-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	13.07.1994

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	18.03.1998

3. Instanz

Datum	25.08.1999

Die Revision des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 18. MÃ¤rz 1998 wird zurÃ¼ckgewiesen. Der KlÃ¤ger hat die auÃ□ergerichtlichen Kosten der Beklagten fÃ¼r das Revisionsverfahren zu erstatten. Im Ã¼brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist die HÃ¶he der vertragsÃ¤rztlichen VergÃ¼tung.

Der KlÃ¤ger ist seit 1986 als Arzt fÃ¼r Innere Medizin in H. -W. zur kassen- bzw vertragsÃ¤rztlichen (nunmehr einheitlich: vertragsÃ¤rztlichen) Versorgung zugelassen.

Mit seinem Widerspruch gegen den Honorarbescheid der beklagten KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KÃ□V) fÃ¼r das Quartal II/1992, in dem das Honorar auf 105.431,26 DM festgesetzt worden war (Bescheid vom 25. November 1992), machte er geltend, das ihm nach korrekter Anwendung der

Honorarverteilungsregelungen der Beklagten zustehende Honorar sei unangemessen niedrig. Seine Praxis sei aufgrund ihrer Lage durch eine besonders ungÃ¼nstige Patientenstruktur gekennzeichnet. Im VerhÃ¤ltnis zum H. Durchschnitt sei ein erheblich grÃ¶Ãerer Teil seiner Patienten bei PrimÃ¤rkassen versichert. Das habe zur Folge, daÃ er in deutlich geringerem Umfang als andere H. VertragsÃ¤rzte von den im Vergleich zu den PrimÃ¤rkassen hÃ¶heren Punktwerten im Ersatzkassenbereich profitieren kÃ¶nne. Zahlreiche seiner Patienten seien auslÃ¤ndischer Herkunft, und im Ã¼brigen bestehe im Hinblick auf das soziale Umfeld seiner Praxis ein besonderer psychosozialer Behandlungsbedarf. Da zudem gerade im Hinblick auf die Sozialstruktur seines Stadtteils kaum Privatpatienten die Praxis aufsuchten, sei zwangslÃ¤ufig die Relation von Honorarumsatz und Ertrag besonders ungÃ¼nstig. Da die Existenz der Praxis am bisherigen Standort gefÃ¤hrdet sei, sei die Beklagte verpflichtet, durch MaÃnahme der Honorarverteilung die besondere StrukturschwÃ¤che seiner Praxis auszugleichen. Die Beklagte wies den Widerspruch zurÃ¼ck.

Das Sozialgericht hat die im Laufe des Verfahrens ergangenen und vom KlÃ¤ger mit derselben BegrÃ¼ndung angefochtenen Honorarbescheide fÃ¼r die Quartale III/1992 bis IV/1993, in denen Honorar in vergleichbarer HÃ¶he gezahlt worden war, in das Verfahren einbezogen und die Klage insgesamt abgewiesen (Urteil vom 13. Juli 1994).

Das Landessozialgericht hat die Berufung zurÃ¼ckgewiesen. Das Fehlen eines kassenartenÃ¼bergreifenden Ausgleichs zugunsten strukturschwacher Praxen sei sowohl mit einfachem Gesetzesrecht wie mit Verfassungsrecht, insbesondere mit den grundrechtlichen GewÃ¤hrleistungen der Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 und 14 Abs 1 Grundgesetz (GG) vereinbar (Urteil vom 18. MÃ¤rz 1998).

Mit seiner Revision rÃ¼gt der KlÃ¤ger eine Verletzung der Vorschriften Ã¼ber die Honorarverteilung, Ã¼ber die angemessene VergÃ¼tung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen sowie Ã¼ber die Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung durch die KÃV und schlieÃlich einen VerstoÃ gegen Art 3 Abs 1, 12 Abs 1 und 14 GG. In seiner Praxis betrage der Anteil der bei PrimÃ¤rkassen versicherten Patienten 80 % gegenÃ¼ber 20 % Ersatzkassenversicherten. In anderen Stadtteilen H. sei die Verteilung genau umgekehrt; das durchschnittliche VerhÃ¤ltnis betrage etwa 50 % zu 50 %. Wegen der im Ersatzkassenbereich durchweg hÃ¶heren Punktwerte seien die Einnahmen seiner Praxis geringer; dem stÃ¼nden indessen keine EinsparmÃ¶glichkeiten bei den Praxiskosten gegenÃ¼ber. Diese Situation habe zur Folge, daÃ der Ertrag seiner Praxis in den Jahren 1992 und 1993 nur 26 % und im Jahre 1994 nur 21 % der Einnahmen betragen habe, wÃ¤hrend sich diese Quote bei den Internisten im Durchschnitt auf 41,4 % belaufe. Der signifikant hÃ¶here PrimÃ¤rkassenanteil schlage demnach mit einem Verlust in HÃ¶he von 10 % bis 20 % der Gesamtbetriebseinnahmen gegenÃ¼ber dem Durchschnitt seiner Arztgruppe zu Buche.

Er, der KlÃ¤ger, habe im Zusammenwirken mit anderen in W. an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzte versucht, im Wege der honorarpolitischen Gestaltung auf strukturelle AusgleichsmaÃnahmen seitens der

Beklagten hinzuwirken. Entsprechende AntrÃ¤ge der Ãrzte des "Kreises 18" (W. und Umgebung) seien jedoch von der Vertreterversammlung abgelehnt worden. Die Auffassung der Beklagten, Â§ 85 Abs 4 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gestatte keinen kassenartenÃ¼bergreifenden Ausgleich zugunsten strukturschwacher Praxen, treffe nicht zu. Das Gegenteil ergebe sich vielmehr aus Satz 5 dieser Vorschrift, wonach eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche VergÃ¼tung vorgesehen werden kÃ¶nne. Die Beklagte habe im Hinblick auf die geschilderten strukturellen Unterschiede der Arbeitsbedingungen der einzelnen Praxen eine Ermessensentscheidung darÃ¼ber zu treffen, ob fÃ¼r bestimmte Versorgungsgebiete eine besondere Honorierung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen erfolgen solle. Von diesem Ermessen habe sie keinen Gebrauch gemacht. Die Auffassung des Berufungsgerichts, dieser Ermessensnichtgebrauch sei gerichtlich nicht Ã¼berprÃ¼fbar, kÃ¶nne nicht zutreffen.

Die Beklagte dÃ¼rfe die ihr von Krankenkassen einer einzelnen Kassenart zuflieÃenden VergÃ¼tungsanteile nicht nur fÃ¼r die Versorgung der Versicherten dieser Kassenart verwenden und sei berechtigt, aus den hÃ¶heren VergÃ¼tungen fÃ¼r die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen die Behandlung der Versicherten der PrimÃ¤rkassen zu subventionieren. Die Ersatzkassen mÃ¼Ãten ebenfalls ein Interesse daran haben, daÃ die Ã¤rztlichen Leistungen auch in strukturschwachen Versorgungsgebieten insgesamt angemessen honoriert wÃ¼rden. Dort sei andernfalls infolge des Abwanderns von Praxen die vertragsÃ¤rztliche Versorgung generell nicht mehr sichergestellt.

Aus Art 12 Abs 1 GG ergebe sich schlieÃlich eine Verpflichtung der Beklagten, zugunsten der betroffenen Ãrzte einen kassenartenÃ¼bergreifenden Ausgleich durchzufÃ¼hren. Richtig sei, daÃ der freiberuflich tÃ¤tige Vertragsarzt keinen Anspruch darauf habe, daÃ die KÃV ihm das wirtschaftliche Risiko seiner PraxistÃ¤tigkeit abnehme. Voraussetzung fÃ¼r den die Freiberuflichkeit kennzeichnenden Wettbewerb der Ãrzte untereinander sei aber, daÃ die Rahmenbedingungen, unter denen sich das wirtschaftliche Risiko realisiere, vergleichbar seien. Dies sei indessen bei sehr unterschiedlich strukturierten Versorgungsgebieten mit der Folge einer stark vom Durchschnitt abweichenden Verteilung der Patienten einzelner Praxen auf die PrimÃ¤rkassen bzw Ersatzkassen nicht gewÃ¤hrleistet. Diese ungleichen Startbedingungen durch Instrumente der Honorarverteilung auszugleichen, entspreche einem wettbewerbsorientierten Verhalten.

Der KlÃ¤ger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 13. Juli 1994 und das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 18. MÃ¤rz 1998 aufzuheben, den Honorarabrechnungsbescheid vom 25. November 1992 (Quartal II/1992) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. MÃ¤rz 1993 sowie die Honorarabrechnungsbescheide vom 23. Februar 1993 (Quartal III/1992), vom 26. Mai 1993 (Quartal IV/1992), vom 25. August 1993 (Quartal I/1993), vom 24. November 1993 (Quartal II/1993), vom 22. Februar 1994 (Quartal III/1993) und vom 25. Mai 1994 (Quartal IV/1993) zu Ã¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, ihm

unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts einen neuen Bescheid Ã¼ber eine hÃ¶here angemessene VergÃ¼tung im Rahmen einer kassenÃ¼bergreifenden Honorarumverteilung fÃ¼r die Quartale II/1992 bis IV/1993 zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie vereinbare in getrennten GesamtvertrÃ¤gen mit ihren Gesamtvertragspartnern je einen Gesamtvertrag Ã¼ber eine eigenstÃ¤ndige GesamtvergÃ¼tung. Diese fÃ¼r jeden Gesamtvertragspartner in anderer HÃ¶he vereinbarte GesamtvergÃ¼tung werde nach den Bestimmun0gen des HonorarverteilungsmaÃstabes (HVM) verteilt. Dadurch sei sichergestellt, daÃ die Mittel eines Gesamtvertragspartners auch nur fÃ¼r die ambulante Versorgung von Versicherten der Krankenkassen dieses Partners aufgewendet wÃ¼rden. Die der KÃV in Â§ 85 Abs 4 Satz 5 SGB V eingerÃ¤umte Befugnis, eine nach Arztgruppen- und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorzunehmen, sei nicht dahin zu verstehen, daÃ eine Verpflichtung zu einem kassenartenÃ¼bergreifenden Ausgleich fÃ¼r strukturschwache Praxen bestehe. Das vertragsÃ¤rztliche VergÃ¼tungssystem habe notwendigerweise zur Konsequenz, daÃ bei unterschiedlichen GesamtvergÃ¼tungen und unterschiedlichem Leistungsaufkommen die Punktwerte differieren kÃ¶nnten, und zwar nicht nur zwischen den verschiedenen Gesamtvertragspartnern, sondern auch je nach Abrechnungsquartal. Dem KlÃ¤ger stehe kein Rechtsanspruch auf eine hÃ¶here als die sich aus den dargestellten Regelungen ergebende VergÃ¼tung zu. Auch unter Sicherstellungsgesichtspunkten kÃ¶nne sein Verlangen keinen Erfolg haben. Sollten die von ihm geschilderten Konsequenzen in der RealitÃ¤t zu Sicherstellungsproblemen in bestimmten Bezirken der F. und H. H. fÃ¼hren, wofÃ¼r es derzeit keine Anhaltspunkte gebe, stÃ¼nden ihr â der Beklagten â die im Gesetz und in der Zulassungsverordnung fÃ¼r VertragsÃ¤rzte vorgesehenen GestaltungsmÃ¶glichkeiten zur ErfÃ¼llung des Sicherstellungsauftrags zur VerfÃ¼gung.

Die Beigeladenen zu 4) und 5) beantragen ebenfalls,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie verweisen auf die historischen GrÃ¼nde fÃ¼r die im Ersatzkassenbereich hÃ¶heren Pauschalen und sind der Auffassung, die EinfÃ¼hrung eines gesonderten kassenartenÃ¼bergreifenden Strukturausgleichs durch einen HVM sei gesetzlich nicht vorgesehen.

II

Die Revision des KlÃ¤gers ist nicht begrÃ¼ndet.

Der KlÃ¤ger hat, wie die Vorinstanzen zutreffend entschieden haben, keinen Anspruch auf ein hÃ¶heres als das in den angefochtenen Bescheiden festgesetzte Honorar. FÃ¼r den von ihm geltend gemachten Anspruch auf einen kassenartenÃ¼bergreifenden Ausgleich zugunsten strukturschwacher Praxen

besteht keine gesetzliche Grundlage. Das gilt sowohl fÃ¼r die drei streitbefangenen Quartale des Jahres 1992 als auch fÃ¼r die vier streitbefangenen Quartale des Jahres 1993.

Ein Anspruch des KlÃ¤gers gegen die Beklagte, einen kassenartenÃ¼bergreifenden Honorarausgleich im Wege der Honorarverteilung vorzunehmen, besteht fÃ¼r die Quartale II/1992 bis IV/1992 schon deshalb nicht, weil in diesem Zeitraum das Honorar fÃ¼r die Behandlung von Versicherten aus dem Ersatzkassenbereich nicht nach MaÃgabe der Bestimmungen des HVM der Beklagten zu verteilen war. Die Ersatzkassen sind erst durch das zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in das GesamtvergÃ¼tungssystem einbezogen worden (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 95 Nr 9 S 34 mwN). In der Zeit vom 1. Januar 1989 bis zum 31. Dezember 1992 wurde die VergÃ¼tung der an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen teilnehmenden ÃrzTe und Ã¤rztlich geleiteten Einrichtungen gemÃ¤Ã Â§ 82 Abs 3 Satz 1 SGB V idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) in den VertrÃ¤gen nach Â§ 83 Abs 3 SGB V (idF des GRG) geregelt. Nach der letztgenannten Vorschrift schlieÃen die VerbÃ¤nde der Ersatzkassen und die KassenÃ¤rztliche Bundesvereinigung (KÃBV) mit Wirkung fÃ¼r die beteiligten Krankenkassen VertrÃ¤ge Ã¼ber die vertragsÃ¤rztliche Versorgung, wobei die Vorschriften der Â§ 83 Abs 2 und Â§ 82 Abs 1 sowie Â§ 85 SGB V entsprechend gelten. Die VergÃ¼tung der an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen beteiligten ÃrzTe ist somit in bundesweit geltenden VertrÃ¤gen zwischen den Beigeladenen zu 4) und 5) sowie der KÃBV geregelt worden. Die Honorarverteilungskompetenz der KÃV gemÃ¤Ã Â§ 85 Abs 4 SGB V hat sich deshalb vor Inkrafttreten des GSG nicht auf die Ersatzkassenhonorare erstreckt.

Dem tragen die Vorschriften des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV-Ã) Rechnung. Nach Â§ 14 Abs 1 EKV-Ã in der ab 1. Oktober 1990 geltenden Fassung erfolgte im Ersatzkassenbereich die VergÃ¼tung des Vertragsarztes auf der Grundlage des BewertungsmaÃstabs nach Einzelleistungen nach MaÃgabe der fÃ¼r die Ersatzkassenpraxis geltenden GebÃ¼hrenordnungen und den Bestimmungen des geltenden Honorarvertrages. Die Vertragskassen entrichteten die VergÃ¼tung fÃ¼r die Versorgung ihrer Versicherten mit befreiender Wirkung in einem Betrag an die KÃBV nach MaÃgabe des geltenden Honorarvertrages (Â§ 14 Abs 2 EKV-Ã). Die KÃBV leitete die auf die einzelnen KÃVen entfallenden BetrÃ¤ge an diese weiter. Da die VergÃ¼tung allein fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung der Ersatzkassenversicherten geleistet wurde, war die einzelne KÃV gehindert, im Wege der Honorarverteilung VergÃ¼tungsbestandteile, die ihr von den Ersatzkassen Ã¼ber die KÃBV zugeleitet wurden, fÃ¼r die Honorierung Ã¤rztlicher Leistungen zu verwenden, die nicht der Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen dienten. Dies wird auch durch die Regelung des Â§ 21 Abs 12 EKV-Ã aF bestÃ¤tigt, wonach die BerÃ¼cksichtigung der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit fÃ¼r die Ersatzkassenversicherten bei Honorarverteilungsregelungen fÃ¼r andere VersicherungstrÃ¤ger unzulÃ¤ssig ist.

Die (auch) in Â§ 21 Abs 12 EKV-Ã zum Ausdruck kommende, bis Ende 1992 bestehende strikte Trennung der VergÃ¼tung der Ã¤rztlichen Leistungen je nach

Kassenbereich ist rechtlich nicht zu beanstanden. Sie spiegelt die geschichtlich gewachsenen Unterschiede zwischen PrimÃ¤r- und Ersatzkassen wider. Nachdem diese im Laufe der Zeit nur noch aus ihrer Entstehung erklÃ¤rbar, in der Sache aber immer weniger gerechtfertigt waren, sind sie durch gesetzgeberische MaÃnahmen in den vergangenen Jahren mehr und mehr beseitigt worden. Bereits seit dem 1. Januar 1977 konnten Ãrzte und ZahnÃ¤rzte nur noch fÃ¼r die kassen- und die vertragsÃ¤rztliche TÃ¤tigkeit (alten Rechts) zugelassen werden. Lediglich diejenigen Ãrzte, die vor dem 1. Januar 1977 an der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen beteiligt waren, konnten die Bindung dieser TÃ¤tigkeit an die kassenÃ¤rztliche Zulassung noch lÃ¶sen (vgl BSGE 78, 175, 180 = SozR 3-5407 Art 33 Â§ 3a Nr 1). Seit Inkrafttreten des GSG wird nur noch eine einheitliche Zulassung zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung (neuen Rechts) erteilt, die den Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, Versicherte aller Krankenkassen einschlieÃlich der Ersatzkassen zu versorgen (Â§ 95 Abs 3 SGB V).

Die Unterschiede zwischen den Kassenbereichen haben sich nicht nur auf die VergÃ¼tung der Ã¤rztlichen Leistungen ausgewirkt. Zu der in mancher Hinsicht vergleichbaren Situation unterschiedlicher BeitragssÃ¤tze der Versicherten je nach KassenzugehÃ¶rigkeit bei grundsÃ¤tzlich bestehender KassenwahlmÃ¶glichkeit fÃ¼r Angestellte und verpflichtender Zuordnung zu einer bestimmten Kasse fÃ¼r Arbeiter hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 1994 in Ãbereinstimmung mit dem Bundessozialgericht fÃ¼r die achtziger Jahre entschieden, daÃ darin (noch) keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung liege. Zur BegrÃ¼ndung hat das BVerfG vor allem auf das historisch gewachsene System einer gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland und die kontinuierlichen BemÃ¼hungen des Gesetzgebers hingewiesen, sachlich nicht mehr gerechtfertigte Unterschiede nach und nach zu beseitigen und zB durch AusgleichsmaÃnahmen zwischen Krankenkassen und die EinfÃ¼hrung des freien Kassenwahlrechts (Â§ 173 SGB V in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung gemÃ¤Ã Art 35 Abs 6 GSG) fÃ¼r eine Angleichung insbesondere der BeitragssÃ¤tze zu sorgen (BVerfGE 89, 365 = SozR 3-2200 Â§ 385 Nr 4 sowie BSGE 58, 134 = SozR 2200 Â§ 385 Nr 14). Da der Gesetzgeber durch das GSG bereits ab 1993 auch die Honorierung der Ã¤rztlichen Leistungen in den verschiedenen Kassenbereichen angeglichen hat, mÃ¼ssen aus den vom BVerfG angefÃ¼hrten allgemeinen ErwÃ¤gungen die zuvor bestehenden Unterschiede fÃ¼r die Vergangenheit auch insoweit hingenommen werden. Bis zum 31. Dezember 1992 ist der geltend gemachte Anspruch des KlÃ¤gers auf Kompensation der wirtschaftlichen Konsequenzen eines geringeren Anteils von Versicherten der Ersatzkassen in seiner Praxis bei hÃ¶heren Ersatzkassenhonoraren auch aus diesen GrÃ¼nden nicht gegeben.

Ein Rechtsanspruch des KlÃ¤gers auf einen kassenartenÃ¼bergreifenden Honorarausgleich besteht auch fÃ¼r die Zeit ab dem 1. Januar 1993 nicht. Zwar sind die Ersatzkassen durch das GSG in das System der regionalisierten GesamtvergÃ¼tung einbezogen worden (vgl im einzelnen BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 17 S 109 f). Damit verfÃ¼gt die KÃV Ã¼ber die rechtliche MÃ¶glichkeit, die VergÃ¼tung aller vertragsÃ¤rztlichen Leistungen im Rahmen ihres HVM auf der Grundlage des Â§ 85 Abs 4 SGB V zu regeln (vgl KassKomm-Hess, Â§ 85 SGB V RdNr 70 zur Einbeziehung der Ersatzkassen in das GesamtvergÃ¼tungssystem). Eine

Verpflichtung der KÃ□V, die GesamtvergÃ¼tung iS des Â§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V Ã¼ber alle Kassenarten hinweg und auch im Hinblick auf die frÃ¼heren PrimÃ¤r- und Ersatzkassen einheitlich zu verteilen und so unterschiedliche Punktwerte fÃ¼r identische Leistungen je nach Versichertenstatus generell auszuschlieÃ□en, war aber gleichwohl nicht gegeben (vgl Hess aaO RdNr 70).

Gegen eine solche Verpflichtung zur einheitlichen Verteilung spricht bereits, daÃ□ nach Â§ 82 Abs 2 Satz 2 SGB V die Verhandlungen Ã¼ber die VergÃ¼tungsvertrÃ¤ge zwischen Krankenkassen einschlieÃ□lich der Ersatzkassen und KÃ□Ven getrennt oder gemeinsam gefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen. Der BegrÃ¼ndung des Entwurfs der Fraktionen von CDU/CSU, F.D.P. und SPD zum GSG vom 5. November 1992 ist zu entnehmen, daÃ□ Ã¼ber den bisher, also bis Ende 1992 geltenden Rechtszustand notwendig getrennter VergÃ¼tungsverhandlungen je Kassenart hinausgehend nunmehr gemeinsame Verhandlungen ermÃ¶glicht werden sollten, um so die Verhandlungsposition der Kassen zu stÃ¤rken (vgl BT-Drucks 12/3608 S 85). Deshalb ist die Regelung des Â§ 21 Abs 12 EKV-Ã□ in der ab dem 1. Oktober 1990 geltenden Fassung Ã¼ber die UnzulÃ¤ssigkeit der BerÃ¼cksichtigung der vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit alten Rechts bei HonorarverteilungsmaÃ□stÃ¤ben anderer KostentrÃ¤ger mit Inkrafttreten des GSG obsolet geworden. DemgemÃ¤Ã□ enthÃ¤lt die die Vorgaben des GSG umsetzende, am 1. Juli 1994 in Kraft getretene Neufassung des EKV-Ã□ eine vergleichbare Regelung nicht mehr. Eine Verpflichtung der Kassen, nur gemeinsam und einheitlich zu verhandeln und abzuschlieÃ□en, ist im Gesetz aber ausdrÃ¼cklich nicht normiert worden. Ob insoweit dem Wettbewerb der Kassen untereinander tatsÃ¤chlich mehr Raum gelassen werden sollte (so KassKomm-Hess Â§ 82 SGB V RdNr 13), mag auf sich beruhen. Es wÃ¤re jedenfalls widersprÃ¼chlich, wenn eine KÃ□V mit den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen und den VerbÃ¤nden der Ersatzkassen getrennte GesamtvergÃ¼tungsvereinbarungen schlieÃ□en darf, die etwa auf der Grundlage einer Kopfpauschale hinsichtlich der HÃ¶he differieren kÃ¶nnen, dann aber im Rahmen der Honorarverteilung gezwungen wÃ¤re, unabhÃ¤ngig von der Kassenart einheitliche Verteilungspunktwerte vorzuschreiben. Die HÃ¶he der GesamtvergÃ¼tung bezogen auf den einzelnen Versicherten oder den einzelnen Behandlungsfall hÃ¤tte dann keinerlei EinfluÃ□ auf die HÃ¶he der VergÃ¼tung der Ã¤rztlichen Leistungen, was dem Sinn der Regelung des Â§ 82 Abs 2 Satz 2 SGB V, nÃ¤mlich getrennte und demnach auch unterschiedliche GesamtvertrÃ¤ge abschlieÃ□en zu dÃ¼rfen, zuwiderliefe. Von daher bestehen keine Bedenken dagegen, daÃ□ sich im Rahmen der PrimÃ¤rkassen unterschiedliche Verteilungspunktwerte je nach Kassenart ergeben kÃ¶nnen (noch offengelassen im Senatsurteil vom 13. November 1996, BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16 S 106). Ebenso waren einzelne Gesamtvertragspartner berechtigt, unter Geltung der Budgetierungsvorschriften des Â§ 85 Abs 3a bis c SGB V idF des GSG je nach wirtschaftlicher LeistungsfÃ¤higkeit einzelner Krankenkassen bzw KassenverbÃ¤nde Steigerungen der GesamtvergÃ¼tungen zu vereinbaren, die hinter der gesetzlich zugelassenen Obergrenze der ErhÃ¶hung zurÃ¼ckbleiben. Die unterschiedliche HÃ¶he der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen hat im regionalisierten Krankenkassensystem schon immer und auch notwendigerweise unterschiedlich hohe VergÃ¼tungen der gleichen Ã¤rztlichen Leistungen im Bundesgebiet zur Folge gehabt, die sich in deutlichen Schwankungen der

Auszahlungspunktwerte verwirklicht haben (BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 20 S 128/129). Der Senat hat dementsprechend im Urteil vom 13. November 1996 lediglich die Honorierung Ã¤rztlicher Leistungen gegenÃ¼ber Versicherten solcher Kassen, die nicht Gesamtvertragspartner der KÃV des jeweiligen Arztes sind, mit einem alle Kassenarten Ã¼bergreifenden Fremdkassenpunktwert als sachwidrig beanstandet (SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16 S 106).

Aus Â§ 82 Abs 2 Satz 2 SGB V ist somit abzuleiten, daÃ bei nach Kassenarten getrennt vereinbarten GesamtvertrÃ¤gen die Verteilungspunktwerte je nach Kassenart variieren dÃ¼rfen. Daraus folgt, daÃ auch Punktwertdifferenzen zwischen (einzelnen oder allen) PrimÃ¤rkassen und Ersatzkassen nicht kraft Gesetzes ausgeschlossen sind. Die Unterschiede zwischen den PrimÃ¤rkassen und den Ersatzkassen sind nach der vollstÃ¤ndigen Einbeziehung der Ersatzkassen in das GesamtvergÃ¼tungssystem nicht mehr prinzipiell von anderer Art als diejenigen zwischen den Kassen des PrimÃ¤rkassenbereichs.

Entgegen der Auffassung des KlÃ¤gers lÃ¤Ãt sich eine Verpflichtung der KÃV, eine Ermessensentscheidung hinsichtlich kassenartenÃ¼bergreifender AusgleichsmaÃnahmen bei vom Durchschnitt abweichenden Anteilen von PrimÃ¤r- und Ersatzkassenpatienten in der einzelnen Praxis zu treffen, auch nicht aus Â§ 85 Abs 4 Satz 8 SGB V idF des GKV-SolG vom 19. Dezember 1998 (BGBl I S 3853) ableiten. Nach dieser Vorschrift kann der HVM eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen. Die Regelung ist als Â§ 85 Abs 4 Satz 6 SGB V durch das GRG eingefÃ¼hrt worden; Â§ 368f Abs 1 Reichsversicherungsordnung in der bis Ende 1988 geltenden Fassung enthielt eine vergleichbare Bestimmung noch nicht (vgl Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Â§ 85 RdNr 1).

Bedenken bestehen bereits gegen den Ausgangspunkt der ErwÃ¤gungen des KlÃ¤gers, wonach der einzelne Arzt verlangen kÃ¶nnen soll, daÃ die Vertreterversammlung bei ErlaÃ eines HVM eine begrÃ¼ndete und der gerichtlichen NachprÃ¼fung zugÃ¤ngliche Entscheidung zu treffen habe, ob von den GestaltungsmÃ¶glichkeiten des Â§ 85 Abs 4 Satz 6 SGB V idF des GRG (= Satz 8 idF des GKV-SolG) Gebrauch gemacht werden soll. Hinsichtlich der Gestaltung der Honorarverteilung kommt der KÃV im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des Â§ 85 Abs 4 SGB V eine eigenstÃ¤ndige Gestaltungsfreiheit zu. Der Charakter des HVM als Satzungsregelung, die von der Vertreterversammlung der KÃV im Rahmen der dieser zustehenden Autonomie erlassen wird, schlieÃt aus, den ErlaÃ des HVM als Gesetzesvollzug seitens einer VerwaltungsbehÃ¶rde zu verstehen, die von den ihr im Gesetz eingerÃ¤umten HandlungsmÃ¶glichkeiten ("kann") nach ihrem grundsÃ¤tzlich der gerichtlichen ÃberprÃ¼fung zugÃ¤nglichen Ermessen (vgl beispielhaft Â§ 54 Abs 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG), Â§ 114 Satz 1 Verwaltungsgerichtsordnung) Gebrauch zu machen hat. Ob eine KÃV die gesetzliche ErmÃ¤chtigung zu einer nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten differenzierenden Honorarverteilung nutzt, obliegt ihrer normativen Gestaltungsfreiheit und ist insoweit grundsÃ¤tzlich einer gerichtlichen NachprÃ¼fung entzogen. Die Gerichte kÃ¶nnen lediglich Ã¼berprÃ¼fen, ob die von der KÃV beschlossene Form der Honorarverteilung den gesetzlichen Vorgaben

entspricht. Sie haben aber nicht zu beurteilen, ob die ErwÃ¤gungen, die die Vertretersammlung zu einer Entscheidung fÃ¼r oder gegen eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten differenzierenden Honorarverteilung bewogen haben, Ã¼berzeugend sind oder nicht.

Es bedarf hier keiner Entscheidung, ob in besonders gelagerten Konstellationen eine KÃV dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit und insbesondere dem darin enthaltenen Differenzierungsgebot (vgl BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 207) nur durch eine nach Arztgruppen und/oder Versorgungsgebieten unterscheidende Honorarverteilung entsprechen kÃ¶nnte. FÃ¼r die vom KlÃ¤ger geforderte DurchfÃ¼hrung eines kassenartenÃ¼bergreifenden Honorarausgleichs zugunsten von Praxen mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von Versicherten der Ersatzkassen bieten beide DifferenzierungstatbestÃ¤nde keine Grundlage. Ãrzte, die weniger Ersatzkassenversicherte behandeln als andere, bilden keine "Arztgruppe" im Sinne dieser Vorschrift, die erkennbar an die gesetzliche Konzeption einer nach einzelnen Ã¤rztlichen Fachgebieten gegliederten vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 97 Nr 7 S 27) anknÃ¼pft. Unterschiede hinsichtlich der Versichertenstruktur in einzelnen Praxen eines Ã¤rztlichen Fachgebiets haben ferner keinen Bezug zu dem Verteilungskriterium "Versorgungsgebiet" iS des Â§ 85 Abs 4 Satz 6 SGB V idF des GRG.

Im Gesetzgebungsverfahren zum GRG ist dieser Begriff nicht erlÃ¤utert worden. Der Regierungsentwurf enthÃ¤lt in Â§ 93 Abs 4 Satz 6 die spÃ¤ter als Â§ 85 Abs 4 Satz 6 SGB V Gesetz gewordene Formulierung (BT-Drucks 11/2237 S 33), doch beschrÃ¤nkt sich die BegrÃ¼ndung auf den â nur begrenzt zutreffenden â Hinweis, es werde bisheriges Recht Ã¼bernommen (aaO S 193). Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist die Regelung weder erlÃ¤utert noch modifiziert worden (vgl BT-Drucks 11/3320 S 54; BT-Drucks 11/3480 S 58). Im Schrifttum wird ausgefÃ¼hrt, die Differenzierung nach Versorgungsgebieten dÃ¼rfe besonderen VerhÃ¤ltnissen wie Landpraxen oder notwendigen besonderen Praxisausstattungen Rechnung tragen (Wiegand in: MaaÃen/Schermer/Wiegand/Zipperer, GKV-Kommentar, Â§ 85 SGB V RdNr 32) bzw stehe in Verbindung mit speziellen VergÃ¼tungsregelungen zugunsten der HausÃ¤rzte (Krauskopf, aaO, Â§ 85 RdNr 32). Der Senat hat die MÃ¶glichkeit einer nach Versorgungsgebieten unterschiedlichen Honorarverteilung bislang im Zusammenhang mit der Bildung von Honorarkontingenten fÃ¼r einzelne Fachgruppen und Leistungsbereiche (zB Radiologie, Labor) erwÃ¤hnt (vgl BSGE 83, 1, 2 = BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 26 S 184 sowie Senatsurteil vom 3. MÃ¤rz 1999 â B 6 KA 15/98 R -), ohne freilich den Begriff "Versorgungsgebiet" nÃ¤her zu bestimmen. Eine grundsÃ¤tzliche KlÃ¤rung dieses Tatbestandsmerkmals ist auch hier nicht geboten. Nach der Systematik des Â§ 85 SGB V kann es nÃ¤mlich nur rÃ¤umlich, also auf bestimmte Ã¶rtliche Situationen (in diesem Sinne BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16 S 105), oder gegenstÃ¤ndlich, also auf bestimmte Versorgungsformen wie die hausÃ¤rztliche oder fachÃ¤rztliche Behandlung, bezogen sein. Ein Bezug zur Versichertenstruktur der Patienten einer Praxis â worauf das Begehren des KlÃ¤gers hinauslÃ¤uft â ist jedenfalls ausgeschlossen. Das ergibt sich mittelbar aus Â§ 85 Abs 2 Satz 3 SGB V idF des GKV-SolG, der mit Satz 10 dieser Vorschrift idF des 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 (BGBl I S 1520)

sowie mit Satz 3 idF des GSG identisch ist. Danach ist im Rahmen der Ermittlung der GesamtvergÃ¼tung im VerhÃ¤ltnis zwischen Krankenkassenverband und KÃ□V die Vereinbarung unterschiedlicher VergÃ¼tungen fÃ¼r die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten nicht zulÃ¤ssig. Diese Regelung soll klarstellen, daÃ□ VergÃ¼tungsvereinbarungen, die fÃ¼r bestimmte Gruppen von Versicherten â□□ zB fÃ¼r die Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner â□□ unterschiedliche VergÃ¼tungen der Ã□rzte vorsehen, unzulÃ¤ssig sind (BT-Drucks 12/3608 S 87).

PrimÃ¤r verweist die Vorschrift damit auf die besondere Situation der Krankenversicherung der Rentner (vgl KassKomm-Hess, Â§ 85 SGB V RdNr 34). Darin erschÃ¶pft sich ihr Anwendungsbereich jedoch nicht. Sie schlieÃ□t generell aus, die VergÃ¼tung Ã¤rztlicher Leistungen etwa nach dem Geschlecht der Versicherten, nach ihrem Status als Pflichtversicherte oder als freiwillige Mitglieder einer Krankenkasse, als Stammversicherte oder als versicherte FamilienangehÃ¶rige oder nach ihren der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Einnahmen zu variieren. Soweit die genannten AnknÃ¼pfungsmerkmale EinfluÃ□ auf die wirtschaftliche StÃ¤rke einer Krankenkasse haben, werden diese in bestimmtem Umfang Ã¼ber den Risikostrukturausgleich kompensiert. Nach Â§ 266 SGB V werden zwischen den Krankenkassen jÃ¤hrlich die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden ua in der HÃ¶he der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ausgeglichen. Durch den Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (Â§Â§ 268 ff SGB V) wird darÃ¼ber hinaus sichergestellt, daÃ□ die Leistungsaufwendungen fÃ¼r die Rentner und ihre versicherten AngehÃ¶rigen nicht von der Krankenkasse getragen werden, bei der ein Rentner versichert ist, sondern durch einen Finanzierungsanteil der Krankenkassen im Rahmen des KVdR-Ausgleichs finanziert werden (vgl Wasem in: MaaÃ□en/Schermer/Wiegand/Zipperer, GKV-Kommentar, Â§ 268 SGB V RdNr 2). Die Zahl der bei einer Kasse versicherten Rentner beeinfluÃ□t danach die LeistungsfÃ¤higkeit dieser Kasse nicht.

Aus der Zusammenschau dieser Vorschriften ergibt sich, daÃ□ kraft Gesetzes sowohl die unterschiedliche Belastung der einzelnen Krankenkasse mit den Kosten der Rentnerbehandlung als auch die Unterschiede hinsichtlich der HÃ¶he der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder in speziell geregelten Verfahren ausgeglichen werden. Das schlieÃ□t wiederum grundsÃ¤tzlich aus, daÃ□ die einzelne KÃ□V kraft Gesetzes gehalten sein kann, Honorarumverteilungsregelungen einzufÃ¼hren, die im Kern an den Versichertenstatus (Allgemein-Versicherter bzw Rentner) oder an die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten anknÃ¼pfen. Dem typischerweise hÃ¶heren Leistungsaufwand im Rahmen der Rentnerbehandlung darf zwar durch unterschiedliche Leistungsbewertungen im EBM-Ã□ Rechnung getragen werden (KassKomm-Hess, Â§ 85 SGB V RdNr 34 sowie BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 15 S 61 zum Praxisbudget bei Basislaborleistungen, dessen Berechnung nach Allgemeinversicherten und Rentnern differenziert). Die unterschiedliche HÃ¶he der Grundlohnsumme der einzelnen Krankenkasse bzw Kassenart, soweit sie im Gesamtvertrag berÃ¼cksichtigt worden ist und sich mittelbar in variierenden Verteilungspunktwerten niederschlÃ¤gt, ist jedoch kein damit vergleichbarer Umstand. Die Differenzen in der Leistungskraft der einzelnen Kasse bzw Kassenart

werden, soweit sie nach der gesetzlichen Konzeption auszugleichen sind und der Kasse nicht als Element des Wettbewerbs zugute kommen sollen, ausschlieÃlich nach den Vorschriften Ã¼ber den Risikostrukturausgleich bzw Ã¼ber den Finanzausgleich im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner berÃ¼cksichtigt. Seitdem die Ersatzkassen durch das GSG in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingegliedert sind, besteht schon aus diesem Grund keine Verpflichtung der KÃV, Abweichungen in der Zusammensetzung der Patienten einer Praxis nach dem Kriterium der Mitgliedschaft in einer PrimÃ¤r- oder einer Ersatzkasse durch Regelungen der Honorarverteilung auszugleichen.

Das Verlangen des KlÃ¤gers nach einem kassenartenÃ¼bergreifenden Ausgleich zugunsten "strukturschwacher" Praxen ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellungsverpflichtung der Beklagten (Â§ 75 Abs 1 SGB V) gerechtfertigt. Der Senat hat bislang noch nicht abschlieÃend entschieden, ob eine KÃV Ã¼berhaupt kraft ihres Sicherstellungsauftrags berechtigt ist, existenzgefÃ¤hrdete Praxen mit Mitteln der Honorarverteilung zu Lasten anderer Praxen finanziell zu stÃ¼tzen (vgl BSGE 75, 37, 43 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 7 S 43 mit Nachweisen aus der frÃ¼heren Rechtsprechung). Das wirtschaftliche Risiko seiner TÃ¤tigkeit hat der Vertragsarzt jedenfalls grundsÃ¤tzlich selbst zu tragen; die KÃV ist nicht gehalten, ihm die Sorge um seine Existenz abzunehmen (BSGE aaO S 45 = SozR aaO S 44 f). Im Urteil vom 20. Januar 1999 (- B 6 KA 46/97 R -, BSGE 83, 205 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 29) hat der Senat lediglich ausgesprochen, daÃ die KÃV im Wege der Honorarverteilung den Ãrzten einer Arztgruppe, die als Folge eines PunktwertrÃ¼ckgangs im Hinblick auf die besonderen Bedingungen ihrer TÃ¤tigkeit (konkret: Erbringung ausschlieÃlich zeitgebundener und genehmigungsbedÃ¼rftiger psychotherapeutischer Leistungen) benachteiligt sind, unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten ermÃ¶glichen muÃ, daÃ ihre Chancen auf Erzielung eines EinnahmeÃ¼berschusses nicht signifikant hinter den entsprechenden MÃ¶glichkeiten anderer Arztgruppen zurÃ¼ckbleiben (BSG aaO S 213 = SozR aaO S 220). Im Ã¼brigen ist fÃ¼r StÃ¼tzungsmaÃnahmen im Wege der Honorarverteilung allenfalls dann Raum, wenn bei einer Arztgruppe die Versorgung der Versicherten in einem Teilbereich der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung generell gefÃ¤hrdet wÃ¤re (BSGE 75, 187, 192 = SozR 3-2500 Â§ 72 Nr 5 S 10). DafÃ¼r, daÃ diese Situation in H. hinsichtlich der Arztgruppe der Internisten eingetreten sein kÃ¶nnte oder unmittelbar droht, bestehen nach den Feststellungen der Vorinstanz keinerlei Anhaltspunkte.

SchlieÃlich beruhen die wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die der KlÃ¤ger fÃ¼r seine Praxis trotz Ã¼berdurchschnittlich hoher Fallzahlen und Ã¼berdurchschnittlich hoher UmsÃ¤tze geltend macht, nicht in erster Linie auf der ungÃ¼nstigen Verteilung von PrimÃ¤r- und Ersatzkassenversicherten in seiner Praxis. Die angefochtenen Honorarbescheide lassen erkennen, daÃ in einigen Leistungsbereichen die Honorierung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen im PrimÃ¤rkassenbereich gÃ¼nstiger als im Ersatzkassenbereich war. Das beruht zum einen darauf, daÃ die Punktwerte im PrimÃ¤rkassenbereich je nach Kassenart stark schwankten und vor allem durch durchweg besonders niedrige Punktwerte der AOK Hamburg und besonders hohe, die Ergebnisse im Ersatzkassenbereich durchweg Ã¼berschreitende Punktwerte der Seekasse gekennzeichnet waren. Die

Verteilungspunktwerte der Betriebskrankenkassen Ã¼berschritten teils diejenigen der Angestellten-Ersatzkassen, teils unterschritten sie sie und lagen in den meisten Bereichen oberhalb der Werte, die im Bereich der Arbeiter-Ersatzkassen zur Verteilung zu verzeichnen waren. Weiterhin ist zu berÃ¼cksichtigen, daÃ im PrimÃ¤rkassenbereich andere Formen der Mengenbegrenzung praktiziert wurden als im Ersatzkassenbereich. Das hat bewirkt, daÃ der PrimÃ¤rkassenpunktwert fÃ¼r einige allgemeine Leistungen niedriger, fÃ¼r bestimmte, im PrimÃ¤rkassenbereich besonders gefÃ¶rderte Leistungen â wie phasenweise das ambulante Operieren -, deutlich hÃ¶her war als im Ersatzkassenbereich. Wenn aber in einem Kassenbereich die Bandbreite zwischen den am besten und den am schlechtesten honorierten Ã¤rztlichen Leistungen grÃ¶Ãer ist als im anderen Bereich, kann nicht undifferenziert davon ausgegangen werden, die Honorierung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen im Ersatzkassenbereich sei stets besser als diejenige im PrimÃ¤rkassenbereich. Je nach Struktur der Praxis sowohl im Hinblick auf die KassenzugehÃ¶rigkeit der Patienten als auch im Hinblick auf das spezielle Leistungsangebot des Arztes werden sich deutliche Unterschiede ergeben. Eine Praxis, die sich im hier zu beurteilenden Zeitraum auf ambulante Operationen spezialisiert und einen besonders hohen Anteil von Versicherten der Seekasse betreut hat, dÃ¼rfte durchweg hÃ¶here Punktwerte erzielt haben als eine Praxis, die zu 80 % Versicherte der Ersatzkassen betreut und Ã¼berdurchschnittlich viele Laborleistungen abgerechnet hat. Die Honorierung dieser Leistungen im Ersatzkassenbereich ist nÃ¤mlich teilweise mit deutlich niedrigen Punktwerten als im PrimÃ¤rkassenbereich erfolgt. Im Hinblick darauf sowie auf die geringfÃ¼gigen Fallwertdifferenzen zwischen PrimÃ¤r- und Ersatzkassenbereich (durchweg nur zwischen 6,- DM und 7,- DM) sowie schlieÃlich aufgrund des Umstandes, daÃ der KlÃ¤ger im PrimÃ¤rkassenbereich in einzelnen Quartalen sogar hÃ¶here Fallwerte abgerechnet hat als im Ersatzkassenbereich, steht damit fest, daÃ die Differenzierung zwischen beiden Kassenbereichen fÃ¼r die aus der Sicht des KlÃ¤gers unbefriedigende wirtschaftliche Situation seiner Praxis nicht von entscheidender Bedeutung gewesen ist. Soweit der KlÃ¤ger bei Ã¼berdurchschnittlich hoher Fallzahl und Einnahmen von 484.748 DM (1992) sowie 504.116 DM (1993) nach eigenen Angaben nur ErtrÃ¤ge von 26 % dieser BetrÃ¤ge erzielt hat, beruht dies nicht auf der Relation von Ersatz- und PrimÃ¤rkassenversicherten.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024