

Kai Reimers
Yurou Zhang
Meral Avci
Markus Grief

**Aachener Learning Community ‚Innovative IT in der Medikamentenversorgung‘
Ergebnisse des 21. Workshops am 17. September 2020, Super C RWTH Aachen**

Themen:

- 1. Referat von Frau Goller über Arzneimitteltherapiesicherheit und Behandlungskosten**
- 2. Diskussion**

1. Referat von Frau Goller über Arzneimitteltherapiesicherheit und Behandlungskosten

Frau Goller stellte zunächst relevante neuere Entwicklungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor.¹ Hier ist insbesondere die Einführung des freien Kassenwahlrechts von Bedeutung, wonach eine gesetzliche Krankenkasse die Krankengeschichte eines Patienten nicht mehr erfragen darf, wenn sich der Patient bei dieser Kasse versichern will („Kontrahierungszwang“). Dadurch haben Krankenkassen keine Möglichkeiten der Beeinflussung ihrer Versichertenstrukturen mehr. Um im Gegenzug die Versichertenstruktur gesetzlicher Krankenkassen auszubalancieren, wurde 2009 der Risikostrukturausgleich (Morbi RSA) in der GKV eingeführt, wodurch eine Krankenkasse höhere Zuweisungen erhält, wenn deren Mitglieder spezielle chronische oder schwerwiegende Krankheiten haben. Darüber hinaus wurde der Gesundheitsfonds etabliert. Die Krankenkassen erhalten seitdem ihre Einnahmen anhand ihrer Versichertenstruktur als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und nicht mehr direkt von den Versicherten.

In Bezug auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zeigte Frau Goller, dass die Gesamtbehandlungskosten in allen Bereichen gestiegen sind, insbesondere die Kosten für Arzneimittel und Krankenhausbehandlungen. Die Krankenhauskosten spielen seit langem eine sehr wichtige Rolle bei den Gesamtbehandlungskosten. Dabei zeigen sich starke regionale Unterschiede. Um beispielhaft Ursachen für diese Unterschiede in den Krankenhauskosten aufzuzeigen, stellte Frau Goller die Situation solcher Krankenhausfälle dar, bei denen geografische Faktoren (z.B. die Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen sowie die jeweilige Umweltsituation) sowie regionale Unterschiede bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Diabetes, Herzkrankheiten und Atemwegserkrankung) besonders ins Gewicht fallen. Darüber hinaus zeigten

¹ Die Folien zum Referat von Frau Goller werden separat verschickt.

viele Studien, dass nicht optimale Arzneimitteltherapien für 6.5% der gesamten Krankenhausesfälle verantwortlich sind.

Bezüglich der Arzneimittelkosten ging Frau Goller auf zwei Aspekte ein: die Kostenentwicklung bei einzelnen Arzneimitteln sowie die Praxis der Arzneimittelverordnung. Die Arzneimittelkosten sind in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen, was v.a. auf neue patentgeschützte Arzneimittel zurückzuführen ist. Obwohl die Krankenkassen somit immer mehr Geld für Arzneimitteltherapien ausgeben müssen, seien verbesserte Arzneimitteltherapien für die Gesundheit der Patienten sinnvoll, so dass der absolute Anstieg der Kosten für Arzneimittelbehandlungen nicht per se als negativ zu bewerten sei. Allerdings sollten Möglichkeiten der Eindämmung des Kostenanstiegs genutzt werden. Als sehr wirksam hätten sich in dieser Hinsicht die gesetzlichen Herstellerrabatte erwiesen. Hinsichtlich der Arzneimittelverordnung vertritt Frau Goller die Einschätzung, dass häufig eine mangelnde Überprüfung von Arzneimitteltherapien ein wichtiger Grund für überhöhte Arzneimittelkosten ist, z.B. durch nicht optimale Arzneimittelverordnungen in Pflegeheimen. Außerdem spiele Polypharmazie bei der Arzneimittelverordnung sowie der Arzneimitteltherapiesicherheit eine wichtige Rolle.

Zum Schluss hat Frau Goller noch über eine Auswertung von Selektivverträgen hinsichtlich des Zusammenhangs von Behandlungskosten und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie das Kölner Modellprojekt "dieKümmerei" gesprochen. Selektivverträge werden zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen und betreffen Leistungen, die über die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen hinausgehen. Trotzdem benötigen auch Selektivverträge immer eine gesetzliche Grundlage, müssen öffentlich ausgeschrieben werden und müssen nach einer gewissen Zeit ihren Nutzen nachweisen. Aus einer Analyse der vorhandenen 90 Selektivverträge bei der AOK haben sich keine direkten Hinweise auf einen allgemeinen Zusammenhang zwischen Arzneimitteltherapien und Krankenhausaufenthalten ergeben. Allerdings wurde ein solcher Zusammenhang für einen Einzelfall, in einem früheren Selektivvertrag zum Thema Osteoporose, entdeckt. Hier war der Nachweis eines kausalen Zusammenhangs aber auch recht einfach, da es darum ging, das Sturzrisiko durch eine bessere Arzneimitteltherapiesicherheit zu reduzieren und Stürze in der Regel zu Krankenhausaufenthalten führen. Darüber hinaus gab es im Rahmen eines Selektivvertrags einen Modellversuch mit Hausärzten, bei dem auch ein Arzneimittelcheck von den Hausärzten durchgeführt wurde. Eine Auswertung dieses Modellversuchs, der nicht fortgesetzt wurde, hat ergeben, dass eine Überprüfung der Arzneimitteltherapien zwar zu einer Reduzierung der Anzahl der durchschnittlich verordneten Medikamente geführt hat, allerdings verbunden mit einer Erhöhung der durchschnittlichen Arzneimittelkosten. Es sind also weniger, dafür aber teurere Medikamente verordnet worden. Allerdings gab es in diesem Modellversuch, wie auch bei vielen anderen, nur sehr geringe Fallzahlen.

In dem Kölner Modellprojekt "dieKümmerei" geht es u.a. auch um Arzneimitteltherapiesicherheit. Hier unterstützen Case Manager Familien in sozialen Brennpunkten beim Umgang mit dem Gesundheitssystem und bei der Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz. Unter anderem erstellen die Case Manager bei Hausbesuchen Medikationspläne, die dann an die betreuenden Ärzte und Apotheker zur Überprüfung weitergeleitet werden. Das Projekt wurde noch

nicht systematisch evaluiert, erste Erfahrungen zeigen aber, dass diese Art der Erstellung von Medikationsplänen aufgrund sozialer und sprachlicher Hürden enorm aufwändig ist. Dennoch werden derzeit weitere Regionen gesucht, in denen das Konzept ebenfalls implementiert werden soll.

2. Diskussion

In der Diskussion wurden die folgenden Punkte thematisiert:

- Potential zur Senkung von Behandlungskosten durch Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit im Vergleich zu anderen Faktoren
- Fokussierung auf den stationären Bereich bei der Abschätzung der Kosten durch unzureichende Arzneimitteltherapiesicherheit
- Kostenbetrachtung vs. Fokussierung auf Patientensicherheit

Herr Grebe hat die Ansicht von Frau Goller unterstrichen, dass bei den Gesamtbehandlungskosten die Folgekosten nicht-optimaler Arzneimitteltherapien im Vergleich zu den großen Kostenblöcken der Ausgaben für patentgeschützte Medikamente sowie der Krankenhausaufgaben nur eine untergeordnete Rolle spielen. Darüber hinaus hat er darauf hingewiesen, dass sich Polypharmazie als einer der wesentlichen Gründe für nicht-optimale Arzneimitteltherapien und der damit verbundenen Kosten in der Praxis häufig nicht vermeiden lasse.

Frau Neumann hat erläutert, dass eine unzureichende Arzneimitteltherapiesicherheit v.a. auf übersehene Doppelverordnungen und Wechselwirkungen zurückzuführen sei. Darüber hinaus hat sie die Ansicht vertreten, dass nicht nur die teuren patentgeschützten Medikamente die Behandlungskosten erhöhen, sondern auch vergleichsweise billige Medikamente, die aber in großer Menge verordnet würden. Vermeidbare Kosten würden sich hier durch die Verordnung eigentlich unnötiger Arzneimittel ergeben, aber auch durch die Folgekosten vermeidbarer arzneimittelbezogener Probleme. Daher sei es wichtig, die Arzneimitteltherapien der Patienten besser durch Ärzte und Apotheker zu überwachen. Davon würden einerseits die Patienten profitieren und andererseits könnte die Zahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund arzneimittelbezogener Probleme reduziert werden, was auch einen Effekt auf die Gesamtbehandlungskosten haben sollte.

Frau Goller stellte dar, dass aus der Sicht der Krankenkassen ein solcher Effekt nicht zu erwarten sei, da die Krankenhauskosten nach der Erfahrung der Krankenkassen v.a. von der Zahl der Betten abhängig seien. Die Krankenhäuser seien immer bestrebt, möglichst viele ihrer Betten zu belegen, um so die Fallpauschalen, die sie von den Krankenkassen bekommen, zu maximieren (was sich auch in ihrem Vortrag schon gezeigt hatte: die Auslastung der Krankenhäuser ist über die Jahre hinweg recht konstant geblieben; s. Folie Nr. 6). Eine eventuell mögliche Reduzierung von Krankenhauseinweisungen aufgrund arzneimittelbezogener Probleme würde also zu erhöhten Krankenhausaufnahmen aus anderen Gründen führen. Vielversprechender sei es daher, die Folgekosten unzureichender Arzneimitteltherapiesicherheit auf der Patientenebene statt auf der Ebene der Krankenhauskosten zu analysieren.

Herr Reimers schloss sich dieser Ansicht an. Danach sollten für eine Abschätzung der Folgekosten unzureichend abgestimmter Arzneimitteltherapien nicht nur die Krankenhauseinweisungen betrachtet werden, sondern auch die Kosten im ambulanten Bereich, da nicht-optimale Arzneimitteltherapien möglicherweise auch längerfristig zu Gesundheitsproblemen führen, die aber nicht notwendigerweise in Krankenhausaufenthalten resultieren, wohl aber zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. Wenn solche Fälle vermieden werden könnten, wäre dies eine Entlastungsmöglichkeit für das ganze Gesundheitssystem. Dies könne aber nur durch Längsschnittanalysen – also Analysen der patientenbezogenen Behandlungskosten über einen längeren Zeitraum – festgestellt werden. Eine Querschnittanalyse, die die Behandlungskosten nach unterschiedlichen Arten zu einem bestimmten Zeitpunkt aufgliedert, sei dazu prinzipiell nicht in der Lage. Herr Augustin hat angeregt, eine solche Studie im Rahmen der Aachener Learning Community zu konzipieren, da hierfür die Mitwirkung einer Krankenkasse eine notwendige Bedingung sei. Außerdem wäre die Learning Community auch in idealer Weise für eine solche Studie aufgestellt, da sie die verschiedenen an Arzneimitteltherapien beteiligten Akteure schon in sich vereine.

Die Workshopteilnehmer haben sich auch mit der Frage beschäftigt, welche möglichen Probleme mit einer Betrachtung der Arzneimitteltherapiesicherheit unter Kostenaspekten verbunden sind. Frau Goller war der Meinung, dass die Arzneimitteltherapiesicherheit jedenfalls nicht ausschließlich unter Kostengesichtspunkten betrachtet werden sollte, sondern der Aspekt der Patientensicherheit im Vordergrund stehen sollte. Frau Härter unterstrich und ergänzte dieses Argument. Sie erläuterte, dass Patienten v.a. über die Sicherheit ihrer Arzneimitteltherapien besorgt seien. Herr Köck ging noch einen Schritt weiter und argumentierte, dass durch eine Fokussierung auf den Kostenaspekt bei der Frage der Arzneimitteltherapiesicherheit möglicherweise Fehlanreize entstünden und führte das Beispiel der in England bereits erfolgreich etablierten Praktik des klinischen Pharmazeuten ein. Seine eigenen Erfahrungen als klinischer Pharmazeut zeigten, dass die Resonanz bei allen Beteiligten aufgrund der höheren Patientensicherheit sehr positiv ist, ohne dass man dies mit Verweis auf eingesparte Behandlungskosten noch zusätzlich begründen müsse.

Herr Grebe wies noch einmal darauf hin, dass im Rahmen von Selektivverträgen bereits viele Versorgungsverbesserung erreicht worden seien und dass dies ein praktischer Ansatz für Möglichkeiten der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sei. Die Workshopteilnehmer waren sich einig darüber, dass der Weg dazu nur über eine bessere Kooperation der Beteiligten führe.