

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung

November 2025

Vorbemerkung

Der Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) vertritt über 300 Industrie- und Handelsunternehmen der Medizintechnik-Branche, darunter die 20 weltweit größten Hersteller im Bereich medizinischer Verbrauchsgüter. Gemeinsam mit seinen Mitgliedsunternehmen setzt sich der BVMed aktiv für die Verbesserung der Patient:innensicherheit und der Arzneimitteltherapiesicherheit ein. Technologische Innovationen – etwa Automationslösungen – leisten dabei einen entscheidenden Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung, auch im Bereich der Apothekenversorgung.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der BVMed die Zielsetzung des Gesetzgebers, die Apotheken als tragende Säule der Arzneimittelversorgung zu stärken. Der vorliegende Referentenentwurf enthält bereits wichtige Ansätze zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Gleichzeitig sieht der BVMed weiteren Handlungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Entlastung der Apotheken im Versorgungsalltag sowie die Sicherstellung der Medikationssicherheit bei Patient:innen mit Poly-medikation.

Der Entwurf sieht Änderungen im Apothekengesetz (ApoG) und im Arzneimittelgesetz (AMG) vor, die sich vorrangig auf die Abgabe und den Umgang mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln beziehen. In der praktischen Umsetzung ist jedoch eine klare Differenzierung zwischen apothekenpflichtigen und nicht apothekenpflichtigen Produkten zwingend erforderlich – insbesondere bei Produkten zur enteralen Ernährung, Verbandmitteln und weiteren Hilfsmitteln. Ohne eine entsprechende Klarstellung besteht die Gefahr, dass Regelungen, die ausschließlich für apothekenpflichtige Arzneimittel gelten sollen, fälschlicherweise auch auf andere Versorgungsbereiche übertragen werden. Dies würde das bestehende Patient:innenwahlrecht sowie die etablierten Versorgungstrennlinien zwischen Apotheken und sonstigen Leistungserbringern beeinträchtigen.

Der BVMed beobachtet, dass:

- im Zusammenhang mit der Neuaufstellung der pharmazeutischen Dienstleistungen, die Schaffung einer optimierten Arzneimitteltherapie und **schlägt die Aufnahme einer weiteren pharmazeutischen Dienstleistung (pDL) bei Poly-medikation vor.**
- die Änderung des Betäubungsmittelrechts zu deutlichen Verbesserungen für die Apotheken führt – insbesondere in Zusammenhang mit der eingesetzten Technik. Gleichzeitig weisen wir auf ungelöste Herausforderungen bei elektronisch gesteuerten Medikamentenaufbewahrungssystemen hin,

insbesondere vor dem Hintergrund digitaler Sicherungsmaßnahmen auf Krankenhausstationen.

- Defizite in den Bereichen Modernisierung, Digitalisierung und Entbürokratisierung bei der Nutzung von Apotheken-Ausgabestationen bestehen. Diese Lücken behindern eine effiziente und patientenorientierte Versorgung und müssen dringend adressiert werden, um das volle Potenzial dieser Versorgungsform auszuschöpfen.

Deswegen möchten wir hiermit folgende Lösungsvorschläge unterbreiten:

1. Problemstellung

1.1

Mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung bei Polymedikation – Strukturierte und sichere Darreichung durch patient:innenindividuelles Verblistern

Der vorliegende Entwurf hat zum Ziel, die Kompetenz der Apotheken stärker für die Gesundheitsversorgung zu nutzen. Apotheken bieten der Bevölkerung einen niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsleistungen und unterstützen sie in allen Fragen der Medikation.

Die Konkretisierung des Anspruchs von Versicherten auf pharmazeutische Dienstleistungen wird in diesem Zusammenhang begrüßt. Insbesondere mit Blick auf das notwendige pharmazeutische Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation sieht der BVMed allerdings bestehende Potenziale ungenutzt und schlägt daher die Ergänzung des Katalogs der pharmazeutischen Dienstleistungen um die patient:innenindividuelle, strukturierte und sichere Darreichungsform apothekenpflichtiger Arzneimittel bei Polymedikation vor. An dieser Stelle können die Vor-Ort-Apotheken selbst und gemeinsam mit ihren Partnern aus Herstellungsbetrieben und Medizintechnik einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Therapietreue, zur Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) sowie zur Entlastung, beispielsweise der professionellen Pflege sowie pflegender Angehöriger beim Stellen der Medikation leisten.

Hintergrund

Die Arzneimittelversorgung pflegebedürftiger Menschen ist eine zentrale Herausforderung für die professionelle Pflege. Besonders ältere, multimorbide Patient:innen haben einen Polymedikationsbedarf, benötigen also täglich mehrere Medikamente, was das Risiko von Medikationsfehlern erheblich erhöht. Aufgrund von Zeit- und Personalmangel in der professionellen Pflege können UAW in den bestehenden Strukturen häufig nicht effektiv verhindert werden. Studien belegen, dass UAW für über fünf Prozent der Krankenhauseinweisungen älterer Menschen verantwortlich sind – viele davon vermeidbar. Die Bundesregierung geht davon aus, dass insgesamt ca. 250.000 Krankenhauseinweisungen jährlich auf vermeidbare Medikationsfehler zurückzuführen sind.¹ Bei geschätzten Kosten von rund 6.000 Euro je Fall für die stationäre Patient:innenbehandlung belaufen sich die Ausgaben auf zirka 1.5 Mrd. Euro, die mit Blick auf den demografischen Wandel eher noch zu- als abnehmen dürften.

Um die Arzneimitteltherapiesicherheit für polymedikamentöse Menschen final zu verbessern ist aus Sicht des BVMed neben dem pharmazeutischen

¹ <https://dserver.bundestag.de/btd/19/008/1900849.pdf> (zuletzt abgerufen am 28.10.2025).

Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation auch ein zweiter Schritt notwendig: Es bedarf einer sicheren und strukturierten **Darreichung von Arzneimitteln durch patient:innenindividuelles Verblistern**. Eine Studie aus dem Jahr 2024 zeigt, dass die Fehlerquote bei der Medikamentengabe mit patient:innenindividueller Verblisterung in Pflegeeinrichtungen nur 1,4 Prozent beträgt, während sie ohne externe Verblisterung bei 17 Prozent liegt². Arzneimittel werden beim Verblistern in individuell beschriftete Blister verpackt, dafür stehen auch verschiedene Automationstechniken bereit. Anschließend erfolgt die Auslieferung bzw. Ausgabe der fertigen Blister durch die Vor-Ort-Apotheke. Die Blister enthalten alle wichtigen Patient:innendaten, ermöglichen eine genaue Dokumentation, die Rückverfolgbarkeit von Medikamenten und die Prüfung von Wechselwirkungen. Insbesondere bei Polymedikation wird die korrekte Dosierung und Einnahmezeit sichergestellt, was auch zu mehr Adhärenz in der Arzneimitteltherapie führt.

1.2 Ausnahmeregelung von der „gesonderte Aufbewahrung“ für elektronisch gesteuerte Medikamentenaufbewahrungssysteme vor dem Hintergrund digitaler Sicherungsmaßnahmen auf Krankenhausstationen

§ 15 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt die Sicherungsmaßnahmen in allen Versorgungssektoren, damit sind auch die Prozesse der Krankenhäuser betroffen. Dieser Paragraf regelt derzeit unter anderem, *dass Betäubungsmittel gesondert aufzubewahren und gegen unbefugte Entnahme zu sichern* sind. Der Begriff der „*gesonderten Aufbewahrung*“ führt in der Praxis bei der intendierten Nutzung und Implementierung von ADCs (Automated Dispensing Cabinets) für Betäubungsmittel vielfach zu Problemen. Grund dafür sind unterschiedliche Begriffsauslegungen der verschiedenen Apothekenaufsichten.

Aus technischer Sicht werden Arzneimittel innerhalb eines ADCs elektronisch sicher, chaotisch und getrennt voneinander gelagert. Konkret bedeutet es, dass jedes Arzneimittel getrennt von anderen Arzneimitteln (z.B. Betäubungsmittel (BtM)) in separaten, elektronisch gesicherten Schubladen gelagert wird, die sich nur einzeln öffnen lassen. Eine Vermischung von Arzneimitteln mit Betäubungsmitteln ist damit ausgeschlossen. Die Beladung des Schrankes folgt keinem festen Muster, die Lagerung ist chaotisch.

Vor diesem Hintergrund ist die Begriffsauslegung der „*gesonderten Aufbewahrung*“ durch die Aufsicht dann problematisch, wenn sich für die Krankenhäuser daraus ergibt, dass ein gesonderter ADC nur für die Betäubungsmittel anzuschaffen ist bzw. der angeschaffte Schrank ausschließlich für die Betäubungsmittellagerung verwendet werden darf, weil die Aufsichten die Lagerung in einem separaten Schrank fordern.

Die Verwendung eines ADC sollte daher ebenfalls von der „*gesonderten Lagerung*“ nach § 15 BtMG ausgenommen werden. Betäubungsmittel würden auch in automatisierten Ausgabestationen (ADCs) weiterhin unter höchsten Sicherheitsstandards gelagert. Darüber hinaus ermöglicht die sichere Verwahrung weiterer Arzneimittel eine generelle Verbesserung der Lagerbedingungen, was einer qualitativen Aufwertung der gesamten Lagerinfrastruktur entspricht.

Hintergrund:

Mit der Anpassung des §15 BtMG im Entwurf eines Apothekenreformgesetzes erkennt der Gesetzgeber das Potenzial einer chaotischen Lagerung auch für die

² Maier, S., Kreuzenbeck, C.C.J. Patientenindividuelle Verblisterung im Pflegeheim reduziert Fehlerhäufigkeit. *Präv Gesundheitsf* 20, 61–67 (2025). <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01118-y>

Sicherung von Betäubungsmitteln an. Dabei steht laut der Gesetzesbegründung insbesondere die Lagerung von verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln in Kommissionierautomaten als einem automatisierten, EDV-gestützten Lagerungssystem im Fokus.

Auch ADC sind automatisierte EDV-gestützte und chaotisch lagernde Lagerungssysteme. Arzneimittel werden getrennt voneinander in separaten, elektronisch gesicherten Schubladen aufbewahrt, deren Belegung keinem Muster folgt. Zugang, Entnahmetransparenz und Dokumentation wird hier durch Abgleiche biometrischer Merkmale, Zwei-Faktor-Authentifizierung und digital unterstützte 4-Augen Prinzipien sichergestellt. Das BfArM hat mit Änderung der Richtlinie 4114 - K (8.23) ADCs unter bestimmten Voraussetzungen bereits als Sicherungsmaßnahme anerkannt.

ADCs werden bereits vielfach in den Krankenhäusern verwendet und auch unter KHZG-Fördermitteln implementiert. Die Problemstellung ergibt sich auf Seite der Krankenhäuser nun aus der unterschiedlichen Interpretation der „gesonderte Aufbewahrung“ durch die verschiedenen Apothekenaufsichten. Im schlechtesten Fall ist ein gesonderter elektronischer Schrank nur für BTM anzuschaffen, obwohl technisch keine Veranlassung dazu besteht. Erhöhter organisatorischer und finanzieller Aufwand sind die Folge.

1.3 Modernisierung, Digitalisierung und Entbürokratisierung der Nutzung von Apotheken-Ausgabestationen benötigt

In der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) §17 (1b) sind folgende Punkte geregelt:

1. Die Ausgabe-Stationen müssen in den Betriebsräumen der Apotheke sein.
2. Es muss eine Beratung entweder persönlich oder über Telekommunikation erfolgt sein.
3. Die Verschreibung muss im Original vorliegen und geprüft und abgezeichnet sein.

Nachfolgend zu Satz 3 gilt folgende Regelung: Die Arzneimittel sind für jeden Empfänger getrennt zu verpacken und mit dessen Name und Anschrift zu versehen. Diese Regelung führt bei Apotheken, die Ausgabestationen nutzen, zu einem erhöhten Kosten- und Arbeitsaufwand, der im Widerspruch zu der Modernisierung und Optimierung durch das Apotheken-Reformgesetzes steht.

Zusätzliches Verpackungsmaterial muss bestellt, vorgehalten, eingesetzt und der Verbrauch nachgehalten werden, nur um Arzneimittel, die bereits über eine Primär- und Sekundärverpackung verfügen, für den kurzen Zeitraum der Zwischenlagerung und Ausgabe über die Station erneut umzuverpacken. Dies ist ein Umstand, der arbeits-, und kostenintensiv ist und insbesondere im Sinne der Ökologie und Nachhaltigkeit nicht mehr zeitgemäß ist. Daneben stellt sich die Entsorgungsfrage, wenn der Empfänger das Arzneimittel aus der Umverpackung, nach der Abgabe durch die Ausgabestation, entnommen hat.

Die tägliche Praxis der Apotheken in Partnerschaft mit der unterstützenden Medizintechnik zeigt, dass die bestehende Regelung in §17 Absatz 1b Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) zu unnötigem Aufwand führt und daher im Laufe des Apothekenreformgesetzes vereinfachend angepasst werden sollte.

Hintergrund:

Mit Änderung der Apothekenbetriebsordnung vom 19.08.2020 im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheke (VOSG), wurde ein wichtiger Schritt in Richtung der Verbesserung der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland erreicht, indem der Betrieb von automatisierten Ausgabestationen zur Abgabe von Arzneimitteln in der Apotheke erlaubt wurde.

Dies hat unter anderem ermöglicht, dass bereits bestellte und bezahlte Arzneimittel auch außerhalb der Öffnungszeiten der Apotheke abgeholt werden konnten, da aufgrund des herrschenden Personalmangels eine Verlängerung der Öffnungszeiten nicht möglich ist und der nach wie vor herrschende Lieferengpass vieler Arzneimittel zu erhöhter Nachlieferung an die Kund:innen und Patient:innen führt. Die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung kann dadurch in der Breite auf dem Land auch nach den offiziellen Ladenschlusszeiten gesichert werden.

2. Formulierungsvorschläge

2.1 Mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung bei Polymedikation – Strukturierte und sichere Darreichung durch patientenindividuelles Verblistern

Zu § 129 SGB V:

„(5e) Versicherte haben Anspruch auf pharmazeutische Dienstleistungen durch Apotheken, die über die Verpflichtung zur Information und Beratung gemäß § 20 der Apothekenbetriebsordnung hinausgehen und die die Versorgung der Versicherten verbessern. Diese pharmazeutischen Dienstleistungen umfassen insbesondere Maßnahmen der Apotheken

1. zur Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken und
2. zur Verbesserung der Sicherheit und Wirksamkeit einer Arzneimitteltherapie, insbesondere bei a) der Anwendung bestimmter Wirkstoffe, die nur in besonderen Therapiesituationen verordnet werden,
 - a. der Behandlung chronischer schwerwiegender Erkrankungen,
 - b. der Behandlung von Patienten mit Mehrfacherkrankungen und Mehrfach-medikation und
 - c. der Behandlung bestimmter Patientengruppen, die besondere Aufmerksamkeit und fachliche Unterstützung bei der Arzneimitteltherapie benötigen.“

Diese pharmazeutischen Dienstleistungen sollen insbesondere die pharmazeutische Betreuung von Patientinnen und Patienten in Gebieten mit geringer Apothekendichte berücksichtigen *und zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten beitragen*. Insbesondere haben Versicherte jeweils in einem zeitlichen Abstand von je mindestens zwölf Monaten, *bei Nummer 5 in therapieüblichen Abständen*, Anspruch auf die folgenden pharmazeutischen Dienstleistungen

1. Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus,
2. Beratung in Form einer Kurzintervention zur Prävention tabakassoziierter Erkrankungen,
3. Erweiterte Medikationsberatung bei Polymedikation,

4. Pharmazeutisches Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation,
5. *Patientenindividuelle, strukturierte und sichere Darreichungsform apothekenpflichtiger Arzneimittel bei Polymedikation.*
6. Pharmazeutische Betreuung von Organtransplantierten,
7. Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie,
8. Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik,
9. Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Autoinjektoren und
10. Standardisierte Risikoerfassung hoher Blutdruck.

Die Bundesapothekerkammer entwickelt auf der Grundlage anerkannter wissenschaftlicher Standards jeweils in einer Standardarbeitsanweisung Empfehlungen für die Durchführung der in den Sätzen 2 und 4 genannten pharmazeutischen Dienstleistungen bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach der Verkündung]. Die Standardarbeitsanweisung, für die in Satz 4 Nummer 1 genannten pharmazeutischen Dienstleistungen soll insbesondere Festlegungen zu geeigneten etablierten Risikobewertungsmodellen und Beratungsinhalten enthalten. Die pharmazeutische Dienstleistung nach Satz 4 Nummer 4 *und 5 sind* ärztlich zu verschreiben; die weiteren pharmazeutischen Dienstleistungen nach den Sätzen 2 und 4 können ebenfalls ärztlich verschrieben werden. Sobald die technischen Voraussetzungen vorliegen, ist die Durchführung einer pharmazeutischen Dienstleistung mit ihrer Bezeichnung und dem Ergebnis gemäß § 346 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 in der elektronischen Patientenakte zu dokumentieren. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker hat im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik für die Dokumentation der erbrachten pharmazeutischen Dienstleistungen in der elektronischen Patientenakte bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Datum acht Monate nach der Verkündung] Festlegungen zu treffen zu Inhalten, Struktur und Format für die Speicherung in der elektronischen Patientenakte. Apotheker können Aufgaben im Zusammenhang mit der Dokumentation auf zum pharmazeutischen Personal der Apotheke gehörende Personen übertragen. Bei den pharmazeutischen Dienstleistungen nach Satz 4 Nummer 3 ist der behandelnde Hausarzt, bei Satz 4 Nummer 6 und 7 der behandelnde Arzt und bei Satz 7 der verschreibende Arzt elektronisch über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 über die Durchführung der pharmazeutischen Dienstleistung zu informieren. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die pharmazeutischen Dienstleistungen nach den Sätzen 1 bis 3 sowie das Nähere zu den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen, zur Vergütung der erbrachten Dienstleistungen und zu deren Abrechnung. Abweichend von Satz 12 haben die dort genannten Vereinbarungspartner im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung in der Vereinbarung nach Satz 12 für die in Satz 4 genannten pharmazeutischen Dienstleistungen nur das Nähere zu dem jeweiligen Anspruch und den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen, zur Höhe der Vergütung der erbrachten Dienstleistung einschließlich der entstandenen Sachkosten und der Benachrichtigung der ärztlichen Person sowie zu deren Abrechnung auch in Verbindung mit Satz 9 zu vereinbaren. Die Vereinbarung nach Satz 12 und 13 ist bis zum ... [einsetzen: Datum vier Monate nach der Verkündung] zu treffen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 12 und 13 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach Absatz 8 innerhalb von zwölf Wochen über den Inhalt der Vereinbarung. Die Vereinbarung oder der Schiedsspruch nach den Sätzen 12, 13 und 15 gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort.“

Begründung – zu Buchstabe g:

Die Kompetenz der Apotheken soll noch besser für die Gesundheitsversorgung genutzt und so auch Arztpraxen entlastet werden. Apotheken bieten der Bevölkerung einen niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Daher sollen die Strukturen für Präventionsleistungen in den Vor-Ort-Apotheken ausgebaut werden. Damit sollen insbesondere Personengruppen sensibilisiert werden, die beispielsweise nicht primär über Arztkontakte entsprechend erreicht werden.

Mit den Änderungen wird ausdrücklich geregelt, dass auch die Prävention und Früherkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken neben den Maßnahmen im Rahmen einer Arzneimitteltherapie von den pharmazeutischen Dienstleistungen umfasst sind.

Der Anspruch von Versicherten wird zusätzlich zu den verhandelbaren pharmazeutischen Dienstleistungen konkretisiert. Neben den bisher bereits durchgeführten fünf pharmazeutischen Dienstleistungen werden vier weitere pharmazeutische Dienstleistungen vorgesehen, die einmal jährlich durchgeführt werden können.

Zum einen wird in Satz 4 Nummer 1 die *„Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus“* als pharmazeutische Dienstleistung festgelegt. In den Apotheken soll eine Beratung zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren (zum Beispiel Aspekte des Lebensstils wie Rauchen, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Stress), zu Risikoerkrankungen (wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas) sowie zu Möglichkeiten der lebensstilbezogenen Prävention und zu Früherkennungsangeboten (beispielsweise zum „Check-up“) erfolgen. Dabei sollen insbesondere Blutdruckmessungen und Bestimmungen des Body-Mass-Index (BMI) berücksichtigt und geeignete etablierte Risikobewertungsmodelle verwendet werden.

In Satz 4 Nummer 2 wird eine neue pharmazeutische Dienstleistung im Bereich der Tabakentwöhnung ergänzt. Der Begriff *„Kurzintervention“* bezieht sich auf eine strukturierte, zeitlich begrenzte Maßnahme, die darauf abzielt, Verhaltensänderungen herbeizuführen. Apotheken bieten eine niedrigschwellige Möglichkeit für Beratungen in Form einer Kurzintervention, um aufhörwillige Raucherinnen und Raucher bei der Entwöhnung zu unterstützen oder Menschen mit geringerer Aufhörbereitschaft zur Tabakentwöhnung zu motivieren. Dabei handelt es sich um eine kurze, zielgerichtete Gesprächs- oder Beratungssitzung sowie erforderlichenfalls die Information über weiterführende Hilfsprogramme³. Ziel ist es, das Bewusstsein für die negativen Auswirkungen des Tabakkonsums zu schärfen, die Motivation zum Aufhören zu stärken und konkrete Schritte zur Veränderung zu fördern, um das Risiko tabakassoziierter Erkrankungen zu reduzieren.

Die neue pharmazeutische Dienstleistung *„Pharmazeutisches Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation“* in Satz 4 Nummer 4 ermöglicht eine optimierte Arzneimitteltherapie durch eine Therapieeinstellung oder -begleitung in einer Apotheke während einer ärztlichen Behandlung. Im Falle komplexer Medikationsschemata sollte Ausgangspunkt eine Medikationsanalyse sein. Die Maßnahme kann genutzt werden, um eine effiziente Behandlung oder eine verbesserte Therapietreue zu fördern. Im Sinne eines Managements ist bei dieser Maßnahme von einer fortlaufenden Patientenbetreuung mit Interventionsmöglichkeiten zu verschiedenen Zeitpunkten und Erfolgskontrollen bei strukturierter interprofessioneller Kommunikation auszugehen.

Die neue pharmazeutische Dienstleistung „Patientenindividuelle, strukturierte und sichere Darreichungsform apothekenpflichtiger Arzneimittel bei Polymedikation“ in Satz 4 Nummer 5 komplettiert das Ziel des Gesetzgebers aus dem Pharmazeutischen Medikationsmanagement nach Satz 4 Nummer 4. Die patientenindividuelle Verblisterung steht dabei im Fokus. Ziel ist die Verbesserung der Therapietreue, die

³ S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“, <https://re-gis-ter.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006>

Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) sowie die Entlastung, beispielsweise der professionellen Pflege sowie pflegender Angehöriger beim Stellen der Medikation.

Die patientenindividuelle Verblisterung leistet hierzu einen entscheidenden Beitrag: Studien zeigen, dass die Fehlerquote bei der Medikamentengabe, beispielsweise in Pflegeeinrichtungen, durch externe Verblisterung auf nur 1,4 % gesenkt werden kann – gegenüber 17 % ohne strukturierte Unterstützung⁴. Medikationsfehler sind mehr als fünf Prozent der Krankenhauseinweisungen verantwortlich, viele davon vermeidbar. Die Bundesregierung geht von jährlich rund 250.000 vermeidbaren Krankenhauseinweisungen aus,⁵ mit geschätzten Kosten von etwa einer Milliarde Euro. Die notwendige Infrastruktur auf Seite der Vorort-Apotheken und ihren Dienstleistern ist verfügbar.

Zudem wird die pharmazeutische Dienstleistung „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Autoinjektoren“ in Satz 4 Nummer 9 vorgesehen. Der korrekte Umgang mit Autoinjektoren kann nicht nur Leben retten bei der Anwendung von Adrenalinpens bei allergischen Schocks, sondern ist auch bei der Therapie von vielfältigen chronischen Erkrankungen mit häufig teuren Arzneimitteln relevant. Eine richtige Anwendung fördert in diesen Fällen auch einen effizienten Gebrauch.

Bei der pharmazeutischen Dienstleistung in Satz 4 Nummer 10 handelt es sich um eine bereits bestehende pharmazeutische Dienstleistung. Im Gegensatz zur pharmazeutischen Dienstleistung in Satz 4 Nummer 1, bei der es sich um ein Angebot im Bereich der Prävention handelt, ist die pharmazeutische Dienstleistung in Satz 4 Nummer 10 therapiebegleitend vorgesehen.

Insbesondere auch von der pharmazeutischen Dienstleistung „Erweiterte Einweisung in die korrekte Arzneimittelanwendung mit Üben der Inhalationstechnik“ in Satz 4 Nummer 7 können auch Kinder und Jugendliche profitieren, indem durch den sicheren Umgang mit ihrem Inhalator ihre Arzneimitteltherapie sicherer wird.

Die Bundesapothekerkammer erstellt für die Durchführung der pharmazeutischen Dienstleistungen nach den Sätzen 2 und 4 eine Standardarbeitsanweisung, damit den Apotheken bundesweit einheitliche Empfehlungen zu Standards zur Verfügung stehen. Bei der Empfehlung geeigneter etablierter Risikobewertungsmodelle und spezifischer Beratungsinhalte für die pharmazeutische Dienstleistung nach Satz 4 Nummer 1 „Beratung mit Messungen zu Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus“ sind wissenschaftlich anerkannte Standards zu berücksichtigen, zum Beispiel Empfehlungen der entsprechenden Fachgesellschaften sowie Informationsangebote des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit.

Um die Versorgungsform pharmazeutische Dienstleistungen besser nutzen zu können, sollen diese nun auch ärztlich verordnet werden können. Die neue pharmazeutische Dienstleistung nach Satz 4 Nummer 4 „Pharmazeutisches Medikationsmanagement bei komplexer oder neu verordneter Dauermedikation“ und Satz 4 Nummer 5 „Patientenindividuelle, strukturierte und sicherer Darreichungsform apothekenpflichtiger Arzneimittel bei Polymedikation“ ist immer ärztlich zu verschreiben. Es soll ärztlich entschieden werden, ob Patientinnen oder Patienten eine stärkere pharmazeutische Betreuung benötigen.

Um die Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Heilberuf und dem Heilberuf der Apotheker:innen zum Wohle der Patient:innen zu verbessern, sind die Durchführung von pharmazeutischen Dienstleistungen in der elektronischen Patientenakte zu dokumentieren, wenn diese vorhanden ist, dies technisch möglich ist und die versicherte Person dem nicht widersprochen hat. Die Verpflichtung für Apotheken zur Speicherung nach § 346 Absatz 2 beginnt, sobald die technischen Voraussetzungen gegeben sind. Für die Dokumentation werden die Angabe der Bezeichnung der

⁴ Maier, S., Kreuzenbeck, C.C.J. Patientenindividuelle Verblisterung im Pflegeheim reduziert Fehlerhäufigkeit. Präventivmedizin 20, 61–67 (2025). <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01118-y>.

⁵ <https://dserver.bundestag.de/btd/19/008/1900849.pdf> (zuletzt abgerufen am 28.10.2025).

pharmazeutischen Dienstleistung und ihr Ergebnis benötigt, wobei die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker:innen im Einvernehmen mit der Gesellschaft für Telematik die näheren Inhalte sowie die Struktur und das Format für die Speicherung in der elektronischen Patientenakte festlegt. Apotheker:innen können Aufgaben im Zusammenhang mit der Dokumentation auf pharmazeutisches Personal der Apotheke übertragen.

Bei bestimmten pharmazeutischen Dienstleistungen ist die Interaktion mit der ärztlichen Person besonders relevant. Deshalb ist bei diesen pharmazeutischen Dienstleistungen eine Rückmeldung an die behandelnde Ärzt:in, der:die Hausärzt:in oder der:die verschreibende Ärzt:in elektronisch beispielsweise über den Sofortnachrichtendienst der Telematikinfrastruktur (TI-Messenger, TIM) oder den sicheren E-Mail-Dienst in der Telematikinfrastruktur (Kommunikation im Medizinwesen, KIM) vorgesehen.

Für die Anspruchsvoraussetzungen, die Höhe der Vergütung der erbrachten pharmazeutischen Dienstleistung einschließlich der entstandenen Sachkosten und der Benachrichtigung der ärztlichen Person, und die Abrechnungsmodalitäten der neuen pharmazeutischen Dienstleistungen nach Satz 4 haben die Vereinbarungspartner im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Vereinbarung abzuschließen, die die bisherigen Vereinbarungen ergänzt. Hiervon sind auch Festlegungen, ob eine pharmazeutische Dienstleistung beispielsweise nur von Apotheker:innen oder dem pharmazeutischen Personal durchgeführt werden sollen, Belange der Priorisierung im Vergleich mit anderen pharmazeutischen Dienstleistungen bei der Auszahlung sowie Dokumentationspflichten umfasst. Mit der Vereinbarung des Näheren zu den Anspruchsvoraussetzungen und der Abrechnungsmodalitäten soll grundsätzlich keine Abweichung zu dem in Satz 4 vorgegebenen Anspruch der Versicherten vereinbart werden, sondern es sollen insbesondere Anpassungen für privat versicherte Personen vereinbart werden. Die neuen pharmazeutischen Dienstleistungen sind in Satz 4 bereits vorgegeben und somit abweichend von Satz 12 nicht mehr zu vereinbaren.

Sollte in einem angemessenen Zeitraum keine der Vereinbarungen zustande kommen, ist eine Schiedsstellenlösung vorgesehen, um den Patientinnen und Patienten zeitnah die neuen pharmazeutischen Dienstleistungen zugänglich zu machen. Vereinbarungen oder der Schiedsspruch gelten bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort.

Zu Artikel 3 - Änderung der Apothekenbetriebsordnung

Zu Nr. 4

„(1b) Die Durchführung einer pharmazeutischen Dienstleistung nach § 129 Absatz 5e Satz 3 und 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ist bei Versicherten in der privaten Krankenversicherung, Beihilfeempfängern und Selbstzahlern mit ihrer Bezeichnung und dem Ergebnis in der elektronischen Patientenakte zu dokumentieren, sofern eine solche vorhanden ist, die Speicherung technisch möglich ist und soweit der Patient der Speicherung nicht widersprochen hat. Über die Durchführung von pharmazeutischen Dienstleistungen nach § 129 Absatz 5e Satz 4 Nummer 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ist der behandelnde Hausarzt, nach Nummer 6 und 7 der behandelnde Arzt und nach Satz 7 der verschreibende Arzt über die Durchführung der pharmazeutischen Dienstleistung elektronisch über ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch zu informieren.

2.2

Ausnahmeregelung von der „gesonderte Aufbewahrung“ für elektronisch gesteuerte Medikamentenaufbewahrungssysteme vor dem Hintergrund digitaler Sicherungsmaßnahmen auf Krankenhausstationen

Zu Artikel 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

§ 15 Betäubungsmittelgesetz (Sicherungsmaßnahmen)

Satz 1:

Wer am Betäubungsmittelverkehr teilnimmt, hat die Betäubungsmittel, die sich in seinem Besitz befinden, gesondert aufzubewahren und gegen unbefugte Entnahme zu sichern.

Satz 2 neu:

Abweichend von Satz 1 sind in Anlage III bezeichnete Betäubungsmittel in Form von Fertigarzneimitteln nicht gesondert aufzubewahren, wenn im Rahmen einer automatisierten EDV-gestützten chaotischen Lagerhaltung eine separate Bestands- und Nachweisinformation technisch gewährleistet ist *oder ein System zur automatisierten EDV-gestützten chaotischen Lagerhaltung bereits als Sicherungsmaßnahme durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte anerkannt ist.*

Satz 3 neu:

Das kann Sicherungsmaßnahmen anordnen, soweit es nach Art oder Umfang des Betäubungsmittelverkehrs, dem Gefährdungsgrad oder der Menge der Betäubungsmittel erforderlich ist.

Begründung – zu Artikel 8:

Apotheken nehmen am Betäubungsmittelverkehr teil und leisten einen maßgeblichen Beitrag zur Versorgung der Patient:innen mit den in Anlage III bezeichneten Betäubungsmitteln, also verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln. Nach bislang geltendem Recht hat jeder, der am Betäubungsmittelverkehr teilnimmt, die sich in seinem Besitz befindlichen Betäubungsmittel gesondert aufzubewahren und gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Entsprechend erfolgt die Lagerhaltung von Betäubungsmitteln in Apotheken bislang überwiegend in Wertschutz- und Einbauschränken. In den letzten Jahren hat sich in Apotheken wie auch in anderen Bereichen zunehmend die Lagerhaltung von nicht betäubungsmittelhaltigen Fertigarzneimitteln mittels Kommissionierautomaten etabliert. Bei dieser technischen Innovation handelt es sich um ein automatisiertes, EDV-gestütztes Lagerungssystem. Fertigarzneimittel werden in sogenannter chaotischer Lagerhaltung im Warenlager erfasst, abgelegt und auf EDV-gestützte Anforderung an die Ausgabe am Handverkaufstisch in der Offizin transportiert, wo das pharmazeutische Personal die Übereinstimmung des Fertigarzneimittels mit den Anforderungen des Rezeptes überprüft und der Patient:innen aushändigt. Ein Vorteil eines Kommissionierautomaten liegt in der vorgenannten chaotischen Lagerhaltung. Die Sortierung der Fertigarzneimittel erfolgt beispielsweise nicht nach Wirkstoff, sondern nach Packungsgröße. Hieraus folgt ein geringerer Raumbedarf als bei Verwendung der bislang verbreiteten Schubladenschränke. Durch den Transport des Fertigarzneimittels mittels des Kommissionierers entfällt der Gang des pharmazeutischen Personals zum jeweiligen Schubladenkasten, die hier-durch eingesparte Zeit kann für die Beratung der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

Mit der Änderung des § 15 soll insbesondere Apotheken die Möglichkeit eröffnet werden, zur Lagerung von Fertigarzneimitteln eingesetzte Kommissionierautomaten auch zur Lagerung von verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln in

Form von Fertigarzneimitteln zu nutzen. *Außerdem zielt die Änderung darauf ab, dass Arzneimittel gemeinsam mit Betäubungsmitteln in bereits vom BfArM nach Richtlinie 4114 - K (8.23) bestehenden Sicherungsmaßnahme gelagert werden dürfen, wenn Arzneimittel getrennt von anderen Arzneimitteln (wie z.B. BTM) in separaten, elektronisch gesicherten Schubladen gelagert werden, die sich nur einzeln öffnen lassen.*

§ 15 wird vor diesem Hintergrund dahingehend erweitert, dass eine gesonderte Aufbewahrung der in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel in Form von Fertigarzneimitteln entbehrlich ist, wenn im Rahmen einer automatisierten EDV-gestützten chaotischen Lagerhaltung technische Voraussetzungen bestehen, die eine separate Bestands- und Nachweisinformation ermöglichen. Es handelt sich damit um einen Ausnahmetatbestand (§ 15 Satz 2 neu), der eine Abweichung vom Grundtatbestand des § 15 Satz 1 erlaubt. Die Vorgabe des § 15 Satz 1, dass Betäubungsmittel gegen unbefugte Entnahme zu sichern sind, bleibt hiervon unberührt und ist durch jeden am Betäubungsmittelverkehr Teilnehmenden weiterhin zwingend sicherzustellen. Die Richtlinien über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten im Krankenhausbereich, in öffentlichen Apotheken, Arztpraxen sowie Alten- und Pflegeheimen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte bilden die jeweils aktuellen sicherungstechnischen Erkenntnisse ab und werden bedarfsgerecht fortentwickelt. Bei Erfüllung der dort genannten Anforderungen ist davon auszugehen, dass eine ausreichende Sicherung gegen eine unbefugte Entnahme von Betäubungsmitteln grundsätzlich gewährleistet ist, wobei die individuellen Bedingungen vor Ort von der zuständigen Fachaufsicht zu bewerten sind. Gleiches gilt bei Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittel-vorräten bei Erlaubnisinhabern nach § 3.

Auf dem Markt sind bislang unterschiedliche technische Lösungen, *mit Bezug auf Kommissionierautomaten*, die eine separate Bestands- und Nachweisinformation ermöglichen, verfügbar. Unterschieden werden können Varianten mit vollautomatischer, halbautomatischer und manueller Einlagerung. Allen gemein ist, dass sie EDV-gestützt arbeiten. Bei der vollautomatischen Einlagerung wird die Ware nach Eingang in der Apotheke komplett auf ein Förderband gegeben, vom Automaten erfasst und in chaotischer Lagerung abgelegt. Bei der halbautomatischen Variante wird die in der Apotheke eingegangene Ware zunächst händisch erfasst, sodann vom Kommissionierautomaten vermessen und anpassende freie Plätze im Warenlager gebracht. Bei der manuellen Einlagerung erfolgt diese nach den EDV-gestützten, an den Verpackungsgrößen orientierten Hinweisen des Kommissionierautomaten.

Durch die für Kommissionierautomaten charakteristische chaotische Lagerhaltung sind die in einem Kommissionierautomaten gelagerten Fertigarzneimittel ohne technische, EDV-gestützte Unterstützung des Kommissionierautomaten nicht schnell auffindbar und damit vor dem schnellen Zugriff dritter, nicht berechtigter Personen geschützt. Zudem verfügen Kommissionierautomaten in der Regel über eine zusätzliche elektronische Überwachung. In der Gesamtschau ist entsprechend davon auszugehen, dass das Risiko einer missbräuchlichen Abzweigung von Betäubungsmitteln durch die Lagerung in einem Kommissionierautomaten vergleichbar der Lagerung in einem Wertschutzschrank oder einem Einbau-schrank reduziert ist.

Ausgenommen von der Regelung des § 15 Satz 2 bleiben verkehrs- und verschreibungs-fähige Betäubungsmittel, die keine Fertigarzneimittel sind, sowie in den Anlagen I und II des Betäubungsmittelgesetzes bezeichnete Betäubungsmittel. Die Einschränkung auf Fertigarzneimittel basiert auf den gesetzlich vorgeschriebenen Angaben auf den Verpackungen von Fertigarzneimitteln, wie zum Beispiel der Pharmazentralnummer, die elektronisch lesbar und verarbeitbar sind.

Bei der Änderung des § 32 Absatz 1 Nummer 9 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

2.3 Modernisierung, Digitalisierung und Entbürokratisierung der Nutzung von Apotheken-Ausgabestationen benötigt

Anpassungsvorschlag des §17 (1b), Apothekenbetriebsordnung

(1b) Automatisierte Ausgabestationen sind zur Bereitstellung, Aushändigung und Ausgabe von Arzneimitteln nur zulässig, wenn sie sich innerhalb der Betriebsräume einer Apotheke befinden, einen Zugriff von außen für den Empfänger ermöglichen, sofern eine Ausgabe außerhalb der Betriebszeiten dieser Apotheke vorgesehen ist, und erst durch Personal dieser Apotheke bestückt werden, nachdem

1. die Bestellung des Arzneimittels oder der Arzneimittel bei dieser Apotheke erfolgt ist,
2. bereits eine Beratung, die auch im Wege der Telekommunikation durch diese Apotheke erfolgen kann, stattgefunden hat und
3. bei Arzneimitteln, die der Verschreibungspflicht nach § 48 des Arzneimittelgesetzes unterliegen, die Verschreibung im Original gemäß den Dokumentationspflichten nach den Absätzen 5 und 6 geprüft, geändert und abgezeichnet worden ist.

~~Die Arzneimittel sind für jeden Empfänger getrennt zu verpacken und jeweils mit dessen Namen und Anschrift zu versehen.~~

Die Arzneimittel sind so mit Namen und Anschrift des Empfängers zu versehen, dass die Abgabe an andere Personen als den Empfänger mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen ist.

Abweichend von Satz 1 sind automatisierte Ausgabestationen zur Bereitstellung, Aushändigung und Ausgabe von Arzneimitteln für den zugelassenen Versandhandel mit Arzneimitteln zulässig, wenn sie bestückt werden, nachdem die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 erfüllt sind. § 52 Absatz 1 Nummer 1 des Arzneimittelgesetzes bleibt unberührt.

Begründung

Seit Änderung der Apothekenbetriebsordnung und Zulassung von automatisierten Ausgabestationen vor 4 Jahren wurden in Deutschland über 1.000 automatisierte Ausgabestationen in Betrieb genommen. Mehrere Tausend Arzneimittelpackungen im Jahr werden bereits über diese Stationen abgegeben und entlasten so die durch Personalknappheit und hohe Lieferausfälle betroffenen Apotheken. Großer Wert wird verständlicherweise vom Gesetzgeber auf die Prüfung der Verordnung (§48, AMG) und der Sicherheitsmerkmale (§10, Satz 14 (1c), AMG) gelegt. Diese Prüfungen sind notwendig zur Sicherstellung der korrekten Abgabe an den Empfänger.

Eine Umverpackung führt nicht zu einer Steigerung des Sicherheitsaspekts und ist nur sinnvoll im Versand (§17 (2a) ApBtrO) des Arzneimittels an den Empfänger, nicht aber in der direkten Übergabe per Ausgabestation oder Boten. Zur Sicherstellung der Zuordnung von geprüftem Arzneimittel an den korrekten Empfänger sollte man zusätzlich zu einem Aufkleber mit Namen und Adresse noch nach aktuellem Stand der Technik einmalig generierte, verschlüsselt per Telekommunikation versendete, oder per (Abhol-) Quittung ausgedruckte Strichcodes/QR-Codes verwenden, die höchste Sicherheit garantieren.

Betrachtet man nur die 300.000 täglichen Botendienste (Rezeptsammelstellen und Botendienste | ABDA), ohne die mehreren Tausend Abgaben über Ausgabestationen, kommt man alleine bei 220 Arbeitstagen auf 66 Mio. nicht notwendigen Umverpackungen, die die Umwelt unnötig belasten und sowohl die Kosten als auch die Bürokratie in der Apotheke hochtreiben.

2.4

ApoG § 12a Abs. 4 – Rezeptweiterleitung an heimversorgende Apotheken

1.) ApoG § 12a neuer Absatz 4:

Direkte Abgabe von Rezepten für Pflegeheimbewohner:innen an heimversorgende Apotheken

Die vorgesehene Neuerung sieht vor, dass Ärzt:innen künftig Rezepte über Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte bei Heimbewohner:innen an die per Heimversorgungsvertrag gebundene Apotheke direkt übermitteln dürfen.

Begründung:

Es ist davon auszugehen, dass Ärzt:innen in der Praxis nicht differenzieren werden, dass diese Regelung des Apothekengesetzes lediglich für apothekenpflichtige Produkte gilt. Wir sehen damit die Gefahr, dass ebenfalls die unter § 31 SGB V zugeordneten Verordnungen für Trink- und Sondennahrung sowie Verbandmittel sowie ggf. sogar alle anderen apothekenüblichen Hilfsmittelrezepte von der Arztpraxis direkt an die heimversorgende Apotheke gegeben werden (per Papier- bzw. digitalem Rezept). Dies ist im Sinne des Patient:innenwahlrechts auszuschließen.

Wir halten daher eine deutliche Klarstellung für erforderlich, dass eine solche Direktzuweisung von Rezepten durch Ärzt:innen an heimversorgende Apotheken ausschließlich für RX-Arzneimittel vorgesehen ist, dass bei allen weiteren Verordnungen nach § 31 SGB V (u.a. Verbandmittel, Trink- und Sondennahrung sowie bei Hilfsmitteln nach § 33 SGB V) die Abgabe auf diesem Wege ausgeschlossen und das Patient:innenwahlrecht zwingend zu beachten ist.

2.5

§ 48a, b AMG – Abgabe von RX-Arzneimitteln ohne Rezept

1.) § 48a, b neu AMG:

Abgabe von RX-Arzneimitteln ohne Rezept (z.B. bei chronischen Patient:innen)

Die genannte Regelung sieht die Möglichkeit vor, dass Apotheken in bestimmten Fällen (z.B. chronische Patient:innen mit konstanter, unveränderter Medikation) RX-Arzneimittel einmalig ohne Rezept abgeben dürfen. Weitere Ausnahmen sollen per separater Verordnungsermächtigung folgen.

Begründung:

Diese Regelung halten wir für überaus sinnvoll. Im Sinne der administrativen Entlastung der beteiligten Leistungserbringer sowie auch der Patient:innen selbst, halten wir die Übertragung dieser Regelung auch auf weitere Versorgungsbereiche für geboten. So erschließt sich nicht, warum eine Dauerversorgung chronischer Patient:innen mit konstantem, unverändertem Versorgungsbedarf in den Bereichen Trink-, Sondernahrung, Verbandmittel oder Blutzuckerteststreifen nicht eine Analogeregulierung erfährt. Diese möchten wir hiermit vorschlagen.

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 0

info@bvmed.de

www.bvmed.de

