

hkk GESUNDHEITSREPORT | 2017

Medikationsplan

von Dr. Bernard Braun
(Universität Bremen/BIAG)

Inhaltsverzeichnis

1	Medikationsplan: 1 Jahr danach	2
2	Untersuchungsdesign und Repräsentativität.....	3
3	Ergebnisse der hkk-Studie zum Medikationsplan	6
4	Umsetzung des Medikationsplans in der Praxis.....	11
5	Zusammenfassung und gesundheitspolitische Herausforderungen	14
6	Literatur.....	16

1 Medikationsplan: 1 Jahr danach

Seit vielen Jahren weisen internationale Studien auf die möglichen gesundheitlich unerwünschten Effekte der Einnahme von mehreren unterschiedlichen Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen hin. Dieses Problem der so genannten Polymedikation oder Polypharmazie wurde zuletzt auch in einer Auswertung der Arzneimittelroutinedaten der hkk nachgewiesen (hkk Gesundheitsreport 2017). Polypharmazie kann entweder durch die mangelnde patientenbezogene Dokumentation bei einzelnen Ärzten, durch das Fehlen einer Übersicht der Anzahl und Art von verordneten Arzneimitteln durch verschiedene Ärzte oder schließlich durch die mangelnde Kenntnis der von Patienten selber in Apotheken eingekauften Arzneimittel mitverursacht werden.

Um eine höhere Arzneimitteltherapiesicherheit zu erreichen, haben GKV-Versicherte seit Oktober 2016 nach § 31a SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf einen bundeseinheitlichen schriftlichen Medikationsplan, wenn sie mindestens 3 unterschiedliche ärztlich verordnete Arzneimittel gleichzeitig einnehmen oder anwenden.

In den Erläuterungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Medikationsplan finden sich einschränkende Kriterien, die sich weder im Gesetz noch in den dreiseitigen Vereinbarungen von KBV, Bundesärztekammer und Apothekerverband (Vereinbarung 2016) finden. Demnach umfasse der Anspruch nur Arzneimittel, die „systemisch wirken“ und „dauerhaft - über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen“ (KBV ohne Jahr), vorgesehen sind.

„Dem Versicherten soll damit ein verständlicher und wiedererkennbarer Einnahmeplan zur Verfügung gestellt werden, der ihn in der richtigen Anwendung seiner Medikation unterstützt“ (Vereinbarung 2016). Einschränkend weisen die Partner der Vereinbarung aber darauf hin, dass die „Information des Medikationsplans (...) eine Medikationsanamnese ergänzen und unterstützen, diese jedoch nicht ersetzen. Vollständigkeit und Aktualität der Daten zur Medikation können nicht für jeden Fall gewährleistet werden“ (Vereinbarung 2016).

Dabei wird davon ausgegangen, dass „in der Regel“ die erstmalige Erstellung des Medikationsplans durch den Hausarzt oder einen hausärztlich tätigen Facharzt erfolgt. Für die realistische Konstellation bei multimorbiden Patienten, dass neben dem Hausarzt auch Fachärzte Medikamente verordnen, schlägt die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor, der Hausarzt solle auch die fachärztliche Medikation dokumentieren, „wenn die Information darüber dem Hausarzt zuverlässig zur Verfügung steht“ (KBV o.J.). Dies könne zum Beispiel durch einen Arztbrief oder durch handschriftliche Hinweise erfolgen.

Für die Umsetzung empfiehlt die Vereinbarung zum Medikationsplan, zusätzliche Informationen zur aktuellen Medikation im Patientengespräch zu erfassen. „Obwohl von allen

an der Erstellung und Aktualisierung Beteiligten die bestmögliche Vollständigkeit und Aktualität des Medikationsplans angestrebt wird, ist bei der Nutzung des Medikationsplans im Rahmen einer Arzneimittelanamnese stets zu beachten, dass die auf dem Medikationsplan aufgeführten Informationen nicht aktuell und/oder nicht vollständig sein können. Daher sollte soweit möglich immer eine zusätzliche Befragung des Patienten stattfinden und ggf. die Einbeziehung weiterer Informationsquellen zur aktuellen Medikation eines Patienten erwogen werden“ (Anlage 2 zur Vereinbarung 2016).

Für die vollständige Erfassung der Medikamenteneinnahme werden im Plan „...unter anderem der Wirkstoff, die Dosierung, der Einnahmegrund und sonstige Hinweise zur Einnahme aufgeführt“ (KBV o.J.). Der einzutragende Grund für die Verordnung ist laut dreiseitiger Vereinbarung optional: „Die Spalte kann aber muss nicht befüllt werden“ (Anlage 2 zur Vereinbarung 2016).

Der ausstellende und eintragende, ambulant oder auch stationär tätige Arzt ist, „sofern er davon ausreichend Kenntnis hat“ (KBV o.J.), gehalten, die vom Patienten gekauften, nicht verschreibungspflichtigen aber apothekenpflichtigen Arzneimittel einzutragen – sofern sie aus seiner „Sicht ... medizinisch notwendig“ (Vereinbarung 2016: § 3) sind. Eine Aktualisierung des Plans können auf Wunsch des Patienten auch Apotheker vornehmen.

Die Erstellung des Medikationsplans wird „pauschal als Einzelleistung und über Zuschläge (vergütet). Sie wird extrabudgetär und damit zu einem festen Preis gezahlt“ (KBV o.J.).

2 Untersuchungsdesign und Repräsentativität

Ziel der Befragung ist zu erfahren, wie viele Versicherte, die seit Oktober 2016 die gesetzlichen Voraussetzungen für den Anspruch auf einen Medikationsplan erfüllten, diesen auch tatsächlich erhielten. Technisch bedingt stehen der Krankenkasse Arzneimitteldaten mit einem zeitlichen Versatz von mindestens sechs Monaten zur Verfügung, so dass eine Stichprobe aus denjenigen Versicherten gezogen wurde, die laut den Arzneimittelroutinedaten im 4. Quartal 2016 mindestens drei unterschiedliche Arzneimittel verordnet bekamen.

Falls diese Arzneimittel von **einem** Arzt verordnet worden waren, hätten die entsprechenden Versicherten nach den gesetzlichen Kriterien von diesem Arzt einen Medikationsplan erhalten müssen. Falls es sich um Verordnungen **mehrerer** Ärzte handelte, wäre es möglich, dass sich kein Arzt, der ein oder zwei Medikamente verordnet hat, verantwortlich gefühlt hat, z. B. nach gleichzeitigen Verordnungen durch andere Ärzte zu fragen und dann, wenn dies zutrifft oder ihm z. B. durch einen Arztbrief bekannt wurde, einen Medikationsplan auszustellen.

Auch wenn es den gesetzlichen Vorschriften entspricht, bei jeder Verordnung nach anderen Verordnungen und der Selbstmedikation zu fragen und ab drei Arzneimitteln einen Plan auszustellen oder einen bereits ausgestellten Plan zu ergänzen, ist dies weder im Gesetz noch in der dreiseitigen Vereinbarung als eine ausdrückliche Pflicht formuliert. So „prüft der Arzt, ob die Kriterien für die Erstellung eines Medikationsplans erfüllt sind und informiert den Patienten in geeigneter Weise über seinen Anspruch auf einen Medikationsplan“ (Anlage 3 2017). Der Arzt kann die ihm bekannt gewordenen Informationen über Verordnungen anderer Ärzte nur dann eintragen, „wenn die Information darüber dem Hausarzt zuverlässig zur Verfügung steht“ (KBV o.J.).

Mittels der genannten Routinedaten wurden insgesamt 101.672 hkk-Versicherte, die im 4. Quartal 2016 mindestens drei gleichzeitig verordnete Arzneimittel¹ bekamen, identifiziert. Von ihnen wurden 15.612 Versicherte aufgrund ihres Alters (<18 Jahre), 1.383 zum Zeitpunkt der Datenabfrage bereits verstorbene Versicherte, 35 nicht in Deutschland lebende Versicherte, 4.553 Versicherte mit irgendeiner Form eines Betreuers und 1.302 zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr in der hkk versicherte Personen ausgeschlossen.

Dies führte zu der Grundgesamtheit von 78.787 Versicherten, aus denen eine Zufallsstichprobe von 1.000 Personen für die Befragung gezogen wurde. Die soziodemografische Struktur der Stichprobe stellte sich wie folgt dar: 44,8 % waren männlich und 55,2 % weiblich. Die bis 30-jährigen Versicherten machten einen Anteil von 4,9 %, die 31-45-Jährigen von 13 %, die 46-64-jährigen von 43 % und die 65-jährigen und Älteren von 39,1 % aus (Abbildung 1).

Den vierseitigen Fragebogen² beantworteten 324 oder 32,4 % der befragten hkk-Versicherten. Eine schriftliche Erinnerung, den Fragebogen zu beantworten, erfolgte nicht, da der Rücklauf im Vergleich mit anderen schriftlichen Befragungen zufriedenstellend und ausreichend aussagekräftig ist.

Die Gruppe der Befragten, die geantwortet haben, unterscheidet sich etwas von der Grundgesamtheit der Stichprobe (n=1.000). Gegenüber der Altersverteilung der Stichprobe haben überproportional viele Versicherte ab 65 Jahre an der Studie teilgenommen (49,1 % vs. 39,1 %). Deutlich seltener haben Versicherte bis zu einem Alter von 45 Jahren den Fragebogen ausgefüllt (10,8 % vs. 17,9 %). Die Geschlechtsstruktur der beiden Gruppen ist dagegen nahezu identisch (Abbildung 2).

¹ Hierzu wurde auf der Einzelverordnungsstufe der 5-Steller des ATC-Codes analysiert, da der 5-Steller die chemischen Wirkstoffgruppen kennzeichnet.

² Ein erster Entwurf des Fragebogens wurde von 56 in der Regel älteren Bewohner des AWO Servicehauses Lübeck beantwortet und insgesamt positiv bewertet. Die Änderungsvorschläge und Hinweise gingen in den endgültigen Fragebogen ein. Der Leitung des AWO Servicehauses Lübeck und den beteiligten Bewohnern sei an dieser Stelle für die Ermöglichung des Zugangs und die aktive Teilnahme gedankt.

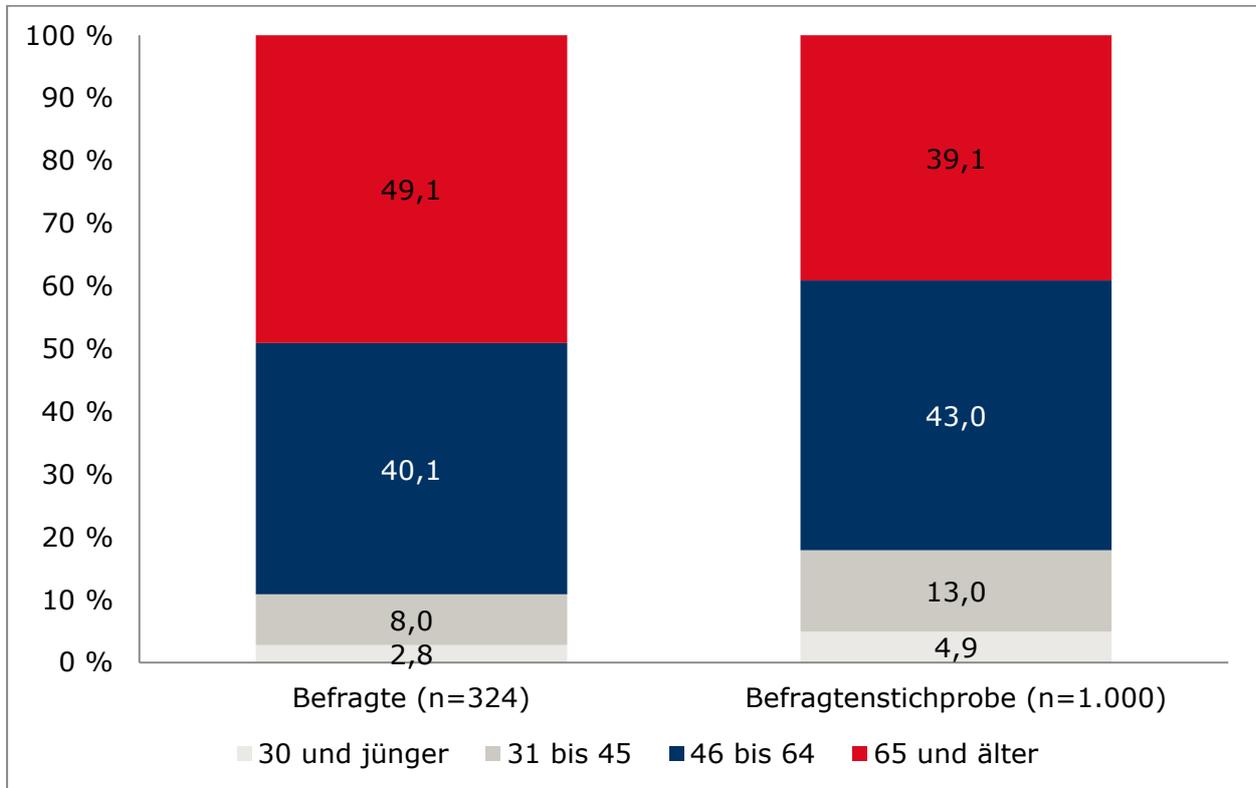


Abbildung 1: Altersstruktur der Stichprobe und der Befragten/Antwortende

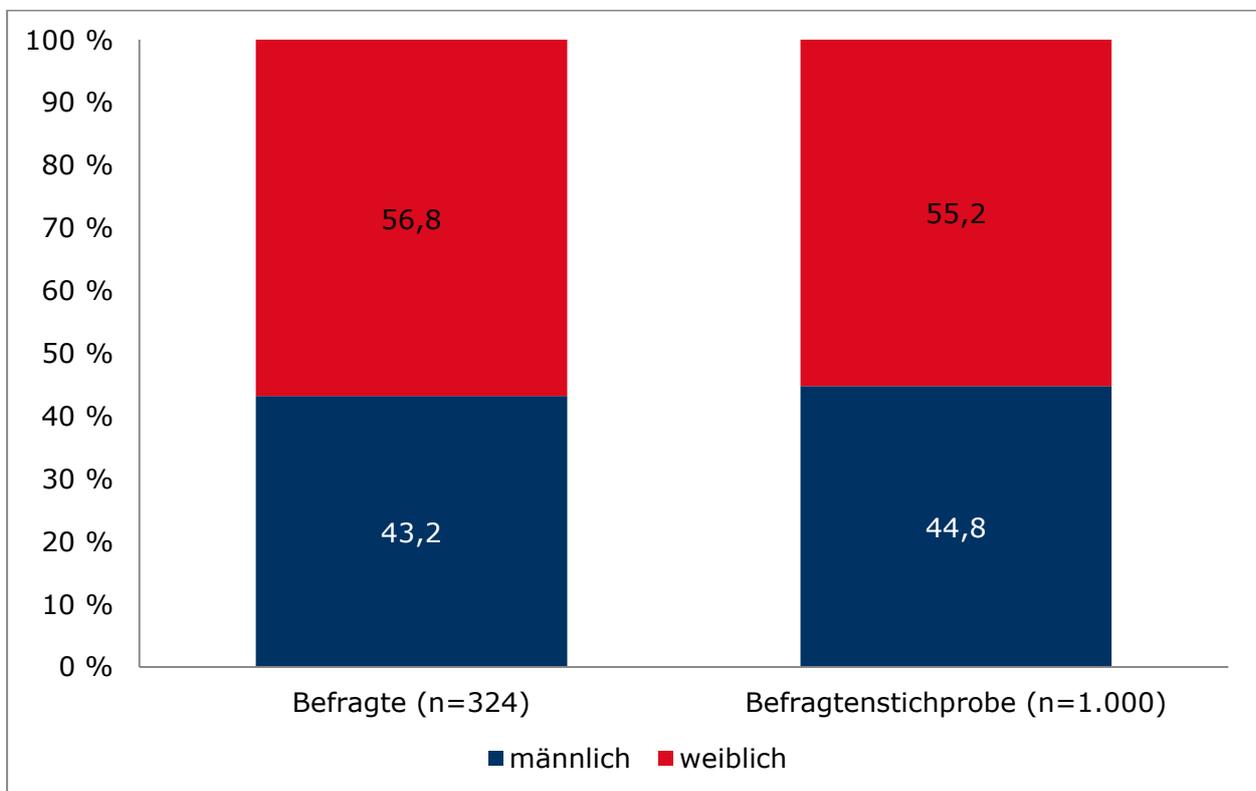


Abbildung 2: Geschlechtsstruktur der Stichprobe und der Befragten/Antwortenden

3 Ergebnisse der hkk-Studie zum Medikationsplan

Von den insgesamt 324 Befragten gaben 122 oder 37,7 % aller Befragten an, von einem ihrer Ärzte seit Oktober 2016 einen schriftlichen Medikationsplan erhalten zu haben. 194 oder 59,9 % verneinten dies, 5 oder 1,5 % antworteten mit „weiß nicht“ und 3 oder 0,9 % machten hier keine Angaben.

Merkmal	Ausprägung	Verteilung (in %)
Alter	18-30	2,8
	31-45	8,0
	46-64	40,1
	65 und älter	49,1
Geschlecht	männlich	43,2
	weiblich	56,8
Schulabschluss	Hauptschule	31,3
	Realschule/Mittlere Reife	33,5
	Fachhochschulreife/Abitur	31,9
	Anderer Abschluss	2,9
	ohne Abschluss	0,4
Gesundheitszustand	sehr gut - gut	30,7
	zufriedenstellend	50,5
	schlecht - sehr schlecht	18,8

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Studienteilnehmer

Die Häufigkeit des Erhalts oder Nichterhalts eines Medikationsplans unterscheidet sich je nach Geschlecht, Alter und selbst wahrgenommenem Gesundheitszustand signifikant. Während 49,6 % der männlichen Befragten sagten, sie hätten einen Medikationsplan erhalten, war dies lediglich bei 28,9 % der weiblichen Befragten der Fall ($p=0,0001$). Der Anteil der Befragten mit Medikationsplan stieg von 0 % bei den bis 30-jährigen stetig auf 52,3 % bei den ab 65-jährigen Befragten ($p=0,0001$). Bemerkenswert ist hier aber, dass auch knapp die Hälfte der ältesten Befragtengruppe bisher keinen Medikationsplan erhalten hat. Der Anteil von Befragten, die einen Medikationsplan haben, stieg ebenfalls kontinuierlich von rund 20 % bei den Befragten mit sehr gutem oder gutem selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand auf 54,2 % bei denjenigen Befragten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht wahrnahmen ($p=0,0001$). Obwohl von den Befragten, die Abitur oder Fachhochschulreife haben, nur unterdurchschnittliche 34,3 % (Abiturienten alleine 29 %) einen Medikationsplan haben und dies z. B. bei leicht überdurchschnittlichen 41,7 % der Befragten mit Hauptschulabschluss der Fall war, sind die Unterschiede statistisch nicht signifikant. Zu erklären ist dies weitestgehend durch den deutlich besseren Gesundheitszustand der Befragten mit Abitur.

Merkmal	Ausprägung	Medikationsplan		p-Wert
		ja	nein	
Geschlecht	weiblich	28,9 %	71,1 %	p=0,0001
	männlich	49,6 %	60,4 %	
Alter	18 - 30	0 %	100 %	p=0,0001
	31 - 45	15,4	84,6	
	46 - 64	29,4	70,6	
	65 und älter	52,3	47,7	
Gesundheitszustand	„gut“ bis „sehr gut“	20 %	80 %	p=0,0001
	„zufriedenstellend“	42,4	57,6	
	„schlecht“ bis „sehr schlecht“	54,2	45,8	
Bildungsabschluss	Hauptschule	41,7	58,3	n.s.
	Realschule/Mittlere Reife	37	63	
	Fachhochschule/Abitur	34,3	65,7	
	Anderer / ohne Abschluss (kleines N)	60	40	

Tabelle 2: Erhalt des Medikationsplanes nach soziodemografischen Merkmalen der Studienteilnehmer

Unter der Annahme, dass die Mehrheit der Vertragsärzte im Interesse der Patienten und im Eigeninteresse die Transparenz über Arzneimittelverordnungen für wichtig halten, über den Anspruch der Versicherten auf einen Medikationsplan direkt im 4. Quartal 2016 ausreichend informiert waren und dies auch umgesetzt haben, ist der Anteil an anspruchsberechtigten Versicherten, die einen Medikationsplan erhielten (37,7 %), als erheblich zu niedrig zu bewerten.

Die tatsächliche Häufigkeit der Nichterstellung von Medikationsplänen trotz vorhandener sachlicher Voraussetzungen zu quantifizieren, ist derzeit noch nicht möglich. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Von den Befragten, die keinen Medikationsplan erhalten haben, schätzten etwas mehr als die Hälfte, sie hätten seit Beginn des Jahres 2017 „gar keine“ Arzneimittel „neu verordnet bekommen“. Rund 20,4 % oder 40 Befragte schätzten aber, sie hätten 3 und mehr Arzneimittel erhalten. Damit hätten sie möglicherweise die Voraussetzungen erfüllt, einen Plan zu erhalten.

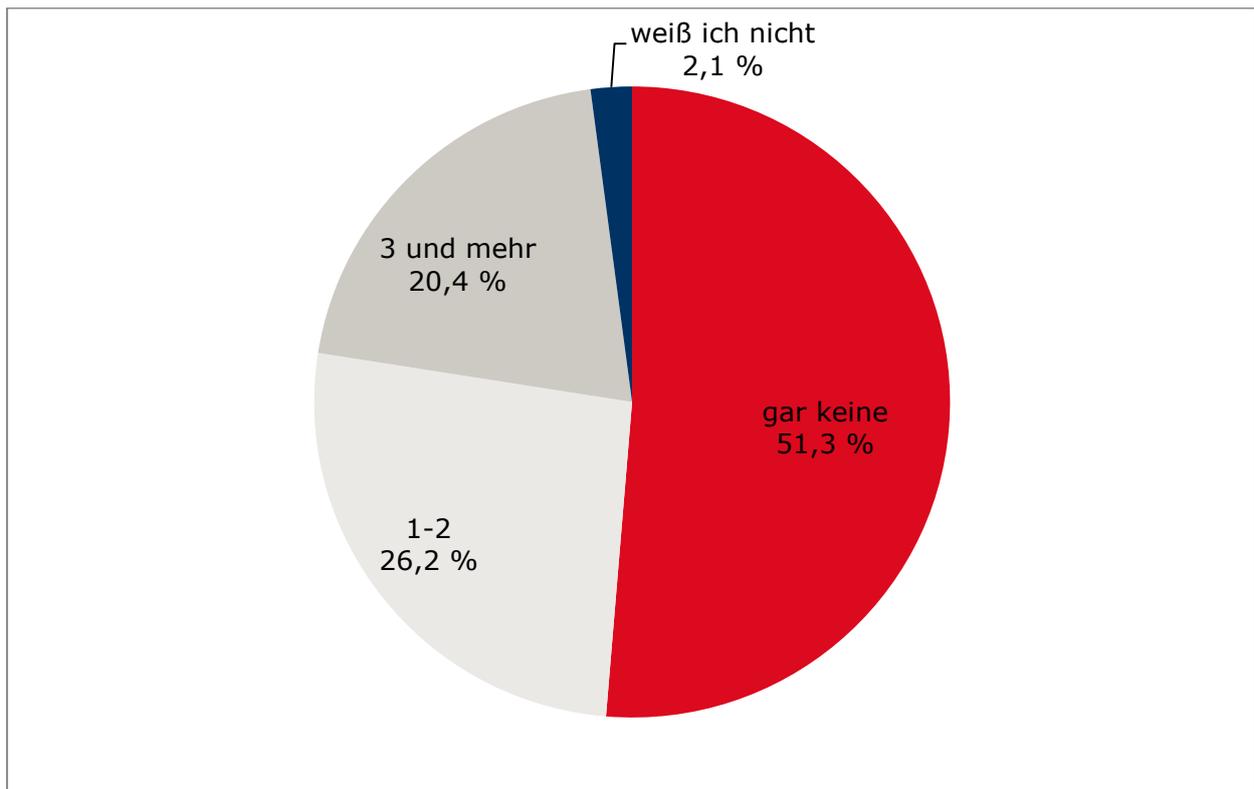


Abbildung 3: Schätzung der seit Anfang 2017 für Befragte ohne Medikationsplan neu verordneten Arzneimittel (n=194)

Von den Befragten, die einen Medikationsplan erhalten haben, gaben rund 86 % an, 4 und mehr Arzneimittel verordnet bekommen zu haben (Abbildung 4).

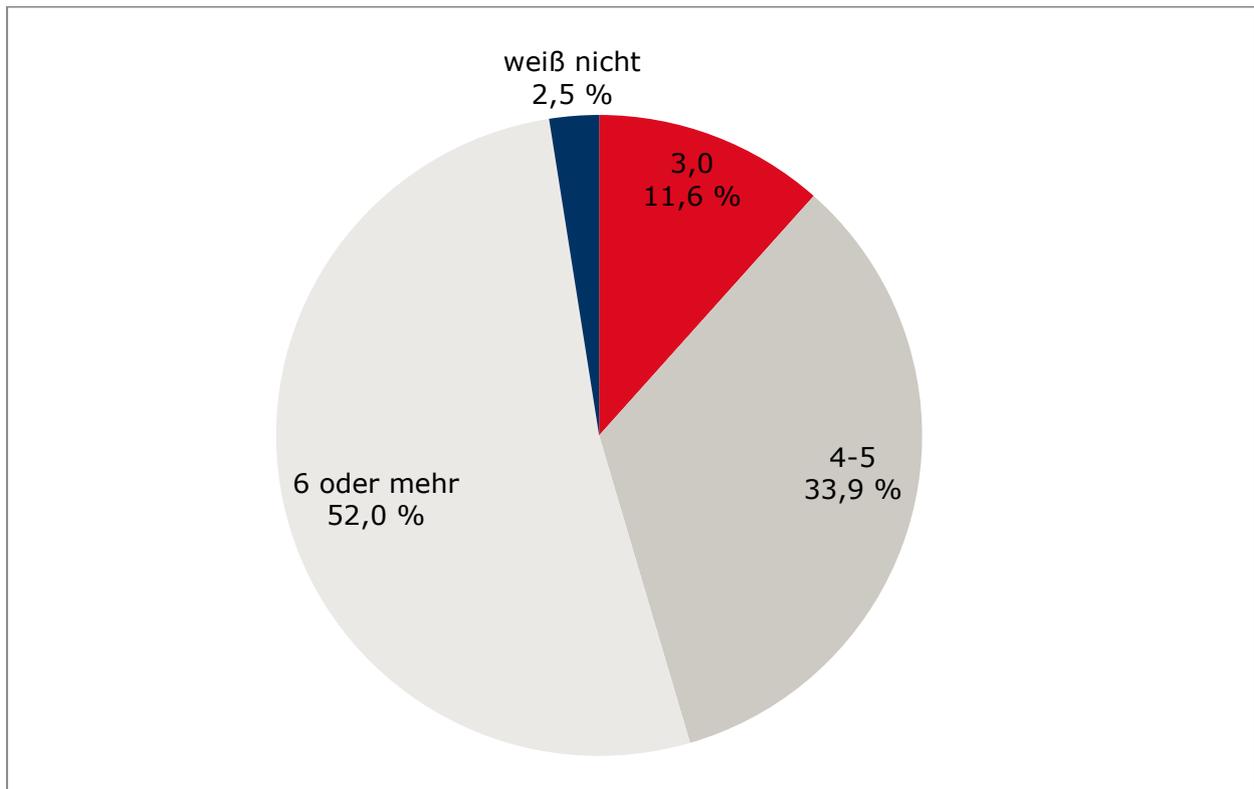


Abbildung 4: Anzahl der insgesamt im Medikationsplan eingetragenen Arzneimittel (n=121)

Relativ wenige (39 Befragte), gaben weiter an, rezeptfreie Medikamente in der Apotheke gekauft zu haben. Bei 77 % von ihnen waren es weniger als drei Präparate (Abbildung 5).

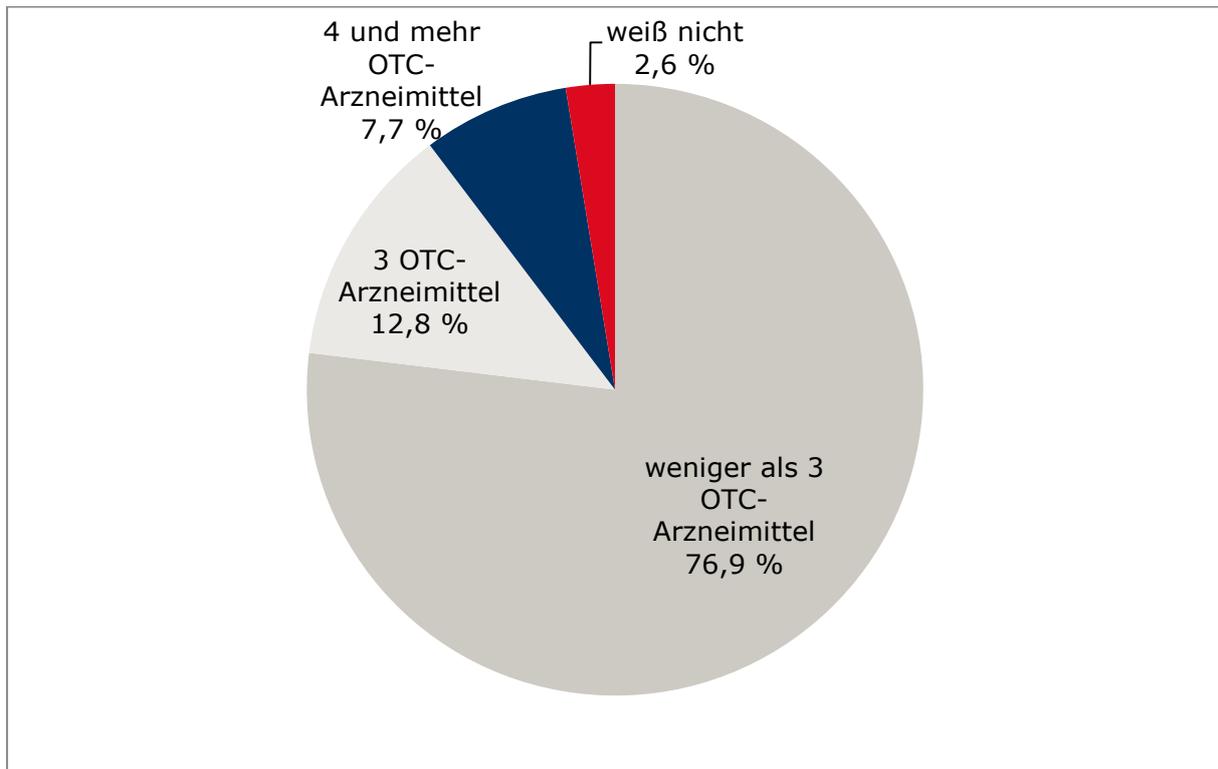


Abbildung 5: Anzahl der selber in der Apotheke gekauften OTC-Arzneimittel (n=39)

116 der 122 Befragten mit Medikationsplan gaben zusätzlich an, wie viele der im Plan eingetragenen Medikamente von einem Arzt verordnet wurden (Abbildung 6). Bei gut 87 % summierten sich die ärztlichen Verordnungen zu 4 und mehr Medikamenten.

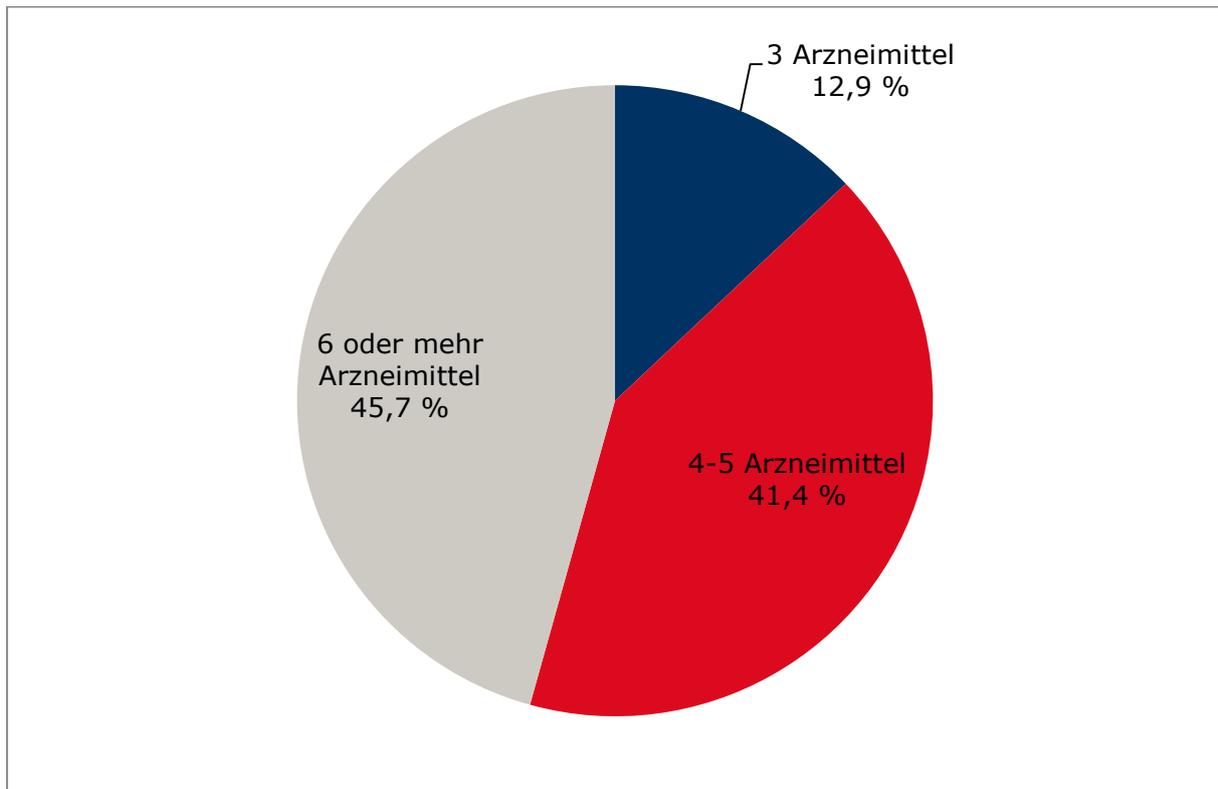


Abbildung 6: Anzahl der von Ärzten verordneten Arzneimittel im Medikationsplan (n=116)

Den Medikationsplan stellte für 71,8 % der Hausarzt und für die restlichen 28,2 % ein Facharzt aus.

4 Umsetzung des Medikationsplans in der Praxis

Nahezu jedem Befragten, der einen Medikationsplan erhielt, nämlich 98,3 %, wurde er direkt nach Verlassen des Sprechzimmers ausgehändigt. Nur bei einem einzigen Befragten war dies nicht der Fall, und er musste dazu ein weiteres Mal die Arztpraxis aufsuchen.

Wie eingangs dargestellt, soll der Medikationsplan vor allem für den einzelnen Versicherten oder Patienten mehr Transparenz über den Umfang und die Art seiner Arzneimittelversorgung leisten und damit im besten Fall auch eine Grundlage für eine bessere Compliance³ und Selbststeuerung bieten. Um dies erreichen zu können, muss den Empfängern eines Medikationsplans aber ausführlich erklärt werden, welchen Sinn er hat und was die dort enthaltenen Informationen bedeuten.

³ Wie wichtig es ist, die Einnahmetreue oder Compliance zu verbessern, zeigt die vielfach bestätigte Beobachtung, dass sich rund 50 % der Patienten in irgendeiner Weise (z. B. falsche Dosierung, zu häufige oder seltene Einnahme) und zum Teil selbstgefährdend noncompliant verhalten.

Auf die Frage, ob der aushändigende Arzt ihnen den Medikationsplan „so ausführlich erklärt (hat), dass sie den Sinn verstanden haben“, erklärten 76,1 %, dies träfe „voll und ganz“ zu. 7,7 % meinten, dies träfe „eher“ zu und 9,4 %, dies träfe „teilweise“ zu. 6,8 % meinten, dies träfe „eher nicht“ zu oder „überhaupt nicht“ zu. Eine entsprechende Untersuchung fördert für die ausführliche Erklärung und das Verstehen des Sinns keine statistisch signifikanten Unterschiede nach Alter, Geschlecht und höchstem Bildungsabschluss zu Tage.

Neben den gut drei Vierteln der Befragten mit Medikationsplan, die seinen Sinn dank ausreichender Erklärung durch den Arzt verstanden haben, versteht ihn knapp ein Viertel der Befragten mehr oder weniger ausgeprägt nicht und kann ihn damit im Bedarfsfall eventuell nicht oder nur zum Teil nutzen. Auch dieses Ergebnis unterscheidet sich weder nach dem Gesundheitszustand noch nach dem Alter, Geschlecht oder dem höchsten Schulabschluss der Befragten statistisch signifikant.

Die Gelegenheit, mit den Patienten bei der Ausstellung des Medikationsplans „allgemein über den Nutzen und die Einnahme der verordneten Medikamente zu sprechen“ und damit z. B. positiv auf die Compliance einzuwirken, nutzten die Ärzte von 77,5 % der Befragten. Bei 20,8 % war dies nicht der Fall, und 1,7 % wussten hierzu nichts zu sagen.

Für den Nutzen des Medikationsplans ist der Eintrag von zusätzlich in der Apotheke gekauften Arzneimitteln durch die Ärzte äußerst wichtig. Die Befragten konnten daher ausführlich durch Mehrfachantworten angeben, ob und wie sich Ärzte dieser Pflicht angenommen haben.

Hat der Arzt, der Ihnen den Medikationsplan ausgehändigt hat, Sie danach gefragt, welche Arzneimittel (z. B. Schmerzmittel, Vitamine) Sie sich zusätzlich ohne Rezept in der Apotheke kaufen und diese in Ihren Plan eingetragen?	Ja	Nein
Ja, mein Arzt hat mich gefragt, ob ich mir zusätzliche Arzneimittel ohne Rezept in der Apotheke kaufe.	34,4 %	65,6 %
Ja, mein Arzt hat die rezeptfreien Arzneimittel im Medikationsplan ergänzt.	15,6 %	84,4 %
Ja, mein Arzt hat mich gefragt, aber keine Ergänzung im Medikationsplan vorgenommen.	5,7%	94,3 %
Nein, mein Arzt hat mich nicht gefragt, ob ich zusätzlich rezeptfreie Medikamente einnehme.	51,6 %	48,4 %

Tabelle 3: Berücksichtigung rezeptfreier Arzneimittel im Medikationsplan

Für den praktischen Nutzen des Medikationsplans ist die Vollständigkeit der Informationen über Anzahl und Art aller verordneten oder selbst gekauften Arzneimittel und den Grund der Verordnung essentiell. Nur 34,4 % der Befragten gaben allerdings an, nach rezeptfreien Arzneimitteln gefragt worden zu sein. Jede Lücke kann gravierende Auswirkungen haben und den erwarteten Nutzen des Medikationsplans mindern.

Eine Voraussetzung für einen Nutzen des Medikationsplans ist, dass nicht nur der ausstellende Arzt Eintragungen macht, sondern auch weitere behandelnde Ärzte. Ob dies erfolgt, hängt u.a. davon ab, ob der Patient seinen Medikationsplan auch zu Konsultationen weiterer Ärzte mitnimmt. Einen expliziten Hinweis, dies zu tun, erhielten 64,5 % der Befragten mit Medikationsplan durch den ausstellenden Arzt, 43 % allerdings nicht. Die Wichtigkeit der Mitnahme des Medikationsplans zu mehreren Ärzten wird dadurch unterstrichen, dass 57 % der Befragten mit Medikationsplan angaben, die von ihnen eingenommenen Medikamente wären von mehreren Ärzten verordnet worden. Den Umgang anderer Ärzte mit dem Medikationsplan konnten die Befragten, die überhaupt Verordnungen von anderen als dem ausstellenden Arzt erhalten hatten, durch Mehrfachantworten schildern.

Wurden Ihnen die Medikamente, die Sie nehmen, von mehreren Ärzten als dem, der den Medikationsplan ausgestellt hat, verordnet?	
Wenn ja, wie sind die anderen Ärzte mit Ihrem Medikationsplan umgegangen?	
Ich wurde nicht nach meinem Medikationsplan gefragt.	32,5 %
Ich wurde nach meinem Medikationsplan gefragt, hatte ihn aber nicht dabei.	2,6 %
Der Arzt/die Ärzte trug/en die von ihnen verordneten Arzneimittel sofort in den Plan ein.	49,4 %
Ich musste ein weiteres Mal in die Praxis kommen, um den ausgefüllten Plan zu erhalten.	1 Person
Der Arzt/die Ärzte hat/haben den Plan ohne genauere Erklärung nicht ergänzt.	14,3 %

Tabelle 4: Verordnung von Medikamenten von unterschiedlichen Ärzten

5 Zusammenfassung und gesundheitspolitische Herausforderungen

Um die mit dem gesetzlichen Anspruch auf einen schriftlichen Medikationsplan angestrebten Ziele der Vollständigkeit, Verständlichkeit und Steuerungsfähigkeit für möglichst viele Patienten mit Arzneimittelverordnungen und Selbstmedikation erreichen zu können, muss bei der Umsetzung deutlich nachgebessert werden.

Folgende empirische Unzulänglichkeiten des Versorgungsalltags mit dem Medikationsplan seit Oktober 2016 ergeben sich aus den Ergebnissen unserer Befragung:

- Nur 37,7 % der Versicherten, die den Anspruch und Bedarf für einen Medikationsplan gehabt hätten, haben ihn auch erhalten.
- Ein Viertel der Befragten mit Medikationsplan hat eine ausreichende Erklärung zum Sinn des Planes entweder gar nicht oder nur mit Einschränkungen erhalten.
- Mit knapp 21 % der Befragten sprachen die den Medikationsplan ausstellenden Ärzte nicht über den Nutzen und die Einnahme der verordneten Medikamente.
- 51,6 % aller Befragten mit Medikationsplan wurden nicht gefragt, ob sie sich zusätzlich rezeptfreie Arzneimittel in der Apotheke gekauft haben.
- 43 % aller Befragten mit Medikationsplan wurden nicht darauf hingewiesen, den Plan auch beim Besuch anderer Ärzte mitzunehmen und ggfls. ergänzen zu lassen.
- 32,5 % der Befragten, die auch von anderen Ärzten als dem Ersteller des Medikationsplans Medikamente verordnet bekamen, wurden von diesen nicht nach dem Medikationsplan gefragt.
- Sofern der Medikationsplan bei diesen Arztkontakten überhaupt eine Rolle spielte, wurde er ohne genauere Erklärung bei 14,3 % dieser Befragten nicht ergänzt.

Zu den aktuellen und nachhaltigen konzeptionellen Mängeln der Regelungen zum Medikationsplan gehören folgende Aspekte:

- Angesichts der eingangs geschilderten Diskrepanzen zwischen den offiziell im SGB V und in der fünfseitigen Vereinbarung (2016) festgelegten Kriterien für die Erstellung eines Medikationsplans und den in Darstellungen der KBV genannten Kriterien sollte untersucht werden, welche Kriterien bei den Ärzten „tatsächlich angekommen“ sind und für die Erstellung eines Medikationsplans maßgeblich genutzt werden. Gegebenenfalls sollten alle Ärzte noch einmal in eindeutiger und möglichst verbindlicher Weise über den Sinn und möglichen Nutzens des Medikationsplans und die Kriterien für seine Ausstellung informiert werden. Obwohl das Format des Formblattes exakt geregelt ist, existieren zur inhaltlichen Ausgestaltung des Medikationsplanes häufig nur vage Anmerkungen. Beschreibungen wie „in der Regel“ oder „sofern möglich“, die einen breiten Gestaltungsspielraum ermöglichen, können sich negativ auf die vollständige Erfassung der rezept-

pflichtigen und rezeptfreien Arzneimittel auswirken. Unklar bleibt außerdem, wie sich (Haus-)Ärzte in der täglichen Praxis durch Nachfragen bei Patienten versichern, wie viele Arzneimittel sie ggf. von anderen Ärzten erhalten haben, um einschätzen zu können, ob ein Medikationsplan erstellt werden soll. Diesbezügliche Bestimmungen sollten daher präzisiert und verpflichtend gemacht werden.

- Die oft geäußerte Kritik am Layout der Qualitätsberichte von Krankenhäusern und die dort gemachten Verbesserungsvorschläge sind bei der Konzipierung des Medikationsplans völlig ignoriert worden. Hier besteht sowohl bei der Übersichtlichkeit als auch bei der Verständlichkeit der eingetragenen Informationen Nachbesserungsbedarf.
- Bis zum 1. Januar 2019 sollen technische und datenschutzrechtliche Voraussetzungen geschaffen worden sein, um den schriftlichen um einen elektronischen Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu ergänzen. Um den Patienten auch weiterhin die Transparenz über ihre Arzneimittelverordnungen und -einkäufe zu bieten, muss gewährleistet sein, dass die schriftliche Fassung des Medikationsplans sämtliche Informationen weiterhin aktuell enthält und dies nicht nur in der elektronischen Fassung der Fall ist.

6 Literatur

Anlage 2 (2016): Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP)

(http://www.kbv.de/media/sp/Medikationsplan_Anlage2.pdf - zuletzt abgerufen am 7.9.2017)

Anlage 3 (2017): Anlage 3 Spezifikation für einen bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) gemäß § 31a SGB V. (http://www.kbv.de/media/sp/Medikationsplan_Anlage3.pdf - zuletzt abgerufen am 7.9.2017)

hkk (2017): Polypharmazie. Hkk-Gesundheitsreport 2017.

(http://www.mynewsdesk.com/material/document/67038/download?resource_type=resource_document – zuletzt heruntergeladen am 7.9.2017)

KBV (o.J.): Medikationsplan. (<http://www.kbv.de/html/medikationsplan.php> - zuletzt abgerufen am 7.9.2017)

Vereinbarung (2016): Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP) Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Bundesärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, und dem Deutschen Apothekerverband. (<http://www.kbv.de/media/sp/Medikationsplan.pdf> - zuletzt abgerufen am 7.9.2017)

Impressum

Herausgeber:

hkk Krankenkasse
Martinistraße 26, 28195 Bremen
Tel. 0421 - 36550, Fax 0421 - 3655 3700
info@hkk.de

Wissenschaftliche Leitung:

Bremer Institut für Arbeitsschutz und
Gesundheitsförderung (BIAG)
Socium/ZeS der Universität Bremen
Dr. Bernard Braun, Tel. und Fax 0421 - 5976 896
info@biag-forschung.de
www.biag-forschung.de

Projektleitung und Redaktion:

hkk Krankenkasse
Anna Dietrich, Tel. 0421 - 3655 3041
anna.dietrich@hkk.de
Holm Ay, Tel. 0421 - 3655 1000
holm.ay@hkk.de

Veröffentlicht im Oktober 2017