

L 5 KR 54/00

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 180/97
Datum
25.01.2000
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 54/00
Datum
20.03.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 25.01.2000 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Parteien streiten über die Bezahlung der am 21.02.1996 begonnenen Krankenhausbehandlung des Beigeladenen über den 05.03.1996 hinaus bis zum 16.04.1996 in Höhe von 11.622,66 DM nebst Zinsen.

Der Kläger ist Inhaber der Klinik W ... in M ... Zwischen den Landesverbänden der Krankenkasse und den Verbänden der Ersatzkassen in Nordrhein-Westfalen einerseits und dem Kläger andererseits besteht ein Versorgungsvertrag nach [§ 109 i.V.m. § 108 Nr. 3 SGB V](#), wonach die Klinik W ... zur Erbringung stationärer Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) zugelassen ist. Die Zulassung erstreckt sich auf 45 Krankenhausbetten für die Behandlung psychosomatisch/psychovegetativer Erkrankungen.

Der bei der Beklagten versicherte Beigeladene wurde am 21.02.1996 in die Klinik W ... aufgenommen. Der Vertragsarzt für innere Medizin F ... hatte unter dem 21.02.1996 Krankenhausbehandlung verordnet. In der Verordnung sind die Diagnosen "schwere Depression, Alkoholabhängigkeit" und die Klinik W ... als nächsterreichbares, geeignetes Krankenhaus angegeben.

Nach Eingang des Kostenübernahmeantrages am 26.02.1996 holte die Beklagte eine Stellungnahme von Frau Dr. P ... (MDK Westfalen-Lippe/Psychiatriereferat) ein. Dr. P ... führte aus, eine Kostenübernahme könne nicht befürwortet werden: Bei einer Alkoholabhängigkeit sei eine Entwöhnungsbehandlung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers indiziert. Bei einer psychischen Symptomatik müsse neben der Ausschöpfung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten und fachärztlicher Beurteilung die eindeutige Indikation für eine primär psychische Erkrankung - nicht wie hier für eine Suchterkrankung - gegeben sein. Gestützt auf diese Stellungnahme lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 14.03.1996 eine Kostenübernahme ab.

Der Kläger erwiderte, es werde keine Entwöhnungsbehandlung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers durchgeführt, sondern eine ärztlich notwendige Krankenhausbehandlung aufgrund Verordnung. Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme von Dr. P ... ein. Diese führte unter dem 18.03.1996 aus, im Krankenhaus sei die Diagnose eines primären Alkoholismus gestellt worden. Der primäre Alkoholismus sei nicht zu verwechseln mit einer anderen psychischen Erkrankung, in deren Folge es zu einem sekundären Alkoholabusus komme. Bei primärem Alkoholismus sei eine Entwöhnungsbehandlung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers indiziert; bei psychisch Kranken eine ambulante fachärztliche psychotherapeutisch- psychiatrische Behandlung. Erweise sich diese als nicht ausreichend, entscheide der Facharzt, welche Klinik mit welchem Verfahren indiziert sei. Bei unmittelbarer Indikation für eine Krankenhausbehandlung sei die nächste Psychiatrische Klinik, nicht eine Psychosomatische Klinik, zu wählen.

Gestützt auf diese Stellungnahme lehnte die Beklagte weiterhin eine Kostenübernahme ab und teilte am 25.03.1996 ergänzend mit, bei der stationären Behandlung sei ein primärer Alkoholismus diagnostiziert und eine Entgiftungsmaßnahme durchgeführt worden. Nach der 14 Tage dauernden Entgiftungsphase sei ein primärer Alkoholismus im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung zu Lasten des Rentenversicherungsträgers zu behandeln.

Mit Schreiben vom 22.03.1996, eingegangen am 27.03.1996, stellte der Kläger den Antrag, die Kosten der stationären Behandlung bis zum 21.04.1996 zu übernehmen. Gleichzeitig teilte er als Diagnosen mit: 1. neurotische Depression mit Angstzuständen und latenter Suizidalität; 2. Alkoholkrankheit; 3. Zustand nach schwerem Polytrauma mit großflächigen Verbrennungen.

Die Aufnahme des Beigeladenen sei wegen der Dekompensation einer langjährig bekannten neurotischen Depression mit ausgeprägten autoaggressiven Anteilen erfolgt. Hinzugekommen sei ein Alkoholmißbrauch i.S. einer chronisch-latenten Suizidalität. Die zum Aufnahmezeitpunkt geklagten Beschwerden (Angst, Depressionen, soziale Isolation) seien teilweise abgeklungen. Es bedürfe weiterer tiefenpsychologischer Bearbeitung, bei der mit krisenhaften Zuspitzungen zu rechnen sei.

Am 16.04.1996 wurde der Beigeladene entlassen. Der Kläger verlangte weiterhin die Kostenübernahme unter Beifügung einer ärztlichen Stellungnahme vom 22.04.1996. Zu dieser führte Dr. P ... unter dem 30.04.1996 aus, die ärztliche Bescheinigung lege nicht dar, dass nur ein sekundärer Alkoholabusus gegeben sei. Die Beurteilung einer primären Alkoholerkrankung werde gestützt durch einen Bericht des Marienkrankenhauses, in dem nach Aufnahme des Beigeladenen im Rahmen eines Prädelirs die Diagnose einer Alkoholerkrankung gestellt worden sei.

Nach Übersendung des Entlassungsberichtes vom 08.05.1996 teilte der Kläger unter dem 15.05.1996 ergänzend mit, in dem Kostenübernahmeantrag sei die Abgabe einer Übernahmeerklärung innerhalb von fünf Tagen erbeten worden. Erst nach mehr als drei Wochen sei die Antwort eingegangen, was gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstoße. Dies könne ihm nicht zum Nachteil gereichen, da er aufgrund der Verordnung der Krankenhausbehandlung von einer Zusage oder kurzfristigen Ablehnung ausgehen können. Die Beklagte blieb mit Schreiben vom 04.06.1996 bei ihrer Ablehnung. Der Versorgungsvertrag enthalte keine Regelung zur Abgabefrist von Kostenübernahmeerklärungen. Ein Verstoß gegen Treu und Glauben liege nicht vor. Vielmehr habe der Kläger bei der Aufnahme im Rahmen seiner eigenen Prüfungspflicht feststellen müssen, dass die Einrichtung aufgrund der personellen Besetzung für eine stationäre Behandlung nicht geeignet sei. Dies sei dem Kläger anlässlich mehr facher Begehungen durch den MDK auch bekannt gewesen.

Unter dem 12.07.1996 bot der Kläger an, den Vorgang als erledigt anzusehen, falls die Kosten der bis zum 15.03.1996 durchgeführten stationären Behandlung übernommen würden. Wenn es sich primär um die Behandlung des Alkoholismus gehandelt habe, sei die bis zum 15.03.1996 erfolgte Behandlung als Entgiftungsmaßnahme anzusehen und aus diesem Grund zu übernehmen. Gestützt auf eine erneute Stellungnahme von Dr. P ... erklärte sich die Beklagte bereit, zur endgültigen Abwicklung des Leistungsfalles die Kosten der Entgiftungsmaßnahme für die Dauer von 14 Tagen bis zum 05.03.1996 zu tragen. Von den sodann vom Kläger bis zum 15.03.1996 in Rechnung gestellten Kosten übernahm die Beklagte die Kosten bis zum 05.03.1996 in Höhe von 3.593,59 DM. Eine weitere Kostenübernahme lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 19.09.1996 endgültig ab.

Der Kläger hat am 28.08.1997 Klage auf Zahlung der Behandlungskosten für die Zeit vom 06.03. bis 16.04.1996 in Höhe von 11.622,66 DM nebst Zinsen und Ersatz eines Verzugschadens erhoben. Er hat sein Vorbringen aus dem vorprozessualen Schriftverkehr wiederholt und ergänzend vorgetragen, die Beklagte sei nicht befugt gewesen, den Vorgang dem MDK vorzulegen und habe die angeforderte Übersendung der Stellungnahmen des MDK zu Unrecht verweigert. Im übrigen habe eine psychosomatisch/psychovegetative und keine psychiatrische Indikation vorgelegen. An der Qualifikation der behandelnden Therapeuten bestehe kein Zweifel.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der Untersuchung und Behandlung des Beigeladenen gegenüber dem Kläger für den Zeitraum 06.03.1996 bis 16.04.1996 nebst 9,5 % Zinsen seit dem 17.04.1996 zu übernehmen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat ausgeführt, schon nach dem nach eigener Aussage des Klägers beim Beigeladenen vorliegenden Krankheitsbild sei der Kläger verpflichtet gewesen, die Einweisung des Beigeladenen in eines der nächst erreichbaren geeigneten Krankenhäuser zu veranlassen.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Gutachtens des Dr. A ... Dieser ist in seinem Gutachten vom 25.04.1999 zu dem Ergebnis gelangt, bei dem Beigeladenen habe im Behandlungszeitraum eine Alkoholerkrankung vorgelegen. Nach Abklingen der Entzugssymptomatik sei eine stationäre Behandlung über den 06.03.1996 hinaus nicht erforderlich, aber wünschenswert gewesen. Es sei wohl ein psychotherapeutisches Programm durchgeführt worden, dessen Einzelheiten der Aktenlage nicht zu entnehmen sei. Bei Alkoholkranken empfehle sich eine stationäre Behandlung, wie sie in für Langzeittherapie eingerichteten Institutionen durchgeführt werde. Eine auf psychosomatische und psychovegetative Störungen ausgerichtete Klinik reiche hierzu nicht aus. Der Beurteilung des MDK stimme er zu.

Mit Urteil vom 25.01.2000 hat das Sozialgericht die Klage gestützt auf das Gutachten von Dr. A ... abgewiesen. Der Anspruch ergebe sich auch nicht aus der Verordnung des Internisten F ..., weil der Kläger selbst habe überprüfen müssen, ob er den Beigeladenen überhaupt nach dem Versorgungsvertrag zu Lasten der Beklagten habe aufnehmen dürfen und die Verordnung im übrigen keine Aussage über die notwendige Behandlungsdauer für den streitigen Zeitraum treffe. Selbst wenn man dem Vortrag des Klägers einer verspäteten Ablehnung durch die Beklagte folge, ergäbe sich weder eine gesetzliche noch vertragliche Anspruchsgrundlage.

Gegen das ihm am 21.02.2000 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21.03.2000 Berufung eingelegt. Er trägt vor, entgegen der Auffassung des Sachverständigen Dr. A ... sei eine Krankenhausbehandlung in dem streitigen Zeitraum nicht nur wünschenswert, sondern erforderlich gewesen. Durch die Einholung eines psychosomatischen Gutachtens könne nachgewiesen werden, dass es um eine Erkrankung aus dem psychosomatischen/psychovegetativen Formenkreis gegangen sei. Der Beigeladene habe an vielfältigen, in dem Entlassungsbericht dokumentierten psychosomatischen Erscheinungen gelitten und sei latent suizidal gewesen, weshalb ein jederzeit rufbereiter Arzt erforderlich gewesen sei. Gerade die Alkoholerkrankung sei mit Mitteln der psychosomatischen Medizin zu behandeln. Die Behandlung des Beigeladenen, der bis heute "trocken" sei, sei erfolgreich gewesen. Schließlich habe das Sozialgericht die von ihm gerügten formellen Mängel des Kostenübernahmeverfahrens nicht berücksichtigt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 25.01.2000 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der stationären Behandlung des Beigeladenen für den Zeitraum vom 06.03.1996 bis 16.04.1996 in Höhe von 11.662,66 DM nebst 9,5 % Zinsen seit dem 17.04.1996 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihr bisheriges Vorbringen und hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Verwaltungsakte der Beklagten sowie die den Beigeladenen betreffende Krankenakte der Klinik W ... verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat zutreffend einen Zahlungsanspruch des Klägers wegen der Behandlung des Beigeladenen vom 06.03. bis 16.04.1996 verneint.

Die Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, da ein sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis vorliegt, bei dem die Rechtsbeziehungen auf vertraglicher Grundlage basieren (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#)).

Ob sich die Rechtsgrundlage des Zahlungsanspruchs aus dem Sicherstellungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) i.V.m. dem Versorgungsvertrag nach [§ 108 SGB V](#) (so BSG a.a.O.) oder bereits aus der Einbeziehung des Krankenhauses in das Leistungssystem der GKV durch den Versorgungsvertrag ergibt, kann dahinstehen. Ein Vergütungsanspruch des Klägers kann sich nur ergeben, wenn eine i.S.d. [§ 39 SGB V](#) erforderliche und im Vertragsrahmen zugelassene stationäre Behandlung erfolgt ist. Beide Voraussetzungen sind nicht erfüllt.

Der Vergütungsanspruch des Klägers scheidet schon daran, dass beim Beigeladenen kein Krankheitsbild vorlag, welches nach dem 06.03.1996 innerhalb der Grenzen des Versorgungsauftrages noch in der Klinik hätte behandelt werden dürfen.

Die Zulassung der Klinik W ... erstreckt sich gemäß [§ 1](#) des Versorgungsvertrages nach [§ 109 SGB V](#) nur auf die Behandlung psychosomatisch/psychovegetativer Erkrankungen. Eine solche liegt - entgegen der vom Kläger in der mündlichen Verhandlung geäußerten Auffassung - nicht schon immer dann vor, wenn die zu behandelnde Erkrankung auch psychosomatische oder psychovegetative Begleiterscheinungen aufweist oder (auch) durch in der Psychosomatik angewandte Behandlungsmethoden angegangen werden kann. Vielmehr ist für die Abgrenzung von der Hauptdiagnose auszugehen, die die stationäre Behandlung erforderlich macht.

Bei dem Beigeladenen lag kein psychosomatisch/psychovegetatives Krankheitsbild, sondern eine primäre Alkoholerkrankung vor. Dies ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. A ... Der Sachverständige hat ausgeführt, bei dem Beigeladenen habe zum Aufnahmezeitpunkt eine Alkoholerkrankung mit offensichtlicher Intoxikation bestanden, wegen der bis zum 25.02.1996 überhaupt keine psychotherapeutische Intervention möglich gewesen sei. Durchgeführt worden sei eine längerfristige Entzugsbehandlung. Für eine primäre Alkoholerkrankung spreche auch der vorherige mehrfache Entzug und die durchgeführten Langzeittherapien. Die Alkoholerkrankung sei keine Erkrankung aus dem psychosomatisch/psychovegetativen Formenkreis, sondern eine Suchterkrankung.

Der Senat hat keine Bedenken der Beurteilung von Dr. A ... zu folgen. Der Beigeladene war zum Aufnahmezeitpunkt massiv intoxikiert. Dies ergibt sich aus dem Entlassungsbericht vom 08.05.1996 und dem Aufnahmebefund in der Krankenakte, die dem Sachverständigen bei Erstattung des Gutachtens vorgelegen hat. Danach bestand bei dem Beigeladenen zum Aufnahmezeitpunkt eine lallende Sprache. Eine sichere Koordination konnte erst nach Abklingen der Intoxikation erreicht werden. Die durchgeführte Entgiftungsbehandlung mit Gabe des Medikamentes Distranerin spricht ebenso für eine primäre Alkoholerkrankung wie die im handschriftlichen Aufnahmebefund dargestellte Suchtanamnese zur Alkoholabhängigkeit des Beigeladenen ab dem 17. Lebensjahr bis hin zum Delir mit zahlreichen Entzugskrämpfen, Entgiftungen und Langzeittherapien.

Bei einer primären Alkoholerkrankung ist nach Durchführung der Entgiftungsphase in der Regel keine Krankenhausbehandlung, sondern eine Rehabilitationsmaßnahme erforderlich, die in die Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers fällt. Der zwischen dem Kläger und der Beklagten geschlossene Versorgungsvertrag umfasst jedenfalls nicht die Zulassung für die Behandlung von Suchterkrankungen zu Lasten der Krankenversicherung.

Steht damit das Vorliegen einer primären Alkoholerkrankung mit der Folge der Überschreitung des Versorgungsauftrages fest, wird diese nicht dadurch in Frage gestellt, dass sich eine solche Diagnose in dem Entlassungsbericht vom 08.05.1996 nicht mehr findet. Als Diagnosen werden in dem Bericht eine neurotische Depression mit massiven Angstzuständen und latenter Suizidalität, eine Persönlichkeitsstörung mit schizoiden und zwanghaften Anteilen sowie körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs genannt. Das Fehlen der Diagnose einer Alkoholerkrankung trotz massiver Intoxikation und Entgiftungsbehandlung des Beigeladenen ist nicht nachvollziehbar. Zudem läge bei den vom Kläger beschriebenen Diagnosen (akute Dekompensation einer langjährig bekannten neurotischen Depression mit ausgeprägter Angstsymptomatik und autoaggressiven Anteilen sowie latenter Suizidalität) ebenfalls eine Überschreitung des Versorgungsauftrages vor. Denn die Zulassung erstreckt sich nicht auf neurotische oder psychiatrische Krankheitsbilder.

Im übrigen scheidet der Vergütungsanspruch des Klägers auch daran, dass jedenfalls für den streitigen Zeitraum ab dem 06.03.1996 eine stationäre Behandlung nicht mehr notwendig war.

Der für den Versorgungsvertrag geltende Sicherstellungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) sieht nach §§ 1 bis 3 vor, dass die Krankenhausbehandlung notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss. Zur Verweildauer bestimmt [§ 9](#) des Sicherstellungsvertrages, dass die Krankenhausbehandlung zu beenden ist, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig ist

oder andere Maßnahmen zweckmäßig sind. Nach Abklingen der Entzugssymptomatik war nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. A ... eine stationäre Behandlung über den 06.03.1996 hinaus nicht mehr erforderlich. Weder war ein jederzeit rufbarer Arzt notwendig noch war mit häufigen Zustandsänderungen zu rechnen. Der Entgiftungszeitraum bis zum 15.03.1996 überschreitet bei weitem die übliche Entgiftungsbehandlung von 14 Tagen und ist nach den Ausführungen des Sachverständigen nicht nachvollziehbar lang. Zur Notwendigkeit einer derart langen Behandlung stellt der Sachverständige fest, dass jegliche Aufzeichnungen des Klinikpersonals hierzu fehlen.

Der Senat hat keine Bedenken, wie das Sozialgericht der Beurteilung des Dr. A ... auch insoweit zu folgen. Für die Entgiftungsphase kann nur die nach den Suchtvereinbarungen übliche Zeit von 14 Tagen (insoweit ist dem Vortrag der Beklagten vom Kläger nicht widersprochen worden) vergütet werden. Aus den Aufzeichnungen in der Krankenakte lässt sich nicht nachvollziehen, weshalb die Klinik eine weitere stationäre Behandlung für erforderlich gehalten hat. Nur in dem Entlassungsbericht vom 08.05.1996 wird in einem Absatz ausgeführt, dass der Beigeladene im Rahmen eines differenzierten Therapieprogrammes auf verschiedenen Ebenen behandelt worden sei. Zum Einsatz seien dabei tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie in der Gruppe, tiefenpsychologisch fundierte Krisenintervention im Einzelkontakt, Bioenergetik und andere begleitende Therapien gekommen. Abgesehen von der vor allem zu Beginn dokumentierten Medikamentengabe, Flüssigkeitszufuhr, Puls- und Blutdruckwerte finden sich nach dem Aufnahmebefund keinerlei ärztliche oder therapeutische Verlaufsdocumentationen. Zur Therapieplanung einschließlich Behandlungsziele und Behandlungsformen finden sich ebensowenig irgendwelche Aufzeichnungen wie zum Gegenstand und der Häufigkeit der geführten Einzelgespräche oder sonstigen Therapien oder der Zusammenarbeit der tätig gewordenen Ärzte und Therapeuten. Bei dieser Sachlage ist die vom Kläger behauptete Notwendigkeit einer stationären Behandlung über den 06.03.1996 hinaus nicht feststellbar. Unerheblich ist, dass der Sachverständige eine weitere stationäre Behandlung für wünschenswert gehalten hat, denn der Vergütungsanspruch ist auf eine erforderliche stationäre Behandlung beschränkt.

Der Zahlungsanspruch ergibt sich auch nicht aus der vertrags- ärztlichen Verordnung, denn für die Krankenkassen besteht bei stationärer Behandlung ein Genehmigungsvorbehalt. Aus dem gleichen Grund kann der Krankenhausarzt auch für die Krankenkasse keine verbindliche Therapieentscheidung treffen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 5](#)).

Entgegen der Auffassung des Klägers war die Beklagte nicht verpflichtet, ihre unter dem 14.03.1996 abgegebene Kostenablehnung früher zu erteilen. Der Sicherstellungsvertrag in der hier ab 01.01.1992 geltenden Fassung sieht keine Frist vor, innerhalb derer eine Kostenzusage zu erteilen ist. Zwar dokumentiert die Kostenzusage nach § 7 Abs. 1 des Sicherstellungsvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) die vertraglichen Beziehungen im Einzelfall. Der Vergütungsanspruch hängt jedoch grundsätzlich nicht von dieser Zusage, sondern nur von der medizinischen Notwendigkeit einer zugelassenen stationären Behandlung ab.

Unerheblich ist der Vortrag des Klägers, die Beklagte habe zur Prüfung der Notwendigkeit der stationären Behandlung nicht den MDK einschalten dürfen oder ihm die Stellungnahmen des MDK zukommen lassen müssen. Eine Anspruchsgrundlage lässt sich daraus nicht herleiten. Zudem ist die Beklagte gemäß § 2 Abs. 1 des nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) geschlossenen Sicherstellungsvertrages befugt, Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch Ärzte des MDK überprüfen zu lassen. Die jeweilige Auffassung des MDK ist dem Kläger im übrigen in den Ablehnungsschreiben inhaltlich mitgeteilt worden.

Mangels Vergütungsanspruch kann auch kein Anspruch auf Zinsen bestehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-18