

L 6 U 4239/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 6 U 780/03
Datum
22.07.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 4239/05
Datum
07.12.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 22. Juli 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Anerkennung der Knieerkrankungen des Klägers als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 2102 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Der Kläger ist 1940 geboren, seit 1955 als Gas- und Wasserinstallateur(meister) tätig und bei der Beklagten seit 1. Juli 1978 als selbständiger Unternehmer versichert.

Im August 1999 zeigte er der Beklagten das Vorliegen einer BK an. Er leide seit 1987 unter täglichen Kniegelenksschmerzen, die 1970 das erste Mal aufgetreten seien. Er führe dies auf das beruflich bedingte ständige Hinknien zurück. Der bei ihm bestehende Meniskusschaden sei daher durch die berufliche Tätigkeit bedingt. Der Kläger legte u.a. den Bericht über die arbeitsmedizinische Untersuchung vom 29. Juni 1987 vor, worin aufgeführt ist, dass eine Meniskusschädigung im Bereich des rechten Kniegelenks bekannt sei. Außerdem liege noch eine Schädigung des Knieseitenbandapparates vor bei einem ausgeprägten Muskelfizit von 4 cm im Bereich des rechten Oberschenkels.

Die Beklagte holte bei ihrem Technischen Aufsichtsdienst (TAD) eine Stellungnahme ein. Technischer Aufsichtsbeamter (TAB) Dipl.-Ing. H. führte unter dem 11. Oktober 1999 zusammenfassend aus, es liege eine meniskusbelastende Tätigkeit von 30%, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit, vor. Beigefügt war die Bildmappe über die kniebelastenden Tätigkeiten eines Installateurs. Die Beklagte zog weiter das Vorerkrankungsverzeichnis bei der Krankenkasse sowie bei den behandelnden Ärzten die diesen vorliegenden ärztlichen Befundunterlagen bei. Darin enthalten waren u.a. Arztbriefe des Kreiskrankenhauses G. vom 17. Juni 1997, 23. November 1998 und 15. April 1999, in denen u.a. über massive Einkalkungen in den Meniskus im lateralen Compartment und eine maximale Gonarthrose seit Jahren berichtet wurde sowie über die Implantation einer Kniegelenks-Totalendoprothese rechts am 23. März 1999. Beigezogen wurde weiter der Operationsbericht vom 23. März 1999, in dem u.a. der Hinweis enthalten war, dass das vordere Kreuzband fehle und lateral noch Meniskusreste vorhanden seien. Beigezogen wurden weiter ärztliche Unterlagen vom Krankenhaus für Sportverletzte S. (jetzt: Sportklinik S.), u.a. der Befundbericht vom 20. Februar 1969 ("Innenmeniskusschaden rechts mit Einklemmung") sowie von der Landesversicherungsanstalt Württemberg das Gutachten der Internistin G., erstellt im Verfahren um die Anerkennung einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, vom 1. Oktober 1999.

Nach Einholung einer beratungsärztlichen Stellungnahme sowie nach Beteiligung der Staatlichen Gewerbeärztin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 15. Februar 2001 die Anerkennung einer BK nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV ab. Auch wenn der Kläger nach den Feststellungen des TAD meniskusbelastende Tätigkeiten verrichtet habe, könne eine BK nicht anerkannt werden, da keine primäre Meniskuserkrankung vorliege, die beruflich verursacht sei. Daher könne die Arthrose nicht als BK anerkannt werden.

Dagegen erhob der Kläger Widerspruch mit der Begründung, es sei nicht vorstellbar, dass eine maximale Gonarthrose ohne primäre Meniskuserkrankung entstehe. Er habe viele Jahre meniskusbelastend gearbeitet.

Im Widerspruchsverfahren erstattete Prof. Dr. W., Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik T., im Auftrag der Beklagten unter dem 25. Juli 2002 ein freies unfallchirurgisches Gutachten. Dieser führte zusammenfassend aus, beim Kläger bestehe beidseits eine Gonarthrose der

Kniegelenke, wobei rechtsseitig schon eine Knie totalendoprothese implantiert worden sei. Es sei insbesondere am rechten Kniegelenk nicht ganz geklärt, ob ein Distorsionstrauma des Kniegelenks vorbestanden habe, welches dann zu einem Verlust des vorderen Kreuzbandes und zu einer Instabilität des Kniegelenks geführt habe, die einem Meniskusschaden Vorschub geleistet habe. Die Unterlagen aus dem Jahr 1969 seien recht dürrig. Auch liege am linken Kniegelenk jetzt eine ähnliche Situation vor wie vor der Operation am rechten Knie. Unter Berücksichtigung der Aktenlage und der Darstellung des TAD sei die Meniskusschädigung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf die beruflichen Umstände zurückzuführen. Die Anerkennung einer BK nach Nr. 2102 der Anlage werde empfohlen. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) belaufe sich auf 20 v.H. Auf Nachfrage der Beklagten teilte Prof. Dr. W. unter dem 4. Dezember 2002 mit, er könne auf die Frage, worauf er seine Auffassung stütze, dass primär eine Meniskuserkrankung vorgelegen habe, im Wesentlichen nur auf die Stellungnahme des TAD verweisen und den Umstand, dass andere Ursachen für eine Meniskuserkrankung nicht bekannt seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 14. März 2003 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, es ergäben sich nach Auswertung aller vorliegender medizinischer Unterlagen keine Hinweise auf eine primäre Meniskuserkrankung und deren berufliche Verursachung.

Dagegen erhob der Kläger am 28. März 2003 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Im Auftrag des SG erstattete unter dem 19. Februar 2004 OA Dr. L., Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, S.-Kliniken H., ein unfallchirurgisches Gutachten. Dieser führte aus, bei der BK Nr. 2102 müsse die Kausalkette der Schädigungen vom primären degenerativen Meniskusschaden ausgehen, der als Folge einen meniskunahen Verschleiß des Knorpels bewirke und über die Jahre, vor allem durch die Entfernung des erkrankten Innenmeniskus und damit durch Reizzustände des gesamten Kniegelenks, eine sekundäre Arthrose bewirke. Davon abzugrenzen sei die primäre Arthrose, die ihren Ausgang primär vom Verschleiß des Knorpels nehme und im weiteren Verlauf der Knorpelschädigung die Menisken durch Gelenkspaltverschmälerung und Rauigkeiten, Knorpelaufbrüche und Knorpeldefekte sekundär in Mitleidenschaft ziehe. Vielfältige Schadensbilder seien in diesen Fällen denkbar, wobei nicht nur hauptsächlich die hinteren Abschnitte des Kniegelenks, der Hinterhörner und des Innenmeniskus betroffen seien. Das Verteilungsmuster betreffe vor allen Dingen die Belastungszone zentral an den Oberschenkelrollen und den Schienbeinkopfbereichen im inneren und äußeren Hauptgelenk. Sichern lasse sich eine primäre Meniskopathie durch das Schadensmuster bzw. das Gesamtschadensbild und seine zeitliche Entwicklung sowie durch feingewebliche Untersuchungen der zerrütteten Meniskusanteile. Unter Berücksichtigung der aktenkundigen Unterlagen beruhe der ausgeprägtere Kniegelenksbefund rechts stärker als links darauf, dass rechtsseitig über die Jahre eine chronische vordere Kreuzbandinstabilität bestanden habe und somit ein vorzeitiger Verschleiß, insbesondere des inneren Kniegelenksanteils, verständlich werde. Dadurch sei auch die anlagebedingte O-Bein-Achsenfehlstellung rechts bei zunehmendem Verschleiß des inneren Hauptgelenks infolge des zunehmenden Aufbrauchs des inneren Hauptgelenks ausgeprägter als links zur Darstellung gekommen. Auch der im OP-Bericht vom 23. März 1999 gefundene und beschriebene Zustand des rechten Kniegelenks weise eine generalisierte Veränderung der Knorpelgelenkflächen sowohl im inneren wie auch im äußeren Hauptgelenk des Kniegelenks auf mit einem Aufbrauch der Menisken und der zentralbelasteten Knorpelgelenkflächen, meniskusfern. Dies entspreche nicht den zu fordernden Veränderungen für die Anerkennung einer BK nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV. Es handle sich vielmehr um einen generellen Kniegelenksverschleiß (Pangonarthrose) mit Betonung des inneren Hauptgelenks. Beachte man zusätzlich, dass in der radiologischen Diagnostik durchgängig eine Verkalkung der Menisken beschrieben werde (Pseudogicht), schließe diese Diagnose eine primäre Meniskopathie endgültig aus. Die Pseudogicht führe dazu, dass sich Pyrophosphatkristalle als anlagebedingte Stoffwechselstörung in den Menisken und Knorpelgewebestrukturen einlagern würden und damit zu einer anlagebedingten Zerstörung der Struktur dieser Gewebeart führten. Diese führten belastungsunabhängig zu einer Meniskus- und Knorpelzerstörung im Sinne einer Arthrose. Daher sei weder aufgrund der Entwicklung der Kniegelenkserkrankung noch dem Verlauf und dem vorgefundenen Schadensbild auch unter Berücksichtigung der Ausführungen des TAD von einer primären Meniskopathie und damit nicht von einer BK nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV auszugehen. Soweit Prof. Dr. Weise eine andere Auffassung vertreten habe, habe sich dieser allein darauf gestützt, dass nach den Ausführungen des TAD die arbeitstechnischen Voraussetzungen erfüllt seien. Er habe nicht die biomechanische Konsequenz des fehlenden vorderen Kreuzbandes beachtet sowie das im Übrigen vorliegende Schadensbild der Knie.

Durch Urteil vom 22. Juli 2005 wies das SG die Klage ab. Es stütze sich auf die Ausführungen von OA Dr. L. und führte des Weiteren aus, es gehe, abweichend von den Feststellungen des TAD, nicht davon aus, dass der Kläger geeignete meniskusbelastende Tätigkeiten ausgeübt habe. Aber selbst wenn diese unterstellt würden, sei die haftungsausfüllende Kausalität nicht erfüllt.

Gegen das ihm am 12. Oktober 2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 14. Oktober 2005 Berufung eingelegt. Er stützt sich im wesentlichen auf das Gutachten von Prof. Dr. W. ...

Der Kläger beantragt, sinngemäß gefasst,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 22. Juli 2005 sowie den Bescheid vom 15. Februar 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14. März 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm unter Anerkennung einer BK nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV Verletztenrente nach einer MdE um wenigstens 20 v.H. zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf den Inhalt der angefochtenen Entscheidungen.

Das Gericht hat Prof. Dr. W. um Stellungnahme zum Gutachten von OA Dr. L. gebeten. In seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 6. Februar 2006 hat er an seiner Auffassung, gestützt auf die Erfüllung der arbeitstechnischen Voraussetzungen, festgehalten. Die Beklagte hat darauf die Stellungnahme des OA Dr. L. vom 2. Mai 2006 vorgelegt. Hierauf hat Prof. Dr. W. unter dem 19. Juli 2006 nochmals repliziert.

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

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß §§ 143, 144 SGG statthafte und nach § 151 SGG zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gem. § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung entscheiden hat, ist unbegründet. Eine BK nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV liegt nicht vor.

Gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) haben Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche hinaus um wenigstens 20 v.H. gemindert ist, Anspruch auf eine Rente.

Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (§ 7 Abs. 1 SGB VII). Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII).

In Nr. 2102 der Anlage zur BKV sind als BK aufgeführt Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten.

Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vohundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente, wobei die Folgen eines Versicherungsfalles nur zu berücksichtigen sind, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v.H. mindern (§ 56 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB VII). Dabei richtet sich die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII), d.h. auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (BSGE 1, 174, 178; BSG SozR 2200 § 581 Nr. 22).

Für die Gewährung einer Rente wegen einer BK ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung einerseits (haftungsbegründende Kausalität) und zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung andererseits (haftungsausfüllende Kausalität) erforderlich. Dabei müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen einschließlich deren Art und Ausmaß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Für die Beurteilung des Zusammenhangs zwischen versicherter Einwirkung und Erkrankung gilt bei einer Berufskrankheit ebenso wie beim Arbeitsunfall die Theorie der wesentlichen Bedingung. Danach genügt abweichend von einer naturwissenschaftlich-philosophischen Kausalitätsbetrachtung nach der Bedingungs- und Äquivalenztheorie nicht jedes Glied in einer Ursachenkette, um die Verursachung zu bejahen, weil dies zu einem unendlichen Ursachenzusammenhang führt. Als kausal und im Sozialrecht erheblich werden vielmehr nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zu dem Gesundheitsschaden zu dessen Eintritt "wesentlich" beigetragen haben. Das heißt, dass nicht jeder Gesundheitsschaden, der durch ein Ereignis naturwissenschaftlich verursacht wird, im Sozialrecht als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit anerkannt wird, sondern nur derjenige, der "wesentlich" durch das Ereignis verursacht wurde. Welche Ursache wesentlich ist und welche nicht, muss aus der Auffassung des praktischen Lebens über die besonderen Beziehungen der Ursache zum Eintritt des Gesundheitsschadens abgeleitet werden (so schon BSGE 1, 72, 76; 1, 150; 13, 175).

Unter Berücksichtigung des gesamten Akteninhalts sowie der sorgfältigen und schlüssigen Ausführungen von Dr. L. ist der Senat nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon überzeugt, dass ein Zusammenhang der beim Kläger bestehenden Arthrose in den Knien mit der beruflichen Tätigkeit besteht (haftungsausfüllende Kausalität). Ob die arbeitstechnischen Voraussetzungen zur Anerkennung einer BK nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV erfüllt sind (haftungsbegründende Kausalität) konnte daher offen bleiben.

Dr. L. hat in seinem Gutachten dargestellt, dass Voraussetzung für die Entstehung einer primären Meniskopathie unter anatomisch-biomechanischen Gesichtspunkten ist, dass sich die Kniegelenke in einer extremen Beugstellung befinden (Knorrenzangeneffekt), dass aus dieser unphysiologischen Körperhaltung unter Einsatz der Kniegelenke Kraft aufgebracht wird, dass die Arbeitshaltung aufgezwungen ist und nicht durch spontan die Kniegelenke entlastende Stellungswechsel aufgehoben werden kann und dass das Schadensverteilungsmuster im Bereich der Meniskushinterhörner liegt. Die vorderen Meniskusanteile dürften nicht betroffen sein. Ebenso darf eine Gelenkbeteiligung zunächst nur im hinteren Bereich des Gelenkknorpelbereichs, dem der Meniskus unmittelbar aufliegt, vorhanden sein. Die Belastungszone zentral in den beiden Hauptgelenken ist bei einer primären Meniskopathie nicht betroffen. Die primäre Meniskopathie ist danach zur primären Arthrose durch das Schadensbild und seine zeitliche Entwicklung abzugrenzen.

Berücksichtigt man die biomechanischen Aspekte, die dem aktuellen Stand der unfallversicherungsrechtlichen Literatur entsprechen (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 7. Auflage 2003 S. 706 ff) sowie die medizinischen Gesichtspunkte, so ist bereits - unterstellt man für die Beurteilung die Erfüllung der aufgeführten arbeitstechnischen Kriterien - aufgrund des Schadensbildes und der Schadensentwicklung nicht von einer primären Meniskopathie und daher nicht von einer BK nach Nr. 2102 der Anlage zur BKV auszugehen.

Bereits im Jahr 1968 hatte sich der Kläger am rechten Knie verletzt. Damals wurde zwar die Verdachtsdiagnose einer Innenmeniskusschädigung gestellt. OA Dr. L. hat aber nachvollziehbar, gestützt durch den Inhalt des Operationsberichts vom 23. März 1999 aufgezeigt, dass damals biomechanisch unter Berücksichtigung des geschilderten Geschehensablaufs eine traumatische Meniskusschädigung nicht stattgefunden haben kann, sondern ein Riss des vorderen Kreuzbandes eingetreten war, wenige Monate später dann verbunden mit der für diese Verletzung typischen "Giving way-Symptomatik" beim Aussteigen aus dem Kfz. Der Verlust des vorderen Kreuzbandes führt zu einer vorderen chronischen Knieinstabilität, die zwar muskulär kompensiert werden kann, aber über einen Zeitraum von 10 bis 25 Jahren aufgrund der mangelnden ligamentären Kniegelenksführung zu einem vorzeitigen Verschleiß des Innenmeniskus mit entsprechenden Aufbrauchzeichen und einem vorzeitigen Verschleiß des Knorpels, insbesondere im Bereich des inneren Hauptgelenks, führt. Dies erklärt den beim Kläger rechts bestehenden vorzeitigen Verschleiß, insbesondere des inneren Kniegelenksanteils, stärker als links. Im Bereich des linken Kniegelenks, auch dies stützt die Annahme fehlender primärer Meniskopathie, sind ebenfalls degenerative Veränderungen arthrotischer Art dokumentiert, ohne dass jedoch zuvor Hinweise auf eine isolierte Meniskuserkrankung in den Akten vorliegen oder entsprechende Krankheitsbilder vom Kläger geschildert worden sind. Darüber hinaus weist der im OP-Bericht vom 23. März 1999 gefundene Zustand des rechten Kniegelenks eine generalisierte Veränderung der Knorpelgelenkflächen sowohl im inneren als auch im äußeren Hauptgelenk des Knies mit einem Aufbrauch der Menisken innen und außen und einem Aufbrauch der zentralbelastenden,

meniskusfernen Knorpelgelenkflächen auf.

Diese Veränderungen in den Kniegelenken des Klägers sind nicht mit einer primären Meniskopathie vereinbar. Betroffen sind vielmehr alle Kniegelenksabschnitte, also auch solche, die durch eine primäre Meniskopathie nicht betroffen sein dürften. Es liegt daher eine Pangonarthrose mit Betonung des inneren Hauptgelenks vor.

Darüber hinaus ist beim Kläger auch eine Pseudogicht (Chondrokalzinose) nachgewiesen, also eine zunehmende Verkalkung der Menisken. Diese anlagebedingte Stoffwechselstörung führt zu einer Zerstörung der Menisken und Knorpelgewebestrukturen. Unter Berücksichtigung dieses Krankheitsbildes ist, wie OA Dr. L. weiter schlüssig und in Übereinstimmung mit der unfallversicherungsrechtlichen Literatur (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin aaO S. 712) ausgeführt hat, eine primäre Meniskopathie als ursächlich für die Kniegelenksarthrosen praktisch ausgeschlossen.

Soweit Prof. Dr. W. in seinem für die Beklagte erstellten Gutachten und in der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme die haftungsausfüllende Kausalität bejaht hat, konnte dies den Senat nicht überzeugen. Prof. Dr. W. hat im Wesentlichen allein gestützt auf den Umstand, dass der Kläger nach den Ausführungen des TAD zu 30% kniebelastende Tätigkeiten verrichtet hat, auch die haftungsausfüllende Kausalität bejaht. Er hat weiter ausgeführt, dass andere Ursachen für die Arthrosen als eine primäre Meniskopathie nicht erkennbar seien. Er ist jedoch weder auf das fehlende vordere Kreuzband am rechten Knie, die fehlenden Hinweise auf eine primäre Meniskopathie links oder auf die Chondrokalzinose eingegangen noch auf die Frage, ob überhaupt ein belastungskonformes Schadensbild vorliegt. Er hat vielmehr allein aufgrund der biomechanischen Möglichkeit einer vorzeitigen Meniskusdegeneration bei meniskusbelastenden Tätigkeiten die Ursächlichkeit bejaht und allen übrigen Faktoren, die gegen einen Zusammenhang sprechen, eher vernachlässigenswertes Gewicht beigemessen, ohne dies allerdings nachvollziehbar zu begründen. Soweit er darauf abstellt, dass links auch ohne vorangegangenes Unfallereignis eine Pangonarthrose vorliegt, hat er nicht belegt, wie sich diese Pangonarthrose ohne nachgewiesene vorherige Meniskopathie als Sekundärarthrose hätte entwickeln können noch, wie die generalisierten Veränderungen im Bereich beider Knie wesentlich durch meniskusbelastende Tätigkeiten entstanden sein können.

Da das SG daher zu Recht die Klage abgewiesen hat, war auch die Berufung zurückzuweisen.

Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-05-13