



Presse-Information

**Deutscher Apothekertag
München, 7. bis 9. Oktober 2010**

Bericht

Dr. Sebastian Schmitz

**Geschäftsführer der
ABDA – Bundesvereinigung
Deutscher Apothekerverbände
in Stellvertretung des Hauptgeschäftsführers**

Frei zur Veröffentlichung ab Beginn der Veranstaltung.
Es gilt das gesprochene Wort.



„Unverhofft kommt oft“, sagt man gemeinhin. Unverhofft kam die aktuelle Diskussion über die Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl im letzten Herbst allerdings nicht. Unverhofft sind da schon eher die unterschiedlichen Ansätze, die Teil der Reform sind. Die Regierung hat ein dreiteiliges Reformpaket geschnürt, dessen erster Teil bereits mit dem GKV-Änderungsgesetz im August in Kraft getreten ist und dessen restliche Teile, das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz und das GKV-Finanzierungsgesetz, zum 1. Januar 2011 wirksam werden sollen.

Tatsache ist jedenfalls, dass sich die gesetzgeberischen Aktivitäten über die Jahre betrachtet immer mehr verdichten. Wir haben ja schon einiges an Gesetzesänderungen erleben dürfen, aber dass wir innerhalb eines Jahres drei zentrale Gesetzesvorhaben mehr oder weniger gleichzeitig zu betreuen haben, hat schon eine bisher nicht dagewesene Intensität.

Ein Tätigkeitsschwerpunkt der ABDA im Berichtszeitraum war deshalb nahezu zwangsläufig die Darstellung der Positionen der Apotheker und die argumentative Begleitung der nationalen gesundheitspolitischen Diskussion. Die ABDA hat sich den vielfältigen Herausforderungen wieder im engen Schulterschluss mit den Landesorganisationen gestellt.

Einige Schwerpunkte unserer Tätigkeit werde ich nun herausgreifen.

I. Apothekerliche Leistung und Qualifikation

Im Jahr 2009 wurden in den Apotheken 1,4 Milliarden Arzneimittelpackungen abgegeben, das sind circa 4,6 Millionen Packungen pro Arbeitstag. Dies spricht eine deutliche Sprache für die Bedeutung der Apotheken bei der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung.

Diese Leistung hat auch im **Koalitionsvertrag** zwischen CDU, CSU und FDP Anerkennung gefunden. Die Parteien führen dort aus: „Die flächendeckende und sichere Versorgung hat für uns hohe Priorität. Die freiberuflichen Apothekerinnen und Apotheker spielen für eine gute Arzneimittelversorgung eine zentrale und wichtige Rolle“.

Es folgen dann im Koalitionsvertrag die bekannten Bekenntnisse zum Fremd- und Mehrbesitzverbot und zur Bekämpfung der Auswüchse des Versandhandels. An dieser Stelle möchte ich aber Ihr Augenmerk auf ein in diesem Zusammenhang oft nicht beachtetes Detail der Formulierung lenken: Die zentrale und wichtige Rolle in der Versorgung wird hier ausdrücklich den „freiberuflichen Apothekerinnen und Apothekern“ zugeschrieben. Im Fokus stehen damit nicht abstrakte Einrichtungen oder Organisationsformen, sondern die persönliche Leistung der Apo-

theKERinnen und Apotheker, also Ihre persönlichen Leistung und die persönliche Leistung Ihrer Kolleginnen und Kollegen.

Die Bedeutung dieser persönlichen Leistung ist aber nicht nur eine neutrale politische Feststellung, sondern sicher auch eine Erwartungshaltung, die uns seitens der Politik begegnet und die, so meine ich, auch die Erwartungshaltung der Gesellschaft widerspiegelt.

Die unabhängig und auf hohem qualitativen Niveau erbrachte persönliche Leistung der Apotheker ist damit bildlich gesprochen der Schlussstein der Arzneimittelversorgung. Ohne diesen Schlussstein würde das Gebäude der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung in sich zusammenbrechen und das ist der Grund, warum ich den Teil der Aktivitäten der ABDA, die sich unmittelbar mit der apothekerlichen Leistung befassen, an den Beginn meines Berichts stelle.

Wenn man sich die aktuellen Entwicklungen anschaut, begegnen wir insbesondere zwei Herausforderungen:

- der demographischen Entwicklung der Bevölkerung sowie
- der Entwicklung neuer Arzneimittel, die Bestandteil komplexer Therapien sind.

Komplexe Arzneimitteltherapien bedeuten zwangsläufig auch potenziell mehr Risiken. Dies gilt nicht nur für die im Einzelfall unvermeidbaren unerwünschten Wirkungen, sondern auch für unerwünschte Ereignisse, die auf Medikationsfehler und nicht sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln zurückgehen und die deshalb vermeidbar wären.

Erfreulicherweise zeigten die Apotheken in den vergangenen Jahren ein weiter steigendes Engagement bei den **Meldungen an die Arzneimittelkommission** der Deutschen Apotheker (AMK). Dabei stieg auch der Anteil der Meldungen über Verdachtsfälle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen an. Die Apothekerschaft ist damit ein wichtiger Signalgeber für die Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

Die ABDA hat sich auch aktiv bei der Umsetzung des vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten **Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit** eingebracht. Der neue Aktionsplan 2010-2012 schreibt die Maßnahmen des vorangegangenen Plans fort. Er legt den Schwerpunkt auf eine möglichst flächendeckende und effiziente Risikoreduktion der Arzneimitteltherapie für Patienten. Dazu zählt auch die Erarbeitung der inhaltlichen Anforderungen an einen Medikationsplan. Ein weiteres wichtiges Anliegen des Aktionsplans ist der Ausbau der Kooperation zwischen Ärzten und Apothekern zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Verschiedene **Projekte** haben es deutlich bestätigt: Der Apotheker kann eine Vielzahl von arzneimittelbezogenen Problemen bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und bei der Selbstmedikation erkennen und je nach Fragestellung in enger Zusammenarbeit mit dem Arzt lösen. Insbesondere auch mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden und werden diese und weitere Aspekte intensiv diskutiert. Die Erstellung eines kassenübergreifenden Medikationskataloges und die Aufgabenverteilung zwischen Arzt und Apotheker auf der Grundlage der Wirkstoffverordnung des Arztes spielen dabei eine wichtige Rolle.

Wenn wir alle diese Ansätze in die Wirklichkeit des Apothekerlebens übertragen würden, käme ein gerüttelt Maß an Zusatzarbeit auf die Apotheken zu. Manche sind der Meinung, dass dies bei den Anforderungen, die heute auf dem Apothekenalltag lasten, nicht leistbar sei. Ich möchte diese skeptischen Stimmen hier ganz bewusst erwähnen, weil unsere ganze Arbeit an zusätzlichen und vertieften Leistungsangeboten nutzlos wäre, wenn es nicht gelingt, sie als alltägliche Leistungen zu etablieren. Gerade wegen der eingangs erwähnten Erwartungshaltung gegenüber der Arbeit in den Apotheken werden wir aber nach Wegen suchen müssen, intensive Leistung und praktische Erfordernisse „unter einen Hut“ zu bringen. Hier liegt eine Herausforderung, die nicht von außen an uns gestellt wird, sondern die wir von innen heraus lösen müssen.

Ein weiteres konkretes Beispiel für die Ergebnisse der Arbeit der ABDA findet sich mit der im Jahr 2009 aktualisierten **Nationalen Versorgungsleitlinie Asthma**. Wir haben uns hier Gehör verschaffen können, weil wir mit Studien den Nutzen der apothekerlichen Leistung bei der Versorgung von Asthmapatienten belegen konnten. Mit der Nationalen Versorgungsleitlinie wird nun dokumentiert, dass die Sicherstellung der korrekten Anwendung von Inhalationssystemen eine gemeinsame Aufgabe von Arzt und Apotheker ist.

Erfreulich gestaltet sich auch die Zusammenarbeit der Bundesapothekerkammer mit dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen zur **Qualitätssicherung der Rezeptur**. Ziel des Projektes, das auf einen intensiven Austausch der Apotheker und Dermatologen vor Ort baut, ist die verstärkte Verwendung standardisierter Rezepturen, die therapeutisch, pharmazeutisch und wirtschaftlich sinnvoll sind.

Pharmazeutische Leistung wird auch bei der Umsetzung der **Rabattverträge** erbracht. Die Rabattverträge werden in der gesundheitspolitischen Diskussion zwar nahezu ausschließlich unter Kostenaspekten diskutiert. Inzwischen dürfte sich aber die Erkenntnis durchgesetzt haben, dass der mit der Umsetzung der Verträge verbundene Präparatewechsel beim Patienten einen erheblichen Beratungsbedarf auslöst.

Wenig erfreulich ist es in diesem Zusammenhang aber, wenn Vertreter einzelner Krankenkassenverbände meinen, bei den beabsichtigten neuen Regelungen zum AMNOG - Stichwort: Indikationsgleichheit - könne man so verfahren, dass zunächst die Auswahl- und Ersetzungsverpflichtungen der Apotheken per Gesetz nahezu grenzenlos weit gefasst werden und die Apotheken dann, ohne klare gesetzliche Grundlage und auf eigene Verantwortung, die erforderlichen „Korrekturen“ vornehmen. Man kann sicher die Prüfung des Einzelfalles in die Verantwortung des Apothekers stellen - aber dann mit einem klaren gesetzlichen Auftrag und auf eindeutiger Datengrundlage!

Zu einem weiteren Projekt: Der Schritt von der bestimmungsgemäßen zur missbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln ist manchmal nur klein. Es bedarf dabei gemeinsamer Anstrengungen beider Heilberufe – der Ärzte und Apotheker – dieses zu verhindern oder Betroffenen adäquate Hilfsangebote zu machen. Mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit hat die ABDA ein Projekt zum ambulanten Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patienten gestartet, über dessen erste Zwischenergebnisse sicher nächstes Jahr berichtet werden kann.

Aspekte der **Qualitätssicherung** nehmen einen breiten Raum bei der Arbeit der Bundesapothekerkammer ein. Die Bundesapothekerkammer hat zwischenzeitlich einer Reihe von Apothekerkammern das QMS-Qualitätssiegel verliehen, bei weiteren Apothekerkammern wird dies in Kürze erfolgen.

Konsequenterweise werden auch die Arbeiten an den Leitlinien zur Qualitätssicherung fortgesetzt, wobei wir verstärkt darauf achten, den Apotheken zusätzlich Umsetzungshilfen zur Verfügung zu stellen. Dass die Leitlinien, auch wenn ihnen ab und an der Praxisbezug pauschal abgestritten wird, ein wichtiges Arbeitsinstrument sind, belegen die Zugriffszahlen auf die entsprechenden Seiten der ABDA-Homepage, die regelmäßig in den Spitzenpositionen zu finden sind.

Spitzenzahlen erreichen wir auch, wenn es um die **Fortbildung** geht. Und dies trotz des schwierigen Gesamtumfeldes und der hohen Arbeitsbelastung in den Apotheken. Die Apothekerkammern der Länder haben im Jahr 2009 insgesamt 2.290 Fortbildungsveranstaltungen mit rund 119.000 Teilnehmern organisiert. Des Weiteren haben die Landesapothekerkammern über 5.800 und die Bundesapothekerkammer 500 Veranstaltungen externer Fortbildungsanbieter akkreditiert. Auch die Wochenendworkshops zum Thema „Patientenorientierte Pharmazie und pharmazeutische Betreuung im Patientenalltag“ waren wieder erfolgreich. Darüber hinaus hat die Bundesapothekerkammer fallorientierte Mustervorträge für Teamschulungen entwickelt und schult zurzeit die Referenten der Landesapothekerkammern auch im Hinblick auf einen verstärkt interaktiven Einsatz.

Trotz dieser erfreulichen Zahlen werden wir uns Gedanken machen müssen, wie die Fortbildung, aber sicher auch andere Qualifizierungsmaßnahmen, noch stärker an den Erfordernissen der Praxis ausgerichtet werden können. Mit dem Pseudo-Customer-Konzept, das seitens der Apothekerkammern sehr intensiv umgesetzt wird, ist ein erster Schritt in die fallorientierte Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten getan worden. Wir haben dabei die Themen über den OTC-Bereich hinaus um Interaktionen zwischen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und OTC-Arzneimitteln erweitert.

Die Resonanz auf die von der Bundesapothekerkammer zum fallorientierten Lernen erarbeiteten Vorträge war außerordentlich positiv. Nicht nur für die Selbstmedikation ist das fallorientierte Lernen sicher eine gute Grundlage. Es wird auch in der Weiterbildung, insbesondere in dem neu etablierten Bereich Geriatrische Pharmazie und bei den derzeit in Diskussion befindlichen Seminarinhalten für die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinpharmazie Berücksichtigung finden müssen.

Ich komme zum Versandhandel und zum **Pick-up-Verbot**. Warum gerade an dieser Stelle? Auch mit der besten Qualifikation kommt man bei der Beratung nicht weiter, wenn der Patient nicht in der Apotheke erscheint oder dem Apotheker nicht ordentlich zuhört. Beratung kann man dem Patienten nicht - zumindest wenn sie Wirkung entfalten soll - gewaltsam aufdrängen, Beratung kann man nur anbieten und sie nur leisten, wenn man Gelegenheit hat, den Patienten zum Fragen und zum Zuhören zu bringen. Deshalb ist es wichtig, dass der Patient seine Beratungsbedürftigkeit auch erkennt. Genau an dieser Stelle aber würden Pick-up-Stellen eine äußerst unselige Wirkung entfalten. Wer seine Arzneimittelverordnungen wie seine Fotobestellungen im Umfeld der Waren eines Drogeriemarktes abgibt und Tage später im gleichen Umfeld auch wieder abholt, der nimmt auf Dauer nicht mehr wahr, dass im Hintergrund eine Apotheke, und sei es auch nur eine Versandapotheke, agiert. Er nimmt dann aber in diesem Umfeld auch die Besonderheit des Arzneimittels nicht mehr wahr. Wenn die Politik vor dieser Entwicklung nicht die Augen verschließt, weiß sie, dass sie das Recht und die Pflicht hat, gegen Pick-up-Stellen und andere Fehlentwicklungen ähnlicher Art einzuschreiten. Wir werden nicht aufhören, dies weiter einzufordern.

Eine weitere Aktivität bezieht sich auf das Leistungsspektrum der Apotheken: Mit dem überarbeiteten Leistungskatalog für Beratungs- und Service-Angebote in Apotheken – kurz **LeiKa** – haben wir ein Instrument, das Leistungen der Apotheken, die zwar apothekenüblich sind, aber über ihren Versorgungsauftrag hinaus gehen, qualitätsgesichert beschreibt. Der LeiKa verdeutlicht auch nach außen den hohen Stellenwert, den die Apotheken im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen haben.

Die seit langem immer wieder angekündigte Novelle der **Apothekenbetriebsordnung** ist im Berichtszeitraum zwar noch nicht vorgelegt worden, allerdings ist mit einem formellen Entwurf des Verordnungsgebers in absehbarer Zeit zu rechnen. Die ABDA wird dieses Vorhaben aufmerksam und konsequent begleiten, um bei allen nicht zu unterschätzenden Risiken auch die Chancen für den Berufsstand zu nutzen. Dabei wird die ABDA alle Maßnahmen unterstützen, die die patientenorientierte Pharmazie fördern und den Apotheker in seiner Funktion als freier Heilberufler stärken. Unmissverständlich abzulehnen sind jedoch Regelungen, die eine unnötige Erhöhung von Aufwand und Bürokratie zur Folge hätten.

Auch an dieser Stelle kommen wir wieder zu einer Diskussion über erstrebenswerte Ziele und leistbaren Aufwand. Es ist ohne Frage richtig, Forderungen nach zusätzlichen Leistungen entgegenzutreten, wenn sie nicht angemessen honoriert werden. In diesem Sinne liegen der Hauptversammlung einige Anträge zur Beratung vor. Das sollte uns aber nicht daran hindern, auf die Suche nach möglichen Qualitätsverbesserungen zu gehen, das bloß Wünschenswerte vom dringend Erforderlichen zu trennen und dann dafür zu sorgen, dass für richtig erkannte Maßnahmen auch umgesetzt werden können.

II. Rahmenbedingungen für die Berufsausübung

Damit komme ich zu den Rahmenbedingungen für die Berufsausübung. Alle Bemühungen um noch mehr und noch bessere Leistung kommen nicht voran, wenn die Rahmenbedingungen nicht stimmen. Auch um diese hat sich die ABDA selbstverständlich zu kümmern und sie hat dies auch getan.

1. Rechtliche Rahmenbedingungen

Im europäischen Kontext haben die **Urteile des Europäischen Gerichtshofes** (EuGH) zu den Regelungen zur Arzneimittelversorgung von Krankenhäusern (2008), zum sogenannten Fremdbesitzverbot in Deutschland (2009) sowie zu Niederlassungsbeschränkungen im spanischen Asturias Fall (2010) für große Aufmerksamkeit gesorgt. Der EuGH räumt den Mitgliedsstaaten bei der Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme einen weiten Wertungsspielraum ein. Insbesondere wurde dem nationalen Gesetzgeber die Möglichkeit gelassen, selber das Niveau des Gesundheitsschutzes durch präventive Schutzmaßnahmen festzulegen.

Daneben gibt es eine Vielzahl weiterer Themengebiete, die die ABDA auf europäischer Ebene begleitet hat und weiter begleiten wird. Im Juni wurde durch die spanische Ratspräsidentschaft im Gesetzgebungsverfahren zur Richtlinie über Patientenrechte bei grenzüberschreitenden

Gesundheitsdienstleistungen ein Kompromisspapier vorgelegt, das vom Rat angenommen wurde. Die Richtlinie will einen einheitlichen Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung schaffen. Aus Sicht der ABDA sind für die Apotheker im weiteren Verfahren insbesondere die Fragen des anwendbaren Rechts zur Anerkennung ausländischer Verordnungen und der Preisvorschriften für verschreibungspflichtige Arzneimittel relevant.

Die Ende 2008 von der EU-Kommission eingebrachten Vorschläge zum sogenannten „Pharmapaket“ (Richtlinie 2001/83 EG - Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel) wurden im Berichtszeitraum intensiv diskutiert. Die Diskussion über die **Arzneimittelinformation** verläuft dabei weiterhin kontrovers. Die ABDA hat sich ebenso wie das Bundesgesundheitsministerium gegen den Richtlinienvorschlag ausgesprochen. Wir bleiben bei unserer Bewertung, dass die vorgesehene Erweiterung der Möglichkeiten, die Öffentlichkeit über verschreibungspflichtige Arzneimittel zu informieren, zu einer Aufweichung der aus gutem Grunde bestehenden Werbeverbote führen würde.

In der Diskussion zwischen Rat und Parlament zum Thema Arzneimittelfälschungen hat sich die ABDA wegen der Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten gegen die Forderung nach europarechtlichen Vorschriften ausgesprochen, unterstützt aber weiterhin zielführende Maßnahmen gegen Arzneimittelfälschungen. Die ABDA treibt deshalb auch eigene Aktivitäten bezüglich eines Pilotprojektes zur Arzneimittelauthentifizierung in Deutschland weiter voran.

Ein weiteres Rechtsetzungsverfahren betrifft die **Pharmakovigilanz**. Das Europäische Parlament hat die entsprechende Richtlinie vor kurzem, am 22. September 2010, angenommen. Die Arzneimittelüberwachung wird mit dieser Richtlinie stärker europäisch vernetzt werden. Künftig werden auch Medikationsfehler und Verdachtsfälle meldepflichtig sein. Für die Öffentlichkeit sollen Internetportale auf EU-Ebene und in den Mitgliedstaaten entwickelt werden, über die auch Patienten Nebenwirkungen melden und Informationen zu Arzneimitteln abrufen können. Bei der Umsetzung der Richtlinie in das deutsche Recht wird darauf zu achten sein, dass die Rolle der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker sachgerecht berücksichtigt wird.

Hier möchte ich den Berichtsfluss kurz anhalten und Sie auf die guten Nachrichten aufmerksam machen, die in den zuletzt angesprochenen Punkten stecken. Wir haben eine nun schon als „ständig“ zu bezeichnende europäische Rechtsprechung, die den hohen Rang präventiver Regelungen zum Gesundheitsschutz bestätigt und dem nationalen Gesetzgeber entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten zubilligt. Und wir haben eine intensive Rechtsetzungsdebatte, in der sich die Beteiligten der besonderen Bedeutung der Arzneimittelversorgung bewusst sind. Das ist eine gute Ausgangsposition, um unser Arzneiversorgungssystem weiter auszubauen.

Ich komme damit von den europäischen zu den nationalen Rahmenbedingungen, die die Arbeit in den Apotheken bestimmen.

Das Bundesverwaltungsgericht hatte sich mit der automatisierten Abgabe von Arzneimitteln durch **Arzneimittelterminals** zu befassen. Es hat im Juni 2010 in seiner mit Spannung erwarteten Entscheidung diese Art der Abgabe von Arzneimitteln als rechtswidrig bewertet. Das Bundesverwaltungsgericht hat dabei mit erfreulicher Klarheit die Bedeutung der persönlichen und eigenverantwortlichen Leitung der Apotheke betont.

Genauso gespannt waren wir auf die Entscheidung des Bundesgerichtshofes zur Arzneimittelpreisverordnung. Zur Gültigkeit der deutschen **Arzneimittelpreisverordnung** auch für im Ausland ansässige Anbieter steht aber ein abschließendes Urteil weiterhin aus. Zwar hat der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung vom September 2010 die Anwendbarkeit der Arzneimittelpreisverordnung auch in Fällen mit Auslandsbezug bejaht, er hat aber wegen der abweichenden Auffassung des Bundessozialgerichtes in dieser Frage den Gemeinsamen Senat der Obersten Gerichtshöfe des Bundes angerufen.

Immerhin hat der Bundesgerichtshof aber im gleichen Zeitpunkt zu der Frage, ob mit Bonusgewährungen die Arzneimittelpreisverordnung verletzt wird, ein klares „Ja“ gesprochen. Zugleich ist aber in der Pressemitteilung des Gerichtshofs davon die Rede, dass die wettbewerbsrechtlichen Geringfügigkeitsgrenzen bei der Bewertung zu berücksichtigen seien. Jetzt mag hier der eine oder andere mit der Kompliziertheit der Juristen hadern, aber wir werden nicht umhin kommen, zunächst die Urteilsgründe des BGH, wenn sie uns dann vorliegen, genau zu analysieren. Alles andere wären Spekulationen, die ich an dieser Stelle nicht anstellen möchte.

Bei einem anderen bereits lange diskutierten Thema – der **elektronischen Gesundheitskarte** (eGK) – hat die neue Bundesregierung richtigerweise ein Innehalten verordnet. Die verbliebenen Aktivitäten haben zunächst keine Auswirkungen auf die Apotheken.. Wir werden bei der weiteren Entwicklung der Gesundheitskarte auch weiterhin darauf achten, dass die neue Technik die Patientenbelange berücksichtigt, eine praxisgerechte Gestaltung der Anwendungen ermöglicht und die Apotheken dabei nicht unangemessen belastet werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt an der Schnittstelle zwischen strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen sind die vermehrt auftretenden Bestrebungen, **Versorgungsleistungen zu zentralisieren** und dabei weite Lieferwege in Kauf zu nehmen. Zum Beispiel bei den Hilfsmittelausschreibungen. Zum Beispiel bei der Versorgung der Ärzte mit Grippeimpfstoffen. Und zum Beispiel auch bei individuell hergestellten parenteralen Lösungen. Im letztgenannten Fall haben sich der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband nach intensiven Ver-

handlungen mit Wirkung zum Januar 2010 auf Basis der bisher sogenannten „15. AMG-Novelle“ auf eine neue vertragliche Regelung geeinigt. Trotz dieser Einigung läuft in Berlin eine Ausschreibung der AOK, mit der die Versorgung der Versicherten mit Zytostatikarezepturen sichergestellt werden soll. Als Ergebnis dieser Ausschreibung, die derzeit noch durch die Gerichte gebremst wird, zeichnet sich ab, dass es bei einer Umsetzung in vielen Fällen zu langen Lieferwegen bis aus Sachsen kommen würde.

Es liegt auf der Hand, dass intensive Beratung, schnelle Akutversorgung und Distanzlieferungen an den Endverbraucher über zig- oder hunderte Kilometer nicht zusammenpassen. Der EuGH hat dazu in seiner Entscheidung zur Krankenhausversorgung deutliche Worte gesprochen und erklärt, dass das Erfordernis der Nähe zwischen Apotheke und Krankenhaus Eingriffe rechtfertigt, um ein hohes Niveau des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung zu gewährleisten.

Wer meint, eine beratungsintensive und zeitnahe Versorgung flächendeckend für alle Patienten durch Ausschreibungen und Einzelverträge organisieren zu können, ohne dabei zusätzliche Risiken und Qualitätsverluste einzugehen, der ist auf dem Holzweg. Wir werden deshalb weiter alle Anstrengungen zu unternehmen haben, damit der Wert der „Nähebeziehung“ zwischen Apotheker und Patient sowie zwischen Apotheker und Arzt sowohl im Wortsinne als auch im übertragenden Sinn erkannt und konsequent in den Versorgungsstrukturen umgesetzt wird.

Zum Stichwort Einzelverträge gehört noch ein weiteres zentrales Thema, das unserer intensiven Begleitung bedarf. In sämtlichen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber die kluge Entscheidung getroffen, die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten nicht selbst zu regeln, sondern diese Ausgestaltung im Detail einem **System von Verträgen** zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu überlassen. Das gibt den Beteiligten die Möglichkeit, ihre Interessen wechselseitig abzugleichen und in ein ausgewogenes Verhältnis zu bringen. Dieses Gleichgewicht droht derzeit ins Wanken zu geraten, weil mit dem AMNOG ohne hinreichende Differenzierung kartellrechtliche Prinzipien auf das Vertragssystem angewandt werden sollen und damit die Verbandsverträge in Frage gestellt oder zumindest in den Streit vor die Gerichte gezogen werden. Eine geordnete und flächendeckende Versorgung wäre dann nicht mehr zu gewährleisten. Wir sollten alle Anstrengungen unternehmen, dies zu verhindern.

2. Ökonomische Rahmenbedingungen

Sehr schnell nach den ersten Festlegungen im Koalitionsvertrag begann die Diskussion über Einsparmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Allgegenwärtig war dabei das Schreckgespenst

eines drohenden Defizits der gesetzlichen Krankenkassen von rund 11 Milliarden Euro im Jahr 2011. Die Bundesregierung hat immer wieder betont, es gehe bei den **Einsparbemühungen** darum, den sogenannten Zuwachs bei den Marktbeteiligten zu begrenzen.

Wird dieser Maßstab auch bei den Apotheken angelegt? Bereits ein kurzer Blick auf die Zahlen zeigt: Seit 2001 haben die Krankenkassen rund 36 Milliarden Euro mehr eingenommen. Der GKV-Branchenrohertrag der Apotheken ist dagegen mit Schwankungen konstant geblieben. Dabei nimmt der Anteil der öffentlichen Apotheken an den GKV-Leistungsausgaben weiter ab und betrug 2009 lediglich noch 2,6 Prozent. Hier gibt es keinen Zuwachs, der begrenzt werden könnte.

Die **Anpassung des Apothekenabschlags** nach § 130 SGB V war deshalb ein zentrales Thema im Berichtszeitraum. Leider konnte trotz klarer Faktenlage keine Einigung in den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband erzielt werden. Der Deutsche Apothekerverband musste deshalb die Schiedsstelle anrufen. Sie hat klare Beurteilungskriterien festgelegt, die vorgelegten Daten intensiv geprüft und nach mehreren Verhandlungsterminen entschieden, den Apothekenabschlag für 2009 auf 1,75 Euro festzulegen.

Bis zu der Entscheidung der Schiedsstelle im Dezember 2009 konnte man, trotz der zeitlichen Verzögerungen, noch von einem angemessenen Verfahren zur Festlegung des Apothekenabschlags sprechen. Was dann aber folgte, kann man - vorsichtig ausgedrückt - nur als äußerst unerfreulich bezeichnen.

Es begann mit der Klage des GKV-Spitzenverbandes gegen die Entscheidung der Schiedsstelle. Das mag man noch als den in einem Rechtsstaat zulässigen Versuch hinnehmen, rechtlich relevante Entscheidungen von den Gerichten überprüfen zu lassen. Was aber nicht mehr hinnehmbar ist, ist der Anlauf der Krankenkassen, dem Schiedsspruch die Folgewirkung für das Jahr 2010 abzusprechen, den Abschlag wieder mit 2,30 Euro zu berechnen und die Abrechnungen der Apotheken entsprechend kürzen zu wollen.

Wir haben vor dieser Ausgangslage zunächst die vorläufige Umsetzung der Schiedsstellenentscheidung für das Jahr 2009 vor Gericht erkämpfen müssen, weil die Klage des GKV-Spitzenverbandes aufschiebende Wirkung hatte. Erfreulicherweise wird der Schiedsstellenentscheid zum Abschlag 2009 mittlerweile auf dieser Grundlage weitestgehend umgesetzt.

Leider wird aber durch das laufende – sicher mehrjährige – Sozialgerichtsverfahren kurzfristig keine Rechtssicherheit für die Apotheken geschaffen. Diese Problematik könnte durch die Verhandlungen zur Anpassung des Abschlages für das Jahr 2010 und die Folgejahre noch ver-

schärft werden. Die ABDA wird deshalb weiter darauf drängen, die Regelungen im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zu ergänzen und festzulegen, dass Klagen gegen **Schiedsstellenentscheidungen** keine aufschiebende Wirkung haben. Dies ist dringend erforderlich, um das Ziel des Gesetzgebers zu erreichen, eine jährliche Anpassung der Vergütung herbeizuführen. Es ist überhaupt kein Grund ersichtlich, warum in anderen Leistungserbringerbereichen solche Regelungen bestehen oder eingeführt werden sollen, aber gerade im Apothekenbereich nicht.

Die **Rabattverträge** haben in der aktuellen Berichtsperiode erneut sowohl in den Apotheken als auch in den Geschäftsstellen viel Arbeit verursacht. Endlich liegen hierzu auch neuere Zahlen vor. Laut Bundesministerium für Gesundheit sparten die Kassen durch Rabattverträge 2009 rund 850 Millionen Euro. Nach wie vor aber fehlt Rechtssicherheit. Zum Beispiel beim Austausch in Fällen, in denen Indikationen gemäß Zulassung nicht gleich sind. Oder in der Frage der Packungsgröße. Die Politik äußert zwar viel Verständnis für die Situation der Apotheken, hat aber bislang zu wenig getan. Wir werden auch hier am Ball bleiben.

Apotheken haben bei den Rabattverträgen viel Verantwortung übernommen. Dies gilt auch beim Inkassorisiko, das durch die politisch gewollte Erhöhung des **Herstellerabschlags** tendenziell weiter ansteigt. Ein direkter Anspruch der Kasse gegenüber dem Hersteller und eine verbindliche Datengrundlage für das Inkasso der Abschlagsbeträge durch die Apotheken würden hier Abhilfe schaffen. Die ABDA wird sich deshalb weiterhin für die Umsetzung ihrer Lösungsvorschläge hierzu im AMNOG einsetzen. Es ist schlicht unerträglich, wenn die Apotheken, die das Inkasso nicht zu eigenen Gunsten, sondern zu Gunsten Dritter durchführen, für diese Arbeit, die auch noch unbezahlt ist, mit Rechnungskürzungen und Zahlungsausfällen bedroht werden.

Auch die im AMNOG geplante Änderung der **Packungsgrößenverordnung** kann je nach Ausgestaltung für die Apotheken erhebliche Belastungen mit sich bringen. Die ABDA begrüßt zwar grundsätzlich den Ansatz therapiegerechter und an der Behandlungsdauer orientierter Packungsgrößen. Viele Fragen sind aber ungelöst und bedürfen der Klärung. Nach unserer Auffassung muss dieses Vorhaben ohne Zeitdruck inhaltlich weiter vorbereitet werden und darf keinesfalls als groß angelegtes Marktexperiment starten. Die ABDA wird sich deshalb dafür einsetzen, auf die vorgeschlagene Änderung der Packungsgrößenverordnung zum jetzigen Zeitpunkt zu verzichten.

Über die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen kann nicht ohne einen Blick auf die vorgesehenen Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung berichtet werden. Die angedachte Umstellung der **Großhandelsvergütung** im AMNOG sorgt für ganz erhebliche Diskussionen. Bereits im

Zuge der letzten Änderung des Arzneimittelgesetzes hatte der PHAGRO eine kostenneutrale Vergütungsumstellung auf fixe und variable Elemente gefordert. Die aktuell diskutierten Eckpunkte der Vergütung im AMNOG laufen aber erneut nicht auf eine neutrale Umstellung hinaus. Im Gegenteil: Nach inzwischen weitgehend unstrittigen Berechnungen hätten sie nach den Vorgaben des Gesetzentwurfs eine Belastung von insgesamt rund 500 Millionen Euro zur Folge.

Die ABDA hat immer wieder auf diese Gesamtproblematik hingewiesen und gefordert, auf entsprechende Regelungen zu verzichten oder sie so auszugestalten, dass die Apotheken nicht weiter belastet werden.

Lassen Sie mich eines hinzufügen: Der vollversorgende **pharmazeutische Großhandel** hat für die Apotheken eine außerordentlich wichtige Unterstützungsfunktion bei der schnellen und flexiblen Bereitstellung der Arzneimittel für die Patienten. Dies sei hier ausdrücklich betont. Genauso deutlich sei aber auch gesagt, dass die ordnungsgemäße Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln die alleinige Aufgabe der Apotheken ist, und dies bei Wahrung ihrer ganzen Kompetenz und ihrer vollen Unabhängigkeit.

III. Ausblick

Die Finanz- und Wirtschaftskrise scheinen fast abgehakt zu sein, auch wenn einige Experten das Umfeld weiterhin als extrem komplex bewerten. Ungeachtet dessen wird das Gesundheitswesen sicher auch in Zukunft ein Wachstumssektor bleiben. Aber: Es wird auch weiterhin ein Finanzierungsproblem haben.

Gleichzeitig sind die für die Gesundheitspolitik relevanten Trends bekannt. Hierzu gehören:

- der medizinische und pharmazeutische Fortschritt,
- die zunehmende Alterung und
- damit verbunden die zunehmende Zahl chronisch kranker und multimorbider Menschen.

Zu Beginn hatte ich darauf verwiesen, dass dieser Bericht auch einen Fingerzeig für die Diskussion der Hauptversammlung und deren Entscheidungen geben sollte. Was folgt nun aus alledem, was ich Ihnen bis hierhin vorgetragen habe?

Die erste und wichtigste Botschaft vorneweg: Die Erkenntnis, dass die Apothekerinnen und Apotheker gebraucht werden und gefragt sind, wenn es um die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung geht, ist in den letzten Monaten gewachsen und wurde

deutlich gestärkt. Europäische und nationale Rechtsprechung, nationale Versorgungsleitlinien, die Pläne der Bundesregierung zur Therapiesicherheit, die Zusammenarbeit zwischen Organisationen der Ärzte und der Apotheker, das Einfordern der pharmazeutischen Kompetenz bei der Arzneimittelauswahl und die demographische Entwicklung bestätigen dies deutlich. Wir brauchen uns mit unseren Vorschlägen und Argumenten also nicht zu verstecken.

Die zweite Schlussfolgerung ist ebenso eindeutig: Die Gesellschaft tut sich schwer, alle wünschenswerten, sinnvollen und teilweise auch die dringend erforderlichen Leistungen zu finanzieren. Umso kritischer betrachtet sie die Leistungsangebote aller Beteiligten.

Beides zusammengenommen führt dazu, dass wir unser Augenmerk in erster Linie auf die Stärkung der persönlichen Leistung des Apothekers im unmittelbaren Kundenkontakt richten sollten. Das Pfund, mit dem der Berufsstand wuchern kann, ist die auf seiner fachlichen Kompetenz gründende Patientennähe und das Engagement, mit dem Ihre Kolleginnen und Kollegen diese Leistungen erbringen. Der Patient muss diese Kompetenz erleben können und wir sollten verstärkt dazu beitragen, dass die apothekerliche Kompetenz auch für den Patienten erlebbar gemacht werden kann.

An dieser Stelle und in diesem Zusammenhang kann ich Ihnen auch noch eine weitere erfreuliche Mitteilung machen: Die vielfältigen Aktivitäten der ABDA waren in der Vergangenheit nur möglich und werden dies in der Zukunft auch bleiben, weil sich Ehrenamtler und Hauptamtler intensiv und engagiert an der Arbeit der ABDA beteiligt haben. In diese Feststellung möchte ich ausdrücklich auch die Arbeit in den Landesorganisationen einbeziehen, die ja zum Glück keine Fremdkörper, sondern Teil der ABDA sind. Für die Kolleginnen und Kollegen in Berlin, Brüssel und Eschborn kann ich Ihnen aus unmittelbarer persönlicher Erfahrung versichern, dass dort nicht nur auftragsgemäß die Vorgaben der Vorstände und der Geschäftsleitung abgearbeitet werden, sondern dass dort mit hoher Motivation und sehr oft über das geschuldete Maß hinaus über die Belange der Apothekerschaft nachgedacht, diskutiert, gesprochen, geschrieben und für diese gekämpft wird. In Ihren Landesorganisationen wird dies nicht anders sein.

Im weiteren Verlauf des Apothekertages wird es um die Grundlagen, die Nutzung und den Ausbau der Kernkompetenzen der Apotheker gehen. Wir haben diesen Schwerpunkt ganz bewusst und in Kenntnis der laufenden gesetzgeberischen Aktivitäten gesetzt, weil die Nutzung dieser Kernkompetenz für die mittelfristige Entwicklung entscheidend sein wird. Schwerpunkte der ersten beiden Arbeitskreise sind deshalb nicht zuletzt der weitere Ausbau der patientenorientierten Versorgung, das apothekerliche Berufsbild und die Gewinnung von Nachwuchs für den Berufsstand.

Wer täglich millionenfach Verlässlichkeit bietet, darf auch Verlässlichkeit erwarten. Und ein Stück Fairness. Auch bezüglich der Honorierung der Leistungen und der beruflichen Rahmenbedingungen. Apotheken sind Leistungsträger im wahrsten Sinne des Wortes und eben keine Kostentreiber. Auch darum wird es auf dem Deutschen Apothekertag gehen. Im dritten Arbeitskreis am Samstag wird es Gelegenheit zur Diskussion mit gesundheitspolitischen Experten der im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien geben. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und uns einen erfolgreichen Verlauf des diesjährigen Deutschen Apothekertages.