

Pharmazeutische Dienstleistungen im Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Wie auch die anderen Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung steht die Arzneimittelversorgung vor großen Herausforderungen. So ist etwa durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung in der Fläche und insbesondere in strukturschwachen Gebieten künftig sichergestellt werden kann. Bei der Suche nach neuen Versorgungskonzepten rückt die stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe ebenso wie die Neuordnung ihrer Aufgaben in den Vordergrund. Nach Auffassung der Kooperationsgemeinschaft unternehmensnaher Krankenkassen (kuk) verlangt die Sicherstellung der Versorgung in diesen Regionen ein gemeinsames und lösungsorientiertes Agieren von Apothekerschaft und Krankenkassen. Die mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken vorgesehenen zusätzlichen pharmazeutischen Dienstleistungen bieten hier ein erstes Handlungsfeld.

Durch eine Erweiterung des Tätigkeitsbereichs der Apotheker wird die Präsenzapotheke gestärkt. In diesem Sinne ist insbesondere das stärkere Einbringen der pharmazeutischen Kernkompetenzen einer persönlichen Beratung und Betreuung der Patienten, etwa im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit oder zur Stärkung der Therapietreue, ein starkes Argument für die Präsenzapotheke. Daneben bleibt der Online-Handel eine wichtige Ergänzung und essentieller Bestandteil der flächendeckenden Arzneimittelversorgung. Ein Verbot des Versandhandels lehnt die kuk auch zukünftig ab.

Für die im Gesetzentwurf zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken vorgesehenen neuen, zusätzlichen pharmazeutischen Dienstleistungen sieht die kuk folgende Punkte als notwendige Basis und unabdingbare Voraussetzung der anstehenden parlamentarischen Diskussion an:

Qualifikation:

- Die Voraussetzungen für das Angebot und die Abrechnung von pharmazeutischen Dienstleistungen durch die Apotheken müssen derart gestaltet werden, dass die Leistungen in der Fläche auch erbracht werden können. Dabei ist selbstverständlich, dass die neuen Dienstleistungen zu einer Versorgungsverbesserung führen müssen. Entsprechend ist zu definieren, welche Leistungserbringung welche Qualifikation voraussetzt. Das Vorliegen der entsprechenden Qualifikation muss den Krankenkassen vor der Leistungserbringung nachgewiesen werden.
- Es muss zudem geklärt werden, wer (Apotheker, pharmazeutisches Personal) die Leistung erbringen darf bzw. was delegiert werden kann. Ist nur ein Apotheker als Fachapotheker mit Zusatzbezeichnung als Leistungserbringer zulässig, darf aus Sicht der kuk diese Leistung nicht delegiert werden.

Finanzierung:

- Im Sinne des Gutachtens der Beratungsgesellschaft 2hm im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums aus dem Jahr 2017 sollte eine Umgestaltung der Apothekenvergütung erfolgen. Unter dem Strich attestierte das Gutachten, dass etwa 1,24 Mrd. Euro jährlich zu viel an die Apotheken gezahlt werden. Im Interesse der Versicherten sind die finanziellen Mittel effizient umzuverteilen. Diese Einsparungen sollten genutzt werden, um u.a. pharmazeutische Leistungen der Apotheken im Rahmen einer Versorgungsverbesserung zu finanzieren.
- Um zu gewährleisten, dass es sich tatsächlich um neue bzw. zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen handelt, sollte eine Definition der aktuell mit dem Fixentgelt von 8,35 € abgegoltenen apothekerlichen Leistungen erfolgen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.
- Die Neuordnung der Rollen- und Aufgabenteilung zwischen Arzt und Apotheker ist entscheidend. Eine Doppelvergütung muss vermieden werden.
- Viele Fragen entstehen durch die vorgesehene Finanzierung. So sollen die neuen Dienstleistungen über einen Fonds finanziert werden. Dieser soll sich aus einem neuen Zuschlag von 20 Cent je verschreibungspflichtigem Arzneimittel speisen. Diese Finanzierungssystematik erscheint wenig nachvollziehbar. Sie ist zudem mit erheblichen Mängeln verbunden und intransparent. Zwar scheint die Systematik an den Nacht- und Notdienstfonds angelehnt zu sein, jedoch kann es nicht Intention des Gesetzgebers sein, den Fonds regelmäßig vollständig auszuschütten. Damit würde die Gefahr einer zu hohen bzw. unwirtschaftlichen Vergütung der neuen pharmazeutischen Dienstleistungen bestehen. Dies gilt umso mehr, wenn nur wenige Apotheken qualitativ hochwertige Dienstleistungen erbringen können. Darüber hinaus könnte ein „Windhundrennen“ um Mittel aus dem Fonds entstehen. Dies würde dazu führen, dass keine adäquaten und nicht am Bedarf der Patienten orientierten Leistungen erbracht werden. Die Fondsfinanzierung steht im Widerspruch zur Vergütungsregelung, die die Spitzenorganisationen für die jeweiligen Dienstleistungen vereinbaren sollen. Damit bleibt offen, wie vorgegangen werden soll, wenn die Mittel des Fonds erschöpft sind, aber weiterhin Leistungen seitens der Apotheker erbracht werden. Alle beteiligten Marktakteure benötigen ein größtmögliches Maß an Planungssicherheit.
- Zu bevorzugen ist vielmehr eine gezielte Vergütung für nachgewiesene und vom Patienten quitierte Beratungsleistungen. Diese sollten in einem GKV-einheitlichen Katalog hinsichtlich Preis- und Leistungsumfang, Anspruchsvoraussetzungen sowie der Qualität definiert werden. Der hierfür von den Vertragspartnern zu definierende Budgetrahmen ist zwingend einzuhalten.

Dokumentation und Abrechnung:

- Leistungen müssen inhaltlich dokumentiert und Leistungsnachweise zur Abrechnung mit den Krankenkassen erbracht und an diese übermittelt werden.
- Es bedarf klar definierter Kriterien, welche Leistungen für welche Patienten wie oft erstattet werden.
- Es ist zudem zu definieren, wie und von wem die Inanspruchnahme einer neuen pharmazeutischen Dienstleistung ausgelöst wird.

Räumlichkeiten:

- Aus Sicht der Patienten muss eine private Atmosphäre und die Einhaltung des Datenschutzes gewährleistet sein.

Evaluation:

- Eine entsprechende Evaluation muss sichergestellt werden. Der Nutzen der pharmazeutischen Dienstleistungen für den Patienten muss klar erkennbar sein.

Die folgenden ausgesuchten Bereiche erscheinen der kuk besonders geeignet, um die pharmazeutischen Kompetenzen der Apotheker zielführend einzusetzen. Die aufgezeigten Vorschläge sollen Anreize setzen, den Apothekenmarkt konstruktiv, nachhaltig und für alle Marktakteure ausgewogen weiter zu entwickeln. Dafür ist auch eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Arzt als Verordner und dem Apotheker erforderlich. Nur durch professionsübergreifendes Denken und Handeln wird es gelingen, die Zusammenarbeit im notwendigen Maße auszubauen. Die laut dem oben genannten Gutachten vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven könnten und sollten gezielt für eine Versorgungsverbesserung eingesetzt werden.

Arzneimitteltherapiesicherheit

Im Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ergeben sich besonders viele Anknüpfungspunkte, an denen ein stärkeres Einbringen der pharmazeutischen Kompetenzen der Apotheker einerseits und eine enge Abstimmung zwischen Arzt und Apotheker andererseits zu einer Versorgungsverbesserung beitragen können. Im Rahmen des „Aktionsplan AMTS“ wurde für multimorbide Patienten mit mindestens drei verordneten Rx-Arzneimitteln der gesetzliche Anspruch auf die Erstellung eines Medikationsplans eingeführt. Hier bieten sich bislang noch nicht umfassend genutzte Potentiale, die durch eine engere Einbindung der Apotheker, auch durch eine frühzeitige Rücksprache mit dem Arzt, gehoben werden könnten. Ärzte und Apotheker sollten zum Wohle des Patienten hierfür bei der Medikationsanalyse und dem Medikationsmanagement ihre interprofessionelle Zusammenarbeit stärken.

Wie sieht die konkrete Ausgestaltung aus

Im Zusammenspiel zwischen Apothekern und Ärzten findet eine Medikationsanalyse und ein Medikationsmanagement, gegebenenfalls mit Adjustierungen bei der Medikation, statt. Apotheker haben im Gegensatz zu Ärzten bestenfalls auch Informationen über nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die ein Patient einnimmt, und können somit umfassend beraten.

Bei einer umfassenden Medikationsanalyse durch den Apotheker hat dieser alle Arzneimittelverordnungen der behandelnden Ärzte einzubeziehen. Zusätzlich sind freiwillige Angaben der Patienten zu ihren nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln oder Arzneimittel über Privatrezepte zu berücksichtigen. Als Vorbild könnte die „Brown-Bag-Analyse“ dienen, die bereits in einigen anderen Ländern dazu genutzt wird, die gesamte Medikation eines Patienten zu erfassen (Motto: „Deutschland räumt den Arzneimittelschrank auf“). Auf Wunsch des Patienten können auch Laborwerte und Diagnosen bei den behandelnden Ärzten durch den Apotheker erfragt werden.

In dem ersten Anamnesegespräch sollten beispielsweise die Erfahrungen des Patienten mit den Arzneimitteln, mögliche unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen, Arzneimittelinteraktionen, Unverträglichkeiten und Schwierigkeiten beim Handling zur Sprache kommen. Im Falle von Auffälligkeiten wird der Patient sensibilisiert und der Apotheker bietet ihm an, mit dem Arzt Rücksprache zu halten. So wird eine mögliche Verunsicherung des Patienten vermieden.

Es muss festgelegt werden, für welche Patientengruppen diese Gespräche in regelmäßigen Abständen, z.B. jährlich, wiederholt werden sollten. Darüber hinaus sollten Teilnahmekriterien definiert werden. Hierzu könnte z.B. die Einnahme einer Mindestanzahl von Medikamenten oder die Diagnose von zwei chronischen Erkrankungen, ein vorangegangener Krankenhausaufenthalt (der mit einer Änderung der Medikation verbunden ist) oder eine Teilnahme an einem Disease-Management-Programm zählen.

Angehörige multimorbider Patienten stehen nicht selten vor der Herausforderung, diesen bei der Medikation helfen zu müssen und nicht über das entsprechende Hintergrundwissen zu verfügen. Hier könnte bei Bedarf und auf Wunsch des anspruchsberechtigten Patienten ein Einbeziehen der Angehörigen in das Gespräch mit dem Apotheker hilfreich sein. In diesem Zusammenhang könnten sich unter bestimmten Voraussetzungen auch Hausbesuche durch Apotheker als sinnvoll erweisen. Dabei ist ebenso die Unterstützung von Angehörigen im Rahmen der häuslichen Pflege denkbar.

Schulungen für ausgesuchte Medizinprodukte

Aber nicht nur das: Eine Medikationsanalyse und -Begleitung im engem Austausch zwischen Arzt und Apotheker sollte auch zu mehr Lebensqualität führen. Ebenso positiv könnten Schulungen durch die Apotheker für ausgesuchte Medizinprodukte, sogenannte Devices (z.B. bei Diabetikern, Asthmatikern oder an chronischer obstruktiver Lungenerkrankung erkrankter Patienten) für die Patienten wirken. Diese sollten, sofern sie nicht bereits Bestandteil von anderen Verträgen sind, bei erstmaliger Anwendung/Neudiagnose stattfinden und anschließend einmal jährlich aufgefrischt werden, um eine anhaltende korrekte Handhabung zu gewährleisten. Auch eine gravierende Änderung in der Dosierung oder bei Wechsel des Devices könnte den Bedarf für eine zusätzliche Beratung begründen.

Personalisieren der Packung

Eine weitere Maßnahme, die in anderen Ländern bereits ergriffen wird, ist das Personalisieren der Packung durch die Apotheke vor der finalen Abgabe an den Patienten. Zu denken ist etwa an das Verwenden von Etiketten mit Namen, Verordnungsdatum, Einnahmevorgaben sowie Lagerungshinweisen. Die kuk begrüßt in diesem Zusammenhang, dass zuletzt das Vermerken der Dosis auf dem Rezept verpflichtend geworden ist.

Therapietreue/Adhärenz

Unwissenheit und Unsicherheit mit der eigenen Medikation können die Therapietreue eines Patienten stark negativ beeinflussen. Auch in diesem Zusammenhang kann die Beratung im Kontext eines Medikationsmanagements durch den Apotheker eine wichtige Rolle spielen. Insbesondere gilt dies auch für Chroniker, die nicht nur bei der Erstdiagnose ihrer Erkrankung intensivere Betreuung benötigen. Im Rahmen der Chronikerversorgung haben Studien belegt, dass regelmäßiger Kontakt, z.B. bei Herzinsuffizienz, zu einer wesentlichen Verbesserung der Therapietreue und verringerter Hospitalisierung beiträgt.

kuk – Kooperationsgemeinschaft unternehmensnaher Krankenkassen hat sich Mitte 2009 mit dem Ziel gegründet, den interessenpolitischen Einfluss auf Bundes- und Fachebene, insbesondere im GKV-Spitzenverband, zu bündeln und abgestimmt auszubauen. Der Kooperationsgemeinschaft gehören der BKK Dachverband, der IKK e.V., die KNAPPSCHAFT sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) an. Damit vertritt das Bündnis rund ein Drittel der Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Partnerschaftliche Verbundenheit und Kooperation mit zahlreichen klein- und mittelständischen und vielen der größten Unternehmen, Handwerksbetrieben und Betrieben in Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau zeichnet die vier kuk-Partner aus. Für die Belange ihrer Versicherten und Arbeitgeber setzt sich die kuk im Rahmen der gemeinsamen Meinungs- und Willensbildung in der Gesundheitspolitik ein.