



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

An alle niedergelassenen und
ermächtigten Ärztinnen und Ärzte,
psychologischen Psychotherapeuten
sowie Einrichtungen in
Mecklenburg-Vorpommern

Abrechnungsabteilung

Ansprechpartner(in):
Frau Gläser

--
Telefon: 0385.7431.299
Fax: 0385.7431.461
eMail: aschaarschmidt@kvmv.de
www.kvmv.de

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: GI/Schaa

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 19. März 2010

R U N D S C H R E I B E N N R . 4 / 2 0 1 0

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im 1. Quartal 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

wer von Ihnen verfolgt nicht fast täglich die Diskussionen in der Politik, wie nun am Besten das System der gesetzlichen Krankenversicherung in den kommenden Jahren zu gestalten ist. Derzeit wird zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene verhandelt, um im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen die Honorarreform 2010 weiter voranzubringen. Hierzu sind bereits wichtige Entscheidungen angekündigt worden, die ab 1. Juli 2010 umgesetzt werden sollen.

Wir möchten Sie nicht unnötig beunruhigen und Sie erst dann informieren, wenn die endgültigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses bzw. des Erweiterten Bewertungsausschusses vorliegen.

Zur Abrechnung der Leistungen aus dem 1. Quartal 2010 beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Seit dem 1. Juli 2008 ist das Hautkrebs-Screening als Vorsorgeleistung in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden. Ab Januar 2010 ist die Dokumentation verpflichtend in elektronischer Form an die KVMV zu übermitteln. Bereits mehrmals haben wir Sie informiert, dass **entsprechend der Richtlinie des G-BA zum Hautkrebs-Screening die Abrechnung der GOP 01745 bzw. GOP 01746 an die e-Dokumentation gebunden** ist. In Einzelfällen sind e-Dokumentationen aus Vorquartalen möglich, wenn erst nachträglich der Dokumentationsbogen abgeschlossen werden kann, da histologische Befunde erst nach Quartalsende zur Verfügung stehen.

Aufgrund der Abrechnungsergebnisse des 3. Quartals 2009 zeichnet sich deutlich ab, dass einige Ärzte diese Dokumentationspflicht nicht ernst nehmen. Wir haben Ärzte mit größeren Abweichungen persönlich angeschrieben und auf die Verpflichtung hingewiesen.

Sollten mit Abrechnung des 1. Quartals 2010 die e-Dokumentationen **nicht** ordnungsgemäß vorliegen, muss die Abrechnung der Vorsorgeleistungen versagt bleiben.

**e-Dokumentation für
Hautkrebs-Screening
verpflichtend zur
Abrechnung der GOP
01745 und GOP 01746**

Seit mehreren Quartalen werden von Gynäkologen zunehmend Leistungen der Empfängnisregelung nach GOP 01820 bis GOP 01827 für Patienten abgerechnet, die deutlich älter sind als 55 Jahre.

Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie kein Behandlungsalter definiert hat, ist schwer nachzuvollziehen, warum im Rahmen der Empfängnisregelung für über 55-jährige Frauen Pillenrezepte, Beratungen zur Empfängnisregelung oder die Entnahme von Zellabstrichen abgerechnet werden.

Bitte prüfen Sie genau Ihre Handlungsweise. Auch Pathologen werden zur Untersuchung der Zytologie mit eingebunden. Da eine **Behandlung der Empfängnisregelung für Versicherte, die älter als 55 Jahre sind, unplausibel** ist, werden wir bereits mit dem 1. Quartal 2010 entsprechende Leistungen des Abschnittes 1.7.5 des EBM streichen müssen.

Seit 1. Januar 2009 ist das Chlamydien-Screening ausschließlich nur noch mittels Urinprobe vorzunehmen. Die Untersuchung der Urinprobe im Labor wird in der Regel von Gynäkologen per Muster 10 veranlasst. Diese Screening-Untersuchungen sind nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig, das heißt, der Veranlasser muss die vorgeschriebenen Zeitintervalle unbedingt einhalten.

Wir stellen im Rahmen der Abrechnungsprüfung fest, dass Untersuchungen des Chlamydien-Screenings im Krankheitsfall mehrfach abgerechnet werden, so dass wir sie bei den Laborpraxen ersatzlos streichen müssen.

Sind nach dem Chlamydien-Screening Kontrolluntersuchungen notwendig, sind diese unter Angabe „kurativ“ ausschließlich mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT) nach GOP 32839 durchzuführen. Demzufolge ist eine Abrechnung mittels anderer Methoden und Verfahren als in GOP 32839 beschrieben nicht zulässig, das schließt auch die GOP 32707 als ähnliche Untersuchung mit ein. **Bereits zum 1. Oktober 2008 wurde die GOP 32153 für den Chlamydien-Antigennachweis auf vorgefertigten Objektträgern aus dem EBM gestrichen.**

Seit dem 1. Januar 2009 ist wie vorgenannt das Chlamydien-Screening nur noch mittels Urinprobe durchzuführen. Die **Patienteninformation über das Chlamydien-Screening**, die vom Arzt auszugeben ist, **wurde vom G-BA Ende 2009 an die Neuregelung angepasst** und steht in der KVMV zur Bestellung zur Verfügung.

Wir möchten Sie aktuell darüber informieren, dass die **BKK Linde mit Wirkung ab 1. Januar 2010 und die BKK Daimler mit Wirkung ab 1. April 2010 dem zwischen der KBV und der BKK Securvita geschlossenen Homöopathievertrag beigetreten** sind. Damit können für Versicherte dieser Kassen die GOP 81200 bis GOP 81206 gleichermaßen zur Abrechnung gebracht werden.

Hinweis:

Die bereits abgegebenen Teilnahmeerklärungen der Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ oder dem Homöopathie-Diplom des DZVUÄ für die BKK Securvita gelten für alle weiteren beigetretenen Krankenkassen.

Für Fragen steht Ihnen in unserer Vertragsabteilung Frau Wegner unter der Tel.-Nr. 0385 7431-394 gerne zur Verfügung.

Behandlungen im Rahmen der Empfängnisregelung Abschnitt 1.7.5 des EBM nur bis 55 Jahre

Chlamydien-Screening nach GOP 01816, GOP 01840 und GOP 01915 nur einmal im Krankheitsfall

Neue Patienteninformation für Chlamydien-Screening

Homöopathievertrag gilt für BKK Linde und BKK Daimler GOP 81200 bis GOP 81206

Wir haben Sie mehrfach darüber informiert, dass entsprechend § 10 der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA in Verbindung mit dem Beschluss der Ärztekammer vom 25.02.2009 Schutzimpfungen nur noch mit einem gültigen Impfbuch durchzuführen sind. Aufgrund der schwierigen Witterungsverhältnisse sind nach Information der Ärztekammer Impfkurse im ersten Quartal 2010 ausgefallen.

Impfbücher, die nach dem 31. März 2010 erworben werden, können bis spätestens Ende Juni 2010, also zur Bearbeitung des 1. Quartals 2010 in der KVMV eingereicht werden.

Betrachten Sie bitte diese Regelung als Ausnahme.

Immer wieder werden Patienten in der Praxis vorgestellt, bei denen notwendige ärztliche Folgebehandlungen nach dem Piercen oder Tätowieren stattfinden.

Unter der Fragestellung „Wer trägt die Kosten der Behandlung?“ haben wir von der KBV folgende Stellungnahme erhalten:

Entsprechend § 52 Abs. 2 SGB V sind **Versicherte, die sich eine Krankheit durch eine Tätowierung oder einem Piercing zugezogen haben, durch ihre Krankenkasse in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen.**

Das heißt, **alle notwendigen Leistungen sind erst einmal zu Lasten der Krankenkasse nach dem EBM abzurechnen, einschließlich der Verordnung von Medikamenten. Die Krankenkasse des Versicherten sollte darüber eine Mitteilung erhalten.** Ob die Krankenkasse ihrer Pflicht aus der vorgenannten Regelung nachkommt und den Versicherten an den Kosten beteiligt, ist für Sie als Arzt nicht von Belang.

Eine Privatliquidation scheidet aber in jedem Falle aus.

Seit dem 2. Quartal 2009 können Sie neben besonderen Sachkosten (z.B. Implantate, suprapubische Katheter, Einmal-Instrumentarien) auch Einmal-Abdecksets zusätzlich zum operativen Eingriff auf dem Behandlungsschein des jeweiligen Patienten als Sachkosten unter der GOP 99014 geltend machen.

Als Einmal-Abdecksets sind nur Lochtücher und ungelochte Tücher zur Abdeckung des Patienten zu verstehen und keine Sets, die andere Praxiskosten, wie z.B. OP-Kittel, Einmalhandschuhe u.ä. zum Inhalt haben. Aufgrund der Tatsache, dass die Landesverbände der Krankenkassen von ihrem Recht Gebrauch machen, nun alle Unterlagen seit dem 2. Quartal 2009 einsehen zu wollen und einer zusätzlichen Abrechnung der Einmal-Abdecksets widersprechen, appellieren wir an dieser Stelle nochmals an eine korrekte Abrechnung.

- **Entsprechend der Originalrechnung sind die Teilbeträge zu ermitteln und je Patient unter der GOP 99014 in der Feldkennung 5012 abzurechnen.**
- **Die ausgewiesene Mehrwertsteuer und Skontobeträge sind bei der Ermittlung der Teilbeträge zu berücksichtigen.**
- **Es sind originale Rechnungen einzureichen.**
- **Kopien werden nur akzeptiert, wenn Materialien im laufenden Quartal noch nicht aufgebraucht wurden.**

Bitte erleichtern Sie sich und uns die Arbeit, indem die Beträge korrekt in Ihrem System erfasst und abgerechnet werden.

Impfbücher sind Basis zur Abrechnung der Schutzimpfungen ab dem 1. Quartal 2010

ärztliche Folgebehandlung nach dem Tätowieren oder Piercen ist eine Kassenleistung

auf korrekte Abrechnung der Rechnungsbeträge für Sachkosten unter 99014 achten

Wir möchten Sie an dieser Stelle nochmals informieren, dass die **Vereinbarung von Leistungen zur ambulanten Behandlung und Betreuung von Suchtpatienten durch Schwerpunktpraxen im Rahmen eines Modellvorhabens** nach § 63 Abs. 1 SGB V nach acht Jahren **ausgelaufen** ist. Damit sind die **GOP 99051 und 99052 letztmalig im 1. Quartal 2010 berechnungsfähig**.

Mit Wirkung zum 1. Februar 2010 haben die KVMV und die Techniker Krankenkasse (TKK) einen Vertrag über die ambulante Hautkrebs-Vorsorge für Versicherte vor Vollendung des 35. Lebensjahres abgeschlossen.

Dieser neue Vorsorgevertrag entsprechend § 73 c SGB V umfasst:

- die Beratung und Information zum Versorgungsangebot
- die Anamnese
- eine körperliche Gesamthautuntersuchung, einschließlich Auflichtmikroskopie, soweit medizinisch indiziert
- die erstmalige Hauttypbestimmung und
- die Befundmitteilung sowie die vollständige Dokumentation

und **kann ausschließlich von Dermatologen mit anerkannter Fortbildung für das Hautkrebsscreening** durchgeführt und abgerechnet werden.

Versicherte der TKK haben vom vollendeten 20. bis zum vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre Anspruch auf die Hautkrebsvorsorge, die nach GOP 99070 in Höhe von 25,00 € vergütet wird.

Bei der Inanspruchnahme ist der Versicherte, soweit er keinen gültigen Überweisungsschein vorlegt und nur ausschließlich zur Vorsorgeuntersuchung vorstellig wird, von der Praxisgebühr befreit.

Zum 1. Januar 2010 ist eine Änderungsvereinbarung zur ambulanten Hautkrebs-Vorsorge zwischen der KVMV und der GEK geschlossen worden, die sich nunmehr auf die neue BARMER GEK erstreckt. Mit der Änderungsvereinbarung können **Versicherte der BARMER GEK vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre die Hautkrebsvorsorge in Anspruch nehmen. Die Vergütung beträgt nach GOP 99070 25,00 €.**

Die Abteilung Qualitätssicherung wird alle Dermatologen über die konkreten Inhalte der Änderungsvereinbarung informieren.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 205. Sitzung mit Wirkung zum **1. Januar 2010** einen Beschluss zur **Neufassung des Anhangs 2 des EBM** gefasst.

Die operativen Prozeduren (OPS) sind durch die Vertragspartner auf die OPS-Version 2010 übergeleitet worden. **Innerhalb dieser Aktualisierung wurden 88 OPS-Codes neu in den Anhang 2 des EBM aufgenommen und 14 OPS-Codes gestrichen.** Die Veröffentlichung des Beschlusses erfolgte im Deutschen Ärzteblatt Nr. 51-52 vom 21. Dezember 2009.

An dieser Stelle wird auf den AOP-Vertrag nach § 115 b SGB V verwiesen, der punktuell entsprechend des EBM und der OPS-Codes ebenfalls zum 1. Januar 2010 angepasst wurde.

Der AOP-Vertrag nach § 115 SGB V, einschließlich der Anlagen, stehen unter „www.kvmv.de → Abrechnung → Grundlagen der Abrechnung → ambulante Operation“ zur Verfügung.

**Modellvertrag SUCHT
zum 31.03.2010
ausgelaufen
GOP 99051 und 99052
letztmalig**

**Vertrag Hautkrebs-
Vorsorge für TKK
ab 01.02.2010 für
Patienten vom
vollendeten 20. bis 35.
Lebensjahr an**

**Änderungsvertrag
Hautkrebs-Vorsorge für
GEK ab 01.01.2010 vom
vollendeten 16. bis
35. Lebensjahr an
gilt auch für BARMER**

**Anpassung des
Anhangs 2 des EBM
(OPS-Codierung)
zum 01.01.2010**

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 206. Sitzung mit Wirkung zum 1. April 2010 einen Beschluss gefasst und durch Aufnahme einer weiteren Untersuchungsmethode den Leistungsinhalt der GOP 01800 geändert.

Somit ist der Treponemenantikörper-Nachweis mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) **und/oder Immunoassay** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge berechnungsfähig. Die Bewertung von 125 Punkten wurde nicht angepasst.

neue Untersuchungsmethode für Treponemenantikörper-Nachweis ab 01.04.2010 GOP 01800

In § 21 des Arzt-Ersatzkassenvertrages und § 18 des Bundesmantelvertrages Ärzte sind die Zuzahlungspflichten der Versicherten bei der Praxisgebühr klar geregelt. Der Patient wird unter anderem dann nicht zur Zahlung der Praxisgebühr angehalten, wenn die Inanspruchnahme aufgrund einer gültigen Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt. Immer wieder erreichen uns Hinweise von Hausärzten, dass Patienten vom Facharzt ohne Überweisung behandelt werden mit der Aufforderung, sie sollten eine gültige Überweisung aus demselben Quartal vom Hausarzt nachträglich vorlegen.

rückwirkende Überweisungsscheine dürfen nicht ausgestellt werden

Diese für den Patienten pragmatische Regelung ist dem Hausarzt nicht zuzumuten. **Nach dem Gesetz ist der Patient verpflichtet, zur Behandlung eine Überweisung aus demselben Quartal vorzulegen oder die Praxisgebühr zu zahlen. Ein Anspruch, bei nachträglichem Vorlegen einer Überweisung die gezahlte Praxisgebühr vom Arzt zurückzufordern, besteht für den Patienten nicht.** Hier sollten Haus- und Fachärzte gemeinsam versuchen, den Patienten im Hinblick auf die Gesetzesregelung zu erziehen. Entsprechende Aushänge in der Praxis, sichtbar für jeden Patienten, ersparen Nachfragen und Diskussionen.

Der Vorstand der KVMV hat mit Datum des 27. Januar 2010 Maßnahmen zur künftigen Einhaltung der Regelungen zur fachspezifischen Vertretung bei Praxisabwesenheit beschlossen.

Dementsprechend wurden die Kreisstellen beauftragt, in ihrem Verantwortungsbereich alle Mitglieder anzuschreiben, dass eine **Praxis zum Urlaub oder an den Brückentagen nur geschlossen werden kann, wenn in Absprache eine fachspezifische Vertretung bestimmt ist und diese der Kreisstelle mitgeteilt wurde.** Eine entsprechende Dokumentation ist vorzunehmen.

Einhaltung der Vertretungsregelungen und Angabe in der grünen Erklärung

Praxisvertretungen mit einer Dauer von über einer Woche sind der KVMV zu melden. Auf der grünen Erklärung sind Zeitraum und Name des Vertreters anzugeben. Sollte die grüne Erklärung nicht ausreichend Platz bieten, verwenden Sie bitte ein Beiblatt.

Der Beschluss des Vorstandes sieht vor, zukünftige Verstöße gegen die Regelungen zur fachspezifischen Vertretung bei Praxisabwesenheit verschärft zu ahnden.

Zum Verständnis, warum diese Maßnahmen ergriffen wurden, lesen Sie hierzu den Journalartikel im März 2010, Seite 7.

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung werden Sie durch den für Sie zuständigen Gruppenleiter über wichtige Details informiert. Wir müssen immer wieder feststellen, dass die in unserem Arztregister geführten Sprechstundenzeiten nicht in jedem Falle korrekt sind.

Geänderte Sprechzeiten anzeigen

Um unnötigen Nachfragen vorzubeugen, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass **alle eintretenden Änderungen, soweit sie für die Führung des Arztregisters von Bedeutung sind, wie zum Beispiel die Sprechzeiten, durch Sie anzuzeigen sind.**

Bereits heute möchten wir Sie auf die **Pflicht zur Online-Abrechnung ab dem 1. Quartal 2011 hinweisen.**

Bitte denken Sie rechtzeitig an die Einrichtung Ihres KV-SafeNet-Anschlusses. Wir gehen davon aus, dass auf die Provider zum Jahresende eine sehr hohe Belastung zukommen wird.

Für Fragen rund um das KV-SafeNet wenden Sie sich in der EDV-Abteilung an Frau Rutz, Tel.–Nr.0385 7431-257.

**Online-Abrechnung
ab 1/2011 Pflicht**

Aktuelle Informationen zur teilweise papierlosen Abrechnung bei SKT ab 1/2010

Mit der bevorstehenden Online-Abrechnung zum 1. Januar 2011 bereiten wir in der KVMV im laufenden Jahr die papierlose Abrechnung mit den Sonstigen Kostenträgern auf Landesebene vor. Bereits seit Juli 2009 sind für gesetzlich Krankenversicherte, die im Besitz einer Chipkarte sind, die Überweisungsscheine, Ersatzverfahrenscheine oder Notfall- und Vertretungsscheine nicht mehr der Abrechnung beizufügen. Diese vorgenannten Unterlagen sind sechs Quartale in der Praxis aufzubewahren und nur auf besonderes Verlangen der KVMV vorzulegen.

Zwischenzeitlich sind auf Bundesebene Verträge mit der Bundeswehr, dem Bundesamt für Zivildienst und der Bundespolizei geschlossen worden, so dass eine papierlose Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen kann.

Unabhängig vom Standort und der Zuständigkeit gelten für Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern folgende Kostenträger:

**Bundespolizei
Bundeswehr
Zivildienst**

	VKNR	Institutionskennzeichen
Bundeswehrsoldaten	79868	103600444
Musterungsuntersuchungen	79869	103600466
Bundespolizei	27860	103600342
Bundesamt Zivildienst / B-Scheine	74895	103600477

Die Daten der Überweisungs- bzw. Berechtigungsscheine werden im Praxisverwaltungssystem in der **Feldkennung 4124 „Personalkennnummer“** und der **Feldkennung 4125 „Gültigkeitszeitraum“** erfasst. Das Einreichen der Scheine mit der Abrechnung entfällt.

Ebenfalls verzichten wir auf die Behandlungsscheine der Kriegsoferversicherten KOV. Die Statusergänzung auf der Chipkarte oder im Behandlungsausweis ist die „6“, die zur Abrechnung als Sonstiger Kostenträger KOV in der **Feldkennung 4113 = 6 (KOV)** unbedingt übernommen werden muss.

**KOV
Kriegsoferversehrte**

Postbeamte der Mitgliedsgruppe A wurden mit Chipkarten ausgestattet. Demzufolge entfällt die Übergabe der Überweisungsscheine oder der Ersatzverfahrenscheine.

Postbeamte A

Für Gutachten im Rahmen der Schwerpflegebedürftigkeit nach GOP 81100, GOP 81101, GOP 81102, die in der Vergangenheit auf selbst ausgestellten Behandlungsscheinen ausschließlich zu Lasten des MDK, KVNR 78886 abgerechnet wurden, entfällt ebenfalls das Einreichen der Behandlungsscheine.

**MDK
Medizinischer Dienst
der Krankenkassen**

Ebenfalls verzichten wir auf die Übergabe der Ersatzverfahren für die Auslandsabkommen EG. Berücksichtigen Sie, dass mit Ausfüllen der Mustervordrucke 80 und 81 alle notwendigen Daten der Europäischen Versichertenkarte (EHIC) übernommen und der aushelfenden Krankenkasse sofort übermittelt werden. Der in Ihrem Praxisverwaltungssystem abgerechnete EG-Fall ist als Sonstiger Kostenträger der entsprechenden Kasse mit der Statusergänzung „7“ in der

EG Auslandsabkommen

Feldkennung 4113 = 7 (EG – nach Aufwand oder deutsch-niederländische Grenzgänger)

zu erfassen.

Zusammenfassend gilt somit ab dem 1. Quartal 2010, dass nur noch Behandlungsscheine folgender Sonstiger Kostenträger

- BVFG
- Feuerwehr
- Fremde Landespolizei
- Schwangerschaftsabbrüche
- Sozialamt/Jugendamt

eingereicht werden müssen.

Verwenden Sie bitte wie gewohnt das beiliegende Faltblatt.

Über den Umsetzungsstand der Vertragsgespräche dieser verbleibenden Kostenträger auf Landesebene werden wir Sie im laufenden Jahr informieren.

Abschließend noch ein Hinweis aus der EDV-Abteilung

Für die laufende Abrechnung des 2. Quartals 2010 in den Arztpraxen werden Ihnen von den Softwarehäusern neue Updates geliefert mit dem neuen Zeichensatz ISO-8859-15.

Das heißt, erst mit Abschluss der Abrechnung Ende Juni 2010 ist dieser neue Zeichensatz zur Verschlüsselung und Codierung der Abrechnung zu verwenden.

Die Abrechnung des 1. Quartals 2010 ist nach wie vor nach den bisher geltenden Zeichensätzen (7-bit-Code, IBM 437 oder ISO-8859-1) zu codieren, unabhängig zu welchem Zeitpunkt Sie Ihre Abrechnung 1/2010 erstellen.

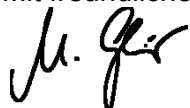
Bei Fragen wenden Sie sich an Ihr Softwarehaus oder kontaktieren Sie in unserem Hause Herrn Groth aus der EDV-Abteilung, Tel.-Nr. 0385 7431-268.

Ihre Abrechnung des 1. Quartals 2010 geben Sie bitte bis zum **10. April 2010** zu folgenden Zeiten ab:

01.04.2010	7.00 Uhr – 16.00 Uhr
06.04.2010 – 07.04.2010	7.00 Uhr – 16.00 Uhr
08.04.2010 – 09.04.2010	7.00 Uhr – 18.00 Uhr
10.04.2010	8.00 Uhr – 16.00 Uhr

Der Winter hatte uns lange fest im Griff, aber die Tage werden schon länger und man spürt den kommenden Frühling.

Mit freundlichen Grüßen



Maren Gläser