

## Telemedizin

### **Pflicht zur digitalen Verordnung: Das eRezept ist nun Standard – auch in urologischen Praxen**

von RA Tim Hesse, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund/Münster, [kanzlei-am-aerztehaus.de](http://kanzlei-am-aerztehaus.de)

Seit Beginn des Jahres 2024 sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte zur elektronischen Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel verpflichtet. Wird die Ausstellung des eRezepts nicht gewährleistet, drohen Sanktionen.

#### **Was sich ändert – und was nicht**

Mit dem kürzlich verabschiedeten Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens wurde es „offiziell“: Das eRezept ersetzt Verordnungen auf Papier. Künftig werden Rezepte nur noch auf einem Server innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) abgelegt. Arztpraxen stellen sie aus. Apotheken rufen sie ab. Patienten sollen sie per App einsehen, einlösen und auch selbst löschen können.

Die Pflicht zur eRezept-Ausstellung gilt zunächst jedoch ausschließlich für bisher über das „Muster 16“ verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel, deren Kosten die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt. Wo keine TI-Anbindung besteht (etwa bei technischen Störungen und Hausbesuchen) oder die Versichertennummer nicht bekannt ist, dürfen Verordnende noch auf Papier zurückgreifen.

eRezept-Ausstellungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung steht nichts entgegen, sofern das Praxisverwaltungssystem (PVS) sie ermöglicht. Privat Versicherte können das E-Rezept auch nutzen.

Zur Realisierung der eRezept-Prozesse in verschiedenen PVS bietet die gematik aufgezeichnete Schulungsvideos an (siehe [www.de/s10132](http://www.de/s10132)).

#### **Verordnungen, die weiterhin ausschließlich auf Papier ausgestellt werden**

- BtM-Rezepte
- T-Rezepte
- Verordnungen sonstiger nach § 31 SGB V einbezogener Produkte (wie Verbandmittel und Teststreifen)
- Hilfsmittel-Verordnungen
- Verordnungen von Sprechstundenbedarf
- Verordnungen von Blutprodukten, die von pharmazeutischen Unternehmen oder Großhändlern gemäß § 47 AMG direkt an Ärzte abgegeben werden
- Verordnungen Digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA)
- Verordnung Enteraler Ernährung
- Verordnungen zulasten sonstiger Kostenträger (Sozialhilfe, Bundeswehr etc.)
- Verordnungen für im Ausland Versicherte

#### **Praktische Umsetzung: Technik, Software, Signatur**

Elektronische Rezepte werden über die Praxissoftware mit einer qualifizierten elektronischen Signatur ausgestellt. Voraussetzung ist die Praxis-Anbindung an die TI mit einem Konnektor der Version PTV4+.

Zudem ist das entsprechende PVS-Modul freizuschalten. Die digitale ärztliche „Unterzeichnung“ erfolgt mittels des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) der zweiten Generation – in Form einer Einzel-, Stapel- oder Komfortsignatur. Wer die Komfortsignatur nutzt, muss nicht in jedem Behandlungsraum ein Kartenlesegerät vorhalten. Abgestimmt mit dem PVS ermöglicht sie die Rezeptsignatur an allen Rechnern der Praxis. Der Urologe kann so binnen 24 Stunden bis zu 250 Dokumente unterschreiben, bevor eine neue Eingabe der Signatur-PIN nötig wird. Die digitale Verordnung wird damit unmittelbar (und nicht wie bei der Stapelsignatur gesammelt zu einem bestimmten Zeitpunkt) an den eRezept-Server gesendet. Die Vorbereitung eines eRezepts können Medizinische Fachangestellte übernehmen. Wie bei allen Verordnungen muss jedoch deutlich werden, wer das Rezept anschließend geprüft, ausgestellt und unterschrieben hat. Signieren muss, wer verordnet. eRezept-Ausdrucke sind auch ohne zusätzliche handschriftliche Unterzeichnung des Ausstellenden gültig.

Zur Dauermedikation chronisch Kranker können im Einzelfall – unter Wahrung der ärztlichen Sorgfalt – bis zu vier elektronische Rezepte gleichzeitig ausgestellt werden, die der Patient nacheinander und in unterschiedlichen Apotheken einlösen kann. Ein Anspruch darauf besteht jedoch nicht. Solche Mehrfachverordnungen sollten für den Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung dokumentiert werden.

#### **Die eRezept-Einlösung**

Die Einlösung einer digitalen Verordnung in der Apotheke ist mittels

- der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) des Patienten (ohne Geheimzeileingabe),

- der eRezept-App ([das-e-rezept-fuer-deutschland.de/app](https://das-e-rezept-fuer-deutschland.de/app)) oder
- mit einem Ausdruck der Zugangsdaten zum Rezept möglich.

Wer die eRezept-App nutzt (für die Anmeldung zur Nutzung wird eine eGK mit Kontaktfunktion und PIN benötigt), empfängt für jedes verordnete Arzneimittel einen eigenen Rezeptcode. In der App können Patienten dann wählen, bei welcher Apotheke sie es einlösen möchten: entweder vor Ort oder bei einer Online-Apotheke. Wohl aufgrund des komplizierten Anmeldeprozesses kam die App bisher allerdings kaum zum Einsatz. Rezeptausdrucke sind wie gewohnt in der Apotheke vorzulegen.

### Gültigkeit und Löschung

Eine elektronische Verordnung ist stornierbar, solange sie noch nicht eingelöst wurde. Ihr Aussteller kann festlegen, ab wann bzw. wie lange sie eingelöst werden kann. Nicht eingelöste eRezepte werden **zehn Tage** nach Ablauf ihrer Gültigkeit automatisch vom TI-Server gelöscht. Die Löschung abgerufener Verordnungen erfolgt einhundert Tage nach ihrer Einlösung ebenso automatisch.

### Wie werden elektronische Verordnungen abgerechnet?

Für eRezepte, die im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) in der Praxis oder einer Videosprechstunde ausgestellt werden, fällt die Grund- oder Versichertenpauschale an. Im Falle einer digitalen Verordnung ohne persönlichen Kontakt ist der Verwaltungskomplex mit der **EBM-Nr. 01430** abrechenbar. Für bei telefonischen Beratungen ausgestellte elektronische Rezepte lässt sich die Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale nach der Nr. 01435 ansetzen.

### Vertretung und Weiterbildung

Behandelt der Vertreter eines Kollegen Versicherte in der eigenen Praxis als eigene Patienten, sind von ihm wie gewohnt die eigene LANR und BSNR zu verwenden. In Verordnungen muss nicht vermerkt werden,

dass es sich um Vertretungsfälle handelt. Erfolgt dagegen eine persönliche Vertretung in fremder Praxis, gibt der Vertreter bei der Rezeptaussstellung den Namen, die LANR und die BSNR der Praxis des Vertretenen an. In beiden Fällen kommt bei der Signatur der eHBA des Vertreters zur Anwendung. Auch Ärzte in Weiterbildung dürfen unter der LANR des verantwortlichen Weiterbildungers digital verordnen.

### Nachweispflicht und Sanktionen

Erbringer vertragsärztlicher Leistungen müssen nachweisen können, dass sie zur Ausstellung und Übermittlung elektronischer Verordnungen in der Lage sind. Misslingt der Nachweis, kann dies eine pauschale Vergütungskürzung um ein Prozent und verringerte TI-Pauschalen nach sich ziehen. Praxen, die keine verschreibungspflichtigen Arzneimittel verordnen, sind von der Nachweispflicht befreit.

### Fazit

Elektronische Verordnungen bedeuten Zeitersparnis und Arbeitsentlastung in den Praxen. Sofern es aus medizinischer Sicht vertretbar erscheint, kann die eRezept-Ausstellung ohne persönlichen Kontakt erfolgen, was Praxisbesuche zu diesem Zweck unnötig macht. Fehlerhafte Verordnungen kann der Aussteller kurzfristig löschen und korrigieren. Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sollen eRezept-Daten künftig (mit dem Einverständnis der Betroffenen) in den Medikationsplan der elektronischen Patientenakte übertragen werden, um eine verlässliche Übersicht über die Gesamtmedikation und mögliche Wechselwirkungen zu ermöglichen.

Für den Patienten werden digitale Rezepte bereits Sekunden nach der Verordnung in der App sichtbar. Über die Anwendung ist auch die Einlösung der Rezepte Familienangehöriger möglich. Um das eRezept und seine Einlöse-Möglichkeiten bei den Patienten bekannter zu machen, stellt die KBV das Info-Blatt „Der digitale Weg zum Arzneimittel“ zur Verfügung, das Sie ausdrucken und in Ihrer Praxis auslegen können (siehe [www.de/s10066](https://www.de/s10066)).

## Urinproben

### KI beschleunigt die Diagnose von Harnwegsinfekten

Der Nachweis einer Harnwegsinfektion erfolgt üblicherweise per Urinkultur. Da es sehr zeitaufwendig ist, jede Urinprobe im Detail zu untersuchen, wenden viele Labore die Durchflusszytometrie an, mit deren Hilfe eine Vorauswahl getroffen werden kann, damit offensichtlich negative oder kontaminierte Proben erst gar nicht zur Urinkultur kommen. Die Geräte zählen und klassifizieren Partikel in der Probe vollautomatisch und geben unterschiedliche Parameter aus, die dann zur Diagnose herangezogen werden können. Zur Identifikation von negativen Proben werden aber meist nur wenige dieser Parameter verwendet. Forscher wollten sehen, ob sich die Ergebnisse verbessern lassen, wenn man statt zwei oder drei auch noch andere Parameter in die Beurteilung mit einbezieht. Hierfür werteten sie 15.312 Proben von 10.534 Patienten aus. Zur Ergebniserreichung verwendeten die Forscher eine Form der KI, die sogenannte Entscheidungsbaume nutzt: Es werden nacheinander bestimmte Fragen gestellt, die beantwortet werden, um zu einem Urteil zu gelangen. Die KI gab dabei nicht nur eine Bewertung aus, sondern die Ärzte erfuhr auch, warum eine Probe als negativ kategorisiert wurde. Der Algorithmus verwendete sieben der zur Verfügung stehenden Parameter, hatte die geforderte Sensitivität von 95 % und kann die Arbeitslast von Labors um 16 % im Vergleich zu früheren Methoden verringern. Der gesamte Entscheidungsbaum wurde im *American Journal of Clinical Pathology* veröffentlicht, weshalb Anwender, die das gleiche Gerät wie das Forschungsteam verwenden, die Methodik sofort dort einprogrammieren und im medizinischen Alltag anwenden können.

#### QUELLE

- Del Ben F et al.: A fully interpretable machine learning model for increasing the effectiveness of urine screening, *American Journal of Clinical Pathology*, Volume 160, Issue 6, December 2023, Pages 620–632, [doi.org/10.1093/ajcp/aqad099](https://doi.org/10.1093/ajcp/aqad099)

## Vertragsarztrecht

**Vertragsärztliche Assistenz: Weder Weiterbildungsabschluss noch identischer Facharzttitle notwendig**

von RAin Victoria Hahn, Kanzlei am Ärztehaus, Münster, [kanzlei-am-aerztehaus.de](http://kanzlei-am-aerztehaus.de)

Qualifikationserfordernis für die Tätigkeit als Sicherstellungsassistentin gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV ist lediglich die Approbation, nicht jedoch eine abgeschlossene Weiterbildung mit Anerkennung der gleichen Facharztbezeichnung wie der beschäftigende Vertragsarzt. Dies hat das Sozialgericht (SG) München mit Urteil vom 16.05.2023 (Az. S 43 KA 98/22) entschieden.

**Der Fall**

Ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie beantragte die Genehmigung der Beschäftigung einer Fachärztin für Chirurgie als Sicherstellungsassistentin. Der Antrag wurde mangels Fachgebietsidentität abgelehnt. Am Ende klagte der Arzt auf Erteilung der Beschäftigungsgenehmigung.

**Die Entscheidung**

Das Gericht entschied zu seinen Gunsten. Aus § 32 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV ergebe sich ein Anspruch des Arztes auf Erteilung der begehrten Genehmigung während der Erziehung seiner minderjährigen Kinder für maximal 36 Monate. Dieser Zeitraum sei bislang nicht ausgereizt.

§ 32 Abs. 2 Ärzte-ZV setze weiterhin lediglich die Approbation der anzustellenden Assistentin, nicht jedoch deren abgeschlossene Weiterbildung mit Anerkennung einer bestimmten Facharztbezeichnung voraus, so das SG. Für das Erfordernis der Fachgebietsidentität von Vertragsarzt und Assistentin existiere keine Rechtsgrundlage. Dass für alle als Vertreter tätigen Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung sowie ein prinzipiell gleicher Qualifikationsstandard von Vertragsarzt und Vertreter verlangt werden, könne nicht auf (Sicherstellungs-)Assistenten übertragen werden.

Ein Verweis auf § 3 Abs. 2 Ärzte-ZV sei in § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV – anders als in § 32 Abs. 1 S. 5 Ärzte-ZV – nicht enthalten. Daher könne für eine Assistentin kein erfolgreicher Weiterbildungsabschluss und auch keine

Befugnis zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung verlangt werden.

**Anmerkungen**

Das Urteil ist nachvollziehbar und sachgerecht. Es kann Ärzten hilfreich sein, wenn allzu strenge Voraussetzungen an die Genehmigung einer Assistenz gestellt werden.

Das Bundessozialgericht (BSG) sieht in einem „Vertreter“ einen Arzt, der bei Verhinderung in Abwesenheit eines Vertragsarztes in dessen Namen die Praxis weiterführt. Dass sich ein Facharzt in der Ferienzeit nicht von einem Berufsanfänger – oder von Kollegen eines anderen Fachgebietes – vertreten lassen kann, hat das BSG schon am 14.12.2011 entschieden (Az. B 6 KA 31/10 R). Seither müssen alle als Vertreter tätigen Ärzte prinzipiell den gleichen Qualifikationsstandard aufweisen wie der zu vertretende Vertragsarzt. Zudem müssen für die Erbringung genehmigungspflichtiger (z. B. Röntgen, Sonographie etc.) bzw. sonstiger qualifikationsabhängiger Leistungen auch beim Vertreter die entsprechenden Qualifikationen vorliegen – davon hat sich der abwesende/zu vertretende Vertragsarzt im Vorfeld der Vertretung selbst zu vergewissern.

Ein „Assistent“ dagegen ist ein Arzt, der unter (An-)Leitung und Aufsicht eines Vertragsarztes gleichzeitig mit oder neben diesem tätig wird. Weil der (Sicherstellungs-)Assistent also – anders als der Vertreter – die Praxis grundsätzlich nicht allein führt, können und müssen für ihn nicht die an einen Vertreter zu stellenden Qualifikationserfordernisse gelten.

## Studie

**IPP: Nutzen der penilen Traktionstherapie ist unklar**

Die dünne Studienlage erlaubt keine abschließende Bewertung der penilen Traktionstherapie bei Induratio penis plastica (IPP). Es bleibt daher unklar, ob und wie gut die Traktionstherapie hilft, weshalb das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine Erprobungsstudie empfiehlt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte das IQWiG damit beauftragt, die penile Traktionstherapie bei Personen mit einer IPP im Vergleich zu einer Behandlung mit anderen in Deutschland verfügbaren Therapien oder keiner Behandlung zu untersuchen. Derzeit steht für die Behandlung der IPP in Deutschland keine nachweislich wirksame konservative Therapie zur Verfügung.

Das IQWiG hat zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCT) identifiziert, in denen die Traktionstherapie mit keiner Behandlung verglichen wurde. In einer dieser RCT zeigte sich nach einer dreimonatigen Traktionstherapie, dass die Behandlung eine Peniskrümmung reduzieren kann. Offen bleibt aber, ob dieser Effekt anhält. Auch zu anderen Zielgrößen wie Schmerzen, sexueller Funktion, Belastung durch Symptome und Nebenwirkungen liefern die Studiendaten keine eindeutigen Ergebnisse. Daten zur psychischen Beeinträchtigung und gesundheitsbezogenen Lebensqualität fehlen.

Aus den Studienergebnissen zur kurzfristigen Reduktion der Peniskrümmung nach dreimonatiger Behandlung lässt sich allerdings für die Traktionstherapie bei IPP ein Potenzial als erforderliche Behandlungsalternative ableiten: für Patienten, die wegen ihrer Krankheitsphase (noch) nicht für eine chirurgische Behandlung infrage kommen, oder für solche, die einen invasiven Eingriff ablehnen. Studienergebnisse lassen vermuten, dass die Erkrankung häufiger vorkommt als bisher bekannt ist und meist zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auftritt. (Quelle: IQWiG)

## Harnblasenkrebs

**Studie: Blasenerhalt mittels TUR und Radiochemotherapie ist gleichwertig zur radikalen Zystektomie**

Die Ergebnisse einer aktuellen Studie zeigen bei der Therapie des Blasenkrebs eine Gleichwertigkeit des blasenerhaltenden Vorgehens ggü. der radikalen Zystektomie im Hinblick auf das Therapieergebnis. Die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) e.V. fordert daher die Aufklärung der Betroffenen über alle Therapieoptionen.

**Hintergrund**

Für das lokal fortgeschrittene Blasenkarzinom, das in die Muskelschicht der Harnblase vorgedrungen ist, aber noch ohne Lymphknoten- und Fernmetastasen (T2-4 NO MO) gibt es zwei Behandlungsmethoden, die radikale Operation mit Entfernung der gesamten Blase (radikale Zystektomie) und ggf. (neo-)adjuvanter Chemotherapie oder eine blasenerhaltende trimodale Therapie: Zunächst wird der Tumor möglichst komplett mittels transurethraler Resektion (TUR) örtlich entfernt (Säule 1), anschließend erfolgt eine simultane Radiochemotherapie (Säulen 2 und 3). Sollte der Tumor sich nicht vollständig zurückbilden oder tritt er wieder auf, kann immer noch die radikale OP erfolgen.

Die blasenerhaltende Therapie wird zwar in der S3-Leitlinie als Alternative zur radikalen Zystektomie erwähnt, wird vielen Patientinnen und Patienten jedoch nicht angeboten. Denn ein zweites Statement suggeriert ihre Unterlegenheit, da das blasenerhaltende Vorgehen insbesondere Betroffenen mit einem schlechten Allgemeinzustand oder jenen, die eine Zystektomie ablehnen, angeboten werden sollte [1]. Doch das spiegelt laut der DEGRO eine veraltete Evidenzlage wider: frühere randomisierte kontrollierte Studien, die bei muskelinvasivem Blasenkrebs die radikale Zystektomie mit der (blasenerhaltenden) trimodalen Therapie vergleichen sollten, mussten wegen zu geringer Patientenaufnahme frühzeitig beendet werden.

**Die aktuelle Studie**

Im Mai 2023 wurden in einer großen retrospektiven Analyse aus den USA und Kanada

beide Therapieoptionen verglichen [2]. Um den Nachteil der retrospektiven Analyse auszugleichen, wurde ein komplexes statistisches Verfahren angewendet: Das *Inverse probability treatment weighting* (IPTW) kombiniert mit einem 3:1 *Propensity Score Matching* (PSM). Ausgewertet wurden 722 Betroffene (T2–T4 NO MO; alle Tumoren <7 cm), für die prinzipiell beide Therapien geeignet waren. 440 von ihnen wurden zystektomiert und 282 erhielten eine trimodale Therapie. Primärer Endpunkt war das metastasenfrem Überleben. Sekundäre Endpunkte waren das Gesamtüberleben, das krankheitsfreie und das krebspezifische Überleben. Nach PSM waren die Gruppen vergleichbar in Bezug auf Alter (im Mittel 71 Jahre), Geschlecht (25 % weiblich), Allgemeinzustand (ECOG 0 76 %) sowie Tumorstadien, Stauungsniere, Raucheranamnese, BMI und Einsatz von (neo-)adjuvanter Chemotherapie. Die mediane Nachbeobachtungszeit betrug 4,38 Jahre bzw. 4,88 Jahre.

Im Ergebnis gab es mit beiden Statistik-Methoden keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Therapieoptionen im primären Endpunkt, dem metastasenfrem Überleben. Es betrug 74 % bzw. 74–75 % in beiden Gruppen nach radikaler Zystektomie versus blasenerhaltender Therapie. Das **5-Jahres-Gesamtüberleben** dagegen war **nach blasenerhaltender Therapie signifikant länger** als nach radikaler Zystektomie (IPTW: 73 % vs. 66 %, Hazard Ratio HR 0,7, p=0,01 und PSM 77 % vs. 72 % HR 0,75; p=0,0078). Auch beim krebspezifischen Überleben zeigte sich ein Vorteil zugunsten der blasenerhaltenden Therapie, der das Signifikanzniveau nur knapp verfehlte (PSM: HR 0,73, p=0,057).

**Relevanz für die Praxis**

Diese laut den Autoren größte multizentrische Studie zum Vergleich zwischen radikaler Zystektomie und trimodaler Therapie unterstützt vorliegende vergleichende Untersuchungen sowie zahlreiche Phase 2-Studien zur trimodalen Therapie, die sehr gute Ergebnisse des blasenerhaltenden Vorgehens zeigten. Die Autoren fordern daher, dass die blasenerhaltende Therapie allen Erkrankten mit muskelinvasivem Blasenkrebs als Therapieoption angeboten werden müsse. Dies sollte aus Sicht der DEGRO ergänzt werden durch eine Vorstellung bei einem Radioonkologen, der über die Vor- und Nachteile des konservativen Vorgehens aufklären kann.

**WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- [1] S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Langversion 2.0, 2020, AWMF-Registrierungsnummer 032/0380L
- [2] Zlotta AR et al. Radical cystectomy versus trimodality therapy for muscle-invasive bladder cancer: a multi-institutional propensity score matched and weighted analysis. *Lancet Oncol* 2023 May 12; S1470-2045 (23) 00170-5 doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00170-5.

**Impressum****Herausgeber und Verlag**

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH  
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen  
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-80  
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg  
E-Mail: [uro@iww.de](mailto:uro@iww.de)

**Redaktion**

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur, verantwortlich)

**Lieferung**

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

**Hexal AG**

Industriestr. 25, 83607 Holzkirchen  
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290  
E-Mail: [service@hexal.com](mailto:service@hexal.com)

**Hinweis**

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt.

Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.

