

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(4)
vom 17.09.03

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme
des
Bundesverbandes der
Arzneimittel-Hersteller (BAH)**

**zum Gesetzentwurf
der Fraktionen SPD, CDU/CSU
und Bündnis 90/Die Grünen**

**„Entwurf eines Gesetzes
zur Modernisierung
der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)**

(Drucksache 15/1525)

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	3
A. Leistungsausschlüsse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Arzneimittel-Richtlinien (Art. 1 Nr. 18 a) aa) zu § 31 Abs. 1 Satz 1, Nr. 22 b) zu § 34 Abs. 3 SGB V und Nr. 71 a) bb) zu § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	3
B. Herausnahme rezeptfreier Arzneimittel aus der GKV-Versorgung (Art. 1 Nr. 22 a) aa) zu § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V)	4
C. Weiterentwicklung der Festbetragsregelungen (Art. 1 Nr. 23 zu § 35 SGB V)	4 - 5
D. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln (Art. 1 Nr. 25 zu § 35b SGB V)	5 - 6
E. 16%iger Herstellerrabatt auch für aut-idem-preisregulierte verschreibungspflichtige Arzneimittel (Art. 1 Nr. 95 a) und b) zu § 130a Abs. 1a und Abs. 3 SGB V)	6 - 8
F. Beibehaltung der Arzneimittelpreisverordnung für rezeptfreie Arzneimittel (Art. 24 Nr. 1 zu § 1 Abs. 4 Arzneimittelpreisverordnung - AMPPreisV)	8 - 9
G. Lockerung des Mehrbesitzverbotes (Art. 20 zum Apothekengesetz) und Einführung des Versandhandels (Art. 20 zu § 11a Apothekengesetz und Art. 23 zur Änderung von § 43 Abs. 1 Satz 1 AMG)	9 - 10

Einleitung

Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH), der in Deutschland als mitgliederstärkster Verband die Interessen von ca. 430 pharmazeutischen Unternehmen vertritt, hält an der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die sie tragenden Grundstrukturen, insbesondere am Solidaritätsprinzip fest. Nach Auffassung des Verbandes kann aber Beitragssatzstabilität in der GKV ohne gravierende strukturelle Änderungen an die sich wandelnden Lebens- und Arbeitsverhältnisse sowie an die demographische Entwicklung nicht garantiert werden. Insofern greift der vorliegende Gesetzentwurf zum GMG zu kurz.

Der BAH hat zur Gesundheitsreform weitreichende Vorschläge gemacht. Der BAH setzt sich u.a. bei grundsätzlicher Beibehaltung des Solidaritätsprinzips für mehr privatversicherungsrechtliche Elemente wie beispielsweise Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt, Wahlfreiheit für die Versicherten sowie für ein sog. Selbstmedikationsbudget ein.

Nachfolgend beschränkt der Verband seine Stellungnahme in chronologischer Reihenfolge auf diejenigen Vorschläge des Gesetzentwurfs, die den Arzneimittelbereich mittelbar oder unmittelbar betreffen.

A. Leistungsausschlüsse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Arzneimittel-Richtlinien (Art. 1 Nr. 18 a) aa) zu § 31 Abs. 1 Satz 1, Nr. 22 b) zu § 34 Abs. 3 SGB V und Nr. 71 a) bb) zu § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Diese Regelungen sehen vor, dass der neu zu schaffende Gemeinsame Bundesausschuss die Befugnis erhalten soll, über die Arzneimittel-Richtlinien (AMR) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V selbständig und eigenständig Arzneimittel sowie andere Leistungen aus der GKV-Versorgung auszuschließen.

Die AMR sind kein verfassungsrechtlich zulässiges Regelungsinstrument, um mit normativer Wirkung für alle Beteiligten den Umfang und den Inhalt der Krankenbehandlung festzulegen. Die untergesetzliche Konkretisierung vom Parlament beschlossener Gesetze durch AMR des Bundesausschusses in Gestalt allgemein verbindlicher außenwirksamer Rechtsnormen genügt nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen und ist deshalb verfassungswidrig. Dies hat Prof. Dr. Ossenbühl in seinem Rechtsgutachten vom Juli 1998 festgestellt; in der wissenschaftlichen Literatur haben die verfassungsrechtlichen Feststellungen von Prof. Dr. Ossenbühl überwiegend Zustimmung erhalten.

Forderung des BAH:

Art. 1 Nr. 18 a) aa), Nr. 22 b) und Nr. 71 a) bb) werden ersatzlos gestrichen.

B. Herausnahme rezeptfreier Arzneimittel aus der GKV-Versorgung (Art. 1 Nr. 22 a) aa) zu § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Danach werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen.

Der BAH lehnt die grundsätzliche Herausnahme rezeptfreier Arzneimittel aus der GKV-Versorgung aus folgenden Gründen ab:

1. Arzneimittelsicherheitskriterium der Rezeptpflicht kein geeigneter Maßstab für Erstattungsfähigkeit
2. Restriktive Beurteilung von Arzneimittelrisiken wegen Verschreibungspflicht bzw. Erstattungsfähigkeit
3. Keine beschwerdeadäquate Therapie mehr möglich, statt dessen Steigerung der Arzneimittelrisiken
4. Therapeutische Lücken sind unausweichlich, insbesondere bei
 - topischen Antimykotika
 - Antihistaminika zur Behandlung von Allergien
 - Schmerzmittel (zur Behandlung leichter und mittlerer Schmerzen)
 - Hauterkrankungen durch die Basis- sowie Intervalltherapie bei Neurodermitis und Psoriasis
 - alle pflanzlichen Arzneimittel usw.
5. Ausschluss nahezu aller Phytopharmaka aus der GKV-Erstattungsfähigkeit trifft vor allem mittelständische Arzneimittel-Hersteller
6. Umstellungsmarathon auf rezeptpflichtige Arzneimittel gesundheitspolitisch inakzeptabel
7. GKV-Mehrausgaben in Milliardenhöhe durch Substitution
8. BMGS könnte ohne Einvernehmen mit BMWA und ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung nach § 48 Abs. 2 AMG nicht verschreibungspflichtige und damit nicht erstattungsfähige Arzneimittel bestimmen.

Forderung des BAH:

Art. 1 Nr. 22 a) aa) wird ersatzlos gestrichen.

C. Weiterentwicklung der Festbetragsregelungen (Art. 1 Nr. 23 zu § 35 SGB V)

Art. 1 Nr. 23 sieht im Rahmen der Weiterentwicklung der Festbetragsregelungen Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel (Art. 1 Nr. 23 b) zu § 35 Abs. 1a SGB V) sowie die Absenkung der Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel in das untere Preisdrittel (Art. 1 Nr. 23 d) zu § 35 Abs. 5 SGB V) vor. Die Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel höhlen das verfassungsrechtlich garantierte Patent aus, die Drittellösung bedeutet einen gesundheitspolitisch, aber auch ökonomisch inakzeptablen Preisabsenkungsmechanismus mit Kellertreppeneffekt.

Nachdem das Bundeskartellamt im Januar 2001 die von den GKV-Spitzenverbänden damals auf der Grundlage von § 35 SGB V vorgenommenen massiven Festbetragsabsenkungen aus kartellrechtlichen Erwägungen verboten hat, haben politische Kompromissgespräche unter Leitung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt stattgefunden, die in der Verabschiedung des im August 2001 in Kraft getretenen Festbetrags-Anpassungsgesetzes (FBAG) und in der sich in § 35a SGB V niederschlagenden Übergangsregelung mündeten.

Die durch das FBAG eingeführten Bestimmungen des § 35a SGB V enthalten konkrete Definitionen der Wirtschaftlichkeitsreserven und eines ausreichenden Versorgungsangebotes sowie der Kappungsgrenzen. Insofern bestimmt § 35a Abs. 2 Satz 3 SGB V, dass mindestens ein Drittel aller Verordnungen und mindestens ein Viertel aller Packungen einer Gruppe zum Festbetrag verfügbar sein müssen. Bei der Anpassung dürfen die Festbeträge höchstens um 27,5 v.H. abgesenkt werden.

Mit dem Außerkrafttreten von § 35a SGB V lebt das „alte“ Festbetragsfestsetzungsverfahren des § 35 SGB V wieder auf, wonach in einem zweistufigen Verfahren die GKV-Spitzenverbände Festbeträge festsetzen. Die Bestimmungen in § 35 SGB V enthalten aber nicht die in § 35a Abs. 2 SGB V enthaltenen Konkretisierungen der Wirtschaftlichkeitsreserven, des ausreichenden Versorgungsangebotes sowie der Kappungsgrenzen. § 35 SGB V ist dementsprechend an die Bestimmungen in § 35a SGB V anzupassen.

Forderungen des BAH

„Art. 1 Nr. 23 b) wird gestrichen“

Art. 1 Nr. 23 d) wird wie folgt gefasst:

„§ 35 Abs. 5 SGB V ist nach Satz 2 wie folgt zu ergänzen:

„Dabei müssen mindestens ein Drittel aller Verordnungen und mindestens ein Viertel aller Packungen einer Gruppe zum Festbetrag verfügbar sein; zugleich darf die Summe der jeweiligen vom Hundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert v.H. nicht überschreiten. Bei der Anpassung dürfen die Festbeträge höchstens um 27,5 v.H. abgesenkt werden.“

D. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln (Art. 1 Nr. 25 zu § 35b SGB V)

Der BAH sieht keine Notwendigkeit für eine zentrale und damit einheitliche Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln. Durch das im SGB V in den §§ 2 Abs. 1, 12 und 70 verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot und dessen Konkretisierungen ist bereits jetzt sichergestellt, dass nur Arzneimittel mit hinreichendem therapeutischen Nutzen erstattet werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot hat im SGB V durch

- die Negativliste (§ 34)
- die Positivliste (§ 33a)
- die Arzneimittel-Richtlinien (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6)
- Arzneimittelvereinbarungen (§ 84 Abs. 1)
- arztgruppenspezifische Richtgrößen (§ 84 Abs. 6 SGB V)
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106)
- die aut-idem-Regelung (§ 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)
- die Hinweise des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur therapie- und preisgerechten Auswahl der Arzneimittel (§ 92 Abs. 2 Satz 3)
- Festbeträge (§ 35) und
- die Zuzahlung (§ 31 Abs. 3)

normative Konkretisierungen erfahren. Es besteht damit bereits jetzt im SGB V eine hohe und ausreichende Regelungsdichte, um mit Blick auf die Erstattungsfähigkeit den therapeutischen Nutzen und damit auch ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis des Arzneimittels festzustellen. Einer zusätzlichen Bewertung des Nutzen des Arzneimittels bedarf es somit nicht.

Im übrigen lässt sich die Frage, ob ein Arzneimittel für eine Behandlung zweckmäßig, ausreichend und notwendig ist, jeweils nur bezogen auf den individuellen Behandlungsfall bewerten, nicht aber pauschal für ein Arzneimittel, losgelöst von dem Behandlungsziel und dem Bedürfnisspektrum des jeweiligen Patienten (u.a. Art und Schwere der Erkrankung). Der therapeutische Nutzen eines Arzneimittels kann nur patientenorientiert beurteilt werden. Standardisierte Therapieschemen mit Standardarzneimitteln sind nicht ausreichend, um den individuellen Patienten - einen Standardpatienten gibt es nicht - zielgenau mit Arzneimitteln zu behandeln. Sachgerechtes Kriterium für die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels kann nur die belegte Wirksamkeit bei der jeweils für ein Arzneimittel beanspruchten Indikation sein.

**Forderung des BAH:
Art. 1 Nr. 25 wird gestrichen.**

E. 16%iger Herstellerrabatt auch für aut-idem-preisregulierte verschreibungspflichtige Arzneimittel (Art. 1 Nr. 95 a) und b) zu § 130a Abs. 1a und Abs. 3 SGB V)

Danach beträgt der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel im Jahre 2004 16 v.H. Der 16%ige Herstellerabschlag gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag aufgrund des § 35 oder des § 35a SGB V festgesetzt ist.

Zumindest nach der bisherigen Intention des Gesetzgebers sollen vom Herstellerrabatt nur diejenigen Arzneimittel betroffen sein, die nicht preisreguliert sind. Preisregulierungen erfolgen bisher im wesentlichen durch Festbeträge und durch die aut-idem-Regelungen. Dementsprechend sind gegenwärtig gemäß § 130a Abs. 3 SGB V Festbetragsarzneimittel und aut-idem-preisregulierte Fertigarzneimittel

vom 6%igen Herstellerrabatt ausgenommen. Der Festbetragsmarkt ist aber nicht identisch mit dem aut-idem-Markt. Eine Reihe von verordnungstarken Wirkstoffen wie z.B.

- Bisoprolol
- Cefuroxim
- Ciprofloxacin
- Moclobemid
- Norfloxacin
- Ofloxacin
- Omeprazol
- Roxithromycin
- Zolpidem
- Zopiclon

ist gegenwärtig durch Preisoberlinien der aut-idem-Regelung preisreguliert, obwohl für diese Wirkstoffe keine Festbeträge bestehen. Für diese aut-idem-Gruppen sind - bezogen auf das untere Preisdrittel - aut-idem-Preisoberlinien bestimmt worden mit der Folge, dass ca. 95% der davon betroffenen Arzneimittel unter bzw. auf dieser Preisdrittellinie liegen und damit ein erheblicher generischer Wettbewerb stattfindet. Der 6%ige Herstellerrabatt fällt für diese Arzneimittel gemäß § 130a Abs. 3 Nr. 2 SGB V nicht an.

Es wäre systemwidrig, wenn diese durch die aut-idem-Preislinien preisregulierten Arzneimittel im Jahr 2004 auf den aut-idem-reduzierten Herstellerabgabepreis nochmals einen 16%igen Zwangsrabatt leisten müssen, nur weil die Preisregulierung formal nicht durch die Festbeträge, auf deren Bildung der Hersteller keinen Einfluss hat, sondern durch die aut-idem-Regelung erfolgt.

Zusätzliche Brisanz erhält diese Problematik dadurch, dass auch im Jahre 2004 quartalsweise bereits bestehende Preisoberlinien angepasst sowie für neue aut-idem-Substanzen, für die noch keine Festbeträge bestehen, erstmals Preisoberlinien festgeschrieben werden. Zwar werden die Regelungen zur Bestimmung der oberen Preislinien des unteren Preisdrittels durch Streichung der Sätze 3 - 5 in § 129 Abs. 1 SGB V (vgl. dazu Art. 1 Nr. 92a) bb) gestrichen. Aber gemäß Art. 37 Abs. 7 des Fraktionsentwurfs - diese Vorschriften regeln das Inkrafttreten des Gesetzes - werden die Regelungen zur Bestimmung der aut-idem-Preislinien des unteren Preisdrittels erst mit dem Inkrafttreten der neuen Festbeträge im unteren Preisdrittel für Arzneimittel der Stufe 1 (wirkstoffgleiche Arzneimittel) außer Kraft treten. **Dies bedeutet, dass auch im Jahre 2004 für diejenigen aut-idem-Wirkstoffe, für die noch keine Festbeträge im unteren Preisdrittel festgesetzt worden sind, weiterhin jedes Quartal neue Preisoberlinien festgesetzt werden müssen.**

Davon ist u.a. die verordnungstarke Gruppe der Statine insbesondere mit Simvastatin betroffen, für die der Arbeitsausschuss „Arzneimittel“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BÄK) in seiner Sitzung am 1.

Juli 2003 einen Entwurf für weitere Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit beschlossen hat. Insofern werden nach einer entsprechenden Beschlussfassung des BÄK z.B. für die Statine im Jahre 2004 so lange aut-idem-Preisoberlinien festgesetzt werden, bis für das jeweilige Statin ein Festbetrag beschlossen worden ist - das Verfahren zur Bestimmung der Festbetragsgruppen sowie zur Bestimmung der Höhe des jeweiligen Festbetrages dauert erfahrungsgemäß ca. neun bis zwölf Monate. In diesem Zeitraum sind die davon betroffenen Arzneimittel aut-idem-preisreguliert und müssen zudem auf den aut-idem-reduzierten Herstellerabgabepreis einen 16%igen Rabatt an die Krankenkassen leisten.

Daher müssen auch diejenigen verschreibungspflichtigen Arzneimittel, für die die obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht worden ist bzw. die unter die sog. Fünfer-Regelung fallen (§ 130a Abs. 3 Nr. 2 SGB V) und damit preisgünstig im Sinne des SGB V sind, aus der Abschlagsregelung ausgenommen werden.

Vorschlag des BAH:

Analog der bisherigen gesetzlichen Regelung in § 130a Abs. 3 SGB V ist § 130a Abs. 3 SGB V wie folgt zu fassen:

„Art. 1 Nr. 95 b) wird wie folgt gefasst:

Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Absätze 1, 1a und 2 gelten nicht für

- 1. Arzneimittel, für die ein Festbetrag aufgrund des § 35 oder des § 35a festgesetzt ist,**
- 2. Arzneimittel, für die aufgrund von § 129 Abs. 1 Satz 4 die obere Preisoberlinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wurde, oder Arzneimittel, für die gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 keine Preisoberlinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wird.“**

F. Beibehaltung der Arzneimittelpreisverordnung für rezeptfreie Arzneimittel (Art. 24 Nr. 1 zu § 1 Abs. 4 Arzneimittelpreisverordnung - AMPPreisV)

Danach werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der AMPPreisV ausgenommen. Unabhängig davon, ob rezeptfreie Arzneimittel zu Lasten der GKV abgegeben oder im Rahmen der Selbstmedikation erworben werden, muss die AMPPreisV in der bisher gültigen Fassung auf alle rezeptfreien Arzneimittel Anwendung finden, weil

- Preisverdrängungswettbewerb auf allen Handelsstufen führt zur Reduzierung des Arzneimittelsortiments; nur noch „Spitzenprodukte“ gelangen in das Apothekensortiment, die Produktvielfalt wird eingeschränkt

- Nach den allgemeinen Marktgesetzen stiegen beispielsweise in einer Grippewelle die Preise der entsprechenden Arzneimittel schlagartig an
- Die Aufhebung der Preisbindung führt dazu, dass ein Arzneimittel in allen ca. 21.500 deutschen Apotheken und auch für jeden einzelnen Apothekenbesucher unterschiedliche Abgabepreise hat
- Gesundheits- oder verbraucherpolitische Vorteile unterschiedlicher Arzneimittelpreise sind nicht erkennbar: Sinkende Arzneimittelpreise sind nicht zu erwarten, da Preisvergleiche mangels Zugriffsmöglichkeiten bzw. Preisauszeichnungen nicht möglich sind.

Vorschlag des BAH:

Die Arzneimittelpreisverordnung, insbesondere die Zuschläge nach den §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung gelten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel fort.

Forderungen des BAH:

„Art. 24 Nr. 1 wird gestrichen.“

Folgeänderung zu Art. 24 Nr. 1 (neu)

„Die Zuschläge nach den §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung gelten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel fort.“

G. Lockerung des Mehrbesitzverbotes und Einführung des Versandhandels (Art. 20 Nr. 2, Nr. 3, Nr. 10 und Nr. 11 zum Apothekengesetz und Art. 23 Nr. 1 zur Änderung von § 43 Abs. 1 Satz 1 AMG)

Durch diese Regelungen sollen das Mehrbesitzverbot gelockert (bis zu vier Apotheken) und der Versandhandel sowie der elektronische Handel auch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln mit dem Verbraucher ermöglicht werden.

Der BAH lehnt diese "Liberalisierung der Arzneimitteldistribution" ab und spricht sich für eine Beibehaltung des gegenwärtigen Distributionssystems für Arzneimittel aus. Das deutsche System zur Distribution von Arzneimitteln ist geschichtlich gewachsen und hat sich bewährt. Es besteht der Grundsatz der Apothekenpflicht und ein Versandhandelsverbot. Gleichzeitig unterliegen die Apotheker einem Fremd- und Mehrbesitzverbot. Ärzte dürfen grundsätzlich keine Arzneimittel an den Endverbraucher abgeben; sie haben kein Dispensierrecht. Sollte man den Versandhandel von Arzneimitteln - auch aus dem europäischen Ausland nach Deutschland - in größerem Umfang gestatten, würde das bisherige Distributionssystem komplett in Frage gestellt werden. Unabhängig davon, welche konkreten Auswirkungen ein großflächiger Versandhandel auf

- die Arzneimittelversorgung der Verbraucher / Patienten,
- das Arzneimittelsortiment in den Offizinapotheken,

- die wirtschaftliche Situation der Apotheken und
- die Arzneimittelpreise

hätte, lehnt den Verband den mit dem Versandhandel verknüpften Systemwechsel bei der Distribution von Arzneimitteln ab.

Überdies ist vor dem Hintergrund des Binnenmarktes und des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs anerkannt, dass ein Versandhandel europarechtlich nur grenzüberschreitend ausgestaltet werden kann. Daher kann jede (EG-)ausländische Apotheke oder sonstige Betriebsstätte, die die innerstaatlichen Anforderungen für den Versandhandel erfüllt, auch Arzneimittel nach Deutschland versenden. Das gilt auch dann, wenn die Anforderungen an den Versandhandel in den anderen EG-Mitgliedstaaten nicht so weit reichen und detailliert sind wie dies vor allem in der Apothekenbetriebsverordnung für deutsche Apotheken geregelt ist.

Während also deutsche Apotheken unter allen Aspekten, vor allem aber unter dem Aspekt der Arzneimittelsicherheit sehr hohe Anforderungen zu erfüllen haben, können ausländische Apotheken ohne Erfüllung dieser Anforderungen Arzneimittel nach Deutschland versenden. Dies wird zur Folge haben, dass entsprechende Anreizsysteme der Krankenkassen Ärzte bzw. Patienten in verstärktem Maße anhalten, Arzneimittel in großem Umfange im Wege des Versandes von ausländischen Apotheken oder Betriebsstätten zu beziehen. Damit würde den deutschen Apotheken, die zwingend die strengen deutschen apothekenrechtlichen Bestimmungen für den Versandhandel erfüllen müssen, die wirtschaftliche Grundlage entzogen. Eine reibungsvolle Arzneimittelversorgung durch deutschen Apotheken wäre dann gefährdet.

Forderung des BAH:

Art. 20 Nr. 2, Nr. 3, Nr. 10 und Nr. 11 und Art. 23 Nr. 1 werden gestrichen.

Bonn, 16.09.2003
Dr.K./En