

**Anne Strobel, AOK-Bundesverband**

**Dr. Gerhard Brenner, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung**

### **Zentrale Botschaften der Präsentationen**

#### **Herr Dr. Brenner**

Ziel der Arzneimitteltherapie ist eine leitlinienorientierte, risikoarme und koste-noptimale Versorgung der Patienten. Dazu benötigen wir inhaltliche, techni-sche, dokumentatorische Komponenten. Wirtschaftliche und pharmakologische Arzneimitteldatenbanken sind erforderlich. Die elektronische Übermittlung in der Kombination von Netzwerk- und Kartentechnologie ist notwendig. Patientenbe-zogene Arzneimittelprofile haben für den Monitoring der Patienten einen zen-tralen Stellenwert. Sein gesetzlicher Niederschlag hat die langjährige Diskussi-on über das eRezept im GMG in § 291a SGB V gefunden. Ziel ist danach in 2006 die neue elektronische Gesundheitskarte mit integriertem eRezept einzu-führen.

#### **Herr Flügel**

Pro Verordnungsvorgang werden 8 Schritte notwendig. Dies ergibt ca. 30 Milli-arden logische Schritte.

Bedarfsgerechte Beschaffungsprozesse führen zur Kostenminimierung.

Kontraindikationsprüfungen führen zu Verbesserung der Qualität

Verbindung von Primär- und Sekundärdaten der Arzneimittelversorgung füh-ren zur Transparenz.

#### **Frau Prof. Schäfer**

Optimierung der individuellen Therapie zum Nutzen aller Beteiligten

Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern ist erforderlich

Generierung patientenbezogener Arzneimittelprofile ist die Voraussetzung epi-demiologischer Forschung

Monitoring einer leitliniengestützten Therapie

Prüfung von Kontraindikationen, Fehlverordnung, Doppelverordnungen, Inter-aktion, Unverträglichkeiten und Dosierung

#### **Herr Selke**

Information fordert zielgerichtete Strukturierung

Vergleichbarkeit der Strukturdaten ist wichtig

Gesamtheit des Arzneimittelkonsums eines Patienten sollte bekannt sein.

Compliance ist durch das eRezept weder kontrollierbar noch steuerbar.

Das eRezept ist nur ein Mosaikstein im Gesamtkomplex aller qualitativen Maß-nahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie.

Prozessqualität wird durch Rezept tendenziell verbessert.

Mangelhaft verbindliche Zielorientierung im Gesundheitswesen ist nicht allein durch das eRezept zu ersetzen.

**Bericht**

**Herr Sendatzki**

Die Thematisierung des Medikamentenmanagements ist im deutschen Gesundheitswesen erforderlich. Über den primären Zirkel aus Patienten, Heilberufen und Kostenträgern hinaus sind die kollektiven Vertragspartner auf der Verbändeebene sowie die Verantwortlichen der Gesundheitspolitik mit Entscheidungsgrundlagen – möglichst elektronisch generiert – zu versorgen.

Der Kerngedanke der Neukonzeption ist, die laufenden Geschäftsprozesse von der Entstehung der ärztlichen Verordnung über die Medikamentenabgabe und Abrechnung zu vernetzen.

Die Realisierung des sogenannten Kölner Modells, einer Verbindung von Netz- und Kartentechnologie wird durch die Krankenkassen angestrebt.

**Herr Dr. Brill**

Das eRezept ersetzt nur ein – aber häufig verwandtes – Formular aus der Vielzahl der Formulare in der GKV.

Das eRezept hat eine Schrittmacherfunktion für den Aufbau der Telematikplattform. Die notwendigen Voraussetzungen für die telematische Vernetzung sind weitgehend geschaffen. Meilensteine zu diesem Ziel waren:

Strukturierte Arzneimitteldatenbanken, Marktdurchdringung mit DV-Systemen, Konzeption zum eRezept, der Arzneimitteldokumentation und zum Zuzahlungsmanagement, Schaffung von Spezifikationen und Schnittstellen zwischen den Systemen.

Einsparpotentiale sind durch Kosten / Nutzenanalysen nachgewiesen.

Das Zuzahlungsmanagement und die Arzneimitteldokumentation sind entscheidend für den wirtschaftlichen Erfolg. Der eigentliche Mehrwert des eRezepts wird nicht primär in der digitalen Datenübertragung, sondern in der Arzneimitteldokumentation gesehen.

**Herr Dr. Bausch**

Die Vielfältigkeit des gegenwärtigen, häufig unkoordinierten Arzneimittelkonsums kann oftmals nur durch den Hausarzt bei Hausbesuchen festgestellt werden.

Arzneimittelprofile werden dort zum Teil erstmals für den Arzt sichtbar.

Polipharmakotherapie ist bei vielen häufig vorkommenden Erkrankungen inzwischen die Regel. Der Morbiditäts- und Altersaufbau der Bevölkerung und der herausragende Trend zur Multimedikation stellen für das Medikamentenmanagement eine schwer zu bewältigende Herausforderung dar. Ohne elektronische Unterstützung, z.B. durch patientenbezogene Arzneimittelprofile im Langzeitvergleich, ist der Arzt dabei häufig überfordert.