

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss)

- 1. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 15/940 –**

Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen

- 2. zu dem Antrag der Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 15/3511 –**

Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

- 3. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Daniel Bahr (Münster), Rainer Brüderle, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 15/3995 –**

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern

A. Problem

Zu Nummer 1

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz, das am 1. Januar 1993 in Kraft getreten ist, ist ein Einschub in § 95 SGB V vorgenommen worden, der vorsieht, dass die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ab 1. Januar 1999 mit Vollendung des 68. Lebensjahres endet (§ 95 Abs. 7 Satz 2 SGB V).

Zu Nummer 2

Die Antragsteller halten die mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 eingeführte Möglichkeit für gesetzlich Versicherte, sich für die Kostenerstattung zu entscheiden, für einen Schritt in die richtige Rich-

tung, der aber zu kurz greife. Eine Zwangsberatung widerspreche dem Bild vom mündigen Bürger.

Zu Nummer 3

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich aus der Leistungspflicht der GKV herausgenommen. Die Antragsteller halten dies für einen großen Fehler, da die Rezeptpflicht ein ungeeignetes Kriterium zur Abgrenzung zwischen erstattungspflichtigen und nicht erstattungspflichtigen Arzneimitteln sei.

B. Lösung

Zu Nummer 1

Angesichts der Arztzahlenentwicklung soll der Einschub in § 95 Abs. 7 wieder gestrichen werden, damit das medizinische Wissen der über 68-jährigen Ärzte auch GKV-Patienten zur Verfügung stehen kann.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 15/940 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP

Zu Nummer 2

Alle Versicherten in der GKV sollen die Möglichkeit erhalten, im Rahmen der Kostenerstattung jeden approbierten Arzt oder Zahnarzt aufsuchen zu können, ohne sich vorher durch ihre Krankenkassen beraten lassen zu müssen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 15/3511 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU

Zu Nummer 3

Vorlage eines Gesetzentwurfs, der die Streichung des § 34 Abs. 1 Satz 1 bis 4 vorsieht.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 15/3995 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP

C. Alternativen

Annahme der Anträge.

D. Kosten

Werden in den Anträgen nicht näher beziffert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Antrag auf Drucksache 15/940 abzulehnen,
2. den Antrag auf Drucksache 15/3511 abzulehnen,
3. den Antrag auf Drucksache 15/3995 abzulehnen.

Berlin, den 12. Mai 2005

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

Klaus Kirschner
Vorsitzender

Dr. Hans Georg Faust
Berichterstatter

Bericht des Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 15/940 in seiner 51. Sitzung am 18. Juni 2003 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung überwiesen. Außerdem hat er den Antrag an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Mitberatung überwiesen.

In seiner 127. Sitzung am 24. September 2004 hat der Deutsche Bundestag den Antrag auf Drucksache 15/3511 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit überwiesen.

In seiner 157. Sitzung am 17. Februar 2005 hat der Deutsche Bundestag den Antrag auf Drucksache 15/3995 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Nummer 1

Der Antrag sieht angesichts der Arztzahlenentwicklung vor, § 95 Abs. 7 Satz 2 bis 4 SGB V zu streichen und Ärzten die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung über das 68. Lebensjahr hinaus wieder zu ermöglichen, damit das medizinische Wissen der über 68-jährigen Ärzte auch GKV-Patienten zur Verfügung stehen kann.

Zu Nummer 2

Der Antrag sieht vor, dass Versicherte die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V wählen können, ohne sich zuvor durch ihre Krankenkassen beraten lassen zu müssen. Die Wahl der Leistungserbringer soll nicht auf die Inanspruchnahme von Vertragsärzten begrenzt werden. Ferner sollten die Versicherten frei darüber entscheiden können, ob sie die Kostenerstattung für den Bereich der stationären und/oder ambulanten Versorgung insgesamt oder aber für einzelne Bereiche in der ambulanten Versorgung wählen.

Zu Nummer 3

Der Antrag sieht vor, die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel wieder zum Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen, da die Rezeptpflicht ein ungeeignetes Kriterium zur Abgrenzung zwischen erstattungspflichtigen und nicht erstattungspflichtigen Arzneimitteln sei. Sie führe insbesondere bei Versicherten mit geringem Einkommen entweder zu einer Unterversorgung, oder es komme zu einer Fehlversorgung.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat den Antrag auf Drucksache 15/940 in seiner 57. Sitzung am 11. Mai 2005 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

gegen die Stimmen der Fraktion der FDP empfohlen, den Antrag abzulehnen.

Der Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit hat den Antrag auf Drucksache 15/3511 in seiner 91. Sitzung am 11. Mai 2005 beraten und mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der CDU/CSU empfohlen, den Antrag abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die Beratung des Antrags auf Drucksache 15/940 in seiner 56. Sitzung am 3. März 2004 aufgenommen. In seiner 90. Sitzung am 16. Februar 2005 hat der Ausschuss beschlossen, eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu den Anträgen auf Drucksachen 15/940, 15/3511 und 15/3995 durchzuführen. Die Beratung der Anträge auf Drucksachen 15/3511 und 15/3995 hat er in seiner 92. Sitzung am 23. Februar 2005 aufgenommen.

Die Anhörung fand in der 98. Sitzung am 16. März 2005 statt und erstreckte sich auch auf den Antrag der Fraktion der CDU/CSU auf Drucksache 15/4135. Als sachverständige Verbände waren eingeladen: Bundesknappschaft (Bkn), Bundesverband der allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK-Bundesverband), Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-Bundesverband), Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK-Bundesverband), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK-Bundesverband), See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen (AGF), Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands e. V. (BDA), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V. (BVDD), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e. V. (BHV), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE) – Deutscher Behindertenrat, Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeuten-kammer (BPtK), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp), Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. (BDPK), Bundesverband Deutscher VersandapothekerInnen (BVDVA), Bundesverband Managed Care e. V. (BMC), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK), Bundesverband zur Wahrung ärztlicher Grundrechte, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA), Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH), Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.

(DAG SHG), Deutsche Bundesbank, Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (dbb), Deutscher Frauenrat e. V., Deutscher Generikaverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Pflegerat (DPR), Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V. (FVDZ), Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Pro Generika e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verband der Krankenversicherten Deutschlands e. V. (VKVD), Verband der privaten Krankenversicherungen e. V. (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Verband deutscher Rentenversicherungsträger e. V. (VDR), Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI), Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (VFA), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. (ZÄN), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH).

Außerdem waren als Einzelsachverständige eingeladen: Bernd Delling, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Dr. Rainer Hess und Prof. Dr. Eberhard Wille.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In der 103. Sitzung am 11. Mai 2005 hat der Ausschuss seine Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen.

Im Laufe der Ausschussberatungen wurden auch mehrere Petitionen behandelt, die den Antrag auf Drucksache 15/3995 betrafen. Darin wurde u. a. von den Petenten kritisiert, dass sie die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente selber tragen müssen, und verlangt, die Härtefallregelung zu erweitern und auch – privat – verordnete, nicht verschreibungspflichtige Medikamente als unvermeidbare finanzielle Belastung zu berücksichtigen sowie Ausnahmen zur Behandlung chronischer Erkrankungen vorzusehen. Insbesondere wurde gefordert, dass an Ichthyose Erkrankte die von ihnen benötigten Arzneimittel weiterhin von den Krankenkassen erstattet bekommen und die weitgehend nebenwirkungsfreien Naturarzneimittel erstattungsfähig sein sollten. Der Petitionsausschuss hatte hierzu eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert. Da der Antrag im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung keine Mehrheit fand, wurde den Anliegen der Petenten nicht entsprochen. Der Petitionsausschuss wird entsprechend unterrichtet.

Zu Nummer 1

In der Beratung kritisierten die Mitglieder der **Fractionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**, hinsichtlich der aufgezeigten Unterversorgung operiere die Fraktion der FDP nicht mit korrekten Zahlen. Außerdem seien die genannten Zahlen ungeeignet, die behauptete Unterversorgung zu belegen. Zwar sei die Zahl der Bewerber für das Medizinstudium gesunken, aber die Zahl der verfügbaren Studienplätze und der Absolventen in diesem Bereich sei gleich geblieben. Die Problematik einer möglichen Unterversorgung im ländlichen

Bereich sei bekannt. Wenn der Vertragsarzt bei Vollendung des 68. Lebensjahres weniger als zwanzig Jahre als Vertragsarzt tätig gewesen sei, könne die Zulassung jedoch verlängert werden. Mit Blick auf den Zeitpunkt der erfolgten Zulassung würden deshalb gerade im Osten mit dem vorgelegten Antrag keine Probleme gelöst werden. Zudem gebe es in anderen Regionen auch heute noch eine partielle Überversorgung. Es müssten deshalb andere Ansätze verfolgt werden. Es gebe z. B. bereits bestimmte Zuschläge zu Honoraren in strukturschwachen Gebieten, und im Osten sei eine Erhöhung der Gesamtvergütung um 3,8 % sichergestellt. Insgesamt müsse der Arztberuf für die Zukunft attraktiver gemacht werden. Außerdem studierten zunehmend Frauen Medizin, so dass hier Angebote geschaffen werden müssten, wo für Frauen Teilzeitarbeit möglich sei, z. B. durch die im GKV-Modernisierungsgesetz getroffenen Regelungen betreffend Medizinische Versorgungszentren.

Die Mitglieder der **Fraction der CDU/CSU** schlossen sich der Bewertung an, dass der vorgelegte Antrag nicht geeignet sei, bestehende oder drohende Unterversorgungen zu beseitigen. Mit Blick auf die jungen Kollegen, die in gesperrten Bezirken Zulassungsanträge stellten, sei seinerzeit die Altersgrenze als Ausgleich eingezogen worden. In der Tat gebe es das Problem, dass der Nachwuchs fehle, diese Situation verteile sich jedoch ungleichmäßig auf die alten und die neuen Länder. Eine vollständige Aufhebung wäre deshalb nicht Ziel führend. Allerdings sei eine Modifizierung der Regelung dergestalt vorstellbar, dass die 68-Jahres-Regelung in unterversorgten Regionen ohne Zulassungsbeschränkungen aufgehoben werden könne, um die Unterversorgung dort nicht weiter zu verschärfen. Notwendig sei jedoch ein Maßnahmenbündel, das insgesamt die Attraktivität des Arztberufes für junge Menschen verbessere. Dazu seien Vorschläge gemacht worden, und es lägen auch Gutachten über die Gründe für die mangelnde Attraktivität vor. Zu diesen Gründen gehörten schließlich nicht nur die finanziellen Perspektiven, sondern u. a. auch die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern. Es müssten auch generelle Überlegungen damit verbunden werden, wie man es mit der Krankenhausbedarfsplanung in Zukunft halten wolle. Von daher werde der Antrag abgelehnt, weil er eine „Palliativlösung“ für ein System darstelle, wo eigentlich eine „kurative Lösung“ nötig sei, die weitaus breiter angelegt sein müsste.

Die Mitglieder der **Fraction der FDP** verwiesen darauf, dass die Bundesregierung kürzlich selbst eingeräumt habe, in den einzelnen Regionen herrsche Ärztemangel, obwohl es statistisch gesehen genug Ärzte in Deutschland gebe. Deshalb müsse überlegt werden, welche Maßnahmen ergriffen werden könnten, diesen Ärztemangel zu beseitigen. Eine Möglichkeit wäre es, den Vorschlag der Streichung der Altersgrenze für Vertragsärzte ernsthaft zu prüfen, wenn man bedenke, dass viele Praxen nicht mehr besetzt werden könnten. Angesichts der jetzigen Situation müsse es darum gehen, die Versorgung im ländlichen Raum zu sichern.

Zu Nummer 2

In Bezug auf die von der Fraktion der FDP kritisierte „Zwangsberatung“ bei der Wahl des Kostenerstattungsprinzips hoben die Mitglieder der **Fractionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** hervor, dass eine Verpflichtung zur Beratung lediglich für die Krankenkassen

bestehe. Für die Patienten sei dies hingegen lediglich ein Angebot, so dass der von der Fraktion der FDP gewählte Begriff unzutreffend sei. Wenn sich ein Patient für das Kostenerstattungsprinzip entscheide, würde nur ein Teil der Kosten erstattet und der andere Teil müsse privat finanziert werden. Diese Risikoabschätzung müsse dem Einzelnen klargemacht werden, damit es nicht zu einer „Schiefelage“ komme. Es sei ferner sinnvoll, dass die Wahl der Kostenerstattung nur bei zugelassenen Leistungserbringern möglich sei; würde diese Möglichkeit auf nicht zugelassene Leistungserbringer der Forderung der FDP entsprechend ausgeweitet, könnten die Folgen für das Gesundheitssystem nicht abgeschätzt werden. Das GKV-Modernisierungsgesetz stelle zudem einen Konsens dar. Eine Ausweitung der Kostenerstattung für den gesamten Versorgungsbereich würde das ganze Gesetz „aufweichen“. Das sei natürlich von der FDP, die an den Konsensgesprächen zunächst teilgenommen habe, schließlich aber ausgestiegen sei, gewollt.

Die Mitglieder der **Fraktion der CDU/CSU** erklärten, der Antrag gehe grundsätzlich in die richtige Richtung, weil er in vielen Bereichen eine Entwicklung vorwegnehme, die mit Blick auf Europa und auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient zwangsläufig auf Deutschland zukomme. Die umfassende Einführung der Kostenerstattung könne aber erst am Ende eines Prozesses stehen. Mit dem vorliegenden Antrag würden zudem einige Problembereiche nicht geklärt. So würden die nicht zugelassenen Ärzte privilegiert, weil sie die Möglichkeit erhielten, im Rahmen der Kostenerstattung gesetzlich versicherte Patienten zu behandeln, ohne dass sie darüber hinaus dazu verpflichtet würden, sich an der Notversorgung und der Versorgung am Wochenende zu beteiligen. Dies könne letztlich das gesamte Steuerungssystem der GKV für die ambulante Versorgung in Frage stellen. Deshalb werde sich die Fraktion der CDU/CSU enthalten.

Die Mitglieder der **Fraktion der FDP** verwiesen darauf, dass es mit dem GKV-Modernisierungsgesetz im Hinblick auf die Kostenerstattung bereits eine Öffnung gegeben habe. Die Öffnung gehe aber nicht weit genug. Was für in Deutschland versicherte Patienten gelte, die sich in anderen Mitgliedsländern der EU behandeln ließen, müsse auch bei innerhalb Deutschlands in Anspruch genommenen Behandlungen möglich sein. Hier kämen jedoch massive Abschlüsse und eine „Zwangsberatung“ durch die Krankenkasse hinzu. Dies sei ungerecht und gehe aus Sicht der FDP zu weit, da die Patienten mündig seien und entscheiden können sollten, welche Leistungen sie wo in Anspruch nähmen.

Zu Nummer 3

In der Aussprache über die Forderung, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern, stellten die Mitglieder der **Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** fest, der Antrag stehe im Widerspruch zu allen anderen FDP-Anträgen, in denen Mündigkeit und Freiheit gefordert würden. Wenn nun alles erstattet werden solle, bedeute dies aber eine Einschränkung der Mündigkeit. In ganz Europa gebe es einen OTC-Bereich, in dem nicht alles erstattet werde. Nicht alle Präparate, die bisher erstattet worden seien, seien auch sinnvoll und gut. Wenn man sich die Liste der Arzneimittel anschauere, die bis zum Beginn des Jahres 2004 verordnet worden seien, müsse man entsetzt sein, denn die Nutzung von z. B. Hustensaft und Nasenspray in diesem Umfang sei nicht sinnvoll. Daraus könne jedoch auch geschlossen werden, dass es erhebliche Mitnahmeeffekte gegeben habe. Handlungsbedarf gebe es allerdings bei Allergien und Hauterkrankungen, wie z. B. der Ichthyose, wo bestimmte Mittel gerade für diese Indikation von der Kasse übernommen werden sollten. Hier seien indikationsbezogene Lösungen im OTC-Bereich nötig. Der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss arbeite jedoch bereits an einer vernünftigen Lösung.

Nach Auffassung der Mitglieder der **Fraktion der CDU/CSU** gebe es insbesondere bei der Versorgung chronisch kranker Jugendlicher mit OTC-Präparaten einen dringenden Handlungsbedarf. Dabei gehe es nicht nur um finanzielle Fragestellungen, sondern auch um politische, wie z. B. die Frage, welche Belastungen man Familien mit minderjährigen Kindern in dieser Lebensphase zumuten wolle. Derartige politische Entscheidungen könne der Gesetzgeber nicht auf den Gemeinsamen Bundesausschuss abwälzen, der eine fachlich-medizinische Zuständigkeit habe. Die Fraktion der CDU/CSU fordere deshalb eine allgemeine Anhebung der Altersgrenze auf 18 Jahre. Eine vollständige Erstattung aller OTC-Präparate sei jedoch nicht sinnvoll und werde abgelehnt. Dies habe im Übrigen auch die Fraktion der FDP bis zu ihrem Ausstieg aus den Verhandlungen zur Gesundheitsreform so gesehen.

Die Mitglieder der **Fraktion der FDP** bemerkten, Lösungen für den Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel würden sowohl innerhalb der Koalitionsfraktionen als auch innerhalb der Opposition diskutiert. Die Patienten müssten eine Chance haben, ihre Therapie mit dem Arzt zu besprechen. Diese Möglichkeit sei durch das GKV-Modernisierungsgesetz massiv eingeschränkt worden. Zudem sei die Rezeptpflicht ein ungeeignetes Kriterium, um hier politisch zu entscheiden. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel müssten deshalb wieder in das System aufgenommen werden.

Berlin, 12. Mai 2005

Dr. Hans Georg Faust
Berichterstatter

