

Protokoll
der 31. Sitzung des Ärztlichen Beirates
am Mittwoch, den 26. August 2015
in der
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
in Dortmund

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

Gast: Benno Herrmann (gematik –Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH)

Dr. Uta Müller (ABDA – Bundesverband Deutscher Apothekerverbände)

Matthias Redders (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter)

Anwesend: s. Teilnehmerliste

Beginn: 15.00 Uhr

Ende: 17.00 Uhr

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird 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

Herr Dr. Dr. Bickmann begrüßt im Namen der beiden Vorsitzenden die Anwesenden (s. Teilnehmerliste).

Herr Dr. Daniel Kraus wird als neues Mitglied der Ärztekammer Nordrhein im Ärztlichen Beirat durch Frau Dr. Groß begrüßt.

Schwerpunktt Themen der Sitzung sind der aktuellen Projektstand in dem Projekt der gematik zum Aufbau der Telematikinfrastuktur und der Überblick über das Projekt ARMIN (Arzneimittelinitiative Sachsen – Thüringen).

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 24. Juli 2015

Herr Dr. Dr. Bickmann ruft als nächsten Tagesordnungspunkt die Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung auf. Da keine schriftlichen Einsprüche vorliegen und auch in der Sitzung keine Beanstandungen angemeldet werden, wird das Protokoll einstimmig ohne Enthaltungen angenommen.

TOP 3 Reaktion auf die Stellungnahmen des Ärztlichen Beirats

3.1 Notfalldatenmanagement aus Sicht des ärztlichen Beirats

Frau Dr. Groß erläutert, dass sie Herrn Minister Gröhe persönlich in Berlin auf die Stellungnahme des ärztlichen Beirates zum Notfalldatenmanagement angesprochen hat. Zwei Tage später hat sie in einem Telefonat mit Herrn Dr. Bales (Ministerialrat im BMG) nochmals klargestellt, wie wichtig es ist, dass die elektronischen Notfalldaten genauso verbindlich wie die derzeitigen papiergestützten Lösungen sein müssen. Auch wies sie nochmals daraufhin, dass das derzeitige Konzept des NFDM für den Zugriff im Notfall einen Zugang ohne PIN ermöglicht und der ärztliche Beirat daher den Zugriff durch andere Gesundheitsberufe als datenschutzrechtlich problematisch ansieht, weil für den NFDM auch eine „Alles oder Nichts“ Lösung vorgesehen ist. Die Option, einen Teil der Daten auf Veranlassung des Karteninhabers zu verbergen oder zu löschen, besteht nicht.

Im Praxisalltag muss sich zeigen, ob das Notfalldatenmanagement durch sein Standardisierungspotential und die Aktualität der Daten gegenüber den ohne technischen Aufwand lesbaren Papiernotfallausweisen vorzuziehen ist. Es ist besonders wichtig, dass ein Zugriff auf diese Daten nur mit der Zustimmung des Karteninhabers erfolgen kann und darf.

3.2 Stellungnahme des Ärztlichen Beirats zum elektronischen Arztbrief mit qualifizierter elektronischer Signatur (QES)

In der Stellungnahme zur qualifizierten elektronischen Signatur auf dem Arztbrief hat sich der Ärztliche Beirat klar ausgedrückt und so positioniert, dass ohne eine qualifizierte elektronische Signatur eines Arztes der elektronisch kommunizierte Brief kein Arztbrief ist; denn nur so wird dem Empfänger eines solchen Briefes garantiert, dass der Absender auch wirklich ein Arzt ist.

Frau Dr. Groß hat Herrn Paland diesbezüglich angesprochen und daraufhin erfolgte kurzfristig eine Rückmeldung von Herrn Bales. In dem Gespräch wurde die Haltung des ärztlichen Beirates erneut manifestiert und klar gemacht, dass die Forderungen nicht zurückgenommen werden. Das Ministerium hat den Wunsch einer Übergangslösung geäußert, in der auch Arztbriefe ohne Signatur versendet werden können. Diesen Vorschlag lehnen die Mitglieder des Ärztlichen Beirates ab.

Aus Sicht des Ärztlichen Beirates wurde das Ziel der Stellungnahme noch nicht erreicht. Die Vorsitzenden werden gebeten, die Forderungen des Ärztlichen Beirates gegenüber dem Ministerium erneut zu untermauern.

TOP 4 Aktueller Stand: Einführung der Telematikinfrastruktur

Herr Herrmann bedankt sich für die Einladung zur Teilnahme an der Sitzung des ärztlichen Beirats und die eingeräumte Möglichkeit, über den aktuellen Projektstatus zur Einführung der Telematikinfrastruktur berichten zu können.

Wie in der Pressemitteilung vom 27. Juli 2015 von der gematik mitgeteilt, ist die gematik als Auftraggeber auf die Verfügbarkeit der Industrieprodukte angewiesen. Die gematik wird daher prüfen, ob die Test-, Zulassungs- und Lieferprozesse optimiert werden können, damit die Erprobung in den Testregionen ohne weitere Verzögerungen im 1. Quartal 2016 beginnen kann. Abstriche bei Qualität und Sicherheit wird es nach Aussage der gematik jedoch nicht geben.

In dem Los 1 in der Testregion Südost (Bayern und Sachsen) hat eine Neustrukturierung der Projektorganisation auf Seiten des Auftragnehmers stattgefunden. Ein Durchstich – das Testen einer Aktualisierung eines Versichertenstammdatensatzes - ist auch jetzt in diesem Los erfolgreich durchgeführt worden. Dies zeigt, dass die erstellten Spezifikationen und die Umsetzung in die technische Lösung abgebildet werden konnten und funktionieren.

Die Benehmensherstellung wurde Mitte August abgeschlossen, nachdem die Erprobungsteilnehmer in der Region Südost gewonnen werden konnten. Die damit verbundene Güteprüfung durch die gematik erfolgt bis Ende August dieses Jahres. Der Abschluss, inklusive Abschlussbericht, wird zum 18.09.2015 erwartet. Festzuhalten ist allerdings, dass die Mengengerüste mangelhaft gefüllt worden sind und das Benehmen nicht so hergestellt werden kann, wie sich der Auftraggeber es sich gewünscht hat.

In dem Los 2 in der Testregion Nordwest (Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein) wurden die Produktmuster der High-Speed Konnektoren an die gematik zur Testung geliefert. Diese Konnektoren finden später ihren Einsatz in Krankenhäusern und Mehrfachpraxen. Auch finden derzeit Tests mit einer Vorabversion des 1-Box Konnektors in Berlin statt. Die Produktmustervalidierungen werden ebenfalls durchgeführt.

Die Akquise der Teilnehmer an der Erprobung in der Testregion Nordwest wurde abgeschlossen und nach erfolgreichem Abschluss der Güteprüfung wurden die Teilnehmer darüber informiert, wie der weitere geplante Ablauf bis zum Start der Erprobung ist. Derzeit sind die Schulungsunterlagen für die Praxismitarbeiter in der Bearbeitung und die Inhalte werden mit den Gesellschaftern der gematik abgestimmt.

Des Weiteren ist die Anbindung des Bestandsnetzes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KZV WL) an die Telematikinfrastruktur in der Beauftragung.

Die Designphase der wissenschaftlichen Evaluation (WEV) wird am 31.08.2015 abgeschlossen. Der Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg unter der Leitung von Prof. Dr. Schöffski hat die Pretests bei den Ärzten, welche sich für die Vorab-Befragung gemeldet hatten, erfolgreich abgeschlossen. Die Fragebögen befinden sich derzeit in der Finalisierung. Aufgrund der Verschiebung des Starts der Erprobung wurde eine zweimonatige Pause innerhalb der wissenschaftlichen Evaluation mit der Hochschule vereinbart. Somit finden im Moment keine weiteren Befragungen statt.

Herr Herrmann gibt einen weiteren Ausblick auf die weiteren Projekte, welche bei der gematik derzeit bearbeitet werden. Hier ist zu erwähnen, dass die Planung des eMedikationsplans fortschreitet und die Gesellschafter der gematik sich zu diesem Thema in der Kommentierungsphase befinden. Die Fertigstellung des Projektauftrages wird zum Ende des Jahres erwartet.

Auch gibt es Fortschritte beim dem Projekt Notfalldatenmanagement (NFDM Sprint). Hier liegt der gematik ein finales Angebot vor und eine Beauftragung kann in somit in Kürze erfolgen. Basis für das NFDM Sprint –Projekt ist eine Vorevaluation zum Notfalldatenmanagement, welche durch die Bundesärztekammer und das Universitätsklinikum in Münster durchgeführt worden ist. Ziele der Studie waren die Untersuchung der Gebrauchstauglichkeit (Usability) des Notfalldatensatzes und der zugehörigen Ausfüllanweisungen sowie Analysen zu Sensitivität, Selektivität und dem erwarteten Nutzen des Datensatzes. Diese Erkenntnisse werden dann in das Projekt NFDM Sprint einfließen.

Bei dem Antrags- und Freigabeportal für SMC-B (Security Module Card) und Heilberufsausweise (HBA) wurden die Abnahmetests durch die Leistungserbringerorganisationen durchgeführt. Mit einer Ausgabe der Karten wird im 4. Quartal dieses Jahres gerechnet.

In der Darstellung von Herrn Herrmann zeigt sich, dass es bei dem Aufbau der Telematikinfrastruktur viele weitere Anwendungen gibt, welche parallel bearbeitet werden müssen und die die Komplexität des Projektes aufzeigen.

Wie bereits zum Eingang des Vortrages von Herr Herrmann erwähnt, verschiebt sich die Erprobung der Telematikinfrastruktur auf das kommende Jahr. Um eine verlässliche Zeitschiene abzustimmen, findet am 07.09.2015 ein Gespräch mit dem Bundesministerium für Gesundheit, den Vertretern der Gesellschafter der gematik und den Vorständen der Unternehmen, welche an den dezentralen Produkten arbeiten, statt. Bei dem Gespräch werden die Termine (Zeitschiene) und die Qualität der zu liefernden Produkte im Fokus stehen.

TOP 5 Medikationsplan: Projekt ARMIN - Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen

Frau Dr. Müller (Leiterin der Abteilung Wissenschaftliche Entwicklung bei der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)) bedankt sich für die Einladung und möchte in ihrem Vortrag auf die Entwicklung, die Hintergründe und die Inhalte des Projektes ARMIN eingehen. Innerhalb des Vortrages wird sie auch auf die Auswirkungen des E-Health-Gesetzes eingehen.

Zum Start des Projektes mussten von allen Projektbeteiligten die Strukturen selbst entwickelt werden. Z. B wurde für das Projekt ein eigener Datensatz entwickelt, welcher von den Projektbeteiligten befüllt, gelesen und aktualisiert werden kann. Als IT-Dienstleister im Projekt fungiert die ABDA.

Die Projektbeteiligten die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben gemeinsam ein Zukunftskonzept für eine patientengerechte Arzneimittelversorgung entwickelt, das „Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung“, oder kurz das ABDA-KBV-Modell. Das ABDA-KBV-Modell setzt sich aus drei Modulen zusammen:

- der Wirkstoffverordnung

- dem Medikationskatalog
- dem Medikationsmanagement.

Die Wirkstoffverordnung sieht vor, dass Ärzte zukünftig Wirkstoff, Stärke, Menge und Darreichungsform verordnen, statt eines Präparats eines bestimmten Herstellers. Der Apotheker wählt das Präparat aus und gibt es nach einer Beratung an den jeweiligen Patienten ab.

Der Medikationskatalog unterstützt hier eine leitliniengerechte Versorgung, indem er auf Wirkstoffbasis Standard- und Reservewirkstoffe für versorgungsrelevante Indikationen festlegt. Der Arzt kann jedoch von den Empfehlungen des Medikationskatalogs abweichen, seine freie Therapieentscheidung im Einzelfall bleibt unberührt.

Das Medikationsmanagement richtet sich an chronisch kranke Patienten, die fünf oder mehr systemisch wirkende Arzneimittel dauerhaft einnehmen. – Hier sind im E-Health-Gesetz 3 Medikamente relevant. - Jeweils ein Arzt und ein Apotheker übernehmen für ein Jahr gemeinsam die Betreuung des Patienten. Kernstück ist hierbei ein vollständiger und aktueller Medikationsplan für jeden einzelnen Patienten, der ihm genau anzeigt, welches Arzneimittel er in welcher Dosierung wann und wie lange einnehmen soll. Arzneimittelrisiken lassen sich so besser vermeiden.

Je mehr Medikamente ein Patient einnimmt, desto größer ist das Risiko arzneimittelbezogener Probleme. Millionen Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nehmen fünf oder mehr ärztlich verordnete Arzneimittel in der Dauertherapie ein. Hinzu kommt noch die Selbstmedikation. 40 % der durch den Patienten eingenommenen Präparate sind OTC-Produkte. Dabei ist zu betonen, dass 22 % der OTC Produkte von Patienten eingenommen werden, welche älter als 65 Jahre sind. Dadurch steigt das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse, die der Grund für viele Krankenhausaufnahmen sind, z. B. bei geriatrischen Patienten. Viele Fälle gelten als vermeidbar. ABDA und KBV sehen in unzureichender Therapietreue und unerwünschten Arzneimittelereignissen ebenfalls Probleme, die Ärzte und Apotheker nur gemeinsam lösen können.

Vom ABDA-KBV-Modell profitieren nicht nur die Patienten. Nach einer stufenweisen Einführung des ABDA-KBV-Modells könnte die gesetzliche Krankenversicherung jährliche Einsparungen in Milliardenhöhe realisieren.

Im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG), welches zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, ist das ABDA-KBV-Modell in § 64a SGB V aufgenommen worden. Ein Modellvorhaben soll in einer Region für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren vereinbart werden. Aus Sicht von ABDA und KBV ist geplant, zunächst ein Modellvorhaben mit einer oder mehreren interessierten Kassen nach § 63 SGB V durchzuführen, das dazu dient, eine bundesweite Umsetzung nach § 64a SGB V vorzubereiten.

Im Januar 2013 haben dann die Landesapothekerverbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen aus Sachsen und Thüringen ebenso wie die AOK PLUS einem gemeinsamen Eckpunktepapier zugestimmt. Krankenhäuser sind an dem Projekt derzeit nicht beteiligt, obwohl nach Aussage von Frau Dr. Müller an eine Einbindung der Apotheker in den Krankenhäuser gedacht wird, denn hier würden Patienten am meisten von dem Medikationsplan profitieren. Frau Dr. Haferkamp weist daraufhin, dass die stationäre Medizin in einem Medikationsplan

schwierig abzubilden ist. Das zeigt, dass es in den ambulanten und stationären Bereichen starke Unterschiede gibt.

Das Modellprojekt startet unter dem Namen ARMIN (**Arzneimittel**initiative Sachsen Thüringen) im April 2014 mit einem Einschreibequartal. Am 1. Juli 2014 beginnt die Umsetzung der Wirkstoffverordnung und des Medikationskataloges. 2015 folgt mit dem Medikationsmanagement die dritte Stufe.

Gespräche zur Projektbeteiligung mit anderen gesetzlichen Krankenversicherungen und Regionen wurden geführt, allerdings ohne nennenswerten Erfolg. Aus diesem Grund wurde das Projekt dann in Thüringen und Sachsen initiiert. Stand heute nehmen an dem Projekt 1.600 Ärzte und 900 Apotheken in der Region teil. Es ist allerdings geplant, dass weitere Kassen ein Jahr nach dem Start des Medikationsmanagement sich an dem Projekt beteiligen können.

Der ARMIN Medikationsplan ist das Kernstück des Medikationsmanagements. Innerhalb des Projektes wird der Medikationsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland verwendet. Dieser genießt eine breite Akzeptanz und soll als bundesweiter Standard für Medikationspläne verwendet werden. Um einen umfassenden Überblick über die Gesamtmedikation eines jeden Patienten zu erhalten, setzt es allerdings voraus, dass der Plan vollständig und aktuell befüllt worden ist.

Eine große Herausforderung innerhalb des ARMIN Projektes ist die Vergleichbarkeit der Daten. Dabei spielt die Qualität der angegebenen Daten eine Rolle. Den Beteiligten müssen ihre jeweiligen Rollen und auch die Verantwortung ihres Handelns bewusst sein. Die Vermeidung von Doppelaktivitäten gilt es zu vermeiden. Hierzu wurden Leitlinien und Prozesse entwickelt, die die Arbeit erleichtern und Klarheit schaffen sollen. Auch die Inhalte des Medikationsplanes wurden während des Projektes abgestimmt. Die Fragestellung war: Wann ist ein Arzneimittel relevant für einen Medikationsplan? Der Wunsch des Patienten, dass ein Arzneimittel explizit auf dem Plan abgebildet werden soll, musste entsprochen werden. Ebenso war aber auch die AMTS-Relevanz wichtig. So finden Arzneimittel ihren Weg in den Medikationsplan, welche eine hohes Interaktionspotential aufweisen, ein hohes Potential für Nebenwirkungen aufweisen und die Nebenwirkungen mit anderen Arzneimittel haben, welche auch auf dem Plan aufgeführt worden sind. Faustregel für die Arzneimittel Auswahl ist: Verordnetes Arzneimittel und Arzneimittel der Selbstmedikation werden für die Dauermedikation in dem Medikationsplan aufgenommen. Ebenso werden für die Bedarfsmedikation die verordneten Arzneimittel aufgenommen. Sind Arzneimittel der Selbstmedikation relevant, so werden diese aufgenommen. Bei der Akutmedikation werden Arzneimittel nur aufgenommen, wenn diese für die Verordnung und die Selbstmedikation relevant sind. Hier muss die Wichtigkeit der Aktualität betont werden. Ein Aufwand bei der Datenpflege entsteht an dieser Stelle. Frau Dr. Groß sieht in den Abstimmungen eine große Herausforderung für alle Beteiligten. Die Prozesse müssen gelebt und kontrolliert werden.

Der Apotheker startet mit der Befüllung die Ersterfassung der Gesamtmedikation. Die Parameter und Abstimmungswege zur Befüllung sind genau definiert. Somit ist transparent, wer welche Tätigkeit zu übernehmen hat. Die Daten werden dann auf einem Server hinterlegt. Währenddessen erfolgt eine pharmazeutische Bewertung. Später übernimmt der Arzt eine medizinische Prüfung und Bewertung. Eine Multimedikationsprüfung wird durchgeführt. Hierbei werden Über-, Unter- und Fehlversorgung beurteilt. Danach erfolgt die Überführung der

geprüften Daten in den Medikationsplan. Innerhalb eines strukturierten Beratungsgesprächs werden dem Patienten die Einzelheiten und Inhalte erklärt.

Eine technische Herausforderung gibt es bei der Maschinenlesbarkeit des Medikationsplanes. Auf dem Plan werden die Inhalte des Medikationsplanes in einem 2 D Barcode abgebildet. Dieser Barcode muss von anderen Systemen ebenfalls lesbar sein. An dieser Stelle gibt es noch Optimierungsaufwände. Frau Dr. Groß erwähnt die Bemühungen der beiden NRW-Ärzttekammern, Medikationsplan mit einem Barcode zu einer maschinenlesbaren Datei zu entwickeln, der jedoch nicht in die Testphase gekommen ist. Herr Althoff berichtet an dieser Stelle, dass in den Projekten in NRW die Barcodes les- und übersetzbar waren. Die Herausforderungen liegen allerdings in der Abbildung der Form und den Angaben der Maßeinheiten. Hier gibt es keine Standards. Frau Dr. Haferkamp weist daraufhin, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in den Standardisierungsgremien vertreten ist. Zur Zeit ist das Ein- und Auslesen der Information immer noch eine große technische Herausforderung.

Für das Projekt sind die Datensicherheit und der Datenschutz elementar. Aus diesem Grund wurde ein Server bei der ABDA installiert. Ein Zugriff erfolgt über eine SC3-Schnittstelle über die die Ärzte und Apotheker Zugriff haben. Herauszuheben ist, dass ein Zugriff durch eine Krankenkasse auf diese Daten nicht erfolgt. Die Krankenkasse erhält lediglich die Abrechnungsdaten. Die Projektbeteiligten (Arzt und Apotheker) sind über das sichere Netz der KVen (KV-Safenet) miteinander vernetzt. Eine Vernetzung über die Telematikinfrastruktur ist, wenn vorhanden, möglich.

Die Komplexität der einzelnen Systeme zeigt, dass es nicht trivial ist, diese auch miteinander zu verbinden und Informationen auszutauschen. Hier ist es unabdingbar, dass an der Interoperabilität der Systeme gearbeitet werden muss. An dieser Stelle gibt es auch Initiativen des Gesetzgebers innerhalb des E-Health-Gesetzes in dem die gematik mit dem Aufbau eines Interoperabilitätsverzeichnis beauftragt wird.

In der Diskussion bemerkt Herr Dr. Branding, dass eine Ausweitung der Beteiligten auch auf die Zahnärzte angedacht werden sollte. Denn auch in diesem Bereich hat ein Medikationsplan eine Relevanz. Frau Dr. Müller zeigt auf, dass es step by step in dem Projekt vorangeht, dass Flächenmodelle durchaus gewünscht sind, dass sich das Projekt noch am Anfang befindet und dass man erste Erfahrungen sammeln möchte. Die Komplexität solche Projekte wird erst bei der Umsetzung sichtbar, aus diesem Grund bietet Herr Redders eine Gesprächsrunde an, in dem sich die einzelnen AMTS- und Medikationsplan-Projekte austauschen können, unter Einbindung von ZTG und gematik. Dieses Angebot wird von den Mitgliedern begrüßt. Standards und eine Wiederverwendbarkeit sind ihm wichtig. Insellösungen führen nicht weiter.

Herr Dr. Holzborn sieht die Freiwilligkeit der Angabe bei den OTC-Produkten kritisch. Die Frage, welche sich stellt, ist, wie weit man gehen möchte, um alle Informationen in einem Medikationsplan abzubilden. An dieser Stelle ist nach Meinung von Frau Dr. Groß die verpflichtende Teilnahme des Patienten zu fordern. Laut derzeitigem Plan kann der Patient entscheiden, welche Arzneimittel in dem Plan eingetragen werden sollen. Damit bleibt der Medikationsplan bis auf Weiteres nur ein Instrument für den Patienten, jedoch kein Schritt zur Durchsetzung eines AMTS.

Herr Dr. Dr. Bickmann bedankt sich für den Vortrag und für daraus resultierenden Diskussion.

Weitergehende Informationen zum Projekt ARMIN sind unter <http://www.arzneimittelinitiative.de> zu finden.

TOP 6 Diskussion/Verschiedenes

Bei dem Pretest zur wissenschaftlichen Evaluation hat es Schwierigkeiten in der Kommunikation gegeben. Es hätte von den teilnehmenden Ärzten eine Rückmeldung an die FAU erfolgen sollen, welche aber leider nur von einer kleinen Anzahl von Ärzten erfolgt ist. Die Pretest Phase wurde von der FAU beendet, eine Nachfassaktion erfolgt nicht.

Die nächsten Termine:

- Die Vorberechnung zum nächsten Ärztlichen Beirat ist am Mittwoch den **30. September 2015** um 20:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch den **28. Oktober 2015 um 15:00 Uhr** in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf statt.
- Die Vorberechnung zum übernächsten Ärztlichen Beirat ist am Mittwoch den **25. November 2015** um 20:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf.
- Die übernächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch den **16. Dezember 2015 um 15:00 Uhr** bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen/Lippe in Dortmund statt.

Die Termine für die Sitzungen 2016 werden zwischen den Vorsitzenden abgestimmt und an die Mitglieder des Ärztlichen Beirates versandt. Diese werden gebeten Termine, an denen aufgrund von anderen Sitzungsterminen nicht getagt werden kann, diese an Frau Dr. Groß zurückzumelden, damit eine vorausschauende Sitzungsplanung durchgeführt werden kann.