

BERICHT DES HAUPTGESCHÄFTS- FÜHRERS DER ABDA

Dr. Sebastian Schmitz

Deutscher Apothekertag 2014, München 17. September 2014

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

Sehr geehrter Herr Präsident,

sehr geehrte Damen und Herren,

Sie kennen alle das Gefühl vor großen Familientreffen, die aus Anlass von runden Geburtstagen, Jubiläen oder Freud und Leid aller Art stattfinden: Mit einer gewissen gespannten Erwartung fährt man dort hin und fragt sich, ob sich die Kleinen gut entwickelt haben, ob die Erwachsenen gesund geblieben sind und die Älteren mit ihren Krankheiten zurechtkommen. Man wünscht sich viele gute Neuigkeiten und hofft vor allem, dass man auch die entfernteren Verwandten noch wiedererkennt. Wenn alles gut läuft, fährt man abends mit dem Gefühl zurück, dass die Familie noch ihren inneren Zusammenhalt hat und auf sie Verlass ist.

Ich will nicht so weit gehen, diese Hauptversammlung mit einem Familientreffen zu vergleichen. Aber zumindest bei den Themen meines Geschäftsberichts ist es so wie bei den Verwandten auf diesen Treffen: Von manchen haben Sie in der letzten Zeit laufend gehört, an andere können Sie sich gerade noch so erinnern, das eine interessiert Sie mehr, das andere weniger. Oft gibt es eine gesunde Entwicklung zu beobachten, an manchen Dingen krankt es aber auch noch. In diesem Sinne mache ich jetzt ein kleines Familientreffen, bringe Sie wieder mit einigen Verwandten und Bekannten zusammen. Es würde mich freuen, wenn Sie am Ende das gute Gefühl und die Gewissheit hätten, dass unsere Aktivitäten einen starken inneren Zusammenhalt haben und Sie sich auf die Arbeit Ihres Verbandes verlassen können.

PERSPEKTIVPAPIER

Wir haben in der letzten Zeit intensiv über Leitbilder und Perspektiven geredet. Manchen war das zu viel, anderen immer noch zu wenig. Sicher ist: Man kann nicht ernsthaft darüber streiten, ob ein Verband überhaupt eine Perspektive braucht. Er braucht sie selbstverständlich, sonst wäre er nicht überlebensfähig und würde nur vor sich hin werkeln.

Müssen wir über diese Perspektive aber gerade jetzt diskutieren? Es gibt doch viel anderes zu tun: Medikationsmanagement umsetzen, Honorar verbessern, Fortbildung organisieren, Retaxationen abwehren. Die Liste der Aufgaben ist lang. Warum also ausgerechnet jetzt die Debatte über ein Perspektivpapier?

Die innere Begründung hat Ihnen der Präsident bereits gegeben. Ich will einen „außenpolitischen“ und einen „innenpolitischen“ Aspekt hinzufügen.

Wir stehen derzeit an einem politischen Wendepunkt. Die „Pharmazeutische Betreuung“, wie wir sie früher genannt haben, und die Angebote, die wir zu entsprechenden Dienstleistungen seit mehr als zehn Jahren aktiv an Politik und Krankenkassen richten, sind dort häufig nur als nett, aber nicht als zwingend notwendig zur Kenntnis genommen worden. Konkretes Handeln der Politik hatte dies lange nicht zur Folge. Erst seit kürzerer Zeit scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass die verstärkte Nutzung der apothekerlichen Kompetenz kein gesundheitspolitischer Luxus, sondern zwingende Voraussetzung für eine bessere Arzneimittelversorgung ist.

Dieser Wendepunkt lässt sich klar an der gesetzlichen Umsetzung des ABDA/KBV-Konzeptes in § 64a SGB V festmachen. Diese Regelung ist im Januar 2012 in Kraft getreten. Erstmals hat im Bereich der Arzneimittelversorgung eine Leistung in das Gesetz Einzug gehalten, die ausweislich der Gesetzesbegründung „zur Verbesserung der Therapietreue der Patienten beitragen und die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessern [soll] durch die Vermeidung arzneimittelbezogener Probleme und die Verminderung von Arzneimittelrisiken“. Seitdem ist die Etablierung pharmazeutischer Dienstleistungen keine bloße Gedankenspielerlei mehr, sondern auch politische Realität.

Die Tatsache, dass wir zu diesem wichtigen Thema keine konkreten Aussagen im Koalitionsvertrag finden, zeigt keine Abkehr von diesem Weg an. Die Bundesregierung ist vielmehr der Auffassung, alle Voraussetzungen für dieses Aufgabenfeld geschaffen zu haben und dass nun Apotheker und Ärzte mit der Umsetzung am Zug seien.

Wir müssen und dürfen jetzt also aktiv werden. Deshalb ist es an der Zeit, sich darüber zu vergewissern, ob und wie genau der Berufsstand den so eingeschlagenen Weg weiter beschreiten will. Deshalb ist auch jetzt der richtige Zeitpunkt für die Debatte über die Apotheke 2030.

Es gibt aber noch den zweiten Aspekt, den „innenpolitischen“, der die Notwendigkeit dieser Debatte beleuchtet. Sie kennen alle von Mark Twain die schöne Beschreibung der Lage der Ruderer auf dem Fluss: „Nachdem wir unser Ziel endgültig aus den Augen verloren hatten, verdoppelten wir unsere Anstrengungen“. Das ist eine sehr menschliche Reaktion: Man hat sich im Wald verlaufen und läuft etwas schneller, um wieder herauszukommen, aber ohne die richtige Richtung ist eine solche Verstärkung der Anstrengungen gefährlich. Bezogen auf unsere Verbandsarbeit bedeutet Orientierungslosigkeit mindestens Ressourcenverschwendung, wahrscheinlich aber auch Erfolglosigkeit.

Nun ist es ja nicht so, dass wir in den letzten Jahren oder Jahrzehnten ohne Plan gearbeitet hätten. Der Weg von einer Arbeitsweise, die auf die Abgabe der Arzneimittel und die zugehörige situative Beratung des Patienten fokussiert, hin zu einer dauerhaften und systematischen Begleitung des Patienten ist schon lange durch intensive innerverbandliche Arbeit vorgezeichnet.

Das wird besonders deutlich, wenn wir uns die letzte umfassendere Eigenrevision des Berufsstandes ansehen. Das waren die Thesen zur Arzneimittelversorgung aus dem Jahr 1993, die nach einem längeren Entscheidungsfindungsprozess ihren Niederschlag in einem Grundsatzpapier gefunden hatten.

Dort lesen wir unter anderem über Arzneimittelauswahl durch den Apotheker, über apotheker-eigene Arzneimittelstatistik, über die Etablierung von „pharmaceutical care“ und über die wachsende Bedeutung der Selbstmedikation. Auch die Handlungskonsequenzen wurden seinerzeit beschrieben. Hier einige der Eckpunkte:

- » Änderung der Systematik der Arzneimittelpreisverordnung,
- » neue Honorarmodelle für Dienstleistungen sowie für den Nacht- und Notdienst und die Rezepturherstellung,
- » zeitgemäße universitäre Ausbildung,
- » Erhalt der inhabergeführten Apotheke und:
- » Manche erinnern sich auch noch an den festbetragsgruppenspezifischen Festzuschlag.

Diese Thesen sind in ihrer Grundhaltung mit unserem aktuellen Perspektivpapier kompatibel. Aber die meisten Schritte, die damals eingeleitet wurden, befassten sich noch mit der Hinführung zu grundlegenden Instrumenten und Einrichtungen, die für die Idee der verstärkten pharmazeutischen Dienstleistungen erst noch geschaffen werden mussten. Einrichtungen wie das DAPI in seiner heutigen Form, die gematik-Infrastruktur, der Aufbau des fachlichen Know-hows zum Thema Telematik in unserem Verband und vieles mehr ist damals angestoßen worden und inzwischen in großen Teilen gelebte Realität. Der Fixzuschlag in der Arzneimittelpreisverordnung ist seit langem umgesetzt, und ganz neu ist mit dem Nacht- und Notdienstfonds auch die seinerzeit geforderte besondere Berücksichtigung des Notdienstes etabliert. Diese Aufbauarbeiten sind damit in weiten Teilen abgeschlossen.

Nun könnte man es sich leicht machen und mit einem fröhlichen „Weiter so!“ und dem Motto „Wer A sagt, muss auch B sagen“ drauflos marschieren. Das wäre aber nach 21 Jahren wohl etwas zu frohgemut.

Vor allem aber geht es auch um mehr als eine bloße Bestätigung alter Positionen. Wir treten jetzt in eine Phase ein, in der es konkret um die Veränderung des beruflichen Alltags in der Apotheke gehen wird, wenn wir mit unseren Vorstellungen Ernst machen wollen. Dazu brauchen wir neue Handlungsstrategien, die auf Basis des Perspektivpapiers zu entwickeln sind, sei es im Bereich der Qualifizierung, der betrieblichen Organisation oder der Honorierung, um nur einige Beispiele zu nennen. Damit kommen wir an einem Meilenstein an, an dem es sich lohnt, kurz anzuhalten und sich des Weges noch einmal zu vergewissern. Auch deshalb brauchen wir die Debatte über die grundsätzliche Ausrichtung unserer Verbandsarbeit jetzt und nicht irgendwann.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang noch zwei kurze Nebenbemerkungen zu unserer Arbeitsweise machen, die mir wichtig sind.

Nebenbemerkung 1 zum Thema Transparenz: Ich hatte Ihnen im letzten Jahr versprochen, dass wir weiter daran arbeiten werden, die offene Diskussion im Verband zu fördern, immer mit dem Ziel, am Ende einen größtmöglichen Konsens im Berufsstand zu erzielen. Mit der Art und Weise, wie das Perspektivpapier entwickelt wurde, haben wir alles getan, um eine solche Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Wir haben eine breite Beteiligungsmöglichkeit für die Mitglieder online eröffnet und auf dem Konvent zum „Leitbild“, dann wieder „offline“, einen breit angelegten Meinungsbildungsprozess organisiert. Dieser Prozess war geprägt durch eine Diskussionskultur mit Meinungsvielfalt, Streit und Suche nach Kompromissen, großem Engagement und Bemühen um Sachlichkeit, so wie man es sich nur wünschen kann – eine Diskussionskultur, von der man träumt, wenn man sich die diversen online-Foren betrachtet.

Der letzte Aspekt, auf den ich im Zusammenhang mit dem Perspektivpapier eingehen will, und damit Nebenbemerkung 2 ist der Zeithorizont für dieses Papier. „Apotheke 2030“: Nehmen Sie das bitte nicht allzu ernst. Vielleicht existiert die Apotheke 2030 schon im Jahr 2025, vielleicht erleben wir sie erst im Jahr 2035. Vielleicht erscheint sie auch stückweise. Auf den genauen Zeitpunkt kommt es nicht an. Entscheidend ist: Es geht jetzt los, aber der Veränderungsprozess wird andauern. Der nächste Schritt, den wir gehen, ist die Entwicklung konkreter strategischer Handlungsoptionen. Damit wollen wir morgen beginnen.

Für die Ungeduldigen unter Ihnen will ich das gute alte Sprichwort in Erinnerung rufen: „Gut Ding will Weile haben.“ Wir erinnern uns ja auch noch gerne an die Fußball-Weltmeisterschaft. Da konnte man erleben, wie sich alle plötzlich einig waren, dass der Erfolg der Nationalmannschaft das Ergebnis einer mindestens zehnjährigen Vorarbeit war, die unter anderem mit einer verbesserten Jugendarbeit und dem Aufbau von Kompetenzzentren angefangen hatte. Es macht eben einen Unterschied, ob man nur die eine oder andere taktische Variante erproben will oder die

komplette Spielweise verändern möchte. Wir sollten uns daher die Zeit nehmen, durchaus zügig, aber gründlich die neue Aufstellung vorzubereiten – dabei ist das Denken in Dekaden kein Fehler, immer unter der Voraussetzung, dass man einen Plan und ein Ziel hat.

ARMIN

Vom Perspektivpapier zu unserem ARMIN-Projekt ist es gedanklich nicht weit. Deshalb kurz einige Sätze zum Stand dieses Projektes. Ende März wurde der Vertrag von den fünf Vertragspartnern, das sind die beiden Apothekerverbände in Sachsen und Thüringen, die Kassenärztlichen Vereinigungen in den beiden Ländern und die AOK Plus, unterzeichnet. Seit April 2014 können sich die Ärzte und Apotheker in das Modell einschreiben. Die Schulungen der 60 Projektbegleiter haben wir gerade abgeschlossen. Der weitere Zeitplan sieht so aus, dass jetzt die Wirkstoffverordnung anläuft und dann im nächsten Jahr mit dem Medikationsmanagement begonnen wird. Manchem ist auch das nicht schnell genug. Aber es wird leider oft verkannt, wie viel Arbeit im Detail geleistet werden muss, bis sichergestellt ist, dass Apotheker und Ärzte auch bei der praktischen Arbeit in dem Projekt die notwendigen Instrumente an der Hand haben, um die Patienten effizient betreuen zu können.

Das gilt insbesondere für die Software, die die Umsetzung des Projektes unterstützen muss. Wir haben hier Neuland mit dem Ziel betreten, dass die Datenbearbeitung in der Arztpraxis und in der Apotheke harmonisiert wird. Diese Herkulesarbeit war eine unerlässliche Voraussetzung in einem Projekt, das die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker forciert und am Ende zum Beispiel mit dem Medikationsplan Produkte erzeugt, die von Patient, Arzt und Apotheke verwendet werden. Das hat erhebliche Anstrengungen bei den Softwarehäusern sowohl auf Seiten der Ärzte als auch auf unserer Seite erfordert. Wir haben dabei erfahren dürfen, dass wir im Vergleich zu der Seite der Ärzte mit den Apothekensoftwarehäusern und der Unterstützung, die die ABDA in der Werbe- und Vertriebsgesellschaft für die Softwarehäuser leistet, ausgesprochen gut aufgestellt sind. Ich möchte deshalb den Apothekensoftwarehäusern an dieser Stelle unseren ausdrücklichen Dank für ihr Engagement für die Apotheken im Allgemeinen und für ihren starken Einsatz im Projekt ARMIN, aber auch in anderen Projekten, wie dem Projekt TEAMeGK, aussprechen.

MEDIKATIONSMANAGEMENT

Die Inflationsgefahr in Deutschland scheint auf mittlere Sicht gebannt zu sein. Im Gesundheitswesen ist das aber anders, da gibt es eine besondere Art der Inflation: die überbordende Verwendung des Begriffes „Medikationsmanagement“.

Seit das Medikationsmanagement mit dem ABDA/KBV-Konzept und dem Start von ARMIN stärker in das Bewusstsein der Fachöffentlichkeit gerückt ist, konnten wir beobachten, dass zahlreiche Interessierte den Versuch unternommen haben, auf den fahrenden Zug aufzuspringen oder parallele Gleise zu befahren. Die Trittbrettfahrer sind fast überall: Krankenkassen, Ärzteorganisationen, Verblistierer, Dienstleister und viele andere haben sich des Themas bemächtigt. Wir sehen also unschwer, dass wir ein gesellschaftlich hochinteressantes Thema vorantreiben, dessen Potential von vielen erkannt wurde.

Wir müssen aber vermeiden, dass der Begriff des Medikationsmanagements inflationär gebraucht, damit entwertet und für die politische Positionierung und die praktische Arbeit nicht mehr zu gebrauchen ist. Nicht jeder, der fünf Arzneimittel, die ein Patient einnimmt, auflistet und die Liste ausdrückt, betreibt Medikationsmanagement. Um hier mehr Klarheit zu schaffen und die

wesentlichen Gesichtspunkte zu dokumentieren, haben wir nach entsprechender Vorbereitung in unserem Geschäftsbereich Arzneimittel das „Grundsatzpapier zur Medikationsanalyse und zum Medikationsmanagement“ entwickelt, intern diskutiert, in den Gremien verabschiedet und unter anderem via ABDA-Homepage und Presse öffentlich gemacht. Alles, was hinter der dort niedergelegten Definition zurückbleibt, hat mit Medikationsmanagement – so wie wir es verstehen – nichts zu tun.

Das sei auch all denen gesagt, die – wie einzelne Vertreter von Krankenkassen – meinen, ein Medikationsmanagement müsse schon heute von den Apotheken zwingend und ohne Entgelt geleistet werden, und auch denen, die behaupten, Medikationsmanagement ohne Entgelt gewissermaßen als Zugabe anbieten zu können.

Wir werden nicht zulassen, dass auf die Entwertung des Begriffes auch die Entwertung der Leistung folgt. Wir werden deshalb auch unsere Linie fortsetzen, diejenigen zu sein, die die Maßstäbe für das richtige Arbeiten mit Medikationsanalysen und Medikationsmanagement setzen. Dazu gehört unter anderem die Entwicklung der Leitlinie zur Medikationsanalyse sowie der Curricula zur Fortbildung in diesem Bereich, die derzeit im Geschäftsbereich Pharmazie in Arbeit sind.

TELEMATIK

Die gematik mit der elektronischen Gesundheitskarte im Zentrum ist ein weiterer Schauplatz, auf dem um Kompetenzfelder und Einflusszonen gerungen wird. Sie bildet nach wie vor eine eigene Welt, fast schon wie eine Raumstation, die für viel Geld die Erde umkreist und immer neue Verfahren ausprobiert, immer mit der Hoffnung, dass sich die gewonnenen Erkenntnisse auch irgendwann einmal auf das praktische Leben auswirken mögen.

Diesen Wunsch hat auch unser Bundesgesundheitsminister. Er will hier „Tempo machen“ und begibt sich damit mutig auf ein Spielfeld, auf dem das Toremachen nicht einfach ist. In jedem Fall ist es gut, dass wir an diesem Spiel als Aktive und nicht nur als Zuschauer beteiligt sind.

Von besonderer Bedeutung ist dabei für uns derzeit das AMTS-Projekt der gematik. Auf dem deutschen Apothekertag 2008 hier in München hatten die Delegierten – also diese Hauptversammlung – beschlossen, dass die Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte mit Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit möglichst zügig implementiert werden soll. Nach langem Vorlauf innerhalb der gematik hat der Deutsche Apothekerverband – als Vertreter der Apotheker in der gematik – die Federführung für das entsprechende Projekt erhalten. Nach einem Jahr Erstellungszeit konnte der Entwurf des Lastenheftes jetzt innerhalb der knapp bemessenen Fristen allen Gesellschaftern der gematik zur Kommentierung übermittelt werden.

Manchmal hilft so ein Zeitdruck auch: Wir sind auf gutem Weg, uns vor allem mit der Ärzteschaft, aber auch mit den anderen Leistungserbringern auf einen gemeinsamen Vorschlag zum sogenannten Informationsmodell zu einigen. Hinter dieser Wortschöpfung verbirgt sich die Regelung, welche Daten bei Zustimmung des Patienten in die Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit einbezogen werden sollen. Wir erwarten, dass noch in diesem Jahr die Gesellschafterversammlung der gematik das Lastenheft beschließen und die weiteren Schritte beauftragen wird.

Die Arbeiten an diesem AMTS-Projekt wurden von Anfang an begleitet von einem intensiven Streit über die Frage, wo der Speicherort für die entsprechenden Daten sein solle und wie groß der Datenspeicher sein muss, der für diese Daten bereitgehalten wird. Der Streit wurde durch ein Schlichtungsverfahren beendet, das nun ein gestuftes Vorgehen vorsieht: Beide Speicherszenarien werden konzipiert und realisiert. Zunächst erfolgt eine Erprobung der Speicherung auf

der elektronischen Gesundheitskarte, danach in Stufe 2 die Speicherung in dem sogenannten Fachdienst. In Stufe 1 wird zusätzlich ein regional begrenzter Online-Vortest erfolgen. Die Speichergröße wurde auf 15 kByte festgelegt. Ich berichte Ihnen das hier in dieser Ausführlichkeit, damit Sie sehen können, mit welchen Details die gematik-Projekte ringen und damit Sie zumindest erahnen können, warum die gematik von außen betrachtet so langsam voranschreitet. Die hinter diesen technischen Fragen stehenden grundlegenden Interessenkonflikte tragen ihr Übriges dazu bei.

Eng verwandt mit dem gematik-Thema ist ein weiteres, wichtiges Projekt, das Projekt TEAMeGK, das wir in engem Zusammenwirken mit den regionalen Mitgliedsorganisationen der ABDA, vor allem der Apothekerkammer Westfalen-Lippe, unter Beteiligung des Fraunhofer-Instituts für Offene Kommunikationssysteme als Kooperationspartner vorantreiben. Auch hier geht es um die technische Unterstützung der Beratungsleistungen der Apotheken durch Bereitstellung der erforderlichen patientenbezogenen Daten und deren Austausch unter den Beteiligten, hier: den Apotheken. Auch in diesem Projekt bauen wir auf die tatkräftige Unterstützung durch die Apothekensoftwarehäuser sowie das ARZ Haan, damit das Projekt gemeinsam mit den regionalen Partnern weiter erfolgreich vorangetrieben werden kann.

Betrachten Sie sich die geschilderten Entwicklungen einmal etwas genauer – Sie werden einen starken Wandel erkennen, der sich hier Bahn bricht: Der Apotheker erbringt nach wie vor aus seiner Apotheke heraus seine Leistungen, aber er wird an allen Ecken und Enden mit anderen Akteuren in der gesundheitlichen Versorgung verknüpft. Das ist gut und richtig so, weil es die Versorgung der Patienten verbessern wird. Aber ein Kernproblem ist inzwischen identifiziert und wir können es überall beobachten, sei es bei der Wirkstoffverordnung, sei es beim Medikationsmanagement, sei es bei der elektronischen Gesundheitskarte: Die Vielfalt der technischen Systeme und Datenstrukturen in den einzelnen Sektoren hindert das schnelle Zusammenspiel der Beteiligten. Hier baut sich Druck auf und wir werden für die richtige Balance zu sorgen haben zwischen reibungslosem Datenaustausch und Schutz der patienten- und betriebsbezogenen Daten.

Mit diesem Impetus treiben wir auch das Projekt securPharm auf nationaler und auf europäischer Ebene weiter voran. Wir haben gemeinsam mit den Verbänden der pharmazeutischen Industrie und des pharmazeutischen Großhandels, wie ich meine sehr vorausschauend und rechtzeitig, dieses Projekt gestartet. Wir befinden uns jetzt auf der Strecke zwischen dem Erlass der EU-Fälschungsrichtlinie im Juli 2011 und den sogenannten delegierten Rechtsakten, die Anfang des nächsten Jahres erwartet werden. Mit den inhaltlichen Vorarbeiten und Aktivitäten unseres Geschäftsbereichs Wirtschaft, Soziales und Verträge, des Geschäftsbereichs Recht und natürlich unserer Europavertretung in Brüssel haben wir im Rahmen dieser Projekte starken Einfluss auf die erwarteten Rechtsakte nehmen können und werden dies weiter tun.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Bis hierhin habe ich Ihnen viel von Dingen berichtet, die sich im Stadium des Wachsens und Entstehens befinden. Es gibt aber auch vieles, das ausgewachsen und ertragreich ist. So haben wir mit dem Benzo-Projekt die Leistungsfähigkeit der Apotheke vor Ort und der Apothekerinnen und Apotheker bewiesen. Als erwünschte Nebenwirkung dieses Projektes wurde der Präsident der Bundesapothekerkammer bis in die breiten Publikumsmedien hinein zitiert. Das war Folge der insgesamt positiven Bewertung dieses Projektes in einem Expertengespräch des BMG im November 2013 und vor allem der öffentlichen Präsentation der Ergebnisse des Projektes im Mai 2014 im Rahmen einer Pressekonferenz, die unsere Stabsstelle Kommunikation initiiert hatte. Sowohl die Fach- als auch die Laienpresse hatte das Thema interessiert aufgegriffen. Positive

Berichterstattung gab es in der Süddeutschen Zeitung, bei Spiegel-Online, in der Welt, der Berliner Zeitung und vielen anderen regionalen Medien. Das gleiche gilt für die Aufnahme der Themen des Perspektivpapiers und des Leitbildprozesses: Präsident und Vizepräsident sind prominent und ausführlich in überregionalen Medien zu Wort gekommen und haben sich zum Rollen- und Selbstverständnis der Apotheker äußern können. All das zeigt, dass wir mit patientenbezogenen Leistungsangeboten auf dem richtigen Weg sind, Aufmerksamkeit erzeugen und Gehör finden.

Und wenn wir dann gerade bei der Öffentlichkeitsarbeit sind: Unsere Stabsstelle Kommunikation hat sich auch in diesem Jahr wieder gemeinsam mit den Öffentlichkeitsarbeitern in den Landesorganisationen mit den zentralen Aufgaben der Kommunikation erfolgreich beschäftigt: Pflege des Images der Apotheker und Unterstützung politischer Ziele in der Interessenvertretung. Nach dem Vorlauf im vergangenen Jahr haben wir zu Beginn des Jahres 2014 die neue Imagekampagne gestartet. Die erste Kampagnenwelle lief im Mai 2014, die zweite Welle startet am 1. Oktober. Den diesjährigen Tag der Apotheke haben wir in der Zielrichtung der Imagekampagne angepasst und unter dem Slogan „Sicher isst sicher“ über Wechselwirkungen zwischen Lebensmitteln und Arzneimitteln aufgeklärt. Das sind Aktivitäten der Stabsstelle, die Sie unmittelbar selbst wahrnehmen konnten.

Ein großer Teil der Arbeit bleibt für Sie aber unsichtbar, so die tagtäglichen Informationsvermittlungen für Presse, Funk und Fernsehen zu allen Themen quer durch unser Betätigungsfeld im wirtschaftlichen und pharmazeutischen Bereich: Rabattverträge, Zuzahlungsbefreiungen, Preiswettbewerb in der Selbstmedikation, Austauschbarkeit von Arzneimitteln, Lieferengpässe, Notdienstpauschale, Arzneimittelfälschungen, Projekte aller Art, – all dies ist erklärungsbedürftig und wird erklärt.

Ich freue mich, dass unser neuer Leiter der Stabsstelle Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit, Herr Dr. Reiner Kern, sich aller dieser Aufgaben mit Verve angenommen und nach einem rasanten Start gleich die Organisation des Leitbildprozesses für unser Perspektivpapier, die Imagekampagne und die Erneuerung unseres Corporate Designs mit schon deutlich sichtbaren Ergebnissen vorangetrieben hat.

ORDNUNGSPOLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Sie kennen die Eisduschen, die gerade „in“ sind: Prominente Persönlichkeiten lassen sich mit eiskaltem Wasser überschütten, sorgen so für Medienaufmerksamkeit für einen guten Zweck und gelegentlich auch für die Eigenvermarktung. So eine Eisdusche muss ich Ihnen jetzt bieten, wenn ich von der idealen pharmazeutischen Welt, die wir für die Zukunft anstreben, zu den Vorstellungen anderer Akteure wechsele.

Kennen Sie die Schreckensliste des Sachverständigenrates? Falls nicht, will ich Ihnen ein paar der Forderungen nennen, die der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem vor wenigen Wochen veröffentlichten Gutachten erhoben hat:

- » pauschale Apothekertaxe mit der Option von apothekenindividuellen Handelsspannen
- » Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken mit Aufhebung des Kontrahierungszwanges
- » Einengung der Apothekenpflicht
- » Aufhebung des Selbstbedienungsverbotes

- » Lockerung des Dispensierverbotes für Ärzte bei bestimmten Medikamenten
- » begrenztes Dispensierrecht für Hausärzte im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes
- » Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes
- » Erlaubnis zur Führung einer Apotheke auch in Form einer Aktiengesellschaft und
- » räumliche Integration von Apotheken in andere Einzelhandelsgeschäfte.

Da wird nichts ausgelassen. Der Sachverständigenrat ist jetzt seit 1985 aktiv und hat die Aufgabe, im Abstand von zwei Jahren Gutachten zu erstellen, die Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzeigen sollen.

Es ist jetzt offensichtlich an der Zeit, dass der Sachverständigenrat seine Denkraster überprüft. Wenn er einerseits den rein am Preis orientierten Wettbewerb forcieren will, andererseits aber ethisch gebundene und allein am Wohl des Patienten orientierte Dienstleistungen auf höchstem wissenschaftlichen Niveau in Kooperation zwischen den Heilberufen fordert, passt das hinten und vorne nicht zusammen. Uns muss dieses Gutachten jedenfalls darin bestärken, die „richtige Blaupause“ für das Gesundheitssystem immer und immer wieder zu präsentieren und die hierfür erforderlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einzufordern. Bereiche wie Gesundheit, Bildung und Sicherheit lassen sich nun einmal nicht grenzenlos vermarkten. So sehen es die Bürger, so sehen es große Teile der Politik, so sehen wir es und auch der Sachverständigenrat sollte sich dem nicht verschließen.

POLITISCHE POSITIONIERUNG/HONORIERUNG

Die Apothekerinnen und Apotheker erfahren von ihren Patienten ungebrochen eine ausgesprochen hohe Wertschätzung. Meinungsumfragen bestätigen das immer wieder. Politiker, wenn sie gut gelaunt sind oder vor Wahlen stehen oder manche auch aus echter Überzeugung, sprechen auch gerne von dem hohen Stellenwert, den die Arzneimittelversorgung und damit die Apothekerinnen und Apotheker haben. Mit der Wertschätzung ist es aber so eine Sache. Von der Wertschätzung allein kann man nicht leben, es bedarf auch einer materiellen Grundausstattung. Hier hapert es aber immer wieder, weil bei den Krankenkassen, manchmal aber auch in der Politik, die Suche nach Einsparmöglichkeiten wichtiger zu sein scheint als die Suche nach Versorgungsverbesserungen. Das haben die harten AMNOG-Jahre gezeigt.

Deshalb bleiben wir auch am Ball, wenn es darum geht, die wirtschaftliche Situation der Apotheken zu verbessern. Nachdem wir uns aus dem AMNOG-Strudel heraus gekämpft und in den letzten eineinhalb Jahren mit der Erhöhung des Festzuschlages, der Notdienstpauschale und der mit einer längeren Laufzeit verbundenen Festlegung des Apothekenabschlages eine Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Apotheken erreicht haben, geht es jetzt darum, eine insgesamt angemessene und leistungsgerechte Vergütung zu erreichen.

Aus der Politik hören wir immer wieder, dass eine pauschale Erhöhung der Vergütungen nach dem „Gießkannenprinzip“ nicht akzeptabel sei. Dem tragen wir mit einem Teil unserer Forderungen Rechnung. Wir erwarten eine Erhöhung der Rezepturzuschläge. Dabei wollen wir berücksichtigt wissen, dass auch bei der Abgabe von Rezeptur Arzneimitteln nicht nur die Herstellungsleistung, sondern auch die Beratungsleistung zu honorieren ist. Wir erwarten ferner eine Erhöhung der Betäubungsmittelzuschläge. Sie wurden seit über 30 Jahren nicht mehr angepasst. Und wir erwarten eine Erhöhung der Zuführungen zum Nacht- und Notdienstfonds, damit die gesetzgeberische Zusage, 120 Millionen Euro pro Jahr zu dieser strukturfördernden Maßnahme beizutragen, auch tatsächlich eingehalten wird.

Wir werden aber auch das Schlechtreden des „Gießkannenprinzips“ nicht uneingeschränkt hinnehmen. Jeder weiß, dass bei großer Trockenheit und ausreichend großen Beeten mit dem Wasserglas nicht geholfen ist, sondern die große Gießkanne durchaus notwendig ist, wenn nicht ein Teil der Pflanzen eingehen soll. Es ist deshalb, um aus der Gärtnerei wieder zurückzukommen, unverzichtbar, dass auch die allgemeine Vergütung der Apotheken in Form des Festzuschlages angepasst wird. Das Mindeste, was der Gesetzgeber hier kurzfristig tun muss, ist eine Festlegung der Zeiträume, innerhalb derer die Anpassung des Festzuschlages überprüft wird.

RETAX AUF NULL

Zum Schluss muss ich leider noch auf einen ungeliebten alten Bekannten zu sprechen kommen, der wieder aufgetaucht ist. Auch im vergangenen Jahr haben wir immer wieder feststellen müssen, dass gesetzliche Krankenkassen Abrechnungen beanstanden und Retaxationen auf Null aussprechen, nur weil sie marginale Fehler im Verfahren oder in der Dokumentation festgestellt haben. Es ist ein Trauerspiel, dass es nicht gelingt, mit den Verbänden der Krankenkassen hierzu klare Regelungen zu treffen. Wenn es den Krankenkassen nur darum ginge, Nachteile für die Versorgung ihrer Versicherten zu verhindern, wäre diese Verweigerungshaltung ja noch im Ansatz zu verstehen. Aber wie wir alle wissen, haben diese Retaxationen mit der Qualität der Versorgung der Versicherten nichts, aber auch gar nichts zu tun und dienen einzig und allein dazu, dass sich die Krankenkassen nach erfolgreicher Versorgung ihrer Versicherten ihrer Zahlungspflicht entziehen.

Das Bundessozialgericht hat mit seiner Entscheidung vom 2. Juli 2013 die Auffassung vertreten, dass die vollständige Verweigerung der Kostentragung für Arzneimittel, die zu Lasten der GKV abgegeben wurden, rechtens sei, wenn bei der Abgabe Regelungen verletzt worden seien, die „das Leistungs- und Leistungserbringergeschehen in der GKV steuern“. So sei dies bei den Auswahlregeln zu den Rabattverträgen. Und, so das Bundessozialgericht weiter: „Auf die Schwere des Verstoßes kommt es dabei nicht an.“ Da fällt es einem schon schwer, keine Richterschelte zu betreiben, wenn man sich praktische Fälle vorstellt, bei denen tausende von Euro für eine in der Sache ordnungsgemäße Leistung nicht bezahlt werden, nur weil vielleicht leichte Formfehler übersehen wurden. Der Gang zum Bundesverfassungsgericht hat uns auch nicht weitergeholfen. Unser höchstes Gericht meint, die Auslegung, die das Bundessozialgericht gefunden hatte, halte sich im Rahmen der anerkannten Auslegungsmethoden. Mangels einer existentiellen Bedrohung würden auch keine weitergehenden verfassungsrechtlichen Überlegungen durchgreifen.

Die Schlussfolgerung ist klar und einfach: Wenn die geltende Gesetzeslage in der Auslegung der Gerichte zu unbilligen Ergebnissen führt, muss die Gesetzeslage geändert werden. Unsere Vorschläge sind bekannt. Jetzt ist der Gesetzgeber am Zug.

SCHLUSS

Den Aufmerksamen wird nicht entgangen sein, dass jeder Geschäftsbereich in Berlin und jede Stabsstelle der ABDA genau einmal erwähnt wurde, was natürlich purer Zufall ist. Nehmen Sie es aber ruhig als Symbol dafür, dass wir mit dem ganzen Haus gemeinsam daran arbeiten, Ihre politischen Entscheidungen zu begleiten, gangbar zu machen und durchzusetzen. Ich kann Ihnen versichern, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Berlin und Eschborn unsere gemeinsame Sache auch im vergangenen Jahr mit höchstem Engagement betrieben haben. Ich bedanke mich

deshalb auch im Namen meiner Kollegin und der Kollegen in der Geschäftsführung und hoffentlich auch in Ihrem Namen dafür ganz herzlich.

Bei Ihnen bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen und uns jetzt einen guten weiteren Verlauf der Hauptversammlung.