

**Ein Gesundheits-Netzwerk mit Erfolg: Innovativ, sektorenübergreifend, wirkungsstark**

## **AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN FÜR POLITIK, INDUSTRIE UND SELBSTVERWALTUNG**

Qualitätsverbesserung, hohe Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie Praktikabilität – auf diesen vier Säulen fußt das Modell der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen seit seinem Start im Jahr 2014. Ein Modell, das Wirkung zeigt und ein positives Beispiel für die Verbesserung der Versorgung von Patienten<sup>1</sup> ist, die fünf oder mehr verschiedene Medikamente einnehmen.

Falsche Medikamenteneinnahme, Wechselwirkungen von Arzneien untereinander und unzulängliche Kommunikationsmöglichkeiten zwischen den Gesundheitspartnern im Sinne der Patienten haben massive Folgen für das Gesundheitssystem. So basiert beispielsweise jede zwanzigste Notfalleinweisung in ein Krankenhaus auf Medikamentenwirkungen<sup>2</sup>. Die AOK PLUS, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Apothekerverbände Sachsen und Thüringen führen mit der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen – ARMIN bis zum 31. März 2022 ein Modellvorhaben durch, was genau hier ansetzt. Es umfasst die Module Wirkstoffverordnung, Medikationskatalog und Medikationsmanagement.

Nachdem der Medikationskatalog bereits Einzug in die vertragsärztliche Versorgung gefunden hat, ist es das erklärte Ziel der Vertragspartner, sowohl die Wirkstoffverordnung als auch das IT-gestützte und gemeinsame Medikationsmanagement, an dem aktuell ca. 3.500 Patienten teilnehmen, nach Ende der Modelllaufzeit in die Regelversorgung zu überführen. Dann könnten alle gesetzlich versicherten Patienten von den Vorteilen der Initiative profitieren und die elektronische Vernetzung zwischen Arzt und Apotheker wäre auf eine neue Stufe gestellt.

Die konzeptionelle Vorarbeit für eine Regelversorgung wurde von den ARMIN-Projektpartnern erarbeitet und kann als Basis für alle Anpassungen und Erweiterungen gern zur Verfügung gestellt werden. Dabei gibt es allerdings sowohl technische Hürden als auch normative Beschränkungen, die es zu beseitigen gilt.

Im Folgenden benennen die ARMIN-Projektpartner deshalb die wichtigsten an Politik, Industrie sowie Selbstverwaltung gerichteten Forderungen und erläutern diese.

### **Die ARMIN-Projektpartner fordern die Politik auf:**

#### **Patienten sollen das Recht auf einen praktikablen und sektorenübergreifenden elektronischen Medikationsplan bekommen.**

Um den Nutzen eines einheitlich, verfügbaren Medikationsplanes in der Patientenversorgung zu erhöhen, muss es eine Fortschreibung des E-Health-Gesetzes in dieser Legislaturperiode geben. Gesetzgeberische Vorgaben für die technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Erstellung und Pflege elektronischer Medikationspläne sind zu schaffen. Es ist eine zügige Einigung auf die künftige Spezifikation des e-Medikationsplanes sowie die notwendige Zertifizierung der Softwaresysteme der Leistungserbringer erforderlich.

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Forderungskatalog Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in maskuliner Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jeweils Personen aller Geschlechter gleichermaßen.

<sup>2</sup> N El Morabet et al.: Prevalence and Preventability of Drug-Related Hospital Readmissions: A Systematic Review. JAGS 2018; 66:602–608

## Hintergrund:

Der mit dem E-Health-Gesetz eingeführte bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP) hat bei Weitem nicht die Rolle erlangt, die er einnehmen sollte. Aus verschiedenen Ursachen (inadäquate Vergütung, teilweise nutzerunfreundliche und noch dazu kostenintensive Softwarelösung, Fortsetzung von Medienbrüchen) wird er von den Ärzten nicht im vorgesehenen Maße genutzt. Darüber hinaus nützt der BMP zum Beispiel im Pflegeheim oder im Krankenhaus wenig, weil er keine praktikable, sektorenübergreifende und IT-gestützte Lösung ist. Zudem ist weiterhin der Patient der „Datenträger“. Das heißt, dass die benötigten Informationen im Notfall zumeist nicht zur Verfügung stehen, weil der Patient den Plan nicht bei sich hat. Dies entspricht nicht den Anforderungen des Jahres 2018 und sollte zum Nutzen aller im Gesundheitssystem Beteiligten an die heutigen technischen und digitalen Standards angepasst werden.

## **Erweiterung der derzeitigen gesetzlichen Regelungen für die Durchführung eines gemeinsamen Medikationsmanagements im Rahmen der Regelversorgung.**

Damit gesetzlich versicherte Patienten von den Vorteilen der Arzneimittelinitiative profitieren, ist die Möglichkeit eines Angebots für ein (satzungsmäßiges) gemeinsames Medikationsmanagement durch Ärzte und Apotheker in der Regelversorgung zu schaffen.

Grundlagen müssen zum Beispiel im § 129 SGB V für Apotheken und § 73 SGB V für Ärzte geschaffen werden. Dies gilt ebenso für gesonderte pharmazeutische Dienstleistungen von Apotheken für jeweils interessierte Krankenkassen. Als weitere Variante soll das Medikationsmanagement als kassenindividuelle Satzungsleistung möglich sein.

## Hintergrund:

Bislang ist es den gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht möglich, im Rahmen ihrer Gesamtverträge Vertreter und Institutionen anderer Heilberufe (z. B. Apotheken) mit einzubeziehen, um beispielsweise die Anforderungen und Vergütungen für gemeinsam am Patienten erbrachte Gesundheitsdienstleistungen zu regeln.

Im Rahmen kollektiver Ausgestaltung und der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ist es aktuell nicht möglich, pharmazeutische Dienstleistungen gesondert zu vereinbaren. Aber gerade hier ist die sprechende Medizin für Patienten erlebbar und von großem Nutzen.

## **Gesetzliche Anpassung für die bundesweite Etablierung einer Wirkstoffverordnung.**

Um die Wirkstoffverordnung für die Verbesserung der Therapietreue der Patienten in der Regelversorgung bundesweit umzusetzen, bedarf es definierter Rahmenbedingungen.

Dazu gehört eine Änderung der Abgaberegeln in Apotheken zur Umsetzung von Wirkstoffverordnungen. In Abweichung vom Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V muss diese so festgelegt werden, dass es unter Beachtung der jeweils gültigen Rabattverträge möglichst selten zu Wechseln der Fertigarzneimittel kommt.

## Hintergrund:

In ARMIN wurden bisher über 3 Mio. Wirkstoffverordnungen ausgestellt. Die praktikable Umsetzung erfolgt auf Basis qualitätsgesicherter, codierter und standardisierter Daten (sog. WG14-Wirkstoffverordnung), die in die Softwaresysteme der Ärzte und Apotheker integriert wurden und regelmäßig aktualisiert werden.

## **Senkung der bürokratischen Hürden**

Um IT-gestützte Technologien und alternative Versorgungsformen schneller in der Patientenversorgung zu testen und zu verankern, sind bürokratische und rechtliche Hürden insbesondere für Modellprojekte zu vereinfachen.

Unter der Prämisse, dass der Patient Herr seiner Daten ist, sollten Regelungen im Sozialgesetzbuch V in ihrer Gesamtheit kritisch geprüft und zeitnah angepasst werden, um die Versorgung der Patienten einfach und praktikabel zu gestalten.

### Hintergrund:

Unterschiedliche und für sich alleinstehende Regelungen im Sozialgesetzbuch, die den technologischen Fortschritt und die Lebenswirklichkeit der Patienten nicht mehr realistisch widerspiegeln (z. B. 4-teiliges Teilnahmeformular, das bisher elektronisch nicht rechtlich sicher realisierbar ist), bauen unnötige bürokratische Hürden auf.

## **Die ARMIN-Projektpartner fordern die Selbstverwaltung zur Überwindung der technischen Hürden und dem Aufbau einheitlicher Standards auf.**

### **Schaffung von Rahmenbedingungen für einheitliche Arzneimittelinformationen**

Um die größtmögliche Klarheit für Patienten, Arzt und Apotheker im Medikationsplan zu erhalten, ist es von enormer Bedeutung, dass es verständliche und einheitliche Standards zu Arzneimittelinformationen gibt. Diese müssen in elektronischen Verordnungssystemen und Arzneimitteldatenbanken zu Grunde liegen.

Die Rahmenbedingungen sind durch die für die Zertifizierung von Softwarelösungen im Gesundheitsdienst verantwortlichen Stellen zu definieren. Hierbei sollte unter anderem bereits auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zum Bundeseinheitlichen Medikationsplan (AG BMP) zurückgegriffen werden, da sie inhaltliche Empfehlungen zur Vereinheitlichung der entsprechenden Informationen ausgearbeitet hat.

Dazu gehört auch die Bereitstellung eines einheitlichen qualitätsgesicherten, codierten und standardisierten Datensatzes zur Etablierung einer bundesweiten Wirkstoffverordnung (siehe Punkt 3), der in die Softwaresysteme der Ärzte und Apotheker integriert ist und regelmäßig aktualisiert wird. Nur so ist eine einheitliche Erzeugung und Interpretation von ärztlichen Verordnungen und damit eine fehlerfreie Umsetzung möglich.

### Hintergrund:

Die Arzneimittelinformationen in den Softwaresystemen der Ärzte und Apotheker unterscheiden sich derzeit teilweise erheblich je nach hinterlegter Arzneimittelstammdatenbank (z. B. ABDATA, ifap, MMI) in ihrer semantischen Darstellung. Dies erschwert etwa automatische Differenzabgleiche von Medikationsplänen aus verschiedenen Praxis- bzw. Apothekenverwaltungssystemen.

Da auf semantischen Unterschieden beruhende Abweichungen von Arzneimittelbezeichnungen („Pseudoänderungen“) unnötig sind, den Aufwand aller Beteiligten erhöhen und nicht zuletzt Patienten verwirren können, ist es unerlässlich, die im Gesundheitswesen verwendeten Arzneimittelinformationen zu vereinheitlichen.

## **Bessere Interoperabilität von Medikationsplanformaten**

Es muss eine zügige Einigung auf eine Spezifikation des e-Medikationsplanes sowie die notwendige Zertifizierung der Softwaresysteme der Leistungserbringer erfolgen. Es sind hierbei technische Hürden zu beseitigen, in dem die gematik in ihrem Projekt zum elektronischen Medikationsplan/AMTS (eMP/AMTS) die entsprechenden Festlegungen zu einer maximalen Interoperabilität auch zu weiteren Medikationsplanformaten sowie anderen Medikationsdaten verarbeitenden E-Health-Anwendungen trifft. Die für die Zertifizierung von Softwarelösungen im Gesundheitsdienst verantwortlichen Stellen (z. B. KBV) sollen durch Anpassung der Anforderungen an die Zertifizierung durch nachgewiesene geeignete Anwendertests sicherstellen, dass die umzusetzenden Funktionalitäten praxistauglich und anwenderfreundlich implementiert werden.

### Hintergrund:

Derzeit existieren in den Systemen der Ärzte mehrere Medikationsplanformate parallel, die untereinander nicht immer interoperabel sind. Diese Interoperabilität muss hergestellt werden, ist sie doch Voraussetzung für einen verlustfreien Informationsfluss zwischen Ärzten und Apothekern sowie für nutzerfreundliche Softwarelösungen. Nur so kann die Arzneimitteltherapiesicherheit verbessert werden und Medikationspläne finden umfassende Verbreitung und Akzeptanz. Dies sorgt dafür, dass künftige innovative E-Health-Lösungen für ihre regionale Erprobung auf einem geordneten Rahmen aufsetzen und bei entsprechender Bewährung von anderen Regionen unkompliziert mitgenutzt werden können.

## **Die ARMIN-Projektpartner fordern die Industrie auf, anwenderfreundliche Softwarelösungen bereitzustellen.**

Wie in den angeführten Punkten deutlich wird, bedarf es für die Beseitigung vieler Hürden anwenderfreundliche Softwarelösungen in den Arztpraxen und Apotheken. Hierzu ist es erforderlich, die Erfahrungen von Apothekern und Ärzten durch entsprechende Tests im Vorfeld stärker mit einzubeziehen.

### Hintergrund:

Die Ende 2016 erfolgte Erweiterung der Praxisverwaltungssysteme (PVS) um den bundes einheitlichen Medikationsplan sowie die kurz zuvor implementierte Umsetzung des ARMIN-Medikationsplanes haben gezeigt, dass Softwarehersteller sehr unterschiedlich an die Umsetzung solcher Vorgaben herangehen. Die bis dahin schon in vielen PVS vorgehaltenen Medikationsplan-ähnlichen Informationen wurden teilweise nicht, wie vermutet, in ein neues einheitliches Layout gehoben und die bestehenden Module nur um die zusätzlich benötigten Funktionen ergänzt. Stattdessen wurden unabhängig voneinander arbeitende neue Module mit abweichender Funktionalität und Bedienphilosophie geschaffen. Dies ist wenig praktikabel und verringert die Akzeptanz des Medikationsplanes.

Eine gute und unkomplizierte Lösung ist aus Sicht der ARMIN-Projektpartner auch die für einen Patienten zusammenzustellenden Medikationsdaten in einer zentralen Datenquelle innerhalb des jeweiligen Praxisverwaltungssystems vorzuhalten. Daraus werden dann die für einen Datenaustausch oder Ausdruck benötigten Medikationsplandaten erzeugt. In die Zertifizierungsanforderungen neuer Softwarefunktionen ist künftig auch der Nachweis der Praxistauglichkeit durch erfolgreich absolvierte Anwendertests aufzunehmen. Dies sollte bis Ende 2018 umgesetzt werden.

## **Die Zukunft gestalten in der gesundheitlichen Versorgung. Dies ist das gemeinsame Ziel der Vertragspartner von ARMIN. Mit den richtig gestellten Weichen können sowohl die Patienten, als auch die Akteure vor Ort von dem Modellvorhaben profitieren.**

Dresden, Weimar, Leipzig, Erfurt den 18.06.2018