

»Insulinmedikation lässt sich nicht gut abbilden«

Umfrage in Praxen bestätigt Umsetzungsprobleme beim einheitlichen Medikationsplan

KAARST. Es spricht vieles für die Nutzung des bundeseinheitlichen Medikationsplans. Doch faktisch gibt es auch etliche Einschränkungen. Das zeigt eine aktuelle Befragung von Diabetolog*innen durch winDiab.

Der bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP) wurde zum Oktober 2016 eingeführt, um die Qualität der Arzneipläne und die Kommunikation zur Medikation zu verbessern. Alle Hausärzt*innen, ggf. auch Fachärzt*innen, sind verpflichtet, Patient*innen mit mindestens drei Medikamenten, die länger als vier Wochen verordnet werden, den BMP auszuhändigen. Der Plan enthält einige Standardisierungen: Spalten mit Angabe des Wirkstoffes, des Handelsnamens, der Stärke, der Form, der Tagesdosierung, der Einheit, Hinweise und Grund. Hier ist anzumerken, dass diese Angaben nicht für jedermann verständlich sind, z.B. 600 E für eine Tresiba®-Spritze in der Spalte „Stärke“ (s. Abb.). Auch gucken die Patient*innen eher auf den Handelsnamen in Spalte 2 als auf den Wirkstoff in Spalte 1. Sehr wertvoll ist die Spalte Hinweise, weil hier Einnahme- und Dosierhinweise und Hinweise auf Zusatzpläne (Antikoagulantien, Insulin) gegeben werden können. Jeder BMP enthält Angaben zur Patientin/zum Patienten,

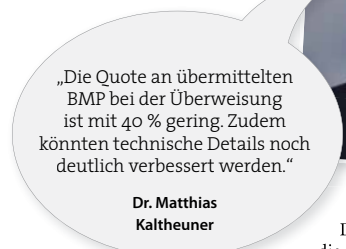


Foto: © DDG/Dirk Deckbar

„Die Quote an übermittelten BMP bei der Überweisung ist mit 40 % gering. Zudem könnten technische Details noch deutlich verbessert werden.“

Dr. Matthias Kaltheuner

zum Ausdruckdatum, zu den Erstellern sowie einen QR-Code, mit dem der gesamte Inhalt ausgelesen werden kann.

Freiheitsgrade lassen die Pläne sehr unterschiedlich erscheinen

Viele Aspekte des BMP sind nicht standardisiert. Die Präparate lassen sich beliebig mit Überschriften gruppieren: z.B. Dauer-, Akut- oder Bedarfsmedikation. Aber auch mit Angaben wie „vom Hausarzt verordnet“ oder „bald absetzen“ sind möglich. Es ist nicht vorgeschrieben die Medikamente zu gruppieren oder nach Indikation zu sortieren.

Diese Freiheitsgrade lassen die Pläne sehr unterschiedlich erscheinen.

Die Möglichkeit über den QR-Code (2D Barcode, Datamatrix Code) einen gesamten Plan in ein anderes Praxisverwaltungssystem (PVS) oder Krankenhausinformationssystem einzulesen, ist von großem Vorteil, da das Neueinrichten von Medikationsplänen insbesondere bei multimorbiden Patienten mit Diabetes sehr aufwändig ist. Zum Einlesen werden allerdings spezielle, im IT-System zu installierende Scanner benötigt. Die Preise hierfür liegen bei 125 bis 300 Euro plus Einrichtung je Arbeitsplatz. Die Zuverlässigkeit des Scanvorganges ist in den PVS sehr unterschiedlich, von der Druckqualität des mitgebrachten Plans abhängig – und in vielen Fälle gar nicht möglich. So kann der BMP durch die Abfolge der Behandelnden wandern und jeweils aktualisiert und neu ausgedruckt werden – theoretisch jedenfalls. Praktisch bedeutet das,

dass die/der Patient*in in den aktuellen Plan mit sich führt sowie alle Ärzt*innen und Praxen technisch ausgestattet und mit der Prozedur vertraut sind, um sofort die Aktualisierung vorzunehmen und auszudrucken.

Leider funktioniert dies in der Breite nicht wie gedacht. Bei jedem dieser Schritte gibt es Einschränkungen, wie im Folgenden anhand der winDiab-Befragung zu sehen ist. Zudem übertragen sich die Dokumentationsstile weiter und verlangen von allen Behandelnden Anpassungen an den BMP der Kolleg*innen.

79 % sagen: Der BMP ist sinnvoll und brauchbar

Die winDiab gGmbH in Kaarst hat im Sommer 2022 Diabetolog*innen zum BMP befragt. Angemault wurden ca. 200 Praxen: winDiab Partner und Praxen in Nordrhein. 76 Praxen haben geantwortet. Erfasst wurden die Antworten über das Online-Tool SurveyMonkey. Und das sind die Ergebnisse:

Im Schnitt fanden 79 % (20-100) den BMP sinnvoll und brauchbar, aber nur zu 54 % (0-100) für die Diabetesmedikation. Als eindeutigen Hauptgrund für diesen Unterschied wurde angegeben, dass sich die Insulinmedikation nicht gut abbilden lässt und häufig zusätzlich ein Insulinspritzplan als zweiter Plan nötig ist. Diabetolog*innen arbeiten meist auf Überweisung, nur 40 % (5-90) der Patient*innen bringen einen BMP mit zum ersten Besuch in der Praxis. 83 % der Ärzt*innen gaben an, den BMP in ihr PVS einscannen zu können, immerhin 17 % nicht.

»Brauchen mehr Konsens in der Anwendung«

Nur 60 % gaben aber an, mit dem Ergebnis zufrieden zu sein. Hierfür wurden vor allem technische Probleme angeführt. Kopien lassen sich oft nicht einscannen. Wenn die zweite Seite fehlt, kann auch die erste Seite nicht eingescannt werden etc.

Über 88 % der Schwerpunktdiabetolog*innen antworteten, den BMP selbst anzulegen. Wenn nicht, wurden auch hier überwiegend technische Probleme als Grund angegeben. 94,5 % berichteten, die Medikamente aus einer hinterlegten Datenbank abzurufen. 82 % nehmen alle Medikamente der Patient*innen in den BMP auf, 18 % nur diejenigen, die eigene Therapie betreffen.

87,5 % nutzen die Spalte Hinweise, 58 % auch die Spalte Verordnungsgrund. 55,6 % gruppieren die Medikation nach Indikation, 64 % gruppieren nach Dauer-, Akut- oder Begleitmedikation. Selbstmedikation wird nur zu 48 % mit in den BMP aufgenommen.

Die Kolleg*innen äußern die Sorge juristischer Konsequenzen bei falschen oder missverständlichen Plänen. Sie beobachten oft mehrere Parallelpläne und beklagen technische Unzulänglichkeiten bei ihren Rahmenbedingungen. Trotz aller Unbilligkeiten scheinen Diabetolog*innen in Schwerpunktpraxen aber insgesamt den BMP aktiv anzuwenden. Sehr erschwerend ist die geringe Quote an übermittelten BMP bei der Überweisung. Technische Details können noch deutlich verbessert werden.

Interessant wäre es zu erfahren, mit welcher Quote alle Praxen mit Scannern fürs Einlesen der Pläne ausgestattet sind. Wichtig könnte auch ein Austausch zum Erstellen von Insulinspritzplänen sein; bitte mailen Sie mir Ihre Spritzplanvorlagen, gerne Dateien, für einen weiteren Austausch: m.kaltheuner@posteo.de

Alle Möglichkeiten zur Rationalisierung auserschöpfen

Ohnehin erfordert die medizinische Aktenführung Disziplin. Bei der zunehmenden Belastung aller Behandelnden sollten alle rationalisierenden Maßnahmen rund um den BMP ausgeschöpft werden. Für die Einführung des elektronischen Medikationsplanes sollte sich meines Erachtens die Selbstverwaltung auf einige Grundregeln einigen, um das Anwenden praktikabler zu machen. Erfahrungen mit dem BMP sollten hierbei aufgegriffen werden.

Dr. Matthias Kaltheuner

Geschäftsführer der winDiab gGmbH

»Nur 40 % bringen einen BMP zum ersten Besuch in der Praxis mit«

Die Vorstufe zum eMedikationsplan

Der bundeseinheitliche Medikationsplan kann auch in Smartphone-Apps eingesehen werden und so den Patienten mobil zur Verfügung stehen. Es gibt mehrere Apps, die den Plan speichern können, eine „offizielle“ App der Selbstverwaltung gibt es aber wohl nicht. Der BMP kann als Vorstufe zum elektronischen Medikationsplan in der Telematik-Infrastruktur gesehen werden. Dabei bleibt zu diskutieren, wie viele Vorgaben (Standardisierungen) notwendig sind, um diese Applikation allgemein anwendbar zu machen.

ausgedruckt: 16.08.2022 17:54

Ein möglicher BMP für eine ICT. Hierbei hätte der Musterpatient die BE-Faktoren im Kopf und würde zu jeder Mahlzeit rechnen. Ein zusätzlicher Insulinspritzplan könnte sinnvoll sein.

Für Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans wird keine Gewähr übernommen. ©DE Version 2.5

Foto: Dr. Matthias Kaltheuner