

Aachener Learning Community

„Innovative IT in der Medikamentenversorgung“

Ergebnisse des 3. Workshops vom 28. August 2012, AOK Rheinland/Hamburg, Aachen

Dieses Dokument fasst die Ergebnisse des dritten Workshops zusammen. Der Workshop begann mit einem Vortrag von Frau Claßen, in dem sie den anwesenden Mitgliedern der Learning Community die AOK Rheinland/Hamburg vorstellte und genauer auf das Thema Rabattverträge einging. In der darauf folgenden Diskussion wurden die Kritikpunkte der anderen Teilnehmer an diesem System verdeutlicht. Anschließend stellte Philip Mayer die Projektidee „Aktuelle Medikationsdaten in Versorgungsnetzwerken (AMeVe)“ vor. In der anschließenden Diskussion wurden verschiedene Eckpunkte des Konzepts vertieft. Abschließend berichtete Stefan Schellhammer über den Fortschritt des geplanten Praktikantenprogramms.

Vortrag von Frau Claßen: Welche Verbindung hat die AOK Rheinland/Hamburg zu unserem Projekt?

Die AOK Rheinland/Hamburg betreut zurzeit 2,8 Millionen Versicherte, davon 66.000 in Aachen. Insgesamt verfügt die AOK R/H über 107 Geschäftsstellen und 28 örtliche Regionaldirektionen, davon 27 im Rheinland und eine in Hamburg, sowie eine Zahnklinik in Düsseldorf, ein Bildungszentrum in Grevenbroich und ein Sprachheilinstitut in Mettmann. Im Jahr 2010 wurden pro Mitglied im Schnitt 666€ für Medikamente ausgegeben, auf Arzneimittel entfallen ca. 17% des gesamten Haushaltes¹.

Rabattverträge

Die AOK Gemeinschaft hat im Zeitraum von 2007 bis 2011 durch Rabattverträge mit Pharmaherstellern 1,6 Mrd. EUR eingespart und konnte so unter anderem Mehrausgaben im Krankenhausbereich ausgleichen. In Bezug auf die bisherigen Ergebnisse der Learning Community identifizierte Frau Claßen sechs Berührungspunkte, auf die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaherstellern einen Einfluss haben könnten:

(1) Betreuung und Überwachung des Patienten werden durch Rabattverträge erschwert, der Beratungsaufwand für Ärzte und Apotheker steigt, die Therapietreue der Patienten sinkt. Eventuell liegt jedoch hier auch eine Chance zur Verbesserung der Zusammenarbeit beispielsweise von Ärzten und Apothekern. (2) Distribution und Vertrieb könnten durch individuellere, an den Patienten angepasste Verpackungen (Verblisterung) verbessert werden. Dies brächte neben Kostenvorteilen und weniger Müll eventuell auch eine höhere Adhärenz der Patienten mit sich. (3) Der individuelle Patient würde für die Krankenkassen in erster Linie einen erhöhten Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung bedeuten. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass ausgehandelte Rabattverträge scheitern, da die projizierte Abnahmemenge nicht erreicht wird. (4) Neue, bessere Wirkstoffe werden von der Krankenkasse

¹ Die Größenordnung dieser Zahl wurde mittlerweile von uns verifiziert: laut einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (Nr. 16 vom 07.03.2012) hatten die GKV in 2011 Gesamtausgaben von 184,86 Mrd. EUR, hiervon entfielen etwa 17% (30,87 Mrd. EUR) auf Arzneimittel.

uneingeschränkt begrüßt, allerdings besteht auch hier ein mögliches Problempotential bei der Umstellung auf diese neuen Medikamente. (5) Der vollständige Patient wäre für die Krankenkassen hilfreich, um etwa durch „Ärzte-hopping“ unentdeckte Medikamentenabhängigkeiten schneller erkennen zu können. (6) Der mündige Patient schließlich hat zwar möglicherweise genau wie der individuelle Patient einen negativen Einfluss auf die durch Rabattverträge erzielbaren Kosteneinsparungen, ist allerdings durch die Beschäftigung mit seiner Krankheit informierter und wahrscheinlich im Rahmen seiner Möglichkeiten gesünder.

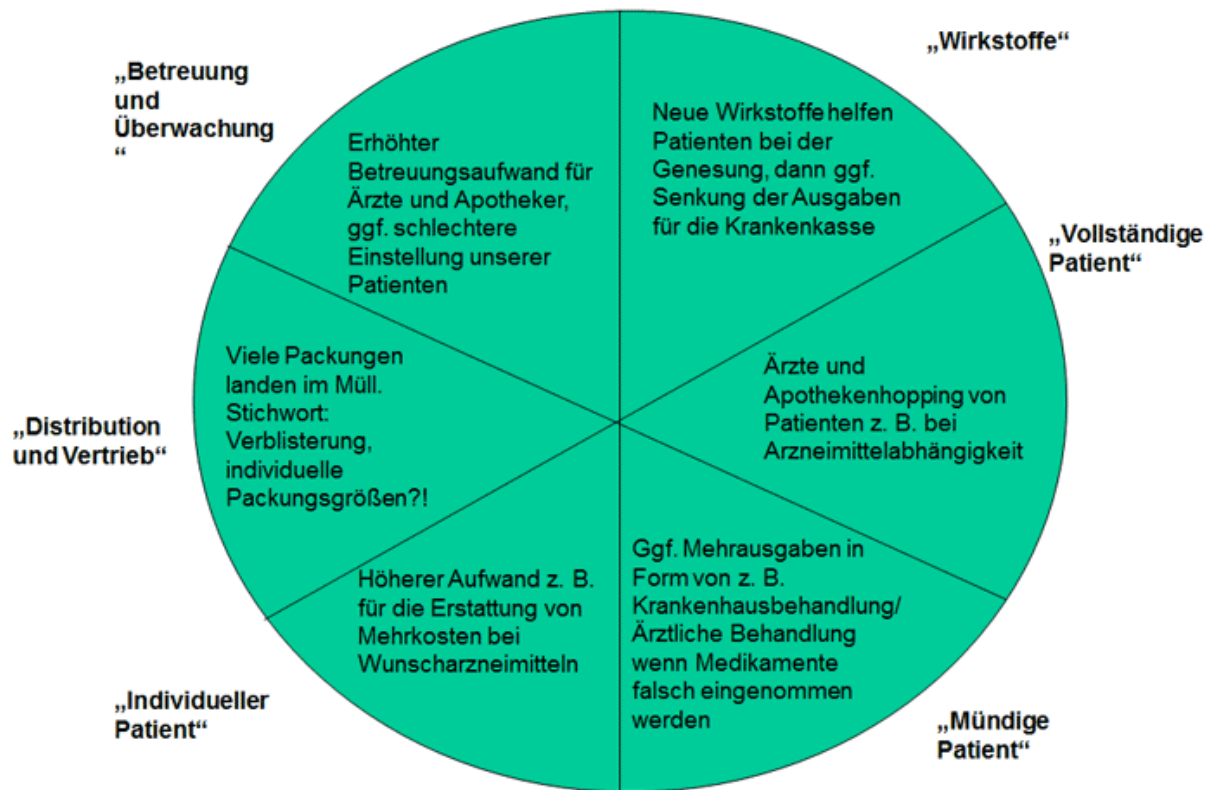


Abb.: Die bisherigen Ergebnisse der Learning Community und ihre Berührungspunkte mit der Arbeit der AOK Rheinland/Hamburg im Bereich von Rabattverträgen, Abbildung von Frau Claßen

Diskussion

Auf Nachfrage erläuterte Frau Neumann, dass Rabattverträge für zwei Jahre ausgehandelt werden. Sie kritisierte, dass es für Patienten unverständlich sei, wenn diese ein Medikament von der Krankenkasse vorgeschrieben bekommen, das scheinbar teurer ist als ein vom Patienten favorisiertes Generikum. Herr Grebe stimmte Frau Neumann zu, dass das Ziel eines mündigen Patienten durch die Intransparenz des Systems unmöglich gemacht wird. Patienten empfinden einen Kontrollverlust und reagieren in der Folge verängstigt oder aggressiv. Frau Claßen stimmte dieser Einschätzung zu, erwiderte jedoch, dass die erzielten Einsparungen insgesamt zu einer Qualitätsverbesserung führten. Aufgrund der Struktur der Rabattverträge kennen außerdem selbst die Krankenkassen den letztendlich von ihnen zu zahlenden Preis für ein Medikament vor Jahresende nicht. Frau Neumann machte auf das Problem aufmerksam, dass der verschreibende Arzt nicht in der Lage ist zu sehen, welches Medikament der Patient in der Apotheke gezwungenermaßen erhalten wird. Herr Grebe sah ein Problem in der Vernachlässigung der Perspektive des einzelnen Patienten: dieser kann sich unter den genannten Summen nichts vorstellen, ist aber in der Lage und größtenteils auch willens, selbst zur Kosteneinsparung beizutragen. Frau Neumann bemängelte Situationen, in denen der Vertragspartner

einer Krankenkasse mehrere Monate nicht in der Lage war, das entsprechende Präparat zu liefern, was zu einer Notwendigkeit der Umstellung der Medikation eines Patienten zu einem für diesen vollkommen arbiträren Zeitpunkt führt. Laut Frau Claßen tritt dieses Problem durch Garantien der Hersteller zu Lieferfähigkeit mittlerweile nicht mehr auf. Abschließend stimmte Herr Burger Herrn Grebe zu, dass eine mangelnde Information des Patienten, nicht nur in Bezug auf Medikation, ein großes Problemfeld darstellt. Hier wurde allgemein ein ‚mit einer Stimme sprechendes‘ Gesundheitssystem vermisst, dass sich beispielsweise durch eine bessere Integration von Ärzten und Apothekern mittels Software erreichen ließe.

Vortrag von Philip Mayer: Projektidee „Aktuelle Medikationsdaten in Versorgungsnetzwerken (AMeVe)“

Philip Mayer stellte die Projektidee „Aktuelle Medikationsdaten in Versorgungsnetzwerken“ vor. Ansatzpunkte sind hierbei die von der Learning Community herausgearbeiteten Themenbereiche des ‚vollständigen‘ und ‚mündigen‘ Patienten sowie die erkannte Notwendigkeit einer besseren Kooperation und Koordination von Leistungsträgern im Gesundheitswesen. Die Kernpunkte dieser Idee finden sich auch in anderen Untersuchungen und Projekten zur Verbesserung der Qualität des deutschen Gesundheitswesens. Das Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates Gesundheit² spricht in diesem Zusammenhang von einer Koordination an Schnittstellen. In NRW existieren in diesem Feld bereits Pilotprojekte wie die elektronische Fallakte in der Region Aachen, der elektronische Arztbrief in der Region Düren und ein eGK-basierter Medikationsserver in Bochum-Wattenscheid. Diesen Systemen gemein ist ein zentraler Hauptknoten, auf dem die entsprechenden Daten gespeichert werden. Dies erscheint auf den ersten Blick sehr logisch und simpel, birgt jedoch bei genauerer Betrachtung eine Vielzahl an Problemen datenschutz-, eigentumsrechtlicher und regulatorischer Natur. Diese Probleme entstehen in erster Linie durch eine durch das System erzwungene Zentralisierung des in Deutschland herrschenden dezentralen Gesundheitswesens, dessen Organisationsstruktur durch selbstständige Leistungsträger geprägt ist.

Im Gegensatz dazu setzt das für die Learning Community erdachte Projekt auf eine dezentrale Speicherung der Daten in der Domäne des jeweiligen Leistungsträgers, der die Daten erfasst hat. Hier ist ganz besonders auf eine Vermeidung von zusätzlichem Arbeitsaufwand zu achten. Die Bereitstellung der Daten sollte durch eine Einbindung in die bereits verwendete Software möglichst transparent ablaufen. Der Fokus des Projekts liegt zunächst auf Medikationsdaten, also einem aktuellen Medikationsplan sowie einer Medikationshistorie, mit dem Ziel einer erhöhten Arzneimitteltherapiesicherheit. Ein zentraler Punkt existiert in diesem System nur noch als eine Art „Router“ oder Aktualisierungsverzeichnis. Das System ist patientengesteuert: sobald beispielsweise ein Patient einen Arzt aufsucht und dort ein Rezept verschrieben bekommt, wird im Zentralsystem nur eine Information abgelegt, dass neue Daten zu diesem Patienten bei dem entsprechenden Arzt vorliegen. Weitere Informationen, etwa darüber, welches Medikament verschrieben wurde, kann der das Medikament ausgebende Apotheker dann direkt durch eine Anfrage beim Systems des Arztes in standardisierter Form erfahren. Andere mögliche Informationspfade wären die umgekehrte Richtung Apotheker – Arzt bei OTC-Medikamenten oder zur Information über den tatsächlich abgegebenen Wirkstoff bei einer Nachsorge durch den Hausarzt. Alleine diese Möglichkeit des Datenaustausches könnte die Arzneimitteltherapiesicherheit entscheidend verbessern. Es wäre sogar denkbar, dass sich durch das

² zu finden unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf (Kurzfassung) oder http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf (Langfassung)

Abbilden der von den Patienten gewählten ‚Laufwegen‘ im Gesundheitssystem die Möglichkeit zur engeren Kooperation zwischen verschiedenen Leistungsträgern ergibt, etwa in Form von sich selbstständig organisierenden Versorgungsnetzwerken oder Qualitätszirkeln. Gleichzeitig wäre das System offen für weitere Teilnehmer.

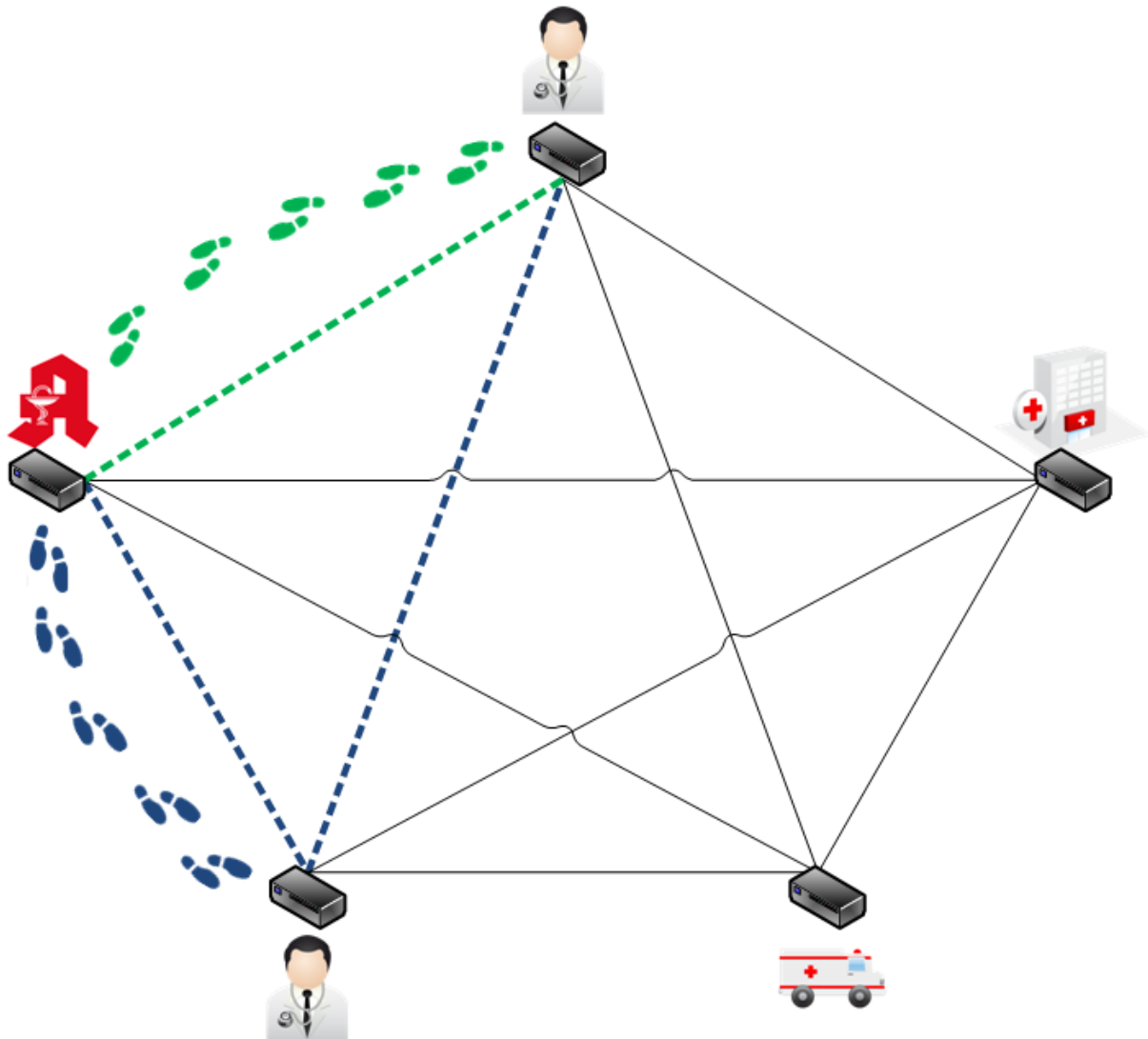


Abb.: Szenario einer dezentralen Speicherung und gegenseitigen Aktualisierung von Medikationsdaten. Im Beispiel erhält der Patient ein Rezept von seinem Hausarzt und begibt sich zu einer Apotheke. Diese erfragt zur besseren Beratung die vom Arzt bereitgestellten Daten ●. Anschließend sucht der Patient einen Spezialisten auf. Dieser greift zur Unterstützung der Anamnese auf die von Hausarzt und Apotheke freigegebenen Daten zurück ●.

Patienten könnten durch eine Anwendung auf ihrem Smartphone ihre Medikamenteneinnahme und ihr Befinden protokollieren und so ihre eigene Adhärenz verbessern oder den Arzt bei der Optimierung des Medikationsplans unterstützen. Dieser Ansatz wäre auch erweiterbar auf Pflegeeinrichtungen, in denen Dritte die Medikation mehrerer Patienten verantworten. Ebenso könnte die Anamnese bei einer Krankenhauseinlieferung deutlich fehlerfreier erfolgen. Es wäre sogar vorstellbar, dass ein Notarzt durch das System bereits am Einsatzort Informationen über die Medikation des Patienten erhält. Auch Hersteller könnten von diesem System profitieren, indem sie beispielsweise bei Entdecken einer unerwünschten Arzneimittelwirkung über diesen Kanal Ärzte und Apotheker warnen oder

die Datenerhebung im Rahmen einer Arzneimittelstudie (zumindest teilweise) über das System abwickeln. In all diesen Szenarien ist es natürlich erforderlich, dass sowohl der Patient als auch die Leistungsträger in der Lage sind, sich zweifelsfrei zu identifizieren. Mögliche Schlüssel hierzu wären die elektronische Gesundheitskarte und der Heilberufsausweis.

Diskussion

Herr Eisert betrachtet die verbesserte Kommunikation als wünschenswert, merkte aber an, dass eine bloße Information oft nicht hilfreich ist, wenn niemand in der Lage ist, die in den Informationen enthaltenen Interaktionen von Arzneimitteln zu bewerten. Herr Redeker argumentierte, dass eine möglichst einfache und fehlerfreie Kommunikation den Leistungsträgern ermöglichen würde, ihren eigentlichen Aufgaben besser nachzukommen. Herr Grebe stimmte zu, dass eine effizientere Kommunikation im Gesundheitssektor eine Erleichterung für alle Beteiligten wäre. Frau Neumann erwähnte die Furcht des Patienten, zum ‚gläsernen‘ Patienten zu werden, dies müsse verhindert werden. Herr Redeker ermunterte die Anwesenden, sich weniger mit den Details der technischen Umsetzung zu befassen und stattdessen die Möglichkeiten eines derartigen Systems zu erkennen. Er merkte an, dass er eine Einbindung des Patienten für wünschenswert hält. Herr Eisert sprach das Problem von illegalen Medikamentenimporten an, die in diesem System nicht erfasst wären.

Herr Reimers bat abschließend die Anwesenden, das vorgeschlagene Projekt während der täglichen Arbeit im Hinterkopf zu behalten. In einer weiteren Interviewrunde sollen dann vor dem nächsten Workshop erkannte Möglichkeiten, Wirkungen oder Kritikpunkte zur Sprache gebracht werden, um so einerseits eine Konkretisierung des Projekts zu erzielen als auch andererseits das vielfältige Know How der Teilnehmer der Learning Community möglichst optimal in das Projekt einzubringen.

Praktikanten

Stefan Schellhammer berichtete über das geplante Praktikantenprogramm im Rahmen der Learning Community. In diesem Programm sollen studentische Praktikanten durch die Dokumentation ihres eigenen Lernfortschritts der Learning Community einen tieferen Einblick in die Arbeitsabläufe in einzelnen Bereichen des Gesundheitssektors ermöglichen. Die Universität Münster verfügt als Partner der Learning Community über gute Kontakte zur dortigen pharmazeutischen Fakultät und der Apothekerkammer Westfalen-Lippe. Hierüber könnten Studenten während ihres praktischen Jahres als Praktikanten für Apotheken oder die pharmazeutische Industrie gewonnen werden. Eine weitere mögliche Quelle für Praktikanten sind die Famulanten der Fakultät, hier ist die Kammer allerdings kaum involviert, was die Kontaktaufnahme erschwert. Herr Redeker bot an, einen entsprechenden Kontakt zur Apothekerkammer Nordrhein zu vermitteln, dies wurde dankend angenommen. Frau Neumann berichtete von einem Projekt der Apothekerkammer Westfalen-Lippe, welches eine Verbesserung der praktischen Ausbildung der Pharmaziestudenten durch eine Kooperation mit qualitativ hochwertigen Apotheken zum Ziel hat. Hier besteht eventuell die Möglichkeit einer Kooperation.