

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**18(14)0139(5)**  
gel. VB zur öAnhörung am 04.11.  
15\_eHealth  
29.10.2015

## **Gemeinsame Stellungnahme**

von

**ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände**

und

**Bundesapothekerkammer**

vom

27. Oktober 2015

zum

**Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes für sichere digitale  
Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen**

**Bundestags-Drucksache 18/5293**

## I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Die ABDA und die BAK begrüßen gemeinsam mit dem Deutschen Apothekerverband und der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker grundsätzlich das Ziel des Gesetzesvorhabens, eine Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung herbeizuführen. Wir begrüßen insbesondere auch, dass der Ausbau digitaler Kommunikation und Anwendungen zum Nutzen der Patienten weiter vorangetrieben werden. Dabei hat für uns die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) unter gleichzeitiger Bewahrung des Datenschutzes klare Priorität.

Das Gesetzesvorhaben berührt zwei Themenbereiche, die für die Versorgung der Versicherten und die Apothekerschaft gleichermaßen hohe Bedeutung haben: Maßnahmen zur Beförderung der Arzneimitteltherapiesicherheit einerseits und die Schaffung einer zukunftsfähigen Telematikinfrastruktur andererseits.

Die Apothekerschaft sieht die Telematik als bedeutendes Instrument an, um die Grundlagen für eine (noch) bessere und effiziente Patientenversorgung zu schaffen. Sie engagiert sich in diesem Themenbereich vielfältig, darunter auch als Gesellschafter der gematik. Wir begrüßen die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Einbindung der Apothekerschaft, sind aber davon überzeugt, dass eine noch stärkere Einbeziehung gerade im Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit erforderlich ist, um für die Patienten die volle Nutzung der Chancen der Telematik zu ermöglichen.

Dieser Überzeugung folgend ist die Apothekerschaft im Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit bereits seit längerem an verschiedenen Projekten maßgeblich beteiligt. Beispielhaft zu nennen sind das Modellvorhaben nach § 63 SGB V ARMIN, die Beteiligung an einem vom Bundesministerium für Gesundheit ausgeschriebenen Projekt „Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität“ (PRIMA) sowie den Aktionsplänen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland des Bundesministeriums für Gesundheit. Umso wichtiger ist es, die Expertise der Apothekerschaft auch in den zugehörigen Konkretisierungen des vorliegenden Gesetzentwurfes noch stärker zu nutzen.

## II. ZU DEN REGELUNGEN IM EINZELNEN:

### Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 31 a SGB V – Medikationsplan)

Wir begrüßen, dass mit dem Anspruch des Versicherten auf die Erstellung eines Medikationsplans ein weiterer Beitrag zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit geleistet werden soll. Die elektronisch unterstützte Erstellung eines Medikationsplans wird aktuell in ARMIN, der Erprobung des ABDA-KBV-Modells in einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V, umgesetzt. Außerdem fördert das Bundesministerium für Gesundheit aktuell drei Projekte im Rahmen der Ausschreibung „*Erprobung eines Medikationsplans in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität*“. Die in diesen Projekten gewonnenen Erfahrungen zur Erstellung und Umsetzung eines Medikationsplans sollten berücksichtigt werden. Dazu machen wir die nachstehenden Vorschläge.

1. Wir schlagen vor, § 31a Absatz 1 Satz 1 SGB V wie folgt zu ändern:

„Versicherte, die gleichzeitig mindestens **fünf** verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt **oder die vom Versicherten gewählte Apotheke**.“

Begründung:

- a) Anspruch des Versicherten auf einen Medikationsplan ab **fünf** – statt drei – verordneten Arzneimitteln

Die Effektivität (Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen) und Sicherheit einer Arzneimitteltherapie vor allem bei multimorbiden Patienten wird häufig dadurch beeinträchtigt, dass die Gesamtmedikation gar nicht oder nur unzureichend bzw. unvollständig bekannt ist. Einerseits ist es damit Ärzten, Apothekern und Pflegekräften nicht möglich, Doppelmedikationen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Kontraindikationen, notwendige Dosisanpassungen usw. bei der Arzneimitteltherapie umfassend zu berücksichtigen. Andererseits wird vor allem die Therapietreue (Adhärenz) des Patienten beeinträchtigt, wenn dieser nicht zuverlässig darüber informiert ist, welche Arzneimittel er wie und wann einnehmen soll<sup>1</sup>. Deshalb ist die Implementierung eines (bundesweit einheitlichen) Medikationsplans ein

wesentlicher Aspekt im Maßnahmenkatalog der „Aktionspläne zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland“ des Bundesministeriums für Gesundheit<sup>2</sup>.

Welcher Patiententyp oder welche Patientengruppe am meisten bzw. überhaupt von einem Medikationsplan profitiert, wurde bisher nicht wissenschaftlich abschließend beantwortet. Aber es ist plausibel, dass es vor allem die Patientinnen und Patienten sind, die ein besonderes Risiko haben, vermeidbare unerwünschte Arzneimittelereignisse zu erleben. Dies sind vor allem Menschen mit einer Polymedikation.

Polymedikation bezeichnet die gleichzeitige Anwendung mehrerer Arzneimittel bzw. Arzneistoffe. National wie auch international hat sich als Definition eine zeitgleiche Anwendung von fünf oder mehr Arzneimitteln (und meist beschränkt auf systemisch wirkende Arzneimittel/-stoffe in der Daueranwendung) durchgesetzt.

In Deutschland wird dies in zahlreichen renommierten Analysen seit vielen Jahren als Standard verwendet: z. B. Arzneiverordnungs-Report 2015<sup>3</sup>, BARMER GEK Arzneimittelreport<sup>4</sup> oder Versorgungs-Report der AOK<sup>5</sup>. Nicht anders ist die Situation international. Vor allem in Ländern, die bereits länger als Deutschland auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapiesicherheit forschen, wie z. B. USA<sup>6-8</sup> oder Australien<sup>9</sup>, aber auch in anderen europäischen Ländern<sup>10-12</sup> ist die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln eine etablierte Definition für Polymedikation.

Hintergrund dieses Vorgehens ist, dass ab etwa fünf Arzneimitteln das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), mangelnde Adhärenz, Interaktionen und auch für weitere arzneimittelbezogenen Probleme überproportional ansteigt. Damit nimmt auch das Risiko für Komplikationen und Krankenhausaufnahmen deutlich zu<sup>8,10-15</sup>. Oder wie es die „Hausärztliche Leitlinie Multimedikation“<sup>16</sup> ausdrückt ist „bei der Einnahme von mehr als fünf Wirkstoffen nicht mehr vorhersehbar, was im Organismus an Wirkungen, Interaktionen und UAWs passiert“. Weshalb auch dort gefordert wird, „Patienten mit Multimedikation erfordern hier besondere Aufmerksamkeit. Arzneimittelbezogene Probleme sind insbesondere zu erwarten: bei regelmäßiger Einnahme von 5 und mehr Medikamenten ...“<sup>16</sup>.

Vor diesem Hintergrund erscheint auch ein Anspruch eines Versicherten auf einen Medikationsplan ab dieser risikoreichen Schwelle von fünf oder mehr Arzneimitteln/Arzneistoffen in der Dauermedikation sinnvoll und wird daher von uns gefordert.

Desweiteren regen wir an, im Gesetz klarzustellen, ob tatsächlich fünf Arzneimittel (Handelsnamen) oder fünf verschiedene Arzneistoffe gemeint sind und eine Akutmedikation, z. B. bei Infekten, davon auszunehmen. Sollten Arzneistoffe gemeint sein, sollten fixe Kombinationspräparate, wie z. B. Dermatika oder Mittel zur Behandlung grippaler Infekte mit mehreren Wirkstoffen, auch als Anspruchsvoraussetzung ausgenommen werden.

b) Anspruch des Versicherten auf einen Medikationsplan gegenüber Arzt  
**und** Apotheke

Eine gemeinsam von Arzt und Apotheke, nach definierten Regeln durchzuführende Erstellung eines Medikationsplans ist zwingend, da nur so ein möglichst vollständiger und abgestimmter Medikationsplan erstellt werden kann. Die Datenbasis, auf der ein Medikationsplan erstellt und die Arzneimitteltherapiesicherheit bewertet wird, ist entscheidend für die Qualität und den Nutzen eines entsprechenden Plans. Dies ist in der Versorgungsrealität kein leicht zu erreichendes Ziel. Zahlreiche Studien haben belegt, dass zwischen den Informationen zu den angewendeten Arzneimitteltherapien aus Arztpraxen, Apotheken und durch Patienten selbst erhebliche Differenzen bestehen<sup>17-24</sup>. Keine der Datenquellen ist ausreichend zuverlässig, um alleine zur Erstellung eines Medikationsplans verwendet werden zu können. Deshalb müssen diese Informationen (des hauptsächlich betreuenden Arztes, der hauptsächlich betreuenden Apotheke und der Eigenauskunft des Patienten) zusammen geführt werden. Unkoordinierte und ungeprüfte Medikationslisten bieten das Risiko, die Arzneimitteltherapiesicherheit noch zu verschlechtern!

Hierzu einige Feststellungen:

Diskrepanzen zwischen den verschiedenen Informationsquellen sind eher die Regel. So bestehen bei etwa 75 % der Patienten Diskrepanzen zwischen den Arztdate und den mitgebrachten Arzneimitteln. Die häufigsten Diskrepanz (über 50 %) ist, dass Patienten weitere Arzneimittel einnehmen, die nicht bekannt/ in der Patientenakte nicht dokumentiert sind<sup>24</sup>. Hierdurch besteht ein erhebliches Sicherheitsrisiko für den Patienten. Nach einer Studie von Tulner et al. kommt es bei etwa 25 % aller geriatrischen Patienten durch Arzneimitteleinnahmen, die nicht der ärztlichen Dokumentation entsprechen, zu unerwünschten Ereignissen, wie beispielsweise Arzneimittelinteraktionen oder Therapieversagen<sup>25</sup>. Hauptgründe für das Fehlen von Arzneimitteln in ärztlichen Medikationslisten sind neben organisatorischen Aspekten und Dokumentationslücken vor allem fachärztlich verordnete Arzneimittel sowie Arzneimittel der Selbstmedikation<sup>21</sup>. Ein weiteres Argument für eine konsequente Berücksichtigung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln der Selbstmedikation ist deren wachsende Bedeutung<sup>26-28</sup>. So umfassen die Arzneimittelpackungen, die ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden, inzwischen knapp 40 % aller abgegebenen Arzneimittelpackungen in Apotheken. Und gerade chronisch kranke Menschen führen häufig Selbstmedikationen durch. So nahmen beispielsweise in einer Studie mit 161 Patienten mit Herzinsuffizienz 88 % ein Arzneimittel ohne ärztliche Verordnung<sup>29</sup>.

Von 500 ambulanten Patienten, bei denen im Rahmen des Apo-AMTS Programms der Apothekerkammer Westfalen-Lippe in der Apotheke eine

Medikationsanalyse durchgeführt wurde, hatten 399 (80 %) eine Art Medikationsplan. Meist handelte es sich um ausgedruckte Listen aus der ärztlichen Software<sup>17</sup>.

93,5 % dieser Medikationspläne wiesen Diskrepanzen zur tatsächlich vom Patienten angewendeten Medikation auf<sup>17</sup>!

Insgesamt wurden 2.021 Diskrepanzen durch diese Medikationsanalyse vom Apotheker erfasst und dokumentiert. Die weitaus meisten betrafen Medikationslisten von Hausärzten bzw. Fachärzten. Von den 2.021 Diskrepanzen betrafen 1.572 (78 %) verordnete Arzneimittel und 449 (22 %) Arzneimittel der Selbstmedikation (OTC)<sup>17</sup>.

Mit 47 % waren Namensabweichungen die häufigste Diskrepanz, gefolgt von zusätzlich vom Patienten angewendeten Arzneimitteln (30 %) wie Analgetika, nichtsteroidalen Antiphlogistika/Antirheumatika (NSAR), Antihypertensiva und Sedativa/Hypnotika<sup>17</sup>.

18 % der aufgeführten verordneten Arzneimittel wurden vom Patienten nicht mehr angewendet/eingenommen, v. a. Torasemid, Hydrochlorothiazid oder Simvastatin zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten<sup>17</sup>.

Bei 11 % bestanden Dosierungsabweichungen – hier wiederum am häufigsten bei Herz-Kreislauf-Medikamenten wie Hydrochlorothiazid, Torasemid, Furosemid oder Ramipril<sup>17</sup>.

Insgesamt fanden sich 433 Arzneimittel der Selbstmedikation, die nicht aufgeführt waren, darunter häufig Analgetika, Mineralstoffe und Laxantien<sup>17</sup>.

Jenseits der genannten fachlichen Gründe gebietet es auch der Respekt vor dem mündigen Patienten, ihm die Wahlmöglichkeit einzuräumen, den Heilberufler seines Vertrauens mit der Anlage des Medikationsplans zu betrauen.

2. Wir schlagen vor, in Absatz 1 einen Satz 2 einzufügen:

*„Versicherte haben Anspruch auf Erstellung und Aushändigung des Medikationsplans nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 6 [neu].“*

Begründung:

Ziel eines Medikationsplans ist es, dem Patienten ein Dokument zur Verfügung zu stellen, das ihm, nach einer Beratung zur Anwendung, eine korrekte Einnahme bzw. Anwendung seiner Arzneimittel einschließlich der Selbstmedikation ermöglicht<sup>30</sup>. Dafür ist es erforderlich, dass die Vertragspartner sich darüber vereinbaren, grundlegende Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung des Medikationsplans zu legen.

3. Wir schlagen vor, in Absatz 2 folgenden Satz 1 einzufügen:

*„Ein Medikationsplan ist ein Dokument für den Patienten, das ihm eine korrekte Einnahme bzw. Anwendung seiner Arzneimittel ermöglicht.“*

Begründung:

Ziel eines Medikationsplans ist es, dem Patienten ein Dokument zur Verfügung zu stellen, das ihm nach einer Beratung zur Anwendung eine korrekte Einnahme bzw. Anwendung seiner Arzneimittel ermöglicht und nicht nur Präparate auflistet. Dafür wird angegeben, welche Arzneimittel in welcher Menge und zu welchem Zeitpunkt angewendet werden. Zudem können beispielsweise Besonderheiten der Applikationsart und der Lagerung zur Erläuterung der Anwendung aufgeführt werden.

4. Wir schlagen vor, § 31a Absatz 2 wie folgt zu ändern:

a) In Absatz 2 sind die Worte *„(...) mit Anwendungshinweisen (...)“* zu streichen.

Begründung:

Wichtig ist, dass der Versicherte insbesondere Angaben zur Dosierung, Art und Häufigkeit aller seiner Arzneimittel, die er anwendet, in übersichtlicher, verständlicher und wiedererkennbarer Form erhält. Diese inhaltlichen Festlegungen sind Gegenstand der Vereinbarung nach Absatz 6 [neu].

b) Nach Satz 1 wird ein neuer Satz 2 eingefügt: *„Das Nähere regelt die Vereinbarung nach Absatz 6 [neu].“*

Begründung:

Es sollten nur die Arzneimittel in einen Medikationsplan aufgenommen werden, die systemisch wirken und dauerhaft angewandt werden. Dies bezieht sich sowohl auf Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit, der Therapietreue als auch auf Patientenwünsche. Darüber hinaus benötigt die Erstellung eines Medikationsplans Anforderungen an den Inhalt und die Qualität. Es ist Aufgabe der Vertragspartner nach Absatz 6 sich auf entsprechende Regelungen zu einigen.

Nur die – auch in der „Spezifikation für einen patientenbezogenen Medikationsplan“ vorgesehene – Aufbringung eines 2D-Barcodes (Data-Matrix-Codes) stellt sicher, dass die den Medikationsplan ergänzenden und aktualisierenden Heilberufler die in ihm erfassten Daten nicht händisch

übertragen müssen<sup>31</sup>. Dies dient sowohl der Richtigkeit der übertragenen Daten als auch der Effizienzsteigerung.

5. Wir schlagen vor, in § 31a nach Absatz 2 einen neuen Absatz 3 einzufügen:

*„Vor dem Aushändigen des Medikationsplans ist eine Medikationsanalyse vorzunehmen. Die Inhalte und die Fragen der Vergütung für die umfassende Erfassung und Dokumentation der Arzneimittel sowie die Erstellung der Analyse sind in einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. April 2016 zu vereinbaren. Absatz 6 [neu] Sätze 2 bis 7 gelten entsprechend.“*

Begründung:

Die Erstellung eines Medikationsplans zur Arzneimitteltherapiesicherheit bedarf zunächst der Erfassung und Bewertung aller Arzneimittel, die den Leistungserbringern bekannt sind bzw. vom Versicherten angegeben werden. Um dem Versicherten einen Medikationsplan erstellen zu können, bedarf es darüber hinaus einer vorausgehenden Medikationsanalyse. Dabei muss die Arzneimitteltherapiesicherheits-Prüfung, mit Bewertung und erforderlichen Interventionen hinsichtlich definierter Mindeststandards erfolgen. Sowohl pharmazeutische als auch medizinische Parameter sind zu prüfen. Diese Leistungen sind nicht in der Information und Beratung nach den Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung enthalten. Sie erfordern Zeit und sind gesondert zu vergüten. Die Vereinbarung der Einzelheiten der Leistung und der Vergütung sollen auf der Ebene der Selbstverwaltung erfolgen. Verhandlungspartner sind dementsprechend die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

6. Wir schlagen vor, nach Absatz 3 [neu] einen neuen Absatz 4 einzufügen:

*„Der vom Versicherten gewählte Arzt, die mitbehandelnden Ärzte und die vom Versicherten gewählte Apotheke sind verpflichtet, zur Vervollständigung der Dokumentation zur Erstellung und Fortschreibung des Medikationsplans zusammenzuarbeiten. Das Nähere regelt die Vereinbarung nach Absatz 6 [neu].“*



**Begründung:**

Um eine erforderliche Kooperation von Ärzten und Apotheken sinnvoll zu gestalten, müssen Vereinbarungen zur Kooperation getroffen werden, unabhängig davon, ob der Arzt oder der Apotheker den Prozess ausgelöst vom Versicherten beginnt. Es bedarf Regelungen der Arbeitsteilung zwischen der pharmazeutischen und der medizinischen AMTS-Prüfung sowie des Datenaustausches.

Das arbeitsteilige Zusammenwirken ist von der Selbstverwaltung in der Vereinbarung nach Absatz 6 [neu] zu regeln.

7. Wir schlagen vor, Absatz 3 [alt] (Absatz 5 [neu]) wie folgt zu fassen:

*„Der vom Versicherten gewählte Arzt oder die vom Versicherten gewählte Apotheke haben den Medikationsplan regelmäßig zu überprüfen und zu aktualisieren, wenn er Kenntnis davon erlangt, dass eine Änderung der Medikation eingetreten ist.“*

**Begründung:**

Um die Aktualität des Medikationsplans zu gewährleisten ist eine regelmäßige Überprüfung und bei Änderungen eine Aktualisierung erforderlich.

8. Wir schlagen vor, Absatz 4 [alt] (Absatz 6 [neu]) Satz 1 wie folgt zu fassen:

*„Die Qualitätsanforderungen zu Inhalt und Struktur des Medikationsplans, die von den Medikationsplan erstellenden und fortschreibenden Leistungserbringern zu dokumentierenden Parameter, Regeln zur Arbeitsteilung und Zusammenarbeit sowie Regelungen zur Beachtung des Datenschutzes vereinbaren (...)“*

**Begründung:**

Ein Medikationsplan muss, um die Arzneimitteltherapiesicherheit eines Patienten zu fördern, bestimmte Qualitätsanforderungen (Mindeststandards) erfüllen. Wir erachten es für unabdingbar, dass die Spezifikation für einen bundeseinheitlich patientenbezogenen Medikationsplan die Ergebnisse der Koordinierungsgruppe zur Umsetzung und Fortschreibung des Aktionsplanes zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland des Bundesministeriums für Gesundheit berücksichtigt. Dies setzt voraus, dass die arzneimitteltherapiesicherheitsrelevante Medikation möglichst vollständig aufgeführt und aktuell ist. Ferner muss der Plan aktuell sein. Sowohl pharmazeutische als auch medizinische Parameter sind zu prüfen. Der

erstellte Plan muss weitgehend standardisiert und verständlich sein, so dass er für den Patienten einen Wiedererkennungseffekt hat.

9. Wir schlagen vor, nach den Worten „(...) die Bundesärztekammer (...)“ folgende Worte einzufügen:

„und die Bundesapothekerkammer (...)“

Begründung:

Da es sich auch um pharmazeutische und berufsrechtliche Inhalte handelt, die Gegenstand der Vereinbarung sein sollen, ist es erforderlich, dass neben der Bundesärztekammer auch die entsprechende Institution der Apothekerschaft, die Bundesapothekerkammer, Vertragspartner der zu schließenden Vereinbarung ist.

#### **Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 87 Absatz 1 SGB V)**

Wir schlagen vor, in § 87 Absatz 1 Satz 2 nach den Worten „Vordrucke und Nachweise“ die Worte: „im Einvernehmen mit der die für die Wahrnehmung der wirtschaftliche Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker“ einzufügen.

Begründung:

Die Nachweise und Vordrucke, die Gegenstand der ärztlichen Versorgung sind, werden derzeit zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbart. Die Interessen und Belange der Apothekerschaft finden keine ausreichende Berücksichtigung, da der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker nur eine beratende Funktion zukommt. Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass die Belange und Interessen der Apothekerschaft und die für sie abzubildenden notwendige Prozesse und Änderungen auf den Verordnungen nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Bei der Festlegung des Prüfauftrages zu dem Arzneiverordnungsdatensatz ist zu bestimmen, dass das Einvernehmen mit der die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker herzustellen ist. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Inhalte des Datensatzes als auch bezüglich Regelungen zur zeitlichen Umsetzung.

### **Zu Artikel 1 Nr. 11 (§ 291a SGB V)**

Wir begrüßen, dass die elektronische Gesundheitskarte geeignet sein muss, neben der Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit auch die Anwendung des Medikationsplans nach § 31 a Absatz 2 zu unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen der dazugehörigen Daten.

### **Zu Artikel 1 Nr. 11i (§ 291a Absatz 7b SGB V)**

Die Erstellung des Medikationsplans und seine Aktualisierung sind keine mit der Abgabe von einzelnen Arzneimitteln im Zusammenhang stehenden Tätigkeiten, die Gegenstand der Information und Beratung durch den Apotheker sind. Der vom Arzt und Apotheker zu betreibende Aufwand zur Medikationsanalyse und Erstellung sowie Fortschreibung des umfangreichen Medikationsplans nach § 31a SGB V erfordert zwingend eine gesonderte Vergütung in gleicher Höhe. Für den Apotheker ist – im Gegensatz zum Arzt – eine Vergütung bislang nicht vorgesehen.

### **Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 291c SGB V)**

Wir begrüßen die Klarstellung, dass das Schlichtungsverfahren auch für den Wirkbetrieb gilt.

## Referenzen

1. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), 2009. (<http://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/>).
2. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Aktionsplan 2013-2015 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland.
3. Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungs-Report 2015, Aktuelle Zahlen, Kosten, Trends und Kommentare: Springer Verlag, 2015. ISBN: 978-3-662-47185-2.
4. Glaeske G, Schicktanz C. BARMER GEK Arzneimittelreport 2013, Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012. 1st ed. Siegburg: Asgard-Verlag, 2013. 186 p. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse; vol. 20). ISBN: 978-3-943-74485-9.
5. Günster C; Klose J; Schmacke N, eds. Versorgungs-Report 2012, Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. mit Online-Zugang. Stuttgart: Schattauer, 2012. xxiv, 415. ISBN: 978-3-7945-2850-9.
6. Koecheler JA, Abramowitz PW, Swim SE, Daniels CE. Indicators for the selection of ambulatory patients who warrant pharmacist monitoring. *Am J Hosp Pharm* 1989;46:729–32.
7. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. *JAMA* 2002;287:337–44.
8. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003;289:1107–16.
9. Hilmer SN:. The dilemma of polypharmacy. *Aust Prescr* 2008;31:2–3.
10. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2007;63:187–95.
11. Nederlands Huisartsen Genootschap. Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen 2012.
12. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences. Hospital Admissions Related to Medication (HARM) 2006.
13. Thürmann PA. Weniger wäre tatsächlich mehr - die Arzneimittelversorgung alter Menschen [Less can be more - drug therapy in the elderly]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2013;107:148–52.
14. Hiemke C, Dragicevic A, Sachse J, Härtter S. Wechselwirkungen bei der Psychopharmakotherapie, Datenbankabfrage und Konzentrationsbestimmungen im Blut. *Arzneimitteltherapie* 2003;21:331–5.

15. Hanke F, Szymanski J, Jaehde U, Thürmann PA. Drug-related problems in nursing homes – a prospective study. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2006; 44: 500 (abstr.).
16. Leitliniengruppe Hessen. Hausärztliche Leitlinie Multimedikation, 2014.
17. Waltering I, Schwalbe O, Hempel G. Discrepancies on Medication Plans detected in German Community Pharmacies. *J Eval Clin Pract* 2015;21:886–92.
18. Bikowski RM, Ripsin CM, Lorraine VL. Physician-patient congruence regarding medication regimens. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1353–7.
19. Ekedahl A, Brosius H, Jönsson J, Karlsson H, Yngvesson M. Discrepancies between the electronic medical record, the prescriptions in the Swedish national prescription repository and the current medication reported by patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011;20:1177–83.
20. Tamblyn R, Poissant L, Huang A, et al. Estimating the information gap between emergency department records of community medication compared to on-line access to the community-based pharmacy records. *JAMIA* 2014;21:391–8.
21. Schmiemann G, Bahr M, Gurjanov A, Hummers-Pradier E. Differences between patient medication records held by general practitioners and the drugs actually consumed by the patients. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2012;50:614–7.
22. Azzi M, Constantino M, Pont L, McGill M, Twigg S, Krass I. Medication Safety: an audit of medication discrepancies in transferring type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients from Australian primary care to tertiary ambulatory care. *Int J Qual Health Care* 2014;26:397–403.
23. Lee KP, Nishimura K, Ngu B, Tieu L, Auerbach AD. Predictors of completeness of patients' self-reported personal medication lists and discrepancies with clinic medication lists. *Ann Pharmacother* 2014;48:168–77.
24. Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, et al. Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med* 2000;160:2129–34.
25. Tulner LR, Kuper, Ingeborg M J A, Frankfort SV, et al. Discrepancies in reported drug use in geriatric outpatients: relevance to adverse events and drug-drug interactions. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7:93–104.
26. Eichenberg C, Auersperg F, Rusch BD, Brähler E. Selbstmedikation: Eine bundesdeutsche Repräsentativbefragung zu Motiven, Anlässen und Informationsquellen für den Konsum rezeptfreier Medikamente. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015;65:304–10.
27. Beitz R, Dören M, Knopf H, Melchert H. Selbstmedikation mit Over-the-Counter-(OTC-)Präparaten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2004;47:1043–50.
28. Nieber K, Lehmacher W. Anwendungsbeobachtungen in der Apotheke. Möglichkeiten und Grenzen. *Med Monatsschr Pharm* 2009;32:301–6.

- 29.** Mattila M, Boehm L, Burke S, et al. Nonprescription medication use in patients with heart failure: assessment methods, utilization patterns, and discrepancies with medical records. *J Card Fail* 2013;19:811–5.
- 30.** Botermann L, Krüger K, Strauch D, Felberg M, Breiholz S, Eickhoff C, Griese-Mammen N, Schulz M. Grundlegende Voraussetzungen für die elektronische Abbildung von Arzneimitteldaten im Hinblick auf den Medikationsplan, Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Abschlussbericht, 2014.
- 31.** Koordinierungsgruppe zur Umsetzung und Fortschreibung des Aktionsplanes zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Spezifikation für einen patientenbezogenen Medikationsplan, Version 2.0 - für Modellvorhaben, 2013.