

**Protokoll**  
**der sechzehnten Sitzung des Ärztlichen Beirates**  
**am Mittwoch, den 27. Februar 2013**  
**in der Ärztekammer Nordrhein**

Vorsitz: Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann,  
Matthias Redders

Anwesend: s. Teilnehmerliste

Beginn: 15.00 Uhr  
Ende: 17.00 Uhr

---

**Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in diesem Protokoll auf eine geschlechterdifferenzierte Formulierung verzichtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Begriffe wie Arzt, Patient, Mitglied usw. immer auch für die weibliche Form stehen, es sei denn, es wird ausdrücklich auf die männliche oder weibliche Form hingewiesen.

**TOP 1 Begrüßung**

Frau Dr. Christiane Groß begrüßt im Namen aller Vorsitzenden die Anwesenden (s. Teilnehmerliste). Sie begrüßt insbesondere die externen Referenten Herrn Dr. Florian Fuhrmann, CompuGroup Medical, Herrn Stefan Lammers, AKWL und Herrn Dr. Stefan Schwenzler, bvitg, ID Berlin.

Dr. Groß stellt die Tagesordnung vor. Sie wird ohne Änderungen angenommen.

**TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 19. Dezember 2012**

Das Protokoll wurde rechtzeitig versendet. Da es keine Einsprüche gibt, wird das Protokoll genehmigt.

Unklar ist noch der Sitzungsort der nächsten Sitzung am 17.04.2013. Der ursprünglich geplante Sitzungssaal bei der KV WL in Dortmund steht nicht zur Verfügung. Der neue Sitzungsort wird noch mitgeteilt.

**TOP 3 Vom Land geförderte Projekte zur Verbesserung der Information über einzunehmende Medikamente**

Die Arzneimitteltherapiesicherheitsüberprüfung (AMTS) ist als eine der zentralen medizinischen Anwendungen in der Telematik-Infrastruktur vorgesehen. Dr. Groß weist in ihrer Anmoderation darauf hin, dass mit der IT-Unterstützung nicht automatisch auch die Sicherheit erhöht wird. Bei AMTS ist insbesondere auch der ärztliche Sachverstand entscheidend. Sie begrüßt noch einmal die Referenten, die über AMTS-Projekte aus dem Land NRW berichten und weist darauf hin, dass Verständnisfragen nach den jeweiligen Vorträgen gestellt werden können, die inhaltliche Diskussion aber erst nach Abschluss aller Vorträge vorgesehen ist.

### **TOP 3.1 TEAM eGK**

Als erstes stellt Herr Stefan Lammers von der AKWL das Projekt Telematikinfrastruktur-unterstützte Erweiterung der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfungs-Datengrundlage als Mehrwertanwendung der elektronischen Gesundheitskarte (abgekürzt: TEAM eGK) vor. Dieses Projekt wurde im landesweiten Wettbewerb „luK & Gender Med.NRW“ ausgezeichnet. Das Projekt startete mit einiger Verspätung am 15.1.2013. Zur Vorstellung dieses Projektes nutzt Lammers Präsentationsfolien, die diesem Protokoll beigefügt sind.

Bei der Vorstellung der Projektpartner weist Lammers darauf hin, dass das Apotheker-Rechenzentrum den AMTS-Dienst betreiben wird und die wissenschaftliche Evaluation des Projektes von Herrn Prof. Jaehde und Frau Dr. Kurt von der Universität Bonn durchgeführt wird. Ein Aspekt dieser Untersuchung wird sein, wie sich AMTS gerade bei älteren Patienten und Patientinnen, die mehrere Medikamente parallel einnehmen, auswirkt. Die Besonderheit in diesem Projekt ist, dass die Datenlage es nicht zuließ, AMTS-Prüfung apothekenübergreifend durchführen zu können. Die AMTS-Daten werden zentral auf einem AMTS-Dienst gespeichert. Es ist geplant, das Projekt technisch über die Telematik-Infrastruktur und den von der gematik spezifizierten Komponenten abzuwickeln. Da diese Bausteine der TI jedoch noch nicht zur Verfügung stehen, muss man zunächst auf Alternativen ausweichen, die aber in einem späteren Stadium in die TI überführt werden können. Es ist geplant, entsprechend dem Namen der Projektbezeichnung TEAM das Projekt auch auf Arztpraxen und Krankenhäuser zu erweitern. Das Projekt wird in Bochum Wattenscheid durchgeführt, wo es 19 Apotheken gibt, von denen bisher 12 ihre Zusage zur Teilnahme gegeben haben.

Im Anschluss an diesen Vortrag wird die Frage gestellt, was mit den erhobenen Daten geschieht, falls Probleme auftreten. Herr Lammers erklärt, dass er davon ausgeht, dass sich diese Frage auf technische Probleme bezieht. In einem solchen Fall werden die Probleme in einem ersten Schritt dokumentiert und danach, nach eingehender Analyse, vorgegebene Maßnahmen umgesetzt.

Auf die Frage wie die Apotheker für das Projekt motiviert werden und ob es Benefits für sie gäbe, informiert Lammers, dass es für den Apotheker vorteilhaft ist, seine Kunden besser beraten zu können. Die Teilnehmer werden mit einem guten Training und guten Schulungen auf dieses Projekt vorbereitet. Die finanziellen Anreize sind eher geringerer Natur.

Auf die Frage, welche Algorithmen bei der Sicherheitsüberprüfung angewandt werden, erwidert Herr Lammers, dass es dazu noch keine Festlegungen gibt.

In einer weiteren Frage erkundigt sich ein niedergelassener Arzt nach einer Kooperation der Apotheker mit den Ärzten. Seitens der Ärzte beobachtet man eine gewissen „Praxisfremdheit“ der Apotheker beim Umgang mit AMTS. So beobachtet er in seiner Praxis ca. 3 Meldungen von Apothekern zu Medikamentenverordnungen pro Woche.

Eine weitere Frage erkundigt sich nach der Einbeziehung der eGK in dieses Projekt. Herr Lammers weist darauf hin, dass man versucht, der Telematik-Infrastruktur technisch so nah wie möglich zu kommen.

### **TOP 3.2 Arzneimittelkonto NRW**

Der nächste Vortrag von Herrn Dr. Florian Fuhrmann von der Firma CompuGroup Medical AG stellt das Projekt Arzneimittelkonto NRW vor. Dieser Vortrag ist ebenfalls als Datei beigelegt. Dieses Projekt wurde ebenfalls von der Landesregierung prämiert und wird gefördert. Ziel des Projektes ist es, ein Arzneimittelkonto für Patienten über 65 Jahren zu führen und eine übergreifende Risikoprüfung auf Interaktionen, Kontraindikationen und Doppelverordnungen durchzuführen. Dabei verwendet man eigene Algorithmen (ifap) und die PRISCUS-Liste. Bestandteil des Projektes ist eine wissenschaftliche Evaluation von Prof. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld. Bei diesem Projekt wird die eGK noch nicht eingesetzt, sondern eine eigene Karte, da sie für diese Anwendung noch nicht vorbereitet ist. Der Patient ist Herr seiner Daten und schaltet den teilnehmenden Arzt frei. Über ein Webfrontend kann der Patient sein Arzneimittelkonto auch selbst pflegen. Das Projekt befindet sich in der Vorbereitung und mit dem Start in den Praxen in einer ausgewählten Region in NRW wird im 2. Quartal 2013 gerechnet.

Auf die Frage ob die Patienten mit 2 Karten während des Projektes agieren müssen, antwortet Dr. Fuhrmann, dass der Patient neben der eGK auch die Karte der CompuGroup nutzen muss solange, bis die eGK für derartige Anwendungen vorbereitet ist.

Auf die Frage wo das Projekt regional durchgeführt wird, erläutert Dr. Fuhrmann, dass man mit verschiedenen Ärztenetzen im Gespräch ist aber noch keine Entscheidung getroffen wurde. Man hat aber die Absicht, die Tests nur in einer Region durchzuführen.

Auf die Frage, welche Krankheiten bei dem Check berücksichtigt werden, sagte Dr. Fuhrmann, dass man zunächst alle Krankheiten und alle Daten berücksichtigen wird.

### **TOP 3.3 Medikationsplan Version 1.3 gemäß Aktionsplan des BMG**

Im nächsten Vortrag stellt Herr Dr. Schwenzer die Arbeit der Arbeitsgruppe AMTS des bvitg (Bundesverband Gesundheits-IT) vor und geht dabei insbesondere auf die Einbindung der AG bei der Entwicklung der Maßnahmen 26 und 4 des Aktionsplans Arzneimitteltherapiesicherheit (AP AMTS) 2010-2012 des BMB ein. Dem Protokoll ist dieser Vortrag als Datei beigelegt. Bei der Maßnahme 26 geht es um die Definition der Anforderung an eine Schnittstelle für Praxis-, Krankenhaus- und Apothekensoftware zur Implementierung von Systemen zur elektronisch dokumentierten Verschreibung und um die Schaffung technischer und semantischer Voraussetzungen für deren Umsetzung. Diese Maßnahme ist noch nicht abgeschlossen.

Die Maßnahme 4 befasst sich mit der Einführung eines Medikationsplans, der auf Basis der Spezifikation der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft entwickelt wurde. Er soll als wichtige personenbezogene Informationsquelle für alle am Medikationsprozess Beteiligten in einer standardisierten Form genutzt werden.

Anschließend präsentiert Herr Dr. Schwenzer eine praktische Vorführung der Anwendung ID DIACOS PHARMA seines Unternehmens ID aus Berlin. In diesem System wurde der Medikationsplan Version 1.3 implementiert, und in der Demonstration zeigt Herr Dr. Schwenzer, wie der Medikationsplan in einem Medikationsprozess in Verbindung mit einem KIS System eingesetzt werden kann. Dabei wird der Medikationsplan mit Hilfe des 2D-Barcodes als Vor-medikation eingescannt, um die aktuelle Medikation ergänzt und schließlich wieder zur weiteren Verwendung im Behandlungsprozess ausgedruckt und dem Patienten übergeben.

### **TOP 3.4 Medikationsplan in NRW**

In Fortführung des Vortrags von Dr. Stefan Schwenzer stellt Herr Victor Krön den Medikationsplan im Detail und das Projekt Medikationsplan NRW vor. Die Präsentation zu diesem Vortrag ist dem Protokoll beigelegt. Die Besonderheit des Medikationsplans besteht darin, dass er die Informationslage aller an der Therapie durch Arzneimittel Beteiligten zu verbessern hilft. Der Medikationsplan kann vom Patienten gelesen werden und unterstützt ihn bei der Einnahme der Medikamente, und über die Einbindung des Medikationsplans in die PVS und KIS stehen dem Arzt Informationen zur Therapie zur Verfügung. Die Einführung des Medikationsplans ist aktuelle Aufgabe im Aktionsplan 2013 und bei mehreren Landesärztekammern und KV'en. Einige Softwarehersteller haben den Medikationsplan auch schon in ihre Systeme implementiert, wie z. B. das von Dr. Schwenzer vorgestellte ID DIACOS PHARMA.

Krön verweist aber auch auf Elemente des Medikationsplans, die verbessert werden können. So gibt es inzwischen Barcodes mit einer verbesserten Komprimierungsfähigkeit. Da keine elektronische Signatur eingesetzt wird, ist der Integritätsschutz der Daten nur eingeschränkt gewährleistet. Da der Medikationsplan über kein kollisionsarmes Versionierungskonzept verfügt, kann man letztlich nicht genau sicher sein, welcher Medikationsplan nun gerade gültig ist. Die Informationen des Medikationsplanes sollten ggf. noch um einige klinische Parameter wie z. B. letztes Körpergewicht erweitert werden.

Die vorgestellten und insbesondere die verbesserungswürdigen Hinweise zum Medikationsplan werden in dem Projekt Medikationsplan in NRW untersucht und bearbeitet.

Im Anschluss an diesen Vortrag beginnt die Diskussion zu diesen Vorträgen im Plenum, die Herr Matthias Redders mit den Hinweisen eröffnet, dass es das Konzept des Landes NRW ist, alle medizinischen Projekte von unten, d. h. von den Nutzern der jeweiligen Anwendung her zu entwickeln, wie es Projekte zum eArztbrief und zum Notfalldatensatz bereits zeigen. So geht man nun auch an die Anwendung AMTS heran. Es gibt dabei auf der einen Seite die Ärzte und auf der anderen die Apotheker. Und diese beiden Seiten müssen zusammenwachsen. Von der Bundesebene insbesondere der gematik wird dabei erwartet, die Technik für eine standardisierte Telematikplattform bereitzustellen.

Es wird angemerkt, dass die Polymedikation bei alten Menschen ein Problem darstellt, so dass alle Medikationen und Interaktionen überprüft werden sollten. Dieses sollte, wie auch vom Hausarztverband gefordert, über den Hausarzt realisiert werden, was jedoch das aktuelle Budget nicht zulässt.

Festgestellt wird, dass die Medikationsvorgaben der Krankenkassen einen erheblichen Beratungsbedarf in den Arztpraxen verursachen.

Ein Teilnehmer bemerkt, dass er den Medikationsplan für einen guten Aufschlag hält. Dieser Ansatz, insbesondere die elektronische Übernahme der Daten, ist sehr pragmatisch. Dass Ärzte und Apotheker gemeinsam ins Boot genommen werden sollen, ist unumgänglich, jedoch stellt sich die Frage, wer die Daten hält. Als fraglich wird die Datenqualität angesehen, wenn der Patient selbst Zugriffsrechte auf sie erhält, wobei die Frage, wie OTC-Präparate erfasst werden, dabei ein ungelöstes Problem darstellt. Für den Arzt sind AMTS Programme nicht grundsätzlich nützlich, weil sie seine Medikation wegen des Systems der „roten Ampel“ oft behindern. So wurde auf dem letzten Deutschen Ärztetag auch die Frage nach den Zahlen „AMTS-Geschädigter“ gestellt.

Seitens der Zahnärzte wird die Frage an Dr. Schwenger gestellt, inwieweit sie in AMTS Lösungen schon eingebunden wurden. Er nimmt diese Frage als Anregung auf und wird prüfen, welche PVS der Zahnärzte AMTS schon integriert haben. Herr Redders kündigt an, dass das Land NRW die Einbindung von Zahnärzten fördern möchte.

Dr. Dr. Bickmann wirft die Frage auf, was AMTS Systeme wirklich leisten können, um den Arzt bei seiner Medikation zu unterstützen, da die Interaktion von Medikamenten ein ausgesprochen komplexes Gebiet ist. So erweisen sich diese Systeme z. B. bei Schwangeren als nicht praktikabel. Es gibt dazu noch sehr viele offene Fragen. Dr. Schwenger stimmt dem zu und regt an, über den bvitg zu eruieren, was die AMTS Systeme können.

In einem späteren Ausbaustadium soll die eGK AMTS und den Medikationsplan durch die Zulieferung von Daten unterstützen. Die im Medikationsplan erfassten Medikamente sind nicht immer die aktuellsten, da nicht sicher gestellt werden kann, dass auch die in der Zwischenzeit abgesetzten Medikamente gelöscht werden. Daher ist, wie Krön in seinem Vortrag dargestellt hat, die Aktualität und Integrität des Medikamentenplans vage. Erforderlich ist, wie Dr. Groß hervorhebt, ein Versionskonzept, welches durch eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) oder Zeitstempel beim Medikationsplan als aktualisiert dargestellt werden kann. Auch sollte eine Möglichkeit erwogen werden, wie der Patient selbst OTC-Präparaten ergänzen kann.

Dr. Schwenger ergänzt, dass der Medikationsplan nicht den Arztbrief ersetzt. Der Medikationsplan ersetzt auch nicht das Gespräch mit dem Patienten, wo zu klären ist, ob der vorliegende Plan auch noch zutrifft. Der Medikationsplan kann und will auch nicht die AMTS Prüfung ersetzen.

Aus dem Auditorium wird darauf hingewiesen, dass bisher beim Medikationsplan ausschließlich über die Kommunikation zwischen Ärzten – Ärzten und Ärzten - Apothekern gesprochen wird. Interessant sei jedoch auch der Einsatz des Medikationsplan bei der intersektoralen Versorgung. Bei der Entlassung sollte überprüft werden, wofür die Informationen auf dem Medikationsplan sind. Überlegt werden sollte, ob die Angaben zum Behandlungsgrund als Information an den Patienten nicht herausgestrichen werden sollten. Dr. Schwenger weist hier nachdrücklich darauf hin, dass der Medikationsplan insbesondere für den Patienten ge-

dacht ist. Der Patient soll wissen, warum er das Medikament einnimmt. Für die Arzt – Arzt Kommunikation ist der Arztbrief zuständig. Krön ergänzt, dass der Medikationsplan für den Behandler die Information vorhält, die er dem Patienten bzgl. der Medikation mitgeteilt hat.

Redders ergänzt zum Projekt Medikationsplan in NRW, dass das Land daran interessiert ist, wie die Bürger/Patienten mit den Informationen im Medikationsplan umgehen können. Dieses ist eine Fragestellung, die in diesem Projekt untersucht werden soll.

Die Rolle der eGK und ihre möglichen Vorteile bei der Erfassung der Medikamente sieht Dr. Dr. Bickmann nicht, weil durch sie nicht garantiert wird, dass alle Medikamente erfasst werden. Insbesondere die intersektorale Erfassung der verordneten und eingenommenen Medikamente hält er von existentieller Bedeutung.

Auf die Frage, wie die Patienten die Tatsache einschätzen, dass ein Arzt alle Informationen zur Medikation im Arzneimittelkonto sehe, erklärt Dr. Fuhrmann, dass im Projekt der CompuGroup auch die Akzeptanz der Bürger überprüft werde.

Dr. Fuhrmann hat in seinem Vortrag darauf hingewiesen, dass man die Anwenderakzeptanz auch zur zentralen Datenhaltung in der „Medical Cloud“ untersuchen möchte. Da der Begriff „Cloud“ zurzeit sehr kontrovers diskutiert wird und man in dieser Veranstaltung auch nicht die Zeit für aufklärende Darstellungen zur Verfügung hat, wird ins Auge gefasst, für die nächste Sitzung Herrn Dr. Mackenbrock vom BSI und Herrn Prof. Haas von der Fachhochschule Dortmund um Vorträge zu diesem Thema zu bitten.

#### **TOP 4 Bericht aus der Arbeitsgruppe elektronische Fallakte**

Dr. Groß kündigt an, dass die AG zur nächsten Sitzung des Beirats eine Empfehlung zur elektronischen Fallakte vorlegen möchte.

Dr. Dr. Bickmann berichtet zum Stand der Diskussion in der AG. Man hat an Hand eines Falles, der mit der Bezeichnung „Falldarstellung: Unklare Unterbauchbeschwerden“ auf einer Präsentationsfolie in der letzten Sitzung vorgestellt wurde, den Behandlungsprozess und die während dieses Prozesses erstellten Dokumente und ihre Formate und Umfänge analysiert. Die elektronische Fallakte ist eine Kombination von Arztbriefen von Kollegen, die an dem Fall beteiligt sind. Das kann natürlich zu einem ziemlich unüberschaubaren und kaum verwertbaren Datenhaufen führen. Daraus ergibt sich die Frage, wie man dieses praktikabel einrichtet. Die Lösung und der Vorschlag der AG ist, die elektronische Fallakte in zwei Teile zu partitionieren und zwar in einen Teil „Kurzform“, wo die Diagnosen prägnant und in medizinisch allgemeinverständlicher Weise dargestellt werden. Diese summarische Zusammenfassung kann in Form einer visualisierten Frontseite gestaltet werden. Der zweite Teil ist die Sammlung sämtlicher Daten, die dem teilnehmenden Arzt als Hintergrundinformationen dienen können, aber deren Lektüre und Auswertung für ihn nicht verpflichtend ist. Für beide Partitionen ist das Funktionieren der bereits vorhandenen Schnittstelle erforderlich, was an PVS und KIS die erweiterte Unterstützung von festgelegten Standards erfordert. Die Anforderungen aus ärztlicher Sicht wird die AG in einer Empfehlung dem Ärztlichen Beirat in der nächsten Sitzung vorstellen.

Auf die Frage, ob die Empfehlung der AG auch eine Schnittstellenbeschreibung und Implementierung umfassen werde, antwortet Herr Thomas Althoff, dass er der Frage entnehme, dass man von einer IT-technischen Implementierung rede. Die AG spreche aber von einer

elektronischen Fallakte als medizinischen Fall und will die Anforderungen an sie fachlich determinieren und umsetzbar machen. Es werden nur fachlich motivierte Anforderungen an die elektronische Fallakte gestellt, so wie es der Ärztliche Beirat auch bei seinen Anforderungen an den „Elektronischen Arztbrief“ gemacht hat.

Auf den Hinweis aus dem Auditorium, dass ein Filter für die elektronische Fallakte wichtig sei, antwortet Althoff, dass die Essenz einer Untersuchung für den mitbehandelnden Arzt bekannt sein muss und das sollte in der Partition „Summarische Zusammenfassung“ aufgeführt sein. Er wird ja z. B. nicht das Röntgenbild auswerten. Will der mitbehandelnde Arzt aber mehr wissen, so kann er sich der umfassenden Informationen entsprechenden zweiten Partition bedienen.

Die nächste Sitzung der „AG Elektronische Fallakte“ ist am **Mittwoch den 13.03.2013 um 20:00 Uhr** in der Ärztekammer Düsseldorf.

## **TOP 5 Verschiedenes**

Hierzu gibt es keine Meldungen.

Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats ist am **17. April 2013**. Jedoch steht der angefragte Raum bei der KV Westfalen/Lippe nicht zur Verfügung. Deshalb werden die Teilnehmer gebeten, auf den angegebenen Tagungsort besonders zu achten.