

Änderungsvorschlag für den OPS 2023

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten 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:
ops2023-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2023-komplexkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2022** an **vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

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

www.bfarm.de – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – OPS – Vorschlagsverfahren – ...

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 (§ 3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM 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.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie auf unseren Internetseiten.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Mühlenkreiskliniken AÖR
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	MKK
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	https://www.muehlenkreiskliniken.de/
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med., MPH
Name *	Morcos
Vorname *	Yusri
Straße *	Hans-Nolte-Str. 1
PLZ *	32429
Ort *	Minden
E-Mail *	yusri.morcos@muehlenkreiskliniken.de
Telefon *	+49 571 7902651

Einräumung der Nutzungsrechte

- * Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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.“

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- * Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- 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 BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



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 *

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



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) *

Anpassung der "Verfügbarkeit klinischer Konsiliardienste in 30 min" bei OPS 8-98f*

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 BfArM 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 oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird*

- Nein
- Ja

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

trifft nicht zu

b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

trifft nicht zu



6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird *

Nein

Ja

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

trifft nicht zu

b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Zweckbestimmung laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

trifft nicht zu

7. 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)

Die Zeitvorgabe zur Verfügbarkeit klinischer Konsiliardienste binnen 30 Minuten bei der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Basisprozedur), OPS 8-98f.* ist als Strukturmerkmal mit der aktuellen Formulierung in der praktischen Umsetzung problematisch. Auch die vom BMG veranlasste Klarstellung durch das BfArM im Kontext der Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst aus dem Jahr 2021 vermag die Problematik nicht zu entschärfen.

Es wird vorgeschlagen die Zeitvorgabe von 30 Minuten für die klinischen Konsildienste gänzlich zu streichen, zumal deren Zweck inhaltlich qualitativ nicht erkennbar ist. Die Beibehaltung führt jedoch zu einem dauerhaften juristischen "Zankapfel" zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Dienst und birgt große Risiken für die intensivmedizinische Patientenversorgung in vielen Krankenhäusern und Regionen in der gesamten Bundesrepublik. Sollte eine Streichung nicht möglich oder gewünscht sein, wäre folgende Alternative denkbar: "... die Verfügbarkeit des Konsiliardienstes ist auch gegeben, wenn sichergestellt ist, dass der Facharzt telefonisch oder telemedizinisch innerhalb dieser Zeitspanne erreicht werden kann."

8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Grundsätzlich ist die Präzisierung mit Zeitvorgaben an vielen Stellen im OPS sehr zu begrüßen, weil damit eine klare Eindeutigkeit der Leistungserbringung erreicht wird (z.B. Länge von Therapieeinheiten).

Bei der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung wird an zwei Stellen der Strukturmerkmale auf eine Zeitvorgabe abgestellt:

1. ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin soll zu jeder Zeit binnen 30 Minuten am Patienten verfügbar sein
2. 6 von 8 klinischen Konsiliardiensten sollen binnen 30 Minuten am Standort des Krankenhauses verfügbar sein

An dieser Stelle sind der Sinn und Zweck einer solchen Zeitvorgabe kritisch zu hinterfragen und in einem zweiten Schritt die praktische Umsetzung sowie die Auswirkung einer solchen Zeitvorgabe zu bedenken.

Geht es bei den Strukturmerkmalen des OPS 8-98f.* um reine Abgrenzungsmerkmale von Leistungen, dann aber auch um Abgrenzungsmerkmale der Abrechnung? Oder geht es um eine qualitative Abgrenzung der medizinischen Versorgung? Oder handelt es sich am ehesten um eine Mischung aus Leistungsabgrenzung und medizinischer Qualität?

Dem aufmerksamen Leser dieses OPS erschließt sich die Logik der Strukturmerkmale nicht. Das lässt eine Betrachtung des OPS als Mischung aus Leistungsabgrenzung und medizinischer Qualität sehr wahrscheinlich erscheinen. Dennoch wird im Folgenden die Problematik der Zeitvorgabe aus beiden Perspektiven betrachtet:

1. Sollten die Strukturmerkmale mit der Zeitvorgabe von 30 Minuten als reine Leistungs- und Abrechnungsabgrenzung gemeint sein, dann erscheint dies zu vage und zu wenig präzise. Einerseits verlangt der OPS dann sehr trennscharf, dass ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin binnen 30 Minuten am Patienten zur Verfügung steht. Andererseits lässt der OPS bei der Verfügbarkeit der klinischen Konsiliardienste dem Nutzer einen Freiraum, welche Konsiliardienste er bereitstellen will ("mindestens 6 der folgenden 8 ..."), und ob er die Konsiliardienste mittels Kooperation bereitstellt. Als Zeitvorgabe ist dem Nutzer freigestellt, dass der Konsiliardienst binnen 30 Minuten "am Standort des Krankenhauses zur Verfügung" steht, d.h. der Konsiliardienst sollte auf dem Gelände angekommen sein? Welchen Sinn hat dann die numerisch exakte Zeitvorgabe? In der Realität wird es ja so sein, dass an einem Krankenhaus der Konsiliardienst vom Parkplatz in wenigen Minuten beim Patienten ist, an einem anderen Krankenhaus (z.B. Campusstruktur an vielen Maximalversorgern und Universitätsklinken) wird diese Zeit unter Umständen selber schon 15, 20, 30 Minuten und länger betragen.
2. Sollten die Strukturmerkmale mit der Zeitvorgabe von 30 Minuten zur Abgrenzung der medizinischen Versorgungsqualität gemeint sein, dann erscheinen sie auch aus medizinischer Sicht nicht logisch sinnvoll. Auf jeden Fall nachvollziehbar ist die Zeitvorgabe von 30 Minuten für den Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, da es sich ja dem Wortlaut nach um eine "aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung" handelt. Weniger nachvollziehbar sind dann aber die Vorgaben und die 30-Minuten-Zeitvorgabe für die klinischen Konsiliardienste: wenn es um medizinische Qualität geht, dann ist nicht verständlich, warum dem Leistungserbringer freigestellt ist mindestens 6 der 8 aufgeführten Fachgebiete bereitzustellen und auch dies ggf. über Kooperationsvereinbarungen. Noch weniger verständlich ist die Verfügbarkeit des Konsiliardienstes mit einer 30 Minuten Vorgabe am Standort des Krankenhauses. Es gelten die selben Bedenken, die bereits weiter oben kritisch aufgezeigt wurden: binnen 30 Minuten am Standort des Krankenhauses zu sein, gibt noch keinen Hinweis darauf, wann der Konsiliardienst am Patienten sein soll, was wohl kaum als Kriterium für medizinische Qualität herangezogen werden kann. Und auch grundsätzlich bleiben die Vorgaben für die Konsiliardienste als Parameter für die Abgrenzung der medizinischen Qualität zweifelhaft. Denn es geht um eine intensivmedizinische Komplexbehandlung. Die Vorhaltung eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, wie sie der OPS fordert, muss mit Blick auf die medizinische Qualität als ausreichend angesehen werden; von diesem Facharzt kann und muss erwartet werden, dass er die Vitalfunktionen eines Patienten mit allen Mitteln der Intensivmedizin



aufrechterhalten kann, bis weitere, adäquate Fachärzte in die Behandlung mit eingreifen können. Umgekehrt ist es kein Zeichen der medizinischen Qualität wenn die Vorhaltung der Konsiliardienste einer gewissen Beliebigkeit unterliegt (6 von 8 Fachgebiete, ggf. als Kooperation). Nachfolgendes Beispiel möge dies verdeutlichen: ein Krankenhaus hält die Fachgebiete Gastroenterologie, Kardiologie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie und Anästhesiologie vor, unterhält eine Kooperation für die Neurologie und soll eine schwere Kopfverletzung intensivmedizinisch versorgen. Jeder verantwortungsvoll handelnde Arzt und jedes verantwortungsvoll handelnde Krankenhaus würde in dieser Situation den Patienten einer adäquaten neurochirurgischen Versorgung zuführen. Das wäre eine gute medizinische Qualität, unabhängig davon welche Kriterien für den OPS gefordert werden. Der Pat. wäre aber in der Zeit vor der neurochirurgischen Versorgung weiterhin adäquat intensivmedizinisch versorgt, wie es der OPS fordert.

Die dargestellte, teilweise widersprüchliche Anforderung des OPS hat im Hinblick auf die praktische Umsetzung und aktuell mit den vom Gesetzgeber geforderten Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen für viele Krankenhäuser und damit auch für die intensivmedizinische Versorgung.

Die Verfügbarkeit der klinischen Konsiliardienste binnen 30 Minuten droht in der Interpretation - trotz der präzisen Benennung von 30 Minuten - immer wieder zum Problemfeld zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Dienst zu werden, zumal aus dem Wortlaut des OPS heraus der Zweck der Zeitvorgabe und deren Logik nicht nachvollziehbar erscheint (s.o.). Dieses Problemfeld bindet allein aus den "formalen verwaltungstechnischen" Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes erhebliche Ressourcen und wird bei ausbleibender Klarstellung des OPS auch viele Gerichte beschäftigen, ohne dass dadurch ein Patient besser oder schlechter versorgt würde. Des Weiteren ist die Erfüllung der 30-Minuten Vorgabe arbeitsrechtlich und tarifrechtlich fast nur noch mit der Einrichtung von regulären Bereitschaftsdiensten verbunden - in einer Zeit wo es im gesamten Bundesgebiet an Fachkräften mangelt, auch bei den Ärzten. Bereitschaftsdienst ist für erfahrene Ärzte (die Fachärzte, die für die klinischen Konsiliardienste in Frage kommen) meist unattraktiv. Darüber hinaus können sich sogar große Maximalversorger und Universitätskliniken die Vorhaltung von Bereitschaftsdiensten für die Erfüllung der 30-Minuten-Vorgabe nicht leisten, zumal der Zweck dieser Vorgabe nicht hinreichend klar ist (s.o.). Die Erfüllung der Vorgabe über Kooperationsvereinbarungen erscheint aus den Erfahrungen der vergangenen Jahre nicht realistisch umsetzbar und wirkt eher praxisfern (verdeutlicht aber die Widersprüchlichkeit des OPS).

Viele große Krankenhäuser und Universitätskliniken erfüllen alle Strukturanforderungen des OPS 8-98f.* , bis auf diese unklare Zeitvorgabe bei den klinischen Konsiliardiensten und würden deshalb zukünftig die Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst nicht bestehen. Das führt in der Konsequenz dazu, dass sie bei gleichbleibenden Kosten auf Erlöse im 6- bis 7-stelligen €-Bereich je Krankenhaus verzichten müssen. Langfristig trägt diese Diskrepanz zwischen Aufwand und Ertrag zu einer Leistungsreduzierung bei, mit Auswirkungen auf die intensivmedizinische Versorgung - "alles nur wegen einer Zahl an der falschen Stelle".

Letztlich bleibt auch unklar, auf welcher Basis die Zeitvorgabe von 30 min. überhaupt in den OPS aufgenommen wurde. Gibt es dazu wissenschaftliche Belege? Ist es eine Zeitvorgabe der betroffenen Fachgesellschaften, die auf Erfahrungswerte beruht?

Nach hiesiger Information sehen mittlerweile auch die betroffenen Fachgesellschaften diese starre Zeitvorgabe kritisch und erkennen auch die damit verbundene Brisanz in dem Prüfauftrag an den Medizinischen Dienst und die daraus ableitbaren Konsequenzen für die intensivmedizinische Versorgung (s.o.).

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

Der Vorschlag hat direkt zunächst keine Auswirkung auf die Entgeltsysteme. Klarstellungen von Codes sind immer zu begrüßen, führen sie doch zu einer präziseren Leistungsabbildung und tragen damit indirekt über deren Kodierung zu einer besseren Abbildung des Leistungsgeschehens und damit zur Weiterentwicklung der Entgeltsysteme bei.

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

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

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

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

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

> 10.000 Fälle/ Jahr

**h. 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.)

nach jetzigem Kenntnisstand kein Zusammenhang

9. Bisherige Kodierung des Verfahrens

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

8-98f.*

10. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)
