„eLiSa (electronic Life Saver)“ von AOK Nordost und „AdAM“ der BARMER

Blaupause für Medikamentenmanagement mit Zusatznutzen

Was verbindet das selektivvertragliche Versorgungsangebot eLiSa (1) der AOK Nordost und die Innovationsfondsprojekte AdAM (2), TOP (3), eRIKA (4) der BARMER und AOK Nordost mit der DMP-Anforderungs-Richtlinie bei Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ 1 und das mit der ePA (5) ab 2025 vorgesehene Medikamentenmanagement samt Medikationsplan? Das Problem bei den beiden Letztgenannten: Es wird nicht definiert, wie Medikamentenmanagement und Medikationsplan erfolgen soll. Das lassen sowohl der G-BA in seiner DMP-A-RL (6) als auch der Gesetzgeber bei der Definition des Medikationsplans (7) völlig offen. Der Gesetzgeber legt zwar fest, dass Dosierungs- und Einnahmehinweise „übersichtlich und verständlich dokumentiert“ werden sollen, aber mehr als Dokumentation ist bisher nicht festgelegt. Anders ist das beim Versorgungsangebot der AOK Nordost „electronic Life Saver“, kurz eLiSa, und analog bei der BARMER unter „AdAM“, die gemeinsam 2023 mit dem ersten Preis für Patientensicherheit des Aktionsbündnis Patientensicherheit sowie dem 1. Preis des MSD Gesundheitspreises 2023 ausgezeichnet wurden und der in diesem Jahr geplanten Ausbaustufe durchaus als Blaupause für Medikationsmanagement insbesondere für DMP und ePA gelten kann.

>> Eine Ursache von Medikationsfehlern ist das Fehlen von Informationen zum Patienten und seiner Arzneitherapie, sowie die „unzureichende Nutzung qualitativ hochwertiger elektronischer Entscheidungsunterstützung“, schreibt das Autorenteam Prof. Dr. Christoph Straub, Daniela Teichert, Thomas Müller, Marcel Böttcher, Thomas Wulle und Prof. Dr. Daniel Grandt in seinem Beitrag „Mortalitätssenkung durch digital unterstütztes ärztliches Medikationsmanagement“, erschienen in „Welt der Krankenversicherung“ (11|2023). Sie beschreiben auch, warum das wichtig ist. Der Barmer Arzneimittelreport 2022 hat gezeigt, dass während eines Jahres Versicherten 1.886 verschiedene Arzneimittelwirkstoffe in 458.348 Kombinationen von 2 gleichzeitig verordneten Wirkstoffen ambulant verordnet worden sind: Eine Informationsflut, die kein Arzt ohne elektronische Unterstützung sicher beurteilen kann. Weil dem so sei, sterben hochgerechnet jedes Jahr vermeidbar mehr als 60.000 Patient:innen mit Polypharmazie an den Folgen inadäquater Arzneimitteltherapie – „23-mal so viele wie im Straßenverkehr“. Ändern kann das ein elektronisch unterstütztes Versorgungsangebot wie eLiSa, das zu einer besser aufeinander abgestimmten medizinischen Behandlung beitragen soll und dabei hilft, die Therapie mit Medikamenten erheblich sicherer zu machen. Dazu extrahiert und aggregiert die Software des Technologiepartners RpDoc(R) Solutions GmbH alle wichtigen Informationen zur Behandlung der Patient:innen aus bereitgestellten Routinedaten der Krankenkasse der letzten 36 Monate und stellt diese zur Behandlungsuntestützung zur Verfügung:

- Diagnosen
- durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen
- verordnete Medikamente
- Aufenthalte im Krankenhaus
- Heil- und Hilfsmittelverordnungen
- Kontaktdaten mitbehandelnden Ärzt:innen

Hierdurch erhalten die Ärzt:innen einen umfassenden Überblick über die Gesamtmedikation und können softwaregestützt einen Medikationscheck durchführen:

- Prüfen, ob Arzneimittel für die Patient:innen inadäquate Risiken bergen
- Erhalten Hinweise auf eine ungeeignete Kombination von Medikamenten
- Können einen Medikationsplan erstellen, der in mehreren Sprachen abrufbar ist; Hinweise zur Einnahme der Medikamente enthält.

Die Idee zu eLiSa entstand bereits vor gut zehn Jahren; zuerst als umfassende Lösung für den stationären Bereich in Form eines sehr großen Innofondsprojektes namens „eBI – elektronische Behandlungsinformation“ im Konsortium von Bundesknappschaft, BARMER und AOK Nordost. Der Antrag wurde seinerzeit nicht bewilligt. Es folgte das bewilligte Innovationsfondsprojekt „AdAM (Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management)“ der BARMER und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. AdAM war als prospektiv randomisierte Studie angelegt, die den Nutzen für dieses digital unterstützte hausärztliche Medikationsmanagement für Patient:innen mit Polypharmazie untersuchte. Erstmalig weltweit konnte in einem RCT eine signifikante Reduktion der Mortalität belegt werden, die hoch relevant ist: 7 von 1.000 Patienten starben pro Jahr in der Interventionsgruppe weniger als bei der heute üblichen Routineversorgung. Hochgerechnet auf Deutschland könnten so jedes Jahr 67.000 Todesfälle vermieden werden. Auch erhielt AdAM Anfang 2023 vom G-BA die Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung. Bereits im Sommer 2017 beschloss der Vorstand der AOK Nordost „eLiSa“ als ein eigenständiges selektivvertragliches Versorgungsangebot aufzulegen, welches im ambulanten Sektor analog zu AdAM und mit der identischen webbasierten Software funktioniert. Der Aufbau der notwendigen IT-Strukturen einschließlich entsprechender Sicherheitsfaktoren, wie z.B. eine Zwei-Faktor-Authentifizierung für die Ärzt:innen, hat fast ebenso viel Zeit in Anspruch genommen, wie die mit der Arbeitsgemeinschaft Berliner

DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

1.3.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

„Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche von der Patientin oder vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden.“

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Blaupause für Medikamentenmanagement mit Zusatznutzen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/24), S. 30–31. http://doi.org/10.24945/MVF.01.24.1866-0533.2574

Arztnetze (AGBAN) und der KV Berlin abzuschließenden Verträge. Inhaltlich verknüpft wurde eLiSa zudem mit dem Vertrag zur Versorgung multimorbider Versicherter der AOK Nordost. Für den war allerdings eine europaweite Ausschreibung nötig, was erneut entsprechende Zeit in Anspruch nahm. So konnte erst 2019 so richtig durchgestartet werden. Und dann kam Corona …

Aktuell nehmen an eLiSa rund 600 Ärzt:innen, vorwiegend aus Berlin, teil und setzen die Software für inzwischen über 14.000 bei der AOK Nordost eingeschriebenen Patient:innen mit Multimedikation ein, erläutert Thomas Wulle, eLiSa-Verantwortlicher und Fachbereichsleiter Controlling der AOK Nordost gegenüber „Monitor Versorgungsforschung“. Damit ist viel Luft nach oben: „Wir haben mehr als 300.000 von unseren 1,69 Mio. Versicherten, die von eLiSa profitieren könnten“, erklärt Thomas Wulle. Er weiß genau, woran es liegt, dass bisher immerhin, aber eben auch „nur“ 14.000 bei der AOK Nordost versicherte Patient:innen davon profitieren. Auch der G-BA befürwortet den Roll-Out und hat für die neue Versorgungsform eine Empfehlung für die Übertragung in die Routineversorgung gegeben. Hierbei sollen die systemischen Hindernisse die identifiziert wurden beseitigt werden, z. B. das Fehlen eines nationalen Standards für die Kodierung von Arzneimitteltherapie inklusive Dosierung, das Fehlen von Schnittstellen in Praxis- und Kliniksoftware und eine zentrale Dokumentation von Arzneimitteltherapie in maschinenverarbeitbarer Form in der ePA; Lösungen, die bereits innerhalb des Innovationsfondsprojekts „eRIKA als Element interprofessioneller Versorgungspfade für kontinuierliche AMTS“, kurz eRIKA, der BARMER und AOK Nordost in Zusammenarbeit mit der KV Westfalen-Lippe realisiert werden.

Die Software kommt auch hier von der RpDoc Solutions und liegt als erste „WANDA Smart“ zertifizierte AMTS Anwendung in der TI (Telematik Infrastruktur) vor. eRIKA erweitert das Medikationsmanagement auf alle Patienten mit Arzneimitteltherapie und alle verordnenden Ärzte. Bis eRIKA zukünftig in der Routineversorgung ankommt, soll in 2024 eine deutliche Steigerung der eLiSa-Patientenzahl auf 25.000 erreicht werden; dies vor allen Dingen mit der Integration von eLiSa in den HzV-Vertrag in Brandenburg, an dem derzeit rund 500 Ärzt:innen teilnehmen.

Wenn man davon ausgeht, dass es im Normalbestand gesetzlicher Krankenkassen rund 20% Patient:innen mit Multimedikation vorhanden sind, wäre das Potenzial enorm. Ähnliches gilt für Mecklenburg-Vorpommern, das dritte deutsche Bundesland, in dem die AOK Nordost stark vertreten ist. Hier existiert momentan zwar noch kein HzV-Vertrag, an dem eLiSa angedockt werden könnte, doch sollen in diesem Jahr die noch vor Corona gestarteten und dann ad acta gelegten Verhandlungen erneut angegangen werden.

Ein weiterer Hinderungsgrund ist der Faktor Zeit. Da Ärzt:innen insbesondere für den ersten Medikationscheck bei Multimedikationspatient:innen rund 25 bis 30 Minuten benötigen, honoriert die AOK Nordost den Aufwand mit 50 Euro, was laut Thomas Wulle von der Ärzteschaft als ein durchaus „vernünftiger Preis“ angesehen wird. Auch in den Folgejahren, in denen der Aufwand dann geringer wird, bleibt es bei den 50 Euro. Diejenigen Ärzt:innen, die eLiSa schon heute intensiv nutzen, wollen das Angebot nicht mehr missen. Das liegt zum einen vor allem daran, dass die RpDoc(R) Software die Vielzahl möglicher Medikationsinteraktionen viel besser als ein Mensch detektieren kann, zum anderen aber auch daran, dass die Software nur die wirklich klinisch relevanten Ergebnisse inklusive praxistauglicher Managementempfehlung auswirft und auch die Empfehlungen der S2k-Leitlinie „Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität“ berücksichtigt.

Dies unterscheidet den Ansatz von anderen Systemen, die häufig zu „Over-Alerting“ und Praxisuntauglichkeit führen. Mit den bisher gemachten Erfahrungen des digitalen Medikationsmanagements, sieht Thomas Wulle gespannt auf das kommende Jahr. Wichtig ist ihm die Feststellung, dass das von AOK Nordost und der BARMER genutzte System „keine Konkurrenzsituation“ zur ePA sei. Im Gegenteil: „Wir arbeiten sehr hart daran, mit der gematik schon jetzt dafür zu sorgen, dass im Vorfeld alle nötigen Definitionen getroffen werden, um unsere Lösung einer digital unterstützten Multimedikations-Entscheidungsunterstützung mit dem innerhalb der ePA vorgesehenen elektronischen Medikationsplan zu integrieren.“ Nur so wäre, so Wulle, ein „echtes Medikationsmanagement, wie wir das verstehen“ flächendeckend möglich.

Das Ganze machen Krankenkassen nicht aus purem Altruismus. Natürlich steht bei allen zuerst das Patientenwohl an oberster Stelle. Doch dann kommt gleich die Ökonomie, die ja auch für Selektivverträge zwingend gesetzlich vorgeschrieben ist. So hat die AOK Nordost bereits analysiert, wie viele Arzneimittelausgaben durch eLiSa eingespart werden können. Dabei wurde der Planwert von 150 Euro pro Versichertem und Jahr – also dreimal so viel, wie eLiSa pro Patient:in an reinen Arzthonoraren kostet – übertroffen. Die interne, bisher unveröffentlichten Analyse von rund 4.300 Fällen kommt auf einen durchschnittlichen Brutto-Einspareffekt von 170,53 Euro. Hierbei ist noch nicht berücksichtigt, dass durch das digitale Multimedikationsmanagement auch Hospitalisierungen vermieden werden können. Diese Analyse soll bis Ende des 2. Quartals 2024 erfolgen.

Auch soll gemeinsam mit der Ärzteschaft herausgearbeitet werden, warum von den Empfehlungen der Software abgewichen wurde und damit das Risiko einer Arzneimittelinteraktion bewusst eingegangen worden ist. Das kann zum Beispiel daran liegen, dass eine Ärzt:in, die einen solchen Medikationscheck durchführt, ein Medikament, das eine Kolleg:in verordnet hat, nicht so einfach absetzen oder abändern kann oder will. Hier ist es laut Wulle notwendig, eine einfache und sichere Kommunikationslinie zu allen mitbehandelnden Ärzt:innen aufzubauen - auch das wird die Software gematik konform über KIM (Kommunikation im Medizinwesen) ermöglichen. Wulle: „Davon erwarten wir uns eine weitere Effizienzsteigerung, sodass wir zukünftig über die bisher im Raum stehenden 150 oder 170 Euro pro Versicherten und Jahr hinauskommen und mehr Hospitalisierungen vermeiden können – zuallererst immer zum Wohl der Patient:innen. Deshalb ist die Skalierung und Weiterentwicklung von eLiSa für die AOK Nordost eines der top-priorisierten (Versorgungs-)Themen in 2024“ <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:

1: https://www.aok.de/pk/nordost/elisa-digitales-angebot-arzneimitteltherapie/
2: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/adam-anwendung-digital-gestuetztes-arzneimitteltherapie-und-versorgungs-management.71
3: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/top-transsektorale-optimierung-der-patientensicherheit.367
4: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/erika-erezept-als-element-interprofessioneller-versorgungspfade-fuer-kontinuierliche-amts.503
5: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte.html
6: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3267/DMP-A-RL_2023-07-20_iK-2023-10-01.pdf
7: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/medikationsplan