf die hypothetische Einwilligung des Patienten, so könne dieser den ärztlichen Einwand dadurch entkräften, dass er nachvollziehbar geltend macht, er hätte sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem echten Entscheidungskonflikt befunden. Das OLG vermag dem Kläger nicht zu glauben, dass er sich bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung in einem Entscheidungskonflikt befunden hätte. Angesichts des Umstandes, dass die Lungenembolie lebensbedrohlich und ein dringend abklärungsbedürftiger Notfall war und im Falle der Kontrastmittelgabe das Risiko einer Nierenfunktionsstörung bis hin zu einem dialysepflichtigem Nierenversagen bestand, sei nicht zu glauben, dass der Kläger seine Zustimmung verweigert hätte, um sich Bedenkzeit zu verschaffen oder eine Zweitmeinung einzuholen. Auch sei dem Kläger der Beweis dafür, dass das Nierenversagen auf die Kontrastmittelgabe zurückzuführen ist, nicht gelungen.

Quelle: OLG Dresden, Urt. v. 15.10.2024, 4 U 100/24

VG Hannover: Anfechtung der Genehmigung eines Heimversorgungsvertrags durch den Inhaber einer konkurrierenden Apotheke

Das Verwaltungsgericht Hannover (VG) hat entschieden, dass § 12a Apothekengesetz (ApoG) nicht dem Schutz konkurrierender Wettbewerber zu dienen bestimmt ist.

Die Klägerin wendet sich gegen die der E-Apotheke von der Beklagten erteilte

Genehmigung des zwischen der E-Apotheke und einem Seniorenzentrum geschlossenen Vertrages zur Versorgung von Bewohnern des Pflegeheims mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten (Heimversorgungsvertrag). Die Klägerin ist Eigentümerin der G-Apotheke. Sie verfügte selbst über einen Heimversorgungsvertrag mit dem Heimträger des Seniorenzentrums „I.“ GmbH, der von der Beklagten am 12.11.2018 genehmigt worden war. Der Heimträger des Seniorenzentrums „I.“ GmbH schloss sodann am 12.09.2022 einen (weiteren) Heimversorgungsvertrag mit Beginn zum 01.01.2023 mit der E-Apotheke. Die Beklagte genehmigte diesen am 13.10.2022. Zuvor war ihr ein am 28.10.2021 datiertes, an die Klägerin adressiertes Schreiben dieses Heimträgers, mit dem jener den Heimversorgungsvertrag mit der Klägerin zum 31.12.2022 kündigte, vorgelegt worden. Nachdem die Klägerin der Beklagten telefonisch mitgeteilt hatte, dass der zwischen ihr und dem Heimträger des Seniorenzentrums „I.“ GmbH geschlossene Heimversorgungsvertrag ihrer Auffassung nach nicht zum 31.12.2022 ende, nahm die Beklagte Kontakt mit dem Seniorenzentrum „I.“ GmbH auf. Man teilte der Beklagten mit, dass eine weitere Kündigung zum 31.12.2022 ausgesprochen worden sei. Mit Schreiben vom 25.01.2023 forderten die Prozessbevollmächtigten der Klägerin die Beklagte auf, die Genehmigung des Heimversorgungsvertrages zwischen der E-Apotheke und dem Pflegeheim „I.“ GmbH zurückzunehmen. Die Beklagte teilte den Prozessbevollmächtigten der Klägerin daraufhin telefonisch mit, dass eine Rücknahme nicht zu veranlassen sei. Sie habe nicht zu prüfen, ob eine Kündigung zugegangen und damit wirksam sei. Voraussetzung für die



Genehmigung nach § 12a ApoG sei lediglich die Vorlage eines Kündigungsschreibens, welche erfolgt sei. Die Klägerin erhob daraufhin Klage.

Das VG entschied, dass die Klage mangels Klagebefugnis bereits unzulässig sei. Die Klägerin könne nicht geltend machen, die Genehmigung des Heimversorgungsvertrages zwischen dem Seniorenzentrum „I.“ GmbH und der E-Apotheke verstoße gegen eine ihren Schutz bezweckende Norm. Nach § 12a Abs. 1 ApoG sei der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke verpflichtet, zur Versorgung von Bewohnern von Heimen im Sinne des § 1 HeimG mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten mit dem Träger der Heime einen schriftlichen Vertrag zu schließen. Der Vertrag bedürfe zu seiner Rechtswirksamkeit der Genehmigung der zuständigen Behörde. Die Genehmigung sei zu erteilen, wenn 1. die öffentliche Apotheke und die zu versorgenden Heime innerhalb desselben Kreises oder derselben kreisfreien Stadt oder in einander benachbarten Kreisen oder kreisfreien Städten liegen, 2. die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung gewährleistet ist, insbesondere Art und Umfang der Versorgung, das Zutrittsrecht zum Heim sowie die Pflichten zur Überprüfung der ordnungsgemäßen, bewohnerbezogenen Aufbewahrung der von ihm gelieferten Produkte durch pharmazeutisches Personal der Apotheke sowie die Dokumentation dieser Versorgung vertraglich festgelegt sind, 3. die Pflichten des Apothekers zur Information und Beratung von Heimbewohnern und des für die Verabreichung oder Anwendung der gelieferten Produkte Verantwortlichen festgelegt sind, soweit eine Information und Beratung zur Sicherheit

der Heimbewohner oder der Beschäftigten des Heimes erforderlich sind, 4. der Vertrag die freie Apothekenwahl von Heimbewohnern nicht einschränkt und 5. der Vertrag keine Ausschließlichkeitsbindung zugunsten einer Apotheke enthält und die Zuständigkeitsbereiche mehrerer an der Versorgung beteiligter Apotheken klar abgrenzt. Dem Wortlaut der Vorschrift lasse sich nicht entnehmen, dass diese konkurrierenden Zugangsinteressen von Mitbewerbern in ihr Entscheidungsprogramm aufnimmt, sie gewichtet und einer horizontalen Ausgleichsordnung zuführt. Dies folge insbesondere auch nicht aus § 12 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 ApoG. Das Erfordernis einer fehlenden Ausschließlichkeitsbindung vermöge ebenso gut der Versorgungssicherheit der am jeweiligen Heimversorgungsvertrag beteiligten Einrichtung dienen, die klare Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche mehrerer an der Versorgung beteiligter Apotheken einer sachgerechten Kontrolle der entsprechenden Arzneimittelbestände durch die versorgende Apotheke. Der Wortlaut der Norm lasse insofern keinen Rückschluss darauf zu, dass diese Zugangsinteressen von Mitbewerbern dienen soll bzw. zum Schutz Dritter bestimmt ist. Der Normzweck spreche dagegen, § 12a ApoG eine drittschützende Wirkung beizumessen. Die Zwischenschaltung der Apotheken bei der Abgabe von Arzneimitteln diene allgemein einer ordnungsgemäßen, d.h. sicheren und qualitativ hochwertigen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Das Ziel einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung umfasse die Belange der Arzneimittelsicherheit (vgl. § 1 AMG), des Verbraucherschutzes und der Versorgungssicherheit. § 1 Abs. 1 ApoG weise die Gewährleistung einer sicheren Arzneimittelversorgung den Apotheken



ausdrücklich als eine im öffentlichen Interesse liegende Aufgabe zu. Konkret würden § 12a ApoG und das Genehmigungserfordernis darüber hinaus dem Schutz der Heimbewohner und der Beschäftigten des Heims dienen. Auch die Entstehungsgeschichte zeige, dass § 12a ApoG nicht individuellen Interessen von Wettbewerbern zu dienen bestimmt ist. Mit der Einführung von § 12 a ApoG habe der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung getragen, dass durch die Einführung der 2. Stufe zur Pflegeversicherung eine Anzahl von Krankenhausbetten oder Betten in gleichgestellten Einrichtungen in stationäre Pflegebetten umgewandelt worden und damit aus der Versorgung nach § 14 ApoG herausgefallen waren. Für sie sei daher eine sachgerechte Kontrolle der entsprechenden Arzneimittelbestände durch Apotheker nicht mehr sichergestellt gewesen. Zusätzlich seien den Krankenkassen erhebliche Mehrkosten für Arzneimittel entstanden, da eine vertragliche Regelung zwischen Heimträgern und öffentlichen Apotheken oder Krankenhausapotheken für eine kostengünstigere und verbesserte Arzneimittelversorgung nach der seinerzeitigen Gesetzeslage nicht möglich war. Vorrangiges Ziel des Gesetzentwurfs sei daher eine Erhöhung der Arzneimittelsicherheit sowie eine kostengünstigere und teilweise auch einfachere Arzneimittelversorgung gewesen. Dazu sollte die direkte Abgabe von Arzneimitteln an Patienten bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus sowie bei Entlassung am Wochenende oder vor einem Feiertag ermöglicht werden. Pflegeheime seien unter bestimmten Voraussetzungen Kur- und Spezialeinrichtungen bei der Arzneimittelversorgung gleichgestellt worden; die übrigen Pflegeheime sollten die Versorgung durch eine öffentliche Apotheke einzelvertraglich vereinbaren

können. Hiernach diene die Vorschrift in erster Linie öffentlichen Interessen, während Individualinteressen allein insoweit in den Blick genommen seien, als im Lichte der nach Art. 12 Abs. 1 GG gewährleisteten Berufsausübungsfreiheit auf die Belange der Antragsteller einer Heimversorgungserlaubnis Rücksicht zu nehmen ist. Soweit die Klägerin vorträgt, der Gesetzgeber schütze mit der Bestimmung des § 12a Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 ApoG, wonach mehrere Apotheken gleichzeitig oder auch im turnusmäßigen Wechsel die Versorgung übernehmen dürfen, die Interessen der Wettbewerber, sei diesem Gedanken mit Blick auf die Gesetzesbegründung nicht zu folgen. So lasse § 12a Abs.1 ApoG zwar Wettbewerb zu bzw. setze diesen als existent voraus. Die Norm sei aber nicht geschaffen worden, um den Wettbewerb überhaupt erst zuzulassen. Ausdrücklich werde klargestellt, dass das Genehmigungsverfahren bei der zuständigen Behörde unter anderem dem Ziel diene, prüfen zu können, ob der Vertrag der Versorgung diene und die geltenden Bestimmungen beachtet werden. Der Wortlaut „unter anderem“ meine dabei nicht, dass das Genehmigungsverfahren im Übrigen die Interessen der Wettbewerber schütze - ein solches Ziel lasse sich dem gesamten Gesetzgebungsverfahren nicht entnehmen -, sondern nehme Bezug auf die übrigen im Gesetzesentwurf benannten Ziele: namentlich die Erhöhung der Arzneimittelsicherheit sowie der Schutz der Heimbewohner und der Beschäftigten des Heimes. Ziel des § 12a Abs. 1 S. 3 Nr. 5 ApoG sei die Versorgungssicherheit der Heimbewohner, nicht aber der Schutz konkurrierender Wettbewerber.

Quelle: VG Hannover, Urt. v. 18.11.2024, 7 A 2014/23



Kanzlei für Gesundheitsrecht

PROF. SCHLEGEL, HOHMANN, DIARRA & PARTNER



Kontaktdaten

Büro Frankfurt / Main

Hanauer Landstraße 328-330

60134 Frankfurt am Main

Telefon (069) 94 74 15 70

E-Mail: Frankfurt@GesundheitsRecht.com

Büro Hamburg

Brandswiete 4

20457 Hamburg

Telefon (040) 39 10 69 70

E-Mail: Hamburg@GesundheitsRecht.com

Büro Köln

Oberländer Ufer 184

50968 Köln (Marienburg)

Telefon (0221) 67 00 99 - 0

E-Mail: Koeln@GesundheitsRecht.com



ECHO

Schreiben Sie uns, wenn Sie sich für besondere Themenschwerpunkte interessieren oder Fragen zu den aktuellen Themen haben.

Fax: 069 / 94 74 157-19

E-Mail: frankfurt@gesundheitsrecht.com

Name,

Titel:

Vorname:

Unternehmen/Praxis:

Telefon:

E-Mail:

Themenschwerpunkt/Frage:
