

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung

(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

Inhalt der Stellungnahme

Der **Medizinische Dienst Bund** nimmt im Folgenden zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhaus-Pflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) Stellung.

In seiner Stellungnahme schlägt der **Medizinischen Dienst Bund** unter I eine Anpassung der im Entwurf geplanten Änderung in Artikel 1 Nummer 7 a und b von § 283 Absatz 2 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V vor.

Der Medizinische Dienst Bund nimmt darüber hinaus in **Abstimmung mit den Medizinischen Diensten** unter II zu folgenden Regelungen des Entwurfes des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes Stellung:

- Artikel 1 Nummer 5a): § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V – Krankenhausabrechnungsprüfung
- Artikel 1 Nummer 6a): § 275d Absatz 1a Satz 1 und 2 SGB V (neu) – Strukturprüfung
- Artikel 1 Nummer 6d) bb): § 275d Absatz 4 Satz 3 SGB V (neu) – Strukturprüfung im Krankenhaus
- Artikel 4 Nummer 4): § 17c Absatz 2b KHG (neu) – Datenübermittlung an die Krankenkassen

I. Stellungnahme des MD Bund zur Änderung in Artikel 1 Nummer 7 a und b von § 283 Absatz 2 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB

Allgemeine Stellungnahme:

Der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung sieht gemäß Artikel 1 Nummer 7 eine Anpassung von § 283 Absatz 2 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V dahingehend vor, dass der Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste im Benehmen mit dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund beschließt.

Unter anderem weil die Kompetenz zum Erlass von Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund gesetzlich bislang keinem Organ ausdrücklich zugewiesen wurde, hatte der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund gemäß seinem gesetzlichen Auftrag nach § 282 Absatz 2 Satz 7 SGB V zur Regelung des Näheren zum Verfahren des Richtlinienerlasses in seiner Satzung den Erlass von Richtlinien durch Beschluss des Verwaltungsrates vorgesehen. Diese Regelung hat das Bundesgesundheitsministerium nicht genehmigt. Um eine Klarstellung dahingehend zu erwirken, dass der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund die Richtlinien zu beschließen hat, und um insoweit Rechtssicherheit beim Erlass von Richtlinien zu erlangen, hat der Medizinische Dienst Bund ein derzeit noch anhängiges Klageverfahren gegen den Bescheid des BMG eingeleitet.

Der Medizinische Dienst Bund begrüßt grundsätzlich das Anliegen des Gesetzgebers, rechtliche Klarheit in Bezug auf die Rolle des Verwaltungsrates beim Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste herzustellen. Die vorgesehene Regelung zum Richtlinienerlass durch Beschluss des Vorstandes, bei dem der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund ins Benehmen zu setzen ist, erachtet der Medizinische Dienst Bund jedoch als nicht ausreichend, um eine maßgebliche Beteiligung des Verwaltungsrates beim Richtlinienerlass sicherzustellen. Zu einer gesetzlichen Verankerung der angemessenen Beteiligung des Verwaltungsrates beim Erlass von Richtlinien schlägt der Medizinische Dienst Bund vor, dem letztlich auch der Benehmensherstellung innewohnenden Ziel einer gemeinsamen Lösungsfindung (vgl. etwa BSG Urt. v. 24.8.1994 – 6 RKa 15/93, BeckRS 1994, 30419307, beck-online) gesetzlich dadurch Rechnung zu tragen, dass die Richtlinien im Einvernehmen von Verwaltungsrat und Vorstand beschlossen werden. Für den Fall, dass trotz intensiven Bemühens beider Seiten kein Einvernehmen erzielt werden kann, wäre eine gesetzliche Regelung denkbar, wonach der Vorstand die Richtlinie alleine beschließen kann.

Stellungnahme zu ausgewählten Artikeln des Gesetzentwurfs:

Zu Artikel 1 Nummer 7): Änderung in § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V

Der vorliegende Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhaus-Pflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) sieht gemäß Artikel 1 Nummer 7 zur Anpassung von § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V vor, dass der Vorstand Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund im Benehmen mit dem Verwaltungsrat beschließt.

Bewertung:

Das MDK-Reformgesetz hat durch die Neuaufstellung des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bund aus Mitgliedern der Gruppen der Kranken- und Pflegeversicherung, Betroffenenvertretungen und Berufsvertretungen die Beschlüsse des Verwaltungsrates in ihrer Transparenz und hinsichtlich der demokratischen Legitimation gestärkt. Die Mitglieder des Verwaltungsrates repräsentieren wichtige, von den Richtlinien potenziell betroffene Gruppen, insbesondere die Versicherten sowie Patient*innen. Die mit der Umstrukturierung der Organe und der Neuaufstellung des Verwaltungsrates einhergehende Stärkung der demokratischen Legitimation und Selbstständigkeit des Verwaltungsrates sollte sich deshalb auch in einer gesetzlich verankerten maßgeblichen Beteiligung des Verwaltungsrates beim Beschluss und Erlass von Richtlinien für die Medizinischen Dienste abbilden.

Die nun vorgesehene gesetzliche Regelung des Herstellens lediglich eines Benehmens mit dem Verwaltungsrat vor dem Beschluss von Richtlinien durch den Vorstand steht in einem Missverhältnis zu der durch das MDK-Reformgesetz vorgesehenen neuen Rolle des Verwaltungsrates als transparent und demokratisch agierendes Beschlussgremium. In der Gesetzesbegründung wird das Herstellen des Benehmens durch den Vorstand mit dem Verwaltungsrat nahezu auf eine Stufe mit der Beteiligung der Verbände nach § 283 Abs. 2 Satz 3 SGB V gesetzt. Damit wird die vorgesehene Regelung der Rolle des Verwaltungsrates als oberstes Beschlussgremium des Medizinischen Dienstes Bund nicht gerecht. Eine maßgebliche Beteiligung des Verwaltungsrates im Sinne eines demokratisch legitimierten und transparenten Beschlusses von Richtlinien kann - wenn schon nicht gesetzlich als Beschlusskompetenz des Verwaltungsrates ausgestaltet - nur erreicht werden, wenn klargestellt wird, dass die Richtlinien im Einvernehmen zwischen Vorstand und Verwaltungsrat zu beschließen sind.

Änderungsvorschlag:

Umformulierung und Ergänzung in § 283 Absatz 2 Satz 4 und 5 (neu) SGB V:

Der Vorstand und der Verwaltungsrat beschließen die Richtlinien im Einvernehmen. Kann das Einvernehmen nicht hergestellt werden, kann der Vorstand die Richtlinie beschließen.

Umformulierung und Ergänzung in § 283 Absatz 3 (neu) SGB V:

Der Vorstand und der Verwaltungsrat beschließen die Richtlinien im Einvernehmen. Kann das Einvernehmen nicht hergestellt werden, kann der Vorstand die Richtlinie beschließen.

II. **Stellungnahme des MD Bund in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten zu gesetzlichen Regelungen bezüglich der Verbesserung der stationären Versorgung**

Allgemeine Stellungnahme:

Rechtsgrundlagen zur Vereinfachung des Verwaltungsaufwandes für Krankenhäuser und Krankenkassen sollen geschaffen werden.

So wird durch die **Änderung in § 275c SGB V** klargestellt, dass die Krankenkassen den Medizinischen Dienst erst ab dem 1. Januar 2022 im Ausnahmefall mit der Prüfung von Krankenhausabrechnungen über die quartalsbezogenen Prüfquoten hinaus mit weiteren Krankenhausabrechnungsprüfungen beauftragen können. Da die meisten der Prüfaufträge zu Abrechnungsprüfungen über die quartalsbezogenen Prüfquoten hinaus bis Inkrafttreten des Gesetzes bei den Medizinischen Diensten abgeschlossen sein dürften, entstünden durch die vorgesehene Regelung für alle Beteiligten hohe bürokratische Aufwände. Eine mögliche Rückabwicklung wäre zudem nur unvollständig umzusetzen. Der Medizinische Dienst Bund schlägt daher vor, auf die geplante Regelung in Artikel 1 Nummer 5a zu § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V zu verzichten.

Für die Regelungen zur **Strukturprüfung nach § 275d SGB V** soll eine Rechtsgrundlage zur Abrechnung erstmalig vergütungsrelevanter sowie erstmalig oder erneut erbrachter OPS-Kodes geschaffen werden, die in bestimmten Fällen für bis zu sechs Monate ohne abgeschlossene Strukturprüfung abgerechnet werden können sollen. Des Weiteren sieht eine Ergänzung in § 275d Absatz 4 SGB V eine Anpassung für den in 2022 erstmalig vergütungsrelevanten OPS 8-01a ab dem 1. Januar 2022 vor.

Mit der vorgesehenen Regelung für ein neues Verfahren zur Abrechnung von Leistungen nach **§ 275d Absatz 1a Satz 1 und 2 SGB V** schafft der Gesetzgeber ein längeres Zeitfenster, in dem Leistungen erbracht und abgerechnet werden können, ohne dass – wie sonst zwingend erforderlich – eine vorherige Prüfung der Strukturvoraussetzungen erfolgt. Dadurch sind Risiken für die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit nicht auszuschließen, sofern die strukturellen Voraussetzungen einer anschließenden Prüfung nicht standhalten. Der Medizinische Dienst begrüßt allerdings die Intention der vorgesehenen Ergänzung in **§ 275d Absatz 4 Satz 3 SGB V**. Da die StrOPS-RL-Version 2022 am 22. Juni 2022 in Kraft getreten ist und eine Beantragung bis zum 31. März 2022 nicht möglich war, schlägt der Medizinische Dienst allerdings vor, die Frist bis zum 30. Juni 2022 zu verlängern.

Zudem sieht die **Ergänzung in § 17c Absatz 2b KHG** vor, dass der Medizinische Dienst in bestimmten Fällen die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei einem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkassen zu übermitteln hat. Dieses Vorhaben sieht der Medizinische Dienst Bund kritisch.

Stellungnahme zu ausgewählten Artikeln des Gesetzentwurfs:

Zu Artikel 1 Nummer 5a): § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V - Krankenhausabrechnungsprüfung

Durch die Änderung in § 275c SGB V soll klargestellt werden, dass die Krankenkassen den Medizinischen Dienst erst seit dem 1. Januar 2022 im Ausnahmefall mit der Prüfung von Krankenhausabrechnungen über die quartalsbezogenen Prüfquoten hinaus mit weiteren Krankenhausabrechnungsprüfungen beauftragen können. Die Anpassung soll die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers hinsichtlich der zeitlichen Anwendbarkeit der Ausnahmeregelung umsetzen.

Bewertung

Die meisten der Prüfaufträge zu Abrechnungsprüfungen über die quartalsbezogenen Prüfquoten hinaus dürften bis zum Inkrafttreten des Gesetzes bei den Medizinischen Diensten abgeschlossen sein. Eine mögliche Rückabwicklung wäre für alle Beteiligten mit hohem Aufwand verbunden und nur unvollständig umzusetzen. So können bereits abgeschlossene Prüfungen sich schon auf die quartalsbezogenen Prüfquoten in 2022 einschließlich der möglichen Aufschläge auf fehlerhafte Rechnungen ausgewirkt haben. Diese müssten dann ebenfalls wieder korrigiert und rückverrechnet werden - mit eventueller Folgewirkung für ein weiteres Quartal usw.

Für alle Beteiligten entstünden durch die Regelung hohe bürokratische Aufwände. So müsste der Medizinische Dienst die überzähligen Fälle zunächst identifizieren und für Folge quartale könnten die Korrekturwerte fehlen. Die Krankenhäuser, Krankenkassen und Sozialgerichte würden durch Rückrechnungen erheblich belastet. Es stellt sich die Frage, ob dieser Aufwand in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen steht.

Änderungsvorschlag

Der Medizinische Dienst Bund schlägt daher vor, auf die geplante Regelung in Artikel 1 Nummer 5a zu § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V zu verzichten.

Zu Artikel 1 Nummer 6a): § 275d Absatz 1a Satz 1 und 2 SGB V (neu) - Strukturprüfung

Der neue Absatz 1a des § 275d SGB V enthält eine Ausnahmeregelung, nach der Krankenhäuser in bestimmten Fällen Leistungen abrechnen können, bevor der Medizinische Dienst die Einhaltung von Strukturmerkmalen begutachtet.

Die vorgesehene Regelung soll Krankenhäusern unter bestimmten Voraussetzungen für bis zu sechs Monate bereits im ersten Jahr der Erbringung vergütungsrelevanter Operationen- und Prozeduren-schlüssel die Abrechnung entsprechender Leistungen ohne abgeschlossene Strukturprüfung ermöglichen. Zudem soll die Prüfung von Strukturmerkmalen in Fällen erleichtert werden, in denen Krankenhäuser Leistungen erstmals oder nach einer Unterbrechung erneut erbringen wollen.

Bewertung

Mit der vorgesehenen Regelung schafft der Gesetzgeber ein neues Verfahren zur Abrechnung von Leistungen, die auf der Grundlage erstmals vergütungsrelevanter OPS-Kodes, erstmals oder nach einer längeren Unterbrechung erneut erbracht werden. Damit entsteht ein längeres Zeitfenster, in dem Leistungen erbracht und abgerechnet werden können, ohne dass – wie sonst zwingend erforderlich – eine vorherige Prüfung der tatsächlich vorliegenden Strukturvoraussetzungen erfolgt. Wir weisen darauf hin, dass hierdurch Risiken für die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit nicht auszuschließen sind, sofern die strukturellen Voraussetzungen der anschließenden Prüfung nicht standhalten.

Der Medizinische Dienst erachtet es als sinnvoll, die Abrechnung von Leistungen, die auf der Grundlage erstmals vergütungsrelevanter OPS-Kodes, erstmals oder nach einer längeren Unterbrechung erneut erbracht werden, bis zum Abschluss einer Strukturprüfung zu regeln. Die vorgesehene Ergänzung zur Umsetzung eines transparenten Abrechnungs- und Prüfverfahrens trägt zweifellos zur Rechtssicherheit der Regelungen der Strukturprüfung und damit auch der Regelungen für die Richtlinie zur regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (RL StrOPS) des Medizinischen Dienstes Bund bei. Die Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund sieht allerdings bei unterjähriger Antragstellung für eine Leistung, die ein Krankenhaus noch nicht erbringt, auch bisher schon ein Verfahren im Sinne einer zweizeitigen Prüfung, bestehend aus einer auf einem Planungskonzept basierenden Planungsprüfung und einer Strukturprüfung, vor.

Demgegenüber stellt die gesetzliche Umsetzung zur Lösung des Problems durch die vorgesehene Änderung eine Abweichung von dem bisherigen Grundsatz dar, dass erbrachte Leistungen erst nach abgeschlossener Prüfung durch den Medizinischen Dienst abgerechnet werden können.

Das bisherige zweizeitige Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes vermied durch die vorangehende Planungsprüfung, dass Krankenhäuser vor der Strukturprüfung in Vorleistung treten müssen, gewährte durch die nachfolgende Strukturprüfung jedoch zugleich, dass eine Bescheinigung ausschließlich auf Grundlage erfüllter Strukturmerkmale gewährt wurde. Es sollte geprüft werden, ob in den Fällen, in denen Krankenhäuser Leistungen erstmals oder nach einer Unterbrechung erneut erbringen wollen, mit dem bisher praktizierten Verfahren die Anforderungen an die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit nicht besser erfüllt werden können als mit den neuen Vorschriften.

Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 1 Nummer 6d) bb): § 275d Absatz 4 Satz 3 SGB V (neu) - Strukturprüfung im Krankenhaus

Der neue Satz 3 in Absatz 4 enthält eine für das Jahr 2022 erforderliche Anpassung, um die Abrechnung eines krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgeltes auf der Grundlage des für das Jahr 2022 neu in den OPS eingeführten Schlüssels 8-01a zur teilstationären intravenösen Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem von Kindern und Jugendlichen bereits ab dem 1. Januar 2022 zu ermöglichen.

Bewertung

Der Medizinische Dienst begrüßt die Intention dieser Ergänzung.

Da die StrOPS-RL-Version 2022 am 22. Juni 2022 in Kraft getreten ist, war eine Beantragung bis zum 31. März 2022 nicht möglich. Der Medizinische Dienst schlägt daher vor, die Frist bis zum 30. Juni 2022 zu verlängern.

Allerdings sieht die StrOPS-RL Version 2022 in Abschnitt 8.2.3 vor, dass eine Bescheinigung frühestens für den Zeitraum bis zu drei Monate vor Antragstellung ausgestellt werden darf. Da auf dieser Rechtsgrundlage bereits Bescheide und Bescheinigungen ausgestellt wurden, wären diese durch Änderungsbescheide zu korrigieren.

Änderungsvorschlag

§ 275d Absatz 4 Satz 3 SGB V wird folgenmaßen angepasst:

*„Abweichend von Satz 1 können Krankenhäuser im Jahr 2022 bis zum Abschluss der Strukturprüfung erbrachte Leistungen vereinbaren und abrechnen, wenn sie die Strukturprüfung in den Fällen des Absatzes 1a Satz 1 bis zum ~~31. März~~ **30. Juni** 2022 beantragt hatten.“*

Zu Artikel 4 Nummer 4): § 17c Absatz 2b KHG (neu) – Datenübermittlung an die Krankenkassen

Gemäß der Ergänzung in § 17c Absatz 2b KHG hat der Medizinische Dienst für die Durchführung der Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei einem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkassen zu übermitteln. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung sollen durch den GKV-SV und den Medizinischen Dienst Bund mit Wirkung für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste vereinbart werden.

Bewertung

Der Medizinische Dienst Bund erachtet die im Entwurf vorgesehene Ergänzung in § 17c Absatz 2b KHG als nicht sachgerecht. Die Weitergabe der äußerst sensiblen Informationen an Dritte steht im Widerspruch zu dem Vertrauen, das Patientinnen und Patienten in die Medizinischen Dienste setzen. Die Krankenhäuser stellen dem Medizinischen Dienst im datenschutzrechtlichen Sinne besonders schutzbedürftige, inhaltlich höchst sensible medizinische Unterlagen zur Verfügung. Dies ist deshalb möglich, weil die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst unter besondere Bedingungen des Datenschutzes und der ärztlichen / pflegerischen Schweigepflicht fällt.

Diese besonderen datenschutzrechtlichen Bedingungen des Medizinischen Dienstes rechtfertigen keine Weitergabe dieser Informationen an Dritte. Dies war im Übrigen auch der Grund dafür, dass die Bundesdatenschutzbeauftragte im ambulanten Bereich die Übermittlung medizinischer Informationen niedergelassener Ärztinnen und Ärzten an den MD über die Krankenkasse strikt abgelehnt hat. Ferner ist es fraglich, ob die Weiterleitung von bestimmten Informationen an Krankenkassen mit weiteren rechtlichen Grundlagen, wie z. B. dem Gendiagnostik-Gesetz, vereinbar ist.

Die Patientinnen und Patienten verlassen sich darauf, dass der Medizinische Dienst ihre Daten absolut vertraulich behandelt. Insofern steht der praktische Nutzen der Weitergabe von Daten der Medizinischen Dienste an die Krankenkassen in einem unausgewogenen Verhältnis zu den datenschutzrechtlich hoch problematischen Implikationen der geplanten Regelung. Sollte der Gesetzgeber an den geplanten Änderungen im Gesetzesentwurf festhalten, sollten die datenschutzrechtlichen Anforderungen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens einer umfassenden Bewertung unterzogen und konkretisiert werden.

Die Regelung beinhaltet nach dem Verständnis des Medizinischen Dienstes Bund im Übrigen keinesfalls, dass alle für das Erörterungsverfahren nötigen medizinischen Unterlagen durch den Medizinischen Dienst beizubringen wären, sondern nur diejenigen, die im Rahmen des etablierten Prüfverfahrens (PrüfvV) von den Krankenhäusern über das Verfahren gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG übermittelt wurden. Werden zum Beispiel Begutachtungen durch Akteneinsicht vor Ort durchgeführt, werden die Fallunterlagen im Gutachten benannt, ohne dass eine obligate Archivierung der Dokumente beim Medizinischen Dienst stattfindet. Dies wäre wegen des hohen bürokratischen Aufwands zur Wahrung des Datenschutzes auch nicht sinnvoll.

Die Ausgestaltung der Datenübermittlung gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG und das Verfahren gemäß § 17c Absatz 2b (neu) KHG stehen unseres Erachtens in einem direkten Zusammenhang. Daher wäre es folgerichtig, dass die Medizinischen Dienste Vertragspartei für die Datenübermittlung gemäß §17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG werden.

Im Übrigen entspricht die im Referentenentwurf skizzierte Fallmenge nicht den Schätzungen der Medizinischen Dienste. Jährlich ist mit der 50- bis 100-fachen Anzahl an Erörterungsverfahren zu rechnen. Pro Fall muss wiederum eine Vielzahl an Unterlagen (teilweise über 100 Einzeldokumente) bereitgestellt werden. Daraus folgt, dass zwingend ein elektronisches, automatisiertes Verfahren entwickelt werden müsste. Dieses müsste an die Regelungen gemäß §17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG zum Datenaustausch zwischen Medizinischen Diensten und Krankenhäusern anknüpfen, um die Qualität der Dokumente bzw. der beschreibenden Metadaten gewährleisten zu können.

Änderungsvorschlag

Der Medizinischen Dienst Bund schlägt daher vor, auf die geplante Regelung in Artikel 4 Nummer 4 zu § 17c Absatz 2b KHG zu verzichten. Sollte der Gesetzgeber an der hier vorgesehenen Regelung festhalten, empfiehlt der MD Bund dringend, die zuvor aufgeführten Punkte zu beachten.