Kai Reimers
Meral Avci

Aachener Learning Community ‚Innovative IT in der Medikamentenversorgung‘

Ergebnisse des 17. Workshops am 20. Februar 2019, IHK Aachen

Themen:

1. Kosten im Gesundheitswesen
2. Entwicklungsstand PApp
3. Der bundeseinheitliche Medikationsplan und seine Integration in die elektronische Gesundheitskarte
4. Vorstellung einer Idee für ein Projekt zur Integration von patientengenerierten Sensordaten in den Alltag der Gesundheitsberufe

Für den diesmaligen Termin hatten sich viele Teilnehmer der Aachener Learning Community aus diversen Gründen abgemeldet. Daher waren wir eine kleine Gruppe und haben infolgedessen auf formale Aspekte wie eine offizielle Begrüßung weniger geachtet. Es erfolgte ein fast nahtloser Übergang aus den persönlichen Gesprächen der Teilnehmer in die offizielle kleine Gesprächsrunde. In dieser Runde begrüßten wir auch noch einmal offiziell Frau Doris Janssen als neues Mitglied der Aachener Learning Community. Frau Janssen ist aktives Mitglied in der Gruppe der Patienten der Aachener Selbsthilfegruppen der Deutschen Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes.

1. Kosten im Gesundheitswesen

Ursprünglich war geplant gewesen, dass Frau Goller einen kurzen Vortrag über die Kosten im Gesundheitswesen hält, den sie aber aufgrund der Kollision mit einem internen Termin leider absagen musste. Die AOK plant eine größere interne Umstrukturierung, deren erstes Treffen terminlich sehr kurzfristig anberaumt wurde. Frau Goller wird in diesem Umstrukturierungsprojekt eine tragende Rolle haben, so dass sie ihre Kräfte und Energien zunächst einmal ganz auf dieses Projekt fokussieren muss, weshalb das Vortragsthema erst dann wieder aufgegriffen werden soll, wenn das Projekt der AOK abgeschlossen ist. [Frau Goller hatte telefonisch kurz vor dem Workshop Herrn Reimers angedeutet, dass diese Umstrukturierung eventuell auch für die Aachener Learning Community interessant und relevant sein könnte.]

2. Entwicklungsstand PApp

Zurzeit geht die Entwicklung von PApp relativ gut voran, so dass die Mitglieder der Aachener Learning Community bald zu einer ‚Release Party‘ eingeladen werden sollen.

In der Vergangenheit tauchten immer wieder unvorhergesehene Probleme auf, wodurch sich das Release der Beta-Version verzögert hat. Ein Beispiel für solche erst im Entwicklungsprozess sichtbar werdenden Probleme betrifft das Abrufen von Arzneimitteldaten beim Einscannen eines Medikationsplans, z.B. Handelsname, Wirkstoffname und Wirkstoffmenge. Beim Abrufen dieser Daten greifen die verschiedenen Medikationsplananwendungen, also auch PApp, auf unterschiedliche Datenbanken zu, so dass die ausgelesenen Daten leicht variieren können, da die Daten von den verschiedenen (kommerziellen) Datenanbietern nicht immer untereinander konsistent sind. Dies hat zur Folge, dass die Angaben auf dem Medikationsplan zwischen dem eingescannten und dem dann wieder unverändert ausgedruckten Plan trotzdem voneinander abweichen können. Die ursprünglich vorgesehene Funktion, eingescannte Pläne unverändert ausdrucken zu können, musste deshalb neu überdacht werden.

Dieses Beispiel überraschte Frau Härter, da sie davon ausgegangen war, dass die Arzneimittelinformationen von allen Medikationsplananwendungen von einem zentralen Server abgerufen werden und daher zwischen diesen Anwendungen konsistent seien. In der darauffolgenden Diskussion schlug sie dann vor, dass man doch auf dem Medikationsplan ausweisen könne, von welcher Datenbank die Arzneimittelinformationen jeweils abgerufen wurden. Auf dem Medikationsplan gibt es bereits ein Feld, in dem der Softwarehersteller angegeben wird. In diesem Feld könnte eventuell auch die verwendete Datenbank mit angegeben werden. Allerdings erlaubt dies die Spezifikation des bundeseinheitlichen Medikationsplans momentan nicht. Aus diesem Grund wird vereinbart, diese Idee Herrn Dr. Farid Aly, einem Mitglied der Gruppe, die die Spezifikation des bundeseinheitlichen Medikationsplans pflegt und weiterentwickelt, weiterzuleiten. [Dies ist mittlerweile erfolgt und Herr Aly hat sehr positiv auf den Vorschlag reagiert.]

3. Der bundeseinheitliche Medikationsplan und seine Integration in die elektronische Gesundheitskarte

Herr Reimers berichtete kurz über den Stand der Einführung der elektronischen Version des bundeseinheitlichen Medikationsplans als eine der ersten geplanten Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte. Ursprünglich war als Einführungsdatum Anfang Januar dieses Jahres vorgesehen. Dieser Termin ist aber auf mindestens Mitte des Jahres verschoben worden. In diesem Zusammenhang ist für die Teilnehmer des Workshops immer noch die Frage ungeklärt, wer für die Aktualisierung des elektronischen bundeseinheitlichen Medikationsplans verantwortlich sein wird. (Eine Frage, die nicht nur für die Teilnehmer des Workshops unbeantwortet ist.)

Zurzeit ist der bundeseinheitliche Medikationsplan ein unverbindliches Papierdokument. Nach Meinung von Herrn Grebe ist es wichtig, dass der Patient selbst Korrekturen und Er-

gänzungen vornehmen kann, sobald eine Medikationsänderung stattgefunden hat, weil er in der Regel die beste Übersicht über seine Medikation habe. Es könne z.B. sein, dass der Hausarzt bei der Erstellung des Medikationsplans trotz entsprechender Nachfragen nicht von der Verschreibung eines Facharztes erfährt. Wenn ein Arzt den Medikationsplan ausdruckt, hat er diesen i.d.R. nach bestem Wissen und Gewissen erstellt und geprüft; dennoch sollten sich alle Beteiligten darüber im Klaren sein, dass der Plan Fehler beinhalten könne. Aus diesem Grund sei es wichtig, dass der Patient den Plan kontrolliert und eventuell korrigieren könne, wenn ihm ein solcher Fehler auffällt. Seine Therapiesicherheit könne nur dann gewährleistet werden, wenn der Medikationsplan aktuell und vollständig sei, und dies sei eben oftmals nur durch Mitwirkung des Patienten möglich. Die Aachener Learning Community sehe ja gerade in der Schaffung einer solchen Möglichkeit einen ihrer spezifischen Ansatzpunkte zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Diese Möglichkeit entfällt aber, wenn der bundeseinheitliche Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte erfasst wird, da der Patient alleine keinen entsprechenden Zugriff auf den Medikationsplan hat. Hierzu berichtet Herr Reimers, dass die Papierversion des bundeseinheitlichen Medikationsplans nach Auskunft von Herrn Aly auch nach Einführung des elektronischen Medikationsplans erst einmal als Alternative beibehalten werden solle.

4. Vorstellung einer Idee für ein Projekt zur Integration von patientengenerierten Sensordaten in den Alltag der Gesundheitsberufe

Neueste technologische Entwicklungen geben Konsumenten immer mehr die Möglichkeit, selbst medizinische Daten zu generieren, z.B. EKGs mit Hilfe der neusten Generation der Apple Watch. Zwar ist diese Funktion in Deutschland noch nicht freigeschaltet, weil Apple eine Zertifizierung für Deutschland aufgrund der hohen rechtlichen Hürden (noch) nicht beantragt hat. Es ist aber davon auszugehen, dass das Unternehmen dies spätestens bei der nächsten Generation der Apple Watch tun wird. Ähnliche Geräte werden auch von anderen Unternehmen angeboten, wie zum Beispiel von der Philips Technology GmbH aus Aachen.

Die sich daraus ergebende Folgewirkung wird vermutlich sein, dass Patienten im Rahmen ihrer Arztbesuche versuchen werden, die von ihnen generierten Daten mit dem Arzt zu besprechen. Sofern Ärzte dies beispielsweise aus zeitlichen Gründen oder aufgrund unzureichender Datenqualität ablehnen sollten, werden höchstwahrscheinlich Onlineunternehmen diese Lücke füllen und eine entsprechende Dienstleistung anbieten. Fraglich ist hierbei, ob diese Unternehmen tatsächlich einen Ersatz für die ärztliche Beratung bieten können und welche Auswirkungen eine derartige Entwicklung auf das deutsche Gesundheitswesen hätte (Stichwort ‚Plattformisierung‘).

Das Lehr- und Forschungsgebiet Wirtschaftsinformatik möchte im Rahmen eines noch zu beantragenden Verbundprojekts untersuchen, wie es gelingen kann, derartige Sensordaten in den Alltag der betroffenen Gesundheitsberufe zu integrieren. Den ersten Auftakt hatte es hierfür schon im letzten Jahr gegeben. Im Rahmen eines zweitägigen Symposiums wurde diese Idee mit Vertretern aus Forschung und Industrie diskutiert. Teilnehmer waren

- Prof. Dr. Stefan Klein, Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschaftsinformatik und Interorganisationssysteme an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster,
- Dr. Stefan Schellhammer, Postdoc am Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik und Interorganisationssysteme der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster,
- Doris Miesner, Leitende Apothekerin des Luisenhospitals Aachen,
- Prof. Dr. Gabriele Meyer, Leiterin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle–Wittenberg,
- Dr. Astrid Stephan, ehemalige Doktorandin von Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer und Leiterin der Pflegeentwicklung und Pflegeorganisation am Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
- Dr. Albrecht Eisert, Chefapotheker des Universitätsklinikums der RWTH Aachen
- Dr. Julia Amkreutz, Apothekenmitarbeiterin des Universitätsklinikums der RWTH Aachen,
- Prof. Dr. Cornelius Bollheimer, Inhaber des Lehrstuhls für Altersmedizin am Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
- Dr. Joao Pedro Benz, Leiter des Bewegungslabors am Lehrstuhl für Altersmedizin am Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
- Dagmar Büschgens, Mitarbeiterin im Geschäftsbereich des Forschungsprojekts SMITH (Smart Medical Information Technology for Health Care) am Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
- Irina Lutz, Stellvertretende Leiterin des Datenintegrationszentrums im Forschungsprojekt SMITH (Smart Medical Information Technology for Health Care) am Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
- Dr. Robert Deisz, Oberarzt der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care im Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
- Nadja Binz, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Telemedizinzentrum der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care im Universitätsklinikums der RWTH Aachen,
- Stefan Winter, Senior Scientist der Philips Technology GmbH Aachen.

Im Rahmen dieses Symposiums entstand die Idee, die mithilfe von tragbaren Geräten wie z.B. der Apple Watch erzeugten EKG-Daten für eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu nutzen. Aus den EKG-Daten lässt sich vermutlich in hinreichender Qualität die sogenannte QTc-Zeit ableiten. Eine Verlängerung dieser Zeit gilt als ein zuverlässiger Indikator für gravierende Medikationsprobleme, v.a. im Bereich der Behandlung mit Psychopharmaka.

Aus der Sicht der gesundheitswissenschaftlichen Fachliteratur stellt eine derartige Maßnahme eine komplexe Intervention im Rahmen der Versorgungsforschung dar, die mithilfe des vom Medical Research Council (MRC) erarbeiteten Vierphasenmodells entwickelt und dann auf Evidenz überprüft werden muss. In der ersten Phase nimmt man eine Literaturrecherche vor und entwickelt auf der Basis der Ergebnisse dieser Recherche ein Konzept für eine komplexe Intervention. In der zweiten Phase wird im Rahmen einer Pilotstudie dieses Konzept

hinsichtlich möglicher Konzeptionsfehler überprüft. Sofern Fehler auftreten, geht man wieder zurück in die erste Phase und passt das Konzept an. In der dritten Phase wird das Konzept dahingehend evaluiert, ob die gewünschte Wirkung in hinreichendem Maße erreicht wird. Ist dies der Fall, wird das Konzept in der vierten Phase in die Regelversorgung überführt.

Innerhalb der Literatur ist man sich allerdings auch darüber einig, dass eine komplexe Intervention je nach Kontext modifiziert werden muss. Mit anderen Worten: Es kann kein Konzept entwickelt werden, das überall gleichermaßen angewendet wird, weil der Anwendungsfall immer unterschiedlich ausfällt. Im Rahmen des skizzierten Projekts soll untersucht werden, ob der in Aachen entwickelte lernbasierte Ansatz geeignet ist, die Entwicklung einer komplexen Intervention sowie ihre Anpassung an den jeweiligen Kontext auf systematische Art und Weise zu unterstützen.

Diese grundlegende Forschungsfrage lässt sich anhand des beschriebenen Anwendungsszenarios gut untersuchen, weil es sich dabei um eine komplexe Intervention par excellence handelt. Da es sich damit um Grundlagenforschung handelt, könnte ein Antrag bei der DFG gestellt werden, die momentan derartige Fragen im Rahmen der Versorgungsforschung besonders fördert.

Die Workshop-Teilnehmer haben ein grundsätzliches Interesse an dem Projekt bekundet. Zuvor hatten schon Frau Neumann und Frau Goller ihr Interesse an dem Projekt erklärt. Frau Goller kann sich auch vorstellen, dass man ein solches Projekt mit Hilfe von Selektivverträgen für eine Erprobung finanzieren könne.

Ein weiterer möglicher Teilnehmer an dem Projekt ist auch Herr Dr. Michael Paulzen. Herr Paulzen ist ein ausgewiesener Spezialist für die Untersuchung von Arzneimittelwechselwirkung auf physiologischer Ebene und Chefarzt im Alexianer Krankenhaus Aachen. Zudem ist er der ärztliche Direktor des Alexianer Krankenhauses Aachen, womit die Möglichkeit gegeben wäre, den Pflegedienst des Alexianer Krankenhauses in das Projekt einzubinden. Herr Paulzen wird auch die neu berufene Professorin für Multimedikation und Versorgungsforschung an der Goethe-Universität Frankfurt, Frau Dr. Marjan van den Akker, kontaktieren, um sie für das Projekt zu gewinnen. [Ein Treffen Ende März ist mittlerweile vereinbart.]

Schließlich vermittelte Frau Dr. Gabriele Meyer (Professorin für Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle –Wittenberg) einen Kontakt zu Dr. Horst Christian Vollmar, dem frisch berufenen Professor für Allgemeinmedizin an der Ruhr-Universität Bochum. Herr Reimers wird ihn noch kontaktieren, um Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu besprechen. [Auch dies ist mittlerweile erfolgt; Herr Reimers wird Herrn Vollmer auf dem Kongress für Evidenzbasierte Medizin am 21./22. März in Berlin treffen.]

Um die Idee für dieses Projekt möglichst schnell voran zu bringen, wurde ein nächster Termin schon für den 14. Mai vereinbart. Dort soll dann eine erste Antragsskizze besprochen werden. Da die Räume der IHK in dieser Zeit für Schulungszwecke alle belegt sind, werden wir diesmal auf einen Raum in der RWTH ausweichen.