



Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die öffentlichen Apotheken vor Ort

Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die öffentlichen Apotheken vor Ort

Vorbemerkung

Grundvoraussetzung für die in diesem Papier geschilderten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten sind wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die eine angemessene Honorierung der apothekerlichen Leistungen und des gesamten Apothekenteams ermöglichen. Diese grundsätzliche Voraussetzung ist aktuell nicht gegeben.

Die wirtschaftliche Situation der Apotheken in Deutschland ist nach wie vor extrem angespannt und verschlechtert sich weiter. Die neuesten Zahlen bestätigen diesen Negativtrend und machen Maßnahmen der Bundesregierung zur Aufrechterhaltung der Versorgung der Menschen durch die öffentlichen Apotheken weiterhin dringend erforderlich.

Inzwischen liegen die Wirtschaftszahlen der Apotheken für 2023 vor. Diese Zahlen belegen, dass die Kostenanstiege mittlerweile von einem großen Teil der Apotheken nicht mehr getragen werden können. 10 Prozent der Apotheken sind demnach defizitär – sie schreiben rote Zahlen. Weitere 25 Prozent erwirtschaften ein Betriebsergebnis, das unter 50.000 Euro liegt. Somit ist ein Drittel aller Apotheken akut wirtschaftlich bedroht!

Da nun auch das Skonti-Urteil des Bundesgerichtshofes die Lage in den Apotheken noch weiter verschlechtert, fordert die ABDA eine sofort wirksame, finanzielle Stärkung der Apotheken – beispielsweise über eine deutliche Absenkung des Kassenabschlags, eine Erhöhung des Festzuschlags, eine neue Sicherstellungspauschale für Apotheken und die Erhöhung aller Entgelte für besondere Leistungen (z.B. Rezepturen, BtM-Abgabe, etc.).

Mehr Handlungsspielräume für Apotheken im Interesse der Patient*innen

I. Ausgangslage und Problemstellung

Die Handlungsspielräume der Apotheken bei der Auswahl von Arzneimitteln sind nach der aktuellen Gesetzeslage zu restriktiv geregelt. Mit einer Erweiterung der Handlungsspielräume könnten Lieferengpässe noch besser bewältigt und die Patientinnen und Patienten damit schneller und zuverlässiger versorgt werden. Die bisherigen punktuellen Verbesserungen greifen nicht weit genug. Erschwerend kommt hinzu, dass der GKV-Spitzenverband und das Bundesgesundheitsministerium die Regelungen sehr eng auslegen und somit die Intention des Parlamentes teilweise konterkariert wird.

1. Aktuelle Rechtslage

Die grundlegenden Regelungen zur Auswahl finden sich in § 129 SGB V sowie dem Rahmenvertrag zur Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband e. V.

Bei Lieferengpässen hat das ALBVVG in § 129 Abs. 2a SGB V Sonderregelungen eingeführt: Für den Fall der Nichtverfügbarkeit eines Arzneimittels, das nach Maßgabe des Rahmenvertrages § 129 Abs. 2 SGB V abzugeben ist und bei Nachweis der Nichtverfügbarkeit durch Anfrage bei in der Regel zwei Großhandlungen greifen Ausnahmeregelungen. Die Apotheke darf abweichend vom Rahmenvertrag und ohne Arztrücksprache ein wirkstoffgleiches Arzneimittel abgeben, das in Packungsgröße, Packungsanzahl (auch Teilmengen) und Wirkstärke von der Verordnung abweicht.

Weitere Sonderregelungen bestehen für Kinderarzneimittel, die in der Pädiatrie essenziell sind und bei denen möglicherweise eine angespannte Versorgungslage besteht (Liste des BfArM nach § 129 Abs. 2b SGB V): In diesem Fall darf das verordnete Arzneimittel ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt auch durch ein in der Apotheke hergestelltes wirkstoffgleiches Arzneimittel (auch in einer anderen Darreichungsform) oder durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel in einer anderen Darreichungsform ausgetauscht werden.

2. Änderungsbedarf

Problem 1:

Das BMG und der GKV-Spitzenverband gehen davon aus, dass die Sonderregelungen des ALBVVG für den Fall der Nichtverfügbarkeit in Abweichung zum Rahmenvertrag erst greifen, wenn zuvor die Nichtverfügbarkeit aller nach dem Rahmenvertrag denkbar in Betracht kommenden Arzneimittel für den gesamten Auswahlbereich geprüft und nachgewiesen ist. Dies führt zu keiner Erleichterung, sondern lediglich zu einem erheblichen Zusatzaufwand, der in aller Regel unnötig ist, weil bei Lieferengpässen nicht nur ein einzelnes Generikum, sondern sämtliche Generika des gleichen Wirkstoffs betroffen sind.

Es sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass es ausreichend ist, wenn die Nichtverfügbarkeit eines einzigen nach Rahmenvertrag abgabefähigen Arzneimittels nachgewiesen ist.

Problem 2:

Die Abweichung von der Darreichungsform des verordneten Arzneimittels sollte für alle von Lieferengpässen betroffenen Arzneimittel zugelassen werden.

Die derzeitige Beschränkung auf die Nichtverfügbarkeit von gelisteten Kinderarzneimitteln schränkt die Handlungsspielräume der Apotheken unnötig ein.

Problem 3:

In dringenden Fällen, in denen eine sofortige Versorgung der Patient*innen geboten ist, dürfen die Apotheken nach den bestehenden Regelungen des Rahmenvertrages § 129 Abs. 2 SGB V zwar ein wirkstoffgleiches anderes Arzneimittel abgeben, aber nicht von Packungsgröße, Packungszahl, Wirkstärke oder Darreichungsform abweichen.

Die Apotheken sollten die gleichen Auswahlmöglichkeiten wie im Fall der Nichtverfügbarkeit erhalten.

Problem 4:

Selbst die erweiterten Handlungsmöglichkeiten greifen in einigen Fällen noch zu kurz: Zu guter Letzt regen wir daher aufgrund der schwierigen Versorgungssituation ergänzend an, der Apotheke nach ärztlicher Rücksprache die Abgabe eines pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittels anstelle des verordneten Arzneimittels zu ermöglichen.

II. Lösungsvorschlag

§ 129 Abs. 2a SGB V wird wie folgt gefasst:

„¹Abweichend von Absatz 1 Satz 1, 2, 4, 5 und 8 und dem Rahmenvertrag nach Absatz 2 können Apotheken, soweit ein einziges vorrangig nach Absatz 1 Satz 3 abzugebendes Arzneimittel nicht lieferbar oder nicht verfügbar ist, jedes verfügbare und mit dem verordneten wirkstoffgleiche Arzneimittel abgeben. ²Eine Nichtverfügbarkeit liegt vor, wenn das Arzneimittel innerhalb einer angemessenen Zeit durch zwei unterschiedliche Verfügbarkeitsanfragen bei vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen im Sinne des § 52b Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz des Arzneimittelgesetzes nicht beschafft werden kann. ³Werden Apotheken nur von einer vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlung beliefert, liegt abweichend von Satz 2 eine Nichtverfügbarkeit vor, wenn das Arzneimittel innerhalb einer angemessenen Frist durch eine Verfügbarkeitsanfrage bei dieser vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlung im Sinne des § 52b Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz des Arzneimittelgesetzes nicht beschafft werden kann.

⁴Apotheken dürfen ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt von der ärztlichen Verordnung im Hinblick auf Folgendes abweichen, sofern hierdurch die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird:

1. die Packungsgröße, auch mit einer Überschreitung der nach der Packungsgrößenverordnung maßgeblichen Messzahl,
2. die Packungsanzahl,
3. die Abgabe von Teilmengen aus der Packung eines Fertigarzneimittels, soweit die verordnete Packungsgröße nicht lieferbar ist,

4. die Wirkstärke, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen und
5. die Darreichungsform.

⁵Apotheken dürfen das verordnete Arzneimittel ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt gegen ein wirkstoffgleiches in der Apotheke hergestelltes Arzneimittel, auch in einer anderen Darreichungsform, austauschen. ⁶Ist die Abgabe eines Arzneimittels nach Absatz 1 Satz 3 nicht möglich und ist kein mit dem verordneten wirkstoffgleiches Arzneimittel verfügbar, dürfen Apotheken nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel an den Versicherten abgeben; dies ist auf dem Arzneiverordnungsblatt zu dokumentieren. ⁷In dringenden Fällen, in denen die unverzügliche Abgabe eines Arzneimittels erforderlich ist, darf die Apotheke entsprechend den Befugnissen nach Satz 4 Ziffer 1 bis 5 sowie Sätze 5 und 6 versorgen.“

§ 129 Abs. 2b SGB V kann gestrichen werden, wenn die erweiterten Austauschregelungen für Kinderarzneimittel dann für alle Arzneimittel im neuen § 129 Abs. 2a SGB V aufgegriffen würden.

Intensivierung der Kooperation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Apothekerinnen/Apothekern

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Medikationsanalyse und perspektivisch des Medikationsmanagements gewinnt die Kommunikation und die Bereitstellung von Informationen zwischen Apotheken und den behandelnden Ärzt*innen an wesentlicher Bedeutung. Anders als bei der Nutzung der KIM ermöglicht die Kommunikation über die ePA die Ansprache und Information aller zu beteiligenden Ärzt*innen und fördert die möglichst umfassende Zusammenarbeit beider Professionen zum Wohle und unter Einbeziehung des Patienten.

Mit Blick auf den individuellen Gesundheitsschutz einzelner Versicherter schaffen die gemitik-Anwendungen und die darin zukünftig verfügbar gemachten Daten und Informationen die Grundlage für eine Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Leistungserbringer. Beispielsweise kann die Überprüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) eines neu verordneten Arzneimittels durch Berücksichtigung von Diagnosen, Laborwerten und der Gesamtmedikation schon vor der Abgabe des Arzneimittels weiter optimiert werden. Bei identifizierten potenziellen Problemen können diese dann direkt im Betreuungs- und Versorgungsprozess verifiziert, im Hinblick auf ihre (klinische) Relevanz bewertet und bei Relevanz im persönlichen Patientengespräch durch die Leistungserbringer kommuniziert werden.

Wir schlagen vor, den Wortlaut in § 341 Absatz 2 Nummer 1 wie folgt zu ergänzen:

„1. medizinische und pharmazeutische Informationen über den Versicherten für eine einrichtungsübergreifende, fachübergreifende und sektorenübergreifende Nutzung, insbesondere“

Darüber hinaus schlagen wir vor, im § 341 Absatz 2 Nummer 1 einen Buchstaben e) wie folgt zu ergänzen:

„e) pharmazeutische Informationen, insbesondere zu arzneimittelbezogenen Problemen,“

Ferner sollte eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen werden, dass Vertragsärzt*innen und Apotheken*innen als Leistungserbringende in der Regelversorgung (nicht nur wie bisher in Modellvorhaben) bundesweit und für Versicherte aller Krankenkassen ein gemeinsames Medikationsmanagement anbieten können. Das Modellvorhaben ARMIN hat gezeigt, wie hoch das Verbesserungspotenzial ist, das mit dieser Leistung verbunden ist (siehe **Anlagen**).

Stärkerer Einsatz der Telepharmazie und Unterstützung der Telemedizin

Die Digitalisierung unserer Gesellschaft schreitet ständig weiter voran, dies gilt selbstverständlich auch für das Gesundheitswesen. Gerade die Jahre der Covid-19-Pandemie, in denen es galt, weitestgehend kontaktlos die individuelle pharmazeutische und medizinische Versorgung der Bevölkerung in guter Qualität aufrecht zu halten, haben diesen Prozess beschleunigt.

Unter Telepharmazie verstehen wir die Kommunikation des pharmazeutischen Personals von öffentlichen Apotheken und Krankenhausapothen im Rahmen einer pharmazeutischen Tätigkeit, bei der sich das Apothekenpersonal sowie die Patient*innen oder sonstigen Leistungsempfänger*innen nicht am gleichen Ort aufhalten.

Die Anwendungsmöglichkeiten sind vielfältig, in Betracht kommen beispielsweise folgende Leistungen:

- Telepharmazeutische Erstberatung für Stammkunden aus der Apotheke durch pharmazeutisches Personal mit oder ohne anschließende Transaktion
- Telepharmazeutische Ergänzungsberatungen bei einer regelhaften Vor-Ort-Betreuung, z. B. bei
 - o Anwendungsschulungen zu Medizinprodukten
 - o Pharmazeutischen Dienstleistungen, die in der Apotheke erbracht wurden
 - o Präventionsleistungen (Ernährungsberatung, Darmberatung, Vitalstoffberatung u. ä.)
- Persönliches Postfach für Patient*innen für individuell zugeschnittene Gesundheitsinformationen, Bereitstellung von Beipackzetteln (auch in Fremdsprachen) oder Erklärvideos zur Anwendung verschiedener Devices nach Beratung im Zuge der Abgabe oder nach erbrachter pharmazeutischer Dienstleistung
- Erinnerungsfunktion (neues Rezept, pDL)
- Begleitapotheker*in als Lösungsmöglichkeit bei medizinischer Unterversorgung in ländlichen Gebieten und Stadtrandlagen
- Telefonischer oder telepharmazeutischer Kontakt zwischen Krankenhausärzt*innen und Apotheker*innen im Entlassmanagement zur Abstimmung der Entlassmedikation.

Effizienzsteigerung durch Abbau unnötiger bürokratischer Belastungen

Die ABDA hat sich intensiv mit dem Anliegen befasst, die bürokratischen Belastungen in der täglichen Arbeit in den deutschen Apotheken deutlich zu verringern. Eine Auflistung der Anregungen der ABDA zum Bürokratieabbau wurde bereits an das BMG übermittelt, sie liegt diesem Papier als **Anlage** bei.

Erweiterung des Leistungsspektrums in Bezug auf pharmazeutische Leistungen und Prävention

Die Apotheken können und wollen – ein wirtschaftlich sicheres Umfeld vorausgesetzt – in der Begleitung der Arzneimitteltherapie und in der Prävention zusätzliche Leistungen erbringen. Dazu bedarf es eines klaren gesetzlichen Rahmen, der durch den Ausbau der Regelungen in § 129 SGB V gesetzt werden könnte, und einer auskömmlichen Vergütung dieser Leistungen.

Inhaltlich gibt es dazu ein breites Spektrum an Leistungen, das beispielhaft der als **Anlage** beigefügten Zusammenstellung entsprechender Angebote aus der internationalen Praxis entnommen werden kann.

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

27. Mai 2024

Anlagen