

Ergebnisprotokoll

Workshop zur

Fördermaßnahme des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

„Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Datum: 15. Mai 2017
Dauer: 10:00 – 17:00 Uhr
Ort: VDI/VDE Innovation+ Technik GmbH, Steinplatz 1, 10623 Berlin, Bistro
Protokoll: Suhren, Huber
(VDI/VDE-IT)
Teilnehmende: siehe Anhang

TOP 1: Begrüßung

Frau Dr. Huber begrüßt die Anwesenden und stellt die Tagesordnung und die Ziele des Workshops dar. Frau Dr. Dwenger und Herr Dr. Litwa heißen die Anwesenden willkommen und danken ihnen für ihre Teilnahme am Workshop zur Fördermaßnahme „Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Medikationsplans“ (Maßnahme 25).

Alle Inhalte und Wortmeldungen sind vertraulich zu behandeln.

TOP 2: Präsentation der geförderten Vorhaben

Nacheinander stellen die drei Modellregionen Sachsen/Thüringen (PRIMA = Primärsystem-Integration des Medikationsplans mit Akzeptanzuntersuchung), Erfurt (Helios-Klinikum) und Fürth/Erlangen (MMP16 = MetropolMediplan 2016) die Ergebnisse ihrer Projekte vor. Im Anschluss an die Vorträge haben die Teilnehmer die Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Projekt PRIMA: Herr Prof. Schulz

In der Modellregion Sachsen-Thüringen wurde für das Projekt ein Einschreibemodell gewählt, an dem chronisch Kranke mit mindestens 5 systemisch wirkenden Wirkstoffen in der Dauermedikation teilnehmen konnten. Sie wurden in ambulanter Versorgung gemeinsam von niedergelassenen (Haus-) Ärzten und Apotheken betreut. Die Pilotuntersuchung (Lesbarkeit und Verständlichkeit) war bereits 2015 abgeschlossen und die Hauptuntersuchung wird im Rahmen dieses Workshops dargestellt.

Dank der Vorarbeiten aus dem Projekt ARMIN (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen, IT/EDV, Definitionen Zuständigkeiten und Prozesse) konnte im Rahmen von PRIMA erstmalig durch Ärzte und Apotheker gemeinsam ein EDV-basierter Medikationsplan (MP) erstellt werden. Die Richtigkeit, Machbarkeit und Praktikabilität der Umsetzung wurde nachgewiesen, ebenso die Akzeptanz bei Ärzten, Apothekern und Patienten. Techniken und Prozesse wurden entwickelt und optimiert. Im Rahmen von ARMIN ist es nun möglich, die Testung auf weitere Apotheken- und Praxisverwaltungssysteme sowie eine größere Anzahl Leistungserbringer (LE) auszurollen und eine breite Testung mit hohen Patientenzahlen durchzuführen. Derzeit nehmen ca. 2000 Patienten an ARMIN teil (rapider Anstieg, im Dezember 2016 noch ca. 900 Patienten). Qualitätsanforderungen und Maßnahmen für den MP wurden definiert, so ist beispielsweise eine möglichst standardisierte Befüllung der Zeilen im MP essentiell.

➤ Teil A: Konzeption und Schaffung der technischen Infrastruktur

Ein direkter und sicherer Datenaustausch zwischen Arzt und Apotheker aus den Primärsystemen heraus ist grundlegend neu und stellt somit auch aufgrund der Heterogenität der AVS (Apothekenverwaltungssysteme) und PVS (Praxisverwaltungssysteme) eine große Herausforderung dar. Bis dato gab es keine bestehenden technischen Standards und keine bestehende Infrastruktur. Unter Aufbau komplexer technischer Strukturen und unter Beteiligung vieler Akteure konnten in 12 Arztpraxen und 12 Apotheken die erforderlichen technischen Voraussetzungen geschaffen werden, um den MP auszutauschen und zu aktualisieren (unter Beteiligung von 4 AVS und 1 PVS). Während der praktischen Umsetzung fanden parallel eine komplexe Fehlersuche und ein adäquates Fehlermanagement statt.

➤ Teil B: Umsetzung des MP in die Versorgungsrealität

Nach Bereitstellung der technischen Voraussetzungen für die routinemäßige Nutzung des MP gemeinsam durch Arzt, Apotheker und Patient durchliefen 11 Arzt-Apotheker-Kooperationen erfolgreich sämtliche Phasen der praktischen Umsetzung. 196 Patienten konnten während des Förderzeitraums in die Untersuchung eingeschlossen werden. Trotz interner Vorab-Testungen aller MP-Module traten im ersten Zusammenspiel teils erhebliche Probleme auf, die im Vorfeld sowohl von allen Teilnehmern, einschließlich der Softwarehäuser, unterschätzt wurden. Eine Testung der unterschiedlichen Kombinationen von AVS und PVS war zwingend erforderlich, um die Grundfunktionalität herzustellen. Der 2D-Barcode hat nur ein begrenztes Fassungsvermögen. Die Anwender müssen für eine Prüfung der Richtigkeit der Daten sensibilisiert werden, da das Technikvertrauen sehr hoch ist. Die Anwender erachten weiterhin Kommentarfelder zu den einzelnen Zeilen sowie für allgemeine Anmerkungen für wichtig, wenn nicht essenziell. Potenziell kann durch den MP die AMTS gesteigert werden. Aber es muss darauf geachtet werden, dass die AMTS nicht durch Fehler in der praktischen Umsetzung wiederum gefährdet wird.

➤ Teil C: Akzeptanzbefragung

103 der 196 betreuten Patienten nahmen an der schriftlichen Akzeptanzbefragung teil, wobei für die Teilnahme das Durchlaufen von einer Start- sowie mind. einer Folgeintervention erforderlich war. Ca. 70 % der befragten Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Befragung länger als 3 Monate an dem Projekt teil. Von diesen 70 % hatten ca. 60% bereits mindestens einen neuen MP bekommen. 75 % der Teilnehmer nahmen regelmäßig 5-10 Medikamente, fast 20 % nahmen regelmäßig 11 oder mehr Medikamente ein. Für die befragten Teilnehmer war die Kenntnis und Prüfung der Medikation durch die LE wichtiger als der eigene Wunsch

nach einem MP. Für 80 % der befragten Patienten bestand der größte Nutzen im besseren Austausch der LE, 70 % fühlten sich im Umgang mit ihren Arzneimitteln sicherer und etwa 2/3 der Patienten konnten ihr Wissen zu Dosierungen und Einnahmegründen verbessern. Am häufigsten (ca. 70 %) wurde der MP beim Besuch des Facharztes verwendet, ca. 50 % nutzten ihn bei der regelmäßigen Anwendung ihrer Arzneimittel. Insgesamt wird also dem Betreuungsprozess im Projekt durch die Implementierung des MP ein größerer Nutzen zugesprochen als dem MP an sich.

Ärzte und Apotheker bewerteten die klare Regelung von Rollen und Verantwortlichkeiten durchgehend positiv; diese Klarheit war auch ein entscheidender Parameter für die erfolgreiche Umsetzung. Der Informationsaustausch wurde zu 80 % positiv bewertet. Dabei wurden Kommentarfelder insgesamt als wichtig und hilfreich erachtet, können aber die persönliche Kommunikation nicht ersetzen. Auf dem MP sollte die Dauermedikation vermerkt sein, die Bedarfs- und Akutmedikation, wenn sie AMTS-relevant ist. Die LE sahen durch PRIMA sowohl einen potenziell klinischen, humanistischen und ökonomischen Nutzen für den Patienten (Therapieänderung durch interdisziplinäre AMTS-Prüfung!) als auch einen persönlichen Nutzen durch den fachlichen Austausch untereinander. Alle Apotheker und 8 von 10 Ärzten befürworteten das Medikationsmanagement als Routineleistung für Patienten, die davon profitieren.

Somit wurde in PRIMA erstmalig erfolgreich die Umsetzung des MP/BMP in Primärsoftware erreicht und hat unter Einbindung in ein kontinuierliches Betreuungskonzept das Potenzial für eine bessere Versorgungsqualität, sowohl klinisch als auch ökonomisch, aufgezeigt.

➤ Fragen/Diskussion:

- Die Erstellung von MP muss aus der Routinesoftware von Arztpraxis und Apotheke möglich sein.
- Die Umsetzung ist komplex, da neue Prozesse geschaffen werden; Heilberufler sollen/müssen ihr tägliches Verhalten ändern.
- Die Umstellung des technischen Formates in ARMIN auf das BMP-Format nach § 31a SGB V (Ultrakurzformat) ist aktuell in Vorbereitung.
- Zusätzlich zur Übertragung von MP können auch Kommentare/Informationen elektronisch zwischen Ärzten und Apothekern ausgetauscht werden. Teilnehmer anderer Projekte bevorzugten den telefonischen oder anderen direkten Kontakt im Gegensatz zu internetbasierter Kommunikation.
- Es muss eine Möglichkeit geben, den MP im Nachhinein ohne Datenverlust zu ändern oder zu bearbeiten, da dies bei größerem Prüf- und Änderungsbedarf im normalen Praxis-/Apothekenalltag nicht immer ad hoc möglich ist.
- Der 2D-Barcode war eine Vorgabe des Bundesministeriums und wurde in PRIMA auch entsprechend umgesetzt, obwohl er durch den serverbasierten Datenaustausch als Datenträger eigentlich verzichtbar gewesen wäre.
- Die in PRIMA kooperierende AOK Plus stellte für alle teilnehmenden Patienten die Arzneimittelabrechnungsdaten der vergangenen 6 Monate zur Verfügung. Durch einen so möglichen Datenabgleich sollte das Risiko reduziert werden Facharztverordnungen ggf. nicht zu erfassen. Inwieweit es zu einer Erhöhung der AMTS gekommen ist, wurde in diesem Projekt nicht detailliert ermittelt. Nach Einschätzung der LE kann der Betreuungsansatz durch Arzt und Apotheker aber die Therapieumsetzung, die Angemessenheit der Arzneimitteltherapie, den Gesundheitszustand der Patienten sowie Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten verbessern.

- Sehr positives Feedback gaben die Ärzte und Apotheker dafür, dass mehr relevante Informationen zur Verfügung standen als im normalen Berufsalltag (v.a. Ärzte im Hinblick auf die Facharzt- und Selbstmedikation und Apotheker bzgl. des Gesundheitszustandes der Patienten).
- Eventuelle Risiken durch schlechte/falsche/unvollständige MP wurden in diesem Projekt dadurch verringert, dass alle Daten von der Stammapotheke und dem Hausarzt verarbeitet und der Medikationsplan dem Patienten erläutert wurde.
- Bei einer Umsetzung des BMP nach § 31a SGB V in der breiten Bevölkerung müssen Ärzte und Apotheker dies gemeinsam umsetzen, Zuständigkeiten und Prozesse definiert, missverständliche bzw. nicht standardisierte Angaben vermieden und Qualitätsstandards festgelegt werden.

➤ Vorschläge zur Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Medikationsplans:

1. Genauere Qualitätsstandards/-anforderungen an BMP müssen festgelegt und umgesetzt werden (→ Patientengefährdung ausschließen und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) erhöhen!)
2. Primärsystemintegration/technische Einbindung in die im Alltag verwendeten Softwaresysteme der LE (sonst keine Praktikabilität und Akzeptanz) unter Beachtung der definierten Qualitätsanforderungen (Fokus auf eGK /gematik - elektronische Gesundheitskarte).
3. Erstellung und Pflege von MP muss in interdisziplinäre strukturierte Betreuungsprozesse eingebunden sein (fachliche Konzepte für entsprechende gematik-Anwendungen erforderlich)
4. Hohe Qualität ist nur bei angemessenem Honorar realisierbar (Akzeptanz LE); deshalb gezielter für diejenigen Patienten (ggf. risikoadaptiert) etablieren, die am meisten profitieren.
5. Nutzen des - zwischen Arzt und Apotheker auf Basis einer Medikationsanalyse abgestimmten - MP und v. a. des Prozesses muss der Zielgruppe (s. 4.) besser bekannt gemacht und vermittelt werden.

Projekt Modellregion Erfurt: Frau Prof. Thürmann, Herr Dr. Brell, Frau Bräuer

In der Modellregion Erfurt fand im Rahmen der Projektförderung ein intersektoraler Praxistest des bundeseinheitlichen Medikationsplan der Spezifikation 2.0 korrigiert unter Einbeziehung der Patienten, der Hausärzte und der Apotheken durch das Helios-Klinikum statt. Eine IT-Struktur wurde aufgebaut und die Prozesse wurden optimiert. Im Rahmen des Projektes konnten 12 kooperierende Hausärzte und 15 kooperierende Apotheken rekrutiert werden. Die Patienten wurden auf Stationen rekrutiert, in denen die meisten Patienten vermutet wurden, die von dem BMP profitieren könnten wie die Kardiologie, die internistischen Stationen und die Geriatrie. Zum Projektstart im Januar 2015 war noch keine IT-Struktur vorhanden, mit der Medikationsdaten intersektoral ausgetauscht werden konnten, weshalb eine Web-basierte Applikation mit Zugangsdaten für jeden Projektpartner aufgebaut wurde. Die MMI-Datenbank wurde als Arzneimitteldatenbank für die Web-Applikation ausgewählt, wohingegen bei internen SAP-Applikationen die ABDA-Datenbank ausgewählt wurde. Die Ersterstellung des BMP fand in der Hausarztpraxis oder im Klinikum statt. Die Fortschreibung erfolgte ebenfalls durch Hausarzt oder Klinik bzw. durch die Stammapotheke besonders, was die Aktualisierung der

Handelsnamen, die Einnahmehinweise und die Selbstmedikation betrifft. Insgesamt konnten im Klinikum und bei Hausärzten 161 Patienten für das Projekt rekrutiert werden.

Zur Akzeptanz- und Praktikabilitätsbefragung wurden standardisierte Fragebögen an Patienten, Klinikärzte, Hausärzte und Apotheker ausgegeben. Ein Patiententagebuch sollte jede Vorlage des BMP dokumentieren und Besuche bei nicht kooperierenden Ärzten und Apotheken erfassen, es wurde jedoch nicht durch die Patienten genutzt.

Die Patienten waren zwischen 45 und 84 Jahre alt, mehr als die Hälfte zwischen 61 und 80 Jahre alt. 54 % der Teilnehmer nahmen 6-10 Medikamente pro Tag ein, 23,6 % mehr als 10 Medikamente pro Tag. 31 Patienten verließen aus unterschiedlichen Gründen das Projekt (kein Interesse mehr, Hausarzt ausgeschieden, keine Rückmeldung, verstorben). Über den gesamten Versuchszeitraum wurde die Anzahl und die Anwendung der BMP erfasst ebenso wie die Häufigkeit der Wirkstoff- und Fertigarzneimittelwechsel. Die Patienten erhielten 2 - 42, durchschnittlich 10 BMP innerhalb von 12 Monaten, wobei ein neuer BMP am häufigsten in den ersten 2 Monaten nach Ersterstellung erfolgte.

Insgesamt war die Akzeptanz und Praktikabilität des BMP aus Patientensicht sehr hoch. Etwa 85 % der Befragten empfanden den BMP als sinnvoll, verständlich und übersichtlich. Nach Meinung von 55 % der Befragten erhöht der BMP die Sicherheit im Umgang mit den eigenen Arzneimitteln. Eine Zunahme des Informationsgewinns und des Nutzens im Alltag war messbar, ebenso wie eine hohe Therapietreue zu allen Zeitpunkten.

Die Hausärzte fanden den BMP größtenteils übersichtlich und verständlich, 33 % fanden jedoch das Format zu groß. Die Mehrzahl der Patienten hat den BMP dabei, legt ihn aber nicht unaufgefordert vor. Alle Hausärzte fanden die Integration des BMP in die Praxissoftware sinnvoll, ebenso wie den Erhalt von Informationen, die verbesserte Information im Rahmen des Entlassmanagements und die Weitergabe von Informationen zwischen Hausärzten, Klinikärzten und Apotheken. Der hohe Zeitaufwand für die Erstellung und Pflege des BMP wurde kritisiert. Die Meinung der Klinikärzte stimmte in etwa mit der Meinung der Hausärzte überein.

Die Apothekenmitarbeiter fanden den BMP etwas weniger übersichtlich und verständlich, und auch hier empfanden etwa 40 % der Befragten den Plan als zu groß. Auch die Mehrzahl der befragten Apothekenmitarbeiter hält eine Integration des BMP in die Software für sinnvoll. Über 80 % schätzten den besseren Überblick über die gesamte Medikation und über 90 % erachteten die Weitergabe von Informationen innerhalb der behandelnden Heilberufler für wichtig. Auch hier wurde der hohe Zeitaufwand thematisiert.

Insgesamt fand der BMP eine hohe Akzeptanz bei Patienten, Ärzten und Apothekern. Die alleinige Papierversion wurde allgemein als Informationsweitergabe als unzuverlässig empfunden. Aus diesem Grund sollte der BMP digital auf der eGK verfügbar sein und in die Primärsysteme von Arztpraxen, Apotheken und Kliniken integriert werden.

- Fragen/Diskussion:

Es gibt keine Vergleiche zu der Situation früher ohne MP, wobei etwa 40% der Befragten bereits vorher einen MP anderen Formats besaßen. Das Ziel des Projektes war es „das Leben abzubilden“ und den BMP als zusätzliches Instrument einzuführen. Die Halbwertszeit der Klinik-BMP war gering, da die Entlassmedikation oft vom Hausarzt nach kurzer Zeit wieder umgestellt wurde, so dass das Krankenhaus nicht als der ideale Ort zur Ersterstellung des

BMP empfunden wurde. Der Zeitaufwand bei Ersterstellung des BMP war durchschnittlich 50 min, diese Zeit ist auch nötig und sollte mitberechnet werden. Der Patient behält stets die Hoheit über seine Daten (Bezug Datenschutz). Hauptproblem bezüglich der Praktikabilität war, dass die Patienten den BMP oft vergaßen.

○ Vorschläge zur Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Medikationsplans:

1. Papierversion ist für den Patienten zu Hause gewünscht
2. Zur Kommunikation mit Ärzten und Apotheken ist Papierversion des MP nicht ausreichend zuverlässig
3. Der MP sollte in die Praxisverordnungssysteme (PVS) integriert sein
4. Der MP sollte in KIS (Krankenhausinformationssystem) integriert sein
5. Der MP sollte auf der eGK in der jeweils aktuellsten Version verfügbar sein

Projekt MetropolMediplan 2016 – MMP16: Herr Prof. Dormann, Frau Abbas, Herr Prof. Zerth, Herr Prof. Maas, Herr Dr. Sedlmayr

Im Rahmen des MetropolMediplan 2016-Projektes des Klinikums Fürth wurde der bundeseinheitliche Medikationsplan in der Versorgungsroutine hinsichtlich Praktikabilität und Akzeptanz erprobt und weiterentwickelt. Eine Exploration alternativer Kommunikationswege sowie Speicher- und Transfermedien für den BMP fand statt ebenso wie eine gesundheitsökonomische Wirksamkeitsanalyse und Evaluation der AMTS durch den BMP.

Während der gesamten Laufzeit fanden 863 BMP-Erstellungen (papierbasiert und elektronisch) und 2070 Fortschreibungen statt. Im Laufe der Projektphasen fanden wiederkehrende Befragungen und deren Analysen, AMTS-Prüfungen und Adaptionen in Bezug auf Technik/Software, SOPs und die Spezifikation statt. Mehr als die Hälfte der befragten Patienten hatte positive Erwartungen in Bezug auf Übersichtlichkeit und AMTS und empfanden den Medikationsplan als nützlich. Der Mehrzahl der Patienten war eine regelmäßige Aktualisierung des BMP wichtig und es war bei 20% der Patienten über die jeweiligen Interventionsphasen ein deutlicher Lerneffekt zu verzeichnen. Lesbarkeit und Verständlichkeit ebenso wie die Größe waren für mehr als 75 % der Befragten adäquat.

Die Erwartung bezüglich der positiven Effekte auf die AMTS bei den teilnehmenden Apotheken und Arztpraxen ging im Laufe des Projektes zurück. Die Nützlichkeit des BMP wurde vor allem in der interprofessionellen Information und Zusammenarbeit gesehen. Insgesamt hatten Apotheker optimistischere Erwartungen an die Effekte des BMP in Bezug auf Patientensicherheit, Compliance und das Medikationsmanagement als die teilnehmenden Ärzte.

Erhebungen zur Datenqualität der untersuchten Medikationspläne (Vergleich BMP-PVS und BMP-Brownbag) zeigten z. T. deutliche Differenzen sowohl qualitativ wie auch quantitativ. Mit zunehmender Fortschreibung und besonders wenn Apotheker und Arztpraxen gemeinsam fortschrieben, konnte eine Erhöhung der Informationsqualität erreicht werden. Praktische und die AMTS betreffende Probleme entstanden vor allem durch Besuche von Apotheken und Arztpraxen, die nicht am Projekt teilnahmen und somit den BMP nicht fortschrieben und Informationen zur Bewertung der AMTS fehlten.

Im Rahmen der Erprobung des BMP stellte sich heraus, dass ein hoher Kommunikationsbedarf zwischen den Versorgern besteht ebenso wie ein Klärungsbedarf hinsichtlich der Verantwortlichkeiten. Die Einführung einer elektronischen Patientenakte und eines Patientenfachs könnten sowohl die Verfügbarkeit und Fortschreibung des BMP verbessern als auch den Patienten besser über seine Diagnosen und Therapien informieren. Der BMP muss also technisch und organisatorisch in die Prozesse der LE eingebunden sein und die verschiedenen Vorschriften im eHealth-Gesetz müssen aufeinander abgestimmt sein.

o Fragen/Diskussion:

Die Patienten sollten den BMP in Papierform bekommen, aber es sollte immer die elektronische Version im Hintergrund mitlaufen. Die MMI-Datenbank wurde als Grundlage verwendet. Es gab einen „First-Mover“-Effekt: die Ärzte, die teilnahmen, waren von vornherein schon sehr motiviert. Das Projekt hatte einen positiven Effekt auf die Kooperation von Ärzten und Apothekern. Insgesamt wird die digitale Version des BMP als unvermeidlich angesehen, die Papierversion hat sich als fehleranfällig und aufwendig herausgestellt. 80% der Patienten hatten bereits vorher einen MP ihres Arztes, 83% bevorzugten den BMP.

o Vorschläge zur Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Medikationsplans:

1. Verantwortlichkeiten bzgl. der Erst- und Fortschreibung des BMP müssen klar geregelt werden – Verfahrensanweisungen konkretisieren.
2. Eine verpflichtende Beteiligung der Apotheken sowohl bei der Erst- als auch Fortschreibung ist für die Vollständigkeit des MP notwendig.
3. Anreizeffekte zur Sicherheitsprüfung/AMTS-Maßnahmen des BMP, die den notwendigen Zeitaufwand abbilden müssen geschaffen werden.
4. Eine Integration des BMP in eine elektronische Patientenakte als vollintegroaler Bestandteil mit entsprechender Zugriffsverwaltung wäre zur lückenlosen Dokumentation essentiell. Parallelitäten von Medikationsinformationen in der eGK, Patientenakte und auf dem Notfalldatensatz müssen vermieden werden.
5. Die Kliniken müssen lückenlos in den Prozess integriert werden.

TOP 3 Diskussion

Themen der Diskussion:

1. Wie gelingt eine Integration der Akteure

- Leistungserbringer : Anreiz?, Pflicht?, Arbeitsteilung, Einbeziehung Klinik und Pflege
- Patienten: wie kann man die Patienten bestmöglich mit einbinden?

2. Welche Art der Kommunikation sollte gewählt werden?

- (Wie) Kann der eMed-Plan als Kommunikationsinstrument sinnvoll genutzt werden?
- Berücksichtigung des Kulturenwandels in der Zusammenarbeit
- BMP in Fort- und Weiterbildung
- Abstimmung zur Arbeitsteilung zwischen den LE
- Verantwortung/Haftung?

3. Wie gelingt eine Integration des MP/BMP in die Systeme?

- eGK?
- Vereinheitlichung der Datenbankstrukturen (Maßnahme 25)
- Handlungsanleitung
- Evaluation
- eHealth und BMP

4. Auf welcher Ebene (gesetzlich oder untergesetzlich) sollten Dinge im Zusammenhang mit dem BMP geregelt sein?

○ Anreizstrukturen:

Im Vordergrund der Diskussion dieses Themas standen die finanziellen Anreizstrukturen. Eine nachhaltige Etablierung des BMP in das Versorgungssystem erfordert geeignete Vergütungsmodelle. Eine (erfolgsorientierte) Abrechnungsmöglichkeit durch Ärzte und Apotheker ist notwendig. Es entstehen auch Investitionskosten. Die derzeitige Situation wird als schwierig empfunden: der Patient hat einen Anspruch auf einen MP, auf Seiten des Arztes und des Apothekers gibt es aber keine Verpflichtung und keinen (finanziellen) Anreiz für den entsprechenden Mehraufwand. Grundlage für die Vergütung könnte ein Erfolgsmodell mit Gatekeeper-Struktur sein. Die Frage nach der Leistungsgerechtigkeit des BMP kam auf.

○ Medikationsplan nicht überfrachten:

Der BMP war gedacht als Kommunikations- und Hilfsmittel bei der Verständigung zwischen Arzt/Apotheker und Patient, er sollte nicht mit Erwartungen wie bspw. die Reduktion von Todesfällen überfrachtet werden. Die Frage sollte nicht sein, was der Outcome des BMP sein könnte sondern was die Qualität des BMP verbessern könnte. Um eine softwaregestützte Erhöhung der AMTS zu erreichen, muss man das gesamte Medikationsmanagement mit einbeziehen.

○ Klare Regelung von Verantwortlichkeiten:

Geregelt werden muss, wer für die Ersterstellung verantwortlich ist und wie die Kliniken mit einbezogen werden können. Eine Infrastruktur ist dringend erforderlich, die momentane Situation wird mit einer „Straße ohne Verkehrsregeln“ verglichen, diese Verkehrsregeln müssen diskutiert werden. Ärzte und Apotheker benötigen Verfahrensanweisungen (Informationsdefizite beseitigen), dann gelingt auch eine bessere Einbindung der Patienten. Allgemein hatten Ärzte und Apotheker Schwierigkeiten, wenn Patienten etwas nicht auf dem Plan stehen haben wollten. Eine softwaregestützte Infrastruktur löst keine alltäglichen Probleme, ist aber ein wichtiges Hilfsmittel. Die Haftung für Ärzte ist im BMV-Ä (Bundesmantelvertrag-Ärzte)vertraglich geregelt.

○ Entwicklung eines Leitfadens:

Anhand der Projekt-SOPs (Standard Operating Procedure) kann ein Leitfaden entwickelt werden, um die Ärzte und Apotheker bei der Handhabung des BMP zu unterstützen. Die Apothekerkammer und die Ärztekammer Nordrhein haben über einen entsprechend

entwickelten Leitfaden eine Fortbildung organisiert. Unklar ist, wie weit so ein Leitfaden gehen kann. Auch das Medikationsmanagement ist nicht Gesetzesinhalt und zu komplex für den BMP, der BMP sollte auf das Machbare reduziert werden und das bleiben, wozu er gedacht war.

Der Medikationsplan muss beworben werden.

- Einbeziehung der Kliniken:

Die Frage stellt sich, wie die Einbindung der Kliniken sichergestellt werden kann. Der BMP soll ins Entlassmanagement integriert werden (Dreiseitige Vereinbarung). Der Patient sollte seinen vollständigen BMP bei Einweisung vorlegen. Ängste und Unsicherheiten bei den LE müssen beseitigt werden und der Leitfaden, der in Nordrhein bereits sehr gut verbreitet ist, sollte weiter in Umlauf gebracht werden.

- Kommunikation:

Die Kommunikation mit den Kassen sollte unbedingt gesucht und gefördert werden. Die BKK Bahn See (die Kasse mit dem höchsten Anteil morbider Patienten) ist sehr interessiert und informiert ihre Patienten auch selbst (was allerdings auch zu Verunsicherung führen kann). Andere Kassen haben teilweise eigene Modelle, das Interesse von Kassen mit risikoadaptierten Modellen ist geringer.

Der BMP hat die Vorgänge nicht verändert, macht die Verordnungen aber transparenter. Es müssen Prozesse geschaffen werden, wie bei Problemfällen kommuniziert werden soll, der MP macht viele Probleme erst offensichtlich. Verkehrsregeln für den BMP müssen festgelegt werden, es gibt Regelungsbedarf auch im juristischen Sinn.

Die Frage kam auf, wie man an die LE herangetreten und wie die Erkenntnisse der Projekte umgesetzt werden können. Die durch den BMP transparent gewordenen Probleme erfordern Handeln. Ob die Probleme mit Hilfe einer Telematik Infrastruktur gelöst werden können muss noch untersucht werden. Richtlinien müssen geschaffen werden z.B. in Bezug auf die eGK, auf eine Aktualisierungsverpflichtung des Facharztes gegenüber dem Hausarzt. Ein Austausch zwischen den Heilberuflern ist essentiell.

Die Papierversion wurde als gut geeignet für die Patienten empfunden, die eVersion bietet mehr Möglichkeiten für die LE und muss in die Primärsysteme integriert werden. Beide Versionen müssen aktuell und vollständig sein. Erfahrungsgemäß interessieren sich Patienten nicht für die Hinweise auf dem BMP, einen Wissenszuwachs gab es nur bei neuen Medikamenten, die gut erklärt wurden. Deshalb muss der Plan mit dem Patienten besprochen werden, er muss in den Gebrauch eingewiesen werden, so dass alle Präparate - verschreibungspflichtige, freiverkäufliche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel - auf dem Plan aufgelistet werden können. Der BMP birgt auch AMTS-Risiken durch z. B. missverständliche Angaben. Es muss sichergestellt werden, dass der Patient den BMP korrekt anwendet.

Die eGK wird nicht zu einer Verbesserung des BMP führen, aber es wird ein Kommentarfeld geben. Sobald es eine digitale Infrastruktur gibt, wird die Papierversion zunehmend patientenorientierter sein.

TOP 4 Schlusswort

Sollten sich aus den Projekten konkrete Vorschläge zur Änderung des BMP in Bezug auf Form und Inhalt ergeben, werden die Teilnehmenden gebeten, diese zum einen in den Abschlussbericht und zum anderen innerhalb von 4 Wochen an die Koordinierungsgruppe zu schicken.

Frau Dr. Dwenger verabschiedet die Teilnehmer, dankt für die interessanten Beiträge und die Teilnahme am Workshop.

Anhang:

Teilnehmerliste

Workshop im Rahmen des Aktionsplans „Arzneimitteltherapiesicherheit zur Weiterentwicklung des bundeseinheitlichen Medikationsplans“	Datum:	15.05.2017
	Verfasser:	PT/ Huber
	Referat:	111

	Teilnehmer	Organisation
1.	Zahra Abbas	Universität Erlangen, Molekulare und Klinische Pharmazie, Department Chemie und Pharmazie
2.	Dr. Amin-Farid Aly	Bundesärztekammer (BÄK)
3.	Dr. Steffen Amann	Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA)
4.	Anna Barnert	Universität Bonn, Fachgruppe Pharmazie
5.	Natalie Bräuer	Helios-Klinikum Erfurt
6.	Danny Brell	Helios-Klinikum Erfurt, stellv. Leiter Krankenhausapotheke
7.	Prof. Dr. Frank Dörje	Universitätsklinik Erlangen, Chefapotheker Krankenhausapotheke
8.	Prof. Dr. Harald Dormann	Zentrale Notaufnahme ZNA Klinikum Fürth
9.	Dr. Anne Dwenger	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
10.	Dr. Christiane Eikhoff	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
11.	Miriam Felberg	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
12.	Bernd Gruber	Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
13.	Roland Helle	Gematik
14.	Dr. Gunther Hellmann	Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik)
15.	Dr. Monika Huber	VDI/VDE Innovation + Technik GmbH
16.	Martin Lack	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
17.	Dr. Matthias Litwa	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

18.	Karoline Luzar	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
19.	Prof. Dr. Renke Maas	Universität Erlangen, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie
20.	Jörg Meister	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
21.	Dr. Uta Müller	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
22.	Prof. Dr. Martin Schulz	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
23.	Dr. Martin Sedlmayr	Universitätsklinikum Erlangen, Lehrstuhl für Medizinische Informatik
24.	Dr. Hanna Seidling	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)
25.	Herbert Sommer	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
26.	Dr. Sybille Steiner	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
27.	Dr. Ann Kathrin Strunz	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
28.	Dr. Eva Suhren	VDI/VDE Innovation + Technik GmbH
29.	Prof. Dr. Petra Thürmann	Helios-Klinikum Wuppertal, Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie
30.	Dr. Katharina Wenzel-Seifert	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Universität Regensburg
31.	Prof. Dr. Jürgen Zerth	Wilhelm-Löhe Hochschule Führt
32.		
33.		