

Mehr Prävention, weniger Bürokratie: Wo Apotheken Praxen entlasten können

Warum klare Zuständigkeiten mit den Reformen noch wichtiger werden

WIESBADEN. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Apothekenversorgung soll die Vor-Ort-Apotheken stärken. Einige Änderungen werden die Zusammenarbeit von Apotheken und Praxen beeinflussen. Einschätzungen dazu geben die beiden neuen Sprecher der Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG), der Berliner Diabetologe Dr. Ralf-Uwe Häußler und Professor Dr. Stephan Scherneck vom Institut für Pharmakologie, Toxikologie und Klinische Pharmazie der TU Braunschweig.

? Die Apothekenreform sieht weitere pharmazeutische Dienstleistungen (pDL) vor. Beispielsweise sollen Apotheken in die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und tabakassozierten Erkrankungen einbezogen werden. Wie könnte das vorstattgehen?

Dr. Häußler: Risikofaktoren wie erhöhtes LDL-Cholesterin, Bluthochdruck, (Prä-)Diabetes und Rauchen erhöhen das relative Risiko für makroangiopathische Folgekomplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder periphere arterielle Verschlusskrankheit um das 1,5- bis 4-Fache, abhängig vom jeweiligen Faktor, seiner Ausprägung und dem Geschlecht. Sind mehrere Faktoren gleichzeitig vorhanden, addiert bzw. potenziert sich das Risiko. Deshalb ist es wichtig, diese Faktoren zu erkennen und die Patient*innen einer Behandlung zuzuführen. Hier können pDL gezielt ansetzen und Behandlungspfade initiieren.

? Inwieweit sind Apothekenangebote zur Früherkennung und Prävention, zu denen ebenso Impfungen und Testungen gehören, hilfreich?

Prof. Scherneck: Impfungen gehören primär zu den ärztlichen Aufgaben. Unabhängig davon geht es aber darum, Patient*innen zu erreichen, die keine oder wenig Berührungspunkte zu Präventionsangeboten haben. Apotheken sind ein niedrigschwelliger Anlaufpunkt für Gesundheitsfragen aller Art. Zielgruppe wären in der Regel Patient*innen ohne akute Erkrankung sowie mit fehlender Motivation, präventiv eine Ärztin oder einen Arzt zu konsultieren. Insbesondere

»Apotheken sind niedrigschwellige Anlaufpunkte«

Prof. Stephan Scherneck

die Risikofaktoren Übergewicht, Bluthochdruck und Dyslipidämie sind von Interesse. Patient*innen mit einer Hyperglykämie werden im Übrigen schon jetzt regelmäßig in Apotheken identifiziert und zu Praxen geschickt. Eine bereits in der Apotheke erfolgte Testung auf LDL und Blutglukose kann in Zukunft die Ärzt*innen sogar unterstützen, wenn diese Messergebnisse in der ePA dokumentiert werden und die Patientin oder der Patient beispielsweise mit einem akuten Infekt später in die Praxis geht.

Zum Thema Impfungen: In der Saison 2024/25 wurden nur 34,5% der Menschen über 60 Jahre gegen Influenza geimpft. Die Impfquote in Deutschland ist damit nachweislich schlecht. Das sieht bei vielen anderen Impfungen nicht besser aus. Jedes sinnvolle Angebot zur Erhöhung der Impfquote sollte deshalb nicht pauschal abgelehnt werden. Wir wissen heute, dass manche Impfungen in sehr großem Ausmaß zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beitragen.

? Die bisherigen pDL und das Impfen in Apotheken sind noch kein Hit. Woran liegt das?

Dr. Häußler: Die Einbindung von pDL in die normalen Arbeitsabläufe einer Apotheke gestaltet sich oft schwierig. Das betrifft sowohl die räumlichen Voraussetzungen zur Beratung und Impfung – möglichst mit Liegeoption bei Kreislaufreaktionen – samt Sitzgelegenheiten zur Post-Impfüberwachung als auch die personellen Kapazitäten mit entsprechender Qualifikation. Aber auch die Prozessqualität ist herausfordernd, da On-Demand-Leistungen von Kund*innen sofort eingefordert werden. Und letztlich spielt die Wirtschaftlichkeit eine Rolle. Diese ist nur gegeben, wenn alle Prozesse gut strukturiert sind und ein angemessenes Honorar bezahlt wird. Die pDL werden inzwischen regelmäßig von mehr als der Hälfte der Apotheken angeboten.

? Welche Neuerung der Apothekenreform erleichtert die Arbeit?

Prof. Scherneck: Für Apotheken wird das Risiko von wirtschaftlichen Nachteilen, beispielsweise durch Retaxationen, gesenkt. Wenn weniger Rücksprache mit den Arztpraxen erforderlich ist, da kein „fachlicher“, sondern nur ein „GKV-Konflikt“ vorliegt, profitieren von diesem Bürokratieabbau auch die Hausärzt*innen.

? Das Gesetz ermöglicht nun den Apotheken in bestimmten Fällen die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel ohne Rezept. Wie beurteilen Sie das?

Dr. Häußler: Bürokratieabbau ist sinnvoll. Wenn dadurch noch die Versorgungskontinuität verbessert wird, ist das zu begrüßen. Das Verfahren für die dringende Anschlussverordnung ist auf wirklich dringende Fälle begrenzt. Von Bedeutung ist, dass die Entscheidungen der Apotheker*innen auf dem aktuellen Stand der ärztlich verordneten Therapie basieren. Dies kann aus Sicht der Diabetolog*innen nur über den Zugriff auf die ePA und die dort hinterlegte elektronische Medikationsliste realisiert werden. Bei der Abgabe von Medikamenten

INTERVIEW



Dr. Ralf-Uwe Häußler
Diabetologe
Foto: BVND

INTERVIEW



Professor Dr. Stephan Scherneck
Pharmazeut
Foto: TU Braunschweig, IPT

durch Apotheker*innen sehen die Diabetolog*innen unverändert die OTC- und nicht die Rx-Präparate in der First-Line-Versorgung von akuten unkomplizierten Erkrankungen. Schon die Übelkeit und der Abdominalschmerz bei beginnender Ketose können zu einer Fehldiagnose und konsekutiv zu lebensbedrohlich falscher Therapie führen. Dieses sowie vorhandene Risiko sollte nicht noch durch fehlende ärztlich-diagnostische Maßnahmen vergrößert werden. Bei fehlenden Angaben in der ePA ist eine ärztliche Diagnosestellung obligat. Dann kann ein Rx-Präparat aus Sicht der Diabetolog*innen nur nach Verordnung abgegeben werden.

? Die ABDA hat ein Positionspapier zur Primärversorgung erstellt. Demnach könnte „die Apotheke bei unkomplizierten Beschwerden stärker als erste Anlaufstelle etabliert werden“. Auch Monitoringaufgaben bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes seien machbar. Ist das ein Thema für die Kommission?

Prof. Scherneck: Dieses Papier versteht sich als Aufforderung zu einem verstärkten Dialog. Der Begriff „erste Anlaufstelle“ ist aber missverständlich. Wie Kollege Häußler dargelegt hat, muss die klare Priorität bei den Ärzt*innen liegen, insbesondere bei unklaren Beschwerden. Sonst droht Zeitverlust in der Einleitung der Therapie, mitunter mit fatalen Konsequenzen. Apotheken können jedoch in der Patientenversorgung ergänzende Beiträge liefern. Wenn aus der ePA hervorgeht, dass etwa eine Patientin seit fünf Jahren stabil auf eine Dauermedikation eingestellt ist, ihre Ärztin im Urlaub ist und die Patientin sich nicht bevorratet hatte, ist dies eine sinnvolle

Situation, ein Rx-Präparat ohne ärztliche Verordnung abzugeben. Dies gilt auch bei langen Anfahrtswegen in der Fläche. Im Arbeitsalltag greifen die Apotheker*innen zum Telefonhörer und stimmen sich mit den Ärzt*innen ab. Damit sind alle im Boot.

Unterstützendes Monitoring ist hilfreich. Bei chronischer Herzinsuffizienz werden Patient*innen ärztlich geschult, in Abhängigkeit von einer durch Ödeme bedingten Zunahme des Körpergewichts ihre Diuretikadosierung anzupassen. Dabei werden idealerweise auch Faktoren wie Blutdruck, Umgebungstemperatur und Trinkmenge berücksichtigt. Dies ist für manche Patient*innen zu komplex. Aus meiner Sicht ist es sinnvoll, dass die Apotheker*innen hier unterstützen können. Dies gilt genauso für eine Verlaufskontrolle von Blutglukose- und Blutfettwerten sowie einen Blick auf die Füße bei Diabetespatient*innen.

Die Konsensusvereinbarung unserer Kommission grenzt die ärztlichen Aufgaben und die der Apotheke sinnvoll ab. Dies ist ein gutes Beispiel für eine hervorragende Zusammenarbeit der Berufsgruppen und weiterhin ein sehr wichtiges Thema für die Kommission.

? Wird die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken durch die Reform ausreichend gesichert?

Prof. Scherneck: Zweigapotheken und PTA-Vertretung sind keine geeigneten Instrumente, die Zukunft der Vor-Ort-Apotheken zu sichern. Für die etablierten, aber auch für die neuen Aufgaben der Apotheken ist die Anwesenheit einer Apothekerin oder eines Apothekers unerlässlich. Viele Politiker*innen haben nicht auf dem Schirm, dass es so viele PTA gar nicht gibt, die für diese Aufgabe geeignet sind und die diese Verantwortung übernehmen wollen. Aus meiner Sicht führt kein Weg daran vorbei, die Zahl der Studienplätze sowohl in Humanmedizin als auch in Pharmazie nachhaltig bei zeitgemäßen Approbationsordnungen zu erhöhen.

Interview: Michael Reischmann

»Abbau von Bürokratie ist sinnvoll«

Dr. Ralf-Uwe Häußler

Die Kommission Apotheker in der Diabetologie (BAK/DDG)

Die gemeinsame Kommission der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Bundesapothekerkammer (BAK) fördert die engere Einbindung von Apotheken in die Betreuung und Versorgung von Menschen mit Diabetes. Sie setzt sich für die abgestimmte Zusammenarbeit von Apotheken mit den behandelnden Ärzt*innen ein, um Prävention, Therapieadhärenz und Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern.

