

KURZBERICHT

Thema	Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich der Akzeptanz und Praktikabilität – MetropolMediplan 2016
Schlüsselbegriffe	Bundeseinheitlicher Medikationsplan, Arzneimitteltherapiesicherheit
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Auftragnehmer(in)	Klinikum Fürth Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg & Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie und Klinische Toxikologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Projektleitung	Prof. Dr. Harald Dormann
Autor(en)	Prof. Dr. Harald Dormann, Prof. Dr. Renke Maas
Beginn	01.01.2015
Ende	31.03.2017

Vorhabenbeschreibung, Arbeitsziele

Ziel des vorliegenden Projekts aus dem Bereich der Versorgungsforschung war die Evaluation eines bundeseinheitlichen Medikationsplans. Es handelte sich hierbei um ein Teilprojekt des Aktionsplans 2013 - 2015 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Aktionsplan_2013_-_2015.pdf).

Der bundeseinheitliche patientenorientierte Medikationsplan wurde im Oktober 2014 von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) im Rahmen des "Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland" mit dem Ziel vorgestellt, Patienten besser zu ihrer Medikation zu informieren und gleichzeitig den Austausch von Medikationsdaten zu vereinheitlichen (und damit zu erleichtern). Formal betrachtet stellt der Medikationsplan primär eine Information für die Patient(inn)en dar. Alle am Projekt beteiligten Praxen, Kliniken und Apotheken konnten und sollten Ihre Patient(inn)en einen bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) zur Verfügung stellen. Der BMP konnte und sollte in der Metropolregion von den am Projekt beteiligten Praxen, Kliniken und Apotheken, aber auch zum Austausch von Medikationsdaten und damit verknüpften therapie relevanten Daten genutzt werden. Er konnte auf verschiedene Weise angelegt, modifiziert und ausgetauscht werden (von papierbasiert bis elektronisch). Formal ersetzt der BMP jedoch nicht die reguläre (Arzneimittel-) Anamnese durch die Ärzte/Ärztinnen und Apotheker/innen, die weiterhin unverändert nach bester Berufspraxis standardisiert auf Basis der lokalen SOPs erfolgt.

Im Rahmen des Projektes sollten Daten erhoben werden zu:

1. Akzeptanz, Praktikabilität und Nutzung des BMP aus Sicht der Patient(inn)en;
2. Akzeptanz, Praktikabilität und Nutzung des BMP aus Sicht der Gesundheitsdienstleister (Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/innen und deren Mitarbeiter/innen);
3. technischen Erfordernissen und zur inhaltlichen Qualität der BMP unter besonderer Berücksichtigung der Nutzbarkeit zur Identifikation von Medikationsrisiken.

Datenschutzrechtliche Aspekte des Datentransfers und der Datenspeicherung wurden unabhängig mit den zuständigen Datenschutzbeauftragten einschließlich des Landesdatenschutzbeauftragten geklärt, die keine Bedenken erhoben haben.

Durchführung, Methodik

Phase I: In den ersten zwei Wochen der ersten Interventionsphase wurden alle teilnehmenden Ärzte und Apotheker zu den SOPs zur BMP-Erstellung, -Fortschreibung und -Archivierung sowie zum Einschluss von Patienten gemäß Studienprotokoll geschult. In der ersten Interventionsphase wurde die aktuell bestehende Spezifikation des BMP und der Fortschreibungsregeln evaluiert.

Phase II: In der zweiten Phase wurde die auf Basis der ersten Phase optimierte Spezifikation und Implementation evaluiert.

Phase III: In der dritten Phase wurde die auf Basis der zweiten Phase optimierte Spezifikation und Implementation evaluiert und eine Abschlussanalyse für das Gesamtprojekt durchgeführt.

Aus Sicht der Patienten gab es zwei Stufen der Teilnahme:

Stufe 1 (Alle Patient(inn)en in allen 3 Studienphasen): Einfache Nutzung des BMP.

Teilnehmen konnten alle Patienten der Praxen, Kliniken und Apotheken, wenn sie in die Nutzung des BMP einwilligten. Auf Basis anonymisierter Daten sollte hier die Nutzung, Fortschreibung und prinzipielle Eignung des BMP zur Nutzung für die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) untersucht werden.

Stufe 2 (Befragung von je 110 Patient(inn)en in allen 3 Studienphasen):

Hier erfolgte zusätzlich eine Teilnahme an einer Patientenbefragung mit erweiterter Datenerhebung. Für diesen Teil erfolgte eine eigene Aufklärung und Einwilligung. Aus den teilnehmenden 12 Partner-Praxen aus zwei Praxisnetzen wurden 110 an dem Projekt teilnehmende Studienpatient(inn)en über 3 Projektphasen hinweg mit einer Patientenbefragung pro Studienphase begleitet.

Projektteil Akzeptanz, Praktikabilität und Nutzung aus Sicht der Gesundheitsdienstleister

Hier wurden bei Mitarbeitern teilnehmender Praxen und Apotheken über drei Studienphasen Daten zu Akzeptanz, Praktikabilität und Nutzung des BMP mittels Befragung erhoben.

Es wurde zusätzlich eine digitale Version des BMP entwickelt, die von den Gesundheitsdienstleistern auch zentral gespeichert und gepflegt werden konnte. Es konnte eine sektorenübergreifende voll-digitale Infrastruktur zum Austausch des BMP aufgebaut werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus dem papiergebundenen und elektronischen BMP-Austausch wurden implementiert und evaluiert.

Gender Mainstreaming

Das Projekt richtete sich gleichermaßen an Frauen und Männer.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Die folgenden Passagen wurden zum Teil auf Basis von Daten und Texten der Antragsteller durch den Projektträger formuliert und zur Wahrung der Konsistenz mit anderen Unterlagen hier übernommen.

Im Rahmen des MetropolMediplan 2016-Projektes des Klinikums Fürth wurde der BMP 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 erfolgten 863 BMP-Erstellungen (papierbasiert und elektronisch) und 2070 Fortschreibungen. 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 Patient(inn)en hatten positive Erwartungen in Bezug auf Übersichtlichkeit und AMTS und empfanden den BMP als nützlich. Der Mehrzahl der Patient(inn)en war eine regelmäßige Aktualisierung des BMP wichtig und es war bei 20% der Patient(inn)en über die jeweiligen Interventionsphasen ein deutlicher Lerneffekt zu verzeichnen. Lesbarkeit und Verständlichkeit, ebenso wie die Größe des Planes 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 die Apotheker/innen optimistischere Erwartungen an die Effekte des BMP in Bezug auf Patientensicherheit, Compliance und das Medikationsmanagement als die teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen. Beide Berufsgruppen wiesen auf den nicht unerheblichen Zeitaufwand der Ersterstellung des BMP hin, den sie in den aktuellen Vergütungssystemen unzureichend abgebildet fanden. Der BMP schafft auch Transparenz und neue Verantwortlichkeiten, mit der die Akteure im deutschen Gesundheitssystem erst lernen müssen umzugehen.

Erhebungen zur Datenqualität der untersuchten BMPs (Vergleich BMP vs. PVS und BMP vs. Brown-Bag) zeigten zum Teil deutliche Differenzen sowohl qualitativ wie auch quantitativ. Mit zunehmender Fortschreibung und insbesondere, wenn Apotheker und Arztpraxen gemeinsam fortschrieben, konnte eine Erhöhung der Informationsqualität und der AMTS erreicht werden. Praktische und die AMTS betreffende Probleme entstanden vor allem beim Patientenbesuch von Apotheken und Arztpraxen, die nicht am Projekt teilnahmen und somit den BMP nicht fortschrieben, da die Informationsgrundlage zur Bewertung der AMTS ungenügend war oder fehlte.

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 die Patient(inn)en besser über seine Diagnosen und Therapien informieren. Der BMP muss also technisch und organisatorisch in die Prozesse der Leistungserbringer eingebunden sein und die verschiedenen Vorschriften im E-Health-Gesetz müssen aufeinander abgestimmt sein.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der BMP in der Papierversion ein Schritt in die richtige Richtung ist. Um das Potential vollständiger und aktueller Medikationsdaten für die AMTS zu heben, müssen aber noch tiefgreifende Änderungen im Medikationsprozess in Deutschland erfolgen. Hierzu gehören insbesondere eine verbesserte interdisziplinäre Kommunikation und Verantwortlichkeitskultur und vor allem auch eine bessere Nutzung bzw. Förderung der Nutzung von Medikationsdaten für die AMTS.

Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Übermittlung an das Gremium nach § 31a Abs. 4 SGB V; Vorstellung auf Kongressen usw. .

Verwendete Literatur

Siehe Abschlussbericht.