

**Protokoll
der 73. Sitzung des Ärztlichen Beirates
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
am Mittwoch, den 25. Januar 2023
per Videokonferenz**

Vorsitz:	Herr Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann, Frau Dr. Christiane Groß, M.A.
Protokoll:	Lea Schomacher, ZTG GmbH
Gäste	Herr Lars Gottwald, Leiter Business Teams, gematik Herr Stefan Spieren, MBA, Hausarzt in Wenden, Kreis Olpe, Sauerland
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

Frau Dr. Christiane Groß begrüßt die Teilnehmenden und insbesondere die Gäste Herrn Lars Gottwald von der gematik sowie Herrn Stefan Spieren als Hausarzt aus Wenden im Sauerland. Sie wünscht allen, dass sie gut ins neue Jahr gekommen sind, dass es ein besseres Jahr wird als das letzte und auch dass es in der Digitalisierung des Gesundheitswesens vorangeht. Anschließend führt Frau Dr. Groß kurz durch die Tagesordnungspunkte der heutigen Sitzung.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 30.11.2022

Es wurden keine Änderungswünsche vorgetragen. Das Protokoll der Sitzung am 30.11.2022 gilt damit als genehmigt.

Die Tagesordnungspunkte 3 und 4 der Agenda werden aufgrund zeitlicher Verfügbarkeiten der Referenten getauscht.

TOP 4 Digitale Praxis im ländlichen Versorgungsgebiet (Herr Stefan Spieren)

Herr Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann führt kurz in den Tagesordnungspunkt ein. Der Ärztliche Beirat habe sich die Frage gestellt, wie die digitale Versorgung in ländlichen Gebieten aussieht, wo sie wirklich benötigt wird, aber der Schwierigkeit einer mangelnden flächendeckend guten Internetversorgung gegenübersteht. Herr Dr. Dr. Bickmann freut sich, dass Herr Spieren aus Wenden heute zu Gast ist, der seit Jahren sehr engagiert die Digitalisierung in seiner Hausarztpraxis lebt und über eine entsprechende Kenntnistiefe verfügt. Herr Spieren bedankt sich für die Einladung und freut sich,

diesem Gremium das näherzubringen, was sich alle wünschen würden, aber noch nicht so ganz klappt.

Zunächst macht Herr Spieren deutlich, dass Internetverbindungen in den Praxen kein Problem mehr darstellen. Das Umfeld seiner Praxis, die in Wenden zwischen Siegen und Olpe angesiedelt ist, ist gekennzeichnet durch viele pflegebedürftige Senioren, weite Wege, insbesondere auch zu den meisten Fachärzten, bei geringer ÖPNV-Anbindung. Die Hausarztpraxen stellen hier die wichtigste Gesundheitseinrichtung dar.

Die digitale Transformation werde als ein schwieriges Thema angesehen, insbesondere wenn es um Dinge geht, die mit der Telematikinfrastruktur (TI) und/oder der Gematik im Zusammenhang stehen und insbesondere bei älteren Kollegen. Aus Sicht Herrn Spierens sei die Offenheit gegenüber digitaler Transformation jedoch keine Frage des Alters. eAU und das auf dem Weg befindliche E-Rezept würden bereits gut funktionieren, wenn man das möchte. Das E-Rezept nutzt Herr Spieren seit einem Dreivierteljahr, jedoch nicht so, wie Gematik oder Datenschutzbeauftragte dies vorsehen, sondern wie der Patient es wünscht. Das E-Rezept entlaste und erfreue vordergründlich die medizinischen Fachangestellten, da die Rezeptausgabe bisher 3 bis 5 Minuten dauerte; es entlaste weniger den Arzt bei der Unterzeichnung.

Im Anschluss zeigt Herr Spieren auf, welche digitalen Komponenten bereits Realität in seiner Praxis sind und dies s. E. auch längst flächendeckend sein sollten. Zunächst sei eine Internetpräsenz der Praxis die wichtigste Grundlage. Diese ist zentral in der Patientenlenkung z. B. was die Terminbuchung, Bestellung von Rezepten oder Überweisungen angeht. Zudem sei das Wartezimmer-Fernsehen, dem in den letzten Jahren weniger Bedeutung verliehen wurde, weiterhin ein sehr wichtiger Kanal, um Informationen zu den Patienten zu transportieren. Die dort bereitgestellten Informationen würden von den Patienten gelesen. Als weitere wichtige digitale Komponente einer Arztpraxis nennt Herr Spieren ein Ziffern-Assistenzsystem. Dabei handele es sich um ein Programm, das dem Nutzer erkläre, welche Leistungen bei einem Patienten, angegeben in EBM-Zifferncodes, noch an Versorgung zu leisten sind. Da die Komplexität des Abrechnungssystems zunehme, sei es wichtig, die zur Verfügung stehenden Hilfen zu nutzen. Dies sei bisher jedoch nicht konsequent der Fall.

Neben einem elektronischen Praxisschließsystem zur Personal- und Patientenlenkung sowie einer elektronischen Arbeitszeiterfassung werde in der Praxis Spieren zudem ein KI-gestütztes Telefonassistenzsystem genutzt. Über dieses könne ein Patient bei seinem Anruf mittels Spracherkennung verschiedene Dinge bestellen oder Prozesse auslösen sowie in einer erweiterten Version auch Termine buchen, die unmittelbar im Praxiskalender eingetragen werden. Dies führt Herrn Spieren zur nächsten zentralen digitalen Komponente, dem Online-Terminkalender. Die Kombination aus Telefonassistenzsystem und Online-Terminkalender Sorge dafür, dass in der Praxis kein Telefonklingeln mehr den Vor-Ort-Betrieb störe und damit das Praxispersonal erheblich entlastet werde. Bei konsequenter Nutzung funktioniere der Kalender so, dass abgesagte Termine auch wieder frei werden und Patienten nachrücken. Zudem seien Terminverschiebungen sowie die Buchung von Terminketten intuitiv möglich. Der Online-Terminkalender sei Tag und Nacht erreichbar, was den Bedarfen der Patienten entspreche, die v. a. früh morgens oder abends ihre Arzttermine buchen würden. Auch ältere Patienten kämen mit der Onlineterminbuchung sehr gut klar und schätzen den Vorteil, dass dies zu Hause möglich ist. Ärzte sollten daher nicht die Onlineterminbuchung mit Verweis auf ältere Patientengruppen ablehnen, sondern bei der Suche nach Gründen, warum es nicht klappt, vornehmlich bei sich selbst und ihrer Praxis beginnen.

Als weitere digitale Komponente setzt Herr Spieren auf die Videosprechstunde, die während der Covid-19-Pandemie eine Renaissance erlebt habe, wobei die Häufigkeit der Nutzung nun wieder etwas zurückgehe. Während der Pandemie habe Herr Spieren seine Praxis vollständig auf Online-Praxis umgestellt. Die Mitarbeitenden haben im Homeoffice gearbeitet und der Präsenzbetrieb war weitgehend eingestellt. Auch heute wünschen Patienten die Videosprechstunde, wollen aber manchmal auch den Arzt, der diese durchführt, vor Ort aufsuchen. Es gibt Beratungsanlässe, bei denen Patienten lieber die Videosprechstunde nutzen und umgekehrt genauso auch solche, für die sie lieber einen Präsenztermin vereinbaren. Herr Spieren führt entsprechend weiterhin täglich Videosprechstunden durch. Der häufigste Anlass sei logischerweise die Beratung, z. B. die Besprechung von Befundberichten. Schlecht an der Videosprechstunde sei ihr Start gewesen, der mit vielerlei Restriktionen verbunden war hinsichtlich der Einsatzmöglichkeiten von Seiten der Ärzte. In vielen Köpfen von Kollegen seien diese Beschränkungen noch verankert, auch wenn sie nicht mehr gültig sind.

Eine weitere hilfreiche digitale Komponente sei die digitale Anamnese, die bereits zu Hause über einen zusammen mit dem Onlinetermin versandten Link zu einem digitalen Anamnesebogen beginne. In der Praxis lese sich der Patient dann noch einmal seine Angaben durch und setze seine Unterschrift. Dieses Vorgehen sei aus Sicherheitsgründen geboten.

Das zentrale Problem bei der Nutzung digitaler Komponenten, von denen es noch viele mehr gebe, stellen die benötigten Schnittstellen vom Praxisverwaltungssystem (PVS) zur Ergänzungssoftware bei digitalen Tools von Fremdherstellern dar. Mit den medizinischen Informationsobjekten (MIOs) sei ein kleiner Schritt in die richtige Richtung gegangen worden. Herr Spieren hofft, dass sich diese bald durchsetzen. Aktuell stehe den niedergelassenen Praxen die GDT-Schnittstelle zur Verfügung, wobei es immer noch PVS-Hersteller gebe, die für die Bereitstellung Geld nehmen. Dies müsse abgeschafft werden.

Insgesamt plädiert Herr Spieren für den Einsatz digitaler Tools, insbesondere zur Entlastung des gesamten Praxisteam. Angesichts der bestehenden Fachkräfteverschiebung – von einem Mangel könne man nicht sprechen – sei ein derartiges Umdenken zwingend erforderlich. Ferner helfen die digitalen Tools, gerade im ländlichen Raum, Distanzen zu überwinden, Wege zu reduzieren und Facharztexpertise vor Ort zu sichern.

Zuletzt gibt Herr Spieren mit dem „Digitalen GesundheitsZentrum“ noch einen kurzen Ausblick auf die Zukunft. Dieses Zentrum konstruiere er derzeit. Es werde Selbstbedienstationen für Patienten beinhalten. Dies bedeute nicht, dass die Praxis ohne Ärzte funktioniert. Stattdessen würden die Fachärzte über die Selbstbedienstationen in die Nähe der Patienten gebracht, sodass die Patienten nicht für jede Facharztkonsultation in weit entfernte Städte fahren müssen.

Diskussion

Herr Dr. Dr. Bickmann bedankt sich bei Herrn Spieren für die interessanten Einblicke in den digital unterstützten Alltag seiner Praxis sowie in seine Ansichten zur digitalen Transformation der Arztpraxen im Allgemeinen. Herr Dr. Dr. Bickmann hebt das KI-gestützte Telefonassistenzsystem hervor, das zeige, dass auch bei Nutzung digitaler Komponenten die Versorgung auch weiterhin sprachgebunden erfolgen könne. Dadurch müssten die Patienten selbst keine Anpassung ihrer Verhaltensweisen vornehmen, um Teil des digitalen Settings zu werden. Herr Dr. Dr. Bickmann bittet Herrn Spieren um eine Erläuterung, wie diese sprachgebundene Terminbuchung per Assistenzsystem mit Verknüpfung zum Onlineterminkalender funktioniert.

Herr Spieren erklärt, dass der Patient selbst am Telefon mit einem Computer spricht, der ihn nach seinen Beschwerden, seinem Terminwunsch etc. fragt. Auf diese Weise eine Terminbuchung im Onlinekalender zu veranlassen, sei technisch nicht schwierig und werde von entsprechenden Softwareanbietern als fertiges Produkt angeboten. Bei der Funktion komme zunächst Spracherkennung zum Einsatz. Die Sprache werde im Anschluss in Text umgewandelt und in ein Computer-Programm eingespeist. Der Abgleich mit und Eintrag im Onlineterminkalender erfolge über entsprechende Schnittstellen zwischen Telefonassistenzsystem und Onlineterminkalender. Ein weiterer Vorteil der Onlineterminbuchung in Kombination mit Telefonassistenzsystemen liege darin, dass viele Patienten gleichzeitig bedient werden können und das Problem besetzter Leitungen entfalle.

Es wird die Frage gestellt, ob die Möglichkeit besteht, für bestimmte Patienten, von denen man weiß, dass sie längere Termine benötigen, entsprechende Marker zu setzen für die Onlineterminbuchung. Herr Spieren erklärt, dass dies ein häufig von Ärzten vorgeschobenes Argument gegen die Nutzung der Onlineterminbuchung darstelle. Auch bei der klassischen telefonischen Terminbuchung sei es i. d. R. nicht gegeben, dass das Personal die durchschnittlichen Termindauern aller Bestandspatienten wisse. Unterschiede ließen sich über eine Mischkalkulation relativ gut abbilden. Generell sei ärztlicherseits die erforderliche Selbstdisziplin zur Einhaltung der vereinbarten Termine geboten. Dies sei ein Problem der Praxen, die dieses verstehen und angehen müssten, und keine unveränderliche Gegebenheit, die von der digitalen Komponente berücksichtigt werden müsse.

Ein Teilnehmender kommt auf die momentanen Pflichtenwendungen der TI zurück. Zur eAU ergänzt er, dass hier nach Meinung verschiedener Seiten die Digitalisierung nicht zu Ende gedacht sei. Dies gelte auch für die ab Beginn dieses Jahres für Arbeitgeber verpflichtende elektronische Abfrage der eAU ihrer Arbeitnehmer bei den jeweiligen Krankenkassen. Über deren Ausgestaltung würden sich Arbeitgeber und beauftragte Steuerberater beklagen. Bezüglich des E-Rezeptes fragt der Teilnehmende nach detaillierteren Informationen zu der Art der Nutzung in der Praxis von Herrn Spieren angesichts der erwähnten Abweichung zur von der gematik gewünschten Verwendung.

Herr Spieren stellt zunächst grundsätzlich klar, dass die gematik nicht für ihre Vorstellungen kritisiert werden müsse, sie aber auch die Praktiker befragen sollte, was sie übrigens auch mache. So sei die E-Rezept-App eine wunderbare Sache. Dieser Einlöseweg habe jedoch an der vor der Nutzung notwendigen Versichertenidentifizierung. Dies sei jedoch ein Thema, das nicht die gematik zu verantworten hat. Auch nach bzw. unabhängig von der Identifizierung seien mehrere andere Punkte beim App-Einlöseweg nicht zu Ende gedacht. Nicht berücksichtigt würden Abholflächen für Apotheken, die zwar rechtliche Grauzone, jedoch gängige Praxis seien. Auch hinsichtlich besonderer Patientengruppen wie Pflegeheimbewohnern sei der App-Einlöseweg noch nicht zu Ende gedacht und auch die Familienfunktion funktioniere noch nicht optimal. Die E-Rezept-App sei perspektivisch ein funktionaler Einlöseweg, sobald alle Versicherten über eine digitale ID verfügen. Aktuell, wo dies noch nicht der Fall ist, sei das Transportmittel E-Mail das gängigste, das auch ältere Menschen nutzen. Daher fragt sich Herr Spieren, warum heute kein E-Mail-Einlöseweg mit 2-Faktor-Authentifizierung vorgesehen sei. Die Patienten würden den Wunsch eines Erhalts des E-Rezepts per E-Mail wünschen, da sie das Rezept so ohne Besuch der Arztpraxis nach Hause erhalten können. Die Praxis Spieren stelle heute E-Rezepte per E-Mail aus. Herrn Spieren sei bewusst, dass diese Lösung datenschutzrechtlich auf wackeligen Füßen stehe, sie sei jedoch die funktionalste für alle Seiten. Die Praxis biete sogar die Option der Nutzung

einer 2-Faktor-Authentifizierung zur Erhöhung der Datensicherheit an, die jedoch keiner der Patienten wünsche, da die Handhabung aufwendiger sei. Wenn es nach dem Wunsch der Patienten ginge, würden diese sogar wollen, dass das E-Rezept direkt an die bevorzugte Apotheke gesendet werde, auch wenn dies nicht erlaubt ist.

Eine Teilnehmende erkundigt sich nach den Kosten zu den von Herrn Spieren gelisteten, seiner Ansicht nach standardmäßig in den Arztpraxen zu verwendenden digitalen Komponenten sowie nach der Dauer, bis diese nach Kauf bzw. Implementierung auch gut liefen. Ein Teilnehmender ergänzt die Frage im Hinblick auf die Schnittstellenproblematik. Er stellt sich insbesondere die Anbindung von Drittanbieter-Komponenten an das PVS hochkomplex vor und somit mit einem relativ hohen finanziellen bzw. zeitlichen Aufwand verbunden.

Nach Ansicht Herrn Spierens sei die Preisdiskussion für Ärzte typisch. Er erklärt, dass er sich stets die mit der Einführung einer Komponente einhergehende Entlastung des Personals und die Personalkosten im Blick hat, an denen er die Verhältnismäßigkeit des Preises einer digitalen Komponente bemesse. Er kann jedem nur raten, ebenso vorzugehen. I. d. R. liegen die Personalkosten, die auf die von der digitalen Komponente ersetzte Tätigkeit einer MFA zurückzuführen sind, wesentlich höher als die Kosten der jeweiligen Komponente selbst. Ferner sei man als Arzt heute schon zwecks Personalressourceneinsparung angesichts des Mangels an MFAs unabhängig vom Preis gezwungen, möglichst digital zu arbeiten.

Im Hinblick auf die Interoperabilität verschiedener Anwendungen existiere der einheitliche uralte GDT-Schnittstellenstandard. Dieser funktioniere sehr gut, werde aber leider nicht konsequent genutzt. Probleme machen nach Erfahrung Herrn Spierens die PVS-Hersteller, die mittlerweile selbst eigene nicht ausgereifte Produkte für Zusatzfunktionalitäten wie die Onlineterminbuchung anbieten würden. Sie würden mit dem Argument der nahtlosen Integration in das PVS versuchen, diese Produkte zu bewerben, statt standardisierte Schnittstellen bereitzustellen, die dies auch für Drittanbieter-Produkte ermöglichen. Herr Spieren empfiehlt, beim Einkauf von Zusatzfunktionen nicht die Eigenprodukte der PVS-Hersteller zu wählen, sondern stattdessen Drittanbieter zu wählen, die mit jedem PVS umgehen können.

Als die Praxis Spieren bekannt gab, dass sie auf E-Rezepte umsteigen werde, hätten die Apotheken im Umkreis sich darüber zunächst beschwert, da das Einlesen des E-Rezeptes nicht mit der bisherigen Apparatur möglich war. Diese Problematik regle der Markt jedoch glücklicherweise selbst.

Herr Lars Gottwald ist begeistert von Herrn Spierens Haltung und ist ebenso froh zu hören, dass E-Rezept und eAU funktionieren. Dass das E-Rezept und die zentrale dahinter liegende Infrastruktur funktioniere, möchte Herr Gottwald als klare Botschaft an die Teilnehmenden weitergeben. Dies würden auch die eine Million eingelösten E-Rezepte in der Versorgung zeigen. Zu den Einlösewegen ergänzt Herr Gottwald, dass die Tätigkeiten der gematik den gesetzlichen Regelungen des SGB V unterliegen und auf dieser Basis aktuell die beiden Einlösewege Papierausdruck und App zur Verfügung stehen. Insbesondere die KVWL, die zum 1.9.2022 mit der Rolloutphase des E-Rezeptes gestartet ist, habe als weiteren Einlöseweg die Einlösung per eGK ins Spiel gebracht. Diese Lösung wird im Sommer dieses Jahres bereitstehen. Im Anschluss sollte das E-Rezept die nächsten Schritte in Richtung bundesweite Einführung gehen.

Nach erfolgreicher App-Einrichtung einschließlich Identifizierung seien die Rückmeldungen zu den Funktionalitäten der E-Rezept-App sehr positiv. Jedoch seien die Zugangshürden für die Versicherten enorm hoch. Es würden NFC-fähige eGK und PIN

benötigt, die nur auf Nachfrage von den Krankenkassen ausgegeben würden. Aktuell würden lediglich 1 % der gesetzlich Versicherten über beides verfügen.

Aus Sicht des Arztes liege die Regelungsgrenze des SGB V sozusagen hinter seinem Primärsystem. Denn Primärsysteme unterlägen nicht der Regelungshoheit des SGB V bzw. der gematik. Entsprechend sehen wir am Markt Lösungen, die dafür sorgen, dass der sogenannte Zugangstoken über verschiedene Wege an den Patienten kommt, die bereits gelebte Realität seien. Dazu zähle auch die Versendung per E-Mail. Nun gebe es zwei Handlungsoptionen. Erstens könnte man nun auf die Idee kommen, gesetzlich zu normieren, dass nur die Wege der gematik richtig seien. Zweitens ließe sich die offene und ehrliche Diskussion über den Anspruch an Informationssicherheit und Datenschutz führen und ob Entscheidungen über das Datensicherheitslevel den Versicherten selbst zumutbar seien. So könnte der mündige Versicherte perspektivisch selbst das gewünschte Datensicherheitslevel wählen, z. B. auch vertretbar sichere, bisher nicht zulässige biometrische Authentifizierungswege. Die gematik stehe diesbezüglich im Dialog mit dem Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik (BSI) und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) (siehe auch: Protokoll der 72. Sitzung des Ärztlichen Beirats v. 30.11.2022, S. 9). Erst auf Basis herabgesetzter Zugangshürden könne der Einlöseweg per E-Rezept-App sein Potenzial entfalten.

In diesem Zusammenhang seien auch digitale Identitäten sehr wichtig. Ab Mitte des Jahres sollen diese bereitgestellt werden – nicht nur von den gesetzlichen Krankenkassen, sondern auch von den privaten Krankenversicherungen, wodurch auch die Grundlage für die Nutzung von e-Rezept und ePA bei den Privatversicherten geschaffen werde. Die von Herrn Spieren angesprochene Familienfunktion sei bereits in die E-Rezept-App integriert.

Herr Dr. Dr. Bickmann richtet den Fokus der Diskussion anschließend auf die Videosprechstunde. Er bittet Herrn Spieren um eine Erläuterung seiner Botschaft zur Präferenz von Drittanbieterprodukten in Bezug auf die Videosprechstunde. Herr Spieren wiederholt seinen Appell, Drittanbieter bei Zusatzfunktionen einschließlich der Videosprechstunde zu wählen. Ferner sei im Fall der Videosprechstunde die vom PVS-Hersteller suggerierte bessere Integration in die Patientenakte des PVS gar nicht erforderlich. Was jedoch zwingend verknüpft sein sollte, sind Online-Terminkalender und der Videodienst, d. h. eine Videosprechstunde muss online buchbar sein. Ansonsten bedeute die Nutzung der Videosprechstunde zusätzlichen Aufwand für das Praxispersonal, etwa durch Aufwände hinsichtlich der Bereitstellung des Zugangslinks an den Patienten. Zu den verschiedenen Videodienstprodukten ergänzt Herr Spieren, dass diese von der Anwenderfreundlichkeit her alle gleich und vergleichbar mit Zoom, Webex etc. sind. Die bei der Videosprechstunde z. T. erforderliche Identitätsprüfung handhabt Herr Spieren über die verpflichtende Vorabzusendung eines Fotos der eGK durch den Patienten.

Zwei Teilnehmende äußern sich zur Schnittstellenproblematik. Es sei sinnvoll, die Systeme verschiedener Hersteller zu mischen, man brauche jedoch Regularien. Diese sollten vorgeben, dass derjenige, der eine Software bereitstellt, auch die zur Einbettung in bestehende Systeme erforderlichen Schnittstellen bereitzustellen hat. Dafür müsse die Ärzteschaft sorgen. Mit frei verfügbaren Schnittstellen sei es jedoch nicht getan. Ein weiteres Problem bestehe darin, dass die Verantwortung für das Funktionieren der Schnittstelle bei der Gesundheitseinrichtung läge, auch im Sinne des Medizinproduktegesetzes. Daher sei zusätzlich zu normieren, dass verschiedene Hersteller gemeinsam für Zertifizierung und Betrieb ihrer geteilten Schnittstellen verantwortlich sind. So erhalte die Gesundheitseinrichtung als Anwenderin zumindest einen

übergreifenden Ansprechpartner und müsse nicht mehr zwischen verschiedenen Herstellern vermitteln.

Herr Spieren ergänzt, dass es jeweils definierte Schnittstellen für den niedergelassenen Bereich und den stationären Bereich gebe (GDT bzw. HL7). Zukünftig ist die Arbeit mit den Medizinischen Informationsobjekten (MIOs) vorgesehen. Probleme entstünden insbesondere beim sektorenübergreifenden Datenaustausch, was eine Teilnehmende bejaht. Frau Dr. Groß merkt an, dass die Schnittstellenproblematik in der nächsten Sitzung tiefergehend thematisiert werden könnte. Aus dem Plenum wird angefügt, dass mit dem aktuellen Krankenhauspflegepersonal-Entlastungsgesetz (KHPflegEG) die Stellung der Gesundheitseinrichtungen gegenüber den Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme verbessert würde mit Verweis auf § 332a SGB V. Herr Dr. Dr. Bickmann ergänzt, dass zudem die Interoperabilitätsvorgabe für Applikationen bereits unter Spahn gesetzlich verankert wurde.

TOP 3 Aktueller Sachstand: Telematikinfrastruktur (Herr Lars Gottwald)

Herr Gottwald gibt zunächst ein turnusmäßiges Update zum aktuellen Sachstand bei den TI-Anwendungen.

E-Rezept

Das E-Rezept lässt Herr Gottwald weitgehend aus, da er über dieses bereits im Rahmen der Diskussion von Tagesordnungspunkt 4 (s. o.) berichtet hat. Als These führt Herr Gottwald ergänzend an, dass das E-Rezept bis Mitte des Jahres in die bundesweite Versorgung überführt werde.

KIM (elektronischer Arztbrief, EBZ, eAU)

KIM ist ein sicheres E-Mail-basiertes Datenübermittlungsverfahren. Aktuell seien ca. 110.000 Leistungserbringerinstitutionen mit mindestens einer KIM-Adresse im Dienst hinterlegt. Der Großteil dieser entfalle auf die Arztpraxen (Arztpraxen/MVZ: 70.000, Zahnarztpraxen: 35.000). Für die gematik werde die Nutzung von KIM in den ca. 30.000 stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen ein großes Thema in diesem Jahr sein. Bei diesen Einrichtungen bestehe ein hohes Nutzenpotenzial.

Bisher seien rund 70 Mio. eAUs über KIM abgewickelt worden, bezogen auf das sogenannte Arbeitnehmerverfahren. Man pendele sich derzeit bei 10 bis 11 Mio. eAUs über KIM pro Monat ein. Herr Gottwald ergänzt in Bezug auf das zuvor in der Diskussion angesprochene sogenannte Arbeitgeberverfahren, dass dieses von den Bundesmantelvertragspartnern geregelt werde und nicht in der Verantwortung der gematik liege. Der Abruf der eAU bei den Krankenkassen auf Initiative des Arbeitgebers sei eine bewusste Entscheidung der Bundesmantelvertragspartner gewesen.

Der gematik werde von den Ärzten gespiegelt, dass sie den Arztbrief gerne nutzen möchten. Hier müsse in Bezug auf die PVS noch etwas getan werden. Das elektronische Beantragungsverfahren Zahnärzte (EBZ, digitaler Nachfolger des Heil- und Kostenplans) werde von den Zahnärzten gut angenommen und ermögliche eine schnelle Kommunikation mit den Krankenkassen. Ferner erfolgen die Unfallmeldungen der Durchgangsärzte an die Unfallkassen seit dem 1.1.2023 ebenfalls verpflichtend über KIM. Im Januar werden nach derzeitigen Prognosen voraussichtlich ca. 600.000 entsprechende Meldungen über KIM erfolgt sein. Angesichts von insgesamt durchschnittlich 800.000 Meldungen pro Monat, sei man hier auf einem guten Weg.

ePA und geplantes Opt-Out-Verfahren

Bei der ePA ändere sich an den Nutzerzahlen weiterhin wenig. Diese befänden sich angesichts von knapp 600.000 angelegten Akten weiterhin auf niedrigem Niveau.

Bisher erfolge die ePA-Bereitstellung über ein Opt-In-Verfahren, d. h. der Versicherte müsse seiner Krankenkasse signalisieren, dass er eine ePA möchte. Bei Anwendung eines Opt-Out-Verfahrens würde hingegen jedem Versicherten automatisch eine ePA bereitgestellt, sofern der Versicherte nicht aktiv widerspreche. Aktuell befinde man sich in der sogenannten Discovery-Phase, in der die gematik gemeinsam mit allen Beteiligten – Gesellschafter der gematik, gesetzliche und private Krankenversicherungen sowie Fachgesellschaften und Berufsverbände – die „ePA für alle“ fernab von der Technik inhaltlich sauber durchwandert.

Aus dieser Phase resultiere bereits die Botschaft, dass die ePA die zentrale Plattform für Gesundheitsdaten werden solle. Hierüber herrsche weitgehende Einigkeit bei den Beteiligten. Die Übertragung relevanter Informationen aus dem PVS in die ePA solle automatisch erfolgen. Aufgeladen sei die Diskussion im Hinblick auf das Berechtigungskonzept (Stichwort: feingranulares vs. grobgranulares Berechtigungskonzept). Beim aktuell angewandten feingranularen Berechtigungskonzept können Versicherte für jedes in der ePA gespeicherte Dokument genau festlegen, wer darauf zugreifen kann. In der Discovery-Phase werde auch die Datenbereitstellung für die Forschung als Teil des ePA-Opt-Outs mitbedacht. Die Discovery-Phase erstrecke sich über das erste Quartal dieses Jahres. Die „ePA für alle“ soll Mitte 2024 eingeführt werden.

TI-Messenger

Beim TI-Messenger als Dienst für Ad-hoc-Kommunikation werde es auf Basis der entsprechenden Spezifikation der gematik verschiedene Lösungen am Markt geben, die das etablierte Matrixprotokoll nutzen würden und untereinander interoperabel seien. Die ersten TI-Messengerdienste werden im dritten Quartal 2023 am Markt erwartet. Erst einmal werde eine Kommunikation per TI-Messenger ausschließlich zwischen Leistungserbringern umgesetzt. Perspektivisch soll auch die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patienten über einen TI-Messenger ermöglicht werden (siehe auch: Protokoll der 70. Sitzung des Ärztlichen Beirats v. 20.07.2022, S. 2 ff. für weiterführende Informationen zum TI-Messenger).

Studie der gematik zum Vergleich von PVS

Herr Gottwald stellt zudem die Ergebnisse einer von der gematik durchgeführten Studie zum Vergleich der vielen unterschiedlichen PVS hinsichtlich der Dimensionen Support und Schulung vor. Dazu befragte die gematik im vierten Quartal 2022 knapp 6.500 Leistungserbringende – darunter niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Apotheken und Krankenhäuser – zu dem von ihnen jeweils eingesetzten PVS. Hintergrund der Befragung ist, dass die PVS-Systeme den Dreh- und Angelpunkt des digitalen Datenaustauschs in den Gesundheitseinrichtungen bilden würden. Die PVS-Systeme seien für die Leistungserbringenden das Einfallstor in die Digitalisierung. Auf Basis der Umfrage könne die gematik Aussagen über 80 % des Marktes der PVS treffen. Da die gematik zur Neutralität verpflichtet ist, seien die Ergebnisse anonymisiert worden.

Die Ergebnisse zeigen, dass es in den beiden Vergleichsdimensionen Support und Schulungen größere signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen PVS-Systemen gibt. Bezüglich des Supportes würden die Wartezeiten in der Supporthotline

systemübergreifend am schlechtesten bewertet. Die gematik stehe mit den PVS-Herstellern, die schlechter abschneiden, im Kontakt und habe die Folien auch gegenüber dem Bundesverband Gesundheits-IT (bvigt), bei dem einige der Hersteller Mitglieder sind, präsentiert.

Über die vorgestellte Befragung hinaus, die die Dimensionen Support und Schulungen abdeckt, führe die gematik unter dem Arbeitstitel PVS-Challenge eine Reihe von Hospitationen durch, die sich auf die Dimension der Anwendung konzentrieren. Auch hier wolle man 80% des Marktes erreichen. Im Fokus der Hospitationen stehe die Umsetzung von Anwendungen in den Workflows. Daraus würden basale Anforderungen abgeleitet, z. B. bezogen auf das E-Rezept, dass dieses in drei Klicks erstellbar sein müsse, die Signatur nicht länger als 10 Sekunden dauere oder bei der Signaturerstellung der Bildschirm nicht blockiert sein dürfe. Diese Anforderungen würden in Leitfäden niedergeschrieben und den PVS-Herstellern bereitgestellt.

Diskussion

Herr Dr. Dr. Bickmann bedankt sich bei Herrn Gottwald für seinen Beitrag. Die ePA sei eine der ersten Themen, die der Beirat nach seiner Gründung näher beleuchtet habe. Er diskutiere entsprechend seit Jahren über die ePA und ihre Ausgestaltung. Der Beirat sei der Meinung, dass die ePA letztlich die Königsanwendung der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung darstelle.

Aus dem Plenum wird nach der Verantwortlichkeit für die Pflege des TI-Verzeichnisses (insbesondere für KIM) gefragt. Ein Teilnehmender wundert sich, dass das Verzeichnis nicht aktuell sei, d. h. Kollegen teilweise nicht auffindbar seien, obwohl nun mit der Verpflichtung zur eAU jeder Arzt über eine KIM-Adresse verfügen müsste. Herr Gottwald erklärt, dass die Kartenherausgeber für die Datenpflege verantwortlich seien und dies nicht Aufgabe der gematik sei. Im Fall der niedergelassenen Ärzte seien die KVen und KZVen die Verantwortlichen. Die gematik werde entsprechend keine Änderungen vornehmen. Herr Gottwald unterstützt im Einzelfall des Teilnehmenden gerne dabei, mit der verantwortlichen Stelle in den Dialog zu treten.

Ein Teilnehmender aus dem stationären Sektor regt an, sich die Bürokratie hinter dem Vorgang einer Eintragsänderung noch einmal genauer anzuschauen bzw. den Weg auch transparenter gegenüber den Leistungserbringenden zu machen. Ferner habe der Teilnehmende die Erfahrung gemacht, dass der KIS-Hersteller seines Hauses nicht die aktualisierte KIM-Adresse für eine Krankenkasse hinterlegt habe, sodass es zu jeder Menge Fehlermeldungen gekommen sei. Es stelle sich die Frage, ob der Prozess tatsächlich derartig gestaltet sei, dass die Softwarehersteller Fehler, die mit Verzeichnisupdates behoben werden, selbst manuell ausbessern müssen. Schließlich gebe es noch kein Arztbriefmodul im Krankenhaussystem. Es seien zwar Wege gefunden worden, um dennoch Nachrichten über KIM zu verschicken und zu empfangen, dies funktioniere aber nicht durchgehend mit allen anderen Leistungserbringenden und auch nicht mit Krankenkassen.

Hinsichtlich der Pflege des Verzeichnisses ergänzt Herr Gottwald, dass der Dienst um ein Self-Service-Portal erweitert werde, um selbst Einträge einsehen und ggf. auch korrigieren zu können. Das Portal werde in einem der nächsten Quartale bereitgestellt; zum konkreten Zeitpunkt kann Herr Gottwald in der nächsten Sitzung mehr sagen. Bezüglich der übrigen Fragen bittet er den Teilnehmenden, ihm die konkreten Fehlerdaten zuzusenden.

Ein Teilnehmer äußert seine Zufriedenheit mit KIM. Die Anwendung bringe seiner Zahnarztpraxis einen Mehrwert. Bezüglich des Opt-Out-Verfahrens ergänzt er, dass

er es nicht befürworte, dass dieses auch die automatische Aktenbefüllung umfasse. Denn in dem Fall sei der Patient nicht mehr Herr seiner Daten und verliere Freiheiten.

Herr Gottwald fügt an, dass auch diese Frage Thema der fachlichen Discovery sei. Es gehe darum, die unterschiedlichen Dimensionen (Aktenanlage, Aktenbefüllung, Aktenzugriff für Leistungserbringende, Forschungsdatenspende), auf die sich die Opt-Out-Regelung potenziell beziehen könnte, zu betrachten, und dabei auch die Belange hinsichtlich Informationsfreiheit und Datenschutz zu berücksichtigen.

Herr Dr. Dr. Bickmann erörtert die Handhabung unberechtigten Datenzugriffe von Leistungserbringenden in Dänemark. Tritt ein solcher Zugriff auf, werde der Patient automatisch informiert einschließlich eines Hinweises, dass dies einen Straftatbestand erfülle. Über Regelungen auf dieser Ebene können Akten zugänglich gemacht werden und zugleich unberechtigte Zugriffe vermieden werden.

Ein Teilnehmender und Vertreter der KV Nordrhein berichtet über ihre Verantwortlichkeit, den Verzeichnisdienst zu befüllen bzw. die Stammdaten an die verantwortliche Stelle zu schicken. Die Qualität der Implementierung von KIM und auch die Suche im Verzeichnisdienst unterscheide sich zwischen den PVS erheblich. Teilweise sei dies sehr gut, teilweise jedoch auch weniger gut gelöst. Nicht selten erhalte die KV Nordrhein Beschwerden von Mitgliedern über die schlechte Auffindbarkeit von Kontakten im Verzeichnisdienst und i. d. R. liege es an den nur rudimentären Suchfunktionen des PVS.

Zur Nutzungshäufigkeit von KIM ergänzt der Teilnehmende, dass sich diese stark zwischen den Fachdisziplinen unterscheide. Die „sprechenden“ Fachgruppen, insbesondere die Psychotherapeuten, würden KIM eher wenig nutzen. Die Durchdringung von KIM sei dagegen unter Hausärzten, HNO, Urologen, Orthopäden, die auch eAUs ausstellen, hoch. Bei KIM könne man sich im Übrigen bisher trotz eines Verzeichniseintrags jedoch nicht sicher sein, dass Ärzte KIM-Nachrichten auch tatsächlich empfangen, da KIM häufig nur für die Abwicklung der eAU eingerichtet worden sei und z. T. auch nur dazu genutzt werde. Empfohlen werde daher, vor der Versendung von KIM-Nachrichten das Gespräch mit dem Kommunikationspartner zu suchen.

Im Folgenden widmet sich die Diskussion wieder dem ePA-Opt-Out. Nach Einschätzung eines Teilnehmenden unterliege die Entscheidung, welche Daten in der ePA landen, auch mit Opt-Out weiterhin dem Patienten. Letzterer hat damit also gewisse Restriktionsrechte im Hinblick auf Aktenbefüllung und -zugriff. Entscheidend sei die Frage, wie Leistungserbringende mit den über die ePA bereitgestellten Daten angesichts der Möglichkeit unterschiedlicher Restriktionseinstellungen umzugehen haben. Zu dieser Frage werde ebenfalls ein fachlicher Diskussionsprozess benötigt. Die Discoveryphase begleitend, müsse bereits mitgedacht werden, wie Leistungserbringende mit der ePA umzugehen haben. Es brauche entsprechende Handlungsempfehlungen. Auch reale Erfahrungen dazu, was sich mit einer gut gefüllten ePA am Behandlungsprozess ändere, sollten in diese Diskussion eingehen. Diese Erfahrungen seien jedoch noch kaum durchlebt worden. Es wird angeregt nicht nur den technischen Prozess der Opt-Out-Umsetzung ins Auge zu fassen, sondern auch die strategischen sowie edukatorischen Aspekte im Hinblick auf die Nutzung der ePA durch die Leistungserbringenden.

Herr Dr. Dr. Bickmann erklärt, dass die ePA von der Grundfunktion her eine Patientenakte und keine Fallakte sei, wohingegen der von Seiten der Ärzteschaft geforderte Fallakte keinerlei Beachtung mehr geschenkt werde. Die angesprochenen Restriktionsmöglichkeiten des Patienten seien ein wichtiger Punkt. Denn durch diese könne ein Leistungserbringender nur das wissen, was der Patient ihm auch freigibt. Für Leistungserbringende sei der Umgang mit den Daten angesichts einer solchen

Ausgestaltung schwierig, da schwer einzuschätzen ist, ob der Patient vollständige Akteneinsicht gewähre. Eine Teilnehmende ergänzt, dass man die ePA als verbesserte Version des Papierordners, den der Patient mit sich herumträgt, ansehen müsse. Dies sei eine Art der Kommunikation. Eine andere Art der Kommunikation ist das gemeinsame Austauschen und Vorhalten von Dokumenten in bestimmten Behandlungskontexten. Dies würden elektronische Fallakten wie die EFA ermöglichen, die auch noch genutzt und geführt würden, z. B. im Rahmen der Telekonsile des Virtuellen Krankenhauses NRW (VKh).

Ein Teilnehmender äußert den Wunsch, dass in diesem Prozess der ePA-Überarbeitung auch deren Wertigkeit unter forensischen Gesichtspunkten bewertet wird. Er stellt sich vor, dass viele Kollegen, die Vorbehalte gegenüber digitaler Medizin haben, zumindest Interesse daran hätten, wie sie auf der forensischen Seite abgesichert sind. Die Leistungserbringenden würden mit der ePA potenziell eine „patientengewichtete Augmented Reality“ erhalten und würden dann das Risiko für die Entscheidung tragen, inwieweit sie diese Informationen in ihre Behandlungsprozesse einbeziehen.

Herr Dr. Dr. Bickmann ergänzt, dass die ePA an der Filterfunktion des Patienten, die ebenso beim analogen Weg in Form der Befragung während der Konsultation bestehe, nichts ändere. Problematisch sei hingegen, dass Ärzte bei einem großen Umfang von Informationen, die über eine ePA potenziell bereitgestellt würden, nicht in der Lage seien, alles zu berücksichtigen, d. h. die Verfügbarkeit von Informationen garantiere nicht deren faktischen Nutzbarkeit. Aus diesem Grund sieht Herr Dr. Dr. Bickmann ebenfalls die Notwendigkeit einer rechtssicheren Einschätzung der Lage.

Zum ePA-Opt-Out wird von einem Teilnehmenden und Vertreter der Bundesärztekammer ergänzt, dass für alle vier Stufen (Aktenanlage, Befüllung, Aktenzugriff für Leistungserbringende, Forschungsdatenspende) Entscheidungen hinsichtlich der Berücksichtigung im Opt-Out und der konkreten Ausgestaltung zu treffen seien. Auch wenn dies in der gegenwärtigen Discoveryphase mit allen Beteiligten diskutiert werde, sei der Einfluss der Bundesärztekammer auf diese Entscheidungen sehr begrenzt, da sie z. T. durch andere Instanzen überstimmt werde und das geltende Recht, z. B. die informationelle Selbstbestimmung des Patienten, stets gewahrt werden müsse. Der Teilnehmende ergänzt ferner, dass er die Forderungen dieser Diskussion gerne mitnehme und sie selbst natürlich auch bereits in die Richtung von Handlungsempfehlungen für Leistungserbringende denke. Die Bundesärztekammer habe zudem bereits ein Rechtsgutachten zur ePA veranlasst, das die rechtliche Lage im Hinblick auf die Rahmenbedingungen der ePA-Nutzung durch die Ärzte eruieren soll.

TOP 5 Videopräsentation „Klinisches Dashboard“ – Umfrage

Im Rahmen eines Forschungsprojekts der FH Dortmund unter Prof. Dr. Peter Haas wurde ein sogenanntes „Klinisches Dashboard“ entwickelt, das im Rahmen eines Erklärvideos kurz vorgestellt wird. Es handele sich dabei um eine zusammenfassende digitale Darstellung vieler Informationen in einer Übersicht, einschließlich grafischer Aufbereitung. Aufgrund der Vielzahl an Daten, die insbesondere im Zuge der Behandlung chronisch Erkrankter anfallen, verschaffe das Dashboard einen schnellen Überblick über Informationen, die aus verschiedenen Quellen stammen, ohne die Zusammenführung unübersichtlich seien und nicht in einem angemessenen Zeitrahmen in ihrer Gesamtheit klinisch verwendbar seien. Das Dashboard sei interoperabel und lasse sich hinsichtlich der abgebildeten Informationsbausteine individuell konfigurieren. Ferner seien angepasste Vorlagen für verschiedene Erkrankungen, wie Diabetes oder Hypertonie, verfügbar.

Derzeit werde eine Online-Umfrage zu dem entwickelten klinischen Dashboard durchgeführt. Es handele sich dabei um einen Pretest, mit dem z. B. überprüft werden soll, ob die Fragen verstehbar sind. Herr Prof. Dr. Haas habe sich diesbezüglich an den Ärztlichen Beirat gewandt und um Unterstützung gebeten. Die Teilnehmenden werden herzlich dazu eingeladen, an der Umfrage teilzunehmen sowie diese in ihren Bekanntenkreisen zu verteilen. Die Dauer der Umfrageteilnahme belaufe sich auf ca. 10 Minuten.

Die Umfrage ist verfügbar unter:

<https://umfragen.mi.fh-dortmund.de/index.php/964737?lang=de>.

Herr Dr. Dr. Bickmann findet die vorgestellte Lösung hochspannend und schätzt sie als nutzenstiftend ein, da sie Daten für eine Behandlung zielgerichtet verfügbar und nutzbar macht. Auch eine andere Form der Datenverarbeitung, bei der Künstliche Intelligenz (KI) die Gesamtheit der Daten analysiert und Diagnoseempfehlungen abgibt, sei vielversprechend und befördere ein „Lernendes System“.

Herr Dr. Dr. Bickmann und Frau Dr. Groß werben persönlich für eine Teilnahme an der Umfrage sowie eine Streuung im eigenen Umfeld. Eine Lösung wie das Klinische Dashboard sei etwas, was sich der Ärztliche Beirat unter einer guten Digitalisierung vorgestellt habe. Ein Teilnehmender bestätigt den Nutzen derartiger Instrumente, die relevante Daten aus einer Datensammlung herausfiltern und aufbereiten. Dies sei nicht nur für den stationären Sektor, sondern ebenso für den ambulanten relevant. Das Instrument übernehme die Datenaggregation, die der Behandelnde nicht selbst in einem angemessenen Zeitrahmen vornehmen könne. Im Speziellen sei dies auch für den Fachbereich der Endokrinologie sehr nützlich. Die Lösung könne die digitalisierte Medizin voranbringen und lasse sich auch in Formen von „Managed Care“, insbesondere die Disease-Management-Programme (DMP), einbringen.

TOP 6 Verschiedenes

Die Termine für das Jahr 2023 wurden Anfang Dezember versendet.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbesprechung zur nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 22. Februar 2023 um 20:00 Uhr per Videokonferenz statt.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 29. März 2023 um 15:00 Uhr statt. Ob die Sitzung online per Videokonferenz oder in Präsenz in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf stattfindet, ist noch offen. Angedacht ist, wieder eine hybride Form anzubieten.