

Interview mit Bernd Beyrle, Leiter des Fachbereichs Stationäre Versorgung der Techniker Krankenkasse

Herr Beyrle,

Sie leiten in Ihrer Krankenkasse das Ressort „Stationäre Versorgung“: Ihre Techniker Krankenkasse (TK) war bis zur Fusion von Barmer und GEK die größte deutsche Ersatzkasse mit weit über sieben Millionen Versicherten, die mit den Leistungen der TK hochzufrieden sind. Die TK genießt aufgrund ihres erfolgreichen Handelns bereits seit langem einen guten Ruf und eine hohe Attraktivität – das belegen auch die außerordentlich hohen Zuwachsraten bei den Versichertenzahlen im Jahr 2010. Wir Klinikapotheker freuen uns deshalb besonders darüber, dass Sie uns für die nachfolgenden Fragen zur Verfügung stehen. Ihre Antworten sollen uns deutlicher machen, wie Krankenkassen auf die Arzneimittel in der Klinik und auf uns als deren „Sachwalter“ blicken, sowie uns eine Vorstellung von den Interessen und Aktivitäten der Krankenkassen hinsichtlich des Krankenhaussektors geben.

Hatten Sie – beruflich oder privat – bereits einmal ein Gespräch bzw. schriftlichen Kontakt mit einem Klinikapotheker? Worum ging es da?

Direkte Kontakte von Klinikapothekern zu Krankenkassen sind sehr selten. Ich hatte in der Vergangenheit unter anderem Gespräche zur Frage der Vor- und Nachteile der Belieferung von Krankenhäusern durch Krankenhausapotheken im Vergleich zur Belieferung durch öffentliche Apotheken.

Wir Krankenhausapotheker sind stolz darauf, dass wir dank unserer intensiven Marktbeobachtung, unserer professionellen Preisverhandlungen mit den pharmazeutischen Unternehmen und unserer kontinuierlichen ökonomischen Beratungsleistungen an Ärzte und Pflegekräfte die Arzneimittelkosten im Krankenhaus schon über viele Jahre stabil halten können. Ist das aus Ihrer Sicht nicht Grund genug für die Kassen, die Teilnahme des Klinikapothekers an allen Budgetverhandlungen zu fordern, bei denen es schwerpunktmäßig um Arzneimittel geht?

Die Krankenkassen verhandeln und vereinbaren das Budget mit dem Krankenhausträger. Die Geschäftsführung des Trägers trifft daher die Entscheidung, wer für das



Bernd Beyrle, Hamburg

Krankenhaus an den Budgetverhandlungen teilnimmt. Verkürzt formuliert: Wir können nicht vorgeben, wer auf Krankenseite zum Verhandlerteam gehört! Nach meinen Erfahrungen kann ich Ihnen aber versichern, dass die Expertise der Klinikapotheker, beispielsweise bei der Preisfindung für die Zusatzentgelte, sehr gut einfließt, indem das medizinische Controlling bereits im Vorwege die relevanten Informationen zusammenführt. Insofern müsste meines Erachtens für Sie der Draht zum Medizincontrolling mehr im Fokus stehen als der implizite Wunsch, unmittelbar an den Verhandlungen teilzunehmen.

Die Arzneimittelkosten betragen im Krankenhaus in der Regel weniger als 5% der Ausgaben. Welche Faktoren tragen nach Ihrer persönlichen Wahrnehmung wesentlich zu diesem günstigen Wert bei?

Die Krankenhausleistung ist vor allem eine „persönliche Leistung“, folglich sind die Krankenhauskosten geprägt durch einen hohen Anteil an Personalkosten. Es ist somit auch nicht verwunderlich, dass der Anteil der Arzneimittelkosten an den Gesamtkosten im Krankenhaus gering ist.

Bernd Beyrle, Leiter des Fachbereichs Stationäre Versorgung der Techniker Krankenkasse, Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg;
Prof. Dr. Egid Strehl, Direktor der Apotheke des Universitätsklinikums Freiburg, Hugstetter Straße 55, 79106 Freiburg

Hinzu kommt, dass der Arzneimitteleinkauf der Krankenhäuser nicht der Arzneimittelpreisverordnung unterliegt. Dadurch lassen sich günstige Einkaufspreise erzielen.

Apotheker und Pharmaindustrie bemühen gern den Satz „Nicht an Arzneimitteln, sondern mit Arzneimitteln sparen!“. Hat diese These in Ihren Augen ausreichend Substanz?

Lassen Sie es mich direkt sagen: Mit derart pauschalen Aussagen habe ich so gut wie immer Probleme, weil die Welt nun mal nicht schwarz-weiß ist. Die häufigste Antwort ist daher: „Es kommt darauf an.“ Was wiederum heißt, dass man konkreter werden muss.

Hinter der These kann man die Facette sehen, dass die richtigen Arzneimittel in der richtigen Dosis bei den richtigen Erkrankungen an den richtigen Patienten das richtige individuelle Behandlungsziel erreichen und falsche Therapieverlängerungen und weitere Verschlechterungen verhindern können. Aber dies ist eben nur eine Facette. Eine andere ist, dass es genügend Studien aus der Versorgungsforschung gibt, die erkennen lassen, dass Arzneimittel nicht immer wirksam und sinnvoll eingesetzt werden und eine effiziente Behandlung des Patienten gewährleisten. Und dass darüber hinaus der deutsche Arzneimittelmarkt Strukturen aufweist, die fernab der medizinischen und betriebswirtschaftlichen Notwendigkeit ein überhöhtes Ausgabenniveau fördern. Insofern sind wirkstoff- und medikamentenbezogene Wirksamkeitsprüfungen und bestimmte Marktregularien als Steuerungselemente unabdingbar.

Wenn Sie sich Strategien vergegenwärtigen oder selbst entwickeln, die zu höherer Kosteneffizienz oder Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im stationären Bereich führen sollten, fielen Ihnen da auch die Klinikapotheker als Ansprechpartner ein? Gegebenenfalls wofür?

Ja, hier kommen mir ganz konkrete Handlungsfelder in den Sinn. Zum einen trägt der Klinikapotheker mit seinem Arzneimittelmanagement wesentlich zum wirtschaftlichen Ressourceneinsatz bei. Gerade die Frage der „richtigen“ Medikation darf nicht unterschätzt werden. Ich denke aber beispielsweise auch daran, wie die Medikation beim Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus eingestellt ist und welche Therapieempfehlungen dem Vertragsarzt für die weitere Behandlung mitgegeben werden. An diesem Übergabepunkt – ich mag das Wort Schnittstelle nicht – besteht meines Erachtens immer noch Optimierungspotenzial.

Klinikapotheker erbringen nach dem heutigen Selbstverständnis von klinischer Pharmazie kontinuierlich

klinisch-pharmazeutische Dienstleistungen „vor Ort“ auf Station (z. B. Medikationsanamnese, Visitenbegleitung, Entlassgespräche). Dieses fördert nach unserer Überzeugung ganz erheblich sowohl die Arzneimittelsicherheit als auch den wirtschaftlichen Medikamenteneinsatz. Wurde in Ihrer Krankenkasse hierüber bereits einmal gesprochen und wäre sie bereit, dies auch finanziell zu unterstützen?

Krankenkassen bezahlen die Krankenhausleistung als Ganzes. Dahinter steht natürlich ein je nach Fall aufwendiger Komplex aus verschiedenen Leistungen. Wir gehen sicherlich berechtigt davon aus, dass das Krankenhaus alle medizinisch erforderlichen Leistungen für den Patienten nach eigenen betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten bündelt. Ich freue mich daher, von Ihnen zu hören, dass die Klinikapotheker auch persönlich mit den Patienten arbeiten, und ich bin davon überzeugt, dass dieses die Compliance erhöht. Sie können meinen Worten aber auch entnehmen, dass eine separate Vergütung hierfür nicht infrage kommen kann. Es liegt im ureigenen Interesse des Krankenhauses selbst, sich behandlungsoptimal aufzustellen. Ihre internen Kosten, die alle einzelnen Prozessschritte der Behandlung umfassen, fließen in die Kalkulation der Vergütung für die Krankenhausleistung ein.

Arzneimittel stellen bei den GKV-Ausgaben meines Wissens den zweitgrößten Kostenblock nach der stationären Behandlung dar. Welche Schritte halten Sie persönlich für geboten, dass die Arzneimittelausgaben nicht weiter als „Kostentreiber“ fungieren und auch den Patienten von morgen bei ernsthaften Erkrankungen hochwirksame Arzneimittel verabreicht werden können?

Um dem Kostenanstieg im Bereich der Arzneimittelausgaben entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber Arzneimittel-Rabattverträge eingeführt, durch die die Krankenkassen Preisnachlässe auf bewährte Arzneimittel (Generika und patentfreie Originale) erhalten. Durch den Abschluss von Rabattverträgen muss die Krankenkasse somit weniger Geld bzw. Mitgliedsbeiträge für die bewährten Medikamente einsetzen. Die TK nutzt diese vom Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit, um den Anstieg ihrer Arzneimittelausgaben zumindest zu reduzieren. Die Qualität der Arzneimittelversorgung bleibt dabei gleich. Denn nur unter dieser Voraussetzung hat die TK die Verträge abgeschlossen. Für Arzneimittel, die neu im Markt eingeführt werden, sieht das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) seit dem 1. Januar 2011 umfangreiche Maßnahmen vor (Kosten-Nutzen-Bewertung, Einordnung ins Festbetragssystem), denen die TK positiv gegenübersteht, deren Auswirkung auf die Arzneimittelausgaben aber erst in den nächsten Monaten eingeschätzt werden kann.

Die deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD) wandten sich an die Gesundheitspolitik mit der Forderung, die Preise im Krankenhaus auf dem Niveau des niedergelassenen Bereichs zu deckeln. Dieses wurde aber von der Politik abgelehnt. Wie stehen Sie dazu, dass man der pharmazeutischen Industrie nun das Krankenhaus als Ventil für Preisanhebungen überlassen möchte, während solche den Pharmafirmen im niedergelassenen Bereich durch entsprechende Regelungen inzwischen verwehrt wird?

Hier gibt es eine klare Antwort: Der Arzneimitteleinkauf im Krankenhaus folgt anderen Gesetzmäßigkeiten als die Preisbildung in der öffentlichen Apotheke. Das „Beste aus zwei Welten“ kann man sich zwar wünschen, wird es aber in der Regel nicht geben. Ich bin mir auch sicher, dass die Krankenhäuser ihre Nachfragemacht gezielt einsetzen werden, so dass hier keine negativen Effekte entstehen.

In den Reihen der Klinikapotheker, ja auch der Krankenhausverwaltungen und der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) werden Forderungen laut, die pharmazeutischen Firmen sollten auch für den stationären Bereich (wie bereits für den ambulanten) Herstellerrabatte einräumen müssen. Können wir hier seitens der GKV energische Unterstützung erwarten?

„Gleiche Rahmenbedingungen“ für den ambulanten und stationären Sektor zu fordern klingt theoretisch gut, ist aber genauer zu beleuchten. Man muss daran denken, dass der Krankenhausbereich von vornherein eine andere und zwar wirtschaftlich ohnehin schon bessere Ausgangsposition als der vertragsärztliche Bereich hat. Lassen Sie mich nur einige Stichworte nennen: Verbotsvorbehalt statt Erlaubnisvorbehalt (Krankenhäuser können NUBs erbringen, solange diese nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschlossen worden sind), Bildung von Einkaufsgemeinschaften, keine Bindung an die Arzneimittelpreisverordnung, Nähe zu Studien, persönliche Besetzung in Arzneimittelkommissionen und diverse weitere Faktoren.

Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung entstehen durch lange Liegezeiten schwerstkranker Patienten infolge der Vergütungsbegrenzungen ganz erhebliche Defizite. Hat Ihre Krankenkasse bereits Vorstellungen, den Kliniken zusätzliche Mittel zur Vermeidung der genannten Defizite zu gewähren?

Ihre Frage enthält grundsätzliche Kritik gegen die DRG-Vergütungssystematik (DRG: Diagnosis related groups). Ich kann diese Kritik nicht nachvollziehen: Auf der einen Seite steht es allen Krankenhäusern nicht nur offen, sich

unmittelbar an der Kalkulation der DRGs zu beteiligen, sondern sie sind dazu gerade aufgefordert, nicht zuletzt gibt es Geld für die Beteiligung. Auf der anderen Seite ist doch eine DRG nur im Kern eine Fall-„Pauschale“. Mühsen die Patienten länger als die obere Grenzverweildauer behandelt werden, wird für jeden einzelnen Tag ein Zuschlag gezahlt, und für bestimmte Medikamente/Maßnahmen gibt es sowieso noch Zusatzentgelte. Von Vergütungsbegrenzungen kann man daher nicht sprechen. Darüber hinaus ist nicht zu vergessen, dass die Kliniken den Krankenkassen auch nicht die Fälle melden, in denen sie Überschüsse erwirtschaften. Meines Erachtens ist dieses Problem auch weitgehend gelöst, seitdem es gelungen ist, die Intensivbehandlungen adäquat im DRG-Katalog abzubilden. Die Zeiten der Selbstkostendeckung gehören seit langem der Vergangenheit an.

Die Krankenkassen tendieren dazu, den Universitätskliniken NUBs nicht in voller Höhe zu erstatten (NUB: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). Dadurch sind erhebliche Defizite vorprogrammiert. Uns Klinikapotheker würde natürlich stark interessieren, welche Überlegungen, insbesondere Absichten, auf Seiten der Krankenkassen dahinterstehen, zumal Sie sicher wissen, dass die pharmazeutischen Firmen auf innovative Arzneimittel in der Regel keinerlei Nachlässe gewähren.

Für NUBs gibt es keine fixierte Kostenerstattung, sondern mit jedem einzelnen Krankenhaus in Deutschland wird für jedes NUB ein Preis vereinbart. Das heißt, das Krankenhaus ist mit dem Preis einverstanden und hält ihn für gangbar. Natürlich sind wir stark daran interessiert, dass unsere Versicherten mit innovativen Methoden behandelt werden, wenn sie diese benötigen: Stellvertretend für unsere Versicherten erheben wir auch die entsprechenden Ansprüche darauf! Und auch bei diesem Thema kann ich Sie nur dazu auffordern, sich für die Methodenbewertungen starkzumachen – damit dieser in den Diskussionen mitgeführte „Knackpunkt“ – eben die positive Nutzeinschätzung – endlich vom Eis kommt.

Um eine optimale Patientenversorgung auch über die sogenannten Sektorengrenzen hinaus zu gewährleisten, sollten Krankenhausambulanzen, Krankenhausapothek und auch die Krankenkasse des Patienten vertrauensvoll zusammenarbeiten. Welche Gedanken macht sich Ihre Kasse, um diese Zusammenarbeit zu fördern, da es ja schlecht sein kann, dass es Krankenkassen gibt, die uns Klinikapotheker unter dem Strich zwingen, Arzneimittel für ambulante Patienten unter den eigenen Einstandspreisen zur Verfügung zu stellen?

Sie haben vollkommen recht, die ambulante Versorgung sowohl am als auch durch das Krankenhaus wird in Zukunft deutlich an Bedeutung gewinnen. Die Frage der Arzneimittelversorgung für diese Patienten ist aber kein rechtsfreier Raum, in dem jeder der Beteiligten so agieren kann, wie er es gerne möchte. Insbesondere in den Verträgen nach § 129a SGB V werden die Details vereinbart. Diese Verträge werden nicht einseitig von der Kassenseite

diktiert. Hier gibt es immer einen Verhandlungsprozess, der in der Regel im Konsens zu einem Vertragsabschluss führt. Insoweit kann ich die Kritik nicht nachvollziehen. Sollten sich einzelne Vertragspartner nicht an diese Regularien halten, dann gibt es rechtlich ausreichend Möglichkeiten, hier eine Klarstellung zu erwirken.

Herr Beyrle, wir danken Ihnen für Ihre Ausführungen!

BÜCHERFORUM

Klinische Pharmazie

Grundlagen und Anwendung. Von Ulrich Jaehde, Roland Radziwill und Charlotte Kloft (Hrsg.). 3., völlig neu bearbeitete und gestraffte Auflage. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, Stuttgart 2010. XXIV, 575 Seiten, 155 farbige Abbildungen, 171 farbige Tabellen. Gebunden. 59,00 Euro.

Die klinische Pharmazie wird immer wichtiger. Zum einen gibt es für die Studierenden seit dem Jahr 2000 mit der Klinischen Pharmazie ein weiteres Prüfungsfach im zweiten Staatsexamen, zum anderen ist die Weiterbildung zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie in hervorragender Weise dazu geeignet, die notwendige Erweiterung und Vertiefung des universitären Basiswissens in Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Pflegepersonal vor Ort im Krankenhaus zu ermöglichen. Doch auch für den routinierten Krankenhausapotheker bietet die Entwicklung der klinischen Pharmazie immer wieder neue Möglichkeiten. Ein umfassendes und fundiertes Lehrbuch ist für die verschiedenen Lesergruppen sehr wertvoll und hilfreich. Die aktuelle dritte Auflage des vorliegenden Werks erschien in etwas veränderter Autorenzusammensetzung als die 2003 erschienene zweite Auflage. Im Verlauf der sieben dazwischen liegenden Jahre konnten wichtige Lehrerfahrungen gesammelt werden, die in das aktuelle Werk mit einfließen konnten. Dadurch entstand eine neue Strukturierung und Gliederung im Vergleich zur letzten Auflage. Das Buch ist in fünf große Themenbereiche untergliedert: Einführung, Grund-

lagen, Therapiebewertung, Therapieindividualisierung und pharmazeutische Betreuung. Der noch nicht so versierte Leser wird im ersten Teil anhand von Definitionen und Beschreibungen über die Entwicklungen, Ziele und Perspektiven der klinischen Pharmazie behutsam in die Materie eingeführt. Dem Studierenden oder Berufseinsteiger wird mit den Grundlagen das „Handwerkszeug“ des klinischen Pharmazeuten in Form von bioanalytischen Methoden, klinischen Labordaten, therapeutischer Äquivalenz, klinischer Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Pharmakogenetik und Arzneimittelinformation an die Hand gegeben.

Der Text ist optisch ansprechend gestaltet. Die Kapitel sind in kurze Unterkapitel eingeteilt, Definitionen sind jeweils in einem Kasten zu finden und es gibt zahlreiche übersichtliche Tabellen. Dadurch lassen sich Informationen schnell beim Durchblättern auffinden, aber auch ein kontinuierliches Lesen ist möglich. Der Bereich der Therapiebewertung umfasst Kapitel zur klinischen Entwicklung, zu klinischen Studien, Arzneimittelsicherheit, Pharmakoepidemiologie, evidenzbasierter Medizin, Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Pharmakoökonomie.

Der Teil der pharmazeutischen Betreuung befasst sich mit speziellen Patientengruppen (Schmerzpatienten, Patienten mit Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und allgemein mit der pharmazeutischen Betreuung im stationären Bereich. Der Leser erfährt, welche vielfältigen Möglichkeiten der phar-



mazeutischen Betreuung sich für den Apotheker im Krankenhaus ergeben. Zu Beginn des Kapitels bekommt der Leser nützliche Tipps und Techniken für eine professionelle Gesprächsführung für das Beratungsgespräch mit den Patienten. Fallbeispiele lockern die Darstellungen auf und geben einen guten Einblick in bereits etablierte Stationsarbeit. Das letzte Unterkapitel widmet sich der Kommunikation zwischen Krankenhausapotheken und öffentlichen Apotheken und spannt somit den Bogen zur „Rundum“-Betreuung der Patienten. Das Buch schließt mit einem Anhang ab, der aus vier Tabellen besteht: Referenzbereiche klinischer Labordaten (Erwachsene), therapeutische Konzentrationsbereiche, wichtige Gleichungen zur Dosisindividualisierung und eine Liste der gebräuchlichsten Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit. Dadurch wird das Buch nicht nur zu einem Lehrbuch, sondern auch zu einem wichtigen Begleiter für den Berufsalltag des Krankenhausapothekers.

Dr. Sonja Zeggel, Wolfenbüttel