

# **Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes**

**zum Referentenentwurf einer  
Verordnung über die Mindestanforderungen der Informa-  
tionen nach § 73 Absatz 9 Satz 2 SGB V in elektronischen  
Programmen für die Verordnung von Arzneimitteln durch  
Vertragsärzte und zur Veröffentlichung der Beschlüsse  
nach § 35a Absatz 3a SGB V  
(Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung –  
EAMIV)**

Stand 15.11.2018

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299  
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



## I. Vorbemerkung:

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) wurde die Grundlage für die nun vorliegende Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung geschaffen. Mit dieser soll der Transfer von Informationen vor allem zu den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur frühen Nutzenbewertung in die Arztpraxis nachhaltig gestärkt werden. Der AOK-Bundesverband begrüßt und unterstützt dieses Ansinnen nachdrücklich! Denn bislang ist das detaillierte Wissen um die Beschlussinhalte und deren Hintergründe in der Versorgungspraxis zu wenig präsent. Um das Wissen von Ärztinnen und Ärzten zu verbreitern und ihre informierten Entscheidungen zu unterstützen, ist eine einheitliche, leicht lesbare und verständliche sowie in der Verordnungssituation präsente Information zu den oftmals sehr komplexen Sachverhalten hilfreich und notwendig.

Damit die Verordnung erfolgreich zur Verbesserung der Qualität in der Arzneimittelversorgung beitragen kann, muss sie aus Sicht des AOK-Bundesverbandes vor allem zwei Anforderungen gerecht werden: Zum einen sollten die Ärztinnen und Ärzte stets Informationen auf dem aktuellen Stand erhalten und zum anderen benötigen sie einen Überblick über den Stellenwert des Arzneimittels im Therapiegebiet entsprechend der Bewertungen des G-BA. So sollte ein Arztinformationssystem Recherchen zu einzelnen Arzneimitteln wie auch zu Therapiealternativen effektiv unterstützen. Zur passgenauen Information der Ärztinnen und Ärzte über die Bewertungen des G-BA ist eine Differenzierung der Bewertung entsprechend der betrachteten Patientengruppen im Krankheitsgebiet entscheidend. Dabei wird die vorgesehene Aufteilung entsprechend der ICD-10-GM alleine nicht hinreichend sein. Dies gilt vor allem dann, wenn mehrere Patientengruppen unter eine ICD-10-GM fallen. Für die Einschätzung der Aktualität der G-BA Beschlüsse sind die Angabe von Geltungsdauer und Befristung hilfreich. Darüber hinaus könnte die Angabe des Beschlussdatums sowie ein Hinweis, falls die Bewertung nicht gegenüber einer aktuellen zweckmäßigen Vergleichstherapie erfolgt ist, diese Einschätzung noch wesentlich erleichtern.

Um eine übersichtliche, präzise Information in der ärztlichen Praxissoftware zu gewährleisten, sollte der G-BA selbst in einem Anforderungs- und Funktionskatalog eine sinnvolle Hierarchisierung der Mindestangaben definieren. Als bessere Orientierungshilfe für die Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels sollten nicht nur die Jahrestherapiekosten, sondern die Kosten der tatsächlichen Behandlungsdauer abgebildet werden.

Nachfolgend wird zu den Regelungen des Entwurfs der „Verordnung über die Mindestanforderungen der Informationen nach § 73 Absatz 9 Satz 2 SGB V in elektronischen Programmen für die Verordnung von Arzneimitteln durch Vertragsärzte und zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3a SGB V“ im Einzelnen Stellung genommen.

Ergänzend wird angeregt, eine einheitliche maschinenlesbare Abbildung aller Angaben der Arzneimittelrichtlinie im Zuge der Digitalisierung vorzunehmen.

## II. Referentenentwurf EAMIV

### § 2 Mindestanforderungen an elektronische Programme

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Es sollen zusätzliche Informationen zu den Ergebnissen der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V strukturiert in die Arztinformationssysteme Eingang finden, um deren Berücksichtigung im Versorgungsgeschehen zu erhöhen. Vorgeschlagen werden hierzu eine Reihe detaillierter Angaben, über deren Vernetzung Recherchen ermöglicht werden sollen. Dabei soll bei der Anzeige eines Wirkstoffs oder Arzneimittels ein Hinweis auf eine vorliegende Bewertung erfolgen. Weitere Informationen und Funktionalitäten sind zulässig, jedoch nicht zwingend vorgesehen.

#### B Stellungnahme

Das Ziel einer in den Arztinformationssystemen präsenten und für den Arzt gut les- und wahrnehmbaren Information zu den Ergebnissen und dem aktuellen Stand der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V ist sehr zu befürworten. Denn bislang waren die in Softwareprogrammen vorhandenen Verweise auf den G-BA-Beschluss für den Arzt wenig hilfreich, da dieser aufgrund seiner Komplexität nicht praktikabel für eine Information in einer konkreten Versorgungssituation war. Die nunmehr vorgesehenen Inhalte, die im Arztinformationssystem abgebildet werden sollen, sind grundsätzlich zu begrüßen, denn sie werden das Ziel einer breiten Information der Ärzteschaft über den aktuellen Stand der Nutzenbewertung deutlich verbessern. Es sind jedoch weitere Ergänzungen bzw. Konkretisierungen erforderlich, damit Ärztinnen und Ärzten die für sie im jeweiligen Verordnungskontext wichtigen Informationen aus den G-BA-Bewertungen passgenau erhalten.

##### 1. Anzeige der relevanten G-BA-Bewertungen bei Vorliegen der entsprechenden Indikationsgebiete und Hierarchisierung der Informationen

Bislang beschränkt der Referentenentwurf eine Anzeige der Informationen aus den G-BA-Bewertungen auf die jeweiligen Wirkstoffe bzw. Arzneimittel. Dies greift jedoch zu kurz, denn soweit ein neues Arzneimittel nicht konkret vom Arzt angesteuert wird, wird die ggf. für die Verordnungssituation nützliche Information aus anderen G-BA-Bewertungen im Anwendungsgebiet nicht angezeigt. Hier wäre eine Anpassung vorzusehen, nach der dem Arzt im Arztinformationssystem bei Aufruf entweder eines Therapiegebiets oder eines nutzenbewerteten Arzneimittels die für den konkreten Patienten im jeweiligen Anwendungsgebiet vorliegenden aktuellen G-BA-Bewertungen angezeigt werden.

Dabei sollten dem Arzt in der Verordnungssituation mögliche Therapiealternativen angezeigt werden – sinnvollerweise die vom G-BA hier benannte(n) aktuelle(n) zweckmäßigen Vergleichstherapie(n) sowie die gegen sie bewerteten Arzneimittel.

Denn gerade in Therapiegebieten, in denen in kurzer Zeit mehrere innovative Therapeutika zugelassen worden sind, kann eine alleinige Betrachtung einzelner G-BA-Beschlüsse zu falschen Schlussfolgerungen führen. Ein Nichtvorhandensein eines Zusatznutzens bedeutet gegenüber einem nur kurz vorher zugelassenen Arzneimittel mit einem Zusatznutzen auf Grundlage einer anderen zweckmäßigen Vergleichstherapie nicht zwangsläufig eine Unterlegenheit dieses Therapeutikums.

Die Angaben sollten möglichst übersichtlich aufbereitet werden, um eine schnelle und umfassende Information des Arztes zu ermöglichen. Hierzu wäre eine Hierarchisierung der angezeigten Informationen sinnvoll. Entsprechende Vorgaben für Verknüpfungen und Anzeigen könnte der G-BA in einem entsprechenden Anforderungs- und Funktionskatalog definieren.

## 2. Stärkere Differenzierung von Anwendungsgebieten

Der Referentenentwurf sieht bislang lediglich die Zuordnung einer betrachteten Patientengruppe auf der Ebene der ICD-10-GM vor. Diese ist jedoch in vielen Indikationsgebieten zu wenig differenzierend, denn die Definitionen der Patientengruppen in G-BA-Beschlüssen ist in ca. der Hälfte der Fälle komplexer, als das die ICD-10-GM aufzulösen vermag. Dabei werden die Patientengruppen auf Basis der jeweiligen Zulassung sowie der jeweiligen zweckmäßigen Vergleichstherapie oftmals beispielsweise nach Komorbiditäten, Vortherapien, Therapielinien oder Unverträglichkeiten, aber auch auf Grundlage entsprechender genetischer oder biochemischer Merkmale differenziert. Diese Vielzahl weiterer Kriterien findet bei der Definition der ICD-10-GM keine Anwendung. Wenn aber mehrere G-BA-Patientengruppen unter eine ICD-10-GM fallen und im maschinenlesbaren Datensatz keine weiteren Möglichkeiten bestehen, die Patientengruppen zu differenzieren, würde der Arzt im Verordnungsvorgang mit einer Vielzahl an G-BA-Beschlüssen konfrontiert, die ihm keine situationsadäquate Unterstützung bieten. Ein Beispiel hierfür sind die bewerteten Arzneimittel für die Therapie der chronischen Hepatitis C, bei der die ICD-10-GM keine weitere Differenzierung vorsieht, so dass die vom G-BA vorgesehene differenzierte Subgruppenbetrachtung in der Software nicht abbildbar wäre.

Eine Lösung bietet die Ergänzung der ICD-10-GM im Bedarfsfall durch die Alpha-IDs. Diese Nummernkreise werden vom DIMDI verwaltet; entsprechende Blöcke von Alpha-IDs könnten dem G-BA für den Bedarfsfall zur ergänzenden Codierung von Subgruppen zur Verfügung gestellt werden. Damit könnte der G-BA, falls notwendig, anstelle der ICD-10-GM über die Alpha-ID eine spezifische Trennung von betrachteten Patientenpopulationen vornehmen.

### 3. Zeitliche Einordnung der G-BA-Beschlüsse

Entsprechend dem Referentenentwurf soll die Aktualität der Beschlüsse lediglich mit Blick auf eine vorliegende Befristung angezeigt werden. Inwieweit der einzelne Beschluss grundsätzlich noch aktuell ist, ist sowohl aufgrund des bislang nicht mit zu übertragenden Datums, als auch mit Blick auf die fehlende Information zur Aktualität der zweckmäßigen Vergleichstherapie ggf. gar nicht identifizierbar. Denn G-BA-Bewertungen, die vor Jahren verfasst wurden, sind möglicherweise nicht mehr aktuell, jedoch liegt (bislang) keine Neubewertung des G-BA vor bzw. ist angestrebt. Dies kann v.a. anhand der Fortentwicklung der zweckmäßigen Vergleichstherapie im Anwendungsgebiet abgeleitet werden: Um dem Arzt diesen Stand anschaulich erfassbar zu machen, wäre es notwendig, dass entsprechende G-BA-Beschlüsse, bei denen sich im Anwendungsgebiet eine Entwicklung bei den zweckmäßigen Vergleichstherapien ergeben hat, durch den Verweis „nicht gegenüber der aktuellen zweckmäßigen Vergleichstherapie bewertet“ markiert werden. Ergänzend wäre zu konkretisieren, dass das Beschlussdatum jeweils mit anzugeben ist.

### 4. Ergänzende technische Vorgaben für eine einheitliche strukturierte Abbildung

Am Markt sind über 80 Hersteller von Arztinformationssystemen vertreten, die ohne konkrete Vorgaben zur Abbildung und Verlinkung jeweils eigene Lösungen definieren müssten, wie die entsprechenden G-BA-Daten in ihren Systemen aufzunehmen sind. Hier bedarf es dringend einer Konkretisierung, dass im Hinblick auf eine möglichst einheitliche Abbildung der G-BA die entsprechenden Grundsätze in einem Funktions- und Anforderungskatalog festlegt.

### 5. Weitere inhaltliche Konkretisierungen

Zur Vereinheitlichung wird angeregt, analog zur AM-NutzenV und § 35 SGB V den Begriff „patientenrelevanter Endpunkte“ zu verwenden.

Ergänzend zu den Jahrestherapiekosten des zu bewertenden Arzneimittels und dessen zweckmäßiger Vergleichstherapie sollten auch die Kosten für die tatsächliche Behandlungsdauer abgebildet werden, um vor allem bei Therapiedauern unter einem Jahr eine bessere Orientierungshilfe in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Verordnung für die Ärztinnen und Ärzte abzubilden.

## **C     Änderungsvorschläge**

**§ 2 Absatz 1 Nr. 5 wird wie folgt ergänzt:**

5. Zuordnung zum Krankheitsgebiet gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung; jeweils getrennt nach Patientengruppen; oder mittels einer Verschlüsselung durch eine vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information verwalteten interoperablen Alpha-ID, wenn die ICD-10-GM die Patientengruppen in dieser Differenzierung nicht abzubilden vermag;

**§ 2 Absatz 1 Nr. 6 wird wie folgt ergänzt:**

6. Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens mit Angabe der für den bestimmten Zusatznutzen maßgeblichen Vergleichstherapie, jeweils getrennt nach Patientengruppen;“

**§ 2 Absatz 1 Nr. 7 wird wie folgt geändert:**

In § 2 Absatz 1 Nummer 7 werden die Worte „für den Zusatznutzen relevanten klinischen Endpunkte“ durch die Worte „patientenrelevanten Endpunkte“ ersetzt.

**§ 2 Absatz 1 Nr. 9 wird wie folgt ergänzt:**

9. Datum des Beschlusses, Geltungsdauer des Beschlusses, Angaben zu einer Befristung sowie den wesentlichen Gründen der Befristung und etwaiger noch ausstehenden Daten oder laufenden Studien, jeweils getrennt nach Patientengruppen; Angabe, ob die Bewertung gegenüber einer aktuellen zweckmäßigen Vergleichstherapie erfolgt ist

**§ 2 Absatz 1 Nummer 14 wird wie folgt ergänzt:**

14. die Jahrestherapiekosten des Arzneimittels und, soweit vorhanden, die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie sowie die Angabe der Kosten pro tatsächlicher Behandlungsdauer des Arzneimittels und, soweit vorhanden, der Kosten pro tatsächlicher Behandlungsdauer der zweckmäßigen Vergleichstherapie bei tatsächlicher Therapiedauer von unter einem Jahr;

§ 2 wird um einen neuen Absatz 2 ergänzt, die weiteren Absätze verschieben sich in der Nummerierung:

Für die in Absatz 1 gemachten Angaben gelten für die Abbildung in den Praxisverwaltungssystemen, dass mindestens die folgenden Informationen obligatorisch anzuzeigen sind: Nummern 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11 und 12. Das Nähere

regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in dem Anforderungs- und Funktionskatalogs nach § 3 Absatz 3.

**§ 2 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:**

Die Informationen nach Nummer 1 bis 15 sind entsprechend den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 3 Abs. 3 so zu implementieren, dass sie eine Recherche erlauben, und sind untereinander sowie mit den Beschlüssen und den damit verbundenen Arzneimitteln zu verknüpfen oder zu verlinken. Sie sind in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch monatlich gemäß den Vorgaben nach § 73 Abs. 9 SGB V auf ihre Aktualität zu überprüfen und im Falle etwaiger Änderungen zu aktualisieren.



### **§ 3 Veröffentlichung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es sollen zusätzliche Informationen zum Ergebnis der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V strukturiert in die Arztinformationssysteme Eingang finden. Dafür schafft der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Veröffentlichung einer maschinenlesbaren Version seiner Beschlüsse eine der Grundlagen.

#### **B Stellungnahme**

Wie bereits ausgeführt, ist der maschinenlesbare Datensatz des G-BA mit den Beschlussinhalten eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für die Integration der Informationen zur Nutzenbewertung in die Praxisverwaltungssysteme. Denn bislang ist nicht definiert, wer für die korrekte Integration der Informationen in die Software Sorge trägt, d.h. die Schnittstellendefinition für den maschinenlesbaren Datensatz des G-BA bereitstellt und die korrekte Implementierung der Schnittstelle gegenüber den Softwarehäusern überwacht bzw. zertifiziert.

Ohne eine entsprechende Regelung werden die Anbieter von Arztinformationssystemen eigene Standards entwickeln, wie mit dem maschinenlesbaren Datensatz des G-BA in der eigenen Software umzugehen ist: An welcher Stelle sind welche Information in welcher Ausprägung anzuzeigen? Wie ist die Verlinkung zwischen den Informationen? Dies wäre nicht sachgerecht. Daher sollte der G-BA – oder eine von ihm beauftragte Stelle – grundsätzliche Vorgaben machen; diese wären Teil des Zertifizierungskatalogs nach § 73 Abs. 9 SGB V und somit ihm Rahmen der Zertifizierung der Software zu prüfen. Hierbei wäre der Rückgriff auf bereits bestehende Entwicklungen, die im Interoperabilitätsverzeichnis gelistet sind, sinnvoll. Das Interoperabilitätsverzeichnis wurde durch den Gesetzgeber mit der Absicht geschaffen, interoperable und standardisierte Schnittstellen und Datenaustauschformate zu veröffentlichen. Kostenträger, aber auch der G-BA bei der Beurteilung von Anträgen zu Projekten im Rahmen des Innovationsfonds, sind angehalten, bei der Entwicklung oder auch teilweisen Finanzierung von IT Projekten die im Interoperabilitätsverzeichnis veröffentlichten Standards einzuhalten, um Insellösungen etc. zu vermeiden.

Zudem erscheint es für eine aktuelle Information der Ärzteschaft sinnvoll, dass neben den Kosten auch die weiteren Informationen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 5, 9, 13 und 15 im Falle einer Änderung aktualisiert werden können, ohne dass hierfür ein neuer Beschluss nach § 35a Absatz 3 SGB V zwingend notwendig wäre. Dabei könnte z.T. auf die vorliegenden Angaben nach § 131 Abs. 4 SGB V zurückgegriffen werden, denn die Angaben zum Wirkstoff und der Bezeichnung des Arzneimittels (Nummer 1) sowie der ATC-Code (Nummer 3) sind bereits heute Pflichtangaben der pharmazeutischen Unternehmer und

werden 14-tägig aktualisiert. Da der G-BA ohnehin nach § 131 Absatz 4 Satz 2 SGB V ein Recht auf Lieferung der vollständigen Preis- und Produktangaben im Wege elektronischer Datenübertragung, hat, könnte er über diesen Weg die Informationen jeweils aktuell zur Verfügung gestellt bekommen.

## C Änderungsvorschläge

### § 3 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Die maschinenlesbare Fassung der Beschlüsse ist als strukturierter Datensatz auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses in allgemein zugänglicher Form bereitzustellen. Die Informationen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 bis 15 sind so bereitzustellen, dass sie auch einzeln maschinell lesbar und referenzierbar sind. Die Zusammenfassung der tragenden Gründe soll in verständlicher Sprache und so abgefasst sein, dass diese aus sich heraus verständlich sind. Die Länge der Zusammenfassung nach § 2 Nummer 10 soll 3000 Zeichen und die Länge der Angaben nach § 2 Nummer 9 soll 1500 Zeichen nicht überschreiten. Die Angaben zu den Jahrestherapiekosten des Arzneimittels und, soweit vorhanden, den Jahreskosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie-Informationen nach § 2 Absatz 1 Nummern 1, 2, 3, 5, 9, 13, 14 und 15 sind von der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses im Anschluss an die erstmalige Festsetzung eines Festbetrags oder die erstmalige Vereinbarung oder Festsetzung eines Erstattungsbetrags in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch monatlich vierzehntägig, in der maschinenlesbaren Fassung zu aktualisieren. Die pharmazeutischen Unternehmer sind verpflichtet, die Informationen nach § 2 Absatz 1 Nummer 2 und 13 dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen.

### § 3 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt die näheren Formate und die technische Struktur des Datensatzes sowie eine entsprechende Schnittstelle für die Software nach § 73 Absatz 9, die zugehörigen Anforderungs- bzw. Funktionskataloge sowie die Regelungen zur Konformitätsüberprüfung unter Berücksichtigung der allgemein anerkannten Regeln der Technik spätestens bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in seiner Verfahrensordnung fest. Dabei sind die Regelungen gemäß § 291e verbindlich zu beachten und bereits im Interoperabilitätsverzeichnis gemeldete Formate für die Anwendung in elektronischen Programmen, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 für die Verordnung von Arzneimitteln zugelassen sind, vorzuschreiben. Die Verfahrensordnung soll auch Regelungen zur Meldung von fehlerhaften Angaben und zur Richtigstellung der maschinenlesbaren Fassung der Beschlüsse enthalten. Vor der erstmaligen Regelung des Näheren in der Verfahrensordnung des G-BA findet § 92 Absatz 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe Anwendung, dass auch den für die

Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.

### **III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes**

Für eine umfassende Information der Ärzteschaft über die Regelungen des G-BA ist es sinnvoll, neben der vorgesehenen Abbildung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3a SGB V alle Anlagen der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) im einheitlichen maschinenlesbaren Datenformat für eine elektronische Information bereitzustellen.

Nach dem Zertifizierungskatalog nach § 73 SGB V sind die Regelungen der AM-RL in den elektronischen Programmen bereits heute abzubilden. Die Abbildung erfolgt derzeit jedoch auf Grundlage der vom G-BA auf seiner Webseite zur Verfügung gestellten Informationen im nicht maschinenlesbaren Format. Die Aufbereitung dieser Informationen ist aufgrund der Medienwechsel zeitaufwendig und fehleranfällig. Eine Bereitstellung aller Inhalte der AM-RL im einheitlichen maschinenlesbaren Datenformat wäre im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens nur konsequent. Dies würde zudem sicherstellen, dass dem Arzt bzw. der Ärztin alle aktuellen Inhalte der AM-RL bei der Arzneimittelverordnung schnell und übersichtlich angezeigt werden.

#### **Änderungsvorschlag**

In § 3 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird 12 Monate nach Inkrafttreten seiner Verfahrensordnung die Informationen aller weiteren Anlagen der Arzneimittel-Richtlinie so bereitstellen, dass sie einzeln maschinenlesbar und referenzierbar sind.“