

# **POLITISCHER LAGEBERICHT**

Fritz Becker, Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbands e.V.  
53. DAV-Wirtschaftsforum, 27. April 2016, Berlin

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser diesjähriges DAV-Wirtschaftsforum findet in einer gesundheitspolitisch hochinteressanten Zeit statt. So sind unter anderem mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und dem E-Health-Gesetz wichtige Meilensteine dieser Legislaturperiode gesetzt. Auch der Pharmadialog ist abgeschlossen, die Schlussfolgerungen der Ministerien und der Regierungsfractionen sind in Grundzügen bekannt. Nun bleibt noch ein letztes großes Gesetz im Arzneimittelbereich zur Umsetzung des Pharmadialogs.

Daher freue ich mich, dass wir mit dem 53. DAV-Wirtschaftsforum einen guten Zeitpunkt haben, um aktuelle gesundheitspolitische Themen zu diskutieren und natürlich auch, um über die Erwartungen und Positionen der Apothekerschaft zu sprechen.

Vor zwei Wochen wurden die Ergebnisse des **Pharmadialogs** vorgestellt. Darauf werde ich im Einzelnen noch in meinen Ausführungen eingehen. Parallel dazu wurde ein parlamentarisches Positionspapier von den Bundestagsfractionen CDU/CSU und SPD veröffentlicht, in dem unter anderem eine Deckelung unseres Honorars bei Hochpreisen angekündigt wurde.

Meine Damen und Herren, ich sage es gleich am Anfang meiner Ausführungen in aller Deutlichkeit: Dieses Ansinnen ist nicht nur eine Provokation für uns Apotheker, es ist schlichtweg eine Missachtung unserer Arbeit. Es ist absolut inakzeptabel, wenn die Regierungsfractionen die auf Fixum und prozentuale Vergütung basierende und bewährte Mischkalkulation bei Fertigarzneimitteln in Frage stellen. Diese Mischkalkulation ist ein Ordnungsprinzip, das man nicht einfach am einen Ende, also bei teuren innovativen Arzneimitteln selektiv aushebeln kann, weil es einem gerade opportun erscheint. Wir tragen das finanzielle Lagerrisiko, wir müssen die Ware zwischenfinanzieren, wir holen für die GKV den Herstellerrabatt und finanzieren ihn vor, wir riskieren unter Umständen für einen willkürlich konstruierten Formfehler eine Nullretax und sollen dann bei der Vergütung gedeckelt werden. Nein, nicht mit uns! Wir werden uns dagegen mit allen Mitteln zur Wehr setzen.

Es liegt nun an den gesundheitspolitischen Sprecherinnen von CDU und SPD sich zu äußern. Bei der Diskussionsrunde heute Mittag bietet sich die Gelegenheit.

Wir Apothekerinnen und Apotheker bieten eine flächendeckende Versorgung auf höchstem Niveau. Mit unserem hervorragenden Netzwerk aus über 20.000 Apotheken versorgen wir täglich über 3 Millionen Menschen mit den richtigen Arzneimitteln zur richtigen Zeit am richtigen Ort mit der notwendigen zugehörigen Beratung. Auch in der **Flüchtlingsversorgung** spielen wir Apotheker eine wichtige Rolle und helfen in dieser schwierigen Situation unbürokratisch wo wir nur können. Wir brauchen also kein Geringreden unserer Leistungen! Aber die Politik muss einsehen, dass unser Berufsstand seinen Versorgungsauftrag in diesem Maße nur erfüllen kann, wenn die wirtschaftliche Basis gesichert ist.

Die Festschreibung des Apothekenabschlags auf 1,77 Euro im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes ist hier ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, denn wir haben ein großes Stück Planungssicherheit gewonnen. Aber dieser erste Schritt alleine reicht nicht aus.

Der zweite Schritt ist unaufschiebbar. Klare Anpassungsmodalitäten – der derzeitige Modus ist inakzeptabel und leistungsfeindlich – und eindeutige gesetzliche Vorgaben für die zeitliche Abfolge der Anpassungen sind mehr als überfällig. Wir haben zu allen Punkten klare Positionen und haben auch die notwendigen Vorschläge unterbreitet.

Das Vorgehen des **Bundeswirtschaftsministeriums**, nun ein fast zweijähriges Forschungsvorhaben zur Ermittlung der Anpassungsmodalitäten der durch die

Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise auszuschreiben, empfinde ich nach wie vor als eine provokative und unnötige Verzögerung, auf unsere berechnete Forderung einzugehen. Selbstverständlich haben wir aber die Einladung des BMWi zur Teilnahme am Arbeitskreis, der den Forschungsauftrag begleiten soll, angenommen.

Umso dringender ist es, dass zumindest eine Anpassung der Vergütung für die Versorgung mit **Rezepturarzneimitteln** und dokumentationspflichtigen Arzneimitteln erfolgt. Und damit kommen wir zum ersten positiven Ansatz des Papiers der Regierungsfractionen.

In unseren deutschen Apotheken stellen wir allein für GKV-Versicherte jährlich rund 8 Millionen Standardrezepturen her. Diese Zahl verdeutlicht die Versorgungsbedeutung dieses Segmentes. Doch die Herstellung ist aufwändig, die Anforderungen und Dokumentationspflichten steigen. Hinzu kommt, dass individuell hergestellte Arzneimittel eine intensive Beratung erfordern. Natürlich brauchen wir für diesen steigenden Aufwand eine angemessene Honorierung. Kann hier wirklich noch jemand vertreten, dass die Vergütung für Rezepturen seit 10 Jahren stagniert? Daher fordern wir, dass Rezepturarzneimittel hinsichtlich ihres Beratungsaufwandes mit Fertigarzneimitteln gleichgestellt werden und für die Abgabe und Beratung mit demselben Fixhonorar vergütet werden!

Auch im Blick auf **dokumentationspflichtige Arzneimittel** muss etwas geschehen. Hier ist die Vergütung seit 1978 nicht mehr geändert worden. Die einzige Anpassung in dieser Zeit war die centgenaue Umstellung von 50 Pfennig auf 26 Cent. Und das, obwohl wir einem enormen Verwaltungsaufwand ausgesetzt sind und zahlreiche Vorschriften hinsichtlich der Beschaffung, Lagerung, Abgabe und Dokumentation beachten müssen. Die Dokumentationsgebühr kann die Kosten nicht im Entferntesten decken. Tatsächlich deckt sie noch nicht einmal die Sondergebühren, die uns der pharmazeutische Großhandel für die Beschaffung in Rechnung stellt. Dieses Missverhältnis muss nun endlich angegangen werden.

Das anstehende Gesetzesvorhaben bietet Gelegenheit die politischen Versprechungen endlich einzulösen.

Zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung der Patienten, aber auch für die Glaubwürdigkeit der Politik ist es außerdem dringend erforderlich, dass die Finanzierung des Nacht- und **Notdienstfonds** von 16 Cent auf 20 Cent pro Arzneimittelpackung angehoben wird. Ich werde hier nicht müde zu betonen, dass wir von der Politik erwarten, dass sie endlich für ihr Versprechen der Förderung des Notdienstes mit 120 Millionen Euro pro Jahr einsteht. Im Grunde ist auch hier eine regelhafte Anpassung notwendig.

Lassen sie mich an dieser Stelle dem Geschäftsführer des Nacht- und Notdienstfonds, Herrn Gurski, und seinem Team für ihre exzellente Arbeit Dank sagen. Von einer Verwaltungsausgabenquote von 1,8 % können Krankenkassen und öffentliche Haushalte nur träumen.

Das leidige Thema der überzogenen „**Nullretaxationen**“, ein moderner Weg des Strandräubertums, ist leider auch noch nicht gelöst.

In der zweiten Maihälfte findet nun die vierte Verhandlungsrunde mit dem GKV-Spitzenverband vor der Schiedsstelle unter Leitung von Dr. Rainer Hess statt. Ich bitte um Verständnis, dass wir uns zum laufenden Verfahren nicht äußern werden. Aber ich möchte an dieser Stelle den unparteiischen Mitgliedern für ihr großes Engagement in dieser so vielschichtigen und wichtigen Sache danken. Natürlich gilt der Dank auch unserem gesamten Schiedsstellenteam unter Leitung von Dr. Bienfait und Dr. Schmitz.

Im Rahmen des Pharmadialogs wurde auch über **Rabattverträge** gesprochen. Ich betone nochmals, dass wir Apotheker das System der Rabattverträge in seiner Grundidee unterstützen. Wir haben uns bei der Umsetzung stets als zuverlässiger Partner der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen erwiesen und dasselbe erwarten wir auch von der Gegenseite. Denn die Versorgung mit Rabattarzneimitteln bedeutet einen erheblichen Mehraufwand in der Apotheke. Und das schon dann, wenn das jeweilige Arzneimittel verfügbar ist.

Leider ist festzustellen, dass die Lieferschwierigkeiten bei einzelnen Rabattvertragsarzneimitteln in letzter Zeit wieder zunehmen. Ich will hier gar nicht urteilen, woran es im Detail liegt. Auf alle Fälle muss die pharmazeutisch angemessene Versorgung des Patienten im Mittelpunkt stehen.

Wir bekommen von unserem pharmazeutischen Großhandel klare Aussagen zur Nichtlieferfähigkeit von Arzneimitteln. Diese Aussagen müssen genügen – einen zusätzlichen Bürokratieaufwand lehnen wir ab. Die notwendigen Gespräche mit der GKV finden gemeinsam mit dem PHAGRO in den nächsten Tagen statt.

Mit Blick auf das Problem der **Lieferengpässe** sollten die Krankenkassen außerdem über ihre Ausschreibungssystematik nachdenken. Es gibt hier eine sinnvolle Lösung: Weg von den Exklusivverträgen mit einzelnen Herstellern und hin zum Mehrpartnermodell. Wir fordern, dass nun endlich alle gesetzlichen Krankenkassen bei der Ausschreibung von Rabattverträgen den Zuschlag an mindestens drei Bieter erteilen und somit der Apotheker in entsprechenden Fällen entscheiden kann, welches Rabattarzneimittel er abgibt! Damit können wir Lieferengpässe nicht nur reduzieren. Ich wage sogar zu behaupten, dass wir das Problem bei Rabattvertragsarzneimitteln damit fast vollständig ausräumen können.

Sehr erfreulich ist, dass einige der Vereinbarungen, die im Pharmadialog getroffen wurden, genau dieses Problem angehen. Und es ist auch zielführend, dass bei der Ausgestaltung der Rabattverträge den erfolgreichen Bietern sechs Monate zur Umsetzung gewährt werden sollen.

Eines sei an dieser Stelle auch gesagt. Differenzen zwischen Herstellern und Krankenkassen über Ausschreibungsmodalitäten und -kriterien dürfen nicht auf dem Rücken von DAV oder ABDATA ausgetragen werden. Wir übernehmen jedenfalls keine Ausfallhaftung. Das müssen die beiden Vertragsparteien schon unter sich regeln. Notfalls muss auch hier der Gesetzgeber tätig werden.

Zur Sicherung der Qualität bei gleichzeitiger Entbürokratisierung eignet sich eine weitere Maßnahme: die Abschaffung der **Importförderklausel**.

Es gibt für diese Regelung doch wirklich keinen Anlass mehr. Im Gegenteil – die Nachteile überwiegen längst die Vorteile. Es steht außer Frage, dass die Unübersichtlichkeit der Beschaffungs- und Vertriebswege ein Einfallstor für Fälschungen bietet. Ich bin für die entsprechenden, unmissverständlichen Aussagen des BfArM-Präsidenten Professor Broich in dieser Sache sehr dankbar. Hinzu kommt der enorme bürokratische Aufwand, den uns die Importklausel im Zusammenspiel mit Rabattverträgen tagtäglich auferlegt. Ich erinnere nur an die leidige Frage, ob die Ersetzung eines Arzneimittels durch einen entsprechenden Import eine Substitution darstellt, oder aber nicht. Außerdem wird das Ziel des Gesetzgebers, Kosten durch billigere Importpräparate zu senken, kaum erreicht. Andere Instrumente, wie Rabattverträge, erzielen weit höhere Einsparungen.

Mein nicht immer spannungsfreies Verhältnis zu 'meinem' lokalen AOK-Vorsitzenden ist ja durchaus bekannt. Es ist ein deutliches Signal, dass wir uns bei der Forderung nach Abschaffung der Importförderklausel völlig einig sind.

Noch einmal: Die Forderung ist die nach einer kompletten Streichung der Regelung, irgendwelche Detailänderungen an den genauen Rahmenbedingungen sind nicht zielführend. Insofern ist das schon viel zitierte Positionspapier auf halbem Wege stecken geblieben.

Ich habe schon betont, dass wir Rabattverträge grundsätzlich klar unterstützen. Aber das jeweilige Arzneimittel muss sich dafür eignen. Außerdem hat unsere Unterstützung von Rabattverträgen auch damit zu tun, dass sie die freie Apothekenwahl des Patienten sichern. Beide Voraussetzungen sind bei **Zytostatika** nicht gegeben. Da Krankenkassen hier leider kein Maß kennen, fordern wir die Politik zum Eingreifen auf: Im Sinne der Patienten und einer flächendeckenden Versorgung müssen Ausschreibungen von Zytostatika verboten werden!

Setzen sich Ausschreibungen bei der Zytostatika-Versorgung durch, wird binnen kürzester Zeit die flächendeckende, ortsnahe Versorgung mit Krebsmedikamenten zerstört. Mit ihren Zyto-Laboren werden viele der Apotheken auch die Versorgung schwerkranker Schmerzpatienten einstellen müssen. Wir brauchen keine Sonntagsreden der Politik über die Vorzüge der wohnortnahen Versorgung schwerkranker Patienten – wir brauchen Taten, diese Versorgung auch zu sichern!

Darüber hinaus werden wir die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG), dass in der Zytostatikaversorgung das Wirtschaftlichkeitsgebot vor der Wahlfreiheit der Patienten steht, so nicht hinnehmen. Wir werden Betroffene hier in ihrer Verfassungsbeschwerde unterstützen.

Bei Impfstoffen scheint man endlich diesen Weg gehen zu wollen und die Ausschreibungen ad acta zu legen.

Versorgungssicherheit hat auch etwas damit zu tun, dass sichere Arzneimittel zur Verfügung stehen. Der 9. Februar diesen Jahres ist hierfür ein wichtiges Datum. An diesem Tag ist der Delegierte Rechtsakt zur Umsetzung der **EU-Fälschungsschutzrichtlinie** in Kraft getreten. Es sind jetzt noch drei Jahre bis jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel einen eindeutigen Packungscode tragen und in jeder Apotheke vor Abgabe auf Echtheit hin überprüft werden muss.

Wir arbeiten mit unseren Partnern aus Industrie und Großhandel im Projekt securPharm intensiv an der Umsetzung der Fälschungsschutzrichtlinie in Deutschland.

Insgesamt hat die delegierte Verordnung unser securPharm-System, welches europaweit das führende System zur Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen ist, in seinen Grundpfeilern bestätigt. Nach enger und engagierter Zusammenarbeit haben wir damit nun einen wichtigen Meilenstein erreicht, worauf wir wirklich stolz sein können! Doch bekanntlich liegt die Tücke im Detail – es gibt noch viel zu tun. Aber wir sind auf einem sehr guten Weg.

Lassen Sie mich an dieser Stelle klar betonen: **securPharm** ist nicht unnötig, weil es – Gott sei Dank! – so gut wie keine gefälschten Arzneimittel in der deutschen legalen Lieferkette gibt. Nein, securPharm ist notwendig, damit das so bleibt! Und es entspricht unserem Selbstverständnis, dass wir uns genau dafür einsetzen.

Neben der Versorgungssicherheit ist die Arzneimitteltherapiesicherheit für uns Apotheker schon lange ein zentrales Thema. Als Arzneimittelexperten im heilberuflichen Netzwerk bringen wir wertvolle Erfahrung und Kompetenz mit, um die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern und Arzneimittelrisiken zu minimieren. Das Know-how muss in einer alternden Gesellschaft mit zunehmender Polypharmazie genutzt werden!

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir, dass im **E-Health-Gesetz** festgelegt ist, dass GKV-Versicherte Anspruch auf einen Medikationsplan haben, wenn sie dauerhaft drei oder mehr Medikamente einnehmen. Aber wir sind gleichzeitig enttäuscht, dass Apotheker im Gesetz nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Warum die Erstellung des Medi-Plans allein den Ärzten vorbehalten bleibt und wir Apotheker ihn nur ergänzen dürfen bzw. müssen ohne eine

entsprechende Vergütung zu erhalten, ist mir wirklich unverständlich. Die dafür angeführten Argumente waren keineswegs überzeugend.

Trauern ist jedoch nicht angesagt. Es gilt, aus der gesetzlichen Vorgabe das Beste zu machen. Die Vertragsgrundlagen sind inzwischen geschaffen.

Der richtige Weg zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit ist ein Zusammenwirken von Apotheker und Arzt mit einem berufsübergreifenden Blick auf die Gesamtmedikation. Das wünschen sich übrigens auch die Patienten, wie Umfragen zeigen. Und: Eine **Medikationsliste** – sei sie in Papierform, sei sie in elektronischer Form – reicht nicht aus, um die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern. Es bedarf einer strukturierten Analyse der Gesamtmedikation eines Patienten. Daher fordern wir den Anspruch des Patienten auf eine Medikationsanalyse! Diese ist als pharmazeutische Dienstleistung selbstverständlich entsprechend zu vergüten.

**ARMIN**, das gemeinsame Modellprojekt von Apothekern und Ärzten, wird in Thüringen und Sachsen in wenigen Wochen mit der Umsetzung des dritten Moduls, eben dem Medikationsmanagement, beginnen. Ein wichtiger Schritt hierfür wird sein, dass betreuende Apotheker und Ärzte mit höchster Sicherheit Daten austauschen und Medikationspläne elektronisch einsehen, erstellen und aktualisieren können. Wir werden damit ein Zeichen setzen zu dem, was die Heilberufe gemeinsam für den Patienten leisten können!

Voraussetzung für eine erfolgreiche flächendeckende Umsetzung ist natürlich einerseits die **elektronische Gesundheitskarte** und andererseits auch die dazugehörige Telematik-Infrastruktur. Es gibt jenseits der Sozialversicherungsdaten aber weitere sensible Informationen. Wir müssen gewährleisten, dass diese Daten geschützt sind und gleichzeitig sicherstellen, dass wir Apotheker Herren dieser Daten bleiben. Die abschließende Entscheidung zu schnellstmöglicher Konzeption und Umsetzung eines sicheren und intelligenten Netzes in Apothekerhand steht kurz bevor. Nicht in Konkurrenz zur, sondern als sinnvolle Ergänzung der Telematik-Infrastruktur der gematik. Wir Apotheker stellen uns jedenfalls den digitalen Herausforderungen.

Wir setzen übrigens nicht allein auf ARMIN, auch wenn wir die dortige Leistung als ‚Goldstandard‘ ansehen. Vielmehr werden wir auch weiterhin Verträge über andere besondere pharmazeutische Dienstleistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung anstreben und auch abschließen.

Dabei müssen Verbände und Kammern eng zusammenarbeiten. Vertragspartei bei **Dienstleistungsverträgen** ist und bleibt der DAV und entsprechend die Landesapothekerverbände – ohne wenn und aber. Eine Beteiligung der Kammern an den Verträgen kann ich mir aber durchaus vorstellen.

Wir benötigen allerdings unbedingt eine Klarstellung der Rechtsgrundlage. Es ist doch wirklich paradox, dass Verträge zu pharmazeutischen Dienstleistungen von der Politik, den Kassen und den Apothekern verhandelt und freiwillig abgeschlossen werden. Nur, um dann zu erleben, dass am Ende das Bundesversicherungsamt dazwischenfunkt und unsere Vertragspartner angeht. Vor was meint das Bundesversicherungsamt denn hier die Versicherten schützen zu müssen? Vor Investitionen in eine qualitativ hochwertige Versorgung? Zeit, dass die Politik die Richtung vorgibt.

Die Vorgaben zum **Entlassrezept** wurden vor wenigen Wochen vom Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlicht. Den aktuellen Stand der Vertragsgespräche zwischen DKG und KBV wird Herr Baum heute vorstellen. Uns Apothekern hat der Gesetzgeber bei diesen Verhandlungen nur ein Recht zur Anhörung eingeräumt, uns aber im Übrigen außen vor gelassen.

Unsere Vorstellungen haben wir in Gesprächen mit den Vertragsparteien klar formuliert und in der schriftlichen Anhörung verdeutlicht.

Darüber hinaus hat der DAV auch ein großes Interesse daran, seine Zusammenarbeit mit den **privaten Krankenversicherungen** zu verstärken. Einerseits durch das Angebot pharmazeutischer Dienstleistungen, gerade in Richtung Medikationsanalyse und Medikationsmanagement. Andererseits durch die Beförderung der Direktabrechnung zwischen Apotheke und Krankenversicherung, denn eine zunehmende Zahl an Spezialpräparaten ist derart hochpreisig, dass ihre Vorfinanzierung den Versicherten Probleme bereitet.

Auch hier brauchen wir Unterstützung durch die Politik. Die aktuelle Gesetzeslage lässt bei privatversicherten Patienten keine Substitution durch den Apotheker entsprechend einer Aut-idem-Regel zu, wie wir sie tagtäglich im Bereich der GKV anwenden. Nur mit dem Recht zu generischer Substitution, selbstverständlich unter Beachtung der ärztlichen Therapiehoheit, ist ein sinnvolles Medikationsmanagement möglich. Und nur dann besteht die Möglichkeit, Versicherte und Versicherer durch Bevorzugung preisgünstiger Präparate zu unterstützen.

Wäre es nicht eine für alle Beteiligten sinnvolle Überlegung, das Sparpotenzial bei bewährten Wirkstoffen partiell zu heben, und mit den Einsparungen die Versorgung der Versicherten mit erweiterten pharmazeutischen Dienstleistungen zu befördern?

Ich freue mich berichten zu können, dass wir auf der DAV-Mitgliederversammlung über zwei Verträge mit der AXA abstimmen werden, die genau diese beiden Elemente, Direktabrechnung und eine entgeltete pharmazeutische Dienstleistung, umfassen. Mein besonderer Gruß gilt an dieser Stelle Herrn Klaus-Dieter Dombke, Direktor des Leistungs- und Gesundheitsmanagements der AXA.

Wie wir unser hoffentlich schnell entstehendes **sicheres Netz** dann zur komfortablen digitalen Direktabrechnung nutzen können, diskutieren wir gerade sehr intensiv mit PKV, Rechenzentren und ABDATA. Sie sehen auch hier: der DAV redet nicht von der digitalen Zukunft, er ist mitten drin.

Die Wahrung des Systems der unabhängigen, inhabergeführten Apotheke ist für die deutsche Apothekerschaft ein weiteres zentrales Thema. Dies möchte ich auch insbesondere dem GKV-Spitzenverband deutlich machen. Dass uns dieser immer noch im **Leitfaden Prävention** ausschließt, weil er Apotheken eher als Einzelhandelsgeschäfte denn als Orte heilberuflicher Leistungserbringung einordnet, ist mehr als ärgerlich und nicht mehr zu akzeptieren. Wir werden das keinesfalls so auf sich beruhen lassen und gegebenenfalls auch juristische Schritte einleiten. Mit Verlaub: Die wirtschaftliche Betätigung als Grund für den Ausschluss zu nehmen ist nicht sachgemäß und geradezu lächerlich. Natürlich brauchen wir eine entsprechende wirtschaftliche Grundlage, aber an erster Stelle sind wir Apotheker Angehörige der Heilberufe. Das eigenverantwortliche und unabhängige Handeln hat für uns höchste Priorität. Wir fordern den GKV-Spitzenverband daher nachdrücklich dazu auf, die Apothekerinnen und Apotheker als Anbieter von Präventionsmaßnahmen in den Leitfaden aufzunehmen.

Schließlich übernehmen wir als Gesundheitsexperten tagtäglich wichtige Aufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung und unsere Kompetenz auf diesem Gebiet wird durch zahlreiche Studien belegt. Außerdem stehen wir als niedrigschwellige Anlaufstelle unseren Patienten zu jeder Tages- und Nachtzeit bundesweit zur Verfügung und genießen ein großes Vertrauen in der Bevölkerung.

Nicht nur in der Prävention auch im Bereich der **Selbstmedikation** bieten die Apothekerinnen und Apotheker eine qualifizierte Beratung auf höchstem Niveau. Ich sage immer gerne: Die OTC-

Versorgung ist die Königsdisziplin. Die Apotheken sind die Anlaufstelle für gesundheitliche Sorgen und wir müssen hier nicht nur den Patienten, sondern auch der Politik und der GKV vermitteln, dass wir in Sachen Selbstmedikation die einzig richtigen Ansprechpartner für hilfesuchende Patienten sind. Unser berufliches Know-how haben wir nicht erst mit der völlig komplikationsfrei verlaufenen Entlassung der „Pille danach“ aus der Verschreibungspflicht ganz klar unter Beweis gestellt.

Was sich derzeit hingegen im Bereich der **Hilfsmittel** abspielt ist mehr als unerfreulich. Nicht nur die Hilfsmittelausschreibungen werden immer extremer, auch die bürokratischen Hürden der Präqualifizierung sind einfach unerträglich. Wir erleben hier einen regelrechten „Präqualifizierungswahnsinn“! Hier muss sich etwas ändern. Es kann doch nicht angehen, dass solche übertriebenen Anforderungen am Ende die Versorgung der Patienten behindern. Ein Lichtblick ist hier zumindest schon einmal, dass die Re-Präqualifizierung unmittelbar an das Ablaufdatum der Erst-Präqualifizierung anschließt und das Datum also vordatiert werden kann. Abhilfe erhoffen wir im dritten Pflegestärkungsgesetz.

Ein Meilenstein ist das **Online-Vertragsportal (OVP)**, um sich im Dickicht der komplexen und unübersichtlichen Hilfsmittelversorgung zurechtzufinden. Unser Gemeinschaftsprojekt mit der WuV/ABDATA und den Landesapothekerverbänden hat sich hier wirklich bewährt, denn nur das OVP kennt tagesaktuell die gültigen Verträge und ist damit ein herausragendes Serviceinstrument für die tägliche Arbeit in unseren Apotheken. Bei ca. 170 eingestellten Verträgen und 450 dazugehörigen Anlagen verwaltet das OVP aktuell über 2,5 Millionen Datensätze, Tendenz steigend! Wir beobachten eine täglich steigende Anzahl von Aufrufen des OVP und des integrierten Vertragschecks, der die Abgabemöglichkeit von Hilfsmitteln in der Apotheke produktgenau angibt. Mit über 75.000 durchgeführten Checks pro Woche prüfen Apotheken, ob sie ein Hilfsmittel, ohne Gefahr einer drohenden Retaxation, abgeben dürfen. Diese rege Nutzung ist höchst erfreulich! Und es wird noch erfreulicher, wenn die letzten Softwarehäuser endlich den zugesagten Warenwirtschaftszugang freischalten.

Lobend erwähnen möchte ich die gute Zusammenarbeit mit dem PHAGRO und das gemeinsam mit ADAS installierte **Bestellverfahren MSV3**. Dieses erleichtert den Arbeitsablauf in der Apotheke ungemein und ich kann denjenigen unter Ihnen, die es noch nicht nutzen, versichern: Eine Umstellung von MSV2 auf MSV3 werden Sie nicht bereuen!

Wesentliche Vorteile sind zum Beispiel, dass Bestellungen viel schneller übermittelt werden. Des Weiteren werden viele zusätzliche Informationen zu den bestellten Artikeln angeboten. MSV3 bietet dazu noch Perspektiven für eine Weiterentwicklung und Optimierung der logistischen Prozesse. So sollen noch in diesem Jahr die beiden Geschäftsvorfälle „elektronisches Lieferavis“ und „elektronisches Retourenavis“ getestet werden, welche den Nutzwert für die Apotheken zweifelsohne weiter steigern werden.

Das DAV-Wirtschaftsforum hat eine lange Tradition und sich zu einer lebendigen Austauschplattform entwickelt. Ich freue mich, dass Sie alle dabei sind und wir gemeinsam über wichtige wirtschaftliche und politische Fragestellungen diskutieren können – auch mit Blick auf die zukünftigen Herausforderungen der Rolle der Apotheker in der Gesellschaft. Daher möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei unseren Referenten für ihr Kommen bedanken und bin gespannt auf ihre Beiträge, die das vielfältige Themenspektrum des diesjährigen Wirtschaftsforums aus ganz unterschiedlichen Perspektiven beleuchten werden.

Ich wünsche Ihnen bereichernde Gespräche und Diskussionen, interessante Begegnungen und natürlich viele neue Erkenntnisse hier beim 53. DAV-Wirtschaftsforum.