

eMedikation – Einfluss auf Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit

Digital heisst klare Vorteile für die Patienten

Wirtschaftlicher und vor allem sicherer soll die Medikamentenabgabe in Spital und Heim sein. Elektronisch gestützte Prozesse in Logistik, Rüsten und Abgabe erweisen sich im täglichen Einsatz traditionellen rein von Hand ausgeführten Methoden deutlich überlegen. An der 6. Tagung eMedikation äusserten sich verschiedene Referenten dazu.



Felix Schneuwly,
Head of Public Affairs, comparis.ch

«Über 6 Millionen Franken werden in der Schweiz jährlich für Medikamente ausgegeben (inkl. Spital stationär)», hielt Felix Schneuwly, Head of Public Affairs, comparis.ch, fest. Da lohne es sich auf Qualität und Sicherheit zu achten.

comparis.ch hat 2007 eine umfangreiche Spitalstudie durch die IHA-GfK durchgeführt. In 53 von comparis.ch definierten Spitälern wurden über 150'000 Personen kontaktiert. Das ergab 5827 realisierte Interviews, alle repräsentativ für Patienten mit einem Aufenthalt von mindestens einer Nacht in den befragten Spitälern. Die Ergebnisse zeigten der Öffentlichkeit bisher nicht bekannte, signifikante Unterschiede in der Patientenzufriedenheit bei Schweizer Spitälern. Ausserdem wurde die Wiedereintrittsrate untersucht. Hier variierten die Werte extrem von 16% (Ospedale della Beata Vergine, Mendrisio) bis 48% (HUG).

Das Zufriedenheits-Score ergab Folgendes:

1. Halbprivat Versicherte sind signifikant zufriedener als alle anderen.

2. Die Versicherten der Allgemeinen Abteilungen der ganzen Schweiz sind signifikant zufriedener als die Versicherten der Grundversicherung.

Wie steht's mit Kosteneffizienz und Qualität?

Felix Schneuwly verglich die Ziele des KVG 1996 mit der aktuellen Lage und zog eine Zwischenbilanz:

- Solidarität: Praktisch Einheitsprämie mit Unterschieden zwischen Kantonen und Versicherern
- Zugang zur Medizin: Für alle Versicherten kurze Wege und Wartezeiten
- Kostenbegrenzung: Stärkeres Wachstum der Medikamentenkosten als Gesundheitskosten total und BIP
- Transparente Qualität: absolut nicht erreicht, und dabei gilt: Nichts ist teurer als schlechte Qualität

Als Grundprinzip des KVG bezeichnete Felix Schneuwly zum einen den Wettbewerb zwischen Krankenkassen. Die freie Kassenwahl führe zur Auswahl und zu Kassenwechseln. Starke Kassen haben tiefe Verwaltungskosten und eine hohe Kundenzufriedenheit. Wo Wettbewerb herrscht, sind tiefere Prämien die Folge. Konsequenterweise müsse auch ein Wettbewerb zwischen Leistungserbringern bestehen. Er wird Effizienzdruck auf die Leistungserbringer ausüben und führt zu höherer Patientenzufriedenheit.

Keine Anreize für Qualität und Sicherheit

In der aktuellen Situation sieht der Referent allerdings keine Anreize für mehr Qualität und Sicherheit. Die Sackgasse heisst: Preissenkungen und Mengenwachstum. Als Folge davon stiegen innert 10 Jahren die Kosten im Spital

stationär um 22%, beim Arzt ambulant um 17%, bei den Medikamenten um 14% und im Spital ambulant gar um 28%. Wenig Hoffnung auf Besserung bringt auch die von Bundesrat initiierte Konzeption «Gesundheit 2020». Wenn man die Verantwortung der Akteure in Relation zur in Anzahl geplanter Massnahmen setzt, betreffen 60 Massnahmen den Staat, 41 Private und bloss 1 die Bevölkerung.

Felix Schneuwly forderte konkrete Aktionen:

- Wirksamer Risikoausgleich (schon als Teil der Managed-Care-Vorlage unbestritten): Mit den Indikatoren Medikamenten- und später Diagnosen-Gruppen die Wettbewerb-Anreize von der Jagd nach guten Risiken zum besten Preis-Leistungs-Verhältnis im Krankheitsfall verlagern.
- Dual-fixe Finanzierung: Analog zu den Fallpauschalen alle medizinischen Leistungen (auch die ambulanten) gemäss KVG mit dem gleichen Vergütungsteiler finanzieren. So wird verhindert, dass das Kostenwachstum die Kassen stärker belastet als die Kantone.
- Flexible Tarife statt Ärztestopp: Facharztspezifische Taxpunktwerte nach Ärztedichte statt junge Konkurrenten zu behindern
- Schlankes ePDG: mit Datenschutz, technischen Standards und verbindlich für alle Leistungserbringer, welche zu Lasten von Sozialversicherungen abrechnen

Vom Preiskampf zum Qualitäts-wettbewerb

Wo Anreize bestünden, könne ein Qualitätswettbewerb entstehen. Die erste Frage ist dabei: Wer übernimmt die Verantwortung für die Qualität? Diese lässt sich in drei Bereiche aufgliedern:

- Strukturqualität: verantwortlich sind die Kantone (im Bereich KVG auch der Bund)



Sichere Medikation: Der MedManager von Wiegand AG mit der Richthilfe für Wochensysteme unterstützt das Richten von Medikamenten sowohl in Tagesdispensern als auch für Einzeldosen. Das gleichzeitige Befüllen von 7 MediDispensern wird mit einer optischen Lichtführung wesentlich erleichtert. Die Identifikation des verschriebenen Medikamentes erfolgt über einen Barcode-Scanner.

- Prozessqualität: Leistungserbringer und Kassen
- Ergebnisqualität: Leistungserbringer und Kassen (Wer zahlt, befiehlt. Das Prinzip WZW wird die Richtschnur bleiben.)

Was sind die Folgen für den Versicherer?

- Strukturqualität: Vom Vertragszwang zur Vertragsfreiheit
- Prozessqualität: Integrierte Versorgung und elektronisches Patientendossier
- Ergebnisqualität: Pay for Performance (harte und weiche Qualitäts-Daten) statt Fee for Service

Die Qualität zu verbessern, wird für die Versicherten und Patienten immer bedeutungsvoller. Das bedeutet Zugang zu Informationen sicherstellen (Vorbild Dänemark), Behandlungsprozesse optimieren (Termine reservieren, Wartezeiten verkürzen, Zweitmeinungen erleichtern etc.), Patientensicherheit verbessern (eMedikation als Vorreiter) sowie Doppelspurigkeiten (Mehrfachdiagnosen und -behandlungen) vermeiden und damit Effizienz steigern. Dazu Felix Schneuwly: «Wenn die Abläufe in der Automobilindustrie so schlecht koordiniert wären wie im Gesundheits-

wesen, wären die Autos doppelt so teuer und auch doppelt so pannen anfällig.»

Als Knackpunkte im ePDG nannte er:

- Doppelte Freiwilligkeit: Sie gibt den Ärzten faktisch das Blockaderecht. Im Interesse der Patienten wäre einer Regelung, welche die Leistungserbringer zwingt, ein ePatientendossier anzubieten, wenn die erbrachten Leistungen zu Lasten von Sozialversicherungen abrechnet werden.
- Datenschutz: Es geht um Patientendaten. Die Angst der Ärzte, gläsern zu werden, ist wohl grösser als diejenige der Patienten. Dänemark gestattet allen Leistungserbringern vollen Lese- und Schreibzugriff.
- AHV-Nummer: Mit ihr existiert ein eindeutiger Identifikationscode, der den Anforderungen des Datenschutzes genügt und mit dem auch die erforderlichen Rollenkonzepte umgesetzt werden können.
- Verbindliche, nicht proprietäre technische Standards: Sie sind wichtig für die Investitionssicherheit (Lehren aus der Versichertenkarte ziehen).
- Anschubfinanzierung: «Sie ist nicht nötig, wenn endlich mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern erlaubt wird, welcher den innovativen Anbietern Konkurrenzvorteile verschafft.»

e-RAMIS: elektronisch unterstütztes Richten und Abgeben von Medikamenten im Spital

Katrin Aeschbacher, Apothekerin, Projektleiterin, und Kaspar Küng, MSc Pflege, Teilprojektleiter wissenschaftliche Evaluation am Insepspital, präsentierten e-RAMIS. – Ihr Hintergrund zum Projekt waren folgende Fakten:

- Unerwünschte Arzneimittelereignisse treten bei ca. 5–10% aller Patienten auf.
- Medikationsfehler bis 70% (je nach Methodologie)
- Probleme mit Medikationen machen in der «Insel» etwa 50% aller gemeldeten kritischen Ereignisse aus.
- Rund die Hälfte betreffen Vorbereitungs- und Verabreichungsfehler, d.h. fehlerhaftes Richten oder fehlerhafte Medikamentenabgabe.
- Die elektronische Verordnung verhindert Verordnungs- und Übertragungsfehler, nicht jedoch Richt- und Abgabefehler.

Bei der Art und Häufigkeit von Medikationsfehlern sind 29% Verordnungsfehler, 13% Übertragungsfehler und 58% Vorbereitungs / Verabreichungsfehler. e-RAMIS fokussiert sich deshalb auf die Prozessschritte des Medikamentenrichtens und

-abgebens. Unter den evaluierten Optionen zentrale Unit-Dose Versorgung, elektronischer Arzneimittelschrank auf Station und elektronisch unterstützter Richt- und Abgabe-Prozess («Richtstation») wurde die letztere gewählt.

Als Vorteile der «Richtstation» sehen die Projektverantwortlichen die geschlossene Informationskette, dass eine modulare Inbetriebnahme möglich ist, die hohe Bedienerfreundlichkeit und den grossen Abdeckungsgrad. Voraussetzungen zum Betrieb sind ein KIS mit elektronischer Verordnung (seit 2011) und das Patientenarmband (seit Mai 2012).

Klare Projektziele definiert

Die obersten Ziele hiessen weniger Medikationsfehler, verbesserte Patientensicherheit und höhere Mitarbeiterzufriedenheit. Weiter sollten die Folgekosten falsch gerichteter und abgegebener Medikamente reduziert werden. Bei den Prozessen Richten und Abgeben galt es, genauer und mit weniger Zeitaufwand zu dokumentieren. Schliesslich ging es um eine Effizienzsteigerung der Medikamentenlogistik. In einer wissenschaftlichen Evaluation wird nun ermittelt, ob die Ziele im Rahmen des Pilotprojekts erreicht werden konnten.

e-RAMIS funktioniert wie folgt: Bei der Abgabe und Dokumentation erfolgt zuerst ein BedSide-Scanning mit Kontrolle 5R am Patientenbett. Den Scan besorgt eine Pflegefachperson an Patientenarmband und Medikamentenetikette. Dann folgt die Abgabe und Dokumentation in einem Schritt.

Bei der Medikamentenlogistik sind folgende Elemente massgebend:

- Elektronische Bestandesführung auf Station
- Der Medikamentenbedarf wird aufgrund der aktuellen Verordnungen ermittelt.
- Platzproblematik entschärfen
- In der Spitalpharmazie ist ersichtlich, wo was vorrätig ist (dringliche Beschaffung, interne AM-Suche reduzieren).
- Links zu Bestellformularen

Bei der wissenschaftlichen Evaluation werden folgende Hypothesen überprüft:

- Die Prävalenz der Richtfehler wird durch den MedManager von Wiegand signifikant reduziert.
- Die Prävalenz der Abgabefehler wird durch den eingesetzten MedManager signifikant reduziert.
- Der Zeitaufwand für das Richten und Kontrollieren der Medikamente wird durch den MedManager signifikant reduziert.

Gesundheitspolitik

Management der Austrittsmedikation

Martin Lysser, Projektleiter Pflege-Informatik Inselspital Bern, beleuchtete schliesslich das Management der Austrittsmedikation mittels integriertem Patientendossier Inselspital i-pdos. Er betonte, die Qualität der Versorgung des Patienten hänge von der Komplexität der Medikation ab, vom Wissen über die Medikamente, vom kognitiven Zustand des Patienten und vom Umfeld, das einen sicheren Umgang mit komplexer Medikation schafft. Im positiven Falle führt der Patient selber eine Liste der Medikamente, die er nimmt, bringt die Patientenkarte mit Medikation ins Spital mit, benützt Social Media oder Patientenforen und verfügt über ein elektronisches Patientendossier (Vitacliv, Evita etc.).

Die Rolle von Arzt oder Ärztin besteht in der Verantwortlichkeit für die Medikation während des Aufenthalts des Patienten im Spital, für adäquate Medikation beim Austritt und für die Aufklärung des Patienten. Pflegefachkräfte sind zuständig für die Voraufnahme der Medikation, Instruktionen des Patienten (Patienten-Eduktion, z.B. in der Anwendung von Antidiabetika, Thromboseprophylaxe etc.), Beratung und Unterstützung der Angehörigen sowie Koordination des Austritts (11er Austritts-Checkliste). Der/die Spital-Apotheker/in schliesslich kennt Wirkstoffe und Wirkungsmechanismen, die Interaktionen und Alternativen (Substitution). Spital-ApothekerInnen sind aber selten in den Prozess involviert. Sie stellen ihr Fachwissen indirekt durch die Pflegen Datenbankanforderungen zur Verfügung.

Elf, sich gegenseitig verstärkende Komponenten sind relevant für die Austrittsmedikation:

- Anpassung der Medikation
- Abstimmen des Entlassungsplans mit nationalen Richtlinien
- Follow-up-Termine sind festgelegt.
- Ausstehende Tests: Damit ist sichergestellt, dass die Ergebnisse an den Hausarzt gelangen.
- Post-Entlassungs Dienstleistungen sind vereinbart.
- Geschriebener Entlassungs-Plan liegt vor.
- Der Patient ist informiert, was zu tun ist, wenn ein Problem auftritt.
- Patientenschulungen haben stattgefunden.
- Dass der Patient und/oder seine Angehörigen das Vorgehen verstanden haben, ist festgestellt.
- Der Austrittsbericht ist dem Hausarzt zugesandt worden (gesichertes eMail).
- Der Patient hat eine Notfall-Telefon-Nummer erhalten.

Wichtiges elektronisches Patientendossier

Martin Lysser betonte abschliessend die hohe Bedeutung eines ePatientendossiers wie es der Bundesrat am 29. Mai mit seiner «Botschaft zum Entwurf des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier» verabschiedet hat:

- Durchgängige elektronische Abläufe verbessern die Koordination und den raschen Informationsaustausch unter den Akteuren.
- Mit der Einführung der elektronischen Medikamentenverordnung und des elektronischen Rezepts, welches innerhalb des elektronischen Patientendossiers abbildbar ist, kann eine deutliche Verbesserung der Qualitätssicherung und Kontrolle erreicht werden.

Text: Dr. Hans Balmer



Gustis Fragen zur Einheitskasse

- Ist die Einheitskasse für eine Armee-Einheit gedacht? Das gibt es doch schon mit der Militärversicherung! Da sind zudem Unfall und Krankheit sowie Lohnausfall und Invalidität versichert!
- Bekommen etwa die Krankenversicherer eine Einheits-Kasse und wozu? Haben die keine eigenen Kassen? Oder wird in der Kasse eine Einheit gebildet, die eine Kasse bekommt. Wie soll diese dann aussehen und funktionieren?
- Ist die Einheitskasse für die Versicherten ein Vorteil? Haben sie dann keine Wahl mehr und müssen nehmen, was Ihnen angeboten wird. Bei der Unfallversicherung gibt es ja schon eine Lösung, die sich seit Jahrzehnten bewährt hat. Die SUVA übernimmt die Industrie- und Transport- und sonst gefährlichen Risiken und die übrigen Firmen können wählen, bei welcher Versicherung sie sich versichern. 21% sind bei der SUVA und alle anderen haben sich noch nicht beklagt. Sind sie nicht zufrieden mit ihrem Versicherer, können sie diesen wechseln. Ist das gar ein Vorbild, dem man in der Krankenversicherung auch folgen könnte: Einheitskasse für hohe Risiken und der Rest der Versicherten hat die Wahl, wo sie sich versichern wollen? So haben diese auch Alternativen, wenn sie nicht zufrieden sind!
- Allerdings: Wie wäre es, wenn endlich auch bei der Krankheit Lohnkosten und Invalidität in einer Einheit versichert würden anstelle der Verzettelung von heute. KVG, IV, BVG, Lebensversicherung gebunden oder nicht, Lohnfortzahlungspflicht nach OR etc.; alles in anderen Zuständigkeitsbereichen und Gesetzen geregelt!
- Gusti findet an einer solchen Vereinheitlichung Gefallen. Es könnte doch für die Versicherten von Vorteil sein, wenn man ab und an etwas mehr in die Heilung investierte, um längere Lohnausfälle oder Invalidität zu vermindern. Warum soll, was in der Militärversicherung gut funktioniert, nicht auch bei Krankheiten machbar sein?
- Scheitert es schon beim Gedanken, dies zu prüfen? Etwa weil damit einiges, auch politisch, in Frage gestellt würde? Gehen die Wichtigkeit einiger politischen Ämter vor gegenüber der bei der Unfallversicherung funktionierende Sachlösung? – Diese Überlegungen zu prüfen und die Diskussion mitgestalten, würde Gusti gerne miterleben. Da nimmt er doch glatt Arbeit in Kauf!

Euer Gusti