

# Änderungsvorschlag für den OPS 2020

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2019** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

## Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

## Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

## Erklärung zum Datenschutz

### Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

**Alle** im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

### Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Krankenhausgesellschaft mbH
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DKG e.V.
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Schlottmann
Vorname *	Nicole
Straße *	Wegelystraße 3
PLZ *	10623
Ort *	Berlin
E-Mail *	<a href="mailto:N.Schlottmann@dkgev.de">N.Schlottmann@dkgev.de</a>
Telefon *	030 / 39801-1500

### Einräumung der Nutzungsrechte \*

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Erklärung zum Datenschutz \*

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \*

Offizielles Kürzel der Organisation  
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation  
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) \*

Name \*

Vorname \*

Straße \*

PLZ \*

Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

### Erklärung zum Datenschutz \*

☐

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

☐

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

**3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

Neue Rahmenvorgaben zur Weiterentwicklung und Anwendung des OPS

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- ☒ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- ☐ Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist \***

- ☒ Nein
- ☐ Ja

a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

## 6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Aufgrund zahlreicher Fehlentwicklungen insbesondere i.V.m. den OPS-Komplexcodes ist es angezeigt, den OPS um Regelungen zu ergänzen, die sowohl eine verlässliche Pflege und Weiterentwicklung des OPS als auch eine verhältnismäßige Anwendung im Rahmen der Abrechnung/Abrechnungsprüfung sicher stellen.

Die Verortung dieser Regelungen ist an unterschiedlichen Stellen im OPS denkbar. In Abhängigkeit vom Beratungsprozess im DIMDI kann dies später festgelegt werden. Dabei ist auf die Verbindlichkeit der Regelungen zu achten.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Sowohl im Hinblick auf die Pflege und Weiterentwicklung als auch die Anwendung des OPS im Rahmen der Abrechnung, und hier insbesondere der OPS-Komplexcodes, ist es zu stetig wachsenden Problemen in den vergangenen Jahren gekommen. Diese erzeugen u. a. zunehmende Planungsunsicherheit, enormen bürokratischen Aufwand, zahlreiche Abrechnungskonflikte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen und beschäftigen Sozialgerichte in unnötiger Weise. Sie entziehen der unmittelbaren Patientenversorgung sowohl finanzielle als auch personelle Ressourcen und gefährden nicht zuletzt etablierte Versorgungsstrukturen (siehe auch: SOS Notruf aus allen Krankenhäusern an die Politik).

Diesen Fehlentwicklungen kann durch verbindliche Regelungen im OPS begegnet werden, die dafür Sorge tragen den OPS seiner Funktion entsprechend wieder „verhältnismäßig“ anzuwenden und die Weiterentwicklung mit der Kalkulation und der Vergütung zu harmonisieren. So sind beispielsweise versorgungspraktische Realitäten anzuerkennen, krankenhausinternen Organisationsabläufen das notwendige Vertrauen entgegen zu bringen, sowie der Detaillierungsgrad und die hiermit verbundene Bürokratie abzubauen.

Die Gründe für die genannten Entwicklungen sind vielschichtig, sie ergeben sich aber auch unmittelbar aus den Codes. So werden immer mehr interpretationsanfällige, streitbefangene, vom Aufwand her unbedeutende Leistungsbestandteile und wechselnde Anforderungen z.B. an Strukturen und Prozesse in die Komplexcodes aufgenommen. Nicht selten dienen diese Anforderungen der Abgrenzung fachgebietsspezifischer Interessen.

Verbindliche Regelungen für eine „verlässliche“ Weiterentwicklung und "verhältnismäßige" Anwendung des OPS können fortlaufend den Fehlentwicklungen begegnen.

#### 1) Verlässliche Weiterentwicklung des OPS

Neue, wie jährlich wechselnde Strukturanforderungen, die mit hohen Investitions- oder Personalkosten einhergehen, stellen die Krankenhäuser wiederholt vor sich kurzfristig ändernde Rahmenbedingungen, auf die sie nur mit zeitlicher Verzögerung reagieren können. Vorgaben, die noch im Vorjahr galten und in dem Vertrauen auf ein verlässliches Vergütungssystem von Krankenhäusern mit hohen Investitionen und ggf. der Einstellung besonders qualifizierten Personals realisiert und in der Folge entsprechend vergütet werden, sind von einem auf den anderen Tag ungültig. Die nachvollziehbaren Erwartungen der bisher leistungsberechtigten Krankenhäuser, bei gleicher Leistung unverändert vergütet zu werden (kleinere Schwankungen einer pauschalierten Vergütung eingeschlossen), werden nicht erfüllt. Der

OPS wird hier als willkürliches Krankenhausplanungsinstrument missbraucht.

Diese Fehlentwicklungen können beispielsweise durch nachfolgende verbindliche Vorgabe zur Pflege und Weiterentwicklung der OPS-Kodes vermieden werden.

„Kostenrelevante Anforderungen in bestehenden oder neuen OPS-(Komplex-)Kodes (z.B. erforderliche Investitionen, Bereitstellung bestimmter Abteilungen/Leistungen, erforderliche bauliche Maßnahmen oder Personalanpassungen) sind entweder mit angemessenen Übergangsfristen in den OPS aufzunehmen, oder müssen bei Kodeänderungen im Sinne zusätzlicher neuer Anforderungen in einem eigenen Endsteller abgebildet werden.“

Hierdurch wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser einerseits auf die geänderten oder neuen Anforderungen mit ausreichend Übergangszeit reagieren können, oder bei gleichbleibender Leistung auch eine weiterhin angemessene Vergütung erhalten. Krankenhäusern, die die neuen Anforderungen erfüllen, wird die Möglichkeit eröffnet die zusätzlich erfüllten Anforderungen über einen eigenen endstelligen Kode abzubilden. Hierdurch kann gleichzeitig eine Harmonisierung mit der Kalkulation erreicht werden. Der neue Kode/Endsteller würde zunächst eingeführt und kodiert und im Folgejahr kalkuliert. Sind über ihn höhere Kosten darstellbar, kann er zu einer differenzierten Vergütung beitragen.

Zusätzlich sind folgende Regelungen bei der Überarbeitung der Kodes zu beachten:

- Bereinigung des OPS um wenig aufwendige Prozedurenkomponenten mit gleichzeitig hohem Konfliktpotential und bürokratischen Aufwand. Vermeidung von mehrdeutigen Formulierungen.

## 2) Verhältnismäßige Anwendung der OPS-Komplexxodes

Gemäß Kodierrichtlinien sind ausschließlich signifikante Prozeduren für die Abrechnung zu kodieren. Diese sind häufig (mehrere Ausnahmen bestehen) vollständig mit all ihren Prozedurenkomponenten (z. B. Narkose, Lagerung) abgebildet, ohne diese Prozedurenkomponenten in den Kodes selbst aufzuführen. Sie können sich in Abhängigkeit von den konkreten Leistungen einzelner OPS-Kodes erheblich voneinander unterscheiden. So werden beispielsweise Narkosen, Lagerung, Naht u.v.m. einer Operation grundsätzlich zugeordnet ohne diese Leistungen im OPS zu benennen. Bei weiter Betrachtung wären in Verbindung mit den Operationen grundsätzlich noch zahlreiche weitere Leistungen (Prozedurenkomponenten) denkbar, wie z. B. interdisziplinäre Abstimmungen im Rahmen einer OP-Vorbereitung, der postoperative Einsatz von Krankengymnastik, spezielle pflegerische Maßnahmen u. v. m.. Für die Kodierung einer signifikanten Prozedur (z. B. Resektion einer Speicheldrüse) ist es i. d. R. unerheblich, ob in jedem Einzelfall alle bei dieser Prozedur denkbaren Prozedurenkomponenten erbracht werden. Sie richten sich nach dem individuellen Bedarf der Patienten und einer leitliniengerechten Versorgung und liegen somit in der Verantwortung der Krankenhäuser. Folglich sind auch keine diesbezüglichen Nachweise erforderlich.

Demgegenüber werden in den sogenannten OPS-Komplexxodes (insbesondere 8.97...8-98) mehrere Prozedurenkomponenten aufgeführt, die sich hinsichtlich des mit ihnen verbundenen Aufwandes deutlich voneinander unterscheiden und insofern nur von sehr unterschiedlichem Nutzen für die Beschreibung der Komplexleistung und deren Kalkulation sind. Darüber hinaus handelt es sich in der Regel um eine beliebige Zusammenstellung einzelner Prozedurenkomponenten, die die Gesamtleistung des Krankenhauses ohnehin nur partiell beschreiben.

Diese zudem häufig interpretationsanfälligen Anforderungen an die Erbringung einzelner Prozedurenkomponenten führen zu erheblichen Problemen, die die sachgerechte Vergütung erbrachter Komplexleistungen zunehmend gefährden. Sie führen aber auch zu einem völlig unverhältnismäßigen Ungleichgewicht i. V. m. der Anwendung von Prozedurenkodes.

Während bei operativen Eingriffen die Durchführung der einzelnen Prozedurenkomponenten zu Recht allein in der Organisationsverantwortung des Krankenhauses liegt, kommt es in Verbindung mit den OPS-Komplexxodes zunehmend zur Aberkennung der Gesamtleistung allein auf Basis kleinster

Abweichungen in Verbindung mit einzelnen Prozedurenkomponenten. Dabei ist es völlig unerheblich, welchen Aufwand oder Stellenwert die Prozedurenkomponente bzw. die erfolgte Abweichung für die Versorgung des Patienten bedeuten. So kann sowohl die krankheitsbedingte Abwesenheit eines Mitarbeiters bei einer Teambesprechung, die Form der Dokumentation (z.B. Namenskürzel statt voller Unterschrift in einer Teilnehmerliste) bis hin zu normalen Alltagsumständen geschuldeten Situationen (Unterbrechung einer Leistung (z.B. Monitoring) für einen Toilettengang) dazu führen, dass über Wochen erbrachte Komplexleistungen bei der Vergütung vollständig unberücksichtigt bleiben. Übertragen auf operative Leistungen könnte so beispielsweise die Anerkennung einer Herztransplantation bei der Abrechnung verweigert werden, weil an irgendeiner Stelle ein Krankenhausmitarbeiter nur sein Namenskürzel, statt den vollen Namen in eine Teilnehmerliste eingetragen hat.

Durch nicht beeinflussbare, nicht planbare oder nicht verschuldete Umstände sowie patientenindividuelle Faktoren kann es im Krankenhausbetrieb zu Situationen kommen, in denen von der Routine abgewichen werden muss. Insbesondere für die Komplexkodes bedeutet dies unter Umständen, dass nicht alle einzeln aufgeführten Mindestmerkmale immer vollumfänglich erbracht und umfassend dokumentiert werden können. So können beispielsweise völlig unerwartete technische Defekte wie zum Beispiel der Ausfall eines MRT aber auch personelle krankheitsbedingte Engpässen etc. entstehen, die die Erfüllung aller Mindestmerkmale kurzzeitig unmöglich machen. Da derartige Umstände in der Regel ohne Einfluss auf die unmittelbare Versorgung des jeweiligen Patienten sind und zu keiner nennenswerten Reduktion der vom Krankenhaus zu leistenden Aufwände führen, erscheint die Streichung u. a. mehrwöchiger Leistungen (Komplexkodes) allein auf dieser Basis völlig ungerechtfertigt.

Dieser Unverhältnismäßigkeit und das damit verbundene Misstrauen gilt es durch geeignete Regelungen zu begegnen, z.B. mit

- Die Form der Dokumentation von Prozeduren-/Prozedurenkomponenten unterliegen der alleinigen Organisationsverantwortung der Krankenhäuser.
- Die Vorlage von z. B. Teilnehmerlisten, Schichtplänen, Arbeitsverträgen und sonstigen vertraulichen Unterlagen als Nachweise für durchgeführte Prozedurenkomponenten sind unzulässig.
- Die Durchführung in den Kodes vorgegebener Leistungen/Prozedurenkomponenten richtet sich grundsätzlich nach dem patientenindividuellen Bedarf und der Verfügbarkeit geeigneter Vorbefunde. Sie sind daher nicht obligat anzuwenden.
- Die Verschiebung oder Unterbrechung einzelner Leistungen oder Prozedurenkomponenten aufgrund üblicher Alltagsumstände (z. B. Toilettengang, Krankheit, unerwarteter technischer Defekt etc.) schließen die Kodierung der Komplexkodes nicht aus.
- Einzelne, für die Patientenversorgung insgesamt eher irrelevante Abweichungen bei der Erbringung weniger relevanter Prozedurenkomponenten (Fehlen, Abbruch, Verschiebung) schließen die Angabe der Komplexkodes nicht aus
- Die Anzahl im OPS geforderten Personals ist abschließend und nicht schichtspezifisch zu interpretieren
- Leistungen, die bestimmten zeitlichen Intervallen (außer täglich) unterliegen, haben keinen zwingenden Einzelfallbezug sondern gelten als allgemein gefordertes Leistungsmerkmal (z. B. wöchentliche Teambesprechung). Sie erfassen daher nicht alle Patienten (z. B. aufgrund kürzerer Verweildauer, zwischen zwei wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen, kein bestehender Beratungsbedarf bei erfolgreicher Standardtherapie). Die Komplexleistung gilt auch in diesen Fällen als erbracht. (Sofern die Regelungen zur wöchentlichen Teambesprechung nicht vollständig gestrichen werden)



Die DKG ist gerne bereit über diese und weitere Regelungen zu diskutieren.

**b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \***

Die Regelungen dienen der sachgerechten Weiterentwicklung des Entgeltsystems, auf der Grundlage stabiler Prozedurenkodes und fördern die leistungsgerechte Vergütung.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

- ☐ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☐ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☒ Unbekannt

**Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)**

-----

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

-----

**e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \***

-----



- f. **Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) \***

-----

- g. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? \***

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

-----

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

-----