

Sehr geehrte Abgeordnete des Deutschen Bundestages,

in der kommenden Woche entscheiden Sie über die Zukunft von tausenden Leben behinderter Menschen. Das GKV-IPReG (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz) versucht Missstände bei der Versorgung von Intensivpflegepatienten in sogenannten Beatmungs-WGs zu beseitigen. Bei diesem Unterfangen können Sie viele Betroffene auf Ihrer Seite wissen. **Trotzdem müssen wir in aller Deutlichkeit und Dringlichkeit vor dem aktuellen Entwurf warnen: Er verschlechtert die Situation vieler Betroffener und kann sogar ihr Leben kosten!**

Menschen mit Beatmung sind darauf angewiesen, im Akut-Fall innerhalb von Sekunden Hilfe zu bekommen. Es sind dokumentierte Fälle bekannt, in denen Menschen verstorben sind, weil im Heim mit einer 1:3 Betreuung eine unmittelbare Versorgung nicht immer gewährleistet werden kann. Viele Betroffene schildern uns genau diese Notwendigkeit sofortiger Hilfeleistung. Die Verlegung der Betroffenen gegen ihren Willen in ein Heim der außerklinischen Intensivpflege bedeutet somit für viele Menschen nicht nur die Beendigung von Teilhabe am normalen Leben mitten in der Gesellschaft, sondern sogar ein potentielles Todesurteil.

Und ein weiterer Punkt findet in bisherigen Gesetzentwurf keine Beachtung: Menschen mit Intensivpflegebedarf regeln ihre Pflege heute oft im sogenannten Arbeitgebermodell in der eigenen Häuslichkeit. Kein Pflegedienst und kein WG-Anbieter ist dabei involviert und kann folglich weder Finanzbetrug begehen noch unwürdige Pflegequalität anbieten. Die Kontrolle über die Art und Weise der Pflege haben in diesem Modell ausschließlich die Patienten selbst: also echtes Selbstbestimmungsrecht. Dabei werden auch Fachkräfte eingesetzt, für die eine Arbeit in stationären Einrichtungen nicht (mehr) in Frage kommt. Zudem können im Arbeitgebermodell auch angelernte Nicht-Fachkräfte eingesetzt werden, sofern die jeweilige Diagnose deren Einsatz erlaubt. Eine Verringerung der Anzahl von Arbeitgebermodellen führt somit zu einer Reduzierung der Zahl von zur Verfügung stehenden Fachkräften.

Das vorbildliche System des Arbeitgebermodells in der Intensivpflege droht nun zerstört zu werden. Die Gründe dafür sind:

1. Erhebliche Erhöhung der finanziellen Belastung in der ambulanten Versorgung. Auf diesen Umstand wies auch Frau Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)) in der Anhörung im Ausschuss letzter Woche hin.
2. Statt dem bisherigen vorbehaltlosen Rechtsanspruch auf Pflege in der eigenen Häuslichkeit, werden nun Kriterien eingeführt, die sowohl rechtlich unbestimmt sind als auch andererseits die Verantwortung von der Kranken- und Pflegekasse auf die Betroffenen abwälzt. Diese Kritik teilt auch Christine Eberle (Deutsche Stiftung Patientenschutz).
3. Sanktionen, die für kriminelle Versorgungsstrukturen vorgesehen sind, wirken unmittelbar auf das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen. Auch dies kritisiert die BAGFW scharf.

Auch wir wollen unbedingt - sofern vorhanden - Weaning-Potenziale ausschöpfen und schwarze Schafe, sowie unwürdige Praktiken in der Intensivpflege, aufdecken. Das Ergebnis darf aber nicht eine Schlechterstellung von Betroffenen und die faktische Aufhebung der individuellsten und bestmöglichen Versorgung, nämlich die selbstbestimmte Intensivpflege, ggf. im Arbeitgebermodell, sein. Daher fordern wir Sie auf, folgende Punkte im Gesetzesentwurf zu ändern:

- Änderung der Rechtsfolge, falls in der eigenen Häuslichkeit vom Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass Verbesserungen zur tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung der Pflege notwendig sind: Nicht der Patient darf dafür „bestraft“ und ins Heim abgeschoben werden, sondern die Krankenkasse muss verpflichtet werden, die vom MDK empfohlenen Verbesserungen am vom Betroffenen gewünschten Leistungsort vorzunehmen und so die Versorgung sicherzustellen.
- Die Möglichkeit des Arbeitgebermodells ist ausdrücklich ins Gesetz aufzunehmen, wobei in diesem Fall der Patient über die Geeignetheit der Pflege- und Assistenzkräfte auch bei Nicht-Fachkräften zu entscheiden hat und Qualitäts- und Qualifikationsrichtlinien Betroffene nicht beim Finden von Personal hindern dürfen. Dies würde auch dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Deshalb: Differenzierung zwischen Arbeitgebermodellen und Inanspruchnahme von Diensten.
- Gleichbehandlung der Eigenbeteiligung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Ist-Zustand belassen = Zuzahlungsbegrenzung auf 28 Tage
- Verweigerung der Wohnungsbetretung des MDK darf kein Automatismus der Leistungsverweigerung bzw. Abschiebung in die stationäre Versorgung werden. Mitwirkungspflichten des SGB I sind ausreichend. Eine Zustimmungsfiktion bei einem Verweis auf „Gefahr in Verzug“ ist empfehlenswert.

Von verschiedensten Verbänden liegen Ihnen für alle genannten Forderungen Formulierungsvorschläge vor. Das IPReG wurde in den vergangenen Monaten mehrmals geändert und entwickelt sich in eine richtige Richtung. Im jetzigen Zustand stellt es aber die Existenz einer besonders vulnerablen Gruppe in Frage. Es sind nur kleinste Änderungen notwendig, die zudem entbürokratisierend, teilhabefördernd und kostenneutral sind, sowie dem Fachkräftemangel entgegen wirken.

Mit freundlichen Grüßen,

XXX

Fragen von Sigrid Arnade: Wie soll das Menschenrecht auf freie Wahl von Wohnort und Wohnform (Art. 19 UN-BRK) sichergestellt werden, wenn künftig MdK und Kassen darüber entscheiden und zwar alle Jahre wieder?

- Weshalb werden intensivpflegebedürftige Menschen, die zu Hause leben, künftig finanziell viel stärker belastet als bisher, was eine unzulässige Verschlechterung bedeutet?
- Wie wird sichergestellt, dass Betroffene auch in Zukunft mit selbst angelernten Assistenzkräften arbeiten können (§ 37, Abs. 4 SGB V)?

Forderungen:

- Betroffene, die Intensivpflege benötigen, entscheiden weiterhin selber über ihre Wohnform und werden nicht in eine stationäre Einrichtung gedrängt;
- Die Krankenkassen stellen die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistungserbringung sicher;
- Kosten werden beim Leben in der eigenen Häuslichkeit wie bisher übernommen, und es werden auch keine höheren Zuzahlungen fällig;
- Nach wie vor muss es möglich sein, dass selbst angelernte Assistenzkräfte die Pflege übernehmen;
- Wenn Rahmenempfehlungen und –Richtlinien erarbeitet werden, sind Betroffene und ihre Selbstvertretungsorganisationen daran unter barrierefreien Bedingungen wirksam zu beteiligen.

Quelle:

https://www.bundestag.de/resource/blob/701618/2e650aae0d49f46338f06355644548d3/096_Wortprotokoll_nicht-lektorierte-Fassung-data.pdf

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)): Der Gesetzentwurf sieht vor, dass wir im Rahmen einer persönlichen Begutachtung überprüfen sollen, ob die medizinischen Voraussetzungen vorliegen und ob die medizinisch-pflegerische Versorgung sichergestellt ist. Wir teilen die Zielsetzung des Gesetzgebers an beiden Stellen. Einerseits, dass die Leistung dort erbracht werden soll, wo der Versicherte es wünscht, andererseits, dass sicherzustellen ist, dass die Qualität an dem Leistungsort erbracht wird. Beides erfordert eine persönliche Begutachtung. **Wir sehen es kritisch, dass der Gesetzgeber sagt, das soll in einer Begutachtung durchgeführt werden. Das halten wir nicht für praktikabel, weil zwar der erste Teil, die Prüfung der medizinischen Voraussetzungen, im Vorfeld der Leistungsgewährung gemacht werden kann, aber die Frage, ob die Leistung sichergestellt wird, nicht im Vorfeld beantwortet werden kann. Man müsste dann prospektiv sagen, dass die Versorgung sichergestellt ist.** Deshalb schlagen wir vor, diese beiden Dinge zu trennen und im ersten Schritt die Voraussetzungen medizinischer Art auf Basis des Wunsches des Versicherten zu prüfen. Das wird, wenn gute Unterlagen, auch von Ärzten, vorliegen, häufig nach Aktenlage geschehen können. In einem zweiten Schritt ist dann zeitversetzt eine persönliche Begutachtung durchzuführen, bei der man zum Beispiel im Abstand von vier Wochen feststellen kann, ob nach Einlaufen und Einführen der Versorgung tatsächlich eine gute

Pflege sichergestellt ist. Das kann man nur dann machen, wenn sie auch schon wirklich stattgefunden hat. Natürlich ist klar, dass in dem Fall, in dem die Versorgung nicht sichergestellt oder defizitär ist, die Krankenkassen mit dem Versicherten nach Wegen zu suchen haben, eine qualitative Ausgestaltung der Versorgung zu erreichen. Von daher ist die Zielsetzung richtig, aber wir würden vorschlagen, die beiden Dinge in der Begutachtung voneinander zu trennen.

SVe Christine Eberle (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Der Gesetzentwurf will die außerklinische Intensivpflege im Haushalt und in der Familie der Betroffenen nur dann ermöglichen, wenn dort die fachgerechte Versorgung tatsächlich und dauerhaft sichergestellt ist. Das ist natürlich grundsätzlich gut und richtig und soll vor allem die ambulanten Wohngemeinschaften treffen, also die Intensivwohngruppen, um dort die Versorgung zu verbessern. Allerdings schießt der Gesetzentwurf aus unserer Sicht über das Ziel hinaus. Geprüft werden diese Kriterien tatsächlich und dauerhaft durch den MDK und festgestellt dann von der Krankenversicherung. Sowohl „tatsächlich“ und „dauerhaft“ sind aber unbestimmte Rechtsbegriffe. Es gibt aus unserer Sicht zu viel Interpretationsspielraum. Die Krankenversicherung bekommt damit die Auslegungshoheit und auch die alleinige Entscheidungsmacht. **Diese Kriterien sind aber für die Prüfung der Versorgungsqualität so nicht geeignet, weil sie zu unbestimmt sind. Bei der Dauerhaftigkeit liegt das schon auf der Hand. Wie soll man für die Zukunft beweisen, ob der Pflegedienst vor Ort, der bisher gute Arbeit leistet, dies auch noch in zehn Monaten tut? Wie lange ist „dauerhaft“ und was heißt genau „tatsächlich“? Was ist, wenn der Patient die Erfüllung dieser Kriterien nicht nachweisen kann? Statt es zur Aufgabe der Krankenversicherung zu machen, die Versorgung in der Häuslichkeit sicherzustellen und die Qualität der Versorgung, gerade mit Blick auf die ambulanten Intensivpflege-Wohngemeinschaften gründlich zu prüfen, bürdet der Gesetzgeber den Nachweis für die Versorgung, für die Sicherstellung seiner eigenen Versorgung, allein den Betroffenen auf.** Das finden wir nicht richtig, zumal der Betroffene ein schwerkranker Patient ist, der intensiven Pflegebedarf hat. Der vorgesehene Begutachtungsprozess ist aus unserer Sicht zu kostenträgerseitig. Es fehlen klare Vorgaben. Es fehlt die Hinzuziehung einer Vertrauensperson. Es fehlt eine Schiedsstelle. Es fehlt ein gemeinsamer Mängelbeseitigungsprozess, falls die Leistung vor Ort einmal nicht stimmt. Laut Begründung zum Gesetzentwurf ist auch für diese Regelung vor allem der Fachkräftemangel in der Pflege handlungsleitend. Wir sind aber der Meinung, dass dieser nicht dazu führen darf, dass Menschen mit Intensivpflegebedarf entgegen ihrem Wunsch in einer stationären Einrichtung versorgt werden müssen.

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Wir teilen diese Befürchtung. Der Gesetzentwurf enthält, das möchte ich betonen, tatsächlich mit dem neuen § 37c wirklich sehr gute Ansätze. Aber gerade im Absatz 2 gibt es aus unserer Sicht Ansätze, die zu korrigieren sind, um die von Ihnen angesprochene Befürchtung nicht eintreten zu lassen. Zum ersten muss gewährleistet sein, dass die Zuzahlung im stationären Bereich in gleicher Weise auch auf den ambulanten Bereich übertragen wird. Bisher hatten wir in § 37, der die außerklinische Intensivpflege geregelt hat, eine Zuzahlungsbegrenzung auf die ersten 28 Tage. Diese Regelung entfällt. Das sozusagen nebenbei. Aber es ist auch ein wichtiger Punkt. Nun zum Thema stationäres

Setting. Ich teile vollauf die hier von Herrn Kiefer schon mehrfach geäußerte Auffassung, dass der Gesetzentwurf balanciert zwischen dem Erfordernis der Qualitätssicherung einerseits, das gegeben sein muss, und dem Selbstbestimmungsrecht und dem Wunsch- und Wahlrecht der Menschen andererseits. Da muss es aus unserer Sicht gewährleistet sein, dass in keiner Weise auf stationäre Versorgung verwiesen werden kann. Hier sehen wir tatsächlich an mehreren Punkten Korrekturbedarf. Eine Stelle ist die, die von Frau Eberle vorher ausgeführt wurde, der unbestimmte Rechtsbegriff der tatsächlichen und dauerhaften Sicherstellung. Da kann ich mich vollumfänglich den Punkten, die Frau Eberle erwähnt hat, anschließen. Wir sind der Auffassung, dass dieser Sicherstellungsauftrag, sofern Leistungserbringer eingeschaltet sind, durch die Qualitätsprüfungen gewährleistet ist und im Falle, dass die Versorgung durch die Angehörigen selbst sichergestellt wird, durch die Begutachtung des MDK erfolgen muss. Dafür braucht es aber Kriterien. Dafür brauchen wir eine eigene Richtlinie des MDK in § 283 SGB V. **Der zweite Punkt ist das Thema, dass die Leistung dem Betroffenen versagt werden kann. Dazu ist eigentlich im SGB I alles geregelt. Wir brauchen hier keine spezifischen Regelungen und vor allem keine Regelungen, die gegebenenfalls einfach auf die Versorgung im stationären Bereich verweisen. Es ist schon sachgerecht, dass wenn jemand den MDK nicht in die Wohnung lässt, ihm die Leistung versagt werden kann. Aber das Einwilligungserfordernis für das Betreten des Wohnraums ist ein hohes Gut. Wir haben versucht, diesem schon erwähntem Anliegen, die Balance zu finden zwischen der Qualitätssicherung einerseits und dem Selbstbestimmungsrecht andererseits, dadurch Rechnung zu tragen, dass wir als BAGFW vorschlagen, hier die Formulierung aus § 114a SGB XI zu übernehmen, wonach hier eine Möglichkeit besteht zu sagen, dass das Betreten des Wohnraums auch bei Nicht-Einwilligung gegeben sein kann, wenn Gefahr im Verzug ist. Das mag bei einigen schwarzen Schafen, die vorher schon erwähnt wurden im Bereich der Wohngemeinschaften tatsächlich der Fall sein.** Ich denke man kann hier bessere Regelungen finden. Wir bitten das auch dringend noch einmal zu prüfen. Vor allem darf aber die Leistung am Leistungsort der Häuslichkeit nicht versagt werden. Wenn Mängel festzustellen sind, muss Abhilfe am Leistungsort geschaffen werden. Das hat auch Herr Kiefer vorher ausgeführt, bevor jemand auf eine stationäre Versorgung verwiesen werden muss.

Sve Lilian Krohn-Aicher (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.): Also unseres Erachtens ist die Regelung in § 37c Absatz 2 zu kritisieren, weil sie das Selbstbestimmungsrecht und das Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich des Leistungsortes der Versicherten einschränkt und damit auch Teilhabe einschränkungen einhergehen können, wenn Versicherte, die im ambulanten Setting Kontakte haben und ihre Teilhabe ausleben können, durch den Verweis auf ein stationäres Setting diese Kontakte abbrechen müssen und damit in ihren Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt werden. Deshalb können wir natürlich nachvollziehen, dass die Qualität der intensivpflegerischen Versorgung gesichert werden muss. Wir finden allerdings, dass Versorgungsmängel nicht zu Lasten von Versicherten gehen dürfen, die dann in ihrem Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt werden, weil sie auf eine stationäre Versorgung verwiesen werden. Vielmehr muss die Krankenkasse ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen, eine gute Qualität der Leistungserbringung auch im häuslichen Setting zu gewährleisten. Derzeit ist sie dazu verpflichtet. Intensivpflegepatienten haben einen Anspruch auf häusliche Versorgung mit Intensivpflege. Die Krankenkassen

müssen eine gute Qualität sicherstellen. **Nach § 37c Absatz 2 ist jetzt vorgesehen, dass der Anspruch eingeschränkt wird. Versicherte haben den Anspruch nur noch, insofern die Qualität sichergestellt werden kann über die Krankenkasse. Das heißt, der Anspruch steht unter der Bedingung, dass die Krankenversicherung diese Pflege auch sicherstellen kann. Wenn sie es dann nicht kann, geht das nicht zu Lasten der Krankenkasse, die ihre Leistungserbringer besser kontrollieren muss, sondern zu Lasten der Versicherten, die ihren Anspruch auf ambulante Versorgung verlieren und auf ein stationäres Setting verwiesen werden, wo sie vielleicht ihre Teilhabemöglichkeiten weniger gut ausleben können, die sie im ambulanten Setting hätten.**

Abg. Claudia Moll (SPD): Meine Frage geht an die BAGFW. Gemäß § 37 Absatz 4 können Betroffene derzeit mit ihren Krankenkassen ein Kostenerstattungsmodell vereinbaren, bei dem sie selbstständig als Arbeitgeber Pflegekräfteassistenten beschäftigen, die ihre Versorgung übernehmen. In Ihrer Stellungnahme fordern Sie, dass das auch nach § 37c SGB V neu weiterhin möglich sein muss. Bitte erläutern Sie Ihre Forderung insbesondere auch im Hinblick auf die Regelung des persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 SGB V. SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): § 37 Absatz 4 gilt in Bezug auf den § 37 Absatz 2 Satz 1, der mit dem Artikel 2 dieses Gesetzes verändert wird. Der Rechtsanspruch wird zurecht als *lex specialis* von § 37 in den neuen § 37c überführt. Wir sind der Auffassung, dass sich das Arbeitgebermodell, dass sich die Versorgung durch selbstbeschaffte Pflege-/Assistenzkräfte zuletzt sehr gut bewährt hat und dass dieses auch weiterhin gewährleistet sein muss. **Somit muss eine entsprechende Rechtsgrundlage in § 37c Absatz 1 geschaffen werden, sodass § 37 Absatz 4, wo das Arbeitgebermodell geregelt ist, entsprechend gilt.**

SV Sven Liebscher (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Welche Präferenz die Pflegekraft hat, in welchem Bereich sie tätig ist, das obliegt ihr selbst. Pflegekräfte stellen sich tatsächlich die Frage, unter welchen Bedingungen in welchem Bereich will ich arbeiten. Da kommt es dann letztlich im stationären Bereich darauf an, wie viele Patienten eine Pflegekraft zu versorgen hat im Vergleich zum ambulanten Bereich. Möglicherweise macht das dann irgendwie auch die Entscheidung derer aus. **Qualifikationstechnisch muss man dazu sagen, dass es ganz klar geregelt sein muss, dass im Prinzip die Qualifikationen der Pflegekräfte im stationären Bereich identisch derer im ambulanten Bereich sein müssen, wo es bisher Regelungen gibt, wo es Verträge gibt, die mit den einzelnen Krankenkassen oder mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen getroffen worden sind und wo es jetzt auch eine Bundesrahmenempfehlung für die Intensivpflege mit Qualifikationsniveaus gibt.**

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ja, in der Tat, ich hatte es vorhin auch schon erwähnt, benachteiligt das Gesetz die häuslich versorgten Menschen finanziell. Zunächst, das möchte ich deutlich sagen, begrüßen wir wirklich sehr, dass der Gesetzgeber die Zuzahlungsregelungen im stationären Bereich so großzügig ausgestaltet hat. Das war überfällig. Das ist hier keine Kritik an den Zuzahlungsbegrenzungen im stationären Bereich. Aber ich möchte es nochmal wiederholen. **Es darf keine Benachteiligung häuslich versorgter Menschen in Bezug auf die**

Zuzahlungen geben. Hier brauchen wir eine Begrenzung auf die ersten 28 Kalendertage, zumal wir nicht wissen, wie viele Verordnungen ausgestellt werden. Bei jeder Verordnung fallen nach der vorgesehenen Gesetzeslage 10 Prozent der Kosten und 10 Euro pro Verordnung an. Das ist der erste Punkt. Der zweite Punkt betrifft das Thema Verweisung auf stationäre Versorgung. Auch wenn es kein Automatismus ist, sieht das Gesetz eben einige Stellschrauben vor, die das Wunsch- und Wahlrecht der Versorgung am Leistungsort einschränken. Ich möchte auch das nochmal wiederholen. Wenn Mängel bei der persönlichen Begutachtung festgestellt werden, dann sind diese Mängel am Leistungsort abzustellen. Das haben auch Herr Kiefer und Herr Dr. Pick betont. Das sollte das Gesetz auch vorsehen. Deswegen brauchen wir hier einfach nochmal ein paar andere Formulierungen. Diese betreffen auch die Mitwirkungsrechte des SGB I, die dann auch die Rechtsfolge haben, dass Menschen auch in die stationäre Versorgung verwiesen werden dürfen. Ich hatte vorhin als wichtigen Punkt noch nicht erwähnt, dass nämlich diese Mitwirkungspflichten sogar noch durch Dritte beeinflusst werden können nach Ziffer 2 von am wohnraumberechtigten Personen. Es kann nicht sein, dass Mitwirkungspflichten von Versicherten durch Dritte mit der Rechtsfolge beeinträchtigt werden, dass dann die Versorgung am gewünschten Leistungsort nicht möglich ist. Das sind die wesentlichen Punkte, für die wir dringend eine Reformulierung brauchen. Ich verweise an dieser Stelle auf unseren Formulierungsvorschlag in der Stellungnahme.

ESV Sebastian Lemme: Wir sehen zwei Probleme. **Zum einen sehen wir durch die Beschränkung, wie ich es eben beschrieben habe, zukünftig für die medizinische Behandlungspflege das Problem, dass die Arbeitgebermodelle im Bereich der Behandlungspflege, die aktuell gut durchgesetzt und umgesetzt werden können, in große Schwierigkeiten kommen, weil die medizinische Behandlungspflege Qualifikationen voraussetzt, die im Bereich der Arbeitgebermodelle, wo viel auch durch eingeeübte Assistenz vorgenommen wird, nicht mehr möglich sein wird.** Darüber hinaus müssen wir feststellen, dass zum derzeitigen Zeitpunkt durch die Verträge, die mit den Leistungserbringern und den Krankenkassen geschlossen werden, hohe qualitative Anforderungen insbesondere an ambulante Intensivpflegedienste bestehen. § 275b SGB V ist ein Beispiel dafür, wie sorgfältig und mit welchem hohem Prüfniveau diese Dienste entsprechend umgehen müssen. Es zeigt sich, dass diese Verhältnisse parallel angewandt werden müssen, wenn man