S 13 KR 337/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Marburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 KR 337/19
Datum	15.09.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 277/22
Datum	14.03.2024

3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Die Beklagte wird verurteilt, $\frac{1}{4}$ ber den urspr $\frac{1}{4}$ nglich eingeklagten und im Verfahren beglichenen Betrag in H $\frac{1}{4}$ he von 23.293,12 $\frac{1}{4}$ hinaus der Kl $\frac{1}{4}$ gerin Zinsen in H $\frac{1}{4}$ he von 5 Prozentpunkten $\frac{1}{4}$ ber dem jeweiligen Basiszinssatz aus dem Betrag von 23.293,12 $\frac{1}{4}$ seit dem 24.08.2019 zu zahlen.

2. Die Beklagte hat die Gerichtskosten und die notwendigen au $\frac{1}{4}$ ergerichtlichen Kosten der Kl $\frac{1}{4}$ gerin zu tragen.

3. Der Streitwert wird endg $\frac{1}{4}$ ltig in H $\frac{1}{4}$ he von 23.293,12 $\frac{1}{4}$ festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Kosten einer station $\frac{1}{4}$ ren Krankenhausbehandlung.

F $\frac{1}{4}$ r die station $\frac{1}{4}$ re Behandlung der bei der Beklagten versicherten Patientin K. in ihrem Krankenhaus im Zeitraum vom 26.11.2018 bis 24.12.2018 stellte die Kl $\frac{1}{4}$ gerin einen Betrag in H $\frac{1}{4}$ he von 37.582,93 $\frac{1}{4}$ in Rechnung und $\frac{1}{4}$ bersandte der Beklagte die nach [Â§ 301](#) F $\frac{1}{4}$ nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgesehenen Daten.

Die Beklagte teilte der KlÄgerin jedoch mit, dass die Â§ 301-Daten fÄr die PrÄfung nicht ausreichen wÄrden. Es wÄrden die exakten Zeiten benÄtigt, die der Patient auf der Intensivstation gelegen hÄtte. NÄtig sei die Äbermittlung von âAufnahmetagâ mit Uhrzeit und âEntlasstag / Verlegtagâ mit Uhrzeit. Ohne diese Angaben sei eine PrÄfung der Rechnung nicht mÄglich. Sie beziehe sich bei der Anforderung der Zeiten auf der ITS auf das BSG-Urteil vom 22.04.2009 ([B 3 KR 24/07 R](#)) in dem es um die Auskunftspflichten und Mitwirkungspflichten im Rahmen eines bis zu dreistufigen PrÄfverfahrens gegangen sei. Erst anhand der vollstÄndigen Daten kÄnne die Kasse prÄfen, ob ggf. der MDK eingeschaltet werden solle. Sie fordere nur rein zeitliche, keine medizinischen Daten. Die KlÄgerin antwortete, dass mit den Â§ 301-Daten Ätzen alle Mindestangaben Äbermittelt worden seien. Alle anderen Angaben wÄrden dem Datenschutz unterliegen und dÄrften nur an den MDK weitergeleitet werden.

Die Beklagte akzeptierte diese Antwort nicht, sondern wies mit Schreiben vom 26.11.2018 darauf hin, dass der OPS 8-98* (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) nur auf einer Intensivstation bzw. in einem Intensivbett erbracht werden dÄrft. Anhand der Äbermittelten [Â§ 301 SGB V](#) Daten lasse sich diese Information jedoch nicht ableiten. Um die MDK-Ressourcen nicht unnÄtig zu belasten und den Arbeitsaufwand so gering wie mÄglich zu halten, habe man die KlÄgerin gebeten, die rein zeitlichen Daten anzugeben. Diese Angaben seien laut BSG-Rspr. ([B 3 KR 24/07 R](#)) im âdreistufigen PrÄfverfahrenâ in der ersten PrÄfstufe bereits vor Einbeziehung des MDK anzugeben. Hierbei handele es sich nicht um eine Verletzung des Datenschutzes. Die Angaben seien fÄr eine schnelle, unkomplizierte und wirtschaftliche RechnungsprÄfung nÄtig. Es werde deshalb erneut um Angaben der Intensivzeiten gebeten. Andernfalls werde die Rechnung entsprechend um den OPS 8-980.20 gekÄrzt.

Mit Schreiben vom 12.09.2019 informierte die Beklagte die KlÄgerin Äber eine RechnungskÄrzung. Da die formlose Mitteilung, in welchem Zeitraum die Behandlung der Patientin in einem Bett der Intensivmedizin erfolgt sei, bislang nicht erfolgt sei, kÄnne die Rechnung nicht geprÄft und somit auch nicht vollstÄndig bezahlt werden. Vorerst werde deshalb das Entgelt der DRG-Fallpauschale I09F vergÄtet.

Sie Äberwies im Folgenden einen Betrag in HÄhe von 14.289,81 â.

Die KlÄgerin hat am 23.12.2019 Klage am Sozialgericht Marburg erhoben. Sie trÄgt vor, gemÄ [Â§ 301 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) habe keinerlei Mitteilung der weiterbehandelnden Fachabteilung erfolgt mÄssen, da in ihrem orthopÄdischen Fachkrankenhaus die Intensivstation der OrthopÄdie zugewiesen sei. Es habe damit keine Verlegung in eine weiterbehandelnde Fachabteilung vorgelegen. Bei einer internen Verlegung auf die Intensivstation werde der FachabteilungsschlÄssel der OrthopÄdie beibehalten. Die von der Beklagten begehrte Information, wie lange sich die Versicherte auf der Intensivstation aufgehalten habe, werde gerade nicht von [Â§ 301 SGB V](#) gedeckt. Selbst bei Unterstellung der rechtsfehlerhaften Auffassung der Beklagten, hÄtte eine fehlerhafte DatenÄbermittlung die Rechtsfolge der fehlenden FÄlligkeit des

Vergütungsanspruchs. Eine solche unterstelle die Beklagte jedoch nicht, da sie einen Teilbetrag gezahlt hätte. Eine Begründungspflicht bestehe nicht. Da die Beklagte die Einschaltung des MDK unterlassen habe, unterliege sie einem medizinisch-inhaltlichen Einwendungsausschluss. Sowohl die Beziehung als auch die Verwertung der Patientenakte zu ihren Lasten sei rechtlich unzulässig. Die Versicherte habe sich die gesamte Zeit auf der Intensivstation befunden und sei von dort in die Weiterbehandlung entlassen worden. Sofern die Beklagte ernstliche Zweifel daran hege, dass die Versicherte sich für die im OPS-Code benannte Dauer auf der Intensivstation befunden habe, betreffe dies eine medizinisch-inhaltliche Frage im Einzelfall, die ausschließlich unter Berücksichtigung und Einsichtnahme der Patientenakte beantwortet werden könne. Die Beklagte habe es jedoch unterlassen, eine solche Prüfung durch den MDK einzuleiten.

Im Verfahren hat die Klägerin einen Intensivmedizinischen Verlegungsbericht vorgelegt, wonach die Patientin anästhesiologisch und intensivstationär behandelt worden ist (Bl. 83 bis 88 der Gerichtsakte).

Im Anschluss hieran hat die Beklagte die Restsumme an die Klägerin überwiesen, was die Klägerin als Teilanerkenntnis gewertet und angenommen hat.

Die Klägerin beantragte ursprünglich, die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag in Höhe von 23.293,12 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24.08.2019 zu zahlen.

Nunmehr beantragt sie,

die Beklagte über ihr seitens der Klägerin angenommenes Teilanerkenntnis hinaus zur Zahlung von Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 23.293,12 € seit dem 02.09.2019 zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, eine Überprüfung durch den MDK sei bei der Angabe der Zeiten für sie nicht erforderlich, da es sich um die formalen Angaben der Daten nach [§ 301 SGB V](#) gehandelt habe. Sie gehe von einer internen Verlegung aus, wenn ein Patient räumlich in einen anderen Krankenhausbereich umziehe und von einem neuen ärztlichen und Pflegeteam betreut werde. Das sei bei einem Wechsel in den Intensivbereich zweifelsfrei der Fall. Ob diese Fachabteilung Planungsgebiet nach dem Hamburger Krankenhausplan sei, komme es dabei nicht an. Auch wenn der Hamburger Krankenhausplan keine Zuordnung von Betten zu den Fachabteilungen für Anästhesie und Intensivmedizin vorsehe, so handele es sich doch um eigenständige Fachabteilungen, die sich räumlich von den anderen Fachbereichen abgrenzen würden und wegen ihrer hochwertigen personellen und apparativen Ausstattungen einen besonderen Status besäßen. In den § 301-Vereinbarungen sei für diesen Fachbereich daher ein eigener

Fachabteilungsschlüssel vorgesehen. Um den strittigen OPS 8-980.20 abrechnen zu können, müssen formale Voraussetzungen erfüllt werden. Die Klägerin habe als Fachabteilungsschlüssel lediglich die 2300 (Orthopädie) gemeldet. Um aber den OPS 8-980.20 abrechnen zu können, müsse der Patient auf einer Intensivstation behandelt worden sein. Gefordert sei eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation. Dies bedeute, dass der Patient sich auch dort befinden müsse, wo der Art 24 Stunden anwesend sei. Wenn die Klägerin als Fachabteilungsschlüssel für die Orthopädie liefere, sei nicht schlüssig dargelegt, dass es sich um eine Behandlung auf der Intensivstation gehandelt hätte. Es müssten alle Fachabteilungen, auf denen der Patient behandelt worden sei, auch angeliefert werden. Fehle es an einer formal ordnungsgemäßen Abrechnung, beginne die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) nicht zu laufen. Zu den eingereichten Unterlagen sei anzumerken, dass die Patientenprotokolle im eingescannten Zustand nicht lesbar seien. Daher könne sie nur Informationen aus dem Verlegungsbericht ziehen. Demnach hätte die Versicherte über den gesamten Behandlungszeitraum auf der Intensivstation gelegen. Anhand dieser Daten sei eine abschließende Prüfung erfolgt und die Restsumme an die Klägerin überwiesen. Fälligkeitsszinsen seien ihrer Auffassung nach nicht seit Rechnungsstellung zu zahlen, sondern erst seit dem Zeitpunkt der Übermittlung der Intensivzeiten. Ebenfalls müsse die Klägerin die Klagekosten zahlen, da das Verfahren vermeidbar gewesen wäre, wenn die Klägerin die übermittelten Daten bereits außerhalb des Verfahrens an die Beklagte weitergegeben hätte.

Mit Schriftsatz vom 06.09.2022 und 08.09.2022 haben die Beteiligten ihr Einverständnis in eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) gegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Das Gericht kann nach [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

I. Die Beklagte hat die ursprünglich eingeklagte Vergütungsforderung in Höhe von 23.293,12 € im Klageverfahren mit Ausnahme der Zinsen beglichen. Das hierin zum Ausdruck kommende konkludente Teilerkenntnis der Beklagten hat die Klägerin angenommen.

II. Im Rahmen der Klage ist daher nur noch über die Zinsen zu entscheiden.

Die so verstandene Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat nicht nur einen Anspruch auf den

eingeklagten Betrag in Höhe von 23.293,12 €, sondern auch auf Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 02.09.2019.

Rechtsgrundlage des Zinsanspruchs ist § 10 Abs. 4 des Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#).

Danach besteht nach Ablauf von 30 Tagen nach Übermittlung der Rechnung vom 02.08.2019 der geltend gemachte Zinsanspruch. Voraussetzung hierfür ist aber, dass die eingeklagte Hauptforderung besteht und die Forderung durch eine formal ordnungsgemäße Abrechnung fällig geworden ist.

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Die Klägerin hatte einen weiteren Vergütungsanspruch gegen die Beklagte aus der Behandlung der Patientin K. in ihrem Krankenhaus im Zeitraum vom 26.11.2018 bis 24.12.2018 in Höhe von 23.293,12 €.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (hier anzuwenden in der Fassung durch Art. 7 Nr. 8a Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.12.2018 , BGBl. I S. 2394) i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (hier anzuwenden in der Fassung durch Art. 9 Nr. 5 PpSG) sowie die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für das Jahr 2019 (Fallpauschalenvereinbarung 2019 des FPV 2019) i. V. m. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (hier anzuwenden in der Fassung durch Art. 2 Nr. 3 PpSG) ergänzt durch den Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die vollstationäre Versorgung wie hier in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts , siehe nur BSG, Urteil vom 23.06.2015, Az. [B 1 KR 26/14 R](#), juris, Rn. 34, m. w. N.; SG Marburg, Gerichtsbescheid vom 02.01.2019, Az. [S 14 KR 1/18](#), in: [BeckRS 2019, 1517](#)).

Die Klägerin hat der Beklagten eine formal ordnungsgemäße Rechnung übermittle. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht der Fälligkeit nicht entgegen, dass die Klägerin ihr auf der ersten Stufe keine weiteren Angaben übermittle hat.

Das Verfahren hinsichtlich der Vergütung von Krankenhausaufhalten zwischen den Beteiligten ist umfassend geregelt. Maßgebliche Norm ist dabei [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der Fassung vom 23.12.2016. Diese beinhaltet ein präfrechtliches Beschleunigungsgebot. [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) ordnet in Bezug auf die

Krankenhausbehandlung nach [Â§ 39 SGB V](#) an, dass eine PrÃ¼fung nach [Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) âzeitnahâ durchzufÃ¼hren ist. Dieses wird in [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) fÃ¼r den ersten PrÃ¼fabschnitt dahin prÃ¤zisiert, dass eine PrÃ¼fung spÃ¤testens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Leitet die Krankenkasse die PrÃ¼fung nicht spÃ¤testens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei ihr ein und zeigt der MDK die Einleitung der PrÃ¼fung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig nach [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) an, bewirkt dies ein sich auch auf Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot. Das Beweisverwertungsverbot des [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) knÃ¼pft an die Einleitung eines MDK-PrÃ¼fverfahrens mit dem Ziel einer Abrechnungsminderung an, das auch zum Gegenstand hat, dass das Krankenhaus im Rahmen einer EinzelfallprÃ¼fung Sozialdaten des nach [Â§ 39 SGB V](#) behandelten Versicherten dem MDK zur VerfÃ¼gung stellt. Im VerhÃltnis zwischen KrankenhÃusern, Krankenkassen und dem MDK bestehen Auskunfts- und PrÃ¼fpflichten auf drei Ebenen: Auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung hat das Krankenhaus zunÃchst alle Angaben nach [Â§ 301 Abs. 1 SGB V](#) zu machen, und zwar zutreffend und vollstÃndig. ErschlieÃen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den âmedizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten â Mitarbeitern der Krankenkassen aufgrund der gebotenen Angaben nach [Â§ 301 SGB V](#) oder eines etwaigen Kurzberichts nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein PrÃ¼fverfahren nach [Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten. Danach ist beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten und ansonsten zur VerfÃ¼gung stehenden Informationen zur PrÃ¼fung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Dazu hat die Krankenkasse dem MDK gemÃÃ [Â§ 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) alle in ihrem VerfÃ¼gungsbereich befindlichen und zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemÃÃ eingeleiteten PrÃ¼fung hat das Krankenhaus schlieÃlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung â wenn sich also unter Auswertung der auf der ersten und zweiten Stufe verfÃ¼gbaren Sozialdaten kein abschlieÃendes Ergebnis finden lÃsst â nach [Â§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) dem MDK auch Ã¼ber die Daten nach [Â§ 301 SGB V](#) und einen etwaigen Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der PrÃ¼fanfrage der Krankenkasse benÃ¶tigt werden. MDK-PrÃ¼fungen nach [Â§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#), die sich auf von den KrankenhÃusern zur VerfÃ¼gung gestellte Sozialdaten der Versicherten stÃ¼tzen sollen, betreffen nur diese dritte Stufe. Schritte der Krankenkasse, die im Vorfeld bloÃ abklÃren sollen, ob Ã¼berhaupt ein PrÃ¼fverfahren i.S. von [Â§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) einzuleiten ist, werden noch zur ersten Stufe gerechnet. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Informationsbeschaffung ohne Mithilfe des MDK datenschutzrechtlich zulÃssig und die Auswertung der gewonnenen Informationen ohne Hilfe des MDK mÃ¶glich ist.

Anhand der dargestellten GrundsÃtze ist die KlÃgerin ihren Informationspflichten auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung vollumfÃnglich nachgekommen. Sie hat die in [Â§ 301 Abs. 1 SGB V](#) aufgelisteten notwendigen Behandlungsdaten

bermittelt. Dabei ist die Ermittlung von Informationen zu den Fachabteilungen und zu durchgeführten Verlegungen grundsätzlich in [Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Nr. 7 SGB V](#) geregelt. Sie setzt aber voraus, dass eine Verlegung stattgefunden hat. Fehlt es an einer solchen Verlegung, können auch keine diesbezüglichen Daten übermittelt werden.

So liegt der Fall hier. Die Klägerin behandelte die Patientin durchgängig intensivmedizinisch auf einer der Orthopädie zugewiesenen Fachabteilung. Die dadurch über [Â§ 301 SGB V](#) zu übermittelnden Daten legte sie der Beklagten vor. Soweit bei der Beklagten aufgrund der übermittelten Daten Zweifel an einer Behandlung auf der Intensivstation entstanden sind, so wäre es notwendig gewesen, den MDK mit der Begutachtung des Falles zur Klärung der Zweifel zu beauftragen.

Eine Verpflichtung der Klägerin, die von der Beklagten zusätzlich angeforderten Daten zu übermitteln, bestand auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung hingegen nicht. Unabhängig davon, dass die von der Beklagten gewünschten zeitlichen Informationen so gar nicht übermittelt werden konnten (etwa mangels Verlegung), betreffen sie letztendlich die Frage, ob eine intensivmedizinische Behandlung durchgeführt wurde. Dabei handelt es sich wiederum um eine medizinisch-kodierrechtliche Frage, die die Beklagte ihrerseits nur durch die Beauftragung des MDK beantworten kann. Ungeachtet der Tatsache, dass die von der Beklagten gewünschten weiteren Informationen nicht über [Â§ 301 Abs. 1 SGB V](#) auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung verlangt werden konnten, so ist auch fraglich, inwiefern durch die Ermittlung der Daten eine Beschleunigung des Verfahrens hätte erreicht werden können. Dies zeigt sich an dem Klageverfahren, wo die Beklagte in ihrer Klageerwidernng noch maßgeblich darauf abgestellt hat, dass die Klägerin nicht schlüssig dargelegt hätte, dass eine Behandlung auf der Intensivstation stattgefunden hätte und die Mitteilung der Klägerin, dass ihre Intensivstation der Orthopädie zugewiesen sei, nicht als ausreichend angesehen hat. Die Kammer sieht es als unwahrscheinlich an, dass die Beklagte die gleichen Informationen im Verwaltungsverfahren als ausreichend angesehen hätte.

Der Klägerin steht also durch die fällige Rechnung auch der Zinsanspruch zu. Der Klage war daher stattzugeben.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [Â§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da die Beteiligten nicht zu dem in [Â§ 183 SGG](#) genannten Personenkreis gehören.

IV. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [Â§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [Â§ 52 Abs. 1](#) und [Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG) und folgt der Klageforderung, wodurch sich der festgesetzte Wert ergibt.

Â

Erstellt am: 10.05.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024