



Strukturprüfungen 2021

Erste Ergebnisse der Blitzumfrage unter DGfM-Mitgliedern: Vor allem Definitionsbedarf für unbestimmte Rechtsbegriffe

Von Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab

Seit dem 27. Mai 2021 ist die Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V („Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“) veröffentlicht. Nach einer fast dreimonatigen Bearbeitungszeit erfolgte die Genehmigung der Richtlinie durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 20. Mai 2021. Die Richtlinie wurde mit einer Woche Verzögerung im Internet veröffentlicht.

Trotz umfangreicher Kritik zum Entwurf der am 03. Februar 2021 veröffentlichten Richtlinie, wurden in der Endfassung vom 20. Mai 2021 nur wenige Änderungen vorgenommen. Auch der Begutachtungsleitfaden des MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen), der grundsätzlich der richtigen Intention folgt, für die zahlreichen unbestimmten Rechtsbegriffe Auslegungshinweise zu geben, führt bereits jetzt zu einer intensiven Diskussion seitens der Praktiker. Hintergrund sind die zahlreichen Merkmale des OPS, die je nach Standpunkt unterschiedlich ausgelegt werden können. Beispielfähig seien Formulierungen wie „Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft“ oder „Die Ärzte des Teams sind in der Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten“ genannt: Begriffe,

die einen großen Interpretationsspielraum lassen. Beim Studium der Anlage zum Begutachtungsleitfaden wird deutlich, dass die Rechtsunsicherheit vieler Begriffe auch vom MDS erkannt wurde – aber auch, wer die Deutungshoheit für die Auslegung beansprucht. Die Rechtsbegriffe werden vom MD einseitig ausgelegt und nicht mit der DKG oder Fachgesellschaften abgestimmt – mit allen Nebenwirkungen und Risiken.

Zu deutlichen Irritationen führten bei den Mitgliedern der DGfM insbesondere die zeitlichen Bezugnahmen in der Anlage zum Begutachtungsleitfaden. So finden sich in den Strukturmerkmalsbewertungen (SMB) regelmäßige Hinweise darauf, seit wann das Merkmal als Strukturmerkmal gilt, wann die erste Strukturbewertung vorgenommen wurde („erstellt“) und wann die Definition des MD aktualisiert wurde. Dabei liegt der Zeitpunkt der Erstellung der SMB häufig deutlich vor dem Erlasszeitpunkt der Richtlinie.

In der Blitzumfrage der DGfM zur Strukturprüfung zeigte sich sehr deutlich in der Bewertung der Anlage zum Begutachtungsleitfaden, dass die vom MDS vorgelegten Auslegungen einzelner Merkmale die Anforderungen für den Nachweis des Einhaltens der Strukturmerkmale oder die einzuhaltenden Strukturmerkmale über den Wortlaut des OPS ausdehnen.

Bisherige Auslegungsgrundsätze

In der Vergangenheit führte die Auslegung von Merkmalen des OPS immer wieder zu rechtlichen Auseinandersetzungen. In der Folge wurden bei der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe im OPS die Auslegungsgrundsätze des Bundessozialgerichtes, welche sich auf drei Leitsätze konkretisiert haben, definiert:

1. Abrechnungsvorschriften als normenvertragliche Regelungen unterliegen allgemeinen rechtswissenschaftlichen Auslegungsmethoden.
2. Die Auslegung ist eng am Wortlaut zu orientieren, da sie eine Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems einnimmt.
3. Bewertungen und Bewertungsrelationen sowie entstehungsgeschichtliche Erwägungen sind außer Betracht zu lassen (BSG, Urt. v. 19.06.2018, Az. B 1 KR 38/17 R: Medizinische Begriffe des OPS kommt der Sinngehalt zu, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird; BSG, Urt. v. 23.06.2015, Az. B 1 KR 21/14 R).

Streitbegünstigte Begriffe

In den zahlreichen Rückmeldungen der DGfM-Mitglieder zeigen sich diverse Diskussionspunkte zu den

SMB. Insgesamt haben uns 237 Einzelhinweise erreicht, die nun kategorisiert werden. OPS-Spitzenreiter unter den kodespezifischen Fragestellungen sind beispielsweise die intensivmedizinischen und neurologischen Komplexbehandlungen (Stichworte u.a.: Erfahrungen in der Intensivmedizin, intrakranielle Druckmessung – ausschließliche Anwendung des Goldstandards, Laborleistungen durch Fremdlabore, Kooperationsradiologie, Standortbezug bei Gerätepartnerschaften in der Radiologie, Facharztstandard, Nachweis der Behandlungsleitung über diensthabenden Facharzt, Dienstbereitschaften, Nachweis der technischen Ausstattung ...).

Nachfolgend soll beispielhaft der Diskussionsbedarf zu den in der Blitzumfrage am häufigsten genannten allgemeinen Begriffen, die sich über verschiedene OPS verteilen, dargestellt werden.

Stationsbezug/Einheit

Zu ihnen zählt der in der Anlage zum Begutachtungsleitfaden dargelegte Stationsbezug. Grundsätzlich enthalten die OPS-Komplexcodes in der Regel selbst keinen Stationsbezug und somit keine rechtssichere Definition. In der Vergangenheit erwies sich der im Rahmen der MDK-Prüfungen ergangene Nachweis für Normalstationen, der Patient sei auf der „richtigen Station“ behandelt worden, als nicht praktikabel, denn: Gerade mit Blick auf den traditionell eher an baulichen Zuordnungen ausgerichteten Begriff der „Station“, werden interne Verlegungen oder interdisziplinäre Bettenbelegungen nicht einbezogen.

Aus Sicht der DGfM ist grundsätzlich der Begriff der „Einheit“ als organisatorisch-administrative Beschreibung der Patientenversorgung dem Stationsbezug vorzuziehen. Eine Einheit kann Teil einer Station/Abteilung/Klinik sein oder wird als eine eigene räumliche oder organisatorische Einheit stationsübergreifend an einem Standort betrieben. In der kürzlich veröffentlichten FAQ-Liste hat der MD klargestellt, dass der OPS pro Standort, also bei mehreren Stationen nicht mehrfach am selben Standort, geprüft wird. Diese Auslegung wird grundsätzlich von der DGfM konsentiert.

Pragmatischer Nachweis der Verfügbarkeit in 30 Minuten

Erhebliche Verunsicherung und letztlich auch in der arbeitsrechtlichen Konsequenz für bislang eingerichtete Rufbereitschaftsdienste nicht unerheblich ist die Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit das Strukturmerkmal „innerhalb von 30 Minuten am Patienten“ erfüllt ist. Aus der Sicht des MD sei die Verfügbarkeit einer Ärztin oder eines Arztes innerhalb von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten im Regelfall nur bei Anwesenheit im Krankenhaus erfüllbar. Sofern die Verfügbarkeit einer Fachärztin/eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten nicht durch einen Schichtdienst oder Bereitschaftsdienst mit Anwesenheit im Krankenhaus sichergestellt wird, ist für die 30-minütige Verfügbarkeit ein gesonderter Nachweis erforderlich.

Aus Kliniken, welche in der Vergangenheit detailintensive Strukturprüfungen erlebten, wurde berichtet, dass teilweise zum Nachweis der 30-minütigen Entfernung Routenplaner vom Wohnsitz der Ärztin oder des Arztes zur Klinik abgefordert wurden, um den Zeitnachweis zu erbringen. In Einzelfällen wurde die Diskussion sogar dahingehend geführt, dass abzüglich von Wege- und Umziehzeiten Distanzen mit einer 20-minütigen Entfernung zwischen Wohnsitz und Klinik gefordert wurden. Der MD verweist in seiner Auslegung dementsprechend auch darauf, dass neben den Rüst- und Wegezeiten auf dem Weg zum Krankenhaus auch die entsprechenden Zeiten auf dem Krankenhausgelände selbst zu berücksichtigen sind. Für Kliniken in Pavillonbauweise und Universitätskliniken oder Maximalversorger mit einer Campusstruktur dürfte diese weite Auslegung zu einer kritischen Größe werden.

Welche Informationen und Unterlagen sind aber zum Nachweis erforderlich? Laut MD ist der gesonderte Nachweis in Form einer schriftlichen Dienstanweisung, Betriebsvereinbarung oder ergänzenden arbeitsvertraglichen Regelung zu erbringen. Nicht ausreichend sei z.B. die alleinige Vorlage einer generalen Bestätigung der Geschäftsfüh-

rung, Leitender Ärztinnen/Ärzte, einer individuellen Bestätigung der ärztlichen Diensthabenden oder einer SOP.

In diesem Zusammenhang wird das Urteil des LSG Hessen vom 30. Januar 2020, L 8 KR 37/19 besonders relevant. Bei der Prüfung des OPS-Merkmals 8.98f „Mindestens sechs von den acht folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenzugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie“. In der Version von 2016 hat das Gericht in seinem nun rechtskräftigen Urteil die Einbeziehung des interventionellen Kardiologen im Rahmen eines externen Konsiliardienstes abgelehnt. Selbst bei Vorkhaltung von geeigneten Räumlichkeiten und Gerätschaften bedarf es nach Ansicht des Gerichtes eines in der Durchführung interventioneller kardiologischer Verfahren erfahrenen Kardiologen oder Kardiologin, welche/r 24 Stunden „im eigenen Klinikum“ verfügbar ist.

In der Gesamtschau der Erfahrungen aus früheren Strukturprüfungen und in der deutlichen Abkehr von hochdetaillierten Einzellerreichbarkeitsprüfungen nach Wohnortnähe ist der nun vorliegende pragmatische Vorschlag des MD, mit einer Dienstvereinbarung oder Dienstanweisung die Sicherstellung der Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten nachzuweisen, aus Sicht der DGfM sehr zu begrüßen.

Restriktive Auslegung des Facharztstandards im Konsiliardienst

Eine weit strengere Auslegung als es der Wortlaut des OPS und die juristische Definition des Facharztstandards erlaubt, fordert der MD bei der Qualifikation des Konsiliardienstes. Nach Ansicht des MD muss es sich bei den im Konsiliardienst eingesetzten Ärztinnen und Ärzten der genannten Fachgebiete um entsprechende Fachärztinnen und -ärzte, ggf. mit Zusatzqualifikationen, handeln. Begründet wird dies mit der Auffassung, sie müssten in der Lage sein, das geforderte spezielle medi- ►

zinische Fachgebiet umfassend zu vertreten. Dies setze eine fachärztliche Qualifikation bzw. ggf. Zusatzqualifikation voraus, die nachzuweisen sei.

Der MD verkennt hier jedoch, dass die formelle Ernennung zum Facharzt nichts mit dem bislang haftungsrechtlich anerkannten und eigentlich geforderten Facharztstandard zu tun hat. Der Begriff beschreibt die dem Patienten geschuldete Sorgfalt bei der ärztlichen Behandlung. Der Facharztstandard verlangt, dass jede Ärztin und jeder Arzt so handelt, wie es ein verständiger Facharzt des jeweiligen Gebietes nach den aktuellen medizinischen Standards unter Anwendung der erforderlichen Sorgfalt täte. Der Facharztstandard gilt für alle Ärztinnen und Ärzte, und zwar auch schon vor der Weiterbildung zum Facharzt. Auch ein Assistenzarzt/-ärztin hat den Facharztstandard als erforderlichen Sorgfaltsmaßstab bei jeder Behandlung einzuhalten, denn der Standard eines erfahrenen Facharztes verlangt „das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis bewährte, nach naturwissenschaftlicher Kenntnis gesicherte, von einem durchschnittlichen Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können“ (BGH, Urteil vom 19.04.2000, 3 StR 442/99). Solange Assistenzärzte/-ärztinnen für eine Behandlung noch nicht die Kenntnis und Erfahrung eines Facharztes mitbringen, muss ihnen ein solcher – etwa im Sinne eines Hintergrunddienstes – zur Verfügung stehen.

Kooperationspartner

Die Richtlinie fordert in vielen Fällen auch die Nachweise von externen Kooperationspartnern ein: Relevante Nachweise und Unterlagen sind dabei insbesondere Nachweise über die Anzahl und Qualifikation des zur Erbringung des jeweiligen OPS-Kodes vorgehaltenen Personals (Qualifikationsnachweise und bei Bedarf zusätzlich Arbeitsverträge), der Nachweis einer eigenen Personalstruktur, der Dienstpläne der betreffenden Abteilung für die Erbringung der betreffenden Leistung sowie der sächlich-apparativen Vorhaltungen. Ergänzend fordert der Medizinische Dienst die Vorlage von Dienstplänen über einen Zeitraum von drei zusammenhängenden Mo-

naten an, soweit die vorgegebenen Strukturmerkmale dies erfordern und die Leistung bereits erbracht wurde. Die jeweiligen Monate werden vom zuständigen Medizinischen Dienst aus den letzten zwölf Monaten, die der Prüfung vorausgehen, benannt. Sofern Strukturmerkmale in OPS-Kodes durch Kooperationen oder Honorarverträge erfüllt werden, sind neben den Verträgen zusätzlich Qualifikationsnachweise und Dienstpläne vorzulegen.

Angesichts der Kürze der Zeit, welche zwischen der Veröffentlichung der Auslegungskriterien und der Antragstellung lag, dürften viele bestehenden Kooperationsverträge schriftlich-inhaltlich den nun in den SMB gestellten Anforderungen nicht genügen, da sie weder inhaltlich auf die kodespezifischen Vorgaben Bezug nehmen, noch einen Herausgabeanspruch gegen den externen Kooperationspartner in der vom MD gewünschten Detailtiefe (Dienstpläne, Arbeitsverträge, Zeugnisse ...) vorsehen.

Hier fehlt es im Interesse der Sicherung bestehender Versorgungsstrukturen an einer Übergangsfrist, um bestehende Kooperationsverträge anzupassen. Sorge um Versorgungsstrukturen besteht insbesondere in ländlichen Regionen, bei denen ein externer Kooperationsarzt oder -ärztin zugleich Bereitschaftsdienst in der eigenen Klinik (z.B. Telemedizin, Teleradiologie) hat. Hier besteht die Befürchtung, dass bei einer engen Auslegung des Verfügbarkeitsbegriffs beide Krankenhäuser das entsprechende Mindestmerkmal nicht anerkannt bekommen, da bei einem gleichzeitigen Notfall in beiden Häusern die Anwesenheit im Sinne einer Verfügbarkeit eben nicht gleichzeitig gewährleistet ist.

Zur besonderen Verwirrung führte eine Antwort eines MD für zur neurologischen Komplexbehandlung: Sind die Dienstpläne der einschlägigen Netzwerke einmalig „zentral“ vorlegbar oder müssen diese detailliert für jede Klinik eingereicht werden? Braucht man explizite Dienstpläne der Telekonsil-ärztinnen und -ärzte oder reicht die Angabe, welcher Standort an dem jeweiligen Tag zuständig ist? Der

MD pflichtete bei, dass diese Vorgabe in Anbetracht der möglicherweise unterschiedlichen Prüfzeiträume weder für die erforderlichen Dienstpläne noch für die jeweils erforderlichen Qualifikationen flächendeckend umsetzbar sei. Die Nachweispflicht läge aber bei der Klinik. Auch hier wären pragmatische Lösungsansätze zu begrüßen, um bestehende Versorgungsstrukturen etwa im Bereich der Schlaganfallbehandlungen nicht zu gefährden.

Behandlungsleitung

Gemäß OPS trägt die Behandlungsleitung die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Aus Sicht des MD sei eine rein organisatorische oder rein formale Behandlungsleitung nicht ausreichend, um die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten zu planen, zu koordinieren und zu überwachen. Eine ausschließlich delegierende Tätigkeit sei nicht ausreichend. Es ist eine regelmäßige persönliche Anwesenheit der Behandlungsleitung mit direkten Patientenkontakten in medizinisch angemessener Häufigkeit erforderlich.

Grundsätzlich ist nachvollziehbar, dass allein durch geplante Abwesenheiten wie Urlaube, Fortbildungen etc. Ausfallzeiten der Behandlungsleitung vorhersehbar sind und eine Behandlungsleitung nicht durch eine einzelne Person sichergestellt werden kann. Allerdings zeigen Erfahrungen aus früheren Strukturprüfungen, dass es divergente Ansichten zur (nach Ansicht des MD bis ins Detail fachidentischen) Qualifikation der Vertretung bei Vertretungsregelungen gibt. Hier ist nach der Rechtsprechung auf den Wortlaut des OPS abzustellen und dementsprechend ist die Behandlungsleitung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation erbringbar. Für die Behandlungsleitung kann kodespezifisch der Umfang für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen festgelegt werden. Darüber sind an die Behandlungsleitung keine Vorgaben z.B. zur Anzahl, Beschäftigungsverhältnis oder (Mindest-)Anwesenheitszeiten geknüpft. Relevant wird das Thema des Nachweises der Behandlungsleitung. Je

nach Auslegung kann von der Behandlungsleitung im Einzelfall (Tag/Dienst/Patient...) bis hin zur fachlich-organisatorischen (Gesamt-) Verantwortung (z.B. Chefarzt/Teamleitung) ein buntes Spektrum an Ansichten vertreten werden, welches auf die Art und dem Umfang der Nachweispflicht durchschlägt.

Technische Ausstattung

Aus ersten Prüfabfragen in den Kliniken wurde bekannt, dass der Nachweis einer technischen Ausstattung vereinzelt zu einem sehr umfangreichen Abfragemechanismus führte. Von Aufstellungen der Geräte mit Bezeichnung und Inventarnummer über Angaben zum entsprechend qualifizierten Personal (Dienstpläne, Geräteschulung, Fachkunde und ggf. weiteren Qualifikationsnachweise), gültigen Nachweisen der Einweisung des Personals gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV, Nachweise der Funktionstüchtigkeit der Geräte gemäß § 7 Abs.3 MPBetreibV, dezidierte Lagepläne bis hin zu Kauf-, Leasing- und Serviceverträgen waren umfangreiche Anforderungen im schriftlichen Verfahren bekannt geworden.

Dazu bleibt festzuhalten: Grundsätzlich findet sich in jeder Klinik eine Inventarisierung mit Gerätebezeichnungen u.ä. als Teil der vom Wirtschaftsprüfer jährlich geprüften Anlagenbuchhaltung. Im Bereich der Radiologie liegen dezidierte Sachverständigenprüfungen vor. Auch die Sachverständigenberichte der Medizintechnik sind verfügbar. Im Sinne der Beachtung des Erforderlichkeits- und Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes wird hier aufgrund des immensen Aufwands eine Vor-Ort-Begehung des MD besonders in Universitätskliniken und bei Maxi-

malversorgern empfohlen: Angesichts der Definitionen eines Medizingerätes nach der MPG ist aufgrund der Vielzahl der in Betracht kommenden Geräte der im schriftlichen Verfahren zu betreibende Nachweis gerade mit Blick auf den im Bereich der Medizintechnik bestehenden hohen Digitalisierungsgrad der Gerätebücher, Wartungs- und Serviceprotokolle, Remoteverfahren der Applikationstechniker etc. pp. schwer zu leisten.

Personalbesetzungen beschreiben grundsätzlich eine personelle Ausstattung, die dem Wortlaut nach von der technischen Ausstattung getrennt ist. Fachkunde und Qualifikationen des Personals sind der Betriebsbereitschaft von Geräten in der personellen Ausstattung zuzuordnen. Durch die enge Verknüpfung der Begrifflichkeiten in den SMB entsteht ein großer Unsicherheitsfaktor in der Detailtiefe der erforderlichen Nachweispflicht.

Weitere Vorgehensweise der DGfM

Aus Sicht der DGfM sind die SMB des MD vergleichbar zu den Kodierstreitigkeiten vergangener Jahre zu behandeln: Die SEG 4 des MDK definierte Kodierregeln, welche der Fachausschuss zur ordnungsgemäßen Kodierung und Abrechnung (FoKA) für die DGfM konsentiert oder in den Dissens stellte. Mittlerweile haben die Dissensfälle ihren Eingang in das Schlichtungsverfahren gefunden. Der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung ist ein Ausschuss von Mitgliedern der DGfM. Mit der Installation des Fachausschusses nutzt die DGfM die Kompetenz ihrer mittlerweile über 1.000 Mitglieder, um Anfragen von im Medizincontrolling Beschäftigten zu beantworten, Kodier-

empfehlungen des MDK zu bewerten und Empfehlungen zu strittigen Kodierfragen zu erstellen. Die nun veröffentlichten SMB des MD weisen eine vergleichbare Struktur und Zielrichtung auf. Daher sollen die nun von der DGfM zu erarbeitenden Stellungnahmen zu den SMB aus Sicht der Praktiker – vergleichbar zu den Kodierempfehlungen – in fachlichen und juristischen Streitfällen die Entscheidungsfindung erleichtern und bei immer wiederkehrenden Auslegungs- und Anwendungsproblematiken zu standardisierten Ergebnissen führen. Gleichzeitig soll die Auslegungsqualität vereinheitlicht und kontinuierlich verbessert werden. Daher besteht die Zielsetzung des FoKAs künftig nicht ausschließlich in der alleinigen Erstellung von Empfehlungen, sondern zielt bei den SMB auch auf die Abstimmung mit anderen Fachverbänden und Institutionen ab.

Dankeschön!

Unser ganz besonderer Dank gilt allen, die trotz der Kürze der Zeit (und der Urlaubszeit) ihre Fragen, Hinweise und auch Erfahrungen aus bisherigen Strukturprüfungen im Rahmen der Umfrage gesendet haben. Ein herzlicher Dank geht auch an unsere Geschäftsstelle, welche die Umfrage betreut und die zahlreichen Rückmeldungen strukturiert hat. Auf dem diesjährigen Herbstsymposium werden wir die Ergebnisse der Umfrage präsentieren. Die Referenten des MD und des MDS haben bereits zugesagt, zu den häufigsten Fragestellungen ihrerseits Stellung zu nehmen. Wir freuen uns auf eine lebhafte Diskussion. ■

Ass. Jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab MBA
Stellv. Vorstandsvorsitzende
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling

Melden Sie sich jetzt zum 21. Herbstsymposium an!

Zum 21. Mal lädt die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling den immer breiter werdenden Kreis der am Medizincontrolling Interessierten zum Herbstsymposium ein. Zum 2. Mal digital! Wie immer sprechen hochkarätige Referenten, die es schätzen, gemeinsam mit den Medizincontrollern aktuelle Themen zu diskutieren.

• Veranstaltungstag 1: Entgeltsystem Psychiatrie/ Psychosomatik

Die Folgen der Pandemie werden unser Gesundheitssystem verändern. Am diesjährigen Tag der Psychiatrie des Herbstsymposiums der DGfM gehen wir der Frage nach, was wir aus der Pandemie für die Versorgung lernen können.

• Veranstaltungstag 2: DRG-System

Viele Veränderungen waren angekündigt, kaum eine hat das Licht der Welt erblickt. Daher stehen wir nun – aus den Startlöchern einer Pandemie kommend – vor einigen wirklich großen Treppenstufen.

Quelle: www.herbstsymposium.de