

Liberalisierung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz: Schöne neue Kooperationswelt? *

U. Walter

Sozietät Ulsenheimer - Friederich, Rechtsanwälte, München

Endlich ist es soweit: Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz kommt. Bereits im Jahre 2004 hat bekanntlich der 107. Deutsche Ärztetag in maßgeblichen Beschlüssen zur Änderung der Musterberufsordnung das ärztliche Berufsrecht für mehr Flexibilität und Freiheit geöffnet. Schlagzeilen wie „überörtliche Gemeinschaftspraxis erlaubt!“ oder „Filialbildung: kein Problem“ konnten jedoch bisher vertragsarztrechtlich keine praktische Umsetzung finden. Die noch vom traditionellen Verständnis geprägten Vorschriften des Sozialgesetzbuchs hinkten dem eingeläuteten Modernisierungsschub hinterher und erwiesen sich als wesentlicher Hemmschuh für Freiberufler, ihre vertragsärztliche Praxis durch engere Zusammenarbeit mit anderen Fachkollegen im Wettbewerb zu stärken.

Der Gesetzentwurf zum neuen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 30.08.2006 (Bundestagsdrucksache 16/2474) wurde inzwischen im Bundestag in 2. und 3. Lesung abschließend beraten und beschlossen. Es gilt als sehr wahrscheinlich, dass das nicht zustimmungspflichtige Gesetz am 24.11.2006 den Bundesrat passieren wird, ohne erneut im Vermittlungsausschuss zu landen. Das VÄndG soll zum 01.01.2007 in Kraft treten.

Im Folgenden können und sollen nicht sämtliche Einzelheiten des VÄndG dargestellt werden. Ein Überblick, welche Kooperationsmodelle niedergelassene Vertragsärzte zukünftig zusätzlich nutzen können, um mit Fachkolleginnen und -kollegen näher zu kooperieren oder eine individuell geeignete Allianz einzugehen, verschafft am schnellsten Gelegenheit zu prüfen, ob professionelle Beratung in Anspruch genommen werden sollte. Haftungs-, versicherungs- oder gar steuerrechtliche Implikationen einzelner Gestaltungen, die eine strategische Neuausrichtung stets abrunden sollten, müssen im vorliegenden Rahmen außer Betracht bleiben.

Zunächst seien nochmals die bisher offen stehenden Kooperationsformen aufgezeigt (hierzu unter 1. und 2.), damit besser greifbar wird, worin die neuen Freiräume liegen. Ob die jetzt erlaubten innovativen Organisationsformen und neu vorgesehenen Arten vertragsärztlicher Berufsausübung (hierzu unter 3.) auch kalkulatorisch gesehen zukunftsfähige Erfolgsmodelle sind, wird sich freilich erst erweisen, wenn sie gelebt werden.

1. „Klassische“ Formen der Zusammenarbeit

a)

Um bloße Organisationsgemeinschaften handelt es sich bei den Praxis-, Labor- und Apparategemeinschaften. Ärzte, die in diesen Rechtsformen kooperieren, nehmen gemeinschaftlich Räumlichkeiten, Personal sowie Geräte in Anspruch. Ein (vertrags-) ärztliches Zusammenwirken findet hingegen nicht statt.

b)

Eine echte Berufsausübungsgemeinschaft ist demgegenüber die Gemeinschaftspraxis. Haus- und Fachärzte, auch verschiedener Richtungen (fachübergreifend), wirken in der Art und Weise zusammen, dass sie ihre Patienten gemeinschaftlich betreuen. Vertragsarztrechtlich gesehen bildet die Gemeinschaftspraxis eine Einheit. Sie unterhält z.B. eine Abrechnungsziffer, allerdings müssen die von den ihr zugehörigen Ärzten erbrachten Leistungen den jeweiligen „Verursachern“ zurechenbar sein, was durch spezifische Abrechnungskennziffern geschieht. Flankierend honoriert der EBM 2000plus in einer Kooperation wie der Gemeinschaftspraxis erbrachte vertragsärztliche Leistungen mit erhöhten Punktwerten.

c)

Berufsrechtlich unbedenklich ist seit einiger Zeit auch der Zusammenschluss von Ärzten mit Angehörigen anderer heilkundlicher Berufsgruppen zu einer sogenannten medizinischen Kooperationsgemeinschaft. Vertragsarztrechtlich war diese Art der Zusammenarbeit zunächst nicht relevant. Seit dem Jahre 2004 kennt jedoch das Sozialgesetzbuch das sogenannte medizinische Versorgungszentrum (MVZ) als Leistungserbringer. In ein MVZ, einer ärztlich geleiteten fachübergreifenden Einrichtung, in der Vertragsärzte und angestellte Ärzte tätig sind, können auch andere Leistungserbringer wie z.B. Physiotherapeuten oder Apotheken, mit ihrem Leistungsspektrum integriert sein.

* Rechte vorbehalten

d)

Nur einen losen Verbund von verschiedenen Vertragsarztpraxen stellen sogenannte vernetzte Praxen dar. Hierbei handelt es sich weder um eine Berufsausübungs- noch um eine Organisationsgemeinschaft. Auf Landesebene ist es möglich, dass Kassenärztliche Vereinigungen mit freiwillig zu einem Ärztenetz zusammengeschlossenen Praxen (z. B. das Ärztenetz „Go-In“ in Ingolstadt) sogenannte Strukturverträge schließen. Diese Verträge enthalten ein gemeinsames qualitatives Versorgungsziel für alle beteiligten Praxen. Diesem gemeinsamen Versorgungsziel kann eine gemeinschaftliche Budgetverantwortung zugeordnet sein.

e)

Für die einzelne Praxis eines niedergelassenen Vertragsarztes kommt es bisher nur eingeschränkt in Betracht, angestellte Ärzte zu beschäftigen. Nach § 32 b Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) können in einer Einzelpraxis entweder ein ganztags angestellter Arzt oder zwei halbtags angestellte Ärzte tätig sein. Damit dies allerdings bedarfsplanungsrechtlich neutral bleibt, besteht in diesen Konstellationen eine sogenannte Pflicht zur Leistungsbegrenzung. Das Gesamtpunktzahlvolumen darf in einer so besetzten Praxis nur um 3 % überschritten werden (vgl. Angestellte-Ärzte-Richtlinien).

Diese Konstellationen eignen sich bekanntlich für Vertragsärzte, wenn sie sich familien- oder altersbedingt vorübergehend oder dauerhaft schrittweise zurückziehen möchten. Die angestellten Ärzte benötigen keinen eigenen Vertragsarztsitz. Allerdings können sie, wenn sie als „Job-Sharing“-Assistenten gemeldet sind, eine sogenannte beschränkte Zulassung erhalten. Eröffnet ist sodann die Möglichkeit zum Erwerb einer Vollzulassung nach dem Ablauf von zehn Jahren. Immerhin nach fünf Jahren nehmen Job-Sharer eine bevorzugte Stellung im Praxisnachfolgeverfahren auf den Sitz des Inhabers des Vertragsarztsitzes ein, bei dem sie beschäftigt sind.

2. „Neue“ Versorgungsformen seit 2004

a)

Für das bereits erwähnte MVZ, mit dem Einzelpraxen mittelfristig konkurrieren werden (neben etwa 135.000 Vertragsärzten haben sich inzwischen 420 MVZ etabliert, in denen 1.648 Ärzte tätig sind (Stand April 2006), die Tendenz ist steigend), enthält das VÄndG klarstellende und ergänzende Regelungen. Die Fachübergreiflichkeit dieser Einrichtung ist künftig eindeutig gegeben, wenn Ärzte verschiedener

Schwerpunktbezeichnungen einer Facharztbezeichnung im Sinne der Weiterbildungsordnungen im MVZ vertreten sind (z.B. Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie und Nephrologie). Ausreichend ist auch das Zusammenwirken von haus- und fachärztlichem Internisten, während die bloße Beteiligung von Hausärzten und Psychotherapeuten neben einer Facharztbezeichnung (z.B. Neurologe und Psychotherapeut oder Allgemeinarzt und hausärztlicher Internist) nicht ausreicht. Neu ist folgende Zulassungsvoraussetzung bei einer MVZ-Gründung als GmbH: Die Gründer sind dann zur Abgabe selbstschuldnerischer Bürgschaftserklärungen verpflichtet, um Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen gegen das MVZ, auch im Falle seiner Auflösung, abzusichern.

b)

Einen höchst beachtlichen Trend zeigen die seit dem Jahre 2004 geschaffenen Möglichkeiten für Krankenkassen an, mit Leistungserbringern sogenannte Direktverträge zu schließen. Außerhalb des bisher gewohnten kollektivvertraglichen Sicherstellungssystems können in bestimmten privilegierten Bereichen die Vergütungen mit ausgesuchten Vertragspartnern direkt ausgehandelt werden. Zu nennen sind insoweit die hausarztzentrierte Versorgung mit spezifisch qualifizierten Hausärzten sowie die integrierte Versorgung, die sektorenübergreifend ambulant-stationäre oder interdisziplinärfachübergreifende besondere Versorgungsmodelle etabliert. Bis zum 01.04.2006 waren bei der zentralen Registrierungsstelle bundesweit 2.214 Verträge zur integrierten Versorgung geschlossen, in die sich 3,5 Millionen Versicherte eingeschrieben hatten.

3. Weitere Zukunftsmodelle ab 2007

Nach den Vorgaben des ärztlichen Berufsrechts ist die Ausübung des ärztlichen Berufs im Umherziehen zwar nach wie vor untersagt. Zulässig ist es inzwischen aber, neben dem Ort der Niederlassung an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Die Berufsordnungen der Länder haben dies bisher zum Teil nur eingeschränkt umgesetzt. Vertragsarztrechtlich standen dieser Flexibilisierung zudem ganz erhebliche Hürden entgegen: Die Bezirksgrenzen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und die hieran anknüpfenden Regelungen zur Abrechnung. Die Weiterung zur örtlichen Einsatzfähigkeit betrifft demnach zum einen die Zulässigkeit einer Kooperation von Kollegen, die an verschiedenen Orten ihre Vertragsarztsitze haben (hierzu unter a) und b)), zum anderen die Frage, in welchem Umfang und Rahmen ein niedergelassener Vertragsarzt ►

► ausgelagerte Praxisräumlichkeiten bzw. Zweigpraxen unterhalten kann. Im Jargon wird dieses Thema unter den Begriff „Filialen“ gefasst (hierzu unter d)). Die Variationsbreite wächst durch die zusätzlichen Freiräume bei der Anstellung von Ärzten (hierzu unter c)) und der Nutzung der Teilzulassung (hierzu unter e)) sowie durch die Bekräftigung erlaubter Verzahnung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung (hierzu unter f)). Komplette gestrichen wird die Altersgrenze von 55 Jahren, die bisher die späte Erlangung von Vertragsarztsitzen verhinderte.

a) Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften

Ab Januar 2007 zulässig sind sogenannte überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen). Hierbei können sich mehrere Vertragsärzte, die jeweils einen eigenen Vertragsarztsitz haben, zur gemeinschaftlichen Berufsausübung zusammenschließen. Ihr Zusammenwirken ist auch über die Bezirksgrenzen einer KV hinweg erlaubt. Selbstverständlich gilt weiterhin am eigenen Vertragsarztsitz eine schwerpunktmäßige Präsenzpfllicht, die nach der voraussichtlich anwendbaren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausgehend von einer 39 Stunden-Wochen bei 13 Wochenstunden, also übertragen auf real geleistete Stunden bei mindestens 20 Wochenstunden liegen wird. Daneben können an den Vertragsarztsitzen der anderen Mitglieder zusätzlich Versorgungsaufträge wahrgenommen werden (z.B. ein Anästhesist wirkt auch mit zwei weiteren andernorts niedergelassenen ambulant operierenden Augenärzten zusammen). Um die abrechnungstechnische Abwicklung zu gewährleisten, muss von allen Mitgliedern der überörtlichen Gemeinschaftspraxis ein Vertragsarztsitz bestimmt werden, der für die Leistungserbringung an allen Vertragsarztsitzen maßgeblich ist. Die insoweit zuständige Kassenärztliche Vereinigung wird für zwei Jahre gewählt. Diese KV muss dann auch den zugehörigen Gemeinschaftspraxisvertrag genehmigen. Näheres wird in Richtlinien der KBV und Bundesmantelverträgen geregelt sein. Es ist bereits jetzt damit zu rechnen, dass diese Richtlinien nicht punktgenau zum 01.01.2007 vorliegen werden.

b) Teilgemeinschaftspraxis

Unabhängig davon, ob eine örtliche oder überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft begründet wird, besteht nunmehr auch die Möglichkeit, sich nur beschränkt auf die Erbringung einzelner Leistungen zu einer Gemeinschaftspraxis zusammenzuschließen. Dies bedeutet, dass jeder hieran beteiligte Vertragsarzt im Hinblick auf die „restlichen“, also nicht gemeinschaftlich erbrachten, ärztlichen

Leistungen selbständig und eigenständig bleibt und nur mit den anderen Kollegen bezogen auf spezifisch benannte Leistungen eine sogenannte Teilgemeinschaftspraxis unterhält. Dies kann insbesondere dann Sinn machen, wenn zum Beispiel Operationen extrabudgetär vergütet werden und diesbezüglich eine Verbindung konservativer und operativer Fächer Abrechnungsvorteile bringt. Aber auch getrennt voneinander betriebene Praxisgemeinschaften könnten eine diesbezügliche Nabelschau betreiben. Zu beachten ist aber, dass auch in diesem Zusammenhang das berufsrechtliche Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 31 der Musterberufsordnung) nach wie vor Anwendung findet. Ob Teilgemeinschaftspraxen therapieorientierter Fachgebiete mit einem Methodenfach (z.B. eines Orthopäden mit einem Laborarzt, Nuklearmediziner oder Radiologen) im Einzelfall zulässig sind, bedarf genauer juristischer Vorabprüfung. Vertragsgestaltungen zur bloßen Verschleierung von „Kick-Back“-Systemen sind berufsrechtlich unverändert höchst bedenklich.

c) Angestellte Ärzte

Die im VÄndG vorgesehene Neuregelung der Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten durch niedergelassene Einzelärzte beruht auf der wesentlichen rechtspolitischen Forderung nach einer konkreten Gleichstellung der niedergelassenen Ärzte mit MVZs. In MVZs können bei entsprechender Genehmigung durch die KV grundsätzlich auch mehrere Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen angestellt werden.

Zwar können vom Prinzip her nunmehr auch niedergelassene Ärzte so viele Ärzte anstellen, wie sie wollen. Diese Aussage ist aber vor dem Hintergrund der geltenden Bedarfsplanung, die auch auf MVZs Anwendung findet, mehr als irreführend, wenn sie uneingeschränkt so stehen bleibt. Zwar benötigt ein angestellter Arzt keinen eigenen Vertragsarztsitz. Allerdings muss die Anstellung jedes Arztes einer Einzelpraxis – ebenso wie dies beim MVZ der Fall ist – von der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt werden. Bei vorhandenen Zulassungsbeschränkungen ist eine solche Genehmigung nur dann möglich, wenn ein entsprechender Vertragsarztsitz verfügbar wäre. Praktisch bedeutet dies für überversorgte Regionen, dass von einem passenden Praxisabgeber eine vertragsärztliche Praxis erworben werden muss. Der Versorgungsauftrag dieses Vertragsarztsitzes würde sodann von derjenigen Praxis, d.h. dem dort angestellten Arzt, wahrgenommen, welche die Abgeberpraxis erworben hat. Der Umfang der Beschäftigung eines solchen angestellten Arztes ist sodann variabel. Nach dem Gesetzeswortlaut ist dem einzelnen Vertragsarzt ►

► sogar die Beschäftigung von angestellten Ärzten anderer Fachrichtungen als der eigenen möglich. Eine Einschränkung auf das Erfordernis des interdisziplinären Zusammenwirkens der jeweils beteiligten Facharztgruppen ist, anders als nach den meisten Berufsrechten der Länder, im SGB V nicht vorgesehen. Dies bringt gewisse Unwägbarkeiten mit sich. Juristisch umstritten ist insbesondere die Frage, ob das ärztliche Berufsrecht systematisch Vorrang vor den Regelungen des Sozialgesetzbuches hat oder nicht. Auch insoweit sollte man sich bereits in der Planungsphase, nicht zuletzt aus haftungsrechtlichen Gründen, eingehend beraten lassen.

d) Praxis-Filialen

Die gewohnte Bezeichnung „Zweigpraxis“ in der außerhalb der eigentlichen Praxisräumlichkeiten Sprechstunden abgehalten werden, ist neuerdings obsolet. Nach dem Gesetzentwurf ist ein vertragsärztliches Tätigwerden ohne weiteres an anderen Orten in Filialen der Vertragsarztpraxis möglich, und zwar in der Anzahl uneingeschränkt und unabhängig von KV-Bezirks-Grenzen. Qualitativ findet eine Einschränkung nur insofern statt, als die Versorgung der Versicherten hierdurch verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung nicht beeinträchtigt werden soll bzw. darf. Problematisch ist wiederum das Verhältnis zum ärztlichen Berufsrecht, da sich dort oft weiterreichende Einschränkungen finden, so z. B. in der Bayerischen Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte, die vorsieht, dass die höchstens erlaubten zwei „Filialen“ in (nicht näher bestimmter) räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz liegen müssen.

Der Betrieb einer solchen Filiale muss durch die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt werden, wobei bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen hierauf ein Rechtsanspruch besteht. Die Bedarfsplanung spielt hierbei keine Rolle! Liegt die Filiale in einem anderen KV-Bezirk, erteilt die KV, in der die Filiale liegen soll, nach Anhörung der für den Vertragsarztsitz zuständigen KV eine entsprechende Ermächtigung. Des Weiteren besteht eine Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Landesärztekammer.

Gerade die Anstellung von Ärzten wird den Betrieb von Filialen erleichtern. Inwieweit auf diese Weise auch das Leistungsspektrum einer Einzelpraxis fachlich erweitert werden kann (z.B. ein Allgemeinarzt stellt einen Neurologen oder Schmerztherapeuten an), unterliegt dem regionalen Regime des Berufsrechts. Natürlich können auch überörtliche Gemeinschaftspraxen ein weitreichendes Netz von Filialen unterhalten.

e) Teilzulassung

Der Gesetzgeber stellt künftighin klar, dass Vertragsärzte grundsätzlich einen vollen Versorgungsauftrag haben. Neuerdings ist es aber möglich, den Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu beschränken (Teilzulassung). Nach der Begründung des VÄndG ist dies eingeführt worden zur „Flexibilisierung der beruflichen Tätigkeit“ sowie zur besseren Bewältigung der Unterversorgung. Nach Auffassung einiger KVen handelt es sich hierbei nicht um ein Instrument zur Vervielfältigung von Zulassungen. Äußerste Skepsis ist daher angebracht, wenn verbreitet wird, dass künftig „halbe Zulassungen“ oder „Praxishälften“ marktfähig werden. Denkbar sind zwei Konstellationen: Entweder ein Interessent stellt von vornherein nur einen Antrag auf eine Teilzulassung. Dies ist insbesondere in unterversorgten Gebieten erfolgsversprechend. In überversorgten Gebieten wird auch ein solcher Antrag abgelehnt werden müssen, auch wenn dort manche Vertragsarztpraxen mit nur geringer Scheinzahl („Hobbypraxen“) betrieben werden. Möglich ist weiter, dass eine bereits vorhandene Vollzulassung auf Antrag nachträglich auf eine Teilzulassung „reduziert“ wird. Der nicht mehr benötigte andere hälftige Teil der Zulassung ruht jedoch, d. h. er soll, so z.B. die KVB, nicht automatisch zur Besetzung zur Verfügung stehen. Der Gesetzeswortlaut ist insoweit nicht eindeutig. Selbstverständlich wird es aber möglich sein, eine auf diese Art und Weise reduzierte Teilzulassung wieder zur Vollzulassung – innerhalb der Bedarfsplanung – aufzustocken. Dasselbe gilt natürlich auch, wenn in einem unterversorgten Gebiet zunächst nur eine Teilzulassung beantragt wurde und diese sodann auf eine Vollzulassung erweitert werden soll. Die hier versprochene Flexibilisierung erweist sich demnach, sieht man einmal von den unterversorgten Gebieten ab, voraussichtlich als kaum ausbaufähig. Einiges ist bedauerlicherweise unklar geblieben, so lässt die Fassung des VÄndG z.B. offen, ob auch bei Teil-Zulassungen Job-Sharing möglich ist.

f) Engere Verzahnung der einzelnen Leistungserbringer

Höchst umstritten war bisher, ob es eine unzulässige Interessenskollision darstellt, wenn ein Vertragsarzt nebenbei auch noch anderweitig (z.B. in einem MVZ oder in einem Krankenhaus) ärztlich tätig wurde. Dies wird jetzt dahingehend gelöst, dass ein Vertragsarzt vereinbar mit seinen Pflichten zugleich auch als angestellter Arzt arbeiten darf. Allerdings bleibt seine Präsenzpflicht in der Praxis unverändert (hierzu bereits oben unter 3.a), auch sind nach wie vor die Vorgaben des ärztlichen Berufsrechts zu beachten. Umgekehrt kommt es natürlich auch in Betracht, ►

- dass z.B. ein ermächtigter Krankenhausarzt zugleich in einem MVZ angestellt wird, oder Kombinationen mit Teilzulassungen gebildet werden. Diese Liberalisierung wird vor allem, aber nicht nur, Modellen der integrierten Versorgung zugute kommen.

4. Fazit

Ob die hier kurz vorgestellten Neuerungen, wie vom Gesetzgeber erwünscht, vor allem die in Einzelpraxen niedergelassenen Vertragsärzte stärkt, bleibt abzuwarten. Auch MVZs werden analog zu den überörtlichen Gemeinschaftspraxen MVZ-Ketten bilden bzw. auf Filialnetze bauen. Hier ist noch nichts entschieden und das VÄndG stellt allen Kooperationswilligen und -fähigen die nötigen Handlungsspielräume zur Verfügung. Die sich hiermit erschließenden Chancen sollten nicht ungenutzt bleiben.

Die Variationsbreite der Kooperationsformen ist jedenfalls größer denn je. Von vielen muss sie aber erst entdeckt werden. Die Eintrittskarte zum Markt der Möglichkeiten ist neben der unabdingbaren Information, „was geht?“, der Mut, in Zeiten eines sich abzeichnenden Systemwandels, nach kritischer Bestandsaufnahme ein Entwicklungsprofil für die eigene Praxis zu entwerfen.

Es lohnt sich daher, für sich – individuell und fachgerecht beraten – zu analysieren, ob die nunmehr vom Gesetzgeber ermöglichten Kooperationen im Einzelfall konkrete Vorteile mit sich bringen. Neben dem fachlich arbeitsteiligen bzw. konsiliarischen Zusammenwirken mit hierzu befähigten Kolleginnen und Kollegen können spezifische Anforderungen aufgrund des vorhandenen Patientenguts, abrechnungstechnische Vorteile sowie Einsparungen durch effektivere Nutzung der bereits vorhandenen Ressourcen höchst interessant sein. Einen wesentlichen Gesichtspunkt sollte hierbei auch der Aspekt bilden, dass qualitativ attraktive und gut organisierte Leistungserbringer auch bei den in der Vergütung besonders behandelten Direktverträgen die Nase vorn haben werden. Die notwendige Planungssicherheit liegt mit dem VÄndG nun vor. Den „richtigen“ Kooperationen wird die Zukunft gehören.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Ute Walter
 Fachanwältin für Medizinrecht
 Maximiliansplatz 12
 D-80333 München
 Tel.: 089 242081-0
 Fax: 089 242081-19
 E-Mail: Walter@Uls-Frie.de

