

Bern, Juni 2010

52 **Managed-Care: gemeinsam ans Ziel!**

Keine integrierten Versorgungsmodelle ohne
Apotheken



Konkrete Vorschläge



In die politische Gesundheitsdebatte scheint Bewegung zu kommen. Es zeichnen sich Bestrebungen in Richtung integrierte Versorgungsmodelle ab. Für die Akteure des Gesundheitssystems ist der Zeitpunkt nun gekommen, konkrete Vorschläge zu formulieren und nicht mehr vergangenen Privilegien nachzuweinen.

Diese dosis-Ausgabe zeigt auf, dass die Strategie und die Stossrichtungen des Dachverbandes durch die eigene Basis getragen werden. Daher lässt pharmaSuisse eine Person zu Wort kommen, die folgende drei Eigenschaften in sich vereinigt: Er ist selbständiger Offizinapotheker mit mehr als 20jähriger Berufserfahrung, er ist in seinem Kanton politisch engagiert (kennt somit die Erwartungen aus diesem Kreis bestens) und er übt seinen Beruf in einem Deutschschweizer Kanton aus, der die Gewaltentrennung zwischen Arzt und Apotheker – ganz nach dem Motto «Wer verschreibt verkauft nicht» – kennt.

Diese positive Situation fördert die Komplementarität und Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern. Sie wird aber konkret durch Diskussionen bedroht, die sich um das Einkommen der Ärzte und ihren Wunsch, Medikamente verkaufen zu dürfen, drehen. Im Kanton Zürich zeigte eine Volksabstimmung, dass – obwohl die Selbstdispensation der Ärzte in den Städten Zürich und Winterthur abgelehnt wurde – die ländliche Bevölkerung schlussendlich in der Abstimmung die Mehrheit bildete. Nun planen Aargauer Ärzte eine ähnliche Volksinitiative, die stark von Geldgier und Zementierung von Machtprivilegien geprägt ist. Wir vertrauen dem Schweizer Parlament, dass es in dieser Frage nicht das Rad der Geschichte zurückdrehen wird.

Auf jedem Fall ist die Apothekerschaft für integrierte Versorgungsmodelle einsatzbereit. Sie können sich auf unsere Zuverlässigkeit verlassen. Packen wir es gemeinsam an!

Dominique Jordan,
Präsident pharmaSuisse

Interview

Keine integrierte Versorgungsmodelle ohne Apotheken

Interview mit Dr. phil. II Theophil Voegtli, Vizepräsident des Grossen Rates des Kantons Aargau, Mitglied der Gesundheitskommission, Inhaber der TopPharm Apotheke in Kleindöttigen.

Die OKP-Prämien werden wieder markant steigen. Das Parlament hofft, dass integrierte Versorgungsmodelle die Lösung darstellen, um die Kosten im Griff zu bekommen. Ist es aus Ihrer Sicht der richtige Weg?

Theophil Voegtli: Im Grundsatz Ja. Jeder Leistungsanbieter im Gesundheitswesen soll das anbieten, was er exzellent und effizient kann. Der Generalist, der alles selber macht, ist tot, es lebe die Zusammenarbeit. Ein grosses Ja, wenn mit der integrierten Versorgung auch im ambulanten Bereich das Denken vernetzt und Patientenpfade definiert werden und falsche finanzielle Anreize für die Leistungserbringer ausgeschaltet werden. Dafür müssen allerdings ein paar Elfenbeintürme abgerissen werden. Ein klares Nein, wenn es nur ums Sparen und Rationieren geht. Zum Beispiel im Rahmen der Budgetverantwortung. Capitation und Pauschalen allein in einer Hand des Hausarztes sind gefährlich, weil dann mit Sicherheit zu Lasten des Untergeordneten gespart wird, beispielsweise mit Medikamenten über den Versandhandel ohne Beratung und Betreuung der Apotheke vor Ort.

Trotz allen Bemühungen, bis auf eine Initiative der Hausärzte, wird ein Hausarztmangel nicht vermieden werden können. Ist es nicht unrealistisch, unter diesen Umständen das ganze vernetzte System ausschliesslich auf die Hausärzte aufzubauen?

Theophil Voegtli: Die Hausärzte allein werden schon aus demografischen Gründen die Grundversorgung bzw. die Versorgungsaufträge der Kantone nicht sicherstellen können. Sie müssen gewisse Aufgaben, für welche sie bisher ein absolutes Monopol hatten, delegieren. Es ist dringend nötig, dass auch im ambulanten Bereich eine so logische Arbeitsaufteilung wie diejenige zwischen Arzt und Krankenpfleger am Krankenbett im stationären Bereich, diskutiert wird, insbesondere zwischen Ärzten und Apothekern, nota bene zwei universitäre Medizinalberufen.

Hausarztmangel droht vor allem auf dem Lande. Ein Revisionsentwurf des Heilmittelgesetzes schlägt vor, die Selbstdispensation der Ärzte nur dort zuzu-

lassen, wo die Versorgung durch Apotheken ungenügend gewährleistet ist. Gewisse Kreise schlagen im Gegenteil vor, dass man den Ärzten generell erlaubt, Medikamente auf dem Lande zu verkaufen, um ihr Einkommen zu verbessern. Was schlagen Sie vor?

Theophil Voegtli: Die minimale, ideale Versorgung auf dem Lande besteht in einer Kombination von Hausärzten und Apothekern, die zusammen arbeiten. Wenn keine Apotheke vorhanden ist, sind suboptimale Notlösungen für die Versorgung mit den wichtigsten Medikamenten zu suchen, wie etwa die Selbstdispensation durch den Arzt. Umgekehrt soll bei Hausarztmangel die Apotheke auch einen Teil der Leistungen der Grundversorgung organisieren können.

Auf keinem Fall soll man aber Einkommensquellen mit falschen finanziellen Anreizen, wie es die Selbstdispensation ist, generell fördern. Die Erfahrung zeigt auch, dass die Selbstdispensation der Ärzte jede Zusammenarbeit zwischen Apothekern und Ärzten verunmöglicht. Gerade das Gegenteil, was eigentlich die Politik mit der integrierten Versorgung will.

Der Revisionsentwurf des HMGs sieht eine Ausweitung der Selbstmedikationsmöglichkeit in Drogerien, aber auch mehr Abgabekompetenz für den Apotheker persönlich. Begrüssen Sie diese Entwicklung? Haben Sie konkrete Situationen aus Ihrer Praxis, die Sie erwähnen können?

Theophil Voegtli: Es ist sehr wichtig, dass ich als Apotheker und universitäre Medizinalperson, eine Abgabekompetenz erhalte, die meiner Ausbildung entspricht. Die geltenden Listeneinteilungen, insbesondere die Rezeptpflicht, haben vor allem historische oder bloss ökonomische Interessen des Herstellers als Begründung. Die vernünftige komplementäre Arbeitsaufteilung zwischen Ärzten und Apothekern wurde dagegen in diesem Zusammenhang bisher nie thematisiert. Deshalb erwarten wir viel Effizienzgewinn und Einsparungsmöglichkeiten von dieser politischen Stossrichtung. Der Apotheker soll mehr Kompetenzen haben, für welche er aber auch haften soll. Weil ich auch für ganz gut definierte Situationen kein Medikament abgeben darf, wie etwa Augenentzündung oder rezurrenente Harnwegsinfektion bei



Dr. phil. II Theophil Voegtli

Frauen, muss ich viele Patienten, die keinen Hausarzt haben, ins Spitalambulatorium schicken, damit sie ein Rezept beziehen können. Kein Wunder, dass dieser Posten dann das höchste Kostenwachstum ausweist.

Es wird immer von «Ärztetzwerken» gesprochen. Sind die Apotheker und die Apotheken nicht ebenso wichtig?

Theophil Voegtli: Die Kompetenzen der Apotheker und ihrer Teams sowie die Infrastrukturen der

Apotheken sind heute viel zu wenig in Anspruch genommen. Das ist ein Grund dafür, dass die Politiker nicht spontan daran denken. Ein anderer Grund ist, dass die Ärzte in vielen Kantonen der Deutschschweiz einen erheblichen Anteil ihres Einkommens vom Medikamentenverkauf beziehen, und von einer Zusammenarbeit mit Apothekern nichts wissen wollen. Meine jetzt bald 30jährige Berufserfahrung ermöglicht mir, eine Menge Einsatzmöglichkeiten der Apotheker und Apotheken in integrierten Versorgungsmodellen in dieser dosis-Ausgabe zu beschreiben.

Die Rolle des Apotheker

Managed-Care-Modelle

Theo Voegtli

Die rund 1750 Apotheken in der Schweiz müssen in die integrierten Versorgungsmodelle eingebaut werden. Es kann nicht sein, dass diese niederschweligen, jederzeit erreichbaren Gesundheitsinstitutionen von der Politik einfach links liegen gelassen und in der Diskussion um Managed-Care-Modelle nicht oder kaum Erwähnung finden. Die Schweizer Apotheken haben pro Tag über 300 000 Kundenkontakte und stehen mit dem Notfalldienst für die Bevölkerung rund um die Uhr zur Verfügung. Wo sonst kann eine Medizinalperson ohne Voranmeldung und erst noch kostenlos zu Rate gezogen werden? Wer sonst bietet einen für Stammkunden kostenlosen Hauslieferservice mit Medikamenten direkt an die Haustüre oder sogar bis ans Krankbett an?

Allerdings liegt es an der Apothekerschaft, ihren Platz in der medizinischen Versorgungskette zu definieren und entsprechende Angebote zu unterbreiten.

Durchbruch in der Gesundheitspolitik?

Ärzte und Krankenkassen sollen sich laut Medienberichten bereits auf ein Managed-Care-Modell geeinigt haben. Wer ins Ärztenetzwerk gehe, zahle nur 10 statt 20 Prozent Selbstbehalt. Dazu sollen die Krankenkassen in der künftigen Grundversicherung zwingend Managed-Care-Modelle anbieten müssen, das heisst Versicherungen für integrierte Versorgung. Ein solches Netz soll Hausärzte, Spezialisten, Physiotherapeuten, Spitex-Dienste und im Idealfall auch Spitalambulatorien

umfassen und Budgetverantwortung tragen. Kein Wort von den Apotheken. In den Medienberichten heisst es weiter: Die integrierten Versorgungsnetze müssten Wirtschafts- und Qualitätskriterien erfüllen. Eine wichtige Auflage an ein Netzwerk ist Transparenz, sowohl bei der Qualität als auch bei den Finanzen. Versorgungsnetze geniessen Budgetverantwortung. Das heisst, sie organisieren sich selbst und schicken im Idealfall nach Abschluss der Behandlung eine einzige Rechnung. Die Versicherten können wählen, ob sie sich von einem Versorgungsnetz behandeln lassen wollen oder weiterhin frei von Arzt zu Arzt gehen wollen. Diese Freiheit bezahlen sie jedoch über höhere Prämien und eine höhere Kostenbeteiligung.

Apotheken als Chance für das Gesundheitswesen

Eine echte Behandlungskette sollte umfassen:

1. die begleitete Selbstmedikation der Patientinnen und Patienten,
2. die Apotheke für die Vortriage,
3. den Hausarzt als Case Manager,
4. den Spezialisten für die Feineinstellung der Therapie,
5. das Regionalspital für die (ambulante und) stationäre medizinische Grundversorgung und Notfälle,
6. das Kantonsspital für die spezialisierte Medizin,
7. das Universitätsspital für die Spitzenmedizin,
8. die Dienste in der Übergangspflege,
9. die Spitex,

10. Pflegeheime, Reha,
11. allenfalls die Physiotherapie,
12. schliesslich wieder die Grundversorgung durch den Hausarzt und die Apotheke.

Soll der Verfassungsauftrag des Staates für die Sicherstellung von Gesundheit und Versorgung der Bevölkerung erfüllt werden, sind nicht nur Managed-Care-Modelle und die Spitzenmedizin zu definieren, sondern ist auch über die Sicherung der Grundversorgung an und für sich zu diskutieren. Der Hausarzt als erster Grundversorger muss partnerschaftlich entlastet und ergänzt werden, alleine durch die Hausärzte ist die Grundversorgung nicht mehr zu schaffen. Die Einführung von Fallpauschalen und das Swiss DRG System (Diagnosis Related Groups) zwingen die Spitäler, ihre Patientinnen und Patienten möglichst früh wieder zu entlassen. Wegen der verkürzten Verweildauer werden spitalexterne Dienste vermehrt in Anspruch genommen werden: Übergangspflege, Spitech, Hausarzt, Apotheke mit dem Hausliefererservice und so weiter.

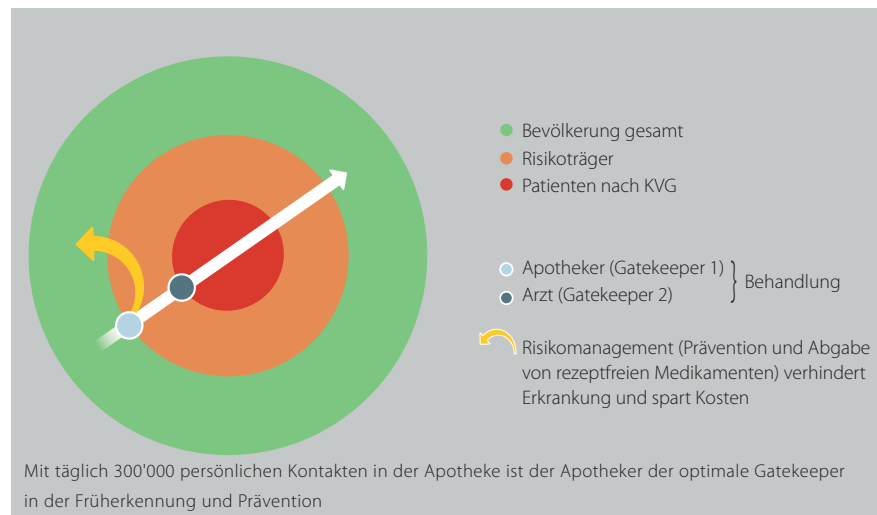
Was können Apotheken in Managed-Care-Modellen anbieten?

Versorgungssicherheit und Verschreibungsfreiheit

Apotheken haben gut 10 000 Arzneimittel direkt an Lager, fast 60 000 können infolge der zwei- bis dreimal täglichen Belieferung innerhalb von vier bis sechs Stunden besorgt werden. Für den verschreibenden Arzt ergibt das eine einmalige Auswahlmöglichkeit. Er kann für seine Patientinnen und Patienten fallspezifisch das geeignetste Medikament verschreiben und muss nicht das bei ihm gerade vorrätige Arzneimittel verkaufen. Der Lagerdruck, das heisst der Druck, die gerade vorrätigen Produkte nicht zuletzt wegen des Verfalldatums umzuschlagen, fällt weg. Der Arzt kann aus selbständiger Entscheidung unabhängig von der Pharmaindustrie die Medikamente bestimmen.

Vortriage

Das Gatekeeping wird von den Apotheken und den Hausärzten gemeinsam sichergestellt. Hat der Patient ein ernsthaftes Problem? Reicht die begleitete Selbstmedikation durch die Apotheke aus oder ist gelegentlich oder gar sofort ein Arzt-



besuch notwendig? Durch die Vorselektionierung in der Apotheke können Befindlichkeitsstörungen und Bagatellfälle ohne unnötige Arztbesuche behandelt werden und die Grundversicherung wird nicht belastet.

Medizinalperson ohne Voranmeldung

In der Apotheke ist dank der Präsenzpflcht der Apothekerinnen und Apotheker immer eine Medizinalperson verfügbar – dies extrem niederschwellig, ohne Voranmeldung und Wartezeit und erst noch ohne Kaufverpflichtung.

Direkte Überweisung an den Hausarzt mit Vorzugsbehandlung

Die Apotheke wird nach bestem Wissen und Gewissen einen Patienten sofort telefonisch beim Hausarzt anmelden, sollte dies aufgrund der Vortriage nötig sein. Dabei kann mit dem Hausarzt eine Vorzugsbehandlung für solche Fälle abgemacht werden. So wird sichergestellt, dass die Patienten sich auch wirklich beim Arzt einfinden und keine Krankheiten zeitlich verschleppt werden.

Telefonische Verschreibung

Die Apotheke kann dem Arzt einen Verschreibungsvorschlag machen, wonach der Arzt vorläufig ein Rezept zur Sofortbehandlung ausstellt und den Patienten erst später in die Praxis zur genauen und weiterführenden Behandlung bestellt, falls dies noch nötig ist. Am Telefon wird der Fall bila-

teral besprochen und das Rezept per Fax oder E-Mail in die Apotheke geschickt.

Beratung in der Apotheke unmittelbar Kosten sparen helfen.

Instruktion auf Verordnung

Der Arzt kann die Apotheke anweisen, seine Verordnung zu erklären und Unklarheiten auszuräumen. In der Apotheke werden die Patienten zum Beispiel mit dem Inhalationsgerät oder mit dem Insulinpen vertraut gemacht und die Anwendung wird geübt. Regelmässige Nachkontrolle des Handlings stellt die Wirksamkeit der Anwendung sicher.

Überwachung der Dauermedikation

In Zusammenarbeit mit dem Arzt kann eine Dauermedikation durch die Apotheke zum Beispiel alle drei Monate zusammen mit den Patienten überwacht und die Wirksamkeit besprochen werden. Mit der Repetition der Medikamente auf Dauerrezept und dem mindestens einmal jährlichen schriftlichen Rapport an den Arzt können unnötige und aufwändige Arztbesuche vermieden werden. Der Apotheker kann auf Grund seiner Ausbildung die Verantwortung dafür übernehmen. Auf der anderen Seite werden Zweifelsfälle rascher einer ärztlichen Behandlung zugeführt.

Unit-Dose-Systeme

Mit Wochenblistern, Sammelsystemen usw. verwaltet die Apotheke die Polymedikation der chronischen Langzeitpatienten. Das erhöht die Sicherheit der Medikation, indem Verwechslungen ausgeschlossen, Interaktionen und Nebenwirkungen auch mit der Selbst- und Akutmedikation verglichen und vermieden werden können – für die Patienten bequem und für die betreuenden Personen entlastend. Durch die Bestückung der Unit-Dose-Systeme aus Grosspackungen können zusätzlich Kosten gespart werden.

Qualitätszirkel Arzt-Apotheker

Mit einer wissenschaftlich und statistisch genauen Analyse der Verschreibungen können Apotheker und Ärzte in gemeinsamen Qualitätszirkeln die effizientesten Arzneimitteltherapien diskutieren und evaluieren. Die Kostenersparnis dieser Qualitätszirkel ist mehrfach bewiesen.

Verschreibung des Wirkstoffes statt der Spezialität

Der Arzt verschreibt den Wirkstoff mit der internationalen wissenschaftlichen Bezeichnung und die Apothekerin evaluiert die für diesen Fall günstigste und wirtschaftlichste Spezialitäten-Packung, in der Regel ein Generikum.

Compliance auf Verordnung

Das Nichteinhalten der Therapie bzw. der ärztlichen Verordnung durch die Patienten ist ein Hauptgrund für die Unwirksamkeit medikamentöser Therapien. Der Apotheker ist Spezialist für die Begleitung der Patienten, kennt alle Tipps und Tricks für eine bessere und sichere Medikamentenanwendung und kann vor allem bei Personen mit chronischen Krankheiten ausserordentliche Dienste und permanente Begleitung anbieten, ohne die Arztpraxis zu belasten.

Keine Verschwendung von Medikamenten im Abfall

Man rechnet, dass Medikamente im Wert von bis zu 500 Millionen Franken jährlich im Abfall landen, weil die Patienten mit der Verordnung nicht klarkommen, nicht einverstanden sind, diese allenfalls unnötig finden, sich aber nicht getrauen, das dem Arzt zu sagen. Hier kann eine gezielte



Das Labor in der Apotheke

Die Überwachung von Blutdruck, Gewicht, Blutzucker, Blutfettwerten usw. kann kostengünstig in der Apotheke erfolgen. Die Apotheker sind in diesen Belangen an der Universität ausgebildet worden und können die Verantwortung für die Qualität der Messungen übernehmen. Zudem nehmen die Apotheken an Ringversuchen mit unanhängigen Laboratorien teil. Der Arzt wird mittels eines schriftlichen Rapports informiert, solange es noch keine e-Card bzw. elektronische Gesundheitskarte gibt.

Polymedikations-Check

Bei Patienten, die vier und mehr Medikamente nehmen müssen, ist eine halbjährliche standardisierte Analyse der Medikation angezeigt. Damit wird sichergestellt, dass die Medikamente genommen und auch vertragen werden, letztlich ob die Therapie auch wirklich Erfolg hat. Ziel ist, das richtige Medikament am richtigen Ort zur richtigen Zeit zu haben.

Lieferung aus einer Hand

Die Apotheke beliefert die Arztpraxis mit dem Notfall- und Verbrauchsmaterial zum Einstandspreis. Die Apotheke wird nur noch für die effektiven Dienstleistungen mit fixen Pauschalen bezahlt. Rabatte werden konsequent weitergegeben. Die Bewirtschaftung und (Verfalldaten-)Kontrolle in der Arztpraxis erfolgt durch die Apotheke.

Entlastung des Hausarztes bei der Medikamentenevaluation

Die Apotheke kann die Hausarztpraxis massiv entlasten. Ein Beispiel ist der Empfang von Vertretern der Pharmaindustrie (Aussendienstmitarbeiter) durch den Apotheker. Dieser triagiert die Angebote und macht dem Arzt entsprechende Vorschläge. In den Qualitätszirkeln werden die Neuheiten besprochen und evaluiert.

Prävention und Gesundheitsförderung

Einzig eine niederschwellige Anlaufstelle mit garantierter Ausbildung einer Medizinalperson und bewiesener Qualität kann die Vermittlung von Präventions- und Gesundheitsförderungspro-

grammen sicherstellen und mit der Bevölkerung oder den Zielgruppen auch wirklich umsetzen. In der Arztpraxis fehlen dazu oft die Zeit, das Geld und der Wille. Beispiele: Gesundes Körpergewicht, Rauchstopp, Bewegung usw.



Screenings

Die Apotheke ist prädestiniert für Screenings aller Art wie Metabolisches Syndrom usw.

Impfung in der Apotheke

Die Apotheke kann den Impfstatus mit den Patienten erfassen und zum Beispiel die Grippeimpfung in Absprache mit dem Hausarzt (Risikopatienten) direkt ausführen.

Spezialisierung in der Apotheke

Bereits haben sich einige Apotheken aufwändig zur Atemwegsapotheke oder Hautapotheke ausbilden lassen und arbeiten mit entsprechenden Spezialärzten (Telemediziner) zusammen.

Die Apotheke als Teil der Grundversorgung

Die Grundversorgung wird in der nahen Zukunft nicht mehr alleine durch die Hausärzte sichergestellt werden können. Die Apotheken bieten sich hier als Vortriagestelle, zur direkten Zusammenarbeit mit der Arztpraxis, der Spitex, dem Regionalhospital sowie in der Beratung und Betreuung der

Impressum:

dosis –
gesundheitspolitische Information

Redaktion: pharmaSuisse
Fotos: afp.com, Caspar Martig
Grafik: Max Henschel
Satz: Patricia Reichen

Herausgeber:
pharmaSuisse
Schweizerischer Apothekerverband
Société Suisse des Pharmaciens
Societ  Svizzera dei Farmacisti
Stationsstrasse 12
3097 Liebfeld

info@pharmaSuisse.org
www.pharmaSuisse.org

Patienten direkt an. So kann die Bevölkerung ganzheitlich betreut werden.

Apotheke und Telemedizin

Patienten sollen vor einem Arzt- oder Spitalbesuch zwingend ein Callcenter (Medgate, Medi-24) anrufen und sich triagieren lassen. Diese Callcenter können ihre Möglichkeiten massiv ausweiten, indem sie die Leute in die naheliegende Apotheke schicken oder mit dem Apotheker direkt Kontakt aufnehmen und die Sofortmedikation abmachen. Der Notfalldienst der Apotheken gewährleistet einen 24-Stunden-Service.

Hauslieferservice

Die allermeisten Apotheken bieten einen für Stammkunden kostenlosen Hauslieferservice für ihre Kunden an. Dieser kann bis ans Krankenbett reichen. Nicht zuletzt im Rahmen einer Pandemie kann der Arzt verordnen, die Apotheke liefern und sogar den Patienten-Briefkasten als Quarantäne nutzen.

Fazit

Mit einer sauber definierten Behandlungskette und einem überdisziplinären Netzwerk mit der Apotheke profitiert der Arzt von der Entlastung seines Managed-Care-Budgets, der Apotheker von der Verschreibung und dem Vertrauen des Arztes in der direkten Zusammenarbeit, die Patienten gewinnen Lebensqualität und die Krankenversicherungen und damit die Gesellschaft erhalten ein effizientes Kosten-Nutzen-Verhältnis. Mit Sicherheit lassen sich so die Gesundheitskosten stabilisieren oder wichtiger: das Geld richtig einsetzen.

Es ist nicht einzusehen, weshalb das bereits vorhandene Potenzial und die Möglichkeiten der Schweizer Apotheken nicht genutzt werden, weshalb in der Diskussion rund um die Managed-Care-Systeme die Apotheken ausgeschlossen werden.

Und zum Schluss noch dies: Mit dem Rezept in der Hand können die Patientinnen immer noch wählen, ob sie ihre Medikamente in der Stammapotheke, über den Versandhandel oder gar nicht beziehen wollen. Der Entscheid, letztlich die gesamte Datenhoheit, muss beim Patienten liegen. Das e-Rezept muss schnellstens eingeführt werden. Beim e-Banking funktionieren die Datensicherheit und das praktische Handling ja auch.