



**Stellungnahme der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
und Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
zum Referentenentwurf
eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)**

Die KZBV als Interessenvertretung der rund 61.000 Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte ("Kassenzahnärzte") und die BZÄK als berufsständische Vertretung aller behandelnd tätigen Zahnärzte (ca. 72.000) in Deutschland begrüßen dem Grunde nach viele der mit dem Referentenentwurf des TSVG einhergehenden Änderungen im zahnärztlichen Bereich, soweit diese für mehr Rechtssicherheit sorgen oder bestehende Versorgungshemmnisse abbauen.

Zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs (RefE), soweit sie für die zahnärztliche Versorgung relevant sind, wird dabei wie folgt Stellung genommen:

1. Zur Mehrkostenregelung im Bereich der Kieferorthopädie (Art. 1 Nr. 13 RefE)

Die mit der in § 29 Abs. 5 SGB V-RefE getroffenen Mehrkostenregelung im kieferorthopädischen Bereich einhergehende Stärkung der Patientenautonomie wird ausdrücklich begrüßt. Gleichfalls befürwortet werden die getroffenen Regelungen zur Kostentransparenz, die eine Überprüfung des kieferorthopädischen Leistungsgeschehens erheblich vereinfachen.

Angeregt wird in diesem Zusammenhang allerdings eine Überprüfung der intendierten datenschutzrechtlichen Anforderungen zur ergänzenden Überprüfung behandlungs- und rechnungsbegründender Unterlagen in § 29 Abs. 5 Satz 10 SGB V-RefE: Insoweit nämlich die korrekte wirtschaftliche Aufklärung nur anhand der dort genannten Unterlagen bestätigt werden kann und das Erfordernis einer Einsichtnahme seitens der bereits prüfenden Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) bejaht wurde, ist schwer nachvollziehbar, weshalb die Einsichtnahme hier von der Einwilligung des jeweiligen Versicherten abhängig gemacht wird, dessen Fall Veranlassung für die betreffende Überprüfung gibt. Es erscheint zum einen beispielsweise praxisfern, dass ein Versicherter inhaltlich zwischen den zu prüfenden Unterlagen unterscheidet, wenn er sich zwecks Überprüfung kieferorthopädischer Leistungen an eine KZV wendet. Die Einholung einer zusätzlichen Einwilligung dürfte in diesem Zusammenhang im Regelfall eine bloße Formalie darstellen, mit der sowohl ein erheblicher Verwaltungsaufwand als auch Zeitverlust einhergehen. Zum anderen kann parallel ein Interesse des betroffenen Kieferorthopäden bestehen, sich bei, aus Sicht des Kieferorthopäden im Zweifel als belastend empfundenen, Überprüfung durch die Vorlage ergänzender Unterlagen vom im Raum stehenden Verdacht einer Pflichtverletzung exkulpieren zu können. Eine Einstellung von Prüfungsverfahren aufgrund fehlender Einwilligung des Versicherten würde den Makel einer vermeintlichen Pflichtverletzung bzw. einer fehlenden Integrität der kieferorthopädischen Versorgung nicht hinreichend beseitigen und dürfte losgelöst vom bereits betriebenen Prüfaufwand der KZV auch im Ergebnis von Seiten aller Beteiligten als unbefriedigend empfunden werden.

Vor diesem Hintergrund sollte die Prüfung ergänzender behandlungs- und rechnungsbegründender Unterlagen auch ohne Einwilligung des Versicherten möglich sein, mithin in § 29 Abs. 5 Satz 10 SGB V-RefE auf das zusätzliche Erfordernis dieser Einwilligung verzichtet werden.

2. Zur Erhöhung der Festzuschüsse (Art. 1 Nr. 27 RefE)

Die Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz gemäß § 55 SGB V-RefE von 50% auf 60% ist, vor allem auch aus Sicht der Patienten, zu begrüßen.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang allerdings auf eine regelungstechnische Ungenauigkeit im Rahmen der folgerichtig vorzunehmenden Anpassungen

des bisher "doppelten" bzw. "zweifachen" Festzuschusses bei den sog. Härtefallregelungen in § 55 Abs. 2 und 3 SGB V (Art. 1 Nr. 27 Buchst. b und Buchst. c, aa und bb): Da bei der bisherigen Festzuschusshöhe von 50% dieser "doppelte" bzw. "zweifache" Festzuschuss bei 100% liegt (mithin also prinzipiell den gesamten Kosten der Regelversorgung), wird – korrekterweise – § 55 Abs. 2 Satz 1 (Halbsatz 1) SGB V-RefE zunächst dahingehend angepasst, dass die Versicherten im Falle einer unzumutbaren Belastung künftig neben dem nunmehr 60% umfassenden Festzuschuss nicht mehr – wie bisher – zusätzlich Anspruch auf einen Betrag in gleicher Höhe haben, sondern nur noch zusätzlich auf einen Betrag in Höhe der zu 100% verbleibenden Differenz von 40% (der nach § 57 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge), in Summe also – wie bisher im Falle des doppelten 50%-Festzuschusses – auf einen Gesamtbetrag von 100%.

Allerdings ist – sicherlich versehentlich – im Regelungsentwurf für die bisher jeweils 100% abdeckenden Größen bzw. Begrifflichkeiten "doppelter Festzuschuss" (in § 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V) und "zweifacher Festzuschuss" (in § 55 Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB V) deren Ersetzung jeweils lediglich durch "den zusätzlichen Betrag" im Sinne des § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB V-E vorgesehen, der indes nur 40% abdeckt (s.o.). Intendiert ist insoweit aber sicher nicht, den bisher "doppelten" bzw. "zweifachen" Festzuschuss (also jeweils 100%) durch lediglich diesen "zusätzlichen Betrag" von 40% zu ersetzen, sondern durch den wiederum 100% umfassenden Gesamtbetrag aus Festzuschuss (60%) und zusätzlichem Betrag (40%) gemäß § 55 Abs. 2 Satz 1 Hs. 1 SGB V-E.

Diese sicherlich nur ein Versehen darstellende Ungenauigkeit sollte daher dringend noch korrigiert werden.

3. Zur Schiedsregelung bei den klinischen Krebsregistern (Art. 1 Nr. 31 RefE)

Nach § 65c Abs. 6 Satz 5 SGB V wird die Höhe der einzelnen Meldevergütungen u.a. von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, mithin also auch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, vereinbart. Für den Fall, dass eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, soll künftig das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a SGB V-RefE entscheiden. Da im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sektorenübergreifende Verträge keine beson-

dere Bedeutung haben, gelten indes gemäß § 89a Abs. 12 SGB V-RefE die Regelungen des § 89a Abs. 1 und 2 SGB V-RefE zur Bildung sektorenübergreifender Schiedsgremien zu Recht nicht für die KZVen und die KZBV, so dass nunmehr allerdings für die unter Beteiligung der KZBV zu schließende Vereinbarung nach § 65c Abs. 6 Satz 5 SGB V für die KZBV keine Schiedsmöglichkeit besteht. Daher sollte die im Referentenentwurf vorgesehene Neufassung des § 65c Abs. 6 Satz 8 SGB V vorsehen, dass das Schiedsgremium nach § 89a Abs. 2 SGB V-RefE in diesem Falle ausnahmsweise nicht mit zwei Vertretern der Ärzte, sondern jeweils einem Vertreter der Ärzte und der Zahnärzte besetzt wird.

Konkreter Regelungsvorschlag:

Änderung von § 65c Abs. 6 SGB V:

Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a, wobei die Besetzung abweichend von § 89a Abs. 5 Satz 1 anstatt mit zwei Vertretern der Ärzte mit jeweils einem Vertreter der Ärzte und der Zahnärzte erfolgt.“

4. Zur Fehlverhaltensbekämpfung nach § 81a SGB V (Art. 1 Nr. 38 RefE)

Im Rahmen der prinzipiell nicht zu beanstandenden, vorgesehenen Erweiterung der Datenübermittlungsbefugnis nach § 81a Abs. 3b SGB V-RefE ist schwer nachzuvollziehen, weshalb die Gesetzesbegründung eine Einschränkung hinsichtlich personenbezogener Daten von Versicherten vorsieht, die anonymisiert werden sollen, obwohl der Normtext selbst (so wie auch schon § 81a Abs. 3a SGB V) eine solche Differenzierung hinsichtlich personenbezogener Daten nicht vorsieht. Daher sollte die entsprechende Formulierung in der Gesetzesbegründung gestrichen werden, da sie auf einen unverhältnismäßigen Anonymisierungsaufwand hinausläuft und zumal die Empfänger ohnehin zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet sind.

5. Zur Beseitigung der Degressionsregelungen in § 85 Abs. 4 bis 4f SGB V (Art. 1 Nr. 39 RefE)

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass durch die nunmehr intendierte Streichung des § 85 Abs. 4b bis 4f SGB V insb. diejenigen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte entlastet werden, die sich in nicht optimal versorgten Gebieten durch einen entsprechenden Mehreinsatz für eine lückenlose vertragszahnärztliche Versorgung der Versicherten einsetzen und für den damit einhergehenden, in der Regel überobligatorischen, Einsatz aufgrund der Degressionsregelung durch verminderte Honoraransprüchen bisher regelrecht "bestraft" wurden. Insoweit wird begrüßt, dass der Gesetzgeber mit der Beseitigung der Degressionsregelung zugleich die Rahmenbedingungen für eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen stärkt bzw. für den zahnärztlichen Nachwuchs attraktiver gestaltet.

6. Zu den Regelungen betreffend das bundesmantelvertraglich vereinbarte Gutachterverfahren (Art. 1 Nrn. 7, 40, 81 und 82 RefE)

Es wird begrüßt, dass der Referentenentwurf die bis dato nur mittelbar in § 13 Abs. 3a S. 4 SGB V angelegte Legitimation des bundesmantelvertraglich vereinbarten Gutachterverfahrens im zahnärztlichen Bereich durch die Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage für die Bundesmantelvertragspartner in § 87 Abs. 1c SGB V-RefE nunmehr ausdrücklich vorsieht und zugleich (im Rahmen der Auswahlentscheidung der Krankenkasse) dessen Gleichrangigkeit neben der Begutachtung durch den MDK statuiert.

Gleichwohl wird unter drei Gesichtspunkten noch Änderungsbedarf gesehen und um dessen Aufgreifen gebeten:

- a) Zum einen bleiben die betr. Regelungen im vorgesehenen § 87 Abs. 1c SGB V-RefE insoweit hinter der seit Jahrzehnten gelebten und bewährten Praxis zurück, als er die Bundesmantelvertragspartner lediglich zur Ausgestaltung des Gutachterverfahrens ermächtigt, die Ermächtigung jedoch nicht ausdrücklich auch darauf erstreckt, die regelhafte einheitliche Anwendung entweder des vertraglichen Gutachterverfahrens oder der Begutachtung durch den MDK auf Ebene der Bundesmantelvertragspartner oder der Gesamtvertragspartner vereinbaren zu können. Stattdessen wird die Entscheidung über die Begutachtung allein in das

Belieben der einzelnen Krankenkasse gestellt, was in mehrfacher Hinsicht Probleme aufwirft:

Nach der derzeit vorgesehenen Regelung des § 87 Abs. 1c SGB V-RefE stünde das gesetzlich angelegte Wahlrecht der Krankenkasse einer bundesmantel- bzw. gesamtvertraglich vorgesehenen Möglichkeit zur Vereinbarung der regelhaften einheitlichen Anwendung lediglich einer der unterschiedlichen Verfahren entgegen, selbst wenn dies von den Vertragsparteien ausdrücklich gewünscht werden sollte.

Zudem geht mit der Vorhaltung der für die Durchführung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens erforderlichen Strukturen ein nicht unbeträchtlicher personeller und finanzieller Aufwand einher. Dies dürfte auch auf Seiten des MDK der Fall sein. Würden die Krankenkassen ihr Auswahlverhalten bzgl. des zu wählenden Gutachterverfahrens kurzfristig ändern, entstünde auf Seiten der KZVen bzw. des MDK das Risiko einer unwirtschaftlichen Mittelverwendung, die sich nur im Rahmen planbarer (sprich: vertraglich vereinbarter) Verhältnisse vermeiden ließe.

Ebenso besteht durch die derzeit vorgesehene Regelung die Gefahr, dass die Krankenkassen ihre Auswahlentscheidung zwischen Gutachterverfahren und MDK von dem lokalen Entscheidungsverhalten der jeweiligen Gutachter abhängig machen und hierdurch in nicht sachgerechter Art und Weise Einfluss auf den Ausgang des Gutachterverfahrens im Einzelfall nehmen könnten.

Auch vor diesem Hintergrund haben die Bundesmantelvertragspartner in einer Protokollnotiz zu § 4 Abs. 9 Bundesmantelvertrag Zahnärzte vorgesehen, dass die Erhaltung planbarer Verhältnisse angestrebt wird und die Gesamtvertragspartner die regelhafte einheitliche Anwendung entweder des gutachterlichen Verfahrens oder des MDK-Verfahrens vorsehen können.

Insoweit wird dafür votiert, ein ungerichtetes Nebeneinander bzw. eine Vermischung von Gutachterverfahren und MDK-Verfahren dadurch vermeiden zu können, dass den Bundesmantelvertrags- und Gesamtvertragspartnern ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt wird, einheitlich nur die Anwendung allein des im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehenen Gutachterverfahrens oder die Begutachtung durch den MDK vorzusehen.

Konkreter Regelungsvorschlag:

Änderung von § 87 Abs. 1c SGB V-RefE:

Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Die Bundesmantelvertragspartner und die Gesamtvertragspartner können jeweils vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich nur das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren oder die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Anwendung bringen.“

- b)** Durch die Regelung in § 87 Abs. 1c Satz 1 SGB-RefE und den darin enthaltenen Verweis auf die „in § 275 Abs. 1, 2 und 3 geregelten Fälle“ wird der Anwendungsbereich des bundesmantelvertraglich geregelten Gutachterverfahrens dem Wortlaut nach über den bisherigen im zahnärztlichen Bundesmantelvertrag vorgesehenen Anwendungsbereich ausgedehnt (bspw. im Hinblick auf die Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit), obwohl die Regelung letztlich vornehmlich auf die ausdrückliche gesetzliche Absicherung des bisherigen Gutachterverfahrens und seiner Begutachtungsgegenstände abzielt. Insoweit sollte die Regelung in § 87 Abs. 1c Satz 2 SGB V-RefE klarstellend dahingehend ergänzt werden, dass die Bundesmantelvertragspartner nicht nur die Einleitung, sondern auch die Gegenstände des Gutachterverfahrens regeln können, so dass diese nicht sämtliche der in § 275 Abs. 1, 2 und 3 SGB V genannten Fälle beinhalten müssen.

Konkreter Regelungsvorschlag:

Änderung von § 87 Abs. 1c SGB V-RefE:

Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachterverfahrens, zu dessen Gegenständen sowie zu der Begutachtung wird durch die Bundesmantelvertragspartner geregelt.“

- c) Da sowohl die KZVen als auch die KZBV in die Durchführung der Gutachterverfahren (bspw. bei der Bestellung der Gutachter oder als „Einspruchs- bzw. Beschwerdeinstanz“ bzw. im Rahmen der Obergutachterverfahren oder der Verfahren vor den Prothetikeinigungsausschüssen, s. etwa § 4 Anl. 4 BMV-Z, § 4 Anl. 5 BMV-Z, § 5 ff. Anl. 6 BMV-Z) involviert sind, sollte auch für diese eine Befugnis zur Verarbeitung personenbezogener Daten von Zahnärzten und Versicherten vorgesehen werden. Diese sollte unmittelbar in § 87 Abs. 1c SGB V-RefE verortet werden, da der ansonsten hierfür ggf. in Betracht ziehbare § 285 SGB V seinem Wortlaut nach nur für die KZVen gilt und die KZBV hierbei nicht ausdrücklich nennt.

Konkreter Regelungsvorschlag:

Änderung von § 87 Abs. 1c SGB V-RefE:

Nach Satz 4 wird folgender Satz 5 eingefügt:

„Soweit für die Durchführung der im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren erforderlich, dürfen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die personenbezogenen Daten der Zahnärzte und der Versicherten verarbeiten.“

7. Zur Neuregelung des Schiedswesens (Art. 1 Nrn. 45, 46 und Art. 5 RefE)

- a) Bezüglich des im Rahmen der Neuregelung des Schiedswesens u.a. vorgesehenen Wegfalls des Losentscheids im Falle der Nichteinigung auf einen unparteiischen Vorsitzenden, die weiteren unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter wird die in der Entwurfsbegründung zugrunde gelegte Erwägung nicht geteilt, dass die in § 89 Abs. 6 SGB V-RefE im Falle der Nichteinigung vorgesehene Bestimmung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertretern durch die Aufsicht eine höhere Akzeptanz erfahre als bei einem Losentscheid. Denn in Abhängigkeit der Entscheidungspraxis der Aufsicht könnte perspektivisch für die voraussichtlich von der Entscheidung der Aufsicht profitierende Partei der Einigungsdruck erheblich reduziert werden, während das bisher vorgesehene Losverfahren gerade wegen des auf beiden Seiten vorhan-

denen Risikos eines nicht akzeptablen Ergebnisses des Losverfahrens der Einigungsdruck für die Parteien deutlich erhöht wird. Es wird daher dafür votiert, von der vorgesehenen Ersetzung des Losverfahrens durch eine Bestimmung vonseiten der Aufsichtsbehörde gemäß § 89 Abs. 6 SGB V-RefE Abstand zu nehmen.

- b) Die in § 89a Abs. 12 SGB V-RefE vorgesehene ausdrückliche Ausnahme der KZVen und der KZBV aus dem Anwendungsbereich des neuen § 89a SGB V und der dort vorgesehenen sektorenübergreifenden Schiedsgremien wird ausdrücklich begrüßt, da – wie in der Entwurfsbegründung zutreffend festgestellt – sektorenübergreifende Vereinbarungen in zahnärztlichen Bereich keine besondere Rolle spielen. Es wird insoweit lediglich auf den bereits oben (unter 3.) behandelten "Ausnahmefall" im Rahmen des § 65c SGB V und den diesbezüglichen Regelungsbedarf hingewiesen.
- c) In § 1 Abs. 6 Schiedsamtverordnung-RefE wird hinsichtlich der Bildung sektorenübergreifender Landesschiedsgremien auf die KZVen Bezug genommen, obwohl für diese die Regelung des § 89a Abs. 1 und 2 SGB V-RefE ausweislich dessen Abs. 12 nicht gelten soll. Es wird vorgeschlagen, eine eindeutige Formulierung des § 1 Abs. 6 zu wählen, aus der klarer hervorgeht, dass gemäß § 89a Abs. 12 SGB V-RefE die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien nur im ärztlichen Bereich Anwendung finden.

8. Zu den Medizinischen Versorgungszentren (Art. 1 Nrn. 47, 50 RefE)

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2012 hat der Gesetzgeber die Berechtigung zur Gründung von MVZ erheblich eingeschränkt, um der zunehmenden Gründung von MVZ durch Investoren zu begegnen, welche keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung mehr aufweisen, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen.

Gleichwohl besteht für solche Investoren nach wie vor über den Erwerb einer der in § 95 Abs. 1a SGB V genannten gründungsberechtigten Einrichtungen, vornehmlich eines Krankenhauses oder einer nichtärztlichen Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V, ein Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Auch internationale Großinvestoren (u.a. Private-Equity-Gesellschaften) haben diese Regelungslücke für sich entdeckt und drängen in vorbezeichneter Weise,

üblicherweise über den Kauf maroder Krankenhäuser, auf den deutschen Dentalmarkt. Durch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erfolgte Streichung des gesetzlichen Merkmals „fachübergreifend“ wurde die Gründung von arztgruppengleichen und mithin auch reinen Zahnarzt-MVZ ermöglicht, was diese Entwicklung zusätzlich verschärft hat, da nunmehr auch bestehende Praxisformen resp. Zahnarztpraxen in MVZ umgewandelt werden können und somit potentiell der gesamte ambulante Versorgungsmarkt dem Zugriff von Finanzinvestoren offensteht.

Mit über 90% der Neuzulassungen in den Jahren 2015 und 2016 werden MVZ ganz überwiegend in Kernstädten und Ober-/Mittelzentren gegründet bzw. angesiedelt (siehe Gutachten 2018 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, S. 393). Zahnarzt-MVZ siedeln sich vor allem in Großstädten sowie Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Regionen an. Ende März 2018 befanden sich rund 79 Prozent der MVZ in städtischen Gebieten und rund 21 Prozent der MVZ in ländlichen Gebieten. Zudem finden sich MVZ-Standorte überwiegend dort, wo das Medianeinkommen relativ hoch ist.

Dort treten sie aufgrund der für MVZ vorteilhaften Rechtslage – im vertragszahnärztlichen Bereich betrifft dies insbesondere die Möglichkeit zur unbegrenzten Beschäftigung von Angestellten – in einen ungleichen (Verdrängungs-)Wettbewerb mit den bereits ansässigen Leistungserbringern.

Dieser Wettbewerb wird durch die Teilnahme fachfremder Wettbewerber weiter verschärft. Denn auch bis dato nicht zahnärztlich tätige Gründungsberechtigte sind nach der gesetzgeberischen Konzeption zur Gründung insoweit (aus Gründersicht) fachfremder, rein zahnärztlicher MVZ berechtigt.

Genau diesen fehlenden medizinisch-fachlichen Bezug hat das BMG unter gleichzeitigem Hinweis auf die eingangs geschilderte Investorenproblematik im Referentenentwurf des TSVG zum Anlass genommen, eine fachbezogene Einschränkung der Gründungsberechtigung von nichtärztlichen Dialyseeinrichtungen nach § 126 Abs. 3 SGB V vorzusehen.

Es ist jedoch kein Unterschied erkennbar, ob die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ durch eine nichtärztliche Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V oder durch ein bis dato nicht zahnärztlich tätiges Krankenhaus erfolgt.

Denn insoweit sich die vertragszahnärztliche Versorgung an vielen Stellen wesentlich von der vertragsärztlichen Versorgung unterscheidet, würde auch für ein bis dato nur ärztlich tätiges Krankenhaus der fachlich-medizinische Bezug zur vertragszahnärztlichen Versorgung fehlen, so dass – jedenfalls im Falle rein zahnärztlicher MVZ – in beiden Varianten die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung „fachfremd“ erfolgen würde.

Es werden daher für den vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich ausschließlich Regelungen als zielführend im Sinne einer wirksamen Eindämmung von Investoreneinflüssen angesehen, die eine „fachübergreifende“ Ausgestaltung von MVZ, in denen Zahnärzte tätig sind, gesetzlich vorgeben.

Mit den einschränkenden Regelungen zur Gründungsberechtigung der Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen enthält der Referentenentwurf insoweit zwar bereits sinnvolle Lösungsansätze, die aber bei weitem nicht ausreichend sind, weil sie im vertragszahnärztlichen Bereich insoweit vollständig ins Leere laufen, als es kein einziges Zahnarzt-MVZ gibt, das von einem Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen gegründet worden wäre. Stattdessen drängen internationale Großinvestoren bis dato ausschließlich über den Erwerb von (häufig maroden) Krankenhäusern auf den deutschen Dentalmarkt.

Um den Einfluss von Groß- und Finanzinvestoren auf die vertragszahnärztliche Versorgung wirkungsvoll einzudämmen, sind vielmehr auch für die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zwingend erforderlich.

Anknüpfend an die Regelungen im Referentenentwurf sind im vertragszahnärztlichen Bereich insoweit folgende Einschränkungen der Gründungsmöglichkeit von MVZ insb. durch Krankenhäuser geboten:

a) Räumlich-regionaler Bezug durch Einschränkung der Standortwahl

Hinsichtlich der künftig noch verbleibenden Gründungsmöglichkeit von MVZ durch Krankenhäuser sollte deren Standortwahl einen räumlichen Bezug zum betreffenden Krankenhaus haben. Insoweit sollte die Gründung von (zahnärztlichen) MVZ durch Krankenhäuser nur möglich sein, wenn das MVZ in demselben zahnärztlichen Planungsbereich seinen Sitz hat wie das betreffende Krankenhaus. Darüber hinaus sollte in räumlicher Hinsicht eine Gründungsberechtigung

von Krankenhäusern hinsichtlich MVZ nur noch in unterversorgten Gebieten gegeben sein, so wie im Referentenentwurf des TSVG für anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V vorgesehen. Abgesehen von rein wirtschaftlichen Interessen dürfte für Krankenhäuser im Regelfall kein nachvollziehbarer Grund für die Gründung eines MVZ in großer räumlicher Distanz zum eigenen Standort bestehen.

Durch die Einschränkung der Standortwahl dürfte der Aufkauf maroder Krankenhäuser zwecks Gründung von MVZ für allein Kapitalinteressen verfolgende Investoren voraussichtlich gänzlich an Attraktivität verlieren, ohne dass Krankenhäusern im Übrigen die Möglichkeit der Gründung von MVZ zur ambulanten Ergänzung ihres stationären Leistungsangebotes und zur Stärkung der ambulanten Versorgung im ländlichen Raum entzogen würde.

b) Medizinisch-fachlicher Bezug

Im Ergebnis besteht kein Unterschied darin, ob die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ durch ein bis dato nicht zahnärztlich tätiges Krankenhaus oder eine nichtärztliche Dialyseeinrichtung nach § 126 Abs. 3 SGB V erfolgt. Denn in beiden Fällen fehlt es an einem medizinisch-fachlichem Bezug des Gründers zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Dieser Bezug sollte daher verpflichtend für die Gründung rein zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser vorgesehen werden. Hierdurch stünde zahnärztlich tätigen Krankenhäusern die Möglichkeit einer Teilnahme an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung offen, während der Zugang zum Dentalmarkt über die Gründung eines rein zahnärztlichen MVZ für nicht zahnärztlich tätige Gründungsbe-rechtigte in sachgerechter Weise eingeschränkt würde.

Hierdurch würde nicht nur die Investorenproblematik wesentlich entschärft, sondern auch die Querfinanzierung maroder Krankenhausstrukturen durch die Teilnahme an der ambulanten zahnärztlichen Versorgung wirksam unterbunden.

Konkreter Regelungsvorschlag zu a) und b):

Änderung von § 95 Abs. 1a SGB V:

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Krankenhäuser können ein medizinisches Versorgungszentrum, in welchem Zahnärzte tätig sind, nur gründen, wenn

- 1. in dem zahnärztlichen Planungsbereich, in dem das MVZ seinen Sitz haben soll, auch das Krankenhaus ansässig oder eine Unterversorgung festgestellt ist und*
- 2. das Krankenhaus einen zahnmedizinischen Versorgungsauftrag gemäß dem Krankenhausplan hat.“*

Begründung:

Die Versorgungsstruktur im ärztlichen Bereich besteht aus einer Verzahnung von stationärer Krankenhaus- und ambulanter vertragsärztlicher Versorgung. Dabei können durch von Krankenhäusern gegründeten MVZ wertvolle sektorenübergreifende Synergien, bspw. im Rahmen der ambulanten Nachsorge, geschaffen werden, die den Versicherten zugutekommen.

Demgegenüber ist die Versorgungsstruktur im zahnärztlichen Bereich vorwiegend durch eine ambulante vertragszahnärztliche Versorgung geprägt, während zahnärztliche Kliniken bzw. Krankenhäuser mit zahnärztlichen Abteilungen versorgungstechnisch lediglich eine untergeordnete Rolle besetzen. Die Gründung rein zahnärztlicher MVZ durch bis dato nicht zahnärztlich tätige Krankenhäuser, denen insoweit der medizinisch-fachliche Bezug zur zahnärztlichen Versorgung fehlt, erfolgt daher regelmäßig nicht zur Verbesserung einer sektorenübergreifenden Versorgung, sondern vornehmlich zum Zwecke der wirtschaftlichen Partizipation an der vertragszahnärztlichen Versorgung, mithin also regelmäßig nicht zum Wohle der Versicherten, sondern primär aus Kapitalinteressen, weshalb diese Möglichkeit zunehmend insb. von internationalen Großinvestoren als Anlageform genutzt wird. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, für die Gründung zahnärztlicher MVZ durch bis dato nicht zahnärztlich tätige Krankenhäuser eine Einschränkung der Standortwahl und einen fachlich-(zahn)medizinischen Bezug vorzusehen.

c) Stärkung der Transparenz hinsichtlich MVZ und deren Inhabern

Bezogen auf die Inhaberentwicklung und Kettenbildung ist der zahnärztliche MVZ-Markt äußerst unübersichtlich. Nur mit sehr hohem Aufwand (u. a. durch Nachforschungen in Handelsregistern etc.) können die vorherrschenden (Beteiligungs-)Strukturen – zumindest in Ansätzen – nachvollzogen werden. Ein aktueller, leicht zugänglicher Überblick, der die Marktentwicklungen im Bereich der zahnärztlichen MVZ adäquat abbildet, ist leider nicht verfügbar, wäre unter dem Gesichtspunkt der Versorgungssteuerung und des Sicherstellungsauftrages aber dringend erforderlich. Die der KZBV und den KZVen zur Verfügung stehenden, bisherigen regelhaften Erhebungen (u. a. die MVZ-Erhebung der KZBV) geben keinen gesicherten Aufschluss über die Inhaberstrukturen und Kettenbildungen im Bereich zahnärztlicher MVZ. Hier ist die bisherige Informationslage durch die gesetzliche Einführung eines „MVZ-Registers“ dringend zu verbessern.

9. Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 105 SGB V-RefE (Art. 1 Nr. 51 RefE)

Die in § 105 SGB V-RefE vorgesehenen Änderungen sind sämtlich an spezifischen Merkmalen der vertragsärztlichen Versorgung ausgerichtet. So wird bspw. in Abs. 1a nach wie vor nur die morbiditätsbedingte ärztliche Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 S. 1 SGB V in Bezug genommen, und im neuen Abs. 1b werden an dessen Ende lediglich die Vergütungsregelungen nach den §§ 87 bis 87c genannt ohne insoweit die im vertragszahnärztlichen Bereich geltende Regelung des § 85 SGB V aufzugreifen. Der bisherige Abs. 3 gilt wegen der dortigen Bezugnahme auf Zulassungsbeschränkungen ebenfalls lediglich für den vertragsärztlichen Bereich. Und in der Gesetzesbegründung zum vorliegenden Referentenentwurf wird zur Änderung in § 105 Abs. 4 SGB V die "Kassenärztliche Bundesvereinigung" ausdrücklich im Singular genannt. Ebenso werden in der gesamten Begründung zu den Neuerungen in § 105 SGB V-RefE durchgängig ausschließlich die Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug genommen.

Daher wird vorliegend davon ausgegangen, dass jedenfalls die hier vorgesehenen Neuerungen in § 105 SGB V, letztlich aber auch der gesamte § 105 SGB V, für die vertragsärztliche, nicht aber für die vertragszahnärztliche Versorgung gilt.

Hinsichtlich der vorgesehenen Neuerungen, die vor allem nunmehrige Verpflichtungen der KVen zum Ergreifen der betreffenden Maßnahmen unter den jeweils genannten Voraussetzungen zum Gegenstand haben, ist die Nichtgeltung für den vertragszahnärztlichen Bereich insoweit auch sachgerecht, da aufgrund der dortigen, gänzlich anders gelagerten Versorgungsstruktur für derartige Verpflichtungen keine Notwendigkeit besteht.

Gleichwohl jedoch kann sich die optionale Anwendbarkeit der in § 105 SGB V zur Vermeidung von Unterversorgungen vorgesehenen Förderungs- und Steuerungsinstrumente auch im vertragszahnärztlichen Bereich perspektivisch als sinnvoll erweisen. Um dies zu gewährleisten, ohne aber gleichzeitig die nunmehr vorgesehene pflichtweise Anwendung dieser Instrumente auch auf den vertragszahnärztlichen Bereich zu übertragen, wird daher dafür votiert, in einem eigenständigen Absatz 6 eine entsprechende Regelung zur Geltung des § 105 SGB V für den vertragszahnärztlichen Bereich wie folgt zu schaffen:

Konkreter Regelungsvorschlag:

Änderung von § 105 SGB V:

Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können im Falle einer Unterversorgung, einer drohenden Unterversorgung oder eines lokalen Versorgungsbedarfs oder vorsorglich zu deren Vermeidung von den in den Absätzen 1 bis 1b und 4 genannten Instrumenten in entsprechender Weise Gebrauch machen.“

10. Zur elektronischen Patientenakte (Art. 1 Nrn. 83, 84 u. 89 RefE)

Es wird begrüßt, dass im Zuge der Zusammenlegung von elektronischer Patientenakte (ePA) und elektronischem Patientenfach (ePF) zugleich auch das Zwei-Schlüssel-Prinzip entfallen soll, wodurch der Zugang der Versicherten zu den sie betreffenden Behandlungs- und Gesundheitsdaten erheblich vereinfacht und im Ergebnis die Patientensouveränität gestärkt wird.

Kritisch wird hingegen die Verortung der elektronischen Patientenakte bei den Krankenkassen gesehen, als insoweit nicht ausgeschlossen werden kann, dass

diese über die Ausgestaltung elektronischer Patientenakten in sachwidriger Weise auf das Verhalten der Versicherten (bspw. hinsichtlich der „freien“ Arztwahl o.ä.) Einfluss nehmen. Vor diesem Hintergrund ist, selbst wenn auch bei der angestrebten „Kassenlösung“ die in einer elektronischen Patientenakte enthaltenen Daten stets verschlüsselt sein sollten, gesetzlich ausdrücklich vorzugeben, dass ein Zugriff von Krankenkassen oder von durch diese beauftragten Dienstleister auf die in der elektronischen Patientenakte enthaltenen Inhalte technisch auszuschließen ist und administrative Daten, die im Zuge der Einrichtung einer elektronischen Patientenakte für einen Versicherten erhoben werden, zu keinen anderen Zwecken als der rein technischen Verwaltung und Bereitstellung der elektronischen Patientenakte verarbeitet werden dürfen, es sei denn, der Versicherte hat in eine solche Verarbeitung zu anderen Zwecken schriftlich (und nicht bloß elektronisch) eingewilligt.

Ferner muss gewährleistet sein, dass durch die konkrete Ausgestaltung elektronischer Patientenakten ein Kassenwechsel für Versicherte nicht erschwert wird. Um dies sicher auszuschließen und zugleich die Interoperabilität von elektronischen Patientenakten sicherzustellen, sollte deren Zulassung durch die Gesellschaft für Telematik (gematik) gesetzlich vorgesehen werden. Da durch eine unregulierte Zusammenführung der Inhalte des elektronischen Patientenfachs (nach bisheriger Konzeption beinhaltete dieses vornehmlich vom Patienten eingestellte Informationen) und der elektronischen Patientenakte das Risiko begründet wird, dass die Inhalte der künftigen elektronischen Patientenakte in der Arzt- bzw. Zahnarztpraxis unübersichtlich dargestellt werden bzw. nur mit hohem Aufwand des Zahnarztes ausgewertet werden können, sollte die gematik zur Vorgabe einheitlicher Strukturen verpflichtet werden, eine intelligente und zielgerichtete Sichtung bzw. Auswertung der Inhalte der elektronischen Patientenakte zu ermöglichen (Filterfunktion).

Einer Zulassung durch die Gematik sollte ferner die umfassende Erprobung der jeweiligen elektronischen Patientenakte in einer geeigneten Anzahl von Arztpraxen vorausgehen, um die dortigen Abläufe und letztlich auch die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten durch allein „kassenoptimierte“ Lösungen nicht unnötig zu stören bzw. zu erschweren und um etwaigen Risiken in puncto Datenschutz und Datensicherheit rechtzeitig begegnen zu können. Dabei muss die gesetzliche Regelung nach dem Vorbild der bisherigen Fachanwendungen auch

den Abschluss einer Finanzierungsvereinbarung vorsehen, die neben der Finanzierung der Erprobung auch eine Vergütung für die spätere Einstellung von Dokumenten in der elektronischen Patientenakte durch Leistungserbringer abdeckt.

11. Elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren

Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ist für verschiedene Leistungsarten gesetzlich oder bundesmantelvertraglich ein vorgelagertes Antrags- und Genehmigungsverfahren, beispielsweise für die Versorgung mit Zahnersatz, vorgesehen. Damit auch diese Verfahren künftig in zeitgemäßer, der zunehmenden Digitalisierung Rechnung tragender Weise auf elektronischem Wege durchgeführt werden können, wird aus den nachfolgend dargelegten Gründen für die Ergänzung eines neuen Absatz 5 in § 295 SGB V votiert, der wie folgt lautet:

Konkreter Regelungsvorschlag:

Ergänzung von § 295 SGB V:

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„Die Bundesmantelvertragspartner können die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer dazu verpflichten, die für die Beantragung von Leistungen notwendigen Angaben an die Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln. Zum Zwecke der Durchführung solcher Antrags- und Genehmigungsverfahren dürfen versichertenbezogene Angaben nach Satz 1 von den Zahnärzten übermittelt und auch von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verarbeitet werden.“

Begründung:

Damit die o.g. Antrags- und Genehmigungsverfahren künftig in zeitgemäßer, der zunehmenden Digitalisierung Rechnung tragender Weise auf elektronischem Wege durchgeführt werden können, wird über den vorgeschlagenen neuen § 295 Abs. 5 Satz 1 SGB V den Bundesmantelvertragspartnern ausdrücklich die Befugnis eingeräumt, die zahnärztlichen Leistungserbringer – entsprechend deren gesetzlich bereits für die Abrechnungsdaten bestehenden Pflicht (§ 295 Abs. 4

SGB V) – zur elektronischen Übermittlung der für diese Antrags- und Genehmigungsverfahren benötigten Angaben zu verpflichten, um bundesmantelvertraglich entsprechende Verfahren vorsehen und ausgestalten zu können. Satz 2 des vorgeschlagenen § 295 Abs. 5 SGB V sichert derartige Verfahren datenschutzrechtlich ab: Zum einen wird insoweit für die Zahnärzte klargestellt, dass sie die betreffenden Antragsdaten einschließlich der dort notwendigerweise enthaltenen Versichertendaten für die Zwecke der Leistungsbeantragung und -genehmigung übermitteln dürfen. Für die KZVen wiederum wird ausdrücklich und klarstellend geregelt, dass sie im Falle der Einbindung in die Verfahren, insb. wenn hierfür die Nutzung der auch für die elektronische Abrechnung verwendeten sicheren Verbindungswege zwischen Vertragszahnärzten und KZVen sowie zwischen KZVen und Kassen vorgesehen wird, ebenfalls die versichertenbezogenen Antragsdaten verarbeiten dürfen, soweit für die Zwecke der Durchführung der Antrags- und Genehmigungsverfahren notwendig. Neben der Weiterleitung (Übermittlung) der von den Zahnärzten erhaltenen Antragsdaten an die Kassen kommt insoweit beispielsweise in Betracht, dass die KZVen im Rahmen von Ersatzverfahren – soweit solche etwa für den Fall technischer Probleme in einer Praxis oder in sonstigen "Härtefällen" vorgesehen würden – die betreffenden versichertenbezogenen Daten in die bundesmantelvertraglich vorgesehene elektronische Form übertragen dürfen, um sie dergestalt an die Kassen weiterzuleiten. Ebenso ist von Satz 2 umfasst, dass die KZVen im Rahmen der Rückübermittlung die von den Kassen erstellten Genehmigungsdatensätze einschließlich der versichertenbezogenen Daten in Empfang nehmen und an die Vertragszahnärzte übermitteln dürfen.

12. Zur Änderung des Arzneimittelgesetzes (Art. 9 RefE)

Die Ergänzung der Berufsbezeichnung Zahnarzt in § 13 Absatz 2b Satz 1 des Arzneimittelgesetzes wird ausdrücklich begrüßt. Mit der Änderung wird die von der Zahnärzteschaft seit geraumer Zeit geforderte Klarstellung gegenüber den Vollzugsbehörden der Länder vollzogen, dass auch Zahnärztinnen und Zahnärzte keiner behördlichen Erlaubnis für die Herstellung von Arzneimitteln bedürfen, soweit die Arzneimittel unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten hergestellt werden. Die Regelung ermöglicht eine

rechtskonforme Anwendung und Weiterentwicklung von Verfahren zur Geweberegeneration in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und dient damit letztlich dem Patientenwohl.

13. Zur Änderung des Transfusionsgesetzes (Art. 11 RefE)

Die Einräumung der Befugnis für die Bundeszahnärztekammer im neuen § 12a Absatz 3 TFG, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen, wird aus Gründen der Rechtssystematik begrüßt. Es wird darauf hingewiesen, dass in der Zahnheilkunde nur Blutprodukte, die aus einer geringfügigen Menge Eigenbluts hergestellt werden, zur Anwendung kommen. Eine Richtlinie der Bundeszahnärztekammer muss sich deshalb auf diese Verfahren beschränken und kann nicht die notwendigen Rahmenbedingungen, die in § 18 Absatz 1 TFG genannten Anwendungen, abbilden. Gleichmaßen ist die Anhörung der Fach- und Verkehrskreise auf die tatsächlich Betroffenen zu begrenzen. Die Änderung im § 28 TFG ist folgerichtig. Die Fristsetzung zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde nach § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3 TFG und die Schaffung einer Übergangsregelung im § 35 ist zielführend. Da aber bei der Bundeszahnärztekammer bisher kein Verfahren für die Erstellung einer Richtlinie etabliert ist und um die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise und der zuständigen Behörden von Bund und Ländern zu gewährleisten, wird angeregt, die Frist für die Erstellung der Richtlinie auf 36 Monate zu verlängern.

Berlin/Köln, 16.08.2018



Ergänzung zur
Stellungnahme der
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
und Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
zum Referentenentwurf
eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG)

Ergänzend zur Stellungnahme vom 16.08.2018 wird vorliegend noch Stellung genommen zu:

14. Änderung in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V (Art. 1 Nr. 82 Buchstabe b):

Nach hiesigem Verständnis handelt es sich bei der bisherigen Regelung in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V um eine spezielle datenschutzrechtliche Befugnis der Krankenkassen, die sich bewusst spezifisch nur auf die ärztlichen Vergütungsverträge nach § 87a SGB V bezieht, weil die Vereinbarung und Abrechnung der in § 87a SGB V vorgesehenen Regelleistungsvolumina die Aufbereitung der in den ärztlichen Abrechnungsunterlagen angegebenen Diagnosen erfordert, um den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf der Versicherten zu erheben und in der Vereinbarung zu berücksichtigen (siehe die seinerzeitige Gesetzesbegründung des GMG, BT-Drucks. 15/1525, S. 142). Für die zahnärztlichen Gesamtvergütungen, auf welche § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V nunmehr erstreckt werden soll, sind aber keine vergleichbaren Kriterien, insbesondere keine Regelleistungsvolumina vorgesehen. Auch sieht § 295 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die

zahnärztlichen Abrechnungsunterlagen nicht die Angabe der Diagnosen vor, sondern dies nur für die ärztlichen.

Da es den zahnärztlichen Gesamtvergütungen insoweit an derartigen, dem § 87a SGB V vergleichbaren und die derzeitige Regelung in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V insoweit erforderlich machenden Spezifika mangelt, ist nicht erkennbar, warum es einer Erstreckung dieser spezifisch auf § 87a SGB V zugeschnittenen personenbezogenen Datenerhebungsbefugnis der Kassen in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V über die bisherigen Befugnisse hinaus bedarf.

Sollte demgegenüber an der Erweiterung des § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 SGB V im Sinne einer generalklauselartigen Befugnis für sämtliche Vergütungsvereinbarungen festgehalten werden, sollte sie dann folgerichtig nicht nur für die Kassen vorgesehen, sondern sollte aus Gleichheitsgründen auch eine entsprechende Regelung spiegelbildlich für die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen geschaffen werden. Ebenso sollte für regional übergreifende Auswertungen eine entsprechende Befugnis für die KZBV vorgesehen werden

Berlin/Köln, 17.08.2018