

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Versorgungsstärkungs-Gesetz (VSG)

Wartezeiten – Terminvermittlung – Praxisaufkauf

Zehn Gesundheitsgesetze gab es in den letzten zwölf Jahren. Jedes dieser Gesetze sollte unser Gesundheitssystem besser machen. Auch mit dem Versorgungsstärkungs-Gesetz will der Bundesgesundheitsminister wieder einmal ein „stabiles, zukunftsfähiges soziales Krankenversicherungssystem konsequent weiterentwickeln und mit neuen Instrumenten ergänzen“. Aber schaut man genau hin, so entpuppt sich das, was die Politik zum Wohle der Patienten und Ärzte sowie Psychotherapeuten plant, als grundlegender Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitssystem.

Hatte sich die Regierung im Koalitionsvertrag noch deutlich zu den Strukturen unseres Gesundheitssystems bekannt, so greift sie nun massiver als kaum zuvor mit der „zweiten Stufe“ der Gesundheitsreform in die Strukturen der ambulanten medizinischen Versorgung ein und schwächt diese. Besonders deutlich wird das bei den aus unserer Sicht, vor allem auch für Patienten problematischen Punkten:

Terminvermittlung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssen „Terminservicestellen“ einrichten. Diese sollen Patienten mit einer Überweisung zum Facharzt innerhalb einer Woche einen entsprechenden Termin organisieren. Kann für den Patienten kein Termin in der vorgegebenen Vier-Wochen-Frist vermittelt werden, so muss die Terminservicestelle dem Pati-

enten einen Termin an einem Krankenhaus anbieten. Die dort erfolgte Behandlung wird aus dem sowieso schon oft nicht reichenden Vergütungstopf der niedergelassenen Ärzte bezahlt. Viel entscheidender ist aber, dass der vermittelte Termin nicht bei dem vom Patienten bevorzugten Arzt sein wird, sondern in der Praxis, die einen freien Termin hat. Damit schränkt das VSG die freie Arztwahl der Patienten ein. Das gilt auch für die Vermittlung in ein Krankenhaus. Auch hier wird der Patient von dem Arzt versorgt, der Dienst hat, unabhängig von seinem Ausbildungsstand.

Praxisaufkauf

Auf den ersten Blick steht dieser Punkt in völligem Widerspruch zur Garantie für schnellere Termine beim Facharzt. Schon heute beklagen Patienten, dass die Wartezeit auf einen Termin beim favorisierten Arzt zu lang sei und die Wege zu einer anderen Praxis zu weit. Doch müssen KVen Praxen in „überversorgten Gebieten“ aufkaufen, werden hier die strukturellen Veränderungen besonders auffällig. Die Versorgung wird sich an Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser verlagern, die ihren Standort an zentralen Knotenpunkten in der Stadt / im Bezirk haben.

Frei werdende Vertragsarztsitze in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind übrigens von der Aufkaufregelung ausgenommen. Bei der Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen im MVZ ist die Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit nicht vorgesehen. Zusätzlich sind

Themen:

Versorgungsstärkungs-Gesetz – Wartezeiten-Terminvergabe-Praxisaufkauf

Ambulant vor stationär

- IGES-Gutachten im Auftrag des BMG
- Neufassung der Krankenhaus-einweisungs-Richtlinie (KE-RL)
- Ambulante Versorgung im Notfall

Neues für die Versorgung

- Zweitmeinung
- Dünndarm-Kapselendoskopie
- Psychotherapie
- „Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderungen“ (MZEB)

Zu guter Letzt ...

- Impfstatus prüfen – Masern

MVZ künftig auch als kommunale Eigenbetriebe möglich – ohne den Weg über den Zulassungsausschuss nehmen zu müssen. Eine Berücksichtigung dieser Einrichtungen in der Bedarfsplanung ist nicht vorgesehen.

Damit hat der Gesetzgeber die Bevorzugung staatlicher und anderer Gesundheitsversorgungsstrukturen zu Lasten der selbstständigen Niederlassung festgeschrieben. Eine starke Konkurrenz für den niedergelasse-

Deutschlands Zukunft gestalten Koalitionsvertrag

zwischen CDU, CSU und SPD
18. Legislaturperiode

Ambulante Gesundheitsversorgung

Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung. Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.

nen Arzt, dem keine öffentlichen Gelder zum Erhalt und zur Modernisierung seiner Praxis zur Verfügung stehen und dem die Sicherheit für den Fortbestand seiner Praxis genommen wird.

Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

Krankenhäuser in unterversorgten Regionen für die ambulante Versorgung zu öffnen, hatte man im Gesundheitsministerium als eine Möglichkeit gesehen, dem drohenden Ärztemangel auf dem Land entgegenzuwirken. Doch

Krankenhäuser in ländlichen Regionen sind genauso vom Nachwuchsmangel betroffen wie niedergelassene Arztpraxen. Im städtischen Gebiet, das gern als überversorgt angesehen wird, wird die vorgesehene Öffnung und Ausweitung der ambulanten Behandlung am Krankenhaus zu Verwerfungen führen. Es entstehen Doppelstrukturen, die aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sind. Das gilt auch für den ambulanten Notfalldienst, den die KVen vielerorts mit erheblichem Erfolg realisieren, so auch in Hamburg.

Was bedeutet die Umsetzung des Gesetzes für niedergelassene Ärzte?

Freiberuflich tätige Ärzte und Psychotherapeuten bilden die Grundlage unseres weltweit anerkannten Gesundheitssystems, das für die Kassenpatienten unter anderem von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen in gemeinsamer

Selbstverwaltung organisiert wird. Durch eine weitere Öffnung von Krankenhäusern und Ambulanzen für die ambulante Versorgung wird der Sicherstellungsauftrag der KVen weiter ausgehöhlt, darunter leidet letztlich die Versorgung der Patienten.

Mit Praxisaufkauf und Krankenhausöffnung stellt man mit dem VStG bewährte und gut funktionierende Versorgungsstrukturen infrage und erklärt die ärztliche Einzelpraxis zum Auslaufmodell.

Und was bedeutet die Umsetzung des Gesetzes für die Patienten?

Es schränkt die freie Arztwahl der Patienten durch die geplanten Terminservicestellen ein und versperrt dem medizinischen Nachwuchs den Weg in die eigene Praxis. Statt

den Ärztemangel zu bekämpfen, wird er weiter verschärft. Der Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG) ist voller Widersprüche, was sich nicht nur

an diesen Punkten zeigt. Auch die nachfolgenden Berichte zu den Schnittpunkten der ambulanten und stationären Versorgung verdeutlichen Ungereimtheiten

Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern. Solange die Politik uns noch lässt.“

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern. Solange uns die Politik noch lässt“, heißt es deshalb auf einem der Motive, die als Anzeigen in Zeitungen und für Plakatflächen genutzt werden. Die Headline knüpft damit an die erfolgreiche Imagekampagne der KBV und der KVen aus den letzten Jahren an. Sie macht deutlich: Der politische Einsatz gegen das Versorgungsstärkungsgesetz ist ein Einsatz für die Patienten.



IGES-Gutachten im Auftrag des BMG

Ambulant vor stationär – Investitionen in ambulante Versorgung lohnen sich

Die Vorrangigkeit der ambulanten vor der stationären Versorgung ist als gesetzlicher Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung im SGB V verankert. Jetzt hat ein Gutachten des IGES-Instituts im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums bestätigt: Um bis zu 860 Millionen Euro könnten die Ausgaben für stationäre Behandlungsfälle jährlich reduziert werden, gibt man der ambulanten Versorgung den Vorrang.

Wie hoch der Anteil der Krankenhausfälle ist, die potentiell ambulant versorgt werden können, steht in engem Zusammenhang mit der Facharzttdichte vor Ort. In Regionen mit unterdurchschnittlicher Facharzttdichte gab es überdurchschnittlich viele Krankenhausfälle, die ambulant behandelbar waren. Vermeidbare Krankenhausfälle stellte das Gutachten vor allem in ländlichen Regionen fest. Hier heißt es in dem Gutachten: „Könnte die Häufigkeit vermeidbarer Krankenhausfälle in diesen Regionen auf das durchschnittliche oder ein statistisch erwartbares Maß reduziert wer-

den, wären – in Abhängigkeit unterschiedlicher Annahmen – Einsparungen zwischen 160 und 860 Millionen Euro möglich.“ Voraussetzung dafür sei eine gut ausgebaute Infrastruktur.

In Hamburg findet man diese Strukturen. Die Krankenkassen als Geldgeber und Patienten profitieren schon lange davon. Gerade in der Hansestadt übernehmen die Vertragsärzte und -ärztinnen viele Aufgaben des stationären Bereichs. Und hier passt das Ergebnis des Gutachtens eindeutig: Je höher die Facharzttdichte in der ambulanten Versorgung, desto weniger ambulant behandelbare Fälle werden im Krankenhaus versorgt.

Bei der Entscheidung darüber, ob und welche Kapazitäten in der Gesundheitslandschaft Hamburgs reduziert werden, sollte man zwingend auch die Krankenhäuser und deren Medizinische Versorgungszentren und Ambulanzen mit einbeziehen. Auch der Umfang der medizinischen Versorgung, die für das Umland geleistet wird, darf nicht außen vor bleiben.

Im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) wird IGES nun ergänzend das Einsparpotenzial bei den ambulant behandelbaren Krankenhausfällen nach dem Muster des BMG-Gutachtens jeweils für die Zuständigkeitsbereiche der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen analysieren.

Mit Investitionen in die ambulante Versorgung lassen sich auch Einspareffekte in anderen Bereichen des Gesundheitswesens erreichen. So untersuchte das IGES für das BMG auch Zusammenhänge zwischen der ambulanten Versorgung und Rettungsfahrten sowie Krankentransporten. Alleine für den Nordosten Deutschlands liegt das geschätzte Einsparpotential dem Gutachten zufolge bei rund 36 Millionen Euro beziehungsweise einer Ausgabenreduzierung um acht Prozent.

Quelle: KBV
MEHR ZUM THEMA
<http://www.kbv.de/html/10270.php>

Neufassung der Krankenseinweisungs-Richtlinie (KE-RL)

Seit der letzten Richtlinienänderung hat der Gesetzgeber neue ambulante Versorgungsangebote geschaffen. Die Änderungen beziehen sich im Wesentlichen auf die Auflistung von ambulanten Behandlungsformen.

Die KE-RL regelt unter anderem die folgenden Sachverhalte: Vertragsärzte haben vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob sie selbst, gegebenenfalls mit Einbindung der häuslichen Krankenpflege, die ambulante Be-

handlung fortsetzen können oder ob es ausreicht, den Patienten ambulant weiter zu behandeln und so eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden. Eine solche ambulante Weiterbehandlung – gegebenenfalls auf Überweisung – ist beispielsweise durch weitere Vertragsärzte mit entsprechender Zusatzqualifikation möglich. Zumindest hier wird mit der Krankenseinweisungs-Richtlinie der Grundsatz ambulant vor stationär konkretisiert.

Einen Wermutstropfen gibt es den-

noch: Viele der genannten alternativen Behandlungsmethoden kennen nur die Krankenkassen. Den Ärzten stehen die für diese Entscheidung notwendigen Informationen nicht umfassend zur Verfügung. Bleibt die Richtlinie in diesen Punkten so wie vom G-BA beschlossen, dann wird bei der Behandlung des Patienten ständig das Risiko der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Rolle spielen.



KBV: Niedergelassene behandeln 70 Prozent aller Notfälle

Rund 70 Prozent der ambulanten Notfallpatienten werden durch Vertragsärzte behandelt, so das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Deutschland nach einer Analyse der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte zuvor bemängelt, dass in den Rettungsstellen immer mehr Patienten versorgt würden, die von einem Vertrags-

arzt behandelt werden könnten. Zugleich wurde die unzureichende Vergütung beklagt. Allerdings gebe es strukturelle Unterschiede.

So sind die im ambulanten Bereitschaftsdienst behandelten Patienten im Durchschnitt deutlich älter und haben mehrere meist chronische Krankheiten. Ferner stehen in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser Indikationen zu klein chirurgischen Maßnahmen oder zur radiologischen Ab-

klärung im Vordergrund. Bei den Patienten der Vertragsärzte sind es Krankheiten des Herzkreislaufsystems, der Atmungsorgane sowie Schmerzpatienten. Bemerkenswert ist auch, dass die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in den Städten besonders ausgeprägt und in ländlichen Regionen deutlich geringer ist.

Quelle: KBV

Neues für die Versorgung

Recht auf Zweitmeinung

Die Regelungen im VSG sind für die Verbraucherschützer ein Rückschritt. So werde das Recht auf Zweitmeinung durch die Formulierung im Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) deutlich eingeschränkt, wie Dr. Ilona Köster-Steinbach vom Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) kritisierte. Schon heute böten einige Kassen ihren Versicherten ein Recht auf Zweitmeinung an. Im Versorgungs-

stärkungsgesetz solle nur in bestimmten Fällen ein Recht auf eine Zweitmeinung festgeschrieben werden. Enttäuschend, fand die Verbraucherschützerin bei einer Tagung des BKK-Dachverbandes zum Zweitmeinungsverfahren. Sie wünschte sich vom Gesetzgeber ein generelles Recht auf Zweitmeinung für Versicherte und eine Informationspflicht des Arztes bei mengenanfälligen Leistungen.

Nach derzeitigem Stand sieht der Gesetzgeber kein allgemeines Recht auf Zweitmeinung vor, sondern es muss sich um eine "Indikation zu einem planbaren Eingriff handeln, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist" (Paragraf 27b VSG).

Quelle vzbv, Ärztezeitung

Dünndarm-Kapselendoskopie seit 1. Juli 2014 qualitätsgesichert

Die Kapselendoskopie bei obskuren Blutungen des Dünndarms wurde zum 1. Juli 2014 als neue Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die Untersuchung dürfen Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Kinder- und Ju-

gendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie durchführen. Sie benötigen dafür eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die ersten Genehmigungen sind nun erteilt. Die Ärzte findet man über die „Arztsuche“ auf unserer Homepage.



Psychotherapie

Kleinere Gruppen für Kinder und Jugendliche

Die Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beinhaltet eine Verringerung der Mindestteilnehmerzahl in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie

von Kindern und Jugendlichen. Der G-BA hatte den Beschluss damit begründet, dass mit der Verringerung der Mindestteilnehmerzahl altersspezifischen Entwicklungsbedingungen und den besonderen therapeutischen

Erfordernissen bei Diagnosen wie ADHS, Autismus oder Verhaltensstörungen Rechnung getragen werde. Seit dem 1. Januar 2015 können Patienten davon profitieren.

EMDR als Methode in der Psychotherapie anerkannt

Für gesetzlich versicherte Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung steht jetzt eine weitere psychotherapeutische Behandlungsmethode zur Verfügung. Dabei handelt es sich um EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing).

Von EMDR profitieren vor allem

Patienten, die durch Ereignisse wie Vergewaltigung, Krieg, Entführungen oder Missbrauch traumatisiert sind. Sie leiden oft unter Angst und Suizidgedanken. Auch bei der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen wie Unfällen oder der Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit kann EMDR angezeigt

sein. Einen entsprechenden Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss gefasst, da der Nutzen bei der Behandlung von Erwachsenen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung sich im Bewertungsverfahren als wissenschaftlich belegt erwies.

„Medizinische Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderungen“ (MZEB) eröffnet

Hamburgs Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) und die Evangelische Stiftung Alsterdorf (ESA) wollen die ambulante medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistigen und komplexen Mehrfachbehinderungen verbessern. Zu diesem Zweck wird das „Medizinische Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderungen“ (MZEB) aufgebaut, das im April seine Arbeit aufgenommen hat.

Erwachsene mit geistigen und komplexen Mehrfachbehinderungen haben oftmals Probleme, Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten in Anspruch zu nehmen. Viele Arztpraxen sind beispielsweise nicht in dem Maße barrierefrei zugänglich, als dass Patientinnen und Patienten mit Mehrfachbehinderungen hier in adäquater Weise umfassend behandelt werden könnten. Vielen dieser Patienten fällt es zudem schwer, sich zu artikulieren. Ihre Erkrankungen stellen sich im Zusammenhang mit der bestehenden Behinderung oftmals anders dar als dies bei Menschen ohne Behinderungen der Fall ist.

Angegliedert an das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf stehen am

MZEB besonders weitergebildete Ärzte der Fachrichtungen Neurologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Orthopädie/ Neuro-Orthopädie sowie Pflegekräfte und Therapeuten zur Verfügung, um (im Quartal geschätzt 800) Patienten mit besonderen Herausforderungen erweiterte Diagnose- und Therapieoptionen anzubieten. Ziel ist, durch die interdisziplinäre Arbeit des MZEB die Behandlung durch den wohnortnahen, niedergelassenen Arzt zu optimieren. Patienten brauchen eine Überweisung durch den niedergelassenen Vertragsarzt für das MZEB.

Das MZEB steht für Menschen mit einem Schwerbehindertengrad von mindestens 70 zur Verfügung. Finanziert wird das MZEB auf Basis von Quartalspauschalen durch die gesetzlichen Krankenkassen, an denen sich die KV mit rund einem Drittel der Kosten je Fall und Quartal beteiligen wird.

Ulrich Scheibel, Vorstand der Evangelischen Stiftung Alsterdorf: „Mit dem MZEB wollen wir die wohnortnahe Regelversorgung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und der Inklusion gezielt unterstützen und ergänzen. Es handelt sich um ein bundesweit einmaliges

Angebot, das auf die Bedürfnisse der erwachsenen Menschen mit komplexen Behinderungen zugeschnitten ist. Ein großer Schritt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung dieser Menschen.“

Dr. Dirk Janssen (stellv. Vorstand BKK-Landesverband NORDWEST) betont für die gesetzliche Krankenversicherung: „Alle Hamburger Krankenkassen waren sich einig, dass in Hamburg ein großer Bedarf für ein MZEB besteht – und dass Patienten mit komplexen Behinderungen nicht zuletzt wegen der UN-Behindertenrechtskonvention das Recht auf die gleiche Versorgung haben wie Hamburgerinnen und Hamburger ohne Behinderung.“

Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, sieht in dieser Einigung eine generelle Verbesserung der ambulanten Behandlung von geistig und mehrfach behinderten Patienten: „Diese Patientengruppe stellt besonders hohe Anforderungen an Ausstattung und Zeit, die flächendeckend gar nicht darzustellen sind. Aus diesem Grund begrüßen wir es, diesen Menschen nun ein Versorgungsangebot in einem auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Zentrum machen zu können.“

Multiresistente Keime weiter auf dem Vormarsch: KV Hamburg kritisiert 10-Punkte-Programm von Gesundheitsminister Gröhe als ineffektiv

Das 10-Punkte-Programm von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zur Bekämpfung multiresistenter Keime greift viel zu kurz. Diesen Vorwurf erhebt die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH). Hamburg sei Vorreiter bei der Bekämpfung der multiresistenten Keime, so Walter Plassmann,

Vorstandsvorsitzender, in der Hansestadt sei die MRSA-Testung bereits vor der bundesweiten Einführung mit den Krankenkassen vereinbart gewesen, zudem sei sie in Hamburg auf MRGN ausgeweitet worden. Ferner habe die KVH schon 2013 das „Bündnis für gezielte Antibiotika-Therapie“ gegründet, das Ärzte und vor

allem auch Patienten für einen sinnvollen Einsatz von Antibiotika sensibilisieren will. „Daher wissen wir, dass das Problem der multiresistenten Keime drängend ist, es aber entschiedener angepackt werden muss“, so Plassmann.

Quelle: <http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/26/152>

Zu guter Letzt...

Masern - Prüfen Sie Ihren Impfstatus!

Masern sind keine harmlose Kinderkrankheit, sondern eine schwere Viruserkrankung. Mehr als die Hälfte aller Masernfälle betreffen gegenwärtig Jugendliche und junge Erwachsene. Deshalb sollten Patienten Impfplücker prüfen und im Bedarfsfall ihren Hausarzt ansprechen und die Impfung möglichst nachholen. Diese Impfungen sind auch für ungeschützte Erwachsene sehr

wichtig, denn auch bei Erwachsenen kann eine Masern-Infektion zu vermehrten Komplikationen, besonders auch während der Schwangerschaft, führen. Ein ausreichender Impfschutz dient auch dem Schutz aller Kontaktpersonen. Deshalb empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) allen nach 1970 geborenen Erwachsenen eine einmalige Impfung gegen Masern, wenn sie

bisher nicht gegen Masern geimpft sind, nur einmal in der Kindheit geimpft wurden oder der Impfstatus gegen Masern unklar ist. Zur Impfung soll vorzugsweise ein Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR) verwendet werden. Masernerkrankungen sind meldepflichtig.

Impressum

KVH-News für Patientenvertreter
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers
Namentlich gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Patientenbeauftragte, Barbara Heidenreich
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 877, E-Mail: barbara.heidenreich@kvhh.de

Layout: Melanie Vollmert

Bilder: fotolia.com © Paco Ayala, mangostock, KBV

Ausgabe 1/2015 (April 2015)