

## **Zusammenfassung und Ergebnisse des Workshops zur Maßnahme [18] des Aktionsplans AMTS 2016 – 2019 des BMG am 19.10.2018**

Der Aktionsplan AMTS 2016-2019 (1) umfasst über 40 verschiedenen Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), die sich unter anderem auch mit Aspekten der sektorenübergreifenden Arzneimitteltherapie beschäftigen. Maßnahme 18 des Aktionsplans lautet wie folgt:

[18] Workshop zur Weiterentwicklung von Strategien zur Verbesserung der AMTS bei Aufnahme in das Krankenhaus und Entlassung aus dem Krankenhaus

Die Umsetzung der Maßnahme erfolgte im Rahmen des 5. Kongresses für Patientensicherheit vom 18. Bis 19. Oktober 2018 in Berlin (2). Stellvertretend für die Koordinierungsgruppe beim Bundesministerium für Gesundheit zum Aktionsplan AMTS wurde unter der gemeinsamen Federführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) ein Workshop mit dem Titel „AMTS in der sektorübergreifenden Arzneimitteltherapie“ angeboten und zum Erfahrungsaustausch aufgerufen.

### **I. Workshop „AMTS in der sektorenübergreifenden Versorgung“**

Zeit: 19.10.2018

Ort: Berlin (5. Kongress für Patientensicherheit)

Durchführende:

- Dr. Kerstin Boldt, DKG, Berlin (Einführung, Moderation)
- Dr. Steffen Amann, ADKA, München (Moderation)
- Dr. Claudia Mildner, Krankenhausapotheke Universitätsklinik Mainz (Vortrag)
- Dr. Carolin Wolf, Krankenhausapotheke Universitätsklinik Erlangen (Vortrag)

Workshop Ankündigung:

Jede Arzneimitteltherapie ist eine Herausforderung in Bezug auf die Kommunikation und Zusammenarbeit aller Beteiligten. Bei der Arzneimitteltherapie über Sektorengrenzen hinweg, z. B. bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, sind neben zusätzlichen Beteiligten auch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen des jeweiligen Settings zu berücksichtigen. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden zudem neue Regelungen eingeführt (Medikationsplan, Entlassmanagement). Welche organisatorischen, technischen oder fachlichen Veränderungen ergeben sich dadurch? Wie werden Arbeitsprozesse und Zuständigkeiten geregelt? Wie werden alle Beteiligten eingebunden und Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf ausgewählt? Welches Fazit kann gezogen werden? Diese und weitere Fragen sollen durch Impulsreferate aufgegriffen und im Rahmen eines Erfahrungsaustausches unter Einbindung der Teilnehmer diskutiert werden. Die Gestaltung des Programmpunkts erfolgt vor dem Hintergrund des Aktionsplans „AMTS 2016-2019“, der sich in verschiedenen Maßnahmen mit Aspekten der sektorenübergreifenden Arzneimitteltherapie beschäftigt (3).

An dem 90 minütigen Workshop nahmen etwa 40 Kongressbesucher teil, darunter Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker aus Offizin- und Krankenhausapotheken, sowie Pflegekräfte aber auch Mitarbeiter aus der Selbstverwaltung, wie etwa von Krankenkassen, und Mitarbeiter aus der pharmazeutischen Industrie. Zur Einleitung in das Thema wurden zu Beginn des Workshops drei Impulsreferate gehalten.

### **II. Einleitung (Dr. Kerstin Boldt)**

Für die Diskussion über Strategien zur Verbesserung der AMTS wurden einleitend mögliche Grundsätze und methodische Vorgehensweisen dargestellt. Gemäß der Definition für AMTS ist das Ziel die bestmögliche Qualität im Medikationsprozess zu erreichen. Dies macht es erforderlich Qualitätsanforderungen zu definieren (4). Solche Anforderungen ergeben sich nicht aus den gängigen Definitionen (5) oder vorhandenen gesetzlichen Regelungen (SGB-V, G-BA). Zu beachten sind die unterschiedlicher Rahmenbedingungen im ambulanten wie stationären Sektor. Für eine Strategie wird vorgeschlagen, sich Prinzipien der Qualitätssicherung zu bedienen und systematisch neben der Prozessqualität auch Strukturqualität und Ergebnisqualität (Messen von Kennzahlen) zu betrachten (4). Am Beispiel des Entlassmanagement hat sich gezeigt, dass in den Krankenhäusern erhebliche strukturelle Anpassungen, z.B. eine intensive Schulung der verordnenden Ärzte, die Anpassung der IT auf die neuen Vorgaben aus dem GSAV und komplexe organisatorische Änderungen der bisherigen Arbeitsprozesse notwendig sind. Die uneinheitlichen Regelungen in den Sektoren (z.B. Arzneimittelherstellung,

Medikationsplan), prallen bei der sektorenübergreifenden Arzneimitteltherapie aufeinander und bedürfen einer Angleichung. Eine Besonderheit bei der sektorenübergreifenden Arzneimitteltherapie ist, dass es im Krankenhaus zu umfangreichen Änderungen an der Medikation durch viele Beteiligte kommt, die kommuniziert werden müssen. Der bundeseinheitliche Medikationsplan ist dafür ein zentrales Instrument. Der sich ergebende Beratungsbedarf bei Patienten, Ärzten und Apotheken ist sehr hoch und ein zusätzlicher Arbeitsaufwand.

Als Vorschläge wurden folgende Strategien für die Verbesserung der AMTS eingebracht:

- Förderung eines gemeinsamen Verständnis vom Medikationsprozess und AMTS-Qualitätszielen
- Förderung einer breiteren Nutzung des Medikationsplan als wichtiges Kommunikationsinstrument
- Vereinheitlichung von gesetzlichen Vorgaben zum Medikationsplan im amb. und stat. Bereich.
- Systematische Entwicklung von Orientierungshilfen für die Praxis (z.B. Handlungsempfehlungen)

## II. Sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie in einem Modellprojekt (Dr. Claudia Mildner)

Aus einem Modellprojekt in Rheinland-Pfalz wurde über den Beitrag des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP) zur Verbesserung der AMTS in der sektorenübergreifenden Arzneimitteltherapie berichtet (6). Darin wurden in 5 Krankenhäusern für ca. 600 Patienten ein BMP bei Aufnahme und ein BMP zur Entlassung durch die Krankenhausapotheker erstellt und für 6 Monate nach Entlassung durch den weiterbehandelnden Hausarzt oder die Hausapotheker in einem gemeinsamen Online-Portal weitergepflegt. Zusätzlich fanden Befragungen der Patienten, Hausärzte und Hausapotheken z.B. zur Praktikabilität und zu Problemen mit dem BMP statt. Die in diesem Projekt gemachten Erfahrungen wurden dargestellt und sind im Einzelnen in die Zusammenfassung der Diskussion unter IV. eingearbeitet.

Aus den Erfahrungen wurden insbes. folgende Strategien für die Verbesserung der AMTS eingebracht:

- Stärkere Nutzung des BMP als gute Grundlage für AMTS-Prüfung und effektive Kommunikation
- Potenzierung des BMP-Nutzens durch Krankenhausapotheker bei Aufnahme bzw. Entlassung
- Förderung des Medikationsplan jedoch mit unterstützender Patientenberatung

## III. Praktische Umsetzungsprobleme beim Entlassmanagement (Dr. Carolin Wolf)

Aus dem Alltag einer Uniklinik wurde aus Perspektive der Krankenhausapotheker über die Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung des Entlassmanagement, insbesondere über organisatorische Herausforderungen und die Nutzung des bundeseinheitlichen Medikationsplans berichtet (7). Die gemachten Erfahrungen wurden dargestellt und sind im Einzelnen in die Zusammenfassung der Diskussion unter IV. eingearbeitet.

Als Fazit wurden insbesondere folgende Strategien zur Verbesserung der AMTS eingebracht:

- Förderung verbesserter IT insbes. für BMP und patientenbezogenen Arzneimitteldokumentation
- Regelungen für eine leichter umsetzbare Arzneimittel-Mitgabe schaffen (z.B. fehlende N1, BTM)
- Allgemeine Umsetzungshinweise bzw. Handlungsempfehlungen fortführen und weiterentwickeln

## IV. Diskussion

Im Anschluss an die Kurzreferate wurde aufbauend auf die durch die Referenten eingebrachten Aspekte, über die Erfahrungen mit dem Status quo und Strategien zur Verbesserung der AMTS in der sektorenübergreifenden Arzneimitteltherapie unter den Anwesenden diskutiert. Das Ergebnis dieser Diskussion kann wie folgt zusammengefasst werden:

<b>Grundsätzliches</b>
<p>Gemachte Erfahrungen (Defizite):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- es gibt kein etabliertes sektorenübergreifendes Verständnis vom „optimalen“ Medikationsprozess</li> <li>- es fehlt die Klärung von priorisierten Prozessdefiziten und Qualitätszielen/-anforderungen</li> <li>- es fehlen sektorenübergreifende Orientierungshilfen (eher nur punktuell und auf einen Sektor begrenzt)</li> <li>- es gibt verordnungsbedingte Risiken, die durch den Medikationsplan allein nicht adressiert werden</li> <li>- Kliniken sind in den Rechtsgrundlagen nicht gut in den Medikationsprozess integriert (z.B. AM-RL<sup>1</sup>)</li> </ul>

<b>Entlassmanagement</b>
<p>Gemachte Erfahrungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Identifizierung von Patienten mit Beratungsbedarf bei Entlassung ist unklar</li> <li>- ambulant geltende Regeln werden beim Entlassrezept direkt relevant (z.B. Rabattverträge, AM-RL<sup>1</sup>)</li> <li>- Arzneimittel-Austausch bei Entlassung umfasst komplexere Regeln (z.B. SAL<sup>2</sup>, Zielvereinbarungen)</li> </ul>

<sup>1</sup> AM-RL = Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

- Notwendigkeit für eine intensive Schulung der Ärzte zum Entlassrezept besteht
- Notwendigkeit für umfangreiche IT Anpassungen für die neuen Vorgaben zum Entlassmanagement
- Notwendigkeit für komplexe Anpassungen der bisheriger Arbeitsprozesse
- Software passt oft nicht ausreichend gut auf die lokal notwendigen Arbeitsschritte
- Dokumentation der Ausstellung eines Entlassrezepts und der Mitgabe ist im Medikationsplan möglich
- Hoher Beratungsbedarf/hohe Zahl an Rückfragen an die Krankenhausapotheke (intern und extern)
- Entlassrezepte enthalten überwiegend verordnungsfähige Arzneimittel
- Entlassrezepte enthalten fast zur Hälfte BTM (45%, n=80)

Gemachte Erfahrungen (Defizite):

- Regeln für interne Zuständigkeiten fehlen (z.B. Entlassrezepte auch durch Assistenzärzte erstellbar?)
- hohes Fehlerpotential bei Verordnungen im Entlassmanagement, insbes. bei BTM
- hoher interner Prüfaufwand bei der Verordnung von Entlassrezepten
- Regeln für die interne Arbeitsorganisation fehlen (z.B. 6 verschiedene Berufsgruppen drucken Rezepte)
- Regelungen für eine Mitgabe von Arzneimittel für 3 Tage auch in der Woche sind nötig und fehlen
- Regeln für die Arzneimitteln-Mitgabe bei fehlender N1-Normierung oder N1-Lieferschwierigkeiten fehlen
- Regeln für die BTM-Verordnung sind kaum umsetzbar und eine Mitgabe ist ausgeschlossen

<sup>1</sup> AM-RL = Arzneimittel-Richtlinie, <sup>2</sup> SAL = Substitutionsausschlussliste der AM-RL

### **Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP)**

Gemachte Erfahrungen:

- der BMP erhöht und beschleunigt den sektorenübergreifenden Informationsaustausch
- der BMP verbessert den Informationsaustausch insbesondere für Hausärzte und Apotheker
- der BMP ist eine gute Kommunikations- bzw. Beratungshilfe für alle Beteiligten, inkl. der Patienten
- der BMP ist, vollständig und korrekt erstellt, eine gute Grundlage für AMTS-Prüfungen
- der BMP hilft Krankenhausapotheker stärker in das Entlassmanagement zu integrieren
- der BMP erhöht das Wissen über den Ordnungsgrund im Vgl. zu anderen Vorlagen (z.B. 0% ->40%)
- Patienten haben keine Präferenz, ob ein Arzt oder Apotheker die Aktualisierung übernehmen sollte
- Apotheker können das Entlassmanagement sehr gut unterstützen und viele Fragen klären

Gemachte Erfahrungen (Defizite):

- Patienten ist der BMP oft nicht bekannt
- Patienten haben in der überwiegende Zahl keinen Medikationsplan (vorh.: 30-40%, stationär 7-20%)
- Fachärzte nehmen den BMP oft nicht zur Kenntnis, machen keine Einträge
- Patienten haben manchmal mehrere verschiedene BMP
- Patienten die einen BMP besitzen, verstehen diesen ohne Beratung meist nicht
- Patienten haben einen hohen Informationsbedarf (z.B. für 57% ist der Ordnungsgrund neu)
- die BMP-Erstellung ist aufwendig, auch bei kleinen Änderungen (z.B. Dosisanpassungen)
- die BMP-Erstellung führt zu weniger Zeit für den Patienten
- es gibt verordnungsbedingte Risiken, die der Medikationsplan nicht löst
- BMP-Ausdruck nicht möglich, wenn dieser unvollständig ist oder keine aktuelle Verordnung erstellt ist
- der BMP verbessert nicht die Verfügbarkeit von Hinweisen zu Arzneimitteln (weiterhin nur 10%)
- der Umgang mit eigenen Eintragungen der Patienten ist unklar

Gemachte Erfahrungen (Defizite der Software):

- Ausfertigung eines BMP, sowohl in Praxen wie in Kliniken, ist meist immer noch technisch holprig
- Ausfertigung des BMP sollte für alle Ärzte und Apotheker online einzusehen und aktualisierbar sein
- viele Kliniken müssen die IT selber umprogrammieren, dies beauftragen und lange warten
- Einscannen des Medikationsplans funktioniert nicht oder nicht zuverlässig
- falsche Präparatezuordnung bei Wirkstoff-Salzen mit unterschiedlicher klinischer Wirkung erfolgen
- patientenbezogene Erfassung von Arzneimitteln sind im Krankenhaus ein Problem
- alleinige Wirkstoff-Nennung ist ohne Präparatangabe nicht möglich, aber im Krhs. erwünscht
- kein oder falsche Übernahme der Stärke aus dem Handelsnamen
- Angabe der Dosierung unter morgens „1x“ verhindert die Übergabe/das Einlesen des Plans
- Grund und Hinweise von ca. 90% der Patienten erwünscht, aber oft nicht genannt, da optional
- Freitextfelder führen zu meist nicht nutzbaren unvollständigen Einträgen (im Krankenhaus)
- die automatische Hin- und Rückumstellung der Medikation ist oft nicht möglich
- die Übernahme des BMP in den Arztbrief ist technisch oft nicht möglich

## V. Ergebnisse (Vorschläge)

Aus den grundsätzlichen Überlegungen, den Erfahrungsberichten und der Teilnehmersdiskussion haben sich eine Vielzahl an konkreten Einzelaspekten ergeben, aus denen sich nach Meinung der Organisatoren des Workshops im Nachgang als Ergebnis sowohl vier grundsätzliche Strategien, sowie auch beispielhafte konkrete Einzelmaßnahmen ableiten lassen, um die AMTS weiter zu verbessern (s.u.).

Die Autoren schlagen vor, dass das Workshop-Ergebnis im Rahmen der Koordinierungsgruppe beim BMG zum Aktionsplan AMTS weiter zu diskutieren und gegebenenfalls einzelne Strategien oder Maßnahmen davon bei der Auswahl neuer Maßnahmen für den neuen Aktionsplan 2020-23 aufzugreifen.

### 1. Notwendiger gesetzlicher oder normativer Regelungsbedarf für die AMTS

- z.B. Nähere Beschreibung wichtiger Kernprozesse im Medikationsprozess (sektorenübergreifend)
- z.B. Eindeutige Festlegung von Verantwortlichkeiten der Berufsgruppen im Medikationsprozess
- z.B. Zugang aller Beteiligten insbes. auch in Krankenhäusern zu der IT bzw. den Arzneimitteldaten
- z.B. Anpassung der BfArM-Leitlinie für Herstellerangaben bzgl. der Nennung der Wirkstoff-Salzform
- z.B. Erweiterung von Pflichtangaben bei der Arzneimitte-Verordnung (Gründe, Einnahmehinweise)
- z.B. Angleichung der BMP-Erstellungspflicht im SGB-V für den ambulanten und stationären Sektor
- z.B. Maßnahmen zur vereinfachten Arzneimittel-Mitgabe aus dem Krankenhaus bei Entlassung
- z.B. Packungsgrößenverordnung: Ergänzung fehlender N1 Normierungen

### 2. Finanzieller Förderbedarf

- z.B. für den Ausstattungsaufwand beim Entlassmanagement in Krankenhaus-/Apotheken
- z.B. für AMTS-Dienstleistungen im Krankenhaus (Anamnesen, etc)
- z.B. für IT-Ausstattung im Krankenhaus zur Förderung der AMTS (elektronische Verordnung)

### 3. Maßnahmen für AMTS-Verbesserungen (grundsätzliche Systematik, Orientierungshilfen, IT)

- z.B. Workshop für gemeinsames Verständnis zu Aufgaben vom Medikationsprozess durchführen
- z.B. Integration des BMP in Bonusprogramme der Krankenkassen
- z.B. Pilotierung/Evaluierung der APS-Handlungsempfehlung zur guten Verordnungspraxis
- z.B. IT-Workshop zur Analyse und Behebung techn. Probleme um den BMP in Praxen wie in Kliniken
- z.B. Anpassung der Spezifikation zum Medikationsplan (und der Umsetzungshinweise für den BMP)

### 4. Forschungsbedarf

- z.B. Klärung von Defiziten & Qualitätszielen für den sektorenübergreifenden Medikationsprozess
- z.B. Evaluation von AMTS-Software im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung

## Literatur

- (1) <https://www.akdae.de/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2016-2019/> (letzter Aufruf 31.07.2019)
- (2) <http://www.patientensicherheit2018.de/> (letzter Aufruf 31.07.2019)
- (3) [http://www.csioffice.de/download/AkdÄ/Programmheft\\_Patientensicherheit2018.pdf](http://www.csioffice.de/download/AkdÄ/Programmheft_Patientensicherheit2018.pdf) (letzter Aufruf 31.07.2019)
- (4) Boldt & Aly (2018): Qualität und Qualitätssicherung im SGB V. In: Baehr & Melzer. Closed Loop Medication Management. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin (1), S. 23-32. (ISBN 978-3-95466-343-9)
- (5) Koordinierungsgruppe (2014). Definitionen zu Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201503/099h/index.php> (letzter Aufruf 31.07.2019)
- (6) Ulmer I, Mildner C, Krämer I (2019): Der Beitrag des bundeseinheitlichen Medikationsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Krankenhauspharmazie 2019;40,359-66.
- (7) Abstractband 5. Kongress für Patientensicherheit: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201804/index.php>