Roos Nelskamp & Partner

Rechtsanwälte Fachanwälte

Fon: 0228 945 91-0
Fax: 0228 945 91-11
roos@roos-nelskamp.de
www.roos-nelskamp.de

Rechtsanwalt Dr. jur. Christoph Roos und Heiner Fey, Bonn[1]

Einführung in die rechtlichen Aspekte der Abrechnungsprüfung durch den MDK

- Teil 4 -

in Kooperation mit myDRG®

Fortsetzung des 3. Teils dieses Beitrages.

IV. Formelle Aspekte des Prüfverfahrens, §§ 275, 276 SGB V

Die Regelungen über die Durchführung des MDK-Prüfverfahrens fallen spärlich aus. § 275 Abs. Ic SGB V regelt lediglich, dass das Verfahren zeitnah durchzuführen sei, setzt eine Frist für Einleitung des Verfahrens und Anzeige gegenüber dem betroffenen Krankenhaus und regelt eine Aufwandspauschale für den Fall, dass die Prüfung zu keiner Rechnungsänderung führt. Der Ablauf des Prüfverfahrens im Einzelnen hat sich aus der täglichen Praxis zwischen Krankenhäusern, -kassen und MDK heraus entwickelt. Soweit die §§ 275, 276 Regelungen hinsichtlich des Verfahrens enthalten, sollen diese nachfolgend dargestellt werden.

1. 6-Wochen-Frist des § 275 Absatz Ic Satz 2 SGB V

Der Gesetzgeber hat in § 275 Absatz Ic Satz 2 SGB V bestimmt, dass das Prüfverfahren spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst bei den betroffenen Krankenhäusern anzuzeigen sei. Für die Fristberechnung gelten in Ermangelung speziellerer Regelungen, gemäß § 69 Absatz I Satz 3 in Verbindung mit Satz 2 SGB V, die §§ 186 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) entsprechend. Gemäß § 187 Absatz I BGB beginnt die Frist an dem Tag, der auf den Rechnungszugang bei der Krankenkasse folgt, denn dieser ist fristauslösendes Ereignis im Sinne der Norm. Um die Richtigkeit der Fristberechnung durch Krankenkassen und MDK überprüfen zu können, müssen Krankenhäuser dokumentieren, wann eine Rechnung bei den Krankenkassen eingegangen ist. Das wird heute, da die Rechnungslegung im Wege des elektronischen Datenträgeraustausches erfolgt, keine größeren Probleme bereiten, zumal die Abrechnungen tagesgleich bei den Krankenkassen eingehen sollten.

[11]Der Autor Dr. Christoph Roos ist Fachanwalt für Sozialrecht und Arbeitsrecht. Zudem berät er schwerpunktmäßig Einrichtungen des Gesundheitswesens in Fragen des Medizin- und Arztrechts im gesamten Bundesgebiet.
Der Autor Heiner Fey ist Diplomjurist, wissenschaftlicher Mitarbeiter von Dr. Christoph Roos, Krankenpfleger und klinische Kodierfachkraft

Beispiel für die Berechnung einer Frist:

Ging einer Krankenkasse eine Rechnung am Dienstag, den 02.11.2010 zu, so beginnt die Frist am Mittwoch, den 03.11.2010 zu laufen. Von diesem Dienstag an sind 6 Wochen abzuzählen, wobei die Frist an dem, dem fristauslösenden Ereignis gleichlautenden Tag (§ 188 Absatz II BGB) endigt. Die Frist endigt also mit Ablauf des Dienstags, den 14.12.2010.

Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, so gilt als Fristende der nächste Werktag (§ 193 BGB).

In dieser 6-Wochen-Frist müssen Einleitung des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse und dessen Anzeige gegenüber dem betroffenen Krankenhaus durch den beauftragten MDK kumulativ zusammenfallen. Aus welchem Grund eine Frist fruchtlos verstrichen sein mag, ist für die Krankenhäuser unerheblich, denn deren Einhaltung liegt im Verantwortungsbereich der Krankenkassen und des MDK.

Überaus problematisch ist, dass § 275 Abs. Ic Satz 2 SGB V zwar eine Frist setzt, jedoch nicht regelt, welche Rechtsfolgen deren fruchtloser Ablauf haben soll. In der Rechtsprechung besteht Einigkeit darüber, dass die Krankenhäuser nach Ablauf der Frist an einem MDK-Prüfverfahren nicht mehr mitwirken und Behandlungsunterlagen nicht mehr übersenden müssen. Ob die Krankenkassen Abrechnungen dennoch kürzen und die Überprüfung der Rechtmäßigkeit dieser Kürzung der Klärung in einem gerichtlichen Verfahren überlassen können, ist zurzeit noch offen. Die bisherige Rechtsprechung zu dieser Frage ist uneinheitlich. Die widerstreitenden Ansichten seien anhand zweier sozialgerichtlicher Entscheidungen dargestellt.

a) Rechtsauffassung des SozG Braunschweig

Das SozG Braunschweig vertritt in seiner Entscheidung vom 07.09.2010 – Az. S 40 KR 504/07 – die Auffassung, bei der Frist des § 275 Absatz Ic Satz 2 SGB V handele es sich nicht um eine sog. „Einwendungsausschlussfrist[2]“. Die erkennende Kammer begründet ihre Rechtsauffassung im Wesentlichen damit, dass ein Verständnis der Norm als Einwendungsausschlussfrist einerseits keine Stütze im Gesetz finde und andererseits ihrer Pflicht zur umfassenden Prüfung eines Behandlungsfalles widerspräche. Überdies würde diese Auslegung der Intention des Gesetzgebers, die Krankenhäuser von übermäßig vielen MDK-Prüfverfahren freizuhalten, nicht gerecht. Die Kammer führt weiter aus,

> *„die Krankenhäuser könnten Nachfragen der Krankenkassen wegen (vermeintlich oder tatsächlich) unschlüssiger Datenmeldung nach § 301 unbeantwortet lassen und sich nach 6 Wochen bei auch eklatant unrichtiger Abrechnung auf den Einwendungsausschluss berufen. Die Krankenkassen müssten dann, um keinen prozessualen Rechtsverlust zu erleiden, auch in allen Fällen, wo ihrer Ansicht nach einvernehmlich zu klärende Missverständnisse oder Eingabefehler vorliegen oder die Sachlage auch ohne MDK-Beratung eindeutig ist, diesen umgehend mit einer Prüfung beauftragen.“*

[2] Eine **Ausschlussfrist** bewirkt, dass nach deren Ablauf die Handlung nicht mehr vorgenommen werden darf, die innerhalb der Frist hätte vorgenommen werden müssen; es tritt Verjährung ein.

b) Rechtsauffassung des SozG Darmstadt

Das SozG Darmstadt geht in seiner Entscheidung vom 20.05.2010 – Az. S 18 KR 344/08 – gegenteilig davon aus, es handele sich bei der Frist des § 275 Absatz Ic Satz 2 SGB V um eine von Amts wegen[3] zu beachtende Ausschlussfrist. Jegliche Einwendungen, die die medizinische Notwendigkeit beträfen, seien nach Fristablauf ausgeschlossen. Wenn eine Prüfung durch den MDK nicht mehr zulässig sei, könne die Krankenkasse keine medizinischen Einwendungen mehr vorbringen, weil sie kraft der Systematik des SGB V nicht über eigenen medizinischen Sachverstand verfüge. Vertiefend führt die Kammer aus,

> *„die Frist ist – anders als bspw. die Verjährung – von den Gerichten von Amts wegen zu beachten (Sieper GesR 2007, 446, 447). Eine Beschränkung der Frist auf die vorgerichtliche Auseinandersetzung der Beteiligten ist dem Wortlaut nicht zu entnehmen. Sie ist auch nicht aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift zu klären, die eine missbräuchliche Verzögerung des Rechnungsprüfungsverfahrens zulasten des Krankenhauses verhindern soll. Im Gegenteil würde der Gesetzeszweck gleichsam konterkariert werden, wenn sich die Krankenkasse durch Klageeinreichung über die im vorgerichtlichen Verfahren eingetretene Präklusion hinwegsetzen könnte. Eine solche Beschränkung der Präklusionswirkung[4] wäre auch rechtspolitisch nicht erklärlich, weil sie die Belastung der Gerichte weiter verstärken würde und die Bemühungen der Beteiligten außergerichtliche Lösungen für Konflikte zu finden, verringern könnte."*

c) Diskussion der widerstreitenden Entscheidungen

Beide Kammern haben ihren Entscheidungen beachtliche Argumente für und gegen die Annahme einer Ausschlussfrist zugrunde gelegt. Jedoch sprechen die besseren rechtlichen und rechtspolitischen Erwägungen für die Jurisdiktion des SozG Darmstadt.

-- Begrenzung der Prüfungskompetenz der Gerichte

Das SozG Braunschweig führt, der ständigen Rechtsprechung des BSG folgend, zutreffend aus, den Gerichten stünde eine umfassende Prüfungskompetenz zu. Es geht jedoch fehl in der Annahme, das Verständnis des § 275 Absatz Ic Satz 2 SGB V als Ausschlussfrist würde eben diese als Pflicht verstandene Prüfungskompetenz beschneiden. Der Fristablauf bewirkt, dass die Krankenkasse mit dem Einwand, eine Behandlung sei medizinisch nicht notwendig gewesen, präkludiert ist. Eben wegen der Präklusion hat sich die Krankenkasse selbst der umfassenden Prüfung durch das Gericht benommen. Bei gehöriger Geschäftsbesorgung wäre es ihr möglich gewesen, die großzügige Frist zu beachten. Ob die Nichteinhaltung der Frist darauf beruht, dass die Krankenkasse den Prüfauftrag zu spät erteilt, oder ob der MDK dem Krankenhaus die Einleitung des Prüfverfahrens zu spät anzeigt, ist unerheblich. Im Interesse der Rechtssicherheit müssen sich die Krankenhäuser darauf verlassen können, dass eine Beanstandung einer Abrechnung innerhalb der Frist erfolgt und ein Schweigen während der Frist be-

---

[3] Ist eine Frist durch das Gericht **von Amts wegen** zu beachten, so müssen Kläger und Beklagter den Ablauf der Frist nicht geltend machen. Das Gericht muss vielmehr von sich aus überprüfen, ob die Frist eingehalten wurde und die entsprechenden rechtlichen Folgerungen daraus ziehen.

[4] Der Begriff **Präklusion** bedeutet, dass ein Vorbringen wegen Verspätung vom Gericht nicht mehr beachtet werden darf.

deuten soll, dass die Abrechnung akzeptiert werde. Als Konsequenz daraus entbindet die Krankenkasse das Gericht durch ihr vorprozessuales Verhalten von der Pflicht zur umfassenden Überprüfung der Notwendigkeit der Behandlung.

-- Provokation des Fristablaufs

Auch den rechtspolitischen Erwägungen des SozG Braunschweig kann nicht gefolgt werden. Wenn es ausführt, die Krankenhäuser könnten ein fruchtloses Verstreichen der Frist provozieren, indem sie Anfragen der Krankenkassen wegen unschlüssiger Datenmeldungen unbeantwortet ließen und die Krankenkassen so zwängen, den MDK allein zur Fristwahrung auch in solchen Fällen einschalten zu müssen, so ist dem entgegenzuhalten, dass für dieses Verhalten zwei mögliche Konsequenzen bestehen. Zum einen könnten die Rechtsgedanken der Verjährungshemmung bei Verhandlungen des BGB herangezogen werden. Wenn ein Krankenhaus der Obliegenheit der Mitwirkung bei einer Anfrage der Krankenkasse nicht nachkommt, verschuldet sie es selbst, wenn eine Hemmung der Verjährung eintritt. Auf jeden Fall dürfte das unterstellte Verhalten jedoch treuwidrig im Sinne des § 242 BGB sein, was ein Berufen auf den Fristablauf für die Zeit des rechtsmissbräuchlichen Verhaltens unmöglich machen dürfte. Die Kammer berücksichtigt bei Ihrer Betrachtung nicht, dass auch Krankenkassen sich das Verstreichenlassen der Frist dadurch zunutze machen könnten, dass sie Rechnungen ohne Prüfung durch den MDK kürzen und darauf spekulieren könnten, Krankenhäuser würden aus ökonomischen Erwägungen heraus nicht klagen. Wie sich zeigt, ist die Unterstellung rechtsmissbräuchlichen Verhaltens wenig hilfreich, um die Frage nach dem Vorliegen einer Ausschlussfrist zuverlässig zu beantworten.

-- Präklusion durch Fristablauf

Die Antwort findet sich, wie schon angedeutet, in der Rechtsprechung des SozG Darmstadt, das aus systematischen Erwägungen heraus zurecht davon ausgeht, die Krankenkassen könnten wegen mangelndem eigenem medizinischen Sachverstandes (oder zumindest wegen Unkenntnis der Behandlungsdokumentation) nicht darüber befinden, ob eine Abrechnung ordnungsgemäß sei. Wie bereits dargestellt, müssen die Krankenkassen zur Klärung der Frage, ob die tatsächlichen Voraussetzungen für die in Rechnung gestellten Leistungen vorliegen, den MDK einschalten. Die auf diese Anfrage hin ergehende Antwort ermöglicht es den Krankenkassen erst, die Rechtmäßigkeit der Abrechnung zu überprüfen und ggf. zu verneinen. Wenn die Krankenkassen in der vom Gesetzgeber dafür vorgesehenen Frist keinen Gebrauch von ihrem Prüfungsrecht machen, kann das nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen, indem die Rechtmäßigkeit einer Abrechnung erst in einem weit kostenaufwendigeren Gerichtsverfahren geprüft werden muss. Nur am Rande sei erwähnt, dass die Auffassung, es handele sich bei § 275 Absatz Ic Satz 2 SGB V nicht um eine Ausschlussfrist, ein gewisses Risiko für eine erhöhte Belastung der Gerichte birgt, von den ökonomischen Folgen für Krankenhäuser und Krankenkassen und damit für das gesamte Gesundheitssystem einmal abgesehen.

d) Stellungnahme

Die Autoren sehen ihre bisher dargestellten Rechtsauffassungen in dem Urteil des SozG Darmstadt bestätigt und folgen der Ansicht, dass § 275 Absatz Ic Satz 2 SGB V als Ausschlussfrist zu verstehen ist. Dieses Verständnis würde im Rechtsverkehr zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK zu

vermehrter Rechtssicherheit führen. Krankenhäuser könnten sich darauf einstellen, dass Abrechnungsfälle, die nicht innerhalb der Frist und in der vorgeschriebenen Form beanstandet werden, von den Krankenkassen (stillschweigend) endgültig akzeptiert werden. Die Praxis hat gezeigt, dass die vom Gesetzgeber vorgesehene Frist von 6 Wochen lang genug ist, um ein Prüfverfahren einzuleiten und dessen Einleitung anzuzeigen. Der Aufwand für Krankenkassen und MDK ist auch nicht als groß zu bewerten. Wegen des weiten Beurteilungsspielraumes bedarf es auf Seiten der Krankenkassen keiner aufwendigen Prüfung, und der MDK wird seiner Anzeigepflicht letztlich damit genügen, dass er eine Abschrift des Prüfauftrages an die betreffenden Krankenhäuser weiterleitet. Sollte die Frist gleichwohl als zu kurz empfunden werden, wäre im Interesse der Rechtssicherheit eine Verlängerung dieser Frist den Unwägbarkeiten eines Klageverfahrens ohne vorheriges MDK-Prüfverfahren vorzuziehen. Für die Annahme einer Ausschlussfrist spricht auch die Tatsache, dass das Formerfordernis einzuhalten „ist" (vgl. § 275 Absatz Ic Satz 2 SGB V). Rechtstechnisch handelt es sich um eine „Muss-Vorschrift", von der auch im Einzelfall nicht abgewichen werden kann. Die für die Praxis letztendlich maßgebenden Entwicklungen in der Rechtsprechung bleiben abzuwarten.

2. Akteneinsicht, Aktenübersendung

Haben Krankenkassen und MDK die 6-Wochen-Frist eingehalten, wird es erforderlich werden, dass die gesamte oder, nur in Einzelfällen, Teile der Behandlungsdokumentation dem MDK zugänglich gemacht werden müssen, damit dieser seine Fallprüfung durchführen kann. Inzwischen ist es ständige Rechtsprechung, dass die Krankenhäuser die Behandlungsdokumentation dem MDK zugänglich machen müssen. In Anlehnung an die in Fragen der Aktenübersendung instruktive Entscheidung des BSG vom 22.04.2009 – Az. B 3 KR 24/07 R – seien nachfolgend die rechtlichen Voraussetzungen und Problemfälle dargestellt:

Nach zutreffender Auffassung des 3. Senats des BSG hat das Krankenhaus

> *„als Grundlage des Prüfverfahrens […] im Rahmen der wechselseitigen Leistungsbeziehungen zur Krankenkasse diejenigen Angaben zu machen und Unterlagen beizubringen, die zur Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Einzelfall erforderlich sind."*

Rechtsgrundlage für die Auskunftspflicht der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen ist § 100 Absatz I Satz 3 SGB X mit den Einschränkungen in den Absätzen I Satz 1 Nr. 1, 2 und II. Danach haben die Krankenkassen als Leistungsträger grundsätzlich einen Auskunftsanspruch gegenüber den Krankenhäusern als Leistungserbringern, sofern nicht die genannten Einschränkungen eingreifen. Die Problematik der Selbstbelastung des Arztes in Absatz II ist nicht Gegenstand dieses Beitrages. Eine schriftliche Einwilligung nach Absatz I Satz 1 Nr.2 werden die Krankenkassen in der Regel nicht von den Versicherten einholen. Es bleibt als Einschränkung des Auskunftsanspruchs der Krankenkassen der Fall des § 100 Absatz I Satz 1 Nr.1 SGB X, wonach die Erteilung der Auskunft gesetzlich zugelassen sein muss. Nach der Entscheidung des 3. Senats sind im Rahmen eines Abrechnungsprüfungsverfahrens Zeitpunkt und Umfang der Auskunfts- und Mitwirkungspflichten der Beteiligten bei der Sachverhaltserhebung in drei Stufen zu ermitteln.

a) § 301-Datensatz

Im Sinne des § 100 Absatz I Satz 1 Nr.1 SGB X gesetzlich zugelassen ist auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung, die Übermittlung der in § 301 Absatz I Satz 1 SGB V genannten Daten durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen. Die dort abschließend und enumerativ aufgelisteten Informationen stellen aus sozialdatenschutzrechtlichen Gründen die äußere Grenze dessen dar, was die Krankenkassen über einen konkreten Behandlungsfall wissen sollen und dürfen. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers sind dies die Angaben, die die Krankenkassen benötigen, um die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zumindest vorläufig beurteilen zu können.

b) Einleitung eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs. I Nr.1 SGB V

Erschließen sich auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechungsvoraussetzungen der Krankenkassen aufgrund der Angaben des § 301-Datensatzes nicht, so ist ein Prüfverfahren gemäß § 275 Absatz I Nr.1 SGB V durch den MDK einzuleiten. Dazu sind dem MDK gemäß § 276 Absatz I Satz 1 SGB V zunächst von den Krankenkassen die ihnen zur Verfügung stehenden Behandlungsdaten vorzulegen. Dies sind insbesondere die Informationen des § 301-Datensatzes, aber unter Umständen auch Informationen aus vorangegangenen Abrechnungsfällen.

c) Auskunftspflicht der Krankenhäuser nach § 276 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V

Ist ein MDK-Verfahren fristgerecht eingeleitet und angezeigt worden, haben die Krankenhäuser auf der dritten Stufe an der weiteren Sachverhaltserhebung durch Überlassung der Behandlungsdokumentation mitzuwirken. Rechtsgrundlage für diese Mitwirkungspflicht ist § 276 Absatz II Satz 1 Halbsatz 2 SGB V. Danach sind die Krankenhäuser als Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die Prüfung und gutachterliche Stellungnahme erforderlich ist. In der Regel wird dies die gesamte Behandlungsdokumentation sein, um einen Behandlungsfall umfassend würdigen zu können.

d) Zwischenschaltung der Krankenkassen bei Übermittlung der Behandlungsdokumentation

In diesem Zusammenhang erscheint die Rechtsprechung fragwürdig, die davon ausgeht, dass die Krankenkassen Behandlungsunterlagen zur Weiterleitung an den MDK anfordern können sollen. Es mag sozialdatenschutzrechtlich unbedenklich sein, den Krankenkassen Behandlungsdokumentationen dergestalt zu übersenden, dass sie sie, ohne selber Einsicht nehmen zu können, an den MDK weiterleiten. Nachdem aber die Rechtsprechung selbst festgestellt hat, dass die Krankenkassen nicht über den erforderlichen medizinischen Sachverstand verfügen, ist fraglich, auf welcher Grundlage sie entscheiden können sollen, ob die Übersendung der gesamten oder ausnahmsweise nur die Übersendung eines Teils der Behandlungsdokumentation erforderlich im Sinne des § 276 Absatz II Satz 1 Halbsatz 2 SGB V ist. Das Problem ist deshalb virulent, weil die Krankenhäuser wegen des Sozialdatenschutzes mehr Daten als erforderlich nicht übersenden dürfen. Was erforderlich ist, kann und muss nach § 276 Absatz II Satz 1 Halbsatz2 SGB V allein der MDK beurteilen. Die Erforderlichkeitsprüfung durch den MDK sollte dieser den Krankenhäusern gegenüber begründen, damit sie ihrerseits die Möglichkeit haben, die Rechtmäßigkeit der Anforderung zu überprüfen. Dieses Überprüfungsrecht

muss den Krankenhäusern zugestanden werden, zumal sie es sind, die mit Übersendung von Behandlungsdokumentationen Gefahr laufen, die berechtigten Interessen der Versicherten auf Schutz ihrer Daten zu verletzen und sich damit unter Umständen vorwerfen lassen müssen, ordnungswidrig gehandelt zu haben.

e) Schlussfolgerungen

Es darf von den am Prüfverfahren beteiligten Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK nicht übersehen werden, dass die vorstehend besprochenen Regelungen zum Schutz und im Interesse des Versicherten implementiert wurden. Eine „großzügige Handhabung" dieser Regelungen steht keinem der Beteiligten zu. Versicherte werden in der Regel gar nicht wissen, wie mit ihren Sozialdaten verfahren wird und haben deshalb keine Möglichkeit ihre Rechte auf Sozialdatenschutz selber zu verteidigen. Die Beachtung des grundrechtlich geschützten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten liegt allein in den Händen der am MDK-Verfahren Beteiligten. Diese haben die Interessen der Versicherten stets und peinlich genau zu wahren.

Um den Anspruch auf Sozialdatenschutz der Patienten weiter zu stärken, aber auch um das MDK-Verfahren klarer und einfacher zu gestalten, wäre es wünschenswert, wenn die Rechtsprechung entschiede, dass die über den § 301-Datensatz hinausgehende Behandlungsdokumentation nur noch vom MDK angefordert und auch nur an diesen unmittelbar übersandt werden darf. Dafür spricht auch, dass der Gesetzgeber diesen Weg der Datenübermittlung zu bevorzugen scheint, wenn er in § 276 Abs. II Satz 1 Halbsatz 2 SGB V anordnet, sie habe „unmittelbar" von Krankenhaus zu MDK zu erfolgen, wenn der MDK die Behandlungsdokumentation anfordert. Es ist nicht einzusehen, warum die Unmittelbarkeit entfallen soll, wenn eine Krankenkasse aus vermeintlich eigener Kompetenz Daten für den MDK anfordert. Der MDK muss häufig weitere Daten nachfordern, um seinen Prüfauftrag erfüllen zu können. Die dadurch entstehende Verfahrensverzögerung kann nicht wünschenswert sein. Auch hier bleiben die weiteren Entwicklungen in der Rechtsprechung abzuwarten.

Zu Teil III dieses Beitrages

Der Beitrag wird fortgesetzt