

8. Deutscher Medizinrechtstag, Hamburg, 21.-22. September 2007

Die Rolle des MDK bei Beratung und Prüfung vorgeworfener ärztlicher Behandlungs- und Pflegefehler.

**Priv.-Doz. Dr. med. D. Psathakis, M.B.A., Dr. med. B. Hildebrand,
Fachbereich Ersatzansprüche des MDK Nord**

Sehr geehrte Vorsitzende, Sehr geehrte Damen und Herren,

Art und Zahl der Teilnehmer, Einrichtungen und Institutionen, welche sich mit der Qualität und damit auch dem möglichen Schaden und dessen Folgen im deutschen Gesundheitswesen befassen, wird zunehmend größer. Ich bin gebeten worden, zur Rolle des MDK, des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenversicherung, bei Beratung und Prüfung ärztlicher Behandlungs- und Pflegefehler zu referieren. Ich werde meine Ausführungen hierzu in folgende Abschnitte unterteilen:

Zu Beginn werde ich in aller Kürze Struktur und Aufgabenfelder des MDK insgesamt skizzieren, um Ihnen eine Einordnung zu ermöglichen. Es folgen einige allgemeine Informationen zur Entwicklung der Behandlungs- und Pflegefehlerbegutachtung.

Im zweiten Vortragsblock werde ich auf die konkreten gesetzlichen Bezüge zum Tätigwerden des MDK in diesem Bereich eingehen, die Vorgehensweise und Fragestellungen im Beratungs- und Begutachtungsverfahren näher erläutern und mit einigen Zahlen hinterlegen.

Bevor ich abschließend zusammenfasse, werde ich Ihnen im 3. und letzten Block einen Überblick über die verschiedenen vor- bzw. außergerichtlichen Beratungs- und Begutachtungsmöglichkeiten zu Behandlungsfehlerfragen und deren Besonderheiten zu geben.

Ich komme zum ersten Teil:

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, MDK, ist eine vom Gesetzgeber eingerichtete, durch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen umlagefinanzierte Beratungs- und Begutachtungseinrichtung. Die eigentliche Beauftragung kann dementsprechend auch nur unmittelbar durch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen erfolgen. Die MDKs sind regional gegliedert, z. B. der MDK Nord für Schleswig-Holstein und Hamburg, MDK Niedersachsen für Niedersachsen, MDK Nordrhein etc.. Der MDS mit Sitz in Essen, Ruhr nimmt koordinierende Funktion ein und berät die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Die Arbeitsfelder des MDK betreffen zum einen das SGB V, die gesetzliche Krankenversicherung und deren Schnittstellen zu den anderen Sozialversicherungsbereichen, wie Renten- und Unfallversicherung, zum anderen das SGB XI, die Pflegeversicherung. Hier die Einzelfallbegutachtung bzgl. der Pflegestufen-Empfehlungen und Prüfung der Pflegequalität ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen („Pflegeheime“).

Im Einzelnen sind aus dem SGB V, der Krankenversicherung, zu nennen die Begutachtung von Fragestellungen zu Arbeitsunfähigkeit, Vorsorge und Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfen im Krankheitsfall.

Ein stark angewachsener Bereich sind Beratungs- und Begutachtungsfragen zur Vergütung von Krankenhausleistungen, d. h. Fragen zu DRG-Prüfungen und sog. Fehlbelegungsprüfungen.

Ich komme zum Hauptthema meines Vortrages, dem Bereich Behandlungs- und Pflegefehler.

Weitere Ersatzanspruchsprüfungen betreffen z. B. gesetzliche und private Unfallversicherung, wobei diese Begutachtungsbereiche derzeit eine zahlenmäßig geringere Rolle spielen.

Die Ursprünge der Behandlungsfehlerbegutachtung liegen weit zurück. Bereits im Codex Hammurabi 1728-1686 v. Chr. werden Strafen und Kompensation im Falle „erfolgloser“

ärztlicher Behandlung beschrieben. Diese reichen von drastischen Maßnahmen wie man solle dem Arzt die Hand abschneiden bis zu schon in der damaligen Zeit offenbar möglicher Kompensation durch Zahlung, letzteres also im Grunde also bereits Regularien zivilrechtlicher Art.

Die Entwicklung der systematischen Behandlungsfehlerbegutachtung im MDK nahm 1997 Ihren konkreten Anfang mit der Gründung einer Bundesarbeitsgruppe. Es folgte 2 Jahre später ein Leitfadens, welcher die Zusammenarbeit von Kranken- und Pflegekassen und dem MDK zu diesem Arbeitsbereich regelte. Dieser Begutachtungsbereich wurde zunehmend auch extern wahrgenommen, wie entsprechende Publikationen belegen. Entsprechende Anpassungen und Neuauflagen des Leitfadens erfolgen regelmäßig.

Die Auftragsentwicklung ist durch einen kontinuierlichen Anstieg der Fallzahlen gekennzeichnet. Gewissermaßen parallel ansteigend bewegen sich die Zahlen der gerichtlichen Klageverfahren zum Arzthaftungsrecht und die aufgewendeten finanziellen Mittel für Arzthaftung.

Worin liegen nun die Ursachen der starken Zunahme in diesem Bereich, trotz zweifellos kontinuierlicher Verbesserung der Medizin? Patienten- und Verbraucherrechte haben in den letzten Jahren einen hohen gesellschaftspolitischen Stellenwert erhalten. Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich gewandelt. Der Patient von heute ist selbstbewusster, mündiger, anspruchsvoller, aber auch „klagefreudiger“, informierter und beratener geworden. Zu nennen sind im Kontext der Beratung und Prüfung Krankenkassen, Verbraucherverbände, Selbsthilfegruppen, Beratungsangebote spezialisierter Rechtsanwälte, Vereinigungen wie die Stiftung Gesundheit. Aber auch Hinweise aus der Wissenschaft über Todesfälle im Krankenhaus durch medizinische Behandlungsfehler, - erwähnt sei hier die Publikation aus dem angelsächsischen Raum mit dem denkwürdigen Titel „To err is human“ - und entsprechende Meldungen in Presse und Internet leisten sicherlich ihren Beitrag.

Darüber hinaus sind allgemeine Veränderungen unseres Gesundheitswesens von Bedeutung: Dienstleistungs- und auch Anspruchsgesichtspunkte haben ebenso zunehmendes Gewicht wie Ergebnisqualität, Risk-Management - Medizin als gefahren geneigter, zunehmend arbeitsteiliger Bereich - , wirtschaftlich-ökonomische Relevanz von Behandlungsfehlerfolgen sowohl auf Patienten- als auch auf Arzt- und Krankenhausseite in einem Gesundheitswesen, das zunehmend auch als Wirtschafts-, Wettbewerbs- und Wachstumsmarkt verstanden wird.

Ich komme zum 2. Abschnitt meiner Ausführungen: Gesetzliche Bezüge, Beratungs- und Begutachtungsverfahren des MDK, Fragestellungen, Zahlen:

Grundlage des Tätigwerdens des MDK in der Behandlungsfehlerberatung und -prüfung sind die §§ 66, 275 (3) Pkt. 4 und 294a SGB V sowie im SGB X der § 116. Den § 294a SGB V habe ich mit Klammern versehen, da er in der Praxis bisher eine geringere Rolle spielt als von vielen bei seiner Einführung und seinem Wortlaut nach erwartet. Ich werde im nachfolgenden auf die genannten §§ im Einzelnen kurz eingehen:

§ 66 SGB V:

Die Krankenkassen können die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, ..., unterstützen.

§ 115 (3) S. 7 SGB XI:

Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 SGB V gilt entsprechend.

§ 275 (3) S. 4:

Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den MDK prüfen lassen, ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§66).

§ 116 SGB X:

Ein auf anderen gesetzlichen Vorschriften beruhender Anspruch auf Ersatz eines Schadens geht auf den Versicherungsträger ...über, soweit dieser auf Grund des Schadensereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat, die der Behebung des Schadens ...dienen.

§ 294a SGB V:

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass ... oder Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind Vertragsärzte, ärztliche geleitete Einrichtungen und die Krankenhäuser nach § 108 SGB V (Zugelassene Krankenhäuser) verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen zu melden. Für die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die KVs den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen.

Als weitere sozialrechtliche §§ im Kontext sind zu nennen: §§ 197a, 275 (1), 275 (4), 277, 282 SGB V und § 100 (1) SGB X. Im Vordergrund stehen jedoch die eingangs genannten §§ 66, 275 (3) Pkt. 4, 116 und 294a.

Das Begutachtungs- und Beratungsverfahren des MDK findet in abgestufter Form statt. Am Anfang steht der Vers.-Vorwurf, ggf. bereits anwaltlich vorberaten bzw. bearbeitet, oder das krankenkassenseitige Prüfungsanliegen. Es erfolgt die erste Vorprüfung des Vorganges durch die Kranken- und Pflegekasse. Anschließend erfolgt die Vorberatung/Sichtung/Selektion gemeinsam durch Krankenkasse und MDK, entweder bei der Krankenkasse vor Ort oder in postalischer Form beim MDK. Je nach Sachlage erfolgt eine kurze handschriftliche Stellungnahme für den internen Gebrauch zwischen Krankenkasse und MDK, ein kurzes Diktat i. S. einer gutachterlichen Stellungnahme oder ein ausführliches Gutachten. In einem Teil der Fälle schließen sich weitere MDK-Stellungnahmen i. R. des Regulierungsverfahrens an.

Wichtige Voraussetzungen für eine zielführende Beratung und Begutachtung sind: Konkreter Verdacht bzw. Vorwurf gegenüber einer konkreten Behandlung oder Behandlungsabschnitt, eine konkrete, gezielte Fragestellung. Falls dies im Einzelfall Schwierigkeiten bereitet, kann diese ggf. gemeinsam erarbeitet werden. Ebenso wichtig ist die Beibringung der notwendigen Beratungs- und Begutachtungsgrundlage – der Behandlungsdokumentation.

Die Bearbeitung des Behandlungsfehlervorwurfes folgt i. d. R. folgender Grundstruktur. Was war der Anlass, die Indikation der ärztlichen Tätigkeit, um welche konkrete ärztliche Maßnahme ging es? Ist der Fehlvorwurf zu „diffus“ erfolgt die „Fokussierung“ auf die relevanten Aspekte der Behandlung. Welches vermeintlich vermeidbare und damit vorwerfbare ärztliche, medizinische Handeln beinhaltet den Fehler, d. h. wo liegt das Abweichen vom gebotenen medizinischen Standard? Und schließlich die Prüfung der medizinischen Kausalität, d. h. die Abgrenzung des medizinisch-ursächlich dem medizinisch Fehler zurechenbaren, vermeidbaren und damit zivilrechtlich zu entschädigenden Gesundheitsschadensanteils.

Bei der Abgrenzung der Kausalität ist zu berücksichtigen, dass der streitige gesundheitliche Schaden Folge der Krankheit bzw. Verletzung sein kann, oder zwar ärztliche bedingt ist, aber nicht Ausdruck eines Mangels an gebotener ärztlicher Sorgfalt ist oder aber ärztlich bedingt und Folge mangelnder und damit fehlerhafter ärztlicher Sorgfalt bzw. eines Unterschreitens des gebotenen medizinischen Standards sein kann.

Welche Eigenschaften sollte verwertbares Gutachten in Behandlungs- und Pflegefehlerfragen haben? Es sollte zweifellos sachlich und nicht emotional teilnehmend sein. Es sollte angemessen ausführlich den zugrunde liegenden medizinischen Sachverhalt beschreiben (nicht zu lang, den Leser zermürbend, aber auch nicht zu kurz), es sollte den zur Bewertung heran zu ziehenden Maßstab, eben den medizinischen Standard, darlegen. Es sollte für Nicht-Mediziner verständlich sein. Und es sollte in sich plausibel, folgerichtig und mit klarem, eindeutigem Votum zur Fragestellung abschließen.

Im Gutachten zu vermeiden sind Formulierungen wie diese: „... nicht auszuschließen, dass ..., ... vermutlich ..., es scheint... zu ..., etc..

Nun zu den versprochenen Zahlen. Bundesweit erhalten die MDKs inzwischen über 30.000 Aufträge zu Behandlungs- und Pflegefehlerfragen pro Jahr. Hiervon werden ca. 2/3 i. R. der o. g. Vorberatungen abgewickelt. In der Vorberatung resultieren 80 – 90% neg. Voten, d. h. es werden keine medizinischen Anknüpfungsgesichtspunkte oder Verdachtsmomente für einen Behandlungsfehler gesehen. Auch hieraus wird die Rolle der Vorberatung als Screening- und Steuerungsinstrument deutlich. Auf die Quote pos. zu neg. Voten bei den Begutachtungsfällen werde ich nachfolgend noch eingehen. Entsprechend münden ca. 1/3 der Fälle in ein ausführliches Gutachten. Im MDK Nord sind wir bemüht, den Proporz noch weiter zugunsten der Vorberatung und damit zugunsten der Selektion vor Begutachtung zu verschieben, um die begrenzten vorhandenen Ressourcen möglichst stark auf die behandlungsfehlerrelevanten Fälle zu konzentrieren.

Die Behandlungs- und Pflegefehlerbegutachtung verteilt sich von den Auftragszahlen her etwa 90 zu 10%. Betroffen sind sowohl der ambulante als auch der Krankenhausbereich, ebenso wie Pflegeheime.

Bei der Verteilung der betroffenen Fachgebiete von den Fallzahlen her stehen die operativen Fächer weit vorn. Dies liegt natürlich nicht daran, dass hier mehr Fehler passieren, sondern daran, dass die Folgen möglicher Fehler hier schneller und klarer augenscheinlich werden und zuzuordnen sind. Die Geburtshilfe habe ich gesondert markiert, da hier eine Besonderheit zu beachten ist. Zwar sind die Fallzahlen in der Geburtshilfe deutlich niedriger, die Schadenssummen sind z. T. jedoch um eine 10er-Potenz höher.

Zu den Ergebnissen der Gutachten-Voten: Auf Bundesebene resultieren in 20 – 30% der Fälle positive Voten, 10 – 15% der Fälle werden als nicht zu entscheiden eingestuft. Im MDK Nord verfahren wir etwas anders, indem wir, entsprechend den Beweislastregeln, dies o. g. „nicht zu entscheidenden“ Fälle, zumindest bis ggf. weitere Erkenntnisse vorliegen, den neg. Voten zuschlagen, in dem Sinne, dass ein Behandlungsfehlernachweis nicht geführt werden konnte. Insgesamt ergeben sich also vergleichbare Quoten.

Zu den Laufzeiten: Ca. 70% der Behandlungsfehlergutachten werden im MDK Nord innerhalb von 12 Wochen erstellt. Die mittlere Laufzeit der Gutachten beträgt 10,4 Wochen. Die Laufzeiten der Vorberatungen und Stellungnahmen beträgt 1 bis 3 Wochen.

Das Qualitätsmanagement von Behandlungsfehlergutachten im MDK Nord beinhaltet folgende Komponenten: Das regelmäßige, interne, elektronische Bewerten von anonymisierten Gutachten anhand standardisierter Evaluationsfragen, die kontinuierliche, externe Bewertung der Gutachten durch die Auftraggeber anhand standardisierter Begleitbögen und 2-monatliche Qualitätszirkel. Für die o. g. kontinuierliche Bewertung durch die Auftraggeber verwenden wir diesen Bogen mit abgestuften Bewertungsmöglichkeiten (Verwertbarkeit insgesamt / Lesefreundlichkeit / Verständlichkeit / Strukturierung und Gliederung / Beurteilung und Beantwortung der Fragen /

Vollständigkeit), welcher jedem versandten Behandlungs- und Pflegefehlergutachten beigelegt wird.

Häufige Fragestellungen im Rahmen der Begutachtung von Behandlungs- und Pflegefehlern sind im Pflegefehlerbereich die Frage nach der Vermeidbarkeit der Bildung von Druckgeschwüren, Dekubitus, im Behandlungsfehlerbereich das zu späte Feststellen der richtigen Diagnose, vermeintliche Therapiefehler und mangelnde medizinische (Risiko-)Aufklärung.

Lassen Sie mich einen kurzen Exkurs zu der häufig von Versicherten- bzw. Patientenseite beklagten, unzureichenden Aufklärung machen. Der Ansatz ist in diesen Fällen häufig „... hätte ich gewusst, dass ... z. B. diese oder jene unerfreuliche Nebenwirkung oder dieses oder jenes unerfreuliche Behandlungsergebnis resultiert, ... hätte ich mich nicht operieren bzw. behandeln lassen ...“. Was kann die MDK-Beratung bzw. Begutachtung hierzu beitragen? Sie kann die sog. typischen medizinischen Risiken darlegen und in der vorgelegten Aufklärungsdokumentation abprüfen. Die abschließende Wertung jedoch, ob eine rechtlich wirksame Aufklärung i. S. einer Selbstbestimmungsaufklärung des Patienten vorlag, kann sie natürlich nicht leisten, denn diese Bewertung ist rechtlicher Natur. Auch ist zu bedenken, dass eine wirksame Aufklärung nicht zwingend schriftlich dokumentiert zu erfolgen hat. Anders ausgedrückt, die Frage „Wurde Herr oder Frau xy ausreichend aufgeklärt?“ an uns geht fehl.

Was sind nun häufige Vorwurfsauslöser auf Seiten der Versicherten bzw. Patienten? Häufig ist der Behandlungsfehlervorwurf im Grunde eine Beschwerde über mangelnde Kommunikation und Unfreundlichkeit. Der Patient, der Versicherte fühlt sich unzureichend wahrgenommen oder anderweitig ungerecht behandelt. Auch der sog. „bessere“ nachbehandelnde Arzt kommt vor: „... Wer hat Sie denn behandelt?“ oder „... jetzt wollen wir mal eine richtige Untersuchung machen ...“. Hier wird häufig verkannt, was solche Äußerungen beim Patienten induzieren. Zu nennen ist neben einem unbefriedigenden Behandlungsergebnis allerdings auch, trotz entsprechender Information, eine doch tief sitzende, „innere“ Nicht-Akzeptanz der rechtlichen Rahmenbedingungen, d. h. des dienstvertraglichen Charakters ärztlicher Tätigkeit, - „keine Erfolgshaftung!“ - Ein quasi tiefsitzendes, werkvertragliches, resultat-orientiertes, „finales“ Denken mancher Versicherter. Die Schwierigkeit ist eben, und hierbei möchten wir die gesetzliche Krankenkasse und ihre Versicherten unterstützen, die Fälle heraus zu filtern, in denen tatsächlich ein auch nachweisbarer Mangel an gebotener ärztlicher Sorgfalt dem Gesundheitsschaden zugrunde liegt, dieser somit vermeidbar gewesen wäre.

Wie geht es nach erfolgter Beratung und Begutachtung durch den MDK weiter? Bei neg. Behandlungsfehlervotum folgt i. d. R. die Beendigung der Vorganges. Die Krankenkasse berät Ihren Versicherten zu den „Erfolgsaussichten“ bzw. „Hürden“ des erhobenen Behandlungs- bzw. Pflegefehlervorwurfes. Bei positivem Behandlungsfehlervotum erfolgt die Regulierung zwischen Krankenkasse und Haftpflichtversicherung einerseits und Versichertem bzw. dem ihn vertretenden Rechtsanwalt und der Haftpflichtversicherung andererseits. In seltenen Fällen kommt es zur gerichtlichen Klärung.

Ich komme zum dritten Block meines Vortrages. Hierin möchte ich Ihnen einen orientierenden Überblick über Möglichkeiten der vor- und außergerichtlichen Regulierung geben:

Folgende Möglichkeiten gibt es, wobei ich anmerken möchte, dass dies nur eine Auswahl darstellt und die Reihenfolge der Nennung keine Wertung darstellt: Krankenkasse-MDK, Schlichtungsstellen, Verbraucherzentralen, Privat-Gutachten, wobei sich hier für den Laien das Problem ergibt, einen geeigneten Gutachter zu finden. Helfen können hierbei naturgemäß entsprechend spezialisierte und in der Materie erfahrene Anwälte, welche auch die rechtlichen Rahmenbedingungen, Beweislasten etc., realistisch

einschätzen können. Weiter zu nennen sind natürlich Stiftungen wie die Stiftung Gesundheit, Selbsthilfegruppen von Betroffenen und als ultima ratio bei Scheitern der vorgenannten Bemühungen, dann die gerichtliche Klärung.

Eine Gegenüberstellung der häufig in Anspruch genommenen Begutachtungsmöglichkeiten Krankenkasse-MDK einerseits und Schlichtungsstelle andererseits:

Beide Verfahren sind für den GKV-Patienten kostenlos. Der Bereich Krankenkasse-MDK wird durch die Beitragszahler der GKV finanziert, die Schlichtungsstellen durch die Ärztekammern und die Haftpflichtversicherer. Das Verfahren der Schlichtungsstelle ist nur mit Zustimmung aller Beteiligten, also auch der Arzt- bzw. Krankenhausesite möglich, das Krankenkassen-MDK-Verfahren dagegen auch ohne Zustimmung der Arzt- bzw. Krankenhausesite. Beide Voten binden die Parteien nicht, der Rechtsweg bleibt also offen. Zu beachten ist, dass das MDK-Verfahren die Verjährung nicht hemmt.

Geäußerte versichertenseitige Vorbehalte gegenüber dem Verfahren bei der Schlichtungsstelle sind die schon genannte Regelung, dass das Verfahren von der Zustimmung der betroffenen Arztseite abhängig ist, die Befürchtung einer gewissen „Arzt-Lastigkeit“ der Schlichtungsstelle, siehe auch Finanzierung vorherige Folie, ferner die Befürchtung einer präjudizierenden Wirkung, falls doch im Anschluss an das Schlichtungsstellenvotum noch der Rechtsweg beschritten wird.

Ich komme zum Ende und darf kurz zusammenfassen:

MDK-Beratung und Begutachtung in Behandlungs- und Pflegefehlerfragen ist für den Versicherten kostenlos, sie stellt eine Beratung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse selbst und des Versicherten durch die Kranken- und Pflegekasse dar, sie ist ein Beitrag zur vor- und außergerichtlichen Regulierung und Schlichtung und trägt damit zur Vermeidung von gerichtlichen Auseinandersetzungen und den damit verbundenen psychischen und finanziellen Belastungen bei, sie dient der Abschätzung des Prozessrisikos.

MDK-Gutachten zu Behandlungs- und Pflegefehlerfragen sind naturgemäß Parteigutachten, sie sind jedoch keine parteiischen Gutachten, da solche eine schlechte Beratung wären und damit ein vermeidbares Konflikt- und prozessuales Kostenrisiko für Versicherten und Krankenkasse auslösen würden. Die MDK-Gutachten enthalten keine Rechtsberatung, wohl aber ermöglichen sie einen vorprozessualen Einstieg in die Regulierung und eine Risikoabschätzung für Versicherten und Krankenkasse im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung.

Die abschließende Feststellung eines finanzielle Konsequenzen auslösenden Behandlungs- oder Pflegefehlers ist entweder, rechtlich wirksam, eine juristische Feststellung oder eine mit der Haftpflichtversicherung verhandelnd-regulierende Feststellung bzw. Vereinbarung. Wie eingangs bereits angedeutet, sind die MDK-Gutachten zu Behandlungs- und Pflegefehlerfragen dem Grunde nach auch für Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Risk- und ggf. Vertragsmanagement nutzbar.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.