
Abstract

WS 2: Medikamentenmanagement / Elektronisches Rezept

***Dr. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung
Hessen***

Vorbemerkung:

Als langjähriger KV-Vorsitzender und Amtsnachfolger von Dr. Otfrid P. Schaefer in Hessen habe ich bezogen auf das Thema des heutigen Tages zweierlei gelernt:

1. Medikamentenmanagement gewinnt Jahr für Jahr durch die komplizierter und nebenwirkungsreicher werdende Pharmakotherapie bei häufigen chronischen Krankheiten eine schergewichtige Bedeutung.
2. Die schon vor 10 Jahren von Otfrid P. Schaefer und anderen eingeforderten Möglichkeiten der Einführung eines elektronischen Rezepts, einer digitalen Signatur und einer modernen Gesundheitskarte tun sich hart in der konkreten Verwirklichung.

Mein Arbeitsschwerpunkt ist nicht diesem Spezialgebiet der elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen gewidmet, sondern es ist die rationelle und rationale Pharmakotherapie. Aus dieser Perspektive erfolgt folgender in 10 Thesen zusammengefasster Beitrag:

1. Medikamentenmanagement ist in den letzten 10 Jahren ein so komplizierter Vorgang geworden, dass man ihn nicht länger dem Zufall überlassen kann. (Beispiele: Transplantationsnachsorge, Diabetes und Niereninsuffizienz, Rheumatherapie mit TNF-alpha-Inhibitoren, onkologische Problemfelder etc.).
2. Patienten wissen nur in Ausnahmefällen über ihre eigene Medikation genau Bescheid. Insbesondere dann, wenn diese mehr als zwei bis drei Wirkstoffe umfassen. Akademiker unterscheiden sich in Compliancefragen nicht von Handwerkern. Sprachbarrieren bei Migranten verschärfen das Problem.
3. Ärzte wissen keineswegs genau, wie viel täglich von ihren Patienten eingenommen wird. Und sie wissen auch nicht, was ihre Patienten über ihre Medikamente wissen bzw. von dem behalten haben, was man ihnen bei Ausstellung des Rezepts gesagt hat.
4. Polipharmakotherapie ist bei vielen häufig vorkommenden Erkrankungen inzwischen die Regel. Der Morbiditäts- und Altersaufbau unserer Bevölkerung und der herausragende Trend zur Multimedikation stellen an das moderne Medikamentenmanagement eine schwer zu bewältigende Herausforderung dar. Der einzelne Arzt ist hier ohne eine mögliche Unterstützung seiner Arbeit überfordert.
5. Moderne Pharmakotherapie ist immer auch eine Behandlung mit wirkungsvollen Medikamenten, und damit mit Nebenwirkungen und Interaktionen. Kein Arzt kann das Gefahrenpotential zum Zeitpunkt der Rezeptausstellung bei Multimedikation präsent haben. Die Bewertung des therapeutischen Nutzens eines Arzneimittels kann man darüber hinaus nicht mehr allein der Industrie und ihren Apologeten überlassen. Der Morbiditäts- und Altersaufbau unserer Bevölkerung und der herausragende Trend zur Multimedikation

Abstract

stellen an das moderne Medikamentenmanagement eine schwer zu bewältigende Herausforderung dar.

6. Moderner Chipkartentourismus und mangelhafte Information der Ärzte in den drei verschiedenen Versorgungsebenen (Hausarzt – Facharzt – Klinik) bewirken im Verbund mit einem vollkommen unübersichtlichen Arzneimittelangebot ein zusätzliches Gefahrenpotential der Übermedikalisierung mit gleichartigen Wirkstoffen, aber differenten Handelsnamen und unterschiedlichen Darreichungsformen. Hinzu kommt eine Selbstmedikation des Patienten im individuell nicht überblickbaren Ausmaß.
7. Medikamentenmanagement setzt die Kenntnis des Konsums des Patienten und die konsequente Lotsenfunktion eines für die Therapie verantwortlichen Arztes voraus. Es ist gerade das Banale an dieser Feststellung, welches die eigentlichen dahinter liegenden Probleme verdeckt.
8. Das Wissen um eine leitliniengerechte rationelle und rationale Pharmakotherapie ist in Klinik und Praxis unterschiedlich wirkungstief und konsequent verbreitet. Der therapeutische Nutzen eines Wirkstoffs und seine Preiswürdigkeit im Verhältnis zum Nutzen werden kontrovers diskutiert und in Verordnungen umgesetzt. Dies führt beim Patienten zu einer babylonischen Sprachverwirrung wegen der sich ständig ändernden Präparatsnamen, wenn der Patient die Versorgungsebenen, aus welchen Gründen auch immer, wechseln muss. Eine uneinheitliche therapeutische Vorgehensweise zwischen den Versorgungsebenen ist die Regel. Jeder Arzt in der jeweiligen Versorgungsebene mischt in der Therapie des Vorgängerarztes mit. Das kann, muss aber nicht zwingend besser sein. Die Compliance bleibt auf der Strecke. Arzneimittelmüll ist die Folge.
9. Modernes Medikamentenmanagement mit Hilfe des elektronischen Rezepts kann im Falle des Funktionierens ein neuer und erfolgversprechender Weg sein. Es gibt dazu auch keine Alternative. Wer da glaubt, dass nach Überwindung der meines Erachtens noch erheblichen technischen und ideologischen Probleme alles schlagartig besser wird, verkennet das enorme Beharrungsvermögen von Patienten, Ärzten und Apothekern. Das elektronische Rezept schafft mit seinen umfassenden Kontroll- und Informationsmöglichkeiten eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung der Akteure, nämlich die Betroffenheit und die richtige Information. Der Schritt von der Information über die Kommunikation zur Alteration des Verhaltens bedarf jedoch weiterer starker erwachsenenedukatorischer Impulse. Dies zeigen alle Untersuchungen über die Nachhaltigkeit von Pharmakotherapieberatung von Ärzten mit und ohne Qualitätszirkelarbeit.
10. *„Der Worte sind genug gewechselt, lasst mich auch endlich Taten sehen“* (Faust, Goethe „Vorspiel auf dem Theater). Das Zitat spricht für sich. Das Vorspiel um das elektronische Rezept hat nun lange genug gedauert, um die Prinzipien und Techniken herauf und herunter zu deklinieren. An Theatervorstellungen der jeweiligen Interessenten hat es nach meiner Beobachtung als Außenstehender weiß Gott nicht gemangelt.

Der Theaterdirektor in Goethes Faust trifft den Nagel auf den Kopf:
„Euch ist bekannt, was wir bedürfen: Wir wollen stark Getränke schlürfen; nun braut mir unverzüglich dran! Was heute nicht geschieht, ist morgen nicht getan, und keinen Tag soll man verpassen.“