

EEL-Nachrichten 2/2007
Aktuelle Informationen aus dem Medizinrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei allen Auseinandersetzungen der Beteiligten im Gesundheitssystem darf nicht übersehen werden, dass es Leistungserbringern, Kostenträgern und allen anderen Partnern im Gesundheitswesen letztlich um dasselbe Ziel geht: die qualitativ hochwertige und standardgemäÙe Versorgung des Bürgers im Krankheitsfall mit Diagnostik und Therapie. Wenn auch das Ziel dasselbe ist, Diskussion und Streit entstehen in der Regel über den Weg dorthin. Die gerichtliche Auseinandersetzung darf nur ultima ratio sein, denn sie verhärtet die Fronten, dauert lange und löst in der Regel das Problem eben gerade nicht. Überall sollte der Dialog an vorderster Stelle stehen. Vielleicht flankiert durch das Instrument "public policy advisory" (die Versorgung des Entscheidungsträgers **vor der Entscheidung** mit sachgerechten und neutralen Informationen, um im komplexen und komplizierten System Entscheidungsabläufe zu vereinfachen). Die Beanstandung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Clopidogrel durch das BMG ist ein Beispiel hierfür. In diesem Sinne würden wir uns freuen, den Dialog zu intensivieren.

Mit freundlichen GrüÙen

EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de
[Newsletter anmelden](#)

Beiträge

Die gesetzliche Krankenkasse ist nur so lange nicht als Unternehmen zu qualifizieren, so lange sie die Versicherten auf der Basis von Solidarität und ohne Gewinnerzielungsabsicht mit allen notwendigen Leistungen im Bereich der Krankenversicherung versorgt. Die Einführung von differenzierten Sonderzahlungen seitens der Versicherten infolge der Einführung des Gesundheitsfonds und darüber hinausgehend privatversicherungsrechtlicher Elemente lassen die GKV zunehmend im Lichte eines Unternehmens erscheinen. Und dies mit gravierenden Konsequenzen.

Solange die gesetzliche Krankenkasse, der jeweilige Verband oder Spitzenverband nicht als Unternehmen qualifiziert wird, sind die Möglichkeiten gemeinsamer Aktivitäten und Entscheidungen nahezu "unbegrenzt". Hierzu gehört beispielsweise die Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen, da dies nach der Rechtsprechung des EuGH keine wirtschaftliche Tätigkeit darstellt und somit die entscheidenden Körperschaften - die Spitzenverbände der Krankenkassen - nicht als Unternehmen zu qualifizieren sind. Das Wettbewerbsrecht mit seinen entsprechenden Restriktionen ist nicht anwendbar.

Entscheidend für eine derartige Beurteilung sind Aspekte wie Sozialstaatsaufgabe, Solidarität, fehlende Gewinnerzielungsabsicht, Leistungskatalog und Beitragssatzgestaltung. Je stärker allerdings die gesetzliche Krankenversicherung in die Lage versetzt wird, Strukturen und Instrumente der Privatversicherungswirtschaft zu nutzen, je größer wird die Gefahr der Qualifizierung als Unternehmen. Hierzu gehört ebenso die bisher noch nicht abschließend beurteilte Entwicklung bei der Einführung des Gesundheitsfonds mit Steuerfinanzierung und zunehmender Beteiligung der Versicherten durch Zahlung von Sonderbeiträgen. Die Einführung von Selbstbehalten und Beitragsrückzahlungen weist in dieselbe Richtung. Der EuGH wird diese Entwicklung "im Auge behalten". Denn es ist in gewissem Sinne ein "way of no return", wenn die Krankenkasse erst einmal als Unternehmen qualifiziert ist. Viele lieb gewonnene Entscheidungsabläufe im Sinne einheitlicher und gemeinsamer Beschlussfassung werden dann zur Makulatur. Festbetragsregelung und die Ausschreibung von Rabattverträgen gehören dazu.

Bei Rückfragen: a.ehlers@eep-law.de

Abgrenzung einer Betreuten Wohnform für Behinderte vom Heim

Das Verwaltungsgericht Karlsruhe hatte sich in einer kürzlich veröffentlichten Entscheidung mit der Frage auseinanderzusetzen, wann eine Einrichtung des Betreuten Wohnens für Behinderte als Heim im Sinne des Heimgesetzes (§ 1 HeimG) anzusehen ist (Urteil vom 04.07.2006, Az. 11 K 2330/05). Der Träger wehrte sich gegen eine Anordnung der Heimaufsicht, den Heimbetrieb nach § 12 HeimG anzuzeigen. Das Urteil trifft insbesondere interessante Aussagen für den Fall, dass zwischen Vermieter und Service-Dienstleister gesellschaftsrechtliche Verflechtungen (z.B. Beteiligungen) bestehen.

Nach der Gesetzesbegründung setze die Anwendung des Heimgesetzes voraus, dass eine "heimmäßige" Betreuung vorliege. Dies bedeute, dass der Träger des Heims neben der Unterkunft auch Betreuung und Versorgung anbieten müsse und damit eine Rundumversorgung – auch für den Fall der Verschlechterung des Gesundheitszustandes – übernehme. Entscheidend gegen die Anwendung des HeimG spreche, dass sämtliche über die allgemeinen Betreuungsangebote hinausgehenden Leistungen, etwa die ambulante Pflege im Fall des Bedarfs, in der Form gewährt würden, dass den Bewohnern sowohl bei der Frage der Inanspruchnahme als auch bei der Auswahl des Leistungserbringers die freie Entscheidung verbleibe.

Die Behörde hatte eingewandt, zwischen Vermieter und Serviceanbieter bestünden

gesellschaftsrechtliche Verflechtungen, aus denen sich die Anwendung des Heimgesetzes ergebe. Dem tritt das Gericht entgegen. Solange den Bewohnern die vorbenannte Wahlfreiheit im Hinblick auf weitergehende Betreuungsleistungen gewährleistet werde, stelle die getroffene gesellschaftsrechtliche Form für Vermieter und Betreuer und die Höhe der jeweiligen gesellschaftsrechtlichen Anteile legitime Formen rechtlicher Gestaltung dar. Es könne daher nicht mit einer Art Generalverdacht davon ausgegangen werden, dass Vermieter und Service-Dienstleister manipulativ an der Umgehung des Heimgesetzes zusammenwirkten.

An das Urteil sollte überall gedacht werden, wo der Vermieter zugleich an der Erbringung von Betreuungsleistungen beteiligt ist.

Bei Rückfragen: m.ardt@eep-law.de

Kostenfreie Anwaltshotline für Ärzte soll gegen FS Arzneimittelindustrie-Kodex verstoßen

Der Spruchkörper II. Instanz des Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V. hat jüngst entschieden, dass eine Aktion eines Arzneimittelherstellers, die Ärzten ermöglichte, kostenlos telefonische Beratung durch eine Anwaltskanzlei zum AVWG in Anspruch zu nehmen, gegen die Vorschrift des § 21 Abs. 2 FS-Kodex verstößt. Nach dieser Vorschrift dürfen im Rahmen einer nicht produktbezogenen Werbung Geschenke nur zu besonderen Anlässen gewährt werden, wenn sie sich in einem sozialadäquaten Rahmen halten und zur Verwendung in der beruflichen Praxis bestimmt sind. Nach Auffassung des Spruchkörpers handelt es sich bei der Beantwortung von Fragen zum AVWG durch einen externen Anwalt um eine geldwerte Leistung, mithin um ein Geschenk. Der Auskunft eines unabhängigen, fachkundigen Rechtsanwalts komme aus Sicht der Interessenten ein deutlich höheres Gewicht als die Auskunft durch fachkundige juristische Mitarbeiter des Herstellers zu. Da es im Übrigen schon an einem besonderen Anlass fehlte, sei eine solche Werbeaktion unzulässig (Az. FS II 3/06/2006.6-130). Bei der Planung von Werbeaktionen, welche Ärzten Informationen über aktuelle oder zukünftige Gesetzesänderungen zukommen lassen sollen, ist aber zu beachten, dass Hersteller von Arzneimitteln grundsätzlich das Recht haben, über ihre Produkte Auskünfte und Ratschläge zu erteilen (§ 7 Abs. 1 Ziffer 4 HWG). Dies umfasst nach unserer Ansicht insbesondere auch Informationen über sozialrechtliche Sachverhalte wie beispielsweise der Beantwortung von Fragen zur Kostenübernahme durch die GKV. Auch ist es Herstellern erlaubt, sich zur Gestaltung solcher Informationen externer (juristischer) Berater zu bedienen. Insoweit ist aber zu berücksichtigen, dass bei der Einschaltung externer Experten nicht der Eindruck erweckt wird, auf diesem Wege sollten den Ärzten geldwerte Vorteile eingeräumt werden.

Bei Rückfragen: o.sude@eep-law.de

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften weichen Grenzen der Planungsbereiche auf

Seit dem 01.01.2007 sind überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften auch für Vertragsärzte möglich. Überörtlich heißt in diesem Fall auch planungsbereichsübergreifend. Voraussetzung für die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss ist lediglich, dass die Erfüllung der Versorgungspflicht des jeweiligen Mitglieds an seinem Vertragsarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Ärzte im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. Darüber hinaus dürfen das Mitglied der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft und die bei ihm angestellten Ärzte an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder nur in zeitlich begrenztem Umfang tätig werden. Der bis zum 31.12.2007 auch insoweit abzuändernde Bundesmantelvertrag Ärzte wird wahrscheinlich Präzisierungen dieser Vorgaben enthalten und eine bestimmte Mindestverfügbarkeit am Vertragsarztsitz sowie eine zeitliche Begrenzung der Tätigkeit an anderen Vertragsarztsitzen normieren. Innerhalb dieser Vorgaben lassen sich indes schon jetzt Planbereichsgrenzen auflockern, auch wenn das Instrument der Bedarfsplanung erst mittelfristig vollständig wegfallen wird. Möchte ein zugelassener Leistungserbringer im Sinne des SGB V beispielsweise ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen, kann er zwar zur Generierung der zur Gründung erforderlichen fach- bzw. schwerpunktübergreifenden Vertragsarztsitze nicht auf angrenzende Planungsbereiche ausweichen. Allerdings hat er die Möglichkeit, bei erfolgreicher Gründung eines MVZ im eigenen Planbereich durch die Bildung von (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften auch niedergelassene Vertragsärzte in anderen Planungsbereichen in das Medizinische Versorgungszentrum zu integrieren. Gerade für kleinere Planungsbereiche ohne eine nennenswerte Anzahl von niedergelassenen Fachärzten lassen sich so attraktive Angebote zur hochwertigen Patientenversorgung schnüren. Bei der vertraglichen Ausgestaltung sind indes einige juristische Fallstricke und Unwägbarkeiten zu berücksichtigen. Bei Rückfragen: s.goetting@eep-law.de

Rechtsschutz gegen die Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Gegenwärtig beschäftigt sich das Bundessozialgericht mit der Frage, ob die Widerspruchs- bzw. Klagebefugnis niedergelassener Ärzte gegen die Ermächtigung eines Krankenhausarztes auf diejenigen Vertragsärzte beschränkt ist, die in demselben Planungsbereich wie der ermächtigte Arzt tätig sind oder tätig werden wollen (B 6 KA 42/06 R). Das Bundesverfassungsgericht hat bereits im Jahre 2004 (BVerfG-Beschluss v. 17.08.2004 - 1 BvR 378/00) entschieden, dass grundsätzlich eine sog. defensive Konkurrentenklage von betroffenen niedergelassenen Ärzten zulässig ist, da die Ermächtigung eines Krankenhausarztes derselben Fachrichtung und Qualifizierung in die Berufsausübungsfreiheit eines Vertragsarztes eingreift, der in demselben räumlichen Gebiet die gleichen Leistungen anbietet, indem dadurch die Erwerbsmöglichkeiten über das dem Vertragsarztrecht immanente Maß hinaus eingeschränkt werden. Das beim Bundessozialgericht gegenwärtig anhängige Verfahren wird zeigen, inwieweit sich niedergelassene Ärzte vor den zunehmenden Einflüssen der ortsnahen Krankenhäuser rechtlich wehren können, wenn dadurch in

ihren Tätigkeitsbereich eingegriffen wird. Falls entsprechende Pläne eines umliegenden Krankenhauses bekannt werden, sollte möglichst noch während des Genehmigungsverfahrens Einfluss genommen werden.

Bei Rückfragen: s.hardenberg@eep-law.de

Aktuelle Änderungen des rechtlichen Rahmens für Gewebe- und Zellentnahmen in Kliniken und Arztpraxen durch das sog. Gewebegesetz

Das Bundesgesundheitsministerium wird voraussichtlich im Mai dieses Jahres einen überarbeiteten Entwurf eines Gesetzes über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen (sog. Gewebegesetz) vorlegen, mit dem die Bundesrepublik die weitere Umsetzung der europäischen Geweberichtlinie beabsichtigt (Richtlinie 2004/23/EG vom 31.3.2004). Jede auf dem Gebiet der Gewebeentnahmen und -retransplantationen tätige Klinik bzw. Arztpraxis sollte sich frühzeitig mit den damit anstehenden Änderungen des rechtlichen Rahmens für Gewebe- und Zellentnahmen vertraut machen.

Betroffen von den Neuregelungen werden voraussichtlich alle "Gewebeeinrichtungen" sein, worunter Gewebebanken, Abteilungen eines Krankenhauses oder andere Einrichtungen zu verstehen sind, in denen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Verarbeitung, Konservierung, Lagerung oder Verteilung menschlicher Gewebe oder Zellen ausgeführt werden. Da hierunter auch solche Stellen fallen, die nur für die Beschaffung oder Testung von Gewebe und Zellen zuständig sind (Entnahmestellen), werden die neuen Vorschriften künftig auch von niedergelassenen Ärzten und Kliniken zu beachten sein, in denen Gewebeentnahmen und -retransplantationen durchgeführt werden.

Von weiten Teilen selbst der Fachöffentlichkeit unbemerkt war bereits zum 01.09.2006 eine in § 138 AMG vorgesehene Übergangsfrist mit dem Ergebnis ausgelaufen, dass Entnahmestellen bereits heute für die Gewebeentnahme und -verwendung eine behördliche Erlaubnis (sog.

Herstellungserlaubnis, vgl. § 13 Abs. 1 S. 1 AMG) notwendig ist. Die Entnahmestellen haben seither GMP-Anforderungen zu erfüllen.

Von nicht erheblicher Bedeutung ist die im bisherigen Gesetzentwurf vorgesehene Streichung des § 4a Ziff. 4 AMG. Danach wird künftig das AMG voraussichtlich Anwendung auch auf solche Tätigkeiten finden, bei denen menschliche Organe, Organteile oder Gewebe unter der fachlichen Verantwortung eines Arztes zum Zwecke der Übertragung auf Menschen entnommen werden, wenn diese Menschen unter der fachlichen Verantwortung dieses Arztes behandelt werden. Diese Tätigkeiten fielen bisher nicht unter das Arzneimittelgesetz.

Bei Rückfragen: d.schweiger@eep-law.de

PPI-Präparate aus der Bonus-Malus-Regelung wieder herausgenommen

Der Presse konnte entnommen werden, dass die Wirkstoffgruppe der Protonenpumpeninhibitoren (PPI) nachträglich wieder aus der Bundesvereinbarung der Bonus-Malus-Regelung herausgenommen wurde. Nach Behebung eines Rechenfehlers seien die Preisunterschiede der PPI-Präparate so

gering, dass es keinen Sinn machen würde, diese Wirkstoffgruppe in der Bonus-Malus-Regelung zu belassen.

Nun müssen die regionalen Vertragspartner, die die Vorgaben der Bundesvereinbarung eins zu eins übernommen haben, ihre Arzneimittelvereinbarungen anpassen.

Ob die PPI wieder in der Richtgrößenprüfung relevant werden, bleibt abzuwarten.

Grundsätzlich dürfen die Wirkstoffgruppen der Bonus-Malus-Regelung nicht mehr in Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren geprüft werden.

In einigen KV-Bezirken hat man daher die Richtgrößen bereits um die von der Bonus-Malus-Regelung betroffenen Wirkstoffgruppen im Vorfeld bereinigt, was zu einer Absenkung der Richtgrößen geführt hat. Wollte man in diesen KV-Bezirken die PPI zukünftig wieder in die Richtgrößen einbeziehen, müssten diese erst wieder um den Anteil der PPI angehoben werden. Diese Vorgehensweise hätte zur Folge, dass die Richtgrößen unterjährig geändert werden müssten, was mit einer erheblichen Rechtsunsicherheit für die gesamte Richtgrößenprüfung verbunden wäre. Denn Richtgrößen werden grundsätzlich als leistungssteuernde Instrumente angesehen, die den Ärzten als Orientierungshilfe bei ihren Arzneimittelverordnungen dienen sollen. Die Steuerungsfunktion einer Richtgröße kann sich aber nur dann auswirken, wenn sie bereits vor Beginn eines Kalenderjahres vereinbart wurde.

In anderen KV-Bezirken wurden die o.g. Wirkstoffgruppen dagegen nicht im Vorfeld aus den Richtgrößen herausgerechnet, da diese erst im Prüfverfahren berücksichtigt werden sollen.

Doch sollte diese unklare Situation nicht als Freibrief verstanden werden, da die Möglichkeit besteht, die PPI-Verordnungen ggf. noch über andere Prüfungen, wie z.B. Einzelfallprüfung oder Prüfung eigener Art, zu überprüfen.

Bei Rückfragen: u.kostka@eep-law.de

Das Bundessozialgericht (BSG) setzt hohe Hürden für die Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen bei nicht zugelassenen Arzneimitteln.

Das BSG hat am 14.12.2006 (Az. B 1 KR 12/06 R, schriftlich veröffentlicht am 27.02.2007) entschieden, dass Arzneimittel, die in Deutschland oder anderen Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU) über keine arzneimittelrechtliche Zulassung verfügen, nur unter sehr engen Voraussetzungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen kostenerstattungspflichtig sind. Dadurch präzisiert das BSG die so genannte "Nikolaus-Entscheidung" des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 (Az. BvR 347/98). Zur Erinnerung: In der so genannten Nikolaus-Entscheidung des Bundesverfassungsgericht hatte dieses entschieden, dass es mit dem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG nicht vereinbar sei, wenn einem gesetzlich Versicherten, für dessen lebensbedrohliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe, von einer Leistung ausgeschlossen werde, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe.

In den Entscheidungsgründen führt das BSG aus, dass die Klägerin keinen Kostenerstattungsanspruch gegenüber der beklagten Krankenkasse habe. Dem Arzneimittel fehle mangels arzneimittelrechtlicher Zulassung die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne des

SGB V. Auch scheide vorliegend ein Off-label-use aus. Mangels einer Zulassung des Arzneimittels für eine anderweitige Indikation komme auch eine zulassungsüberschreitende Anwendung desselben nicht in Betracht. Über die Anforderungen des Off-label-use hinaus fordert das BSG das Vorliegen einer notstandsähnlichen Situation, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch sei. Dies bedeute, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen müsse. Angewandt auf den dieser Entscheidung zu Grunde liegende Sachverhalt musste dies vom BSG verneint werden. Bei der Klägerin lagen stabile Symptome vor und dieser sei ein Abwarten auf den stetig voranschreitenden medizinischen Fortschritt zumutbar.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das BSG die Kostenerstattung nicht zugelassener Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen weiter eingeschränkt hat. Bereits im April 2006 hatte das BSG den Off-label-use von einer abstrakten hin zu einer individuellen Risiko-Nutzen-Analyse erweitert. Nunmehr hat das BSG die Erstattungspflicht bei generell über keine Zulassung verfügende Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung um das Moment der lebensbedrohlichen Situation erweitert. Das besprochene Urteil des BSG stellt keine Kehrtwende zu der Rechtsprechung des BVerfG dar. Vielmehr werden die Anforderungen des BVerfG aus der Nikolaus-Entscheidung vom BSG konsequent weitergeführt und die Erstattungspflicht von nicht im Leistungskatalog der GKV vorgesehenen Arzneimitteln an das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Situation geknüpft. Damit stellt dieses Urteil eine Stärkung des Instruments des arzneimittelrechtlichen Zulassungsverfahrens dar und führt im Ergebnis zu einer Erhöhung der Arzneimittelsicherheit.

Bei Rückfragen: c.willhoeft@eep-law.de

Ein Service der

EHLERS, EHLERS & PARTNER

RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de

www.eep-law.de

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers	0 89 / 21 09 69-12
Karin Gräfin von Strachwitz-Helmstatt	0 89 / 21 09 69-34
Dr. iur. Isabel Häser	0 89 / 21 09 69-18
Dr. iur. Melanie Arndt	0 30 / 88 71 26-0
Dr. iur. Horst Bitter	0 89 / 21 09 69-13
Christian Koller	0 89 / 21 09 69-34
Christoph Altmiks	0 30 / 88 71 26-0
Oliver Sude	0 89 / 21 09 69-81
Dr. iur. Susanne Götting, LL.M. (EUR)	0 89 / 21 09 69-45
Ulrike Kostka	0 89 / 21 09 69-47
Dr. iur. Daniel Schweiger	0 30 / 88 71 26-0
Simone Gräfin von Hardenberg	0 89 / 21 09 69-46
Dr. iur. Cord Willhöft, LL.M.	0 89 / 21 09 69-45

Disclaimer

Die Rechtsanwaltsocietät Ehlers, Ehlers & Partner übernimmt für die Vollständigkeit und die Richtigkeit des Inhaltes dieser Nachrichten keinerlei Haftung. Die in diesen Nachrichten enthaltenen Inhalte sind ausschließlich zur Information bestimmt. Der Inhalt dieser Seiten ist urheberrechtlich geschützt. Die Nachrichten sind nur für die persönliche Information bestimmt. Die Rechtsanwaltsocietät Ehlers, Ehlers & Partner haftet nicht für Schäden, die aufgrund von Handlungen die ausgehend von den auf dieser oder einer der nachfolgenden Seiten enthaltenen Informationen durchgeführt werden.

Die entsprechenden berufsrechtlichen Vorschriften (BRAO, BORA, FAO, und BRAGO) finden Sie unter der Rubrik (Angaben gemäß § 6 TDG) auf der Homepage der Bundesrechtsanwaltskammer unter www.brak.de.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir für die Inhalte externer Links keine Haftung. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich. Verantwortlich für den Inhalt:

EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSSOCIETÄT

Widenmayerstraße 29
80538 München

[Newsletter anmelden](#)