



1 **Protokoll der 48. Sitzung der Koordinierungsgruppe AMTS des BMG**

2 **Berlin, den 08.05.2023**

3 Zeit: 10:00–14:00 Uhr

4 Ort: Hybrid-Sitzung

5 Anwesende: siehe Teilnehmerliste (Anlage 1)

6 Moderation: Birgit Vogt

7 Protokoll: Karoline Luzar (Stand: 15.06.2023)

8

9 **TOP 1: Begrüßung**

10 Die Sitzung findet als Hybridsitzung statt. Frau Vogt und Frau Prof. Thürmann begrüßen die
11 Teilnehmenden, insbesondere Frau Dr. Uta Müller von der ABDA sowie Herrn Prof. Dor-
12 mann vom Klinikum Fürth die jeweils zu TOP 4 bzw. TOP 6 berichten werden. Die weiteren
13 Teilnehmenden können der beigefügten Übersicht entnommen werden (Anlage 1).

14 **TOP 2: Genehmigung der Tagesordnung**

15 Die Tagesordnung wird genehmigt (Anlage 2).

16 **TOP 3: Genehmigung des Protokolls der 47. Sitzung der Koordinierungsgruppe**

17 Das Protokoll wird genehmigt und unter [https://www.akdae.de/amts/koordinierungs-
19 gruppe/protokolle](https://www.akdae.de/amts/koordinierungs-
18 gruppe/protokolle) veröffentlicht. Frau Vogt berichtet, dass eine gemeinsame Pressemittei-
20 lung mit der BÄK zum Welttag der Patientensicherheit am 17. September geplant sei. Das zu
21 TOP 6 geplante Fachgespräch wird am 21. Juni 2023 stattfinden (siehe dazu auch TOP 7.1).

21 **TOP 4: ARMIN – Die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen**

22 Frau Dr. Müller und Frau Prof. Seidling berichten anhand eines Vortrages über die Umset-
23 zung und die Ergebnisse des Projektes ARMIN (<https://www.kvs-sachsen.de/armin/>), das
24 2014 als Modellvorhaben in der Routineversorgung startete und 2022 endete
25 ([https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Armin/1-UKHD_2023-04-
27 18_Praesentation_Hanna_Seidling.pdf](https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/img/Armin/1-UKHD_2023-04-
26 18_Praesentation_Hanna_Seidling.pdf))

27 Die AOK PLUS, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Apothekerverbände Sachsen

28 und Thüringen führten mit der Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen – ARMIN – das Pro-
29 jekt bis 2022 durch. Säulen des Projektes sind Qualitätsverbesserung, hohe Bedarfsgerech-
30 tigkeit, Wirtschaftlichkeit und Praktikabilität. ARMIN umfasst drei Module:
31 Wirkstoffverordnung, Medikationskatalog, Medikationsmanagement. Mit dem Modellvorha-
32 ben soll das Ziel verfolgt werden, die Auswirkungen der Intervention auf die Verordnungs-
33 und Versorgungsqualität zu analysieren sowie ein Meinungsbild der Teilnehmenden zu er-
34 halten. Mit der retrospektiven Kohortenstudie wurden die Endpunkte Mortalität, Hospitalisie-
35 rungen, arzneimittelbezogene Endpunkte sowie Nutzung des Gesundheitssystems
36 untersucht. Im Ergebnis zeigt ARMIN keine Vorteile im Hinblick auf die Hospitalisierungsrate,
37 jedoch eine signifikante Reduktion der Mortalität in der Interventionsgruppe (9,3 % vs. 12,9%
38 in der Kontrollgruppe, $p=0,001$). Weiterhin nahmen die jährlichen Kontakte zu Hausärztinnen
39 und Hausärzten sowie Apotheken in der ARMIN-Gruppe zu und der Eintritt in Disease-
40 nagement-Programme (DMP) war häufiger. Die Angehörigen des Arzt- und Apothekerberu-
41 fes sehen einen Zusatznutzen des Medikationsmanagements und bewerten insgesamt das
42 Aufwand-Nutzen-Verhältnis für alle Beteiligten als positiv. Auch die eingeschlossenen Pati-
43 entinnen und Patienten sehen einen Nutzen im Modellvorhaben, insbesondere mit Blick auf
44 die Überprüfung der Medikation, der zusätzlichen Betreuung durch Ärzte und Apotheker so-
45 wie auf den sichereren Umgang mit der eigenen Medikation.

46 Die Koordinierungsgruppe diskutiert die Schwierigkeiten, das Projekt zu verstetigen. Im Mo-
47 ment gäbe es keine Weiterführung des Projektes, obwohl die AOK PLUS dem Vorhaben po-
48 sitiv gegenüberstehe, so Frau Dr. Müller. Es bestehe keine Rechtsgrundlage, außerdem sei
49 die technische Infrastruktur nach Projektende nicht mehr gegeben. Die nachfolgende Diskus-
50 sion wird unter anderem vor dem Hintergrund der Hospitalisierung, des Ressourceneffekts,
51 der Digitalisierung und des Kommunikationsflusses geführt.

52 **TOP 5 Bericht über den Workshop zur Umsetzung der Maßnahme [38]**

53 Frau Prof. Seidling berichtet über den Workshop zu Maßnahme [38], dessen erster Teil am
54 24. März 2023 als online-Veranstaltung stattfand. Zwei weitere Folgeworkshops sind für die-
55 ses Jahr in Planung. In ihrem Bericht gibt sie zunächst einen kurzen Rückblick auf einen vo-
56 rangegangenen Workshop zum gleichen Thema, der als Maßnahme [29] des Aktionsplans
57 2016-2020 durchgeführt wurde. Als Ergebnis entstand ein Workshop-Diskussionspapier
58 ([https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2016-
59 2020/docs/M29-Workshop-Diskussionspapier.pdf](https://www.akdae.de/fileadmin/user_upload/akdae/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2016-2020/docs/M29-Workshop-Diskussionspapier.pdf)). Die Maßnahme [38] des aktuellen Aktions-
60 plans knüpft an diesem Papier an. Das Zwischenergebnis werde zeitnah in einem Workshop-
61 bericht zusammengefasst und zur Verfügung gestellt. Die Teilnehmenden diskutieren

62 anschließend u. a. über regulatorische Aspekte, wie z. B. die Einführung eines Lastenheftes,
63 Rahmenbedingungen und IT-Lösungen. Kommunikation und Verantwortlichkeiten sollten im
64 Vordergrund stehen.

65 **TOP 6 AMTS-Stewardship zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit**
66 **(AMTS-Stewardship)**

67 Herr Prof. Harald Dormann und Herr Prof. Maas berichten über das vom BMG geförderte
68 Forschungsprojekt „AMTS-Stewardship“, das unter der Leitung von Herrn Prof. Renke Maas
69 am Klinikum Nürnberg-Fürth durchgeführt wurde. Das Projekt – Beginn 01.04.2019, Ende
70 31.07.2022 – soll zur effizienten und nachhaltigen Verbesserung der AMTS im Krankenhaus
71 beitragen. Hierbei unterstützen sogenannte AMTS-Stewards das Klinikpersonal bei der Er-
72 kennung, Dokumentation und Lösung von Medikationsproblemen. Der AMTS-Steward
73 könnte als Zusatzqualifikation in allen drei Berufsgruppen (Ärzte- und Apothekerschaft, Pfl-
74 gende) etabliert werden.

75 In seinem Vortrag geht Herr Prof. Dormann auf den Projektablauf ein, der ohne „Spezial-IT“
76 sowohl auf operativen wie auch nicht-operative und einer gynäkologischen Station im Kli-
77 nikum umgesetzt werden konnte. Zu den Methoden gehörten Entwicklung und Evaluation ei-
78 nes UAW-Screening-Prozesses, um Patientinnen und Patienten während stationärer
79 Aufnahme auf potenzielle UAW zu überwachen und den Interventionsbedarf durch etablierte
80 AMTS-Stewards zu prüfen. Der Screening-Prozess basierte auf einfache auch automatisier-
81 bare Parameter, die es erlauben, dass von ca. 100 stationären Aufnahmen täglich ca. zehn
82 Patientinnen und Patienten gezielt durch die AMTS-Stewards fokussiert werden konnte.
83 Erkenntnisse aus den Beratungsanlässen zu UAW wurden wöchentlich im Klinikintranet als
84 Newsletter „Nebenwirkung der Woche“ etabliert, der dem gesamten Klinik-Team Informatio-
85 nen über aufgetretene UAW vermittelt. Risikofaktoren für AMTS wurden durch Literatur-
86 recherchen und lokale Risikoanalysen ermittelt. Die Evaluation von FMEA (Failure Mode and
87 Effects Analysis) sollte zur Lösung von AMTS-Problemen beitragen. Die identifizierten UAW-
88 Patienten konnten zumeist nicht durch einfache digitale UAW-Checks in der Routine gelöst
89 werden, sondern bedingten aufgrund der zumeist komplexen UAW-Konstellation aus Poly-
90 pharmazie und Komorbiditäten einer spezifischen AMTS-Beratung zusammen mit den in der
91 Therapieplanung involvierten behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Aufgrund der zumeist ho-
92 hen Komplexität übersteigt dies das Wissen und die Zeitressourcen der Behandelnden. Ein
93 AMTS-Stewardship hilft, die lokalen AMTS-Risiken zu erkennen und dazu passende Lösun-
94 gen, z. B. auf Stationsebene oder Berufsgruppenspezifisch zu finden. Mangelnde Digitalisie-
95 rung bleibt ein zentrales Hindernis der AMTS, was die Verfügbarkeit der Medikationsdaten

96 im Kontext der ursächlichen Diagnosen als Auswertungsbasis darstellt. Die im Screening-
97 Prozess identifizierten UAW-Hochrisikopatienten wiederum lassen sich mit einfachen digita-
98 len Datenbankchecks meist nicht ausreichen optimieren.

99 Als Fazit kann festgehalten werden: AMTS überfordert häufig die Prozess-Struktur im Kran-
100 kenhaus aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen in der klinischen Versorgungsroutine. Ein
101 Screening-Prozess zur Identifikation von Hochrisikopatienten und die Beratung durch AMTS-
102 Stewards – z. T. berufsgruppenspezifisch – stellt eine effiziente Option dar signifikant UAW-
103 Risiken zu minimieren. Die im Projekt etablierte Prozessstruktur ist modellhaft und kann grö-
104 ßenspezifisch kalibriert werden.

105 Die Teilnehmenden der Sitzung diskutieren das vorgestellte Projekt u. a. vor dem Hinter-
106 grund der Wahrnehmung von AMTS in der Krankenhausorganisation, der technischen, wirt-
107 schaftlichen und personellen Ressourcen.

108 **TOP 7 Sonstiges**

109 **TOP 7.1 Terminankündigungen 2023**

110 **Sitzung der Koordinierungsgruppe:**

- 111 • 49. Sitzung am 10. Oktober 2023 (Präsenz, Berlin, Bundesärztekammer, Konferenz-
112 raum 1/2)

113 **Fachgespräch „Elektrolytlösungen“:**

- 114 • 21.06.2023

115 **Folgeworkshops Maßnahme [38]:**

- 116 • 12.06.2023, 10:00–13:00 Uhr (Online-Meeting MS-Teams)
- 117 • 31.10.2023, 10:30–ca. 16:00 Uhr (Präsenz, Berlin, Bundesärztekammer, Konferenz-
118 raum 1/2)

119 **Workshop Maßnahme [20] (Qualitätsindikatoren):**

- 120 • 11.09.2023, 10:30–ca. 16:00Uhr (Präsenz, Berlin, Bundesärztekammer, Konferenz-
121 raum 1/2)

122

123 Frau Prof. Thürmann und Frau Vogt bedanken sich bei den Referentinnen und Referenten
124 für die informativen Vorträge und bei allen Teilnehmenden für die engagierten Diskussions-
125 beiträge.