

Für eine qualitativ hochwertige, patienten- und zukunftsorientierte Arzneimittelversorgung

Positionen des BVDAK e.V. zur Weiterentwicklung des Apothekenwesens

Wir stehen für den Erhalt der inhabergeführten Apotheke, die einen niederschweligen, schnellen und sicheren Zugang aller Bürger zur Gesundheitsberatung und Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet. Die Apotheke versteht sich als Lotse des Patienten für allgemeine gesundheitliche Anfragen.

1. Präambel

Die Bedürfnisse der Patienten ändern sich, sodass Apotheken wie alle freien Heilberufe dem Wandel unterliegen. Den Apotheken ist bewusst, welche Aufgaben die Zukunft für die flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft mit sich bringen. Dies sind insbesondere:

- Digitalisierung des Gesundheitswesens
- Verstärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Erweiterung des heilberuflichen Angebots zur Sicherung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung
- Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit
- Bereitstellung neuartiger Therapieformen, die patientenindividuell zur Anwendung zubereitet werden müssen

Im Interesse ihrer Kunden sind die Apotheken in Deutschland bereit, sich den ändernden Rahmenbedingungen zu stellen. Sie werden den Weg mitgehen und mitgestalten und ihren Beitrag leisten, um auch in Zukunft ein hohes Gesundheitsschutzniveau in Deutschland flächendeckend zu sichern. Diese Bereitschaft steht unter der Prämisse, dass zentrale Eckpunkte, die den Beruf des Apothekers als freien Beruf ausmachen, erhalten bleiben. Hierzu zählen:

- Kein Preiswettbewerb auf Ebene der preisgebundenen Arzneimittel
- Gewährleistung der Apothekenpflicht
- Sicherung der freien Arzt- und Apothekenwahl
- Stärkung des Kollektivvertragssystems
- Beibehaltung des Fremd- und Mehrbesitzverbots

Es steht das Angebot der Apotheken, sich für den Patienten als niederschwellig erreichbarer Heilberufler und damit erster Ansprechpartner für allgemeine Fragen zur Gesundheit in Ergänzung der Ärzteschaft zu positionieren. Als Lotse übernehmen die Apotheken insoweit Verantwortung für die Versorgung im Umfeld der Apotheke – auch dort,

wo keine Ärzte mehr zur Verfügung stehen. Hierzu gehört auch die Bereitschaft, entsprechende Dienstleistungen anzubieten.

2. Honorarreform der Apothekerschaft

Zur Gewährleistung der niederschweligen, sicheren und schnellen Versorgung aller Patienten ist eine Erhöhung des Honorars der Apotheken geboten.

2.1 Status Quo

Die Apotheken haben bereits 2004 ihren grundsätzlichen Beitrag zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben geleistet, indem ihre Vergütung vom Wert des Arzneimittels im Wesentlichen abgekoppelt und auf eine Fixvergütung umgestellt wurde. Die Steigerung der Arzneimittelpreise und damit verbundenen höheren Ausgaben für Arzneimittel der vergangenen Jahre hat sich somit im Gegensatz zur **allgemeinen Entwicklung von Preisen und Kosten nicht auf den Ertrag der Apotheken durchgeschlagen**.

Diese Fixvergütung wurde seit 2004 um lediglich einmalig ca. 3% angehoben und somit insgesamt weder dynamisiert noch an die Inflation oder Ausgabensteigerungen angepasst.

2.2 Kostensteigerung des Apothekenbetriebs

Weder die durch die Reform der Apothekenbetriebsordnung 2012 entstandenen wirtschaftlichen Mehrkosten – QMS, Barrierefreiheit, Dokumentation –, der erhebliche bürokratische Aufwand bei der Umsetzung der Rabattverträge zwischen GKV und Arzneimittelherstellern¹, noch die regelmäßigen Anpassungen der Gehälter der Mitarbeiter, zuletzt im August 2018 um weitere 3 %, wurden ausgeglichen. An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass Apotheken insbesondere **hochqualifizierten Frauen sichere Arbeitsplätze** garantieren, bei denen eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch flexible Arbeitszeiten gewährleistet wird. Durch die Umsetzung von Securpharm ab Februar 2019 werden weitere Dokumentationspflichten entstehen, die ebenfalls Kosten verursachen werden.

Das Honorargutachten im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums (BMWi) kommt zu dem Ergebnis, dass die **Apotheken insgesamt zu wenig Honorar** erhalten. Dieser Punkt wurde in der öffentlichen Diskussion leider bisher nicht angemessen berücksichtigt, da nur die vermeintlich zu hohe packungsbezogene Honorierung betrachtet wurde, die erheblichen Defizite im Zusammenhang mit anderen Leistungen jedoch unberücksichtigt geblieben sind. Daher bestehen die von der GKV ausgerufenen *Wirtschaftlichkeitsreserven* tatsächlich nicht.

¹ Die erheblichen Einsparungen, die der GKV durch die Rabattverträge gelungen sind, wären ohne diesen Einsatz der Apotheken nicht möglich gewesen.

2.3 Anpassung des allgemeinen Honorars

Am grundsätzlichen, packungsbezogenen Vergütungssystem soll festgehalten werden, da es sich seit 2004 bewährt und einen **Beitrag geleistet hat, die Gesamtausgaben im Bereich der Arzneimittelversorgung zu begrenzen**. Das Honorar ist zu erhöhen und für die Zukunft zu dynamisieren. Damit wird sichergestellt, dass die über den packungsbezogenen Aufwand hinaus damit abgegoltenen zusätzlichen, dem Gemeinwohl dienenden Aufgaben der Apotheken, weiter finanziert werden können.

Im Hinblick auf die Angemessenheit ist der BVDAK in der Lage und bereit, über die zusammengeschlossenen Kooperationen und Apotheken Zahlen über den Aufwand der Arzneimittelabgabe zur Verfügung zu stellen.

Nicht zielführend erscheinen Bestrebungen, wie im Honorargutachten vorgenommen, die Honorierung der Apotheken kleinteilig in eine Vielzahl von Leistungen aufzuspalten. Denn einerseits hat sich die bisherige Art der Honorierung bewährt. Andererseits wäre eine weitergehende Aufspaltung mit zusätzlichem bürokratischem Aufwand sowohl auf Seiten der Apotheken als auch auf Seiten der Krankenkassen verbunden, sodass hiermit keine finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems verbunden wäre. Die geforderte *Entflechtung des Apothekenhonorars* ist nichts anderes als die Forderung nach mehr Bürokratie.

2.4 Rezepturhonorar

Eine deutliche Anhebung des Rezepturhonorars ist nach Ansicht des BVDAK Grundvoraussetzung, damit **Rezepturen wieder wirtschaftlich sinnvoll hergestellt werden können**. Es kann nicht sein, dass immer spezieller werdende Rezepturen von Apotheken verweigert werden müssten, da sie wirtschaftlich ein Zuschussgeschäft sind. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass gerade im Bereich der **Versorgung von Kindern** Rezepturen zunehmen, da Arzneimittelhersteller darauf verzichten oder davor zurückschrecken, Fertigarzneimittel anzubieten. Die eigentliche Leistung des Pharmazeuten, nämlich die Herstellung von individuellen Arzneimitteln, muss wieder ein Kernthema werden, nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Zahl von neuartigen Therapieansätzen. Dies muss sich auch in der Vergütung widerspiegeln.

Bei der Honorarform wird zu berücksichtigen sein, dass auch das Honorargutachten zu dem Ergebnis gekommen ist, dass Apotheken insgesamt zu wenig Honorar erhalten. Dies gilt trotz der Anpassung gerade auch für die Rezepturvergütung.

2.5 Notdiensthonorar

Eine weitere Anhebung des Notdiensthonorars ist unerlässlich, damit die flächendeckende Notdienstversorgung auch weiterhin aufrechterhalten werden kann. Zahlen zur Anpassung des Notdiensthonorars kann gerne der BVDAK zur Verfügung stellen.

2.6 Keine Null-Retaxation

Schließlich sind die steigenden Arzneimittelpreise dahingehend zu berücksichtigen, dass sich durch die vom Gesetzgeber geduldete und von den Krankenkassen nach wie vor praktizierte Null-Retaxation nicht zu akzeptierende Risiken ergeben. Wenn zum einen – zu Recht – die Vergütung des Apothekers vom Wert des Arzneimittels weitestgehend abgekoppelt wurde, kann es nicht sein, dass in Fällen von Formverstößen Krankenkassen weiter berechtigt sein sollen, nicht nur die Vergütung des Apothekers zu kürzen, sondern auch den kompletten Wert des Arzneimittels nicht zu erstatten, obgleich der Versicherte ordnungsgemäß versorgt wurde. Diese ungerechtfertigte Bereicherung zu Lasten der Leistungserbringer ist zu untersagen und eine nachträgliche Heilung von Formfehlern zu ermöglichen. Retaxationen sind auf den wirtschaftlichen Schaden der Krankenkassen zu begrenzen.

2.7 Leistungswettbewerb

Auf Ebene der Apotheken darf **Wettbewerb allein Qualitätswettbewerb** bedeuten. Ein Preiswettbewerb zwischen Apotheken widerspricht dem Ziel einer hochwertigen Arzneimittelversorgung. Zudem besteht hierfür kein Bedürfnis, da die Kostenträger über ausreichende Mechanismen verfügen, den Preiswettbewerb zwischen und mit den pharmazeutischen Unternehmen sicherzustellen.

3. Versandhandelsverbot

Der BVDAK steht nach wie vor für ein Rx-Versandverbot. Ein Verbot des Versandhandels mit preisgebundenen Arzneimitteln löst abschließend die tatsächlichen Probleme, die durch die Entscheidung des EuGH vom 19. Oktober 2016 hervorgerufen wurden. Insoweit gewährleistet das Verbot nicht nur einen fairen Wettbewerb, sondern vermeidet auch die durch den Versandhandel entstehenden Gesundheitsgefahren. Es gilt in 21 Mitgliedsstaaten der EU und **entspricht daher dem europäischen Standard**.

Tatsächlich besteht auch kein Bedürfnis für einen Versandhandel. Durch die Möglichkeit des Bodendienstes können Präsenzapotheken jederzeit ihre Patienten auch zu Hause beliefern - und in der Regel sogar schneller. Sollte die Auffassung bestehen, dass die bisherigen Regelungen zum Botendienst nicht ausreichend sind, können diese angemessen erweitert werden.

Sollte dieser konsequente Schritt im Interesse der Patientensicherheit nicht gegangen werden, so müssen die durch die Entscheidung des EuGH eingetretenen Wettbewerbsverzerrungen beseitigt werden: ausländische Versandapotheken müssen dem Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V ausdrücklich beitreten. Insoweit sind sie vertraglich verpflichtet, sich an die Vorgaben des deutschen Rechts zu halten. Dieser Bereich fällt nach Artikel 168 (7) AEUV in die **ausschließliche Zuständigkeit der Nationalstaaten**. Es bedarf allein des Willens der Vertragspartner, diese Verpflichtungen durchzusetzen. Bisher verweigert sich die GKV mit diffusen Verweisen auf das europäische Recht, ohne dass diese bisher begründet wurden. Die Politik kann und muss hier die GKV

anhalten, die Verträge gegenüber ausländischen Anbietern durchzusetzen und somit auch einen Beitrag dazu leisten, dass Art. 168 (7) AEUV gewahrt bleibt und die Missachtung nationaler Souveränität beseitigt wird.

Zudem ist zu fordern, dass der **Versand von Arzneimitteln nach den Grundsätzen der Good Distribution Practice (GDP)** erfolgt. Pharmazeutische Unternehmer, pharmazeutischer Großhandel sowie Präsenzapotheken wurden durch den Gesetzgeber in den vergangenen Jahren gezwungen, nachhaltig in die Sicherstellung zu investieren, dass Arzneimittel ordnungsgemäß, insbesondere hinsichtlich der Temperatur, gelagert und transportiert werden. Der Versand hat unter den gleichen Bedingungen stattzufinden, um insbesondere im Sommer und Winter im Interesse der Patienten zu gewährleisten, dass **Arzneimittel während des Transports in ihrer Wirksamkeit nicht beeinträchtigt** werden.

Fairer Wettbewerb mit Versandapotheken muss zugleich ein Ausdruck der Tatsache sein, dass dies **nur im Kollektivvertragssystem** stattfinden kann. Sofern teilweise von Seiten der GKV gefordert wird, Selektivverträge zuzulassen und gleichzeitig der Versandhandel aus Gründen stärkeren Wettbewerbs beibehalten werden soll, widersprechen sich diese Forderungen. Wettbewerb ohne das Kollektivvertragssystem wird es nicht geben.

4. Digitalisierung / Digitale Vernetzung der stationären Apotheken

Die Digitalisierung, einschließlich dem eRezept, wird als Chance für die stationären Apotheken verstanden. Sie muss jedoch gewährleisten, dass die Apotheke nach wie vor ihre Lotsenfunktion für den Patienten wahrnehmen kann.

Die Digitalisierung muss jedoch stets unter der **Prämisse der Patientensicherheit** gesehen werden. Durch das Internet werden erhebliche Risiken für die Verbraucher geschaffen: Neben der Möglichkeit des Vertriebs gefälschter oder nicht zugelassener Arzneimittel gehört hier auch die Falsch- oder Fehlinformation von Verbrauchern, die zu erheblichen Risiken für die Gesundheit der Betroffenen führen kann. Ferner ist sicherzustellen, dass der **Patient alleiniger Herr seiner Daten** bleibt, so wie es auch die jüngst in Kraft getretene DSGVO vorsieht. Nur so kann sichergestellt werden, dass **allein der Patient entscheidet**, welchem Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen er seine Daten und damit seine Gesundheit anvertraut.

4.1 Einführung einer einheitlichen digitalen Plattform als Voraussetzung für ein funktionierendes Medikationsmanagement

Es sollte **originäre Aufgabe der Apotheken sein, das Medikationsmanagement für Patienten sicherzustellen**. Die Apotheke in ihrer Lotsenfunktion ist Schnittstelle zwischen Patient, Angehörigen, Ärzten verschiedener Fachrichtungen sowie anderen Dienstleistern, etwa Alten- und Pflegeheimen. Voraussetzung um sicherzustellen, dass alle Beteiligten auf demselben Stand sind, ist eine **Vernetzung der Apotheken** untereinander, sodass auch andere Apotheken, in denen der Patient Arzneimittel erhält, auf diese Daten zurückgreifen können.

Der BVDAK widerspricht insoweit der Aussage, die Apotheken seien digital gut aufgestellt. Im Moment gibt es faktisch 20.000 Insellösungen. Was fehlt, ist die digitale Vernetzung der 20.000 Apotheken untereinander. Eine derartige Vernetzung könnte allerdings technisch relativ schnell realisiert werden. Die Apothekenrechenzentren könnten eine einheitliche, vorgeschriebene und standardisierte Schnittstelle zwischen den stationären Apotheken und allen künftig zugelassenen eRezept-Erstellern implementieren.

Damit aber stationäre Apotheken an Zukunftsprojekten wie eRezept, dem Abgleich von Verschreibungsdaten zwischen verschreibendem Arzt und Apotheke etc. teilnehmen können, ist eine digitale Vernetzung untereinander Grundvoraussetzung. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, können die stationären Apotheken ein nachhaltiges Medikationsmanagement sicherstellen. Medikationsmanagement ohne maßgebliche Einbeziehung der stationären Apotheken ist zum Scheitern verurteilt.

Es muss die Bereitschaft gefördert werden, ggf. bedarf es einer klaren Aufforderung durch die Politik, dass Apotheken hier künftig zusammenarbeiten müssen. Der BVDAK und die darin zusammengeschlossenen Kooperationen arbeiten bereits jetzt mit apothekenübergreifenden Lösungen und nehmen insoweit eine Vorreiterrolle der apothekenübergreifenden Vernetzung ein. Der BVDAK ist, sollte die ABDA hier „nur auf der Bremse“ stehen, bereit, die notwendigen Partner zu koordinieren, um ein einheitliches Konzept zur Verfügung zu stellen.

5. Neues Fernbehandlungsgesetz / eHealthgesetz 2 / Telemedizin / Telepharmazie

Der BVDAK fordert, dass der gesamte Bereich dringend gesetzlich und nicht nur über Berufsordnungen geregelt werden muss. Ein Fernbehandlungsgesetz – nach Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes - unter Überwachung einer staatlichen Behörde wird essentiell sein, damit einerseits innerhalb Deutschlands einheitliche Maßstäbe gelten und zudem die Interessen der Patienten auch durch eine effektive Durchsetzung der Regeln gegenüber ausländischen Anbietern gewährleistet wird. Hierzu sind die Aufsichtsbehörden als Organ zur Durchsetzung der Berufspflichten strukturell nicht in der Lage. Ferner sind angemessene Vergütungsformen zu finden, um zu verhindern, dass reine Beratungsapotheker entstehen, die nur, gegebenenfalls im Ausland, als Berater tätig sind, ohne in der Verantwortung zu stehen.

Wird dem Patienten als Teil der telemedizinischen Behandlung ein Rezept ausgestellt, so muss allein der Patient entscheiden dürfen, in welcher Apotheke er beraten werden und sein Medikament abholen möchte. **Die freie Wahl des Leistungserbringers muss unabhängig vom Vertriebsweg gewährleistet werden.** Auch im Bereich der Telemedizin dürfen Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.

6. Impfungen durch stationäre Apotheken

„Übertragbare Krankheiten überqueren Grenzen“ steht im Best Practice Papier der PGEU. Die Organisation der Offizinapotheker in Europa stellt damit klar, dass es wichtig ist, insbesondere Grippeimpfungen europaweit auszudehnen, um die **Durchimpfungsrate spürbar zu steigern**. Arztpraxen können dies – wie auch Terminknappheit und begrenzte Sprechstundenzeiten zeigen – bereits logistisch alleine nicht leisten.

Um **Ärzte zu entlasten** sollen qualifizierte und entsprechend ausgestattete Apotheken Grippeimpfungen oder andere Standardimpfungen durchführen dürfen. Zudem ist die Apotheke in ihrer Lotsenfunktion näher am Bürger dran und kann diese über die Vorteile aufklären. Bereits in zwölf europäischen Ländern wird die Grippeimpfung durch Apotheker durchgeführt und wird mehr als erwartet angenommen. Laufende Fortbildungen oder Impfkurse können hier als Grundvoraussetzung dienen. Ebenso bestimmte räumliche Voraussetzungen.

Damit es nicht gleich wieder durch die Ärzteschaft zu Forderungen nach dem Dispensierrecht kommt, bedarf es hier einer entsprechenden Begründung für diesen Vorstoß, ggf. bedarf es hier wieder einer deutlichen Klarstellung durch die Politik. Hier ist es erforderlich, den Ärzten zu vermitteln, dass die Apotheke mit diesen Dienstleistungen kein Wettbewerber ist, sondern es im Wesentlichen um Entlastung der Arztpraxen von zusätzlichen Impfkandidaten geht.

Nicht nur für Apotheken, auch für Ärzte ist die Ausweitung der Kompetenz bei gesundheitsbezogenen Angeboten eine Chance, nämlich die Chance, sich wieder verstärkt auf die Behandlung ihrer Patienten im Kernbereich konzentrieren zu können. Insoweit wird sich ein solches Projekt anbieten, als Pilotprojekt zu fungieren. (vgl. Punkt 12 (Pilotprojekte).

Es sollten Erkenntnisse in Deutschland gesammelt werden, ob die Patienten eine solche Dienstleistung annehmen werden. Honorarvorschläge kann gerne der BVDAK zur Verfügung stellen.

7. Botendienst

Der Botendienst sollte genutzt werden, um **eine zeitnahe, umfassende Versorgung** und damit ein flächendeckendes Netz anbieten zu können. Bereits durch die Novelle der Apothekenbetriebsordnung 2012 wurde das Erfordernis eines sachlichen Grundes für die Inanspruchnahme des Botendienstes aufgegeben. Nicht zuletzt um im Wettbewerb mit Versandapotheken bestehen zu können, muss dieser Weg der Liberalisierung der wohnortnahen Versorgung durch Präsenzapotheken weiter bestritten werden. Eine gesonderte Vergütung hierfür muss dem Apotheker möglich sein.

Damit können die **stationären Apotheken nicht nur dem Onlinehandel gegenüberreten**, sondern es würden auch im Moment nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlungen im Vergleich zum Versandhandel zumindest teilweise ausgeglichen werden und zudem die Funktion des Apothekers als Ansprechpartner für Gesundheitsfragen gestärkt werden.

Bereits im Gesetzesentwurf zum Versandhandelsverbot wurde insoweit weitestgehend unbemerkt die Frage der Liberalisierung des Botendienstes thematisiert. Hieran ist anzuknüpfen. Der Botendienst sollte flexibler gestaltet werden, um auf die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft sowie der Tatsache, dass in ländlichen Regionen die Wege länger werden, angemessen reagieren zu können.

8. Rezepturen

Zur flächendeckenden Versorgung von Arzneimitteln gehört auch, dass **grundsätzlich jede Apotheke in der Lage sein muss, Rezepturen anzubieten**. Diese Bereitschaft muss, wie bereits ausgeführt, durch ein angemessenes Honorar gefördert werden.

Gleichwohl kann nicht jede Apotheke immer jede **Rezeptur in der hierfür vorgesehenen Qualität** anbieten. Das OVG Niedersachsen hat bereits entschieden, dass eine Konzentration von Rezepturen innerhalb des Filialverbundes zulässig ist. Denkbar ist darüber hinaus auch eine Ausweitung der Regelungen des § 11 ApoG sowie § 11a ApoBetrO, sodass Apotheken, die nicht umfassend über die Erfahrung verfügen, derartige patientenindividuell hergestellte Rezepturen von Kollegen beziehen dürfen. Damit bleibt es im Außenverhältnis bei der flächendeckenden Versorgung, sodass jeder Apotheke jedes Arzneimittel einschließlich komplexer Rezepturen liefern kann.

9. Apothekenpersonal, Kompetenzerweiterung für PTAs

Nach speziellen, regelmäßigen Fortbildungen kann die Kompetenz von PTAs erweitert werden, sodass diese in ihren Apotheken zur Entlastung wie bspw. in der Rezeptur oder in anderen Bereichen, Aufgaben der Apotheker übernehmen können. Im ärztlichen Bereich hat sich diese Kompetenzerweiterung bereits bewährt. Die Attraktivität des Berufs würde damit unbedingt gesteigert werden.

Mit der Änderung der Apothekenbetriebsordnung 2012 wurde - wahrscheinlich unbeabsichtigt - die Möglichkeit genommen, Personal in der Apotheke zu beschäftigen, das nicht ausdrücklich in der ApoBetrO genannt ist. Diese Möglichkeit soll wieder geschaffen werden.

So ist nicht ersichtlich, warum Alten- und Krankenpfleger, die in entsprechenden Einrichtungen Arzneimittel stellen dürfen, oder Krankenschwestern, die möglicherweise Impfungen durchführen, diese Tätigkeit nicht in einer Apotheke ausüben dürfen sollen. Auch ist kein Grund ersichtlich, warum BTAs oder CTAs nicht bei der Herstellung parenteraler Zubereitungen eingesetzt werden dürfen, obgleich sie derartige Zubereitungen in Herstellerbetrieben anfertigen dürfen.

10. Sicherung der Unabhängigkeit der Apotheke

Mit Entscheidung vom 29. Mai 2018 hat der BGH entschieden, die Regelung des § 11 ApoG und das darin normierte Zuweisungsverbot gelte nicht für ausländische Anbieter. Dies ist ein fatales Signal. Nur **die Unabhängigkeit des Freiberuflers schafft das erforderliche Vertrauen** in der Bevölkerung.² Durch das in der letzten Legislaturperiode verabschiedete Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen wurde dieser Aspekt gestärkt. Insoweit bedarf es kurzfristig einer Anpassung der gesetzlichen Vorschrift unter Einbeziehung ausländischer Anbieter zur Vermeidung unlauterer Verhaltensweisen.

11. Pilotprojekte

Die Einführung von Pilotprojekten - beispielsweise für die Punkte 5-8 - genehmigt durch das BMG, wie derzeit im Saarland und Baden-Württemberg für digitale Rezeptsammelstellen, sollte bundesweit ausgedehnt werden, um eine bundesweiten Auswertung zu erhalten. Die „Lufthoheit“ und die Genehmigung liegen zentral beim BMG. Der BVDAK möchte beteiligt werden.

Im Namen des Bundesvorstandes und der Kooperationen des BVDAK e.V.



Dr. Stefan Hartmann

Gilching, den 19. September 2018

1. Vorsitzender des BVDAK e.V.

² wie sehr ein Verlust des Vertrauens die Versorgung beeinträchtigt, zeigt die sinkende Bereitschaft zu Organspenden im Anschluss an den Göttinger Klinikskandal.