

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0786(7)
vom 13.01.2005

15. Wahlperiode**

STELLUNGNAHME

**DES BUNDESVERBANDES KLINIK- UND HEIMVERSORGENDER APOTHEKER (BVKA)
ZUM ENTWURF EINES GESETZES ZUR ÄNDERUNG DES APOG**

(BT-Drucksache 15/4293 v. 29.11.2004)

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung ist insgesamt abzulehnen. Für die vorgesehene Neuordnung der Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern gibt es weder rechtlichen noch rechtspolitischen oder gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Der Entwurf ersetzt das Prinzip einer umfänglichen Arzneimittelversorgung durch eine ortsnahe Apotheke durch die Möglichkeit einer rein logistisch orientierten Arzneimittelbelieferung durch jede Apotheke in Deutschland oder der EU bzw. des EWR, wobei die Kontrolle der Arzneimittelvorräte in Krankenhäusern auf jeden beliebigen Apotheker übertragen werden kann. Arzneimittelinformation, pharmazeutische Beratung des ärztlichen und nichtärztlichen Krankenhauspersonals soll künftig vollinhaltlich nur noch in Krankenhäusern gesetzlich gewährleistet sein, die durch eine Krankenhausapotheke im Hause versorgt werden.

Der Entwurf legitimiert und privilegiert potentielle Bequemlichkeit und Sorglosigkeit auf Seiten von Krankenhausträgern und beteiligten Apotheken und würde im Falle seines Inkrafttretens unausweichlich zur Reduzierung der Arzneimittel- und Patientensicherheit führen.

I. Kein europarechtlicher Handlungszwang

Die Bundesregierung bzw. das federführende Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unterstellen, dass die geltende Regelung der ortsgebundenen pharmazeutischen Krankenhausversorgung nicht Europäischem Recht entspricht. Sie folgen damit eifertig der Auffassung der EU-Kommission, wonach durch das sogenannte „Regionalprinzip“ der Grundsatz der Freiheit des Warenverkehrs verletzt werde.

Wir bestreiten nachdrücklich, dass das geltende System der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Krankenhäusern in Deutschland gegen verbindliches Europäisches Recht verstößt. Die Behauptung in der Begründung des Gesetzentwurfs, dieser diene der Angleichung an die Vorschriften der Art. 28 bis 30 des EG-Vertrags über den freien Warenverkehr, ist zudem mehr als missverständlich.

Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder hatte demgegenüber in einem Schreiben vom 3. Juni 2004 mitgeteilt: „Ziel der Bundesregierung ist es, ein Verfahren vor dem EuGH zu verhindern.“

Da dieses politische Ziel inzwischen nicht mehr erreicht werden kann, erscheint es uns nunmehr dringend geboten, in dem laufenden Verfahren vor dem EuGH die Regelungen des § 14 ApoG gegenüber den Rechtsbedenken der Kommission zu verteidigen.

Die aktuelle Situation weist Parallelen zu dem Verfahren des EuGH über die Rechtmäßigkeit des deutschen Verbots zum Versenden von Arzneimitteln auf. Die Prognose des Ministeriums, das deutsche Versandverbot werde durch Urteil für rechtswidrig erklärt, hat sich nicht bestätigt. Tatsächlich hat die Entscheidung des EuGH vom 11. Dezember 2003 ein nationales Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für grundsätzlich zulässig erklärt. Hätte der Gesetzgeber diese Entscheidung abgewartet und in deutsches Recht umgesetzt, wären dem deutschen Gesundheitswesen die Missverständnisse, Missbräuche und Umgehungsversuche erspart geblieben, die beim Versandhandel mit Arzneimitteln nunmehr aufgrund der Rechtslage seit 1. Januar 2004 zu verzeichnen sind.

Wir gehen davon aus, dass der EuGH bei der Beurteilung der geltenden Regelungen von § 14 ApoG gesundheitspolitisch gleichermaßen sensibel verfährt wie zuvor schon mit dem Verbot des Versendens von Arzneimitteln.

Indessen stehen wir unter dem Eindruck, dass aus allgemein politischen und optischen Gründen die Vermeidung eines Verfahrens für die Bundesregierung und das zuständige Ministerium unbedingten Vorrang genießt gegenüber den geltenden sachgerechten Regelungen und deren Verteidigung.

Zu der Frage, ob das deutsche System der Krankenhausversorgung mit Arzneimitteln gegen den EG-Vertrag verstößt, hat Prof. Dr. Hilko J. Meyer in der Zeitschrift des Bundesverbandes deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) (Krankenhauspharmazie 2004, S. 349ff) eine gutachtliche Stellungnahme veröffentlicht, die in der Substanz, wie wir feststellen konnten, bereits Inhalt einer Stellungnahme der ADKA vom 16. Januar 2004 gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gewesen ist.

Prof. Dr. Hilko J. Meyer, der im Gesundheitswesen als Autorität für Europäisches Recht weithin anerkannt ist, gelangt zu folgendem Ergebnis:

„Weder die im deutschen Arzneimittelgesetz verankerte Apothekenpflicht, noch die Regelungen des deutschen Apothekengesetzes zur Belieferung und Betreuung der Krankenhäuser bei Beschaffung, Lagerung, Abgabe von und Beratung über Arzneimittel behindern den freien Arzneimittelverkehr innerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Wichtigstes Hindernis für den grenzüberschreitenden Arzneimittelverkehr innerhalb Europas – wie für auch europaweite Ausschreibungen – ist die gemeinschaftsrechtlich verankerte nationale Verkehrsfähigkeit der Arzneimittel, die auch durch die jüngsten Reformen des europäischen und deutschen Arzneimittelrechts nicht tangiert wird. Die Europäische Union hat kein Mandat, die Apothekenpflicht für den Krankenhausbereich, die Anforderungen an den Arzneimittelverkehr im Krankenhaus und die integrale Verbindung von pharmazeutischer Logistik und Beratung in Frage zu stellen. Selbst wenn man daraus einen Verstoß gegen den freien Warenverkehr konstruieren wollte, wäre die deutsche Rechtslage nach der Rechtsprechung des EuGH als Maßnahme zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen sowie allen zugänglichen medizinischen Versorgung und zur Erreichung eines hohen Niveaus des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Änderungen der geltenden Gesetze, wie sie die Bundesregierung der Europäischen Kommission nach eigenen Angaben erneut in Aussicht gestellt hat, obwohl diese bereits einmal vom Gesetzgeber abgelehnt wurden, sind daher nicht zwangsläufig Konsequenz europäischer Vorgaben, sondern beruhen allein auf deutschen Erwägungen.“ (a.a.O., S. 361)

Wir schließen uns dieser Rechtsauffassung nach eigenständiger kritischer Würdigung un-
eingeschränkt an.

Es mindert nicht das Ansehen der Bundesrepublik Deutschland, sondern dokumentiert ihre
gesundheitspolitische Verantwortung gegenüber dem System der Arzneimittelversorgung
von Krankenhäusern in Deutschland, wenn sie die geltende Regelung gegenüber den ge-
gesundheitspolitisch unsensiblen und rechtlich nicht nachvollziehbaren Argumenten der
Kommission verteidigt, nicht zuletzt unter Verweis auf die Erwägungen des EuGH im Ur-
teil zum deutschen Versandverbot.

II. Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern nach geltendem Recht

Das geltende Regelungssystem von § 14 ApoG beruht auf der Novelle zum Apothekenge-
setz vom 4. August 1980. Bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes bzw. zum Ablauf der dort
vorgesehenen Übergangsfrist wurde die Arzneiversorgung von Krankenhäusern wahlweise
durch Krankenhausapotheken bzw. öffentliche Apotheken wahrgenommen, die ausnahms-
los als sogenannte „Versandapotheken“ tätig waren und als solche Arzneimittel quer durch
das Bundesgebiet verschickten. Der bis dahin gültige § 14 ApoG i.d.F. vom 20.08.1960
regelte lediglich die Zulassung von Krankenhausapotheken, ohne zugleich einen Katalog
von Pflichten für Krankenhausapotheken und/ oder für Versandapotheken vorzusehen.

In der Amtlichen Begründung des Gesetzentwurfs der sozialliberalen Bundesregierung
vom 17.05.1978 (Drucksache 8/1812) hieß es:

„Die Arzneimittelsicherheit im Krankenhaus soll dadurch erhöht werden, dass die
Arzneimittel einer regelmäßigen Kontrolle und Prüfung durch Apotheker unterliegen.“

Des Weiteren:

„Durch die Beschränkung der Versorgung auf einen abgegrenzten räumlichen Bereich
wird eine schnelle Zustellung der Arzneimittel ermöglicht und die zuständige Behörde
in die Lage versetzt, einen Überblick über den Versorgungsbereich einer Kranken-
hausapotheke zu behalten.“

Der Abgeordnete Jaunich (SPD) hat als Berichterstatter des Gesundheitsausschusses in der zweiten und dritten Lesung des Gesetzentwurfs (Gesetz vom 04.08.1980) am 2. Mai 1980 unter anderem ausgeführt:

„Im Rahmen der Beratungen zu diesem Gesetz hat die sozialdemokratische Bundestagsfraktion an dem Ziel, die Arzneimittelsicherheit im Krankenhaus zu verbessern, unverbrüchlich festgehalten. Auch wenn und nachdem die Arbeitsgemeinschaft Krankenhäuser versorgender Apotheken (die damaligen Versandapotheken!) lautstark Protest geäußert hat, weil sie, nicht zu Unrecht, Umsatzeinbußen erwartet. Das durchgängige Prinzip dieser Modelle war ja: Weg von einer reinen Belieferung mit Arzneimitteln für Krankenhäuser, hin zu einer Versorgung. Diese neue Funktion und Aufgabenstellung macht es natürlich nötig, dass wir nicht zulassen, dass Arzneimittel nur angeliefert werden – möglicherweise quer durch die Bundesrepublik hindurch – , sondern, dass derjenige der ein Krankenhaus mit Arzneimitteln beliefert, auch zuständig und verantwortlich dafür ist, dass diese Arzneimittel in gutem, unbeschädigten Zustand bis an den Patienten gelangen. Das ist eine Veränderung des Auftrags von reiner Belieferung hin zu einer entsprechenden Versorgung“ (zitiert nach Schiedermaier-Pieck, Kommentar zum Apothekengesetz, 3. Aufl. 1981, S. 671).

Die Gesetzesnovelle vom 04.08.1980, die in Bundestag und Bundesrat fraktions- und länderübergreifend einstimmig beschlossen wurde, hat für die Arzneiversorgung von Krankenhäusern folgende Strukturen vorgegeben:

- Prinzip der Nähe zwischen versorgender Apotheke und zu versorgendem Krankenhaus.
- Versorgung „aus einer Hand“ mit Arzneimitteln, Kontrolle der Arzneimittelvorräte, Beratung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals, der Apotheker als geborenes Mitglied in der Arzneimittelkommission eines Krankenhauses (§ 20 Abs. 2, § 26 Abs. 2 ApBetrO).
- Regelung der Beziehungen zwischen versorgender Apotheke und zu versorgendem Krankenhaus auf der Grundlage eines schriftlichen Vertrags, dessen Inhalt einer behördlichen Genehmigung und Kontrolle unterliegt.
- Uneingeschränkte Gleichstellung von Krankenhausapotheken und krankenhauseversorgenden Apotheken bezüglich dieser Pflichten.

Dieses System hat sich in jeder Hinsicht bewährt. Die logistischen Leistungen sowie Information, Beratung und Mitwirkung in der Arzneimittelkommission von Krankenhäusern, jeweils aus einer Hand, profitieren nicht nur vom Prinzip der Nähe, sie setzen diese Nähe ausnahmslos voraus.

Zwischen den miteinander konkurrierenden einzelnen Apotheken beider Versorgungsstränge besteht nicht nur ein Preiswettbewerb, sondern insbesondere auch ein logistischer Wettbewerb und nicht zuletzt Wettbewerb im Hinblick auf pharmazeutische Leistungen, die entweder gesetzlich vorgeschrieben sind oder inzwischen zum selbstverständlichen Leistungs- und Anforderungspotential der Krankenhauspharmazie zählen.

III. Die vorgesehene Neuregelung der Krankenhauspharmazie

Der Gesetzentwurf hebt nicht nur das Prinzip einer ortsnahen Versorgung auf, sondern eröffnet die Möglichkeit, die geschuldeten pharmazeutischen Leistungen in vielfältiger Weise auszuhöhlen oder zu relativieren. Deren tatsächliches Erbringen und deren Qualität hängt nicht allein wirksam davon ab, dass sie im Gesetz formal weiterhin vorgeschrieben sind. Der Gesetzgeber trägt auch die Verantwortung dafür, dass die getroffenen Regelungen nach aller Lebenserfahrung objektiv geeignet sind, die Einhaltung der Prinzipien der Information und der Beratung, der Kontrolle und der unverzüglichen Lieferung in Notfällen in der Praxis sicherzustellen. Hiervon kann indessen keine Rede sein.

Die Aufhebung des Prinzips der ortsnahen Versorgung bewirkt, dass die umfassende pharmazeutische Versorgung, das heißt Lieferung, Information und Beratung sowie die Kontrolle der Arzneimittelvorräte, künftig nicht mehr zwingend aus einer Hand erbracht werden muß bzw. erbracht werden kann und damit künftig auch nicht mehr einheitlich erbracht wird.

Die vorgesehenen Regelungen stellen einen untauglichen Versuch dar, bisher gewährleistete Arzneimittelsicherheit und die Qualität der Versorgung formal aufrecht erhalten zu wollen. Die rechtlich mögliche Aufteilung aller Funktionen auf verschiedene Apotheken und unterschiedliche Personen wird dazu führen, dass pharmazeutische Qualität durch folgenlose „Papierpharmazie“ abgelöst wird.

Im einzelnen:

1. Die bisher gegebene Verpflichtung jeder versorgenden Apotheke, sei sie Krankenhausapotheke oder krankenhausversorgende öffentliche Apotheke, die Ärzte und das nichtärztliche Personal des Krankenhauses zu informieren und zu beraten, insbesondere im Hinblick auf eine zweckmäßige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie, gilt künftig nur noch für Krankenhausapotheken gegenüber dem Haus, in dem die Apotheke gelegen ist (§ 14 Abs. 1 Satz 2).

Wird ein Krankenhaus durch die Krankenhausapotheke eines anderen Hauses oder durch eine deutsche Apotheke bzw. eine Apotheke aus der EU bzw. dem EWR beliefert, gilt diese prinzipielle Verpflichtung gegenüber dem Krankenhaus nicht. Das Krankenhauspersonal hat lediglich das Recht, sich jederzeit von einem Apotheker der Lieferapotheke „auch auf telefonischem oder elektronischem Weg“ beraten zu lassen. (§ 14 Abs. 5 Nr. 4).

Ferner soll gegenüber der Genehmigungsbehörde „sichergestellt“ (?) sein, dass eine persönliche Beratung des Krankenhauspersonals mindestens einmal monatlich sowie auf besondere Anforderung in dringlichen Einzelfällen innerhalb von 24 Stunden erfolgen kann (§ 14 Abs. 5 Nr. 5).

In all diesen Situationen ist rechtlich und praktisch pharmazeutische Information und Beratung davon abhängig, dass sie vom Krankenhauspersonal abgerufen wird. Die Verpflichtung des Apothekers beschränkt sich daher darauf, ihm gestellte Fragen zu beantworten, wenn vorab das Krankenhauspersonal die Initiative hierzu ergriffen hat. Demzufolge finden Information und Beratung gegenüber dem Personal dann nicht statt, wenn das Personal nicht beraten werden will oder nicht erkennt, dass objektiver Beratungsbedarf besteht.

Dieser gravierende Unterschied gegenüber dem geltenden Recht sowie künftig im Vergleich zu Krankenhäusern mit eigener Krankenhausapotheke stellt einen erheblichen gesundheitspolitischen Rückschritt dar und wirft die Mehrzahl der Krankenhäuser in Deutschland substantiell auf den Standard zurück, den der Gesetzgeber 1980 beseitigt hat.

Eine Regelung, die Beratung und Information nicht mehr als originäre Pflichten der versorgenden bzw. liefernden Apotheker gegenüber dem einzelnen Krankenhaus ansieht, sondern lediglich eine Verpflichtung vorsieht, auf Initiative des Krankenhauspersonals tätig zu werden, zerstört a priori das bisher gewährleistete Niveau pharmazeutischer Information und Beratung.

Diese pharmazeutische Funktion kann sich nach unserer langjährigen praktischen Erfahrung ganz überwiegend nur in persönlichen Gesprächen realisieren. Ein Kontakt, der auf Grund der Entfernung nicht nur ausnahmsweise, sondern zwingend nur „auf telefonischem oder elektronischem Weg“ erfolgen kann, vermag zwar im Einzelfall eine Information zu bewirken, schließt jedoch praktisch eine kontinuierliche bzw. regelmäßige intensive und umfassende Beratung, zum Beispiel im Rahmen der zur Zeit vorgeschriebene Mitgliedschaft in der Arzneimittelkommission eines Krankenhauses, aus.

Dies gilt nicht nur für weitab gelegene deutsche Lieferapotheken, sondern in besonderer Weise für ausländische Apotheken, die weder interessiert und motiviert noch sachlich-fachlich in der Lage sind, im Rahmen der Möglichkeiten des deutschen Arzneimittelmarkts qualifiziert zu informieren und zu beraten.

Insgesamt erweisen sich die Vorschriften zu Lasten der künftigen Arzneimittelsicherheit in der Mehrheit der deutschen Krankenhäuser als ein nicht zu verantwortendes „Window-Dressing“.

2. Wirklichkeitsfremd ist ferner die vorgesehene Verpflichtung der Lieferapotheke, Arzneimittel, die das Krankenhaus zur akuten medizinischen Versorgung besonders dringlich benötigt, diesem unverzüglich zur Verfügung zu stellen (§ 14 Abs. 5 Nr. 3).

Weder vom Krankenhaus weitab gelegene deutsche Apotheken noch ausländische Apotheken sind objektiv in der Lage, eine solche Verpflichtung zu erfüllen. Es bleibt völlig offen, in welcher Weise die zuständige Behörde im Rahmen der Genehmigung eines Vertrages prüfen oder feststellen will, dass solche Apotheken die geforderte A-kutversorgung „sicherstellen“.

Die Verfasser des Gesetzentwurfs gehen offenkundig selbst davon aus, dass eine solche Sicherstellung auch nicht gewährleistet ist, da nach § 14 Abs. 7 des Entwurfs nur Krankenhausapotheken rechtlich gehindert sind, Krankenhäuser ohne rechtswirksamen Vertrag mit Arzneimitteln zu versorgen. Der Gesetzentwurf gestattet es daher – argumentum e contrario – künftig jeder öffentlichen Apotheke, abweichend von § 14 Abs. 4 und Abs. 5, Krankenhäuser ohne Vertrag zu beliefern.

Dass die Verfasser des Regierungsentwurfs dieses erstaunliche Ergebnis nicht nur aus Nachlässigkeit bewirkt haben, sondern offenkundig anstreben, ergibt sich auch aus der Neufassung der Ordnungswidrigkeit nach § 25 Abs. 1 Nr. 4, der ausdrücklich auf § 14 Abs. 7 Satz 1 verweist.

Nach geltendem Recht begehen Leiter sowohl von Krankenhausapotheken als auch von öffentlichen Apotheken eine Ordnungswidrigkeit, wenn sie Krankenhäuser ohne Vertrag mit Arzneimitteln versorgen.

IV. Konsequenzen der vorgesehenen Neuregelungen

Der Versuch, in dem Gesetzentwurf substantielle Qualität nach Maßgabe geltenden Rechts in die vorgesehene Neuordnung hinüberzuretten, sowie die Gleichbehandlung ausländischer und deutscher Apotheken vorzuschreiben, ist gescheitert.

Dies gilt insbesondere für die Absicht, für nicht ortsnahe deutsche Apotheken sowie für ausländische Apotheken Qualitätsstandards vorzuschreiben, die von diesen nicht erfüllt werden bzw. nicht erfüllt werden können.

Der Abschluss und die formale Genehmigung eines Vertrags durch die zuständige Behörde als Voraussetzung für die kontinuierliche Belieferung eines Krankenhauses erweist sich zudem als der Versuch einer groben Irreführung, da öffentliche Apotheken künftig auch ohne Versorgungsvertrag Arzneimittel an Krankenhäuser liefern dürfen.

Der Abschluss eines Versorgungsvertrags wird künftig möglicherweise als Alibiveranstaltung mit einer Apotheke erfolgen, die zur Arzneimittellieferung kaum oder nur ausnahmsweise in Anspruch genommen wird, während die tatsächliche Belieferung durch eine beliebige Zahl öffentlicher deutscher oder ausländischer Apotheken erfolgen kann, die an die Voraussetzungen von § 14 Abs. 4 und Abs. 5 nicht gebunden sind und demzufolge hiergegen nicht verstoßen können. Das wäre das Ende einer gesundheitspolitisch ernstzunehmenden Krankenhauspharmazie für die übergroße Mehrheit aller Krankenhäuser in Deutschland.

Als Folge des Gesetzes wird es zudem zu einer Konzentration der Umsätze in Deutschland auf marktstarke Apotheken und gleichermaßen marktstarke Krankenhausapotheken kommen, die sich bei Lieferung über Entfernung auf logistische Leistungen beschränken können, die letztlich auch von Nichtapotheken erbracht werden könnten. Leistungen aber, die unverzüglich erfolgen müssen, werden auf ein Minimum reduziert und vom Krankenhaus an Apotheken vor Ort "delegiert".

Zwar ist es nicht Aufgabe des Gesetzgebers, ökonomische Interessen von Krankenhausträgern, von angestellten oder beamteten Krankenhausapothekern oder von Inhabern krankenhauseversorgender öffentlicher Apotheken wahrzunehmen. Es fällt jedoch sehr wohl in die Verantwortung des Gesetzgebers, alle Konsequenzen zu bedenken, die sich zwangsläufig ergeben, wenn der vorliegende Gesetzentwurf verabschiedet würde. Wir gehen davon aus, dass insbesondere mehrere hundert Krankenhäuser ohne eigene Krankenhausapotheke, die zur Zeit von Krankenhausapotheken oder von krankenhauseversorgenden öffentlichen Apotheken versorgt werden, diese Versorgungsbeziehungen aufgeben und sich künftig von einer oder von mehreren bloßen Versandapotheken beliefern lassen.

Wir gehen ferner davon aus, dass Krankenhausträger unter ausschließlich ökonomischen Aspekten prüfen werden, ob der Unterhalt einer Krankenhausapotheke in sachlicher und personeller Hinsicht noch gerechtfertigt ist, wenn die Versorgung der Häuser künftig ökonomisch „mit leichtem Gepäck“ bewältigt werden kann.

V. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

- Für die vorgesehene Neuordnung der Arzneimittelversorgung gibt es weder rechtlichen noch rechtspolitischen Handlungsbedarf noch eine gesundheitspolitische Rechtfertigung.
- Die Aufhebung der Verpflichtung zur ortsnahen Versorgung führt, wie dem Gesetzentwurf unmittelbar zu entnehmen ist, zu einer massiven Verschlechterung der pharmazeutischen Leistungen und somit zu einer Minderung der Qualität in der Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern.
- Die Zulassung ausländischer Apotheken zur Arzneimittelbelieferung von Krankenhäusern kann trotz aller Vorgaben des Gesetzentwurfs nicht effizient von pharmazeutischen Leistungen begleitet werden; der Standard ausländischer Apotheken, Art und Weise der Arzneimittellieferung sowie die Erfüllung pharmazeutischer Pflichten entziehen sich jeder effektiven Kontrolle und Beanstandung durch deutsche Behörden.
- Die Qualitätsvorgaben nach § 14 Abs. 5 können durch deutsche öffentliche Apotheken und ausländische Apotheken ohne Verstoß gegen § 17 Abs. 7 in Verbindung mit § 25 Abs. 1 Nr. 4 dadurch umgangen werden, dass Arzneimittellieferungen ständig oder ad hoc außerhalb von Versorgungsverträgen stattfinden.

Der BVKA lehnt infolgedessen den Gesetzentwurf der Bundesregierung uneingeschränkt und bedingungslos ab.