L 24 KA 54/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 100/15
Datum
28.09.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 54/16
Datum
07.09.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. September 2016 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen zu tragen, die diese selbst zu tragen haben. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 5.000,- EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Erweiterung einer dem Kläger erteilten Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Der Kläger ist Chefarzt des Instituts für Radiologie an dem H Klinikum in B S. Am 19. September 2014 beantragte er die Verlängerung seiner bisherigen Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Am 19. Februar 2015 beantragte er die Ausweitung der Ermächtigung betreffend die Erbringung der konventionellen Röntgendiagnostik auf Überweisung der niedergelassenen Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie Frau Dr. I O. Frau Dr. O führe ihre Praxis in einem Ärztehaus in BS. Frisch verunfallten Patienten solle nicht zugemutet werden, erst nach F zum Röntgen zu fahren, um anschließend wieder zur Orthopädischen Praxis von Frau Dr. O zu kommen.

Die Beigeladene zu 1) sprach sich gegen die Erweiterung der Ermächtigung auf Patienten von Frau Dr. O aus. Deren Patienten könnten die Leistungen der radiologischen Gemeinschaftspraxis in F in Anspruch nehmen. Die Entfernung betrage lediglich 10 km und sei damit zumutbar. Es bestünden gute Verbindungen durch öffentliche Verkehrsmittel. Die Anbindung der orthopädischen Praxis an die Haltestelle der öffentlichen Verkehrsmittel in B S sei ausschlaggebender Grund für die Genehmigung der Praxisverlegung von Frau Dr. O von F nach B S gewesen.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte für das Land Brandenburg beschloss in seiner Sitzung vom 18. März 2015, den Kläger zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch auf taggleiche Überweisung von Frau Dr. O hin auf dem Gebiet der Radiologie mit den Gebührennrn. 34210, 34212, 34220, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245 und 34280 zu ermächtigen. Die Erbringung von Leistungen auf die Überweisung von Frau Dr. O hin sei im gleichen Umfang wie die auf Überweisung des niedergelassenen Chirurgen Dr. G hin zu ermöglichen. Denn Leistungsspektrum und Patientenzahl fielen bei Frau Dr. O in ähnlichem Umfang wie in der Praxis von Dr. G aus.

Gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses legte die Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin Dr. M und Kollegen in F Widerspruch ein, der sich gegen die Erweiterung der Ermächtigung auf taggleiche Überweisung von Frau Dr. O hin beschränkte. Diese Erweiterung sei nicht stichhaltig, weil es sich bei frisch verunfallten Patienten um Leistungen zu Lasten der Unfallversicherungsträger handele. Der überwiegende Teil der für die orthopädische Ambulanz zu erbringenden Leistungen seien nicht unfallbedingte Untersuchungen. Diese Untersuchungen seien planbar und an den Standorten niedergelassener Radiologen zu realisieren, ohne dass es Versorgungsprobleme gebe. In seinem Beschluss vom 6. Oktober 2015 beschränkte der Beklagte die dem Kläger erteilte Ermächtigung dahingehend, dass sie nicht mehr die Erbringung von Leistungen auf Überweisung von Frau Dr. O hin erfasste. Er – der Beklagte - habe nicht feststellen können, dass die Versorgung der Patienten im Rahmen der orthopädischen Behandlung durch Frau Dr. O nicht sichergestellt sei, wenn keine sofortige radiologische Diagnostik durch den Kläger erfolge. Es sei richtig, dass orthopädische Behandlungen in der Regel planbar seien und dass deshalb dem Facharzt für Orthopädie nicht schon am ersten Behandlungstag das Ergebnis einer radiologischen Untersuchung zur Verfügung stehen müsse. Die Untersuchungen könnten ohne nennenswerte Schwierigkeiten auch in zumutbarer Entfernung durchgeführt werden, insbesondere in der Berufsausübungsgemeinschaft Dr. M und Kollegen.

Mit der am 23. Dezember 2015 bei dem Sozialgericht Potsdam eingegangenen Klage begehrt der Kläger die Ermächtigung zur Teilnahme an

der vertragsärztlichen Versorgung auch auf Überweisung von Frau Dr. O hin entsprechend dem ursprünglichen Bescheid des Zulassungsausschusses. Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 28. September 2016 abgewiesen. Nach der Rechtsprechung des BSG sei Voraussetzung für die Ermächtigung eines Krankenhausarztes entweder ein quantitativ allgemeiner oder ein qualitativ spezieller Versorgungsbedarf. Ein quantitativ allgemeiner Versorgungsbedarf sei zu verneinen, eine Versorgungslücke bestehe nicht. Abzustellen sie auf den räumlichen Bereich, in dem der Krankenhausarzt praktiziere. Im Planungsbereich O-S liege der Versorgungsgrad bei 176,8 Prozent, so dass quantitativ grundsätzlich kein Versorgungsbedarf bestehe. Im 12 Kilometer entfernten, mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut erreichbaren F praktizierten Vertragsärzte mit 2.5 Versorgungsaufträgen für Radiologie. Die Fallzahlen hätten in den letzten Quartalen durchschnittlich um 400 unter der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe gelegen. Zudem gebe es in F ein weiteres Versorgungsangebot in einer Einrichtung nach § 311 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V - mit einem ganzen Versorgungsauftrag. Bei orthopädischen Behandlungen müssten grundsätzlich nicht taggleiche radiologische Befunde vorliegen. Diese seien planbar und deswegen der Verweis der Versicherten auf Praxen in F zumutbar. Zu Recht rüge der Kläger zwar, der Beklagte habe außer Acht gelassen, dass Frau Dr. O auch Fachärztin für Unfallchirurgie sei und auch frisch verunfallte Patienten behandele, die noch am selben Tag einer radiologischen Untersuchung bedürften. Dabei könne es sich aber nur um absolute Ausnahmefälle handeln, bei denen zudem ebenso eine umgehende Untersuchung in F erfolgen könne, gegebenenfalls nach Transport in einem Krankenwagen. Bei einem absoluten medizinischen Notfall sei auch der Kläger nicht gehindert, die notwendige Untersuchung zu erbringen. Bei schwerwiegenden Fällen müsse ohnehin eine stationäre Einweisung erfolgen. Die vom Kläger begehrte Ermächtigung sei nicht auf frisch verunfallte Patienten beschränkt, könne daher auch für jede planbare radiologische Leistung in Anspruch genommen werden. Dem stehe aber der Grundsatz des Vorrangs der niedergelassenen Vertragsärzte entgegen. Ein qualitativ allgemeiner Versorgungsbedarf scheide ebenfalls aus. Zwar würden in B S selbst keine radiologischen Leistungen durch niedergelassene Vertragsärzte vorgehalten. Radiologische Leistungen würden aber im nächsten, sehr gut zu erreichenden F zur Verfügung stehen. Die Entfernung sei den Versicherten auch zumutbar.

Gegen das ihm am 14. Oktober 2016 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers, die am 24. Oktober 2016 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangen ist. Gegenstand des Rechtsstreits sei ausschließlich die Frage, ob der Kläger zusätzlich zu seiner bereits bestehenden bestandskräftigen Ermächtigung auf taggleiche Überweisung der niedergelassenen Vertragsärztin Dr. O zur Erbringung von weiteren Leistungen zu ermächtigen sei. Die Entscheidung des Sozialgerichts trage nicht, da es selbst ausgeführt habe, dass Frau Dr. O in Ausnahmefällen auch frisch verunfallte Patienten behandle und gegebenenfalls radiologisch untersuchen lasse. Dann sei nicht gerechtfertigt, die begehrte Ermächtigung auf taggleiche Überweisung zu versagen. Nicht nachvollziehbar sei, dass verunfallte Patienten mit einem Krankenwagen nach F gebracht werden sollten. Das sei unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht akzeptabel, da die radiologische Einrichtung des Klägers sich quasi auf demselben Gelände wie die Praxis von Frau Dr. O befände. Auch der Hinweis, dass in schwerwiegenden Fällen eine stationäre Einweisung erforderlich sei, rechtfertige die negative Entscheidung nicht. Das gelte auch für den Grundsatz des Vorrangs der niedergelassenen Vertragsärzte, da es für Ermächtigungsentscheidungen nach der obergerichtlichen Rechtsprechung stets auf die Umstände und den Einzelfall ankomme. Es sei auch darauf hinzuweisen, dass die Verlegung der Praxis von Dr. O seinerzeit aus Versorgungsgesichtspunkten genehmigt worden sei. Das Sozialgericht habe versäumt, Frau Dr. O zum tatsächlichen Bedarf zu befragen. Zudem sei der Widerspruch gegen die seinerzeitige den Versorgungsbedarf sehende Entscheidung des Zulassungsausschusses rechtsmissbräuchlich eingelegt worden. Der Anspruch des Klägers hänge auch davon ab, ob und inwieweit die Versorgung den Versicherten zuzumuten sei. In B S dürfte die radiologische Versorgung im ambulanten Sektor nicht hinreichend sichergestellt sein. Hier sei eine konkrete Bedarfsprüfung erforderlich gewesen. Der Verweis auf Versorgungsgrade und das Vorhandensein von radiologischen Praxen in F genüge nicht. Die niedergelassenen Vertragsärzte in BS hätten befragt werden müssen. Bereits wegen der Spezifität der orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgung durch die niedergelassene Vertragsärztin Dr. O sei ein Versorgungsbedarf gegeben.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 28. September 2016 aufzuheben, den Beschluss des Beklagten vom 6. Oktober 2015 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, den Berufungskläger zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zusätzlich auf taggleiche Überweisung der Frau Dr. med I O, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, in B S auf dem Gebiet der Radiologie nach den Gebührennummern 34210, 34212, 34221, 34222, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245 und 34280 zu ermächtigen,

hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben und den Rechtsstreit an das Sozialgericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Senats zurückzuverweisen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen. Bei der Behandlung von frisch verunfallten Patienten durch Frau Dr. O könne es sich nur um absolute Ausnahmefälle handeln. Deswegen sei es folgerichtig, den Anspruch auf Zuweisung durch einen Facharzt auf solche Patienten zu beschränken, die typischerweise von Fachärzten für Chirurgie behandelt würden. Die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie Frau Dr. O gehöre nicht zu dem Kreis von Ärzten, auf deren Überweisung hin der Kläger tätig werden sollte. Auch sei zu beachten, dass eine Ermächtigung nicht auf einen nur ausnahmsweise eintretenden Versorgungsbedarf gestützt werden könne. Sie sei berechtigt und erforderlich, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung ohne die Ermächtigung nicht gesichert sei. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung werde aber nicht dadurch in Frage gestellt, dass ausnahmsweise eine regelhaft übliche Behandlung nicht vorgehalten werde und stattdessen im Notfall andere Maßnahmen in Anspruch genommen werden würden. Mit Recht habe das Sozialgericht den auf der Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ermittelten Versorgungsgrad zugrunde gelegt. Außergewöhnliche Umstände würden nicht vorliegen. Zudem bestehe in Bezug auf die Bedarfsermittlung ein Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien, den das Sozialgericht respektiert habe. Im Übrigen ende die Ermächtigung im unstreitigen und streitigen Teil am 31. März 2017.

Die Beteiligten haben sich sämtlich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen, die

vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Nach § 124 Abs. 2 SGG konnte der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden. Die zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts ist zutreffend. Die Klage ist zwar auch nach Ablauf des von dem Beklagten beschiedenen am 31. März 2007 endenden Ermächtigungszeitraums als Fortsetzungsfeststellungsklage nach § 131 Abs. 1 Satz 3 SGG weiter zulässig (vgl. BSG v. 15. März 1995 – 6 RKa 42/93 – juris Rn 14; v. 30. Januar 2002 – B 6 KA 12/01 R – juris Rn 17). Die Klage ist aber nicht begründet. Der angefochtene Bescheid des Beklagten ist nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch darauf, eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch für die Behandlung von Versicherten auf taggleiche Überweisung von Frau Dr. O hin zu erhalten.

Der Beschluss des Beklagten ist nicht verfahrensfehlerhaft ergangen. Anhaltspunkte für die vom Kläger behauptete rechtsmissbräuchliche Einlegung des Widerspruchs durch die Praxis Dr. M und Kollegen, der zu dem Beschluss des Beklagten führte, mit dem die schon vom Zulassungsausschuss ausgesprochene Ermächtigung wieder eingeschränkt wurde, sind weder erkennbar noch vorgetragen.

Der angefochtene Beschluss ist auch in der Sache nicht zu beanstanden. Zutreffend hat das Sozialgericht ausgeführt, dass sich der Anspruch auf weitere Ermächtigung nur aus § 116 Satz 2 SGB V (und dem wortgleichen § 31 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV) ergeben kann. Danach ist eine Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten der in Satz 1 genannten Einrichtungen, also insbesondere in Krankenhäusern, nicht sichergestellt wird. Vorrang vor der Ermächtigung hat demnach die Zulassung nach § 95 Abs. 1 und 3 SGB V, die zur Erbringung von vertragsärztlichen Leistungen innerhalb eines bestimmten Fachgebietes ermächtigt. Nur ein besonderer Bedarf kann also die Ermächtigung von Krankenhausärzten rechtfertigen.

Nach der Rechtsprechung des BSG kann ein solcher Bedarf als quantitativ-allgemeiner Bedarf bestehen, wenn für das jeweilige Fachgebiet keine ausreichende Zahl von Vertragsärzten zur Verfügung steht, und als qualitativ-spezieller Bedarf, wenn Leistungen, die spezielle Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, von den Leistungserbringern nicht oder nicht in dem erforderlichen Umfang vorgehalten und erbracht werden (BSG v. 30. Januar 2002 - B 6 KA 12/01 R – juris Rn 19/20). Über das Vorliegen eines quantitativ-allgemeinen Bedarfs ist auf der Grundlage der Sollzahlen des für den Planungsbereich maßgebenden Bedarfsplans zu entscheiden, die insoweit allein aussagekräftig für den Bedarf sind. Dabei kommt es auf den Planungsbereich insgesamt, nicht auf Teilgebiete desselben an (BSG v. 14. Juli 1993 – 6 RKa 71/91). Darauf hat bereits das Sozialgericht hingewiesen. Seinen Feststellungen, dass angesichts eines Versorgungsgrades im Planbereich O-S von 176,8 Prozent kein quantitativ-allgemeiner weiterer Bedarf für die Erbringung von Leistungen der Radiologie zu erkennen ist, hat der Senat nichts hinzuzufügen.

Nur ein qualitativ spezieller Bedarf könnte daher die von dem Kläger begehrte Ausweitung der Ermächtigung rechtfertigen. Der Kläger macht dazu im Kern geltend, die Inanspruchnahme seiner in unmittelbarer Nähe der Praxis von Dr. O angebotenen radiologischen Leistungen erforderlich sei, um für die Versicherten einen angemessenen Behandlungsstandard gewährleisten zu können. Solche Standortvorteile sind als Qualitätsmerkmale der Versorgung anzusehen (vgl. BSG v. 30. Januar 2002 - B 6 KA 12/01 R – juris Rn 21). Bei der Ermittlung der Bedarfssituation sind insoweit zwar auch die Umstände des Einzelfalles wie Art und Umfang der Inanspruchnahme der Leistungserbringer sowie Umfang und räumliche Verteilung der Nachfrage aufgrund der vorhandenen Verkehrsanbindungen zu berücksichtigen (vgl. Köhler-Hohmann, jurisPK SGB V, 3. Aufl., § 116 SGB V, Rn 40). Die sozialgerichtliche Kontrolle von Entscheidungen der Zulassungsgremien ist indessen dadurch eingeschränkt, dass das Tatbestandsmerkmal der nicht sichergestellten ärztlichen Versorgung als unbestimmter Rechtsbegriff anzusehen ist. Demnach besteht zugunsten des Beklagten ein Beurteilungsspielraum: Entsprechend ist die gerichtliche Prüfung reduziert auf die Einhaltung eines fairen Verfahrens, Richtigkeit und Vollständigkeit der Ermittlung des Sachverhaltes, die Einhaltung der Grenzen des durch Auslegung zu ermittelnden Inhalts des unbestimmten Rechtsbegriffs und die Nachvollziehbarkeit der Begründungserwägungen. Es ist dagegen nicht Aufgabe, der Rechtsprechung, ihre eigenen Erwägungen an die Stelle der Entscheidung des Beklagten zu setzen (Köhler-Hohmann in jurisPK SGB V, 3. Aufl. §116 Rn 44 m.weit.Nachw.).

Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung des Beklagten nicht zu beanstanden. Angesichts der ausreichenden und kurzen öffentlichen Fahrverbindungen zwischen B S und F durfte der Beklagte auf die in F bestehenden Behandlungsmöglichkeiten verweisen und so der Verwirklichung der Versorgungsplanung den Vorrang geben gegenüber dem Zeitgewinn für die Versicherten, der sich einstellen würde, wenn diese im Zuge der Behandlung bei Frau Dr. O erforderlich werdende radiologische Untersuchungen bei dem in unmittelbarer Nähe praktizierendem Kläger vornehmen lassen könnten. Dieses Abwägungsergebnis ist nicht schlechthin unvertretbar, was aber Voraussetzung dafür wäre, den Beschluss des Beklagten aufheben zu können (vgl. BSG v. 21. Juni 1989 – 6 RKa 18/88). Das gilt jedenfalls für alle planbaren radiologischen Leistungen. Bei diesen dient die Möglichkeit der Inanspruchnahme des räumlich nahegelegen Klägers zwar der Bequemlichkeit der Versicherten, ist aber nicht aus medizinischen Gründen erforderlich. Allein die räumliche Nähe einer weiteren Untersuchungs- oder Behandlungsmöglichkeit begründet noch keinen Bedarf im Sinne des § 116 SGB V (BSG v. 30. Januar 2002 – B 6 KA 12/01 R - juris Rn 24) Auch die vom Beklagten vorgenommene Binnendifferenzierung, nach welcher der Kläger zwar Versicherte auf die Überweisung von dem Facharzt für Chirurgie Dr. G, nicht aber auf Überweisung von Frau Dr. O hin behandeln darf, erscheint nicht willkürlich. Der Senat hält den Ausgangspunkt des Beklagten, dass die in einer orthopädischen Praxis zu erbringenden medizinischen Leistungen grundsätzlich eher planbar sind als in einer chirurgischen Praxis, für durchaus nachvollziehbar. Der Umstand, dass Frau Dr. O zusätzlich Fachärztin für Unfallchirurgie ist, zwingt nicht zu einer anderen Bewertung. Denn der Kläger hat selbst vorgetragen (Schriftsatz vom 9. Mai 2016), dass Frau Dr. Onur selten von frisch verunfallten Patienten aufgesucht werde. Auch das spricht dafür, dass die Einschätzung des Beklagten zutreffend ist. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, das Frau Dr. O häufig und regelmäßig Patienten behandelt, bei denen aus medizinischen Gründen eine sofortige radiologische Mitbehandlung aus medizinischen Gründen geboten erscheint.

Der Senat ist nicht der Überzeugung, dass allein die Möglichkeit des Eintritts solcher Notfälle den generellen Verweis der Patienten von Frau Dr. O auf die Inanspruchnahme radiologischer Leistungen in F unzumutbar erscheinen lässt. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger die von ihm beantragte Ermächtigung zu weit gefasst hat, wenn er seine Tätigkeit eigentlich auf die Falle beschränken wollte, in denen die Durchführung von radiologischen Leistungen vor Ort aus medizinischen Gründen unabweisbar war. Als einzige Voraussetzung sollte nach seiner Vorstellung nämlich die einer mit der Überweisung taggleichen Leistungserbringung bestehen Davon ganz abgesehen hält

der Senat die Überlegung des Sozialgerichts für zutreffend, dass in echten medizinischen Notfällen auch ohne besondere Ermächtigung eine Behandlung der Versicherten durch den Kläger erfolgen könnte, wenn sie sich aufgrund der räumlichen Verhältnisses aufdrängt. In solchen Notfällen wäre der Kläger nämlich nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V ohnehin in der Lage, seine Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Schwerwiegende Fälle würden zu einer stationären Aufnahme in einem Krankenhaus führen, gegebenenfalls auch im H Klinikum BS. Die Möglichkeit von Notfällen zwingt also nicht zu der vom Kläger begehrten Ausweitung der Ermächtigung. Wegen der ausreichenden anderweitigen Behandlungsmöglichkeiten, sei es an einem anderen Ort oder zwar durch den Kläger; aber außerhalb des Rechtsinstituts der Ermächtigung, war der Beklagte dann nicht verpflichtet, durch Befragung der Vertragsärztin Dr. O zu ermitteln, ob, aus welchen Gründen und für welche Fälle sie eine Ermächtigung des Klägers für erforderlich hält.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf §§ 63, 52 Gerichtskostengesetz.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2017-10-05