

**Protokoll
der 76. Sitzung des Ärztlichen Beirates
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
am Mittwoch, den 26. Juli 2023
in Präsenz in der Ärztekammer Nordrhein
und 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 Fatima Amjahad, Referentin eHealth, KV Westfalen-Lippe Herr Stephan Pohlkamp, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Anwesend:	s. Teilnehmerliste
Beginn:	15.00 Uhr
Ende:	17.00 Uhr
Anlagen:	Folien: Neue TI-Pauschalen des BMG (Stand: 26.07.2023, KVWL)

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. Groß informiert eingangs darüber, dass sich die **Abteilungszugehörigkeit in der Ärztekammer Nordrhein geändert** habe. Die **Digitalisierung** und die IT ist aus dem Ressort von Frau Prof. Schwalen in den **Zuständigkeitsbereich von Herrn Dr. Christian Köhne** gewechselt. Heute nimmt stellvertretend für Herrn Dr. Köhne die stellvertretende Geschäftsführerin der Ärztekammer Nordrhein, Frau Christa Schalk, teil. Herr Ioannis Christopoulos wird weiterhin die Organisation des Ärztlichen Beirates übernehmen und die technische Abwicklung der Sitzungen betreuen, ist heute aufgrund seines Urlaubs jedoch nicht anwesend. Stattdessen anwesend ist Frau Tanja Stöver, die heute die technische Abwicklung der Sitzung unterstützt. Zusätzlich wurde der heutige Sitzungstermin beim Vorstand der Ärztekammer Nordrhein bekannt gemacht, da sich dieser in seiner letzten Sitzung dem Thema Digitalisierung gewidmet hat. Anwesend aus dem Vorstand sind Frau Christa Bartels, Herr Dr. Oliver Funken und Herr Prof. Hansjörg Heep.

Frau Dr. Groß begrüßt alle teilnehmenden Mitglieder und Gäste herzlich.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 24.05.2023

Es wurden keine Änderungswünsche vorgetragen. Das Protokoll der Sitzung vom 24.05.2023 gilt damit als genehmigt.

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

Frau Dr. Groß begrüßt Herrn Lars Gottwald von der gematik. Herr Gottwald bedankt sich für die Einladung und stellt sich kurz den neuen Teilnehmenden vor. Er verantwortet bei der gematik den Bereich Business Teams, der für die fachliche Weiterentwicklung von Anwendungen der TI verantwortlich ist. Herr Gottwald freut sich darüber, regelmäßiger Gast in den Sitzungen des Ärztlichen Beirats zu sein. Im Rahmen dessen gibt er jeweils ein Update zum aktuellen Sachstand der TI und angrenzender Thematiken.

Aktuelle Gesetzgebungsverfahren

Der **Referentenentwurf zum Digital-Gesetz (DigiG)** befindet sich in der Verbändeanhörung. Das DigiG wird die gesetzliche Grundlage für einige der in der Digitalisierungsstrategie des BMG angekündigten Veränderungen liefern. Der **Referentenentwurf zum Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)** als Basis für die diesbezügliche Verbändeanhörung steht noch aus und wird zeitnah erwartet. Die gematik geht davon aus, dass es noch **weitere gesetzliche Regelungen zur Umstrukturierung der gematik zu einer digitalen Gesundheitsagentur** geben wird. Über die Zeitplanung für diese Änderung ist bisher nichts Genaueres bekannt. Die Umstrukturierung mit Übergang zu einer 100-Prozent-Trägerschaft des Bundes war ebenfalls mit der Digitalisierungsstrategie des BMG angekündigt worden.

eAU

Wird die Anzahl ausgestellter eAUs zwischen den Monaten Januar und Juni 2023 verglichen, ist ein Rückgang von ca. 30 % zu verzeichnen. Dieser Abwärtstrend liege in den saisonalen Unterschieden in der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten, insbesondere durch das Ende der Erkältungs- und Grippesaison, begründet.

KIM

Derzeit sind ca. 114.000 Instanzen an KIM angeschlossen und damit über KIM erreichbar. Zunehmend ist aktuell insbesondere die Anzahl angeschlossener Pflegeeinrichtungen, wenngleich mit 180 noch auf niedrigem Niveau. Bei der Anzahl der **eArztbriefe** sei erfreulicherweise ein Anstieg von rund 60 % im Juni im Vergleich zum Januar dieses Jahres zu erkennen. Im Dialog mit Ärzten zeige sich die Relevanz des eArztbriefes. Bei seiner Etablierung gebe es noch einige Herausforderungen zu meistern, insbesondere in der konkreten Umsetzung in den Praxisverwaltungssystemen (PVS). Die gematik beobachte von Hersteller zu Hersteller unterschiedliche Implementierungsweisen und begleite das Thema. Sie stehe diesbezüglich auch im Austausch mit den KVen. Beim **Elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte (EBZ, elektronischer Heil- und Kostenplan)** zeige sich zahlenmäßig ein Einpendeln bei ca. 700.000 versandte Heil- und Kostenpläne pro Monat. Hinsichtlich der Unfallmeldungen an die Unfallkassen erfolgen nach Einschätzung Herrn Gottwalds bereits 100 % der Meldungen über KIM.

E-Rezept

Am 22.6. fand eine Gesellschafterversammlung der gematik statt. Im Rahmen dieser wurde beschlossen, dass das **E-Rezept ab dem 01.01.2024 der Standardweg für die Verschreibung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln** sein soll und entsprechend eine Abkehr vom regional gestuften Vorgehen erfolge. In den Nutzungszahlen ist zum 1.7. ein Anstieg in der Anzahl der Verordnungen sowie der Anzahl der das E-Rezept nutzenden Leistungserbringenden zu erkennen. Herr Gottwald ist sich bewusst, dass das Nutzungsgeschehen **noch weit weg ist von einer flächendeckenden E-Rezept-Nutzung**. Er betont, dass die **Technik hinter dem E-Rezept funktioniert**. Es gehe nun darum, einerseits alle **Ärzte und Institutionen im Gesundheitswesen mitzunehmen**. Andererseits liege ein besonderes Augenmerk auch beim E-Rezept auf der **konkreten Umsetzung in den PVS**. Es seien wie bei KIM deutliche Unterschiede zwischen den PVS sichtbar und die gematik stehe in einem konstruktiven Austausch mit einzelnen KVen zur Reflexion der Lernerfahrungen aus den Regionen sowie zu den Adjustierungsbedarfen. Zu den KVen, mit denen die gematik in Dialog stehe, zählen die KV Westfalen-Lippe, die KV Nordrhein sowie weitere KVen insbesondere der südlichen Bundesländer, wo regionale Cluster das E-Rezept bereits aktiv nutzen. **Herr Gottwald appelliert an die Anwesenden, die verbleibende Zeit bis zum 01.01.2024 zu nutzen, um sich dem Thema E-Rezept anzunehmen**. Es handele sich um keine ausschließlich technische Änderung. Stattdessen bringe der Umstieg auf das E-Rezept auch Änderungen in den Praxisabläufen mit sich.

E-Rezept-Einlösewege

Die großen Apothekenverwaltungssysteme (AVS) rollen derzeit die Funktionalitäten zur Bedienung des neuen, **dritten Einlösewegs mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK)** aus. Es ist davon auszugehen, dass **bis Ende August nahezu flächendeckend alle Apotheken den eGK-Einlöseweg bedienen** können. Anhand einer vergleichenden Übersicht zeigt Herr Gottwald auf, welche Funktionen die drei Einlösewege E-Rezept-App, Papiausdruck und eGK jeweils aus Sicht der Versicherten erfüllen und welche Voraussetzungen für die Nutzung der Einlösewege zu erfüllen sind. Herr Gottwald weist ferner darauf hin, dass mit dem DigiG (gemäß Referentenentwurf) auch Krankenkassen zum Angebot eigener Benutzeroberflächen zur Verwaltung und Einlösung von E-Rezepten, die neben der E-Rezept-App der gematik bestehen würden, ermächtigt werden sollen.

Herr Gottwald geht im Anschluss auf **neue Funktionen für das E-Rezept in 2023** ein. **Mehrfachverordnungen** seien bereits verfügbar und wurden in der letzten Sitzung bereits ausführlicher besprochen (siehe auch: Protokoll der 75. Sitzung des Ärztlichen Beirats, S. 3). Zur noch ungeklärten arztseitigen Abrechnungsproblematik ergänzt Herr Gottwald, dass er hier die Bundesmantelvertragspartner in der Verantwortung sehe. **Die Möglichkeit zur Nutzung der E-Rezept-App der gematik ohne Anmeldung der Versicherten** befinde sich derzeit in der Pilotierung. Die Appnutzung ohne Anmeldung erfolge, indem E-Rezept-Token händisch von den Versicherten eingescannt werden. Die eingescannten E-Rezept-Token sollen dann an eine Apotheke versandt werden können. Hinsichtlich der **Verwendung von E-Rezepten bei Privatversicherten** wird die gematik im dritten Quartal dieses Jahres mit einer ersten großen privaten Krankenversicherung in die Pilotierung einsteigen. Schließlich befinde sich die Spezifikation zur geplanten Funktion der **Rezeptanforderung und -übermittlung per KIM** aktuell in Kommentierung. Diese Funktion sei für die derzeit zunehmend an TI und KIM angebundenen Pflegeeinrichtungen zwecks der Anforderung von Folge Rezepten für die von ihnen versorgten Pflegebedürftigen zentral.

ePA

Es werden weiterhin monatlich Akten im niedrigen fünfstelligen Bereich aktiviert. Im Juni belief sich die Zahl neu angelegter Akten auf knapp 17.000. Hinsichtlich der **Umstellung von einer einwilligungsbasierten auf eine widerspruchsbasierte ePA** (Opt-out-Verfahren, „ePA für alle“) hat die gematik ein Fachkonzept erstellt. Dieses befindet sich aktuell in der Kommentierung mit den Gesellschaftern, den beteiligten Fachgesellschaften und Verbänden sowie der Industrie.

TI-Messenger

Erste TI-Messenger-Lösungen befänden sich derzeit **im Zulassungsverfahren** der gematik. Vorbehaltlich einer hohen Produktqualität sei davon auszugehen, dass die Zulassungen Ende des dritten Quartals dieses Jahres ausgesprochen werden können. Entsprechend würden erste Lösungen im vierten Quartal 2023 am Markt zur Verfügung stehen. Die **erste Stufe** werde eine **Kommunikation zwischen Leistungserbringenden** oder auch ihren Institutionen ermöglichen. Erst in der zweiten Stufe soll auch eine Ad-hoc-Kommunikation zwischen Leistungserbringenden und Patienten über den TI-Messenger ermöglicht werden. Bezüglich dieser zweiten Stufe mit Hinzu-nahme der Patienten befinde sich die gematik aktuell in einer sogenannten Analyse- und Discoveryphase mit den verschiedenen Anwendergruppen.

TI-Anschluss von Pflegeeinrichtungen

Auf Nachfrage von Herrn Gottwald erklärt Frau Dr. Groß, dass am Ärztlichen Beirat bisher keine Vertretenden von Pflegeeinrichtungen teilnehmen. Deren Einbindung in eine digital-gestützte Gesundheitsversorgung und explizit in die TI sei bei Beiratsgründung noch in weiter Ferne gewesen. Inzwischen nehmen bereits regelmäßig die Apotheker als Gäste am Ärztlichen Beirat teil, wohingegen eine Teilnahme von Pflegeeinrichtungen tatsächlich (noch) fehlt.

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurde festgelegt, dass sich **ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bis zum 30.6.2025 an die TI anzubinden** haben und die ePA nutzen sollen. Die gematik führe sehr gute Dialoge mit den verschiedenen Organisationen im Pflegesektor bzw. den einzelnen Trägern der Pflegeeinrichtungen. Die gematik hat auf Basis der Daten des elektronischen Gesundheitsberuferegisters (eGBR) eine Statistik zum Anschlussverhalten der Pflegeeinrichtungen aufgebaut. Das eGBR mit Ansiedlung in Nordrhein-Westfalen ist für die Ausgabe der Institutionsidentitäten (SMC-B) und Heilberufsausweise bei den sogenannten nicht-verkammerten Gesundheitsfachberufen verantwortlich. Herr Gottwald zeigt anhand des Anteils der Pflegeeinrichtungen, die bereits ihre Institutionsidentität beantragt haben, wie viele Pflegeeinrichtungen sich je Bundesland bereits auf den Weg in Richtung TI-Anbindung aufgemacht haben. Nordrhein-Westfalen liegt im Bundesländer-Ranking auf Platz 3 mit 4,6 % nach Hamburg und Berlin. Dabei kann aktuell noch nicht zwischen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen differenziert werden. Die Zahlen zeigen, dass man hier noch am Anfang stehe, aber dennoch bereits Fortschritte zu erkennen seien. Bisher haben knapp 1.000 Pflegeeinrichtungen die Institutionsidentität beantragt, Zielgröße sind 30.000 Pflegeeinrichtungen. Es handelt sich um ein Thema, das im Ärztlichen Beirat auch thematisiert werden kann. Denn **Pflegeeinrichtungen würden der gematik spiegeln, dass sie sich eine digitale Kommunikation mit den behandelnden Leistungserbringenden wünschen, hier jedoch auf Barrieren von Seiten der Leistungserbringenden stoßen. Der**

Ärztliche Beirat könnte sich eignen, um die sektorübergreifende digital-gestützte Zusammenarbeit zu fördern sowie Problematiken zu ergründen und anzugehen.

TI-Modellregionen

In der ersten beauftragten **TI-Modellregion in Hamburg und Umland** soll Ende des dritten Quartals eine erste **Basispilotierung** starten. Im Rahmen dieser wird in enger Kommunikation mit den Beteiligten der Modellregion zunächst analysiert, wie die TI-Anwendungen funktionieren. Zudem baue die TI-Modellregion ein Cluster auf, das das E-Rezept nutzt. Es werde anvisiert, eine **zweite TI-Modellregion im dritten Quartal dieses Jahres zu beauftragen**. Aktuell befinde sich die gematik hierzu im entsprechenden Vergabeverfahren.

Diskussion

Frau Dr. Groß erklärt, dass das **Fachkonzept für die widerspruchsbasierte ePA** den Ärztlichen Beirat sehr interessieren würde. Entsprechend wird eine tiefergehende Beschäftigung mit dem Fachkonzept für eine der künftigen Sitzungen angeregt. Im Anschluss eröffnet Frau Dr. Groß die Diskussion.

Ein Teilnehmender äußert sein Ärgernis über eine kürzlich erfolgte **Äußerung der gematik auf Social Media**. Hier habe die gematik kommuniziert, dass mit dem E-Rezept der **Rezepterhalt ohne die Vorstellung des Patienten in der Arztpraxis** möglich werde. Dies sei nicht mit den bestehenden Pflichten der Ärzte zur Durchführung des Datenabgleichs und der -aktualisierung im Rahmen des Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) als erste umgesetzte TI-Anwendung vereinbar. Herr Gottwald erklärt, dass sich die Äußerung nur auf bestimmte Szenarien beziehe, wie die Ausstellung eines Folgerezeptes in einem Quartal, in dem zuvor bereits ein Praxisbesuch mit Einlesen der eGK und Stammdatenabgleich erfolgt ist, bei ausgewählten, der Praxis bekannten Patienten. Herr Gottwald geht anschließend erneut auf eine aus seiner Sicht perspektivisch denkbare und nutzenstiftende regelhafte **Nutzung der elektronischen Ersatzbescheinigung als gleichwertigen Ersatz für das Einlesen der eGK aus der Ferne** ein. Bei den privat Krankenversicherten wird dies über den sogenannten **Online-Check-In mittels digitaler Identität** möglich sein (siehe auch: Protokoll der 75. Sitzung des Ärztlichen Beirats, S. 4). Aus Sicht Herrn Gottwalds könnten so Ärzte und Patienten durch ausbleibende Patientenvorstellungen, die ausschließlich der Ausstellung von Folgeverordnungen dienen, entlastet werden. Dies sei z. B. gerade bei Facharztbehandlungen im ländlichen Räumen relevant.

Aus dem Plenum wird angefügt, dass das Ersatzverfahren mit einem relevanten administrativen Aufwand seitens der Leistungserbringenden verbunden und entsprechend nicht für die regelhafte Nutzung praktikabel sei. Derzeit würde in den zeitlich verzögert stattfindenden Plausibilitätsprüfungen zudem eine häufige Verwendung des Ersatzverfahrens angemahnt und sei begründungspflichtig. Die Legitimierung der regelhaften Nutzung der Ersatzbescheinigung würde erneut Widerstand der Leistungserbringenden hervorrufen. Eine regelhafte Nutzung sei auch von den Krankenkassen aktuell nicht gewünscht. Die Notwendigkeit des (elektronischen) Ersatzverfahrens sei für medizinische Notfälle in der Präsenzmedizin gegeben, dürfe aber dort ebenso nicht zum Regelverfahren für Vergessliche werden, da es mit einem Aufwand bei Leistungserbringenden und Krankenkassen einhergehe, obwohl der Patient grundsätzlich selbst für die Vorlage seiner eGK als Versicherungsnachweis in der Arztpraxis verantwortlich sei.

Bei der Ausstellung eines Folgerezeptes in einem Quartal, in dem zuvor bereits ein Praxisbesuch mit Einlesen der eGK und Stammdatenabgleich erfolgt ist, ohne eGK-Einlesen (oder Ersatzverfahren) bestehe das **Problem der ärztlichen Haftung**. Ärzte müssten zum Zeitpunkt der Behandlung zum einen sicherstellen, dass der behandelte Patient derjenige ist, dem die vorgelegte eGK gehört, und zum anderen, dass ein gültiger Versicherungsschutz besteht. Ist seit dem letztmaligen Einlesen der eGK eine Änderung am Versicherungsschutz erfolgt, z. B., weil ein Patient seit dem letztmaligen Einlesen der eGK seine Krankenkasse gewechselt hat, würden die Ärzte zeitlich stark verzögert in Plausibilitätsprüfungen mit dem Fall konfrontiert und müssten diesen erklären. Ggf. komme es zu Regressforderungen. Der Wechsel der Krankenkasse innerhalb eines Quartals sei nicht untypisch, sodass sich die Ärzte ohne das erneute Einlesen der eGK blind darauf verlassen müssten, dass Patienten ihre Ärzte bei einer Änderung an ihrem Versicherungsschutz informieren.

Frau Dr. Groß fasst zusammen, dass **sowohl die Ausstellung von Folgerezepten im selben Quartal ohne erneutes Einlesen der eGK als auch die regelhafte Nutzung der Ersatzbescheinigung als gleichwertigen Ersatz für das Einlesen der eGK aus der Ferne aus Patientensicht gut gedacht, jedoch für Ärzte schlecht gemacht seien. Gleichwohl würdigt ein Teilnehmender den Bedarf an sicheren Verfahren zur digitalen eindeutigen Identifizierung in telemedizinischen Versorgungsszenarien**, gerade für ländliche Gebiete. Das Denken müsse hier anfangen und nicht aufhören. E-Rezept und eAU seien für Telekonsultationen per Videosprechstunde potenziell sinnvoll, jedoch hat der Teilnehmende den Eindruck, dass versäumt wurde, bestimmte Aspekte von Anfang an mitzudenken. Zur **Kommunikation der gematik** wird abschließend geschlussfolgert, dass diese **entscheidend für die Akzeptanz neuer digitaler Verfahren** sei. Der Ablauf von Verfahren müsse klar kommuniziert werden. Es wird darauf verwiesen, dass dem Ärztlichen Beirat Leistungserbringende angehören, die die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung grundsätzlich befürworten bzw. wohlwollend gegenüberstehen. Widerstände würden bei Digitalisierungskritikern in der Fläche noch weitaus größer ausfallen. Herr Gottwald schlägt ergänzend einen bilateralen Austausch mit dem Teilnehmenden, der die Thematik aufgebracht hat, vor.

Eine Teilnehmende fragt, **wie weit die Hersteller von PVS und Krankenhausinformationssystemen (KIS) bei der Umsetzung der E-Rezept-Funktion sind**. Herr Gottwald erklärt, dass die gematik derzeit gemeinsam mit den KVen auf die PVS-Hersteller zugehe und den Stand der Umsetzung nachhake. Die gematik geht davon aus, dass aktuell 90 % der PVS bereits das E-Rezept-Modul in ihre Systeme integriert haben und die Funktion zur Ausstellung von E-Rezepten den Anwendenden entsprechend zur Verfügung steht. Die übrigen PVS-Systeme, wo die Funktion noch fehle, würden von den KVen und der gematik genau beobachtet. Der Stand der Integration der Funktion in KIS zwecks Entlassrezepten ist Herrn Gottwald ad hoc nicht bekannt, diese Information reicht er noch nach. Die Teilnehmende verweist darauf, dass hier womöglich eine Diskrepanz zwischen dem von den KIS-Herstellern jeweils kommunizierten rosigen Stand und dem tatsächlichen Stand aus Sicht der Anwendenden, was eine nutzerfreundliche Umsetzung angeht, bestehen möge. Die Teilnehmende betont, dass auch in den Krankenhäusern riesige Umstellungsprozesse für den Umstieg auf das E-Rezept notwendig seien.

Ein Teilnehmender schildert eine Problematik im Hinblick auf die elektronische Signatur in Praxen, in denen mehrere Ärzte zusammenarbeiten. Explizit sei unklar, ob und wie die **Signierung von E-Rezepten durch Weiterbildungsassistenten** erfolgen kann, die in Praxen tätig sind. Die Problematik sei auch für die Krankenhäuser mit

einer hohen Anzahl von Weiterbildungsassistenten besonders relevant. Unklar sei, wer für die Klärung des Anliegens bzw. die Problemlösung verantwortlich sei. Eigene Aktivitäten hätten ergeben, dass es nicht an den Primärsystemherstellern liege.

Eine weitere Nachfrage aus dem Plenum betrifft den **Einbezug der Pflegeeinrichtungen in die digital-gestützte Gesundheitsversorgung**. Explizit wird gefragt, ob es sich um ein „Muss“ oder ein „Soll“ handelt. Hierzu macht Herr Gottwald klar, dass dies von den Pflegeeinrichtungen selbst so eingefordert werde.

Frau Dr. Groß bedankt sich abschließend bei Herrn Gottwald für die heutige Darlegung des aktuellen Stands aus Sicht der gematik.

TOP 3.1 Neue TI-Pauschalen des BMG

Frau Dr. Groß begrüßt im Rahmen dieses Tagesordnungspunktes Frau Fatima Amjahad von der KV Westfalen-Lippe (KVWL). Frau Amjahad bedankt sich für die Einladung und bittet zunächst um Nachsicht mit ihrer Person bzw. der KVWL generell. Das BMG habe die TI-Pauschalen geregelt, die KVWL sei damit (ebenfalls) nicht zufrieden und versuche derzeit noch, so weit wie möglich Anpassungen an den Regelungen zu bewirken. Frau Amjahad stellt sich im Anschluss kurz vor. Sie ist Referentin für die TI und eHealth bei der KVWL. Sie war in ihrer Tätigkeit u. a. mit dem E-Rezept-Rollout in der KV-Region betraut, der sehr positive Erfahrungen hervorgebracht habe.

Die **Umstellung auf monatliche TI-Pauschalen** wurde mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz im Dezember 2022 beschlossen. Bei den Verhandlungen zur Festlegung der TI-Pauschale zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband konnte innerhalb der vorgegebenen Frist (bis zum 30. April 2023) keine Einigung erzielt werden. In der Folge nahm das **BMG die Festlegung der neuen TI-Finanzierungsvereinbarung** mit einer Frist bis zum 30. Juni 2023 vor, wobei die Vereinbarung gemäß gesetzlicher Festlegung bereits ab dem **1. Juli 2023** greift. Das BMG habe die neue TI-Refinanzierungsvereinbarung denkbar knapp drei Tage vor Geltungsbeginn ausgegeben. Veröffentlicht sei sie bisher noch nicht. Die **Kurzfristigkeit** habe einen **Aufschrei bei den KVen** ausgelöst, da eine Umsetzung innerhalb von drei Tagen völlig unrealistisch sei. Die KVWL bräuchte mindestens ein halbes Jahr zur Umstellung ihrer Auszahlungssysteme. Entsprechend ist bei der KVWL mit einer Auszahlung der TI-Pauschalen erst im nächsten Jahr rückwirkend zum 1. Juli 2023 zu rechnen. Bis zum 30. Juni 2023 entstandene Erstattungsansprüche aufgrund der TI-Anbindung können noch bis zum 31. Dezember 2023 abgerechnet werden. Auch diese Frist sei zu kurz gewählt, denn aufgrund von zeitverzögert erforderlichen Anpassungen könne die Abwicklung der TI-Erstattungen auf Basis der bis 30. Juni geltenden Regelung nicht bis Jahresende finalisiert werden.

Der **Erhalt und die Höhe der TI-Pauschale ist an spezifische Anforderungen gebunden**, die grundsätzlich alle Ärzte und Psychotherapeuten zu erfüllen haben. Die Anforderungen umfassen zum einen die Vorhaltung von Komponenten und Diensten, darunter Konnektor oder entsprechende Rechenzentrumslösung, eHealth-Kartenterminal, eHBA bzw. elektronischer Psychotherapeutenausweis und SMC-B. Zum anderen müssen die jeweils aktuell verpflichtenden TI-Anwendungen genutzt werden bzw. bedient werden können. Derzeit sind dies: Notfalldatenmanagement (NFDm), elektronischer Medikationsplan (eMP), ePA, angesichts der eAU-Pflicht KIM sowie der eArztbrief, wobei für letzteren bereits eine Verschiebung des Beginns der verpflichtenden Nutzung auf den 1.3.2024 vom BMG bekannt gegeben wurde. Ab dem 1.1.2024 sei ferner die Hinzunahme des E-Rezepts geplant. Aufgrund der Verknüpfung von NFDm

und eMP in der Auflistung der vorzuhaltenden Anwendungen mit einem Schrägstrich sei hier unklar, ob eine „Und“- oder „Oder“-Regelung gelte. Ferner wird von Seiten der KVWL kritisiert, dass psychologische Psychotherapeuten bisher gar nicht zur Nutzung von NFDM und eMP verpflichtet seien. Ebenso würde diese Gruppe weder eAUs noch E-Rezepte ausstellen, sodass die Verpflichtung zur Bedienung der entsprechenden TI-Anwendungen nicht sinnvoll sei. Das BMG habe bereits verlauten lassen, dass die Verpflichtungen für die psychologischen Psychotherapeuten entsprechend noch reduzierend angepasst würden. Ferner werde die Art des Nachweises des KIM-Anschlusses von der KVWL bemängelt. Dieser müsse gemäß TI-Finanzierungsvereinbarung mittels Angabe der KIM-Adresse in einer Eigenerklärung der Leistungserbringenden erfolgen, was nicht zielführend und zugleich sehr aufwendig sei. Ferner kündigt Frau Amjahad an, dass die Bedienung der ePA in der aktuellen Version 2.5 aufgrund dessen, dass die Primärsystemhersteller in der Umsetzung dieser unterschiedlich weit seien, weniger streng kontrolliert werde, um Leistungserbringende nicht unsachgemäß zu benachteiligen.

Grundsätzlich gelte für Ärzte und Psychotherapeuten eine **Nachweispflicht hinsichtlich der Erfüllung sämtlicher Anforderungen, an die die Auszahlung der TI-Pauschale und ihre Höhe geknüpft sind**. Als Nachweis fungiere eine Eigenerklärung der Ärzte; das BMG erlaube jedoch auch alternative Nachweise, sodass hier viel Interpretationsspielraum für die KVen bleibe. Denkbar sei so auch eine Abwicklung der Nachweise über das Abrechnungsverfahren. Jedoch sind die zum Nachweis erforderlichen Informationen bisher nicht allesamt Teil des beta-Datensatzes. Bis zum vierten Quartal dieses Jahres sollen bei der KVWL die noch fehlenden Informationen in dem Datensatz ergänzt werden, um alleinig über die Abrechnungsdaten die Anzeigepflichten zum Erhalt der TI-Pauschale erfüllen zu können.

Im Wesentlichen ergibt sich die **Höhe der TI-Pauschale** aus einer gleichmäßigen Verteilung der Summe aus bisheriger pauschaler Erstattung der Kosten der Erstausrüstung sowie der Betriebskosten auf 60 Monate. Auch wenn die TI-Finanzierung als monatliche Pauschale konzipiert sei, werde über die Auszahlungssysteme der KVWL nur eine quartalsweise Auszahlung erfolgen können. **Die TI-Pauschale unterscheidet sich je nachdem, ob bereits eine Erstausrüstung erfolgte und zu welchem Zeitpunkt**. Im Gegensatz zu Leistungserbringenden, die noch keine Erstattung erhalten haben oder deren Erstausrüstung bereits vor dem 1. Januar 2021 erfolgte, erhalten Praxen mit Erstausrüstung zwischen dem 1. Januar 2021 und dem 30. Juni 2023 für 30 Monate lang eine gekürzte TI-Pauschale. Zudem erfolgt bei Konnektortausch zwischen dem 1. Januar 2021 und dem 31. Dezember 2023 ebenfalls eine Kürzung über 30 Monate, die jedoch geringer ausfällt. **Darüber hinaus richtet sich die Höhe der Pauschale innerhalb jeder der drei Gruppen nach der Anzahl der Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten in der Praxis**. Maßgeblich sind kumulierte Vollzeitäquivalenten. Diese Definition wurde von der KVWL kritisiert. Denn mehrere Teilzeittätige würden gegenüber Vollzeittätigen angesichts dessen, dass eHBA bzw. elektronischer Psychotherapeutenausweis pro Person benötigt werden, benachteiligt. **Ferner erfolgt eine Reduzierung der TI-Pauschale um 50 %, wenn eine verpflichtende Fachanwendung fehlt. Fehlen zwei Anwendungen, wird keine TI-Pauschale ausgezahlt** (Kürzung um 100 %). Diese drastischen Reduktionsstufen hat die KVWL ebenfalls kritisiert und das BMG um Änderung gebeten, da die gekürzten Auszahlungen nicht den Aufwand der Praxen widerspiegeln würden. Auch wenn lediglich der KIM-Anschluss fehle, würde perspektivisch bereits keine TI-Pauschale mehr gewährt, da zwei TI-Anwendungen – eArztbrief und eAU – an KIM geknüpft seien. Die exakten

Vergütungsbeträge sind den Präsentationsfolien von Frau Amjahad (ohne Gewähr) bzw. nach Veröffentlichung der TI-Finanzierungsvereinbarung zu entnehmen.

Das BMG habe bereits erste Anpassungen in Aussicht gestellt. Zunächst soll die Nachweispflicht von eAU (KIM) und E-Rezept (ab dem 1. Januar 2024), wie bereits zuvor thematisiert, nicht für psychologische Psychotherapeuten gelten und ebenso nicht für „patientenferne“ Fachgruppen. Für den eArztbrief soll es eine Übergangsregelung geben mit einer Nachweispflicht ab dem 1. März 2024. Eine ursprünglich vorgesehene Verjährungsvorschrift über den Nachweis der Nutzung der vorgeschriebenen Komponenten und Dienste soll entfallen. Zur Diskussion mit dem BMG steht, neben der bereits thematisierten „Und“- oder „Oder“-Regelung bei der Bedienung von NFDM und eMP, eine quartalsbezogene statt monatliche Prüfung der Nachweispflicht sowie die Übergangsfristen für die KVen zwecks Umstellung der Auszahlungssysteme.

Frau Dr. Groß bedankt sich bei Frau Amjahad für die detaillierte Vorstellung der Regelungen. Es seien viele Aspekte thematisiert worden, die auch aus Sicht des Ärztlichen Beirats diskussionswürdig erscheinen. Aus Zeitgründen wird von einer vertiefenden inhaltlichen Diskussion der Thematik im Plenum abgesehen. Anmerkungen sollen schriftlich mitgeteilt werden. Eingegangene Anmerkungen werden dem Protokoll beigefügt.

TOP 4 Überlegungen zur Digitalisierungsstrategie des Bundes

Frau Dr. Groß begrüßt Herrn Stephan Pohlkamp und kündigt an, dass dieser über **aktuelle Themen im Bereich der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung aus Sicht des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen** (MAGS) berichten wird. Herr Pohlkamp entschuldigt zunächst seine Verspätung und stellt sich im Anschluss kurz vor. Herr Pohlkamp ist stellvertretender Referatsleiter des Referats Digitalisierung innerhalb der Abteilung V des MAGS, deren Themenschwerpunkt v. a. die ambulante Gesundheitsversorgung bildet. Aufgrund des Querschnittsthemas des Referats bestehen aber durchaus Überschneidungen zu anderen Bereichen.

Herr Pohlkamp berichtet, dass das MAGS derzeit an einer **eigenen Digitalisierungsstrategie des Landes Nordrhein-Westfalen für die hiesige Gesundheitsversorgung** arbeite, da bestehende Digitalisierungsstrategien des Landes nicht hinreichend die gesundheitlichen Aspekte fokussieren würden und die Digitalisierungsstrategie des BMG auf Bundesebene nicht hinreichend die Landesinteressen widerspiegeln. Zu dieser landeseigenen Digitalstrategie für die Gesundheitsversorgung könne zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht viel gesagt werden, da sich diese noch in der Erarbeitung befinde.

Zur **Digitalisierungsstrategie des BMG** erklärt Herr Pohlkamp, dass diese von Seiten des MAGS grundsätzlich begrüßt werde, ebenso wie ihre Aufteilung in kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen. Teils seien diese Maßnahmen jedoch noch zu unkonkret, teils sehr ambitioniert mit Blick auf die Umsetzung. Letzteres sei auch an den kurzfristigen Fristsetzungen im aktuellen Gesetzgebungsprozess für DigiG und GDNG abzulesen. Dies betreffe auch die Fristen zur Stellungnahme der Länder. Positiv daran ist ein schnelles Voranschreiten; herausfordernd ist angesichts der knappen Fristen, auf eine Berücksichtigung der Belange des Landes Nordrhein-Westfalen hinzuwirken. Die Stellungnahmen des Landes zum DigiG und zum GDNG stellt Herr Pohlkamp gerne schriftlich zur Verfügung. Er regt generell einen gegenseitigen Austausch der Stellungnahmen mit den Ärztekammern an, geht jedoch davon aus, dass sich die

Stellungnahmen der Ärztekammern und des Landes in den Kritikpunkten nicht wesentlich unterscheiden werden.

Ansonsten konzentriert sich das Referat von Herrn Pohlkamp momentan vor allem darauf, die Umsetzung der TI-Anwendungen zu begleiten. Zum von Herrn Gottwald thematisierten **eGBR** ergänzt Herr Pohlkamp, dass erfreulicherweise die letzte noch fehlende Ratifizierungsurkunde des Landes Rheinland-Pfalz nun bei der Staatskanzlei eingegangen sei. Entsprechend werde der Staatsvertrag eGBR zum 1.8. in Kraft treten. Folglich kann dann auch kurzfristig der Regelbetrieb aufgenommen werden. Bis dato befinde sich das eGBR im Pilotbetrieb, in dem bisher rund 4.000 Anträge zur Ausstellung von eHBA und SMC-B bearbeitet worden seien. Das Verfahren funktioniere reibungslos. Herr Pohlkamp hofft, nachdem der Länderbeirat zusammengetreten ist, auf eine Ausrollung des Verfahrens auf sämtliche nicht-verkammerte Gesundheitsfachberufe ab dem 1.1.2024. Bisher ist die Beantragung eines eHBA über das eGBR für Pflegefachkräfte (Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege), Physiotherapeuten und Hebammen möglich, die Beantragung einer SMC-B entsprechend durch ihre Betriebsstätten.

Diskussion

Frau Dr. Groß begrüßt die Idee eines Austauschs der Stellungnahmen und eröffnet die Diskussion. Sie selbst fragt, wie das MAGS bzw. generell die Politik mit dem Thema **Gesundheitsdatenaustausch und diesbezüglichen datenschutzrechtlich Bedenken bei Patienten mit besonders sensiblen Diagnosedaten** umgeht, deren Bekanntwerden Diskriminierung bzw. Stigmatisierung nach sich ziehen könnte, bzw. ob dieses Thema das MAGS beschäftige. Herr Pohlkamp erklärt grundsätzlich, dass gemäß einer in der letzten Woche erfolgten Länderrunde zu den aktuellen Gesetzgebungsverfahren **Konsens der Länder darüber bestehe, dass grundsätzlich mehr Gesundheitsdatenaustausch gewünscht werde**. Herr Pohlkamp und das MAGS generell sind **sehr dankbar über den Input des Ärztlichen Beirats. Die konkreten Bedenken und Herausforderungen der Leistungserbringenden mit verstärktem Blick auf die Umsetzungspraxis seien sehr wertvoll und entsprechend begrüßt Herr Pohlkamp, wenn diese einschließlich konkreter Problemschilderungen und Beispielen an das Referat Digitalisierung herangetragen werden**. So könnten die Aspekte in die politischen Diskussionen auf verschiedenen Ebenen hineingetragen werden. Frau Dr. Groß ergänzt, dass in Bezug auf die konkreten Bedenken im Hinblick auf sensible Diagnosedaten bereits diverse Beschlüsse durch die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe und den Deutschen Ärztetag gefasst worden seien. Ebenso habe sich der Ärztliche Beirat zu einem sehr frühen Zeitpunkt vor ca. zehn Jahren bereits mit dem Thema beschäftigt. Auf politischer Ebene müsse sich gerade mit Blick auf die aktuellen Gesetzesvorhaben ebenfalls dringend dem Thema gewidmet werden. Frau Dr. Groß gibt in diesem Zusammenhang auch bereits einen Ausblick auf das Thema der nächsten Sitzung, in der sich der Ärztliche Beirat mit der geplanten Stärkung des europaweiten Austauschs von Gesundheitsdaten beschäftigen werde. Insbesondere soll im Rahmen dessen auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit angesichts eines grenzüberschreitenden Datenaustausches die ärztliche Schweigepflicht erhalten bleibt. Frau Dr. Groß verweist beispielsweise auf die als problematisch angesehene Weitergabe von Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen in Länder, in denen diese strafrechtlich verfolgt werden.

Im Folgenden wird eine **andere Problematik** thematisiert, die **im Hinblick auf die ePA-Inhalte und deren Qualität** besteht. So verweist Herr Dr. Dr. Bickmann auf den **problembehafteten Weg der ePA-Datengenerierung bei den niedergelassenen**

Ärzten, von denen die meisten ePA-Daten stammen würden. Für die Ärzte gelte ein Vergütungssystem, das Krankheit bewerte und bezahle. Entsprechend seien die Dokumentationen der Ärzte, die sodann die Grundlage für ePA-Einträge bilden würden, auf die Abrechnung in diesem System ausgerichtet und unterlägen in der Folge gewissen Verzerrungen. So würden aus Diagnosedaten angesichts vielgestaltiger Krankheitsbilder häufig keine qualitativ hochwertigen, hinreichend aufgeschlüsselten Informationen hervorgehen. Es handele sich um ein **Thema der semantischen Interoperabilität**. Herr Pohlkamp schlägt einen **vertiefenden gemeinsamen Austausch** zwischen Ärztlichem Beirat und dem MAGS bzw. dessen Referat Digitalisierung zu der Thematik vor. Frau Dr. Groß begrüßt die Idee und regt im Rahmen dieses Austausches auch eine weitere Beschäftigung mit der Ihrerseits thematisierten kritisch gesehenen Weitergabe sensibler Gesundheitsdaten an. Ferner ergänzt Frau Dr. Groß, dass die mit dem DigiG gemäß Referentenentwurf vorgesehene **Befüllung der ePA mit Altdaten durch das Einscannen von Papierdokumenten seitens der Krankenkassen** ebenso wenig von den Ärzten wie von den Krankenkassen selbst gewünscht sei.

Frau Dr. Groß ist es insgesamt ein wichtiges Anliegen, dass Herr Pohlkamp aus dem heutigen Austausch in Ansätzen die **Denkweise der Ärzte im Hinblick auf ePA und Gesundheitsdatenaustausch** mitnimmt. Diese Denkweise weiche von der Denkweise anderer Stakeholder rund um die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung ab und werde insbesondere **geleitet vom Augenmerk der Ärzte auf den Schutz der Arzt-Patienten-Beziehung und der Wahrung der Schweigepflicht**. Es rolle mit den aktuellen Entwicklungen eine gewisse Diskrepanz auf die Ärzte zu, mit der diese umgehen (lernen) müssten. Auch die Patienten müssten hinreichend informiert werden. Herr Pohlkamp ergänzt, dass das MAGS zwei der angesprochenen Aspekte im Rahmen der aktuellen Gesetzgebungsverfahren ebenfalls thematisiert habe. Zum einen sei dies der **Bedarf an strukturierten, nutzbaren Gesundheitsdaten in der ePA**, zum anderen der **Sozialdatenschutz bei der Cloudnutzung**, wenn sich die Server im außereuropäischen Raum befinden. Die Leistungsanbieter dürften nicht zur Übermittlung von Sozialdaten etwa an staatliche Behörden nach den gesetzlichen Regelungen in Drittstaaten (insbesondere USA) gezwungen werden. Ein dementsprechender Vorschlag zur Neuformulierung des betreffenden Artikels des DigiG sei vom Land Nordrhein-Westfalen in die Länderrunde eingebracht und von den anderen Ländern angenommen worden. Grundsätzlich befürworten die Länder, dass sich die Server möglichst im europäischen Raum befänden, wo sie dem europäischen Datenschutzrecht unterlägen. Frau Dr. Groß verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass auch der europäische Raum kritisch zu sehen sei mit Blick auf die von ihr thematisierte Problematik sehr sensibler Daten.

Eine Teilnehmende ergänzt, dass grundsätzlich der Bedarf an **semantischer Interoperabilität** bei BMG und gematik präsent sei und ihre Herstellung insbesondere durch die Verwendung von internationalen Nomenklaturen und Klassifizierungssystemen als Ziel verfolgt werde. Es sei ebenso eine dringende wie gigantische Aufgabe, einen sektorenübergreifend interoperablen Datenaustausch herbeizuführen, der es möglich macht, dass quer zu den Sektoren verlaufende Versorgungspfade der Patienten datenseitig begleitet bzw. abgebildet werden können. Problematisch sei vor allem, dass die Industrie von proprietären Systemen profitiere, bei denen nur die verschiedenen Komponenten eines Anbieters interoperabel sind, jedoch keine Interoperabilität zu den Systemen anderer Anbieter besteht. In der Folge komme es heute zu abgeschlossenen Systemen und Lock-in-Effekten. Es sei wichtig, dass Industrie, Politik und Leistungserbringende hier enger zusammenarbeiten.

Frau Dr. Groß bedankt sich bei Herrn Pohlkamp für den angenehmen und konstruktiven Austausch und bekräftigt, dass der Ärztliche Beirat das Angebot eines intensiveren Austauschs mit dem MAGS bzw. seinem Referat Digitalisierung generell gerne annimmt. Sie kündigt an, zwecks Terminvereinbarung, Teilnehmerkreis und der in Vorbereitung auf den Termin vorgesehenen Bereitstellung relevanter Stellungnahmen des Beirats und der Ärzteschaft im Allgemeinen noch einmal auf Herrn Pohlkamp zuzukommen.

TOP 5 Verschiedenes

Am 27.9.2023, dem Tag der nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats, findet die **Fachveranstaltung eHealth.NRW** statt, die gemeinsam vom MAGS und der Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) GmbH ausgerichtet wird. Im Mittelpunkt der Veranstaltung wird die digitale Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen stehen. Veranstaltungsort sind die Design Offices Düsseldorf Fürst und Friedrich. Die Teilnahme ist kostenfrei. Herr Pohlkamp lädt im Namen der Veranstalter herzlich zu der Veranstaltung ein. Derzeit werden im engen Austausch mit den Vorsitzenden des Ärztlichen Beirats die Möglichkeiten zur Kombination der Veranstaltung mit der nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats eruiert. Die Mitglieder werden rechtzeitig darüber informiert, ob der Präsenzteil der Sitzung am Veranstaltungsort des eHealth.NRW in Düsseldorf stattfinden wird. Eine Möglichkeit zur digitalen Teilnahme würde in dem Fall wie gehabt geboten.

In der nächsten Sitzung wird sich der Ärztliche Beirat mit der europäischen Gesetzgebung auf dem Gebiet der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung befassen.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbesprechung zur nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats entfällt, da die Themen für die Sitzung bereits vorab konkret festgelegt wurden. Wenn es aktuelle Themen gibt, können diese aber gerne noch aufgenommen werden.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet **am Mittwoch, den 27.09.2023 um 16:30 Uhr** statt, möglicherweise mit der Abhaltung des **Präsenzteils in Düsseldorf am Rande des eHealth.NRW** mit Option zur digitalen Teilnahme. Nähere Infos folgen.