

**Protokoll
der 75. Sitzung des Ärztlichen Beirates
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
am Mittwoch, den 24. Mai 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 Frau Sylvia Manteufel, Rechtsanwältin, Kanzlei für Telemedizin & Medizinrecht
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 alle Teilnehmenden und Gäste, insbesondere ein neues Mitglied des Ärztlichen Beirates, das niedergelassener Arzt und bei der Digitalisierung vorreitend ist, entsprechend über eine hohe Fachexpertise auf dem Gebiet verfügt.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 29.03.2023

Es wurden keine Änderungswünsche vorgetragen. Das Protokoll der Sitzung vom 29.03.2023 gilt damit als genehmigt.

TOP 3 Aktueller Sachstand: Telematikinfrastuktur (TI) (Herr Lars Gottwald)

Herr Gottwald bedankt sich für die erneute Einladung und gibt ein Update zu den Entwicklungen der TI sowie weiteren aktuellen Themen.

Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Herr Gottwald präsentiert zentrale Auszüge aus der im März diesen Jahres veröffentlichten **Digitalisierungsstrategie des BMG**. Die Strategie unter dem Titel „Gemeinsam Digital“ wurde in einem partizipativen Prozess auch unter Beteiligung von

Mitgliedern des Ärztlichen Beirats entwickelt. Im Mittelpunkt stehe die **Entwicklung eines menschenzentrierten digitalen Gesundheitsökosystems**. Der Mensch und die konsequente Ausrichtung der Digitalisierung auf diesen stehen im Fokus und damit einhergehend Aspekte wie Patientensouveränität und Begeisterung. Weitere Kernziele sind die **Verbesserung der Versorgungsqualität** und die **Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Effizienz**. Die anvisierten Maßnahmen gliedern sich grob in die drei Handlungsfelder digital unterstützte Prozesse, Nutzung von Gesundheitsdaten und nutzenorientierte Technologien und Anwendungen.

Herr Gottwald zeigt die kurzfristigen Maßnahmen je Handlungsfeld auf. Im Hinblick auf digital unterstützte Prozesse sind zentrale Aspekte die **Einführung eines Messengerdienstes, digitalisierte strukturierte Behandlungsprogramme (eDMPs), assistierter Telemedizin durch nichtärztliches Fachpersonal**, z. B. in Apotheken oder Gesundheitskiosken, die **Integration einer Medikationsübersicht** in die ePA und die Errichtung eines **Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege**. Bezüglich der **Nutzung von Gesundheitsdaten** würden sich alle Maßnahmen um die Frage drehen, wie wir (besser) mit den Daten im Gesundheitswesen arbeiten können. Die kurzfristigen Maßnahmen beinhalten die Einrichtung einer zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle, einer datenschutzrechtlichen Aufsicht für länderübergreifende Forschungsvorhaben durch einen Landesdatenschutzbeauftragten, einer Möglichkeit zur Datenfreigabe aus der ePA sowie die Weiterentwicklung des Forschungsdatenzentrums beim BfArM. Die **kurzfristigen Maßnahmen im Bereich der nutzenorientierten Technologien und Anwendungen** sieht Herr Gottwald als besonders relevant für den Ärztlichen Beirat und rahmengebend für den künftigen gemeinsamen Austausch an. Die Maßnahmen beinhalten insbesondere den **Umbau der gematik zu einer digitalen Gesundheitsagentur** und die **Einrichtung eines interdisziplinären Ausschusses** bestehend, u. a. aus dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), Medizin und Ethik, was laut Herrn Gottwald die Chance bietet, eine ausgewogene Balance zwischen Informationssicherheit und Praxistauglichkeit herzustellen. Weitere kurzfristige Maßnahmen im dritten Handlungsfeld betreffen die **Aufhebung der 30 %-Limitierung für telemedizinische Leistungen**, die stärkere Integration von Digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen (DiGAs/DiPAs) in die Versorgungsprozesse, der Übergang zur Opt-out-ePA bis Ende 2024, der flächendeckende Einsatz des E-Rezepts ab Anfang 2024 und **digitale Identitäten für Versicherte und Leistungserbringende**.

Die gematik sei in freudiger Erwartung auf die Referentenentwürfe der vom BMG angekündigten Gesetze, die die in der Strategie benannten (kurzfristigen) Maßnahmen gesetzlich verankern werden und im Laufe des Jahres kommen sollen.

Digitalisierungsthemen des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG)

Das am 26.5.2023 vom Bundestag beschlossene PUEG beinhaltet die Einrichtung eines in der Digitalisierungsstrategie angekündigten Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege und dessen Finanzierung von 2023 bis 2027 (§ 125 b SGB XI). Zudem wurde eine verpflichtende Anbindung aller Pflegeeinrichtungen an die TI bis zum 1.7.2025 in SGB XI festgeschrieben (§ 341). Neu sei hierbei die Verpflichtung auch für stationäre Pflegeeinrichtungen. Grundlage für die Angaben bildet der Kabinettsentwurf des PUEG aus dem April dieses Jahres.

Herr Gottwald geht im Anschluss auf den Status quo der verschiedenen TI-Anwendungen ein.

KIM

KIM sei flächendeckend vorhanden, wobei der entscheidende Treiber dafür die eAU ist. Das Thema eArztbrief werde von den Ärzt*innen angenommen, jedoch bestehen aktuell Fragen nach der Ausgestaltung und Standardisierung (siehe auch: Protokoll der 73. Sitzung des Ärztlichen Beirats v. 29.03.2023, S. 5 f.). Herr Gottwald hebt erneut das Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren – Zahnärzte (EBZ bzw. eHeilkostenplan) positiv hervor, dass eine Blaupause für die inhaltliche Gestaltung und Standardisierung eines auf KIM basierenden Verfahrens durch Verbände der gemeinsamen Selbstverwaltung darstelle. Mit Blick auf die Nutzungskennzahlen zeigt sich nach zuvor stetig steigendem Trend von März auf April ein Rückgang bei der Anzahl an KIM-Nachrichten insgesamt und ebenso bei eAU, eArztbrief und EBZ in der Einzelbetrachtung. So wurden im April ca. 11,5 Mio. KIM-Nachrichten versandt, während sich die Zahl im März noch auf ca. 17,6 Mio. belief. Vermutlich sei der Rückgang auf die Feiertage und Osterferien zurückzuführen und entsprechend nur kurzfristig.

Insgesamt verzeichnet die gematik derzeit knapp 113.000 KIM-Nutzende. Die Nutzung in der Pflege nehme langsam, auf einem niedrigen Niveau, an Fahrt auf. Die Antragszahlen beim elektronischen Gesundheitsberuferegister (eGBR) in Münster steigen. Nordrhein-Westfalen sei dabei führend bei der Beantragung beider Identitätsausweise (ca. 400 beantragte SMC-B und 600 HBA).

E-Rezept

Neben den bereits etablierten Einlösewegen E-Rezept-App und Papiausdruck soll der **dritte angekündigte Einlöseweg von E-Rezepten mittels Einlesen der eGK in der Apotheke ab Juli/August 2023 für gesetzlich Versicherte bereitstehen**. Die gematik stehe mit einzelnen KVen im Dialog über Einstieg bzw. Fortführung des Rollouts nach Verfügbarkeit des eGK-Einlösewegs.

Herr Gottwald stellt weitere neue Funktionen für das E-Rezept, die dieses Jahr anstehen, vor. Mehrfachverordnungen, d. h. bis zu vier Verordnungen für ein Medikament, werden aktuell pilotiert. Aus Versichertenperspektive sei dies eine sehr nützliche Funktion, aus ärztlicher Perspektive spiele nach Einschätzung Herr Gottwalds in der Bewertung die noch ungeklärte Abrechnung zugehöriger Gebührenordnungspositionen angesichts dessen, dass es sich um eine quartalsübergreifende Verordnung handelt und quartalsweise erfolgende Kontakte bei Mehrfachverordnungen womöglich ausblieben, eine Rolle.

Eine Pilotierung des E-Rezeptes (ebenso wie auch der ePA) bei Privatversicherten ist für das dritte Quartal dieses Jahres geplant. Eine Spezifikation zur Anforderung von Folgeverordnungen durch Pflegeeinrichtungen via KIM sowie die Übermittlung als E-Rezept über selbigen Weg befinde sich aktuell in der Kommentierungsphase und werde künftig pilotiert.

Digitale Identitäten

Für die Umsetzung von ePA und E-Rezept in der PKV erhalten Privatversicherte anstelle einer (NFC-fähigen) eGK direkt eine Gesundheits-ID per App, die einen sogenannten Online-Check-In ermöglicht. Damit gehen die privaten Krankenversicherungen von vornherein konsequent den digitalen Weg.

Auch in der GKV tut sich hier etwas. So hat die **Techniker Krankenkasse** kürzlich via KIM die **elektronische Ersatzbescheinigung** umgesetzt, die von den Leistungserbringenden aus dem PVS angefordert werden kann, wenn der Patient z. B. seine eGK vergessen hat oder diese nicht funktioniert. Eine flächendeckende Ausrollung des Verfahrens werde folgen.

Aus dem Plenum wird ergänzt, dass das Verfahren nur mit Bestandspatienten funktioniere, was Herr Gottwald verneint, solange die Arztpraxis bei ihrer Anforderung ein definiertes Grunddatenset manuell eingibt (u. a. Name des Patienten, Geburtsdatum, Krankenkasse). Die Versicherungsnummer gehöre nicht zu diesem Grunddatenset.

Auf dieser Basis sei diskutierbar, ob die Ersatzbescheinigung ein gleichwertiger Ersatz für das Einlesen der eGK ist. Wenn ja, ließe sie sich perspektivisch im Sinne einer digitalen Identität auch regelhaft nutzen. Relevant sei dies insbesondere für Pflegebedürftige, deren eGKs von den zuständigen Pflegekräften regelmäßig eingesammelt und in die Arztpraxis gebracht werden müssen, um Folgeverordnungen zu erhalten. Hier ließe sich die **Nutzung digitaler Identitäten mit der Abwicklung von Folgeverordnungen** bei von Pflegeeinrichtungen betreuten Patienten via KIM nutzenstiftend verknüpfen. Entsprechend sei ein künftiges Szenario, dass von Seiten der Pflegeeinrichtungen eine Folgeverordnung via KIM angefragt und die Patientenidentität digital (auf dem Weg der Ersatzbescheinigung) nachgewiesen würde, sodass die eGK nicht mehr von den Pflegekräften in der Arztpraxis vorgelegt werden müsse. Im Anschluss würde sie bei Korrektheit der Anforderung sodann den E-Rezept-Token via KIM vom Arzt zurückerhalten. Dies trage zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen in diesem Bereich bei.

Transparenzinstrumente der gematik

Die gematik pflegt mit dem **TI-Dashboard**, das die relevantesten Kennzahlen der TI auf einen Blick zeigt, dem **TI-Atlas**, der einen Einblick gibt, wie es um die Digitalisierung des Gesundheitswesens steht und dem **TI-Score**, der Auskunft darüber gibt, welche Software „TI-ready“ ist, bereits verschiedene Instrumente zur Erhöhung der Transparenz im Hinblick auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Der TI-Score wird nun um mehrere Funktionalitäten ergänzt. Zum einen werde nun auch die „TI-Readiness“ der Primärsysteme, die in Pflegeeinrichtungen zum Einsatz kommen, gemonitort und offengelegt. Zum anderen werde nun auch die Erfüllung von Akzeptanz- und Qualitätskriterien zum E-Rezept, die von der gematik auf Basis umfangreicher Praxisanalysen aufgestellt wurden, für die Praxisverwaltungssysteme abgebildet. Ferner sei die Möglichkeit zur Bewertung von PVS durch Ärzte ergänzt worden. Darüber hinaus wurde das **Transparenzinstrument „Digitale Gesundheit in Europa“** neu ergänzt, das eine Übersicht zum Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen in anderen europäischen Ländern im Vergleich zu Deutschland bietet. Die Generierung der notwendigen Daten erfolgte über Kontaktherstellung unmittelbar zu Einwohnern in anderen europäischen Ländern, die über das persönliche Netzwerk der gematik-Mitarbeitenden erreicht wurden.

TI-Messenger

Bezüglich des TI-Messengers erklärt Herr Gottwald, dass weiterhin von einer Bereitstellung entsprechender Messengerdienste für die Kommunikation zwischen Leistungserbringenden im dritten Quartal dieses Jahres auszugehen sei. Die Nutzung des TI-Messengers zur Kommunikation zwischen Leistungserbringenden und Versicherten sowie die Ergänzung einer Videochat-Funktion werden für 2024 anvisiert.

TI-Modellregionen

Derzeit werden bundesweit Modellregionen für digitale Gesundheit etabliert. Diese sollen dazu dienen, bereits bestehende und neue Anwendungen und Dienste der TI im Regelbetrieb der Versorgung und mit Beteiligung der verschiedenen regionalen Stakeholder zu pilotieren. Die Regionen haben also **modellhaften Charakter** für den bundesweiten Einsatz von Anwendungen in der Regelversorgung. Auch das Thema **Interoperabilität** soll in den Modellregionen tiefergehend beleuchtet werden.

Im März dieses Jahres wurde nun eine **erste solche Modellregion** beauftragt. Sie ist **in Hamburg** lokalisiert und basiert auf einem bereits bestehenden Versorgungsnetzwerk. Als Kooperationspartner beteiligt sind eine Vielzahl unterschiedliche Leistungserbringenden, Kostenträgenden und Gesundheits-IT-Unternehmen. Die gematik arbeitet an der Beauftragung einer zweiten Modellregion.

Diskussion

Ein Teilnehmender aus dem stationären Sektor berichtet über einen problematischen Fall beim Versichertenstammdatenmanagement (VSDM). Ein VSDM sei nachweislich bei einem Patienten durchgeführt worden. Im Anschluss der Behandlung wurde die Abrechnung an das Krankenhaus zurückgesandt mit der Begründung einer fehlenden Versicherung des Patienten zum Zeitpunkt der Behandlung, während das VSDM eine entsprechende Meldung vermissen ließ. Der Teilnehmende fragt sich, wie so etwas passieren kann, denn dieses Vorkommnis führe das VSDM in gewisser Hinsicht ad absurdum. Herr Gottwald bittet um Zusendung der Falldaten zur Prüfung.

Herr Dr. Dr. Bickmann berichtet, dass der Zugang zum eArztbrief seitens des Leistungserbringenden im PVS sehr barrierereich ist. Zugleich wird die Zulassung der PVS durch die KBV zunehmend an die Erfüllung von Auflagen im Hinblick auf digitale Tools, bisher im Wesentlichen begrenzt auf die Übermittlung der Honoraranforderungen, gebunden. Es stelle sich die Frage, ob an dieser Stelle die Möglichkeit bestehe, zusätzliche Anforderungen etwa in Bezug auf den eArztbrief bzw. KIM einzubinden.

Herr Dr. Dr. Bickmann äußert, dass ferner auch die gematik künftig angesichts dessen, dass sie durch den Übergang zu einer 100 %-Trägerschaft des Bundes zur Behörde werde, womöglich erweiterte Befugnisse zur Durchsetzung von PVS-Anforderungen gegenüber den PVS-Herstellern erhalten könnte, wohingegen sie heute dazu keine Befugnisse habe. Herr Gottwald berichtet, dass am Vortag erfreulicherweise ein gemeinsam mit kv.digital organisierter Interoperabilitätsworkshop mit verschiedenen PVS-Herstellern in den Räumlichkeiten der KBV stattgefunden habe, wo genau die Problematik des Versendens und Empfangens von eArztbriefen in korrekter Form thematisiert wurde. Die Bestrebungen auf diesem Gebiet seitens der Verbände der Ärzteschaft gelte es, zu verstetigen. Er ergänzt ferner, dass die KBV durchaus über §

332b SGB V die Möglichkeit habe, weitere umsetzungspraktische Vorgaben an die PVS-Hersteller zu richten.

Ein anderer Teilnehmender erklärt, in Bezug auf die Ersatzbescheinigung, dass sich die Bundesmantelvertragspartner darauf geeinigt hätten, dass diese die eGK perspektivisch nicht ersetzen wird. Herr Gottwald sei dies bekannt, er plädiert jedoch dafür, die Diskussion darüber noch einmal aufzumachen, denn eine Anerkennung als gleichwertiger Ersatz für das Einlesen der eGK würde neue nutzenstiftende Szenarien wie das zuvor beschriebene ermöglichen, was andere Teilnehmende ähnlichsehen.

Ein Teilnehmender kommt zurück auf den Zugriff auf empfangene eArztbriefe, der bei ihm bisher nicht funktioniere, und betont, dass eArztbriefe nur dann nützlich sind, wenn sie unmittelbar ohne viele Klicks zugänglich sind. Bezüglich des VSMD fügt der Teilnehmende an, dass es hier beispielsweise am vorherigen Tag eine längere Störung gegeben habe. Derartige Störungen könnten ebenso das Ersatzbehandlungsverfahren betreffen. Schließlich erfragt der Teilnehmende den Stand der Ermöglichung privater E-Rezepte für gesetzlich Versicherte. Die Funktion sei bereits implementiert und funktioniere.

Ein Teilnehmender rechnet mit einer **geringen Akzeptanz** der Ärzteschaft im Hinblick auf den sogenannten **Online-Check-In von Privatversicherten mittels digitaler Identitäten** in den Arztpraxen. Der Grund hierfür ist, dass der Arzt in dem Fall des Online-Check-Ins einen Vertrag mit der privaten Krankenversicherung des Patienten eingeht, der an eine Vielzahl von Bedingungen geknüpft ist und denen die Ärzte nicht zustimmen möchten. Ohne den Online-Check-In und bisher die üblichere Verfahrensweise ist entsprechend stattdessen, dass der Patient der direkte Vertragspartner des Arztes ist und die Rechnung an seine Versicherung weitergibt; entsprechend gelten hierbei keine weiteren Klauseln für den Arzt. Der Teilnehmende äußert sich ferner positiv zur Ersatzbescheinigung. Denn auch wenn diese perspektivisch keinen dauerhaften eGK-Ersatz übernehme, leiste sie eine wichtige Vereinfachung in Ausnahmefällen, etwa wenn die eGK kaputt ist oder vergessen wurde. Bisher erfolge die Einholung einer Ersatzbescheinigung noch per Fax mit dem Erfordernis der händischen Datenübertragung.

Ein anderer Teilnehmender erläutert, dass ihm verschiedene neue digitale Verfahren nicht zu Ende gedacht scheinen. Zunächst liege der Nachweis eines gültigen Versicherungsschutzes im Sinne einer gewissen Mitwirkungspflicht in der Verantwortung des Versicherten. Beim Ersatzbehandlungsverfahren werde diese Verantwortung ausgehebelt und dem Arzt übertragen, da dieser die Ersatzbescheinigung bei der Krankenkasse einzuholen hat. Die Verantwortungsübertragung stößt auf Unverständnis bei dem Teilnehmenden. Des Weiteren fehlt ihm auch hinsichtlich der technischen Umsetzung in den PVS-Systemen das „Ende“. Die gematik oder, wenn diese nicht zuständig ist, eine andere Instanz müsse den PVS-Herstellern klare bindende Anweisungen zur Umsetzung mitgeben. Ansonsten laufe es so, wie es auch bereits beim eArztbrief der Fall sei. Die Umsetzung in den PVS erfolge im Prinzip in Form der Bereitstellung eines „Fax“ in einem digitalen Postfach ggf. zwar vorstrukturiert aber ohne abschließende Patientenzuordnung. Entsprechend ist noch eine manuelle Patientenzuordnung bzw. Bestätigung der automatisch erfolgten Vorstrukturierung zu leisten. Für Außenstehende klinge der Übergang zu digitalen Verfahren für die Ärzte sehr nutzerfreundlich, sei dies aber aktuell ganz und gar nicht. So herrsche bei (Gesundheits-)Politikern keinerlei Bewusstsein darüber, welche mühseligen Tätigkeiten die digitalen Verfahren für die Praxen derzeit mit sich bringen. Generell scheint das, was den Anwendenden wirklich nutzen würde, noch nicht bei diesen anzukommen. Der Teilnehmende fragt sich,

warum die PVS-Hersteller nicht zu einer Umsetzung gezwungen werden, von der die Ärzteschaft auch einen Nutzen erfährt. Ein Teilnehmender aus dem stationären Sektor untermauert die Aussagen. In einer Uniklinik mit 1.100 Ärzt*innen würden sich die skizzierten Probleme im Hinblick auf die fehlende Patientenzuordnung potenzieren, wobei die Zuordnungsfunktion bisher nicht im KIS vorgesehen sei, sodass eArztbriefe ins Leere laufen. Hier müsse zunächst die **technische Grundlage so geschaffen werden, dass eine tatsächliche Prozessverbesserung resultieren kann**. Herr Gottwald verweist auf das Warten der gematik auf den Referentenentwurf zu den mit der Digitalisierungsstrategie angekündigten Gesetzen. Denn aktuell verfüge die gematik nicht über die Befugnisse zur Bestätigung und/oder Zulassung von PVS.

Herr Gottwald fragt die Teilnehmenden aus den gesetzlichen Krankenkassen, ob ein Online-Check-In vergleichbar mit dem in der PKV zurzeit in der Umsetzung befindlichen Verfahren auch in der GKV denkbar wäre. Ein Teilnehmender berichtet, dass dies technologisch umsetzbar sei, rechtlich unterscheide sich die Situation zwischen PKV und GKV. Herr Gottwald und der Teilnehmende stimmen überein, dass es sich um ein Thema handele, das im Rechtsraum zu klären sei. Herr Gottwald bittet um Mitnahme dieses Themas aus dieser Runde heraus vor dem Hintergrund, dass sich Leistungserbringende Entlastung wünschen.

Ein Teilnehmender von Seiten der KV Nordrhein ergänzt, dass in einigen PVS durchaus eine Zuordnung in die jeweilige digitale Patientenakte erfolgte. Es bestehe die Möglichkeit zur Umsetzung einer Art digitalen Briefumschlags, der auch die Patienten-ID berücksichtige. Es handele sich jedoch um ein sogenanntes **Komfortmerkmal, das vom PVS-Anbieter umgesetzt werden kann**. Es zeige sich insofern, dass sich die KV-Welt schweertue, Vorgaben im Hinblick auf die Usability zu treffen. Im Hinblick auf die zu Beginn der Diskussion thematisierten Möglichkeiten, von Seiten der KBV Vorgaben an die PVS-Hersteller zu richten, bestätigt der Teilnehmende den Verweis Herrn Gottwalds auf § 332b SGB V. Demgemäß seien die KV-Welt, KBV und KZBV, in der Lage, zusätzlich zu den Anforderungen an PVS hinsichtlich der Abrechnung auch Rahmenvereinbarungen zu treffen. Die KVen seien in auf dem Gebiet aktiv. Auf Nachfrage verweist der Teilnehmende auf eine Anwendung von Rahmenvereinbarungen beim System DURIA als ein System, mit dem die KV Nordrhein schon lange Erfahrungen mit gesammelt habe.

Ein Teilnehmender fasst übergreifend im Hinblick auf die angesprochenen umsetzungspraktischen Probleme bei digitalen Verfahren zusammen, dass eine Automatisierung der Unordnung noch lange keine Ordnung schaffe und man sich zu wenig um die semantische Interoperabilität kümmere, d. h. sich nicht (ausreichend) mit Dokumententaxonomien und Benennungen beschäftige, für die es internationale Konzepte gebe. Alles, was bisher beklagt wurde, also insbesondere, **dass Automatismen und echter Mehrwert für die Leistungserbringenden fehlen**, können wir nur angehen, wenn wir uns (stärker) mit semantischer Interoperabilität beschäftigen. Dabei ist es nicht ausreichend, sich auf die Nutzung von SNOMED CT als die derzeit umfassendste Gesundheitsterminologie weltweit zu beschränken. Im Moment würden wir hergebrachte Verfahren durch Digitalisierung ein wenig automatisieren, doch verschiedene Systeme verstehen sich bisher i. d. R. nicht. Herr Dr. Dr. Bickmann untermauert die Position des Teilnehmenden. Resultat der Digitalisierung hergebrachter Verfahren sei bisher ein unübersichtlicher Wust von PDF-Dokumenten, deren Daten mit Ausnahme des Dateinamens gegenwärtig nicht interpretierbar bzw. verwertbar seien. **Die eigentliche Herausforderung bestehe nicht darin, empfangene Dokumente auffindbar zu machen, sondern verwertbar**.

Ein Teilnehmender fragt sich, wie die quartalsübergreifenden Mehrfachverordnungen gegenüber der gesetzlichen Krankenkassen, denen er eine „Misstrauenskultur“ zuschreibt, also die z. B. befürchten, dass Versicherte versterben oder zwischenzeitlich die Krankenkasse wechseln, durchgesetzt werden. Herr Dr. Dr. Bickmann ergänzt, dass E-Rezepte so lange gültig seien, wie sie nicht abgerufen würden, sodass mögliche Befürchtungen der Krankenkassen insbesondere sehr teuren Medikamenten gelten könnten. Ein anderer Teilnehmender erklärt, dass der Patient nicht die gesamten Medikamente einer Mehrfachverordnung zugleich abrufen könne. Stattdessen kann der Arzt bei der Ausstellung je einzelner Verordnung als Teil der Mehrfachverordnung einen individuellen Start des Einlösezeitraums festlegen, sodass die Rezepteinlösung wie bei der quartalsweisen Verschreibung gestaffelt erfolgt.

In Bezug auf die noch ungeklärte Abrechnung der Gebührenordnungspositionen angesichts von quartalsübergreifenden Mehrfachverordnungen ergänzt ein Teilnehmender, dass sich Ärzte einerseits beschwerten, dass Patienten nur aufgrund einer Folgeverordnung in die Praxis kommen, andererseits aber ebenso nun beschwerten, wenn sie nicht mehr kommen, sofern dies die abrechenbaren Leistungen schmälert. Häufig sei bei Patienten ohnehin eine quartalsweise Einstellung unabhängig von der Folgeverordnung zur Verlaufskontrolle erforderlich. Fernab müsse an intelligenten Vergütungsstrategien gearbeitet werden.

Eine Teilnehmende stellt die Frage in den Raum, wie die Ärzte bei der (nutzenstiftenden) Verwendung der TI mitgenommen werden. Denn neue Workflows müssten geschaffen werden. Es gebe viele Berater, die begleiten, ihre Tätigkeit jedoch vornehmlich auf private Anwendungen außerhalb der TI begrenzen. Das dazugehörige Stichwort sei **Aufbau von Digitalkompetenz**. Herr Gottwald erklärt, dass dies nicht alleinige Aufgabe der gematik mit lediglich 400 Mitarbeitenden sein kann, er sieht hier andere Organisationen in der Verantwortung, ihre Mitglieder mitzunehmen. Nichtsdestotrotz würden einige Landes-KVen sowie auch die gematik selbst bereits sehr in diesem Bereich aktiv, insbesondere über Fortbildungsveranstaltungen (z. B. „lunch break“ der gematik) und die Informationsbereitstellung über die Homepage der gematik. Aus Sicht Herrn Dr. Dr. Bickmanns stehe hier die **Stärkung der Digitalkompetenzen auf der Verwaltungsebene, d. h. bei den medizinischen Fachangestellten**, im Vordergrund, die die Prozesse managen. Eine Teilnehmende fügt an, dass der Deutsche Ärztetag beschlossen habe, digitale Kompetenzen in die allgemeine Weiterbildung zu integrieren und die Bundesärztekammer an einem Curriculum zur Stärkung dieser Kompetenzen arbeite. Auch eine Integration in die Ausbildungscurricula medizinischer Fachangestellte wird anvisiert, es handele sich bei den Maßnahmen aber noch um Zukunftsmusik. Benötigt würden für die Weiterbildung gewissermaßen virtuelle Ausbildungs- und Prüfungsräume, die die TI spiegeln. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe biete in Kooperation mit Prof. Haas auch eine Lehrreihe an; hier seien Aktualisierungen bzw. Erweiterungen erforderlich, die verstärkt in den Prozessbereich reichen. Offen sei, ob Leistungserbringer ebenso wie Primärhersteller und die Aus- und Weiterbildungsinstitute nicht grundsätzlich durch die schnellen Entwicklungen überfordert werden.

TOP 4 Ärztliche Digitalkompetenz: Digitaler Wandel in der ambulanten Versorgung und Überblick über rechtliche Perspektiven (Frau Sylvia Manteufel)

Herr Dr. Dr. Bickmann begrüßt Frau Manteufel herzlich. Sie ist als Rechtsanwältin in einer Leipziger Kanzlei tätig, die sich auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen und Telemedizin spezialisiert hat.

Frau Manteufel bedankt sich für die Einladung und steigt unmittelbar in ihr heutiges Kernthema **ärztliche Digitalkompetenz** ein. Im Zusammenhang mit der **opt-out-ePA** stellen sich hier z. B. bereits eine Menge ungeklärte Fragen, darunter z. B. wer bei dem Wunsch eines Versicherten, von der **Widerspruchslösung** Gebrauch zu machen, den Versicherten über die möglichen gesundheitlichen Nachteile aufklären muss, zumal es in diesem Zusammenhang ja auch zu einer Benachteiligung bestimmter Patientengruppen kommen könnte. Auf Basis des Behandlungsvertrags nach SGB V sowie arzt haftungsrechtlichen Aspekten, die die Leistungserbringenden betreffen, seien Hinweispflichten denkbar. **Juristisch müsse geklärt werden, wem bei der opt-out-ePA welche Pflichten zukommen.** Damit möchte Frau Manteufel die juristische Betrachtung des Themas opt-out-ePA zunächst auf sich beruhen lassen, zumal es juristisch noch in den Kinderschuhen stecke.

Frau Manteufel berichtet im Hinblick auf ärztliche Digitalkompetenz generell, dass Leistungserbringende beim Einsatz von digitalen Lösungen ihre Rechte und Pflichten kennen müssten und insbesondere wissen, wann sie externe Expertise diesbezüglich einzubeziehen haben. Frau Manteufel bemerke in ihrer Tätigkeit hier noch große Wissenslücken im Hinblick auf das, was erlaubt und was nicht erlaubt ist. **Generell fehle den Leistungserbringenden der Überblick über die relevanten juristischen Regelungen.**

Im Anschluss berichtet Frau Manteufel beispielhaft von Erfahrungen aus ihrer Tätigkeit. Mit dem gelockerten Fernbehandlungsverbot sei die Telemedizin, zugehörig die Telekonsultation per Videosprechstunde, als Versorgungsform hinzugekommen. Vielen sei etwa bereits unklar, dass das Angebot von Videosprechstunden Telemedizin darstelle. Ihnen fehle das praktische Bewusstsein dafür, ab wann Telemedizin beginne. Die Bundesärztekammer arbeite zwar an der Aufklärung, jedoch komme das Problem hinzu, dass die Ärzte keine zeitlichen Kapazitäten zur Beschäftigung mit diesen Themen bzw. zum Erwerb oder zur Erweiterung ihrer Digitalkompetenzen haben.

Darüber hinaus würden auch Missverständnisse darüber herrschen, ob mit der Erlaubnis zur Erbringung von Telemedizin auch eine ausschließlich telemedizinische ärztlicher Tätigkeit erlaubt ist, was berufsrechtlich keineswegs zutrifft. Frau Manteufel berät ihre Klienten häufig zu Anwendungen außerhalb der TI und stellt dabei ferner eine Unwissenheit darüber fest, welche Anwendungen Teil der TI sind und welche nicht.

Wichtig sei das Bewusstsein der Ärzte, dass auch bei telemedizinischer Leistungserbringung ein Behandlungsvertrag mit all seinen Pflichten, z. B. im Hinblick auf die Aufklärung, zustande komme. Zudem betont Frau Manteufel, dass sich angesichts zunehmend besser informierter Patienten, die beispielsweise den Ärzten heutzutage mittels Symptom-Checker-Chatbots generierte Eigendiagnosen vorlegen würden, Ärzte nicht ihre Entscheidungshoheit absprechen lassen dürften. Frau Manteufel empfiehlt ferner, dass die Abdeckung angebotener telemedizinischer Behandlung durch die eigene Berufshaftpflicht abzuklären sei – haftungsrelevante Risiken entstünden beim Angebot von Telemedizin etwa durch Cyberkriminalität. **Der Erfahrung Frau Manteufels nach würden die Versicherungspolizen häufig nicht weit genug reichen.**

Weitere relevante juristische Themen betreffen den **Datenschutz in der Arztpraxis** und der **praktische Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht**. Rechtliche Fallstricke entstünden bereits im Empfangsbereich der Praxis. Hier sei Aufklärungsarbeit im Hinblick auf diskrete Verhaltensweisen erforderlich. Im Vordergrund stehe, entsprechende Workflows gemeinsam mit allen Mitarbeitenden zu definieren und zu implementieren. Heutzutage würden sich für Ärzte z. T. auch juristische Fragen in

Zusammenhang mit Social-Media-Aktivitäten und speziell das Eingehen von Werbe Kooperationen stellen. Die Bundesärztekammer bietet hier eine informative Handreichung, was Ärzte diesbezüglich dürfen. Bezüglich des Themas telemedizinischer Kooperationen mit der Einbindung von Drittanbietern erläutert Frau Manteufel, dass die Einbindung nicht nur eine vertragsrechtliche Seite habe, sondern auch eine datenschutzrechtliche, die eine entsprechende Rechtsgrundlage und ggf. die Einholung einer Beratung erfordere.

Frau Manteufel schließt ihren Beitrag mit der Frage an die Teilnehmenden, wie sie die Digitalkompetenz der Ärzte einschätzen und ob sie Ideen haben, mit welchen Maßnahmen das Thema mehr in die Fläche gebracht werden kann. Für eine gelingende Digitalisierung des Gesundheitswesens stehe die Überzeugung und Befähigung der Anwendenden sowie deren Begleitung in der Umsetzung und damit eine gewisse soziale Komponente im Vordergrund, die Vorrang gegenüber technischen Komponenten, wie Interoperabilität, und der Ausgestaltung einzelner digitaler Anwendungen habe.

Diskussion

Herr Dr. Dr. Bickmann bedankt sich für den Beitrag Frau Manteufels und eröffnet die Diskussion.

Ein Teilnehmender würde in einigen Punkten noch einen Schritt weitergehen als Frau Manteufel mit ihren Aussagen. Es fehle Leistungserbringenden nicht nur die Kompetenz zur Differenzierung digitaler Anwendungen innerhalb und außerhalb der TI, sondern zur Differenzierung zwischen TI und Digitalisierung. Denn die gematik sei immer schuld – überspitzt formuliert – auch wenn der Drucker nicht funktioniere. Ferner betreffe **der Bedarf an einer hinreichenden digitalen (Gesundheits-)Kompetenz nicht nur Mitarbeitende des Gesundheitswesens, sondern jeden Menschen, da auch Patienten Anwendende digitaler Anwendungen des Gesundheitswesens sind.** Die Patienten scheinen dabei häufig weiter zu sein als die Ärzte. Der Teilnehmende gibt jedoch zu bedenken, dass auch Ärzte als Privatpersonen Videokommunikation nutzen, also in dieser Rolle gewisse digitale Kompetenzen aufweisen. Er sieht den ersten Schritt noch **vor der Digitalkompetenzstärkung in der Aufklärungsarbeit.** Aktuell befänden sich die Leistungserbringenden häufig in einer ablehnenden Haltung, hier müsse ein Umdenken stattfinden. Es sei wichtig den Anwendenden klarzumachen, dass auch in der Digitalisierung neue Dinge stets nicht sofort funktionieren und anfänglich Fehler zur Optimierung notwendig sind. Möglicherweise schließe die von Frau Manteufel adressierte Stärkung der Digitalkompetenz auch diese Aufklärungsarbeit mit ein. Jedenfalls komme die Digitalkompetenz erst mit der Nutzung.

Ein Teilnehmender ergänzt, dass Digitalkompetenz ein schwieriger Begriff sei. Je nach Benutzergruppe würden unterschiedliche Aufklärungs- und Kompetenzbedarfe bestehen. Diese **Bedarfe müssten zielgruppenspezifisch geschärft werden,** um zu beantworten, wer welche und wie viel Aufklärung und Kompetenz benötigt. Eine Ausweitung bestehender umfassender Fortbildungsangebote im Bereich der Digitalisierung, wie das der Ärztekammer Westfalen-Lippe, würde irgendwann den Rahmen sprengen.

Frau Manteufel stellt fest, dass sich die Diskussion nun bereits in Richtung von Maßnahmen zur Problembehebung bewege. Sie ergänzt dazu, dass auch sie selbst eine Fortbildungseinheit sowie einen LinkedIn-Beitrag zusammen mit einer Kollegin zu dem Thema erstellt habe. Am Ende müssten jedoch die Ärzte selbst die Aspekte, zu denen

sie Informationsbedarfe haben, vorgeben. Auf Nachfrage ergänzt Frau Manteufel ihre Erfahrungen zur Erreichung der Zielgruppen bei Fortbildungseinheiten zur Digitalisierung für medizinisches Personal. Die Veranstaltungen müssten gut beworben werden und der Zeitpunkt sei entscheidend. Besonders eignen würden sich Mittwochabende in der grauen Jahreszeit.

Frau Dr. Groß berichtet über die Erfahrungen einer ihr bekannten Ärztin in Weiterbildung aus der Kooperation der Praxis, in der sie tätig ist, mit einer Teleklinik als telemedizinischen Drittanbieter, der Videosprechstunden vermittelt. Die Ärztin habe eine über die Teleklinik angefragte Videosprechstunde geführt. Der Patient habe sich während der Videosprechstunde offensichtlich in einer gastronomischen Lokalität befunden und auf die Ausstellung einer eAU gedrängt, die die Ärztin ihm jedoch (korrekterweise) verwehrt habe zum Missfallen des Patienten, der daraufhin von der Ausstellung von eAUs in einer vorherigen über die Teleklinik gebuchten Videosprechstunde, während er sich in einer Feierlokalität befunden habe, berichtete. Frau Dr. Groß fragt, wie wir verhindern können, dass institutionelle Anbieter in den Markt dringen, die ausschließlich Telemedizin anbieten sowie, dass Patienten telemedizinische Angebote missbrauchen. Frau Manteufel erläutert zunächst, dass auch bei Kooperationen mit Drittanbietern weiterhin das ärztliche Berufsrecht gelte und damit die Entscheidungshoheit beim Arzt liege. Ein Teilnehmender ergänzt, dass das Problem der „AU-Hopper“ seit Langem ebenso in der Präsenzmedizin bestehe. Dennoch entstünden bei der **Vermittlung von Videosprechstunden durch Drittanbieter stärkere Missbrauchspotenziale**, da ein Patient ggf. aufwandsarm einen neuen Termin mit einem anderen Arzt buchen kann, wenn ein Arzt ihm die Ausstellung einer eAU verwehrt. **Die kommerziellen Interessen des Drittanbieters und das Berufsrecht der Ärzte stünden dann im Konflikt.**

Im Hinblick auf den Rückgriff auf externe Dienstleister aus Sicht der Arztpraxis teilt ein Teilnehmender seinen Eindruck mit, dass Dienstleister die Ärzte eher über den Tisch ziehen würden als dass beide Seiten profitieren. Frau Manteufel bestätigt, dass es im Bereich der Telemedizin durchaus genug „schwarze Schafe“ gebe. Der Rückgriff auf ausländische Anbieter im Speziellen wird angesprochen. Frau Manteufel erklärt, dass grundsätzlich ausländische Anbieter einbezogen werden dürfen, Ärzte also **nicht auf deutsche Anbieter begrenzt** seien. Es sollte darauf geachtet werden, dass der Anbieter hinreichend etabliert ist und mit den Anforderungen in Deutschland konforme Datenschutzpraktiken umsetzt. Aus Sicht des Arztes sei es bei der Entscheidung für den Rückgriff auf einen Drittanbieter wichtig, eine fundierte Anbieterauswahl zu treffen und den Einsatz ggf. juristisch mit einem Anwalt zu klären. Bei Behandlungen deutscher Ärzte aus dem Ausland heraus ergeben sich eine Reihe weiterer juristischer und abrechnungsrelevanter Fragestellungen, auf die an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen werden kann. Es dürfe nicht vergessen werden, dass der Goldstandard die Präsenzbehandlung darstelle und die telemedizinische Behandlung dagegen eine Ergänzung bilde, wenn diese sinnvoll und möglich ist.

Ein Teilnehmender fasst zusammen, dass Dinge, die für den Offlinebereich bzw. die Präsenzmedizin benötigt werden, ebenso für den Onlinebereich bzw. die Telemedizin gebraucht werden. Dazu zählt insbesondere ein **klar definierter Rechtsraum, speziell für telemedizinische Drittanbieter**. Die Zertifizierung von Videodienstleistern durch unabhängige Stellen und das Ausweisen entsprechend zertifizierter Anbieter durch die KBV gewährleisten dies für den Bereich der Telekonsultationen und dienen als Orientierung für Vertrags- ebenso wie für Privatärzte. Im Hinblick auf die Stärkung digitaler Kompetenzen betont der Teilnehmende, dass dies eine gemeinsame Aufgabe

aller Stakeholder sei, insbesondere auch der Krankenkassen im Hinblick auf die Versicherten. Die KV Nordrhein stelle sechs Vollzeit-IT-Stellen auf die ärztliche Beratung im Bereich der Digitalisierung ab. Bisher hätten 4.000 Beratungen zu TI, Datenschutz und IT-Sicherheit stattgefunden, diverse Informationsveranstaltungen würden durchgeführt und Erklärvideos produziert. Damit tut die KV Nordrhein schon sehr viel zur Digitalkompetenzstärkung, finanziert aus den Mitteln, die die ihr angehörenden Vertragsärzte über ihren Verwaltungskostensatz an die KV abgeben. Auch wenn Weiterbildungspunkte für die Veranstaltungen zusätzliche Anreize schaffen, erreichen die Formate im Wesentlichen selbstverständlich nur diejenigen, die sich für das Thema interessieren und/oder eine gewisse digitale Affinität aufweisen.

Frau Manteufel betont erneut ihren Standpunkt, dass ihr im Fachdiskurs noch zu viel über die (technischen und umsetzungspraktischen) Folgethemen gesprochen werde und noch zu wenig über die wichtige Stärkung des Bewusstseins der Leistungserbringenden für Rechte und Pflichten.

Eine Teilnehmende berichtet von der Problematik, dass bei manchen Anbietern telemedizinischer Leistungen der Sitz des Arztes unklar sei und damit auch der Ort der dokumentierten Behandlungsfälle. Z. T. würden etwa „**Pop-up-Praxen**“ **zur kurzzeitigen Erbringung von Präsenzmedizin an einem Ort aufgebaut**. Leidtragender sei der Patient, der keinen Ansprechpartner mehr hat und nicht an seine Behandlungsunterlagen kommt. Die Landesärztekammern würden vermehrt derartige unerwünschte Verhaltensweisen von Ärzten bei der Erbringung von Telemedizin beobachten. Z. T. geschehe dies aus Unwissenheit, z. T. als bewusste Ausnutzung von Lücken im Rechtsrahmen aus rein wirtschaftlichen Motiven. Auf Bundesebene müsste ein engmaschiger regulatorischer Rahmen etwa hinsichtlich der Verortung des Arztsitzes, seiner KV-Mitgliedschaft und weiterführende berufsrechtliche Fragen bei der Erbringung telemedizinischer Leistungen auch zum Patientenschutz geschaffen werden. Problematisch sei dabei, dass die rechtliche Regulierung stets der technischen Weiterentwicklung hinterherhinke.

Auch in der Arzneimittelversorgung bestehen analoge Probleme mit einigen v. a. internationaler Anbieter. Die Apothekerkammer Nordrhein komme etwa mit Abmahnungen nicht mehr hinterher. **Ausländische Versandapotheken würden größtenteils in einem rechtsfreien Raum agieren**, da kein Land bzw. keine Instanz Regulierungszuständigkeit aufweise.

Ein Teilnehmender ergänzt zur These Frau Manteufels einer mangelnden Digitalkompetenz der Ärzte und zu diesbezüglichen Aussagen seiner Vorredner, dass die Edukation der Leistungserbringer weder hinreichend noch strategisch durchdacht und zielgerichtet erfolge. Ebenso mangle es an einer zentral gesteuerten Strategie und Verantwortlichkeit für das Roll-out nutzenstiftender telemedizinische Anwendungen einschließlich der Umsetzung dazugehöriger Prozesse. Telemedizin sei etwas, dass bisher standesrechtlich, kammer- und verbandspolitisch ausgestaltet werde. Vorgelagert mangle es bereits am dazu erforderlichen Konsens in der Ärzteschaft zur Legitimation eines bestimmten Vorgehens. Der Konsens müsse, von der Mesoebene ausgehend, geschaffen werden, aber zugleich auch auf nationaler Ebene politisch angestoßen und getragen werden. Der Teilnehmende bedauert, dass eine entsprechende Stabsstelle in der Bundesärztekammer (BÄK) nicht mehr in diese Richtung aktiv sei. Frau Dr. Groß korrigiert letztere Aussage des Teilnehmenden. Eine entsprechende Abteilung sei weiterhin vorhanden und habe sich seit dem Weggang von Dr. Franz Bartmann, ehemaliger Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und bei der BÄK ehemals zuständig für die Themen Telematik und Telemedizin- aktuell unter dem Vorsitz der

Kammerpräsidenten von Berlin und Sachsen – Dr. Peter Bobbert und Dr. Eric Bodendieck - sogar vergrößert. Der Teilnehmende korrigiert seine Aussage, dass sich zumindest das kommunikative Verhalten zu einem wesentlich ruhigeren verändert habe und appelliert daran, dass sich die Abteilung wieder vernehmlicher mache. Frau Mantefel ergänzt in ihrem Schlussplädoyer, dass die BÄK ein Ankerpunkt sein könnte, um interaktive Formate zur Stärkung der ärztlichen Digitalkompetenz in die Fläche zu bringen und die Rechtssicherheit in der telemedizinischen Versorgung zugunsten der Ärzte sowie Patienten zu befördern.

TOP 5 Verschiedenes

Herr Dr. Dr. Bickmann verabschiedet die Teilnehmenden und wünscht ein schönes langes Wochenende.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbereitungen zur nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats war eigentlich für Mittwoch, den 21. Juni 2023 um 20:00 Uhr geplant. Auf Anregung von Frau Dr. Groß erfolgt eine Verschiebung auf Mittwoch, den 28. Juni 2023 um 20 Uhr per Videokonferenz.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 26. Juli 2023 um 15:00 Uhr statt. Ob die Sitzung ausschließlich digital per Videokonferenz oder hybrid mit Option der Teilnahme in Präsenz in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf stattfindet, ist noch offen. Entsprechende Informationen folgen.