



**Positionspapier des**  
**Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**

**zum**

**Digital gestützten Medikationsprozess (dgMP)**  
**aus Sicht der Patientensicherheit**

J.M. Mielert, Generalsekretär  
M. Langguth

Berlin, 14.08.2024

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) ist eine Netzwerkorganisation, deren satzungsgemäßer Zweck die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung von Methoden zur Verbesserung der Patientensicherheit und zum Aufbau des Risikomanagements in der Gesundheitsversorgung ist. Entsprechend beschränken sich Stellungnahmen des APS auf Aspekte, bei denen ein Zusammenhang mit der Patientensicherheit in Deutschland besteht.

Der elektronische Medikationsplan (eMP) ist für die Patientensicherheit höchst relevant. Er ist neben der Medikationsliste (eML) sowie den AMTS-relevanten Zusatzinformationen (AMTS-rZI) Bestandteil des dgMP, welcher in der neuen elektronischen Patientenakte (ePA) gespeichert und verwaltet werden wird.

Damit er seinen Nutzen ausspielen kann, muss er jedoch stets vollständig, korrekt und aktuell sein. Dafür müssen jedoch die Vorgaben für die digitalen Umsetzungen ermöglichen und sicherstellen, dass

1. die Vorgaben diesen Zielen nicht selbst im Wege stehen und
2. die Vorgaben zu Lösungen führen, die sich perfekt und nahezu aufwandsarm in den Arbeitsalltag von Ärzt:innen, Apotheker:innen, Pflegenden eingliedern lassen.

Von diesen Zielen sind die aktuellen Vorgaben seitens gematik und KBV noch entfernt.

Die Grundlagen sind mit einer Speicherung der Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA), dem Opt-Out für ePA und dgMP/eMP sowie der Verwendung einer FHIR-Datenbank in der ePA sinnvoll gelegt. Jedoch müssen auch die konkreten Details der Ausgestaltung von dgMP und eMP im speziellen „passen“, damit die Lösung den gewünschten und benötigten Nutzen erzeugt und keine Verschlechterung im Sinne einer aktiven Patientengefährdung eintreten kann. Die Details sind folglich nun entscheidend.

In zwei Themenbereichen müssen diese Details korrigiert werden, wenn dgMP und mit ihm der eMP die Patientensicherheit verbessern soll:

1. Das Konzept für dgMP und darin für die Erstellung und Pflege des eMP sowie der relevanten Zusatzinformationen (AMTS-rZI) müssen in die Arbeits- und Dokumentationsprozesse von Arztpraxen und Apotheken im Rahmen von Medikationstherapieentscheidungen integriert werden.

Jeden Eintrag im Medikationsplan sowie zu bekannten Allergien, Unverträglichkeiten sowie pharmakologisch relevanten Laborwerten manuell anlegen und manuell pflegen zu müssen, wird in der Praxis nicht funktionieren. Das Scheitern dieses Ansatzes ist mit BMP und eMP-eGK seit 2016 belegt. Nur den Speicherort und das Speicherformat der Daten, aber nicht die Arbeitsprozesse zu ändern, wird daher dazu führen, dass auch dgMP im Feld nicht funktionieren wird.

In Anbetracht der Kürze der Zeit (die erste Version von dgMP muss nach gesetzlicher Vorgabe bereits zum 15.07.2025 produktiv gehen), ist eine vollständige und tiefe Integration von dgMP in die administrativen und dokumentarischen Prozesse von Arztpraxen, Apotheken und Pflegeeinrichtungen nicht leistbar.

Das Konzept muss diese tiefe Integration für eine automatisierte Anlage und Pflege der dgMP-Einträge als Ziel festschreiben und in einem ausgewiesenen Stufenplan aufzeigen, wie dieses Ziel kontinuierlich erreicht werden soll. Entsprechend müssen dann auch die Festlegungen für den 15.07.25 zu der ersten Stufe passen.

Die Festlegungen für den 15.07.25 dürfen die nächsten Stufen nicht behindern und nicht „in die falsche Richtung gehen“, da die Industrie die Umsetzungen liefern und die Einrichtungen ihre hausinternen Prozesse anpassen müssen. Diese entsprechenden Aufwände für die Implementierung, Schulung und Prozessanpassung dürfen nicht nach kurzer Zeit verloren gehen. Es bedarf folglich einer nachhaltigen und durchgängigen Strategie zur Erreichung des Ziels – und dieses fehlt bislang vollständig in den Vorgaben seitens gematik und KBV.

2. Die Festlegungen müssen sich an den Versorgungsrealitäten orientieren. Sie müssen alle Anwendungsfälle abdecken, die im Versorgungsalltag vorkommen und müssen insbesondere bereits durch die konzeptionellen Vorgaben so robust gestaltet werden, dass Fehlbedienungen und Fehleingaben bestmöglich verhindert werden, sowie erkannte Fehler auch jederzeit korrigiert werden können. Denn Fehleingaben im dgMP führen zu einer Gefährdung der Patientensicherheit.

In den aktuellen Festlegungen sind diese Gefahren aber noch vorhanden, wenn beispielsweise:

a) die über Monate und Jahre mühevoll angelegten und eingepflegten Informationen zu Allergien und Unverträglichkeiten mit einem einzigen Click vollständig gelöscht werden können.

Solche Funktionen – die zu keinem realen Anwendungsfall passen, da Patient:innen nicht über Nacht alle ihre Allergien und Unverträglichkeiten verlieren – dürfen nicht angeboten werden,

b) wenn Informationen zur Chargennummer und Verfallsdatum abgegebener Medikamente regelhaft automatisch und vollständig in der Medikationsliste gelöscht werden,

c) wenn das System nicht verhindert (weil es nicht prüft), dass Medikationsdaten anderer Patient:innen eingetragen werden,

d) wenn versehentlich eingestellte Medikationen (beispielsweise ein Opiat statt einem Hustenmittel) nicht vollständig aus den Daten des dgMP entfernt, sondern nur mit einem Hinweisflag „entered in error“ versehen werden können, was dazu führt, dass Systeme (oder Menschen), die diesen Hinweis nicht auswerten / übersehen, von einer falschen Medikation ausgehen,

e) wenn fehlerhafte Einträge in den Daten der Patient:innen nicht von jedem Arzt/jeder Ärztin oder Apotheker:in korrigiert werden dürfen, die diese behandeln und betreuen, sondern nur von der Einrichtung, die den fehlerhaften Eintrag selbst angelegt hat. Damit können fehlerhafte Einträge, die im Urlaub erzeugt wurden oder von Einrichtungen, bei denen sich beispielsweise die Zusammensetzung einer Gemeinschaftspraxis geändert hat, überhaupt nicht mehr korrigiert werden,

f) wenn im dgMP vorhandene Informationen zu Allergien, Unverträglichkeiten und Laborwerten (in den AMTS-rZI gespeichert) durch Ärzt:innen händisch dem eMP zugeordnet werden müssen, damit diese Information auf der eMP-Übersicht erscheinen – und ein Vergessen der manuellen Zuordnung folglich dazu führt, dass Behandelnde/Pflegende, die sich nur die eMP-Übersicht ansehen, von diesen vorhandenen und wichtigen Informationen nichts erfahren, statt dass grundsätzlich alle hinterlegten Informationen in der eMP-Übersicht angezeigt werden und nur seitens der Patient:innen ausgewählte Einträge (wie z.B. zur Schwangerschaft) aus der Übersicht ausgeblendet werden können,

g) wenn Medikationsstatus-Informationen („wird gegeben“, „wurde gestoppt“) automatisch durch das dgMP geändert werden – ohne Rückfragen, ohne Rückmeldung an die Nutzer:innen – und dieser Automatismus nicht alle Versorgungsfälle abbildet und damit Fehleinträge erzeugen wird,

und

h) wenn es zu „Datenkollisionen“ mit unvorhersehbaren Auswirkungen auf den Datenbestand des dgMP kommen kann, wenn die Daten des dgMP einer Person zeitgleich von mehreren Einrichtungen (auch mehreren Organisationseinheiten einer Klinik) bearbeitet werden.

Die – an sich guten – Vorgaben seitens gematik und KBV müssen folglich noch im Detail überarbeitet werden, damit der Nutzen für die Patient:innen tatsächlich gehoben werden kann und nicht durch dgMP noch zusätzlich Risiken für das Patientenwohl entstehen.

Die Entscheider:innen in Politik, BMG, gematik sowie ihren Gesellschafter:innen sollten sich daher für die hinreichende Qualität in den Festlegungen und nicht für den fixen Termin 15.07.2025 aussprechen.

Zum Wohl der Patient:innen muss die Patientensicherheit die Leitplanke für alle Prozesse und Prozessplanungen sein.