

Referat 221

Bonn, den 25. September 2002
Hausruf: 2210

430

Herrn
Abteilungsleiter 2 a.d.D.

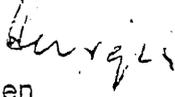
im Hause

25.09.02

Betr.: Erste Überlegungen

Anlq.: - div. -

Hiermit übersende ich die von den betroffenen Referaten erbetenen Papiere.


Hensgen

Referat 221

Bonn, den 25. September 2002

21 44000/1

431

Hausruf: 2210

Entwurf

Herrn
Abteilungsleiter 2 a.d.D.

im Hause

ab mit Original
(Kopie dürfte mal erstellt werden)

Betr.: ~~Vorschlaggesetz für eine künftige Gesundheitsreform~~
~~hier: Erste Überlegungen~~

Anlg.: - div. -

Hiermit übersende ich die von den betroffenen Referaten erbetenen Papiere ~~zu den ersten~~
~~Überlegungen für ein Vorschlaggesetz~~

z.U.: Hensgen

2. WV

4

2 d. A.

Wc
2719

432

226-44030-1
Referat 226

Bonn, den 25. September 2002

RL: MR Dr. Griesewell
Ref.: VAe Radtke

Hausruf: 2262

Referat 221

im Hause

Betr.: Gesundheitsreform 2003
hier: Regelungen zur strikten sektoralen Budgetierung im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung

Bezug: Anforderung vom 24.09.2002

Anlg.: - 1 -

Als Anlage übersende ich die gewünschte Aufstellung.

Original 0-22

S. Die Radtke

Strikte sektorale Budgetierung im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung

Inhalt:

Gegenwärtig sind die Vertragspartner bei der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung an den sog. **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** gebunden: d.h., dass die Gesamtvergütungen jedes Jahr höchstens um die Rate ansteigen dürfen, um die durchschnittlich der sog. Grundlohn im Vorjahr angestiegen sind. Eine über die Grundlohnrate hinausgehende Ausgabensteigerung kann vereinbart werden, wenn „die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden“ (§ 71 Abs. 2 SGB V) oder „die notwendige medizinische Versorgung .. auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhung nicht zu gewährleisten“ ist (§ 71 Abs. 1 SGB V). Diese Flexibilität wurde geschaffen, um Strukturveränderungen, die zu Leistungsverlagerungen zwischen den verschiedenen Sektoren führen, zu ermöglichen und zu fördern. Für den Bereich der neuen Länder wurde durch das "Gesetz zur Einführung des **Wohnortprinzips**" für die Jahre 2002 bis 2004 zusätzlich die Möglichkeit zu Honorarerhöhungen von jährlich bis zu 3 v.H. (in den Jahren 2002 bis einschließlich 2004 insgesamt bis zu 6 v.H.) eröffnet, sofern in dem genannten Zeitraum die damit verbundenen Mehrausgaben durch Minderausgaben bei den Leistungen von Krankenkassen und Leistungserbringern in dem jeweiligen Land erwirtschaftet werden und insoweit die Beitragssatzstabilität durch die Erhöhung nicht gefährdet wird.

Bei einer "**strikten sektoralen Budgetierung**" im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung wird die zu vereinbarende Erhöhung der von den Krankenkassen zu zahlenden Honorarsummen (Gesamtvergütungen nach 85 Abs. 3 SGB V) im Jahr 2003 in den alten und den neuen Ländern jeweils auf die dort festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (sog. Grundlohnrate (West: 0,8 v.H. bzw. Ost: 2,1 v.H.)) begrenzt, d.h. die o.g. Öffnungsklauseln des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität finden in diesem Jahr keine Anwendung. Dies kann durch einen entsprechenden Artikel, der auf § 85 Abs. 3 SGB V Bezug nimmt, geregelt werden. Darüber hinaus besteht ggf. folgender Regelungsbedarf:

- Für den Bereich der neuen Länder ist klarzustellen, dass der durch das Wohnortgesetz geschaffene zusätzliche Spielraum für Honorarerhöhungen von bis zu 3 v.H. (s.o.) auch im Jahr 2003 bestehen bleibt.
- Ggf. sind die Strukturverträge nach § 73 a SGB V in die Ausgabenbegrenzung einzubeziehen.
- Für einzelne Leistungen (z.B. vertragsärztliche Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, Schutzimpfungen, vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der

Drogenabhängigkeit) sind u.U. zudem Ausnahmeregelungen vorzusehen, welche eine Vergütung außerhalb der Gesamtvergütungen erlauben.

- Um die Umsetzbarkeit der Regelung zu gewährleisten, bedarf es darüber hinaus zusätzlicher Verfahrensregelungen. Denkbar sind hier insbes. Regelungen zur Fristsetzung an die Vertragspartner und zur Einbindung der Aufsichtsbehörden und der Schiedsämter (so kann eine Frist gesetzt werden, bis zu welcher die Vereinbarungen zu Stande kommen müssen. Wird diese Frist überschritten, setzt das Schiedsamt den Vertragsinhalt fest.)

Finanzielles Einsparvolumen:

Das finanzielle Einsparvolumen, welches sich mit Regelungen zu einer strikten Budgetierung im vertragsärztlichen Bereich realisieren lässt, ist als gering anzusehen, insbes. wenn die durch das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips geschaffenen Honorarerhöhungsspielräume für die neuen Länder im Jahr 2003 bestehen bleiben.

Auch gegenwärtig werden bei den Honorarvereinbarungen i.d.R. die Veränderungsrate nicht überschritten, d.h. die o.g. Öffnungsklauseln des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (s.o.) werden kaum genutzt: so stiegen die GKV-Ausgaben für die ärztliche Behandlung im Jahr 2001 im Vergleich zum Vorjahr um 0,79 v.H. in neuen und 2,02 in den alten Ländern, im 1. Hj. 2002 um 1,89 in den alten und 4,21 in den neuen Ländern. Der relativ hohe Anstieg der Ausgaben im 1. Hj. 2002 in den neuen Ländern ist dabei auf die Regelungen des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips zurückzuführen (s.o.).

Zustimmungsbedürftigkeit:

Die notwendigen Regelungen zur Begrenzung des Budgetzuwachses auf die Grundlohnrate wären als rein materiellrechtliche Vorschriften nicht zustimmungspflichtig. Eine Zustimmungsbedürftigkeit ergibt sich aber bei den Verfahrensregelungen (s.o.), die notwendig sind, um die Umsetzbarkeit der Budgetierungsregelungen zu gewährleisten.

222-44030-1

Bonn, den 24. September 2002
Hausruf: 2221

Referat 221

im Hause

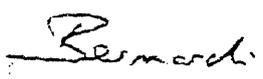
Betr.: Vorbereitung eines Vorschaltgesetzes
hier: Beitrag 222

Bezug: Besprechung am 24. September 2002

Anlg.: - 1 -

Beigefügt wird der Beitrag des Referats 222 zu der o. g. Vorbereitung übersandt.

Die Referate 223 und 228 haben mitgezeichnet.



Dr. Bernardi

Inhalt der Maßnahme

Anhebung der Versicherungspflichtgrenze für Berufsanfänger auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung.

Finanzielles Volumen

In Anlehnung an die Daten der privaten Pflegeversicherung wird die Zahl der betroffenen Berufsanfänger auf 30.000 Mitglieder p.a. geschätzt. Diese Mitglieder zahlen jährlich je Mitglied zwischen 4 bis 5 Tsd. € mehr an Beiträgen in die Krankenversicherung ein als sie an Leistungsausgaben verursachen. Hieraus ergibt sich eine Summe von 0,12 bis 0,15 Mrd. € p.a., die der GKV beim Verbleib der o.a. Berufsanfänger als zusätzlicher Deckungsbeitrag zur Verfügung stände.

In den Folgejahren würde dieser Beitrag mit denen der dann zusätzlich in der GKV verbleibenden Berufsanfänger kumulieren.

Zustimmungsbedürftigkeit

Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze als solche ist zustimmungsfrei. Dies dürfte auch für die notwendige Folgeänderung zum Beitrittsrecht für Berufsanfänger gelten, das auf den Personenkreis zu beschränken ist, der die höhere Versicherungspflichtgrenze übersteigt. Da es sich hierbei lediglich um eine Beschränkung des beitragsberechtigten Personenkreises handelt, bleiben die verfahrensrechtlichen Regelungen in Bezug auf die Ausübung des Beitrittsrechts unberührt.

Bemerkungen

Die Beschränkung der Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf Berufsanfänger hat zur Folge, dass in der GKV zwei verschiedene Versicherungspflichtgrenzen nebeneinander existieren, die auf unabsehbare Zeit fortgeschrieben werden müssen.

Durch die weiter bestehende niedrigere Beitragsbemessungsgrenze kann es zu gleich hohen Beitragszahlungen kommen, obwohl für die Versicherungspflicht ein bis zu 25 v.H. höheres Einkommen maßgeblich ist.

Referat 227

Bonn, den 25. September 2002

RL: RD Dr. Neumann (2270)
Ref'in: RD'in Dr. Fleisch

Referat 221

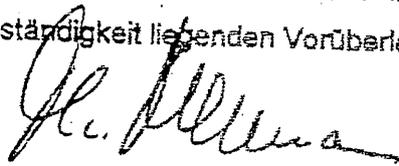
im Hause

Betr.: Vorschaltgesetz;

hier: Begleitmaßnahmen für alle Leistungssektoren

Bezug: Hausbesprechung mit Herrn UAL vom 24.09.02

Hiermit übersende ich Ihnen in der Anlage die gewünschten Vermerke zu den in meiner Zuständigkeit liegenden Vorüberlegungen für das o.g. Vorschaltgesetz.



Dr. Thomas Neumann

Zahnärztliche Behandlung

Inhalt

Die nach § 85 Abs. 2 und 3 SGB V zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen für zahnärztliche Leistungen einschließlich Zahnersatz und Kieferorthopädie dürfen sich im Jahr 2003 höchstens um die maßgebliche durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied gemäß § 71 Abs. 3 SGB V verändern.

Finanzvolumen

Die Regelung ist nicht geeignet Einsparungen herbeizuführen, da die Gesamtvergütung von den Vertragspartnern bereits nach dem geltenden Recht (höchstens) mit der Grundlohnentwicklung entsprechend dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität fortgeschrieben wird. Im Übrigen wachsen die Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz im ersten Halbjahr 2002 im Bund um 0,1 v.H., die Ausgaben für Zahnersatz gingen im gleichen Zeitraum um – 2,6 v.H. zurück. Einsparungen wären nur bei Absenkung der zugrundeliegenden finanziellen Ausgangsbasis bzw. bei einer von § 71 Abs. 1 Satz 2 SGB V abweichenden Ausgabenbegrenzung für Präventionsmaßnahmen möglich. Insbesondere letzteres dürfte kaum in der Öffentlichkeit darstellbar sein.

Zustimmungsbedürftigkeit

Nein.

Zahntechnische Leistungen

Inhalt

Die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Innungsverbänden der Zahntechniker zu vereinbarenden Vergütungen für zahntechnische Leistungen dürfen sich im Jahr 2003 höchstens um die maßgebliche durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied gemäß § 71 Abs. 3 SGB V verändern.

Finanzvolumen

Die Regelung ist nicht geeignet Einsparungen zu erzielen, Preisvereinbarungen über die Grundlohnentwicklung hinaus (unwahrscheinlich) könnten allerdings verhindert werden.

Zustimmungsbedürftigkeit

Nein.

Heilmittelversorgung

Inhalt

Die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen sowie Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer vereinbarten Preise für Heilmittel dürfen sich im Jahr 2003 höchstens um die maßgebliche durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied gemäß § 71 Abs. 3 SGB V verändern.

Finanzvolumen

Die Regelung ist nicht geeignet Einsparungen zu erzielen, Preisvereinbarungen über die Grundlohnentwicklung hinaus (unwahrscheinlich) könnten allerdings verhindert werden. Die Ausgabendynamik im Heilmittelbereich in den Jahren 2001 und 2002 ist nicht auf die Preiskomponente, sondern auf die Mengenkomponekte zurückzuführen.

Zustimmungsbedürftigkeit

Nein.

Hilfsmittelversorgung

Inhalt

Die zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit Leistungserbringer oder Verbänden der Leistungserbringer vereinbarten Preise für Hilfsmittel dürfen sich im Jahr 2003 höchstens um die maßgebliche durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied gemäß § 71 Abs. 3 SGB V verändern.

Finanzvolumen

Die Regelung klammert den mit Festbeträgen abgedeckten Ausgabenanteil von ca. 40 % der GKV-Hilfsmittelausgaben aus. Sie dürfte allerdings kaum geeignet sein, die Preiskomponente im Hilfsmittelbereich wirkungsvoll auf die Grundlohnentwicklung zu begrenzen, da die Krankenkassen bei den mit Leistungserbringern vereinbarten Preisen bereits gegenwärtig höchstens die Grundlohnentwicklung als Maßstab zur Fortschreibung der Preise zugrunde legen. Einsparungen kämen hier nur dann zustande, wenn die Krankenkassen in ihren Vertragsverhandlungen Wirtschaftlichkeitsreserven stärker als bisher nutzen würden und insbesondere preisgünstige Anbieter von Hilfsmitteln in Einzelverträgen vertraglich binden würden. Dies ist allerdings bereits nach dem geltenden Recht möglich.

Zustimmungsbedürftigkeit

Nein.

225 - 44621/32

Bonn, den 25. September 2002
Hausruf: 2250/2252/2253

RL: MR Dr. Dalhoff
Ref.: ORR Leber
Sb.: OAR Michael

Referat 221

im Hause

Betr.: Vorschaltgesetz zur Beitragssatzsicherung im Jahr 2003

- hier:
- Begleitmaßnahmen zur Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen für das Jahr 2003
 - Begleitmaßnahmen zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben im Jahr 2003

Anbei je 1 Papier zu den o.g. Begleitmaßnahmen.

2. Schärfung der Sanktion bei Überschreitung (ohne gesetzlichen Automatismus)

Nach § 24 Abs. 3 SGB V ist die Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumen Gegenstand der Gesamtverträge. Verschärfung dieser Sanktionsregelung aber kein „Rückfall“ in die mechanische gesetzliche Kürzung der Gesamtvergütung: Eine Überschreitung des Ausgabenvolumens ist bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung vergütungsmindernd zu berücksichtigen.

Zustimmungsbedürftigkeit: nein

3. Begleitmaßnahmen zur Aktivierung ABAG-Steuerung

Die Regelungen zur Ausgabenbegrenzung müssen flankiert werden durch gesetzgeberische Maßnahmen zur Aktivierung der ABAG-Steuerung. Nach allen Erfahrungen werden sie ohne eine Flankierung nicht wirken.

3.1 Terminvorgabe für gestaffelte Info-Kampagne der KVen alle zwei Monate mit Sanktion bei Nichteinhaltung der Termine

Nach § 73 Abs. 8 haben die KVen und die KBV eine Informationspflicht zur wirtschaftlichen Verordnungsweise. Hierfür soll im Vorschaltgesetz gestaffelte Terminvorgaben zur Information der Ärzte gesetzt werden. Die KV-Info-Kampagne ist ab 01.01.2002 durchzuführen, alle zwei Monate zu wiederholen und dabei zugleich Schritt für Schritt auf zusätzliche Bereiche zu erweitern.

Bei Nichteinhaltung der Termine zahlen die KVen an die Krankenkassen einen Betrag in Höhe von jeweils [50.000] € (Passivitätssanktion).

3.2 Terminvorgabe für Kassen für Information an Versicherte

Die Krankenkassen haben im Jahr 2003 die Versicherten entsprechend schrittweise über wirtschaftliche Arzneimittel-Verordnungen zu informieren.

3.3 Terminvorgabe für die Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 31.03.2003 weiterverarbeitbare arztbezogene Frühinformationen an die KVen zu liefern.

3.4 Terminvorgabe für die KVen, ab 01.04.2003 Beratungen der auffälligen Ärzte durchzuführen

3.5 Terminvorgabe für Einleitung Wirtschaftlichkeitsprüfung Ärzte (1.4.2003)

Die paritätisch von Vertretern der Krankenkassen auf Landesebene und den KVen besetzten Prüfungsausschüsse (bei den KVen) werden verpflichtet, Wirtschaftlichkeitsprüfungen spätestens zum 1.4.2003 einzuleiten. Krankenkassen werden verpflichtet, entsprechende Anträge zu stellen. Nach dem ABAG können bis zum 31.12.2003 neben Richtgrößenprüfungen auch Durchschnittsprüfungen durchgeführt werden.

Zustimmungsbedürftig zu 3.1 - 3.5; ja

Bemerkung zu 1. - 3.:

Die Erfahrungen mit rein fiskalisch motivierten Ausgabengrenzen im Arzneimittelbereich belegen, dass die reale Entwicklung auf dem GKV-Verordnungsmarkt sich nicht nach vorgegebenen Ausgabengrenzen richtet. Die realen Ausgaben werden sich auch im nächsten Jahr nicht "quasi von selbst", wie politisch gewünscht, einpendeln. Die konkrete inhaltliche Zielvorgaben und Umsetzungsmaßnahmen (Information, Beratung, Controlling, Prüfung, Regress), die bis zur Ebene der einzelnen Arzt-/Patientenbeziehung reichen, können nur auf das Ziel gerichtet sein, eine Wende des bisherigen Verordnungstrends herbeizuführen.

2. WV. 225

225 - 44521/32

Bonn, den 25. September 2002
Hausruf: 2250/2253

RL: MR Dr. Dalhoff
Sb.: OAR Michael

Betr.: Vorschaltgesetz zur Beitragssatzsicherung im Jahr 2003
hier: - Begleitmaßnahmen zur Begrenzung der Verwaltungskosten der
Krankenkassen für das Jahr 2003

Die Ist-Ausgaben der einzelnen Krankenkassen je Mitglied dürfen sich im Jahre 2003 höchstens um die für das Jahr 2003 für die Bereiche Ost und West festgesetzte Veränderungsrate nach § 71 Abs. 2 SGB V verändern. Ausgangsbasis sind die Ist-Ausgaben der Verwaltungskosten des 2. Halbjahres 2001 und des 1. Halbjahres 2002 oder die Ist-Ausgaben des Jahres 2001 verändert um die Grundlohnrate für das Jahr 2002.

Für eine aus rechtlichen Gründen unvermeidbare Überschreitung ist eine Ausnahmeklausel vorzusehen.

Wenn möglich, sollte keine Klausel für den Bereich des Mitgliederwechsels aufgenommen werden.

Zustimmungsbedürftigkeit: eher ja

Referat: 111
GZ: 111-42

Bonn, den 25. September 2002
Hausruf: 1110

Referat 221

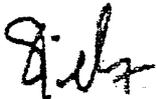
Über

Herrn Unterabteilungsleiter 11 *z. V. H. 2579*
Herrn Abteilungsleiter 1.

im Hause *25/9*

Arbeitsauftrag zur Arzneimittelversorgung gemäß Besprechung am 24. September 2002
Anlagen

Beigefügt übersende ich den Beitrag des Referates 111.



Ulrich Dietz

Arzneimittelversorgung

Hier: Absenkung der Großhandelsspanne

I. Inhalt

Reduzierung, ggfs. Halbierung der **Großhandelszuschläge**.

Variante A: Änderung der **Arzneimittelpreisverordnung** (Rechtsverordnung BMWi im Einvernehmen mit BMG. Notwendige Folgeregelung: Anpassung der Festbeträge - Änderung § 35a SGB V).

Variante B: Einführung einer **Rabattregelung** im SGB V. Keine Folgeänderungen in § 35a SGB V).

II. Finanzielle Auswirkung

Volumen der Handelsspannen des Großhandels im GKV-Markt (2001):
nominal: 1,8 Mrd. Euro (ABDA); real: 0,9 Mrd. Euro (VFA)

Bei Halbierung des **nominalen** Großhandelszuschlags ergibt sich eine Einsparung von rd. 1 Mrd. Euro.

III. Zustimmungsbefähigung

Bei Variante A (Arzneimittelpreisverordnung): **ja**

Bei Variante B (GKV-Rabatt): **nein**

Arzneimittelversorgung

Hier: Abschlag patentgeschützte Arzneimittel

I. Inhalt

Abschlag für patentgeschützte Arzneimittel.

Variante A: Preismoratorium plus **Abschlag 4 %** wie Art.2 **AABG** (Entwurf); für Neueinführungen ist nur ein Preisstopp möglich; Ansatzpunkt im AABG waren nicht-festbetragsgebundene Arzneimittel und nicht nur patentgeschützte; neu aufnehmen als Ausnahme: Arzneimittel, für die Preisdrittel-Linien bestimmt sind.

Hinweis: Bundesregierung hat **Verzicht** auf Preisregelungen bei festbetragsfreien Arzneimitteln für die Jahre 2002 und 2003 **erklärt** (Presseerklärung BK am 8.11.2001).

Mögliche Alternative: **Mengenrabatt**, entweder auf Bundesebene nach Maßgabe Umsatzentwicklung nicht-Festbetragsarzneimittel oder Unternehmensbezogen (Prüfbedarf!)

Variante B: **Direktrabatt** der Hersteller an die Krankenkassen mit **faktischen Preisstop**, z.B. 10 bis 15 % bzw. 90 bis 85 % der Preise am 1. Oktober 2002. Ggfs. Staffelung nach Maßgabe der Umsatzsteigerung im Vorjahr; ggfs. kombinieren mit struktureller Komponente: ab 2005 Verhandlungsoption Hersteller-Kassen über Rabatte.

II. Finanzielle Auswirkung

Betroffener GKV-Umsatz: ca. 12 Mrd. Euro (2002), davon zu Herstellerabgabepreisen ca. 7 Mrd. Euro

Variante A: Artikel 2 AABG: rd. 300 Mio. Euro; ggfs. höherer Anschlag
(beteiligt auch Apotheker und Großhandel)

Variante B: bei 10 % 700 Mio. Euro; bei 15 % rd. 1 Mrd. Euro

III. Zustimmungsbedürftigkeit

nein

Sofortprogramm Arzneimittelversorgung

Hier: Abkappung der Handelszuschläge bei hochpreisigen Arzneimitteln

I. Inhalt

Abkappung der Zuschläge bei hochpreisigen Arzneimitteln.

Variante A: Änderung der Arzneimittel-Preisverordnung: Umsetzung des ABDA-Vorschlags, jedoch (zunächst) ohne Anhebung der Zuschläge im unteren Preisbereich. Trifft auch den Großhandel.

Variante B: Zusätzliche Staffelung des Apothekenrabatts (§ 130 SGB V). Ggfs. kombinieren mit einer strukturellen Komponente: Option direkte Rabattvereinbarungen Apotheke-Krankenkasse ab 2004. Trifft nur die Apotheken.

II. Finanzielle Auswirkung

Handelsspannen Apotheker: 4,2 Mrd. Euro (ABDA); real: 5,9 Mrd. Euro (VFA)

Handelsspannen Großhandel: 1,8 Mrd. Euro (ABDA); real: 0,9 Mrd. Euro (VFA)

Ca. 500 Mio. Euro