

**Protokoll
der 78. Sitzung des Ärztlichen Beirates
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
am Mittwoch, den 22. November 2023
in Präsenz in der Ärztekammer Nordrhein
und per Videokonferenz (hybrid)**

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 GmbH Herr Timo Frank, Produktmanager, gematik GmbH Herr Dr. Philipp Kuntz, Co-Founder und Co-CEO, Famedly GmbH
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 Mitglieder und Gäste herzlich. Im Anschluss führt er kurz durch die Tagesordnungspunkte der heutigen Sitzung.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 27.09.2023

Es wurden keine Änderungswünsche vorgetragen. Das Protokoll der Sitzung vom 27.09.2023 gilt damit als genehmigt.

TOP 3 Aktueller Sachstand: Telematikinfrastruktur (Herr Lars Gottwald)

Herr Gottwald bedankt sich für die Einladung und entschuldigt, dass er in der letzten Sitzung leider kurzfristig nicht teilnehmen konnte. Herr Gottwald hält seinen heutigen Beitrag kurz. Er berichtet, dass die **neuen Produkte der TI-Anwendung TI-Messenger (TIM)**, um die sich die heutige Sitzung schwerpunktmäßig dreht, **aktuell noch im Zulassungsverfahren** befinden. Ansonsten liege der Fokus der gematik derzeit verstärkt auf der **(verbindlichen) E-Rezept-Einführung zum 1.1.2024**. Im Anschluss hakt Herr Gottwald nach, ob es konkrete Fragen aus dem Plenum gebe.

Diskussion

Frau Dr. Groß berichtet, dass sie von verschiedenen ärztlichen Kolleg*innen **Unzufriedenheiten mit dem Umstieg auf das E-Rezept** vernehme, d. h., dass es zu **Problemen in der Anwendung** käme. Sie hakt nach, ob es sich um Einzelfälle handelt oder ob es tatsächlich noch weitreichende (funktionale) Probleme beim E-Rezept gebe. Herr Gottwald berichtet aus seiner Sicht, dass es gerade **während der Anfangsphase der E-Rezept-Nutzung** zu einzelnen **Fragen bei den Anwendenden** komme. Diese können aber i. d. R. rasch geklärt werden. Die **E-Rezept-Anwendung funktioniere**. Das E-Rezept sei zudem Teil der Basispilotierung in der TI-Modellregion Hamburg und Umgebung.

Frau Dr. Groß ergänzt ihre Frage und hakt nach, ob ggf. **auftretende Probleme solche** sind, **die von Mängeln in der Integration des E-Rezepts in den PVS-Systemen ausgehen** oder ob diese auf übergeordneter Ebene bestehen. Herr Gottwald bejaht Ersteres und verneint Letzteres. Ein Teilnehmender von Seiten der KVWL bestätigt Herrn Gottwalds Aussagen. Er erlebe, dass derzeit sehr viele Praxen die ersten Schritte in Richtung E-Rezept-Nutzung gehen und in dieser Phase **viele Fragen im Hinblick auf die Grundausstattung** aufkommen. Häufig gestellte Fragen lauten: Wozu brauche ich den eHBA? Muss ich mein Rollen-Berechtigungsmanagement in meinem PVS verändern? Wie gehe ich mit Praxisassistenten um? Es gebe **vereinzelte PVS, bei denen die E-Rezept-Anwendung noch hakt**, z. B. im Hinblick auf die Ermöglichung der für die effiziente E-Rezept-Nutzung so wichtigen Komfortsignatur. Die betroffenen PVS sind solche, die nicht Teil des Roll-outs in der KV-Region waren. Die PVS-Hersteller seien aber bemüht, Abhilfe zu schaffen. Zu Beginn wird also in gewisser Weise ein langer Atem benötigt, bereits nach ein bis zwei Wochen der E-Rezept-Nutzung würde sich die Nutzung i. d. R. jedoch bereits einspielen und allmählich zur Routine werden. **Im Anschluss sei die Bewertung der Anwendenden sehr positiv.**

Herr Dr. Dr. Bickmann hakt hinsichtlich der **Notwendigkeit des Einlesens der eGK für die E-Rezept-Ausstellung** nach. Der Teilnehmende von Seiten der KVWL erklärt, dass aus rein technologischer Sicht, die eGK nicht zur E-Rezept-Ausstellung eingeleesen werden bzw. gesteckt sein muss, sofern der Patient Praxis und PVS bereits mit seinen Versichertenstammdaten bekannt ist. Aus Abrechnungssicht stellt sich die Situation bisher anders dar. Das Thema haben BMG und gematik auf dem Schirm. Konkret müsse man sich Gedanken machen, ob eine **Abrechnungssystematik, die sehr stark auf die Anwesenheit der Patienten in der Praxis abzielen, noch zeitgemäß** ist oder ob es nicht eher einen **grundlegenden Paradigmenwechsel mit neuen rechtlichen Rahmenbedingungen** braucht. Die Diskussionen zu diesem Thema stünden noch ganz am Anfang. Es werde begrüßt, wenn der Ärztliche Beirat zu dieser Diskussion mit seinen Standpunkten und ggf. Vorschlägen beiträgt.

Ein Teilnehmender berichtet, dass er bei der Versendung von **KIM-Nachrichten** von den Adressaten z. T. eine **automatische Empfangsbestätigung** erhält, z. T. nicht. Die Nachrichten kommen bei letzterer Gruppe aber dennoch an. Wie ist der Unterschied zu erklären? Herr Gottwald antwortet, dass er die Frage mitnehmen muss und bittet den Teilnehmenden herauszufinden, welche Systeme die ärztlichen Kollegen nutzen. Ein Teilnehmender erläutert, dass von Seiten der Arztpraxis im PVS manuell eingestellt werden könne, ob eine automatische Empfangsbestätigung versendet werden soll oder nicht. Dies gelte zumindest für das von dem Teilnehmenden genutzte PVS von medatixx. Eine vergleichbare Funktion bestehe bei den Lösungen der CGM.

Es wird eine Frage zum Thema **Anwendungskennzeichen, die für die Sortierung bzw. Zuordnung von KIM-Nachrichten in unterschiedliche Postfächer sorgen**, gestellt. Den fragenden Teilnehmenden interessiert, **wer die Zuordnungssystematik vorgibt**. Herr Gottwald berichtet, dass die gematik diesbezüglich im Austausch mit den PVS-Herstellern stehe. Die Anwendungskennzeichen seien PVS-übergreifend standardisiert, z. B. gibt es ein Anwendungskennzeichen für Arztbriefe. Die gematik gebe die Anwendungskennzeichen (sogenannte Dienstkennungen) vor. Sie seien im Fachportal der gematik veröffentlicht, an die sich die Primärsystemhersteller halten müssen. Herr Gottwald lässt den Teilnehmenden einen Link zu den veröffentlichten Kennungen zukommen. Den PVS-Herstellern obliege im Rahmen des Wettbewerbs am Markt die Verantwortung für die Integration der Kennungen und die Umsetzung einer Zuordnung auf Basis der Anwendungskennzeichen, z. B. für eine möglichst intuitive Integration der Funktion Arztbrief, etwa mit automatischer Zuordnung der Arztbriefe zur jeweiligen Patientenakte. Der Teilnehmende ergänzt seine Frage. Problematisch sei die **fehlende Möglichkeit zur Nutzung von Anwendungskennzeichen durch die Apotheken, bei denen KIM über einen Standard-E-Mail-Client (z. B. Outlook, Mozilla Thunderbird) genutzt werde**, sodass nur die Versendung von „herkömmlichen“ E-Mails möglich sei. In der Arztpraxis würden diese Nachrichten dann im Postfach für nicht zugeordnete Nachrichten landen. Die Kommunikation zwischen Apotheke und Arztpraxis via KIM weise in ihrer Usability folglich noch deutliches Verbesserungspotenzial auf. Der Teilnehmende sei mit seinem Anliegen bisher von gematik, KIM-Anbieter und PVS-Hersteller hin und her verwiesen worden. Bei keinem liege die Verantwortlichkeit. Von Seiten der Apothekerschaft korrigiert ein anderer Teilnehmender die Aussage des Teilnehmenden. Es stimme zwar, dass viele Apotheken noch KIM über ein Standard-E-Mail-Client nutzen würden, die Anwendung sei mittlerweile aber in zwei AVS-Systemen entsprechend integriert (Pharmatechnik und ADG). Er würde das Anliegen eher bei den **AVS-Herstellern** platzieren.

Ein Teilnehmender fragt nach der **Performanz (Leistungsfähigkeit) der E-Rezept-Anwendung** angesichts dessen, dass zum 1.1.2024 viele Tausende Praxen erstmalig E-Rezepte ausstellen werden. Konkret interessiert ihn, ob mit Leistungseinbußen zu rechnen ist. Herr Gottwald antwortet, dass der gematik bewusst sei, dass ab dem 1.1.2024 die Last deutlich zunehmen wird. Die gematik führe Performanceprüfungen durch und sei auf die Steigerung vorbereitet.

Frau Dr. Groß und ein anderer Teilnehmender berichten, dass Verbände, in denen sie tätig sind, von drei Interessenvertretungen der Ärzte- und Apothekerschaft kontaktiert wurden, die auf einen angeblichen Missstand beim E-Rezept – der Möglichkeit zur doppelten Einlösung von E-Rezepten in Einzelfällen – aufmerksam machen und Unterstützung erbitten. Das Anliegen sei auch in der letztem gematik-Sprechstunde am Montag, den 20.11.2023, thematisiert worden. Zwischen den KVen sei eine Abstimmung zum Umgang mit dem Anliegen erfolgt. Sie sehen die Aufklärung bei der gematik richtig platziert und unternehmen selbst nichts. Aus dem Plenum wird beigesteuert, dass die doppelte Einlösung technisch gar nicht möglich sei. Sobald die Rezeptdaten einmal von einer Apotheke abgerufen wurden, seien diese nicht erneut abrufbar.

TOP 4 TI-Messenger (TIM)

Bericht: Veranstaltung TI-Messenger Summit in Hamburg (Herr Stefan Spieren MBA, Hausarzt, Wenden)

Frau Dr. Groß begrüßt Herrn Spieren als Mitglied des Beirats und gratuliert ihm herzlich zur Auszeichnung mit dem German Medical Award für das Projekt DIHVA („Digitale Hausärztliche Versorgungsassistenten“). Herr Spieren bedankt sich, auch für die Gelegenheit, TIM zu vertiefen sowie bei Herrn Frank und Herrn Dr. Kurtz für die Teilnahme. Herr Frank habe ihn zum TI-Messenger Summit eingeladen, bei dem viel über TIM diskutiert worden sei. Bevor es in die tiefere inhaltliche Diskussion geht, übergibt Herr Spieren das Wort an Herrn Frank, der TIM grundsätzlich vorstellt.

Vorstellung (Herr Timo Frank)

Herr Frank stellt sich zunächst kurz vor. Er ist Gesundheitsökonom und seit Anfang dieses Jahres bei der gematik Produktmanager für TIM.

TIM habe derzeit noch nicht das Licht der Welt erblickt. Derzeit befinden sich **erste entsprechende Lösungen noch in der Zulassungsphase. Famedly ist eine dieser Lösungen, die Herr Dr. Kurtz im Anschluss noch genauer präsentieren wird.** TIM ist ein **Kurznachrichtendienst für das Gesundheitswesen** und wird auch als „WhatsApp des Gesundheitswesens“ bezeichnet. Hintergrund dessen Einführung ist, dass Patienten i. d. R. von mehreren Leistungserbringenden innerhalb oder außerhalb einer Gesundheitseinrichtung versorgt würden und dadurch Datenweitergaben untereinander erforderlich seien. Die Chatfunktionen von TIM bieten dazu mehr Optionen als der Versand einer E-Mail, z. B. durch die Bildung von Gruppenchats mit den an einem Fall jeweils beteiligten Versorgenden. TIM dient also der „Verlängerung der analogen Versorgung“ und ist als ergänzendes Kommunikationsmittel neben KIM zu betrachten. **TIM basiert auf dem international verwendeten Matrixprotokoll, das die Interoperabilität und Kompatibilität der TIM-Lösungen verschiedener Anbieter gewährleistet.** Es wird u. a. auch von der deutschen Bundeswehr genutzt. Da es sehr unterschiedliche Kommunikationsbedürfnisse der potenziellen Nutzenden und damit ebenso viele Nutzungsszenarien gibt, ist ein offenes Marktmodell sinnvoll, die gleichzeitige Verknüpfbarkeit der Lösungen untereinander dabei jedoch entscheidend. Die gematik hat eine entsprechende Spezifikation für TIM erstellt.

Anschließend informiert Herr Frank über den Zeitrahmen. **TIM weist drei Ausbaustufen auf, die zeitlich verzögert erfolgen. In der ersten Stufe ab 2024 wird die Ad-hoc-Kommunikation zunächst zwischen verschiedenen Leistungserbringenden adressiert.** Der Nutzerkreis entspricht dem von KIM. Die Benutzeroberfläche der Lösungen kann sowohl der eines mobilen Messengerdienstes entsprechen als auch PVS-integriert oder browserbasiert sein. In der ersten Ausbaustufe bedient TIM folgende Funktionen: der Austausch von Textnachrichten, Sprachnachrichten, Fotos und PDF-Dokumenten; die Erstellung von Chatgruppen mit Fallbezug zum Austausch zwischen mehreren Leistungserbringenden; das Auffinden aller Einrichtungen, die einen TI-Messenger nutzen im bundesweiten Adressbuch, die Archivierung der fallbezogenen Kommunikation in der lokalen Patientenakte, die Erteilung von individuellen Berechtigungen, z. B. für Ärzte und Praxispersonal, die Information über Neuerungen per Push-Benachrichtigungen. Herr Frank schätzt die Funktion der Erstellung von Chatgruppen mit Fallbezug über Sektorengrenzen hinweg als sehr zentral ein. Ferner wird

der Transfer von Nachrichtenverläufen in die eigene Behandlungsdokumentation möglich sein, was eine unterstützende Funktion darstellt, die von den Leistungserbringenden gefordert wurde.

In der zweiten Stufe ab 2025 kommen Patienten und die Krankenkassen als weitere Nutzergruppen hinzu. TIM soll in die ePA integriert werden, über die den Patienten die Nutzung ermöglicht wird. Die Kommunikation über TIM zwischen Leistungserbringenden und Patienten wird von Seiten der Leistungserbringenden gesteuert. Auch die Ad-hoc-Kommunikation in Bezug auf bestimmte Dokumente (der ePA) wird möglich. Auch heute versenden Ärzte bereits Daten an Patienten in digitaler Form etwa mittels verschlüsselter PDF-Dateien, die per E-Mail versandt werden. Dies sei sinnvoll, die Kommunikationsweise ist aber hinsichtlich ihrer Usability noch ausbaufähig. Die Integration von TIM in die Krankenkassen-Apps ermöglicht die Verwendung zur Kommunikation zwischen Patienten und ihren Krankenkassen. **In der dritten Ausbaustufe wird eine Videokommunikationsfunktion ergänzt, die auch für Videosprechstunden verwendet werden kann.** Natürlich soll TIM **über die drei Ausbaustufen hinweg** nicht nur den Freitextchat ermöglichen, sondern **analog zu KIM auch automatisierbar** sein.

Herr Frank erklärt abschließend, dass TIM ein viel höheres Potenzial hat als ein herkömmlicher Messengerdienst. Dazu nutzt er die Veranschaulichung eines Eisbergs. Sichtbar sind die verschiedenen Messengerlösungen mit unterschiedlichen Benutzeroberflächen: mobile Messenger (iOS und Android), Desktop Messenger und Webclients. **Unter der Oberfläche können mit TIM perspektivisch strukturierte Informationen auf allen Ebenen ausgetauscht werden.** Digitale Identitäten bilden die Basis der Authentifizierung. Prozesse, die über den reinen Nachrichtenaustausch hinausgehen, können dank des Matrix-Protokolls automatisiert werden. Die Möglichkeit zur Einbindung von TIM in Patientenportale, Praxis-Apps, DiGA etc. ermöglicht die Skalierung über das gesamte Gesundheitswesen hinweg. Als Anwendungsbeispiel nennt Herr Frank abschließend die Ausstellung von Überweisungsscheinen.

Diskussion

Frau Dr. Groß bedankt sich für den Beitrag. Sie hakt nach, ob **TIM als eine schnelle, kleine elektronische Fallakte (EFA) zu sehen ist bzw. in der Form genutzt werden kann.** Herr Dr. Dr. Bickmann ergänzt, dass eine EFA ursprünglich vom Gesetzgeber im Portfolio der auf nationaler Ebene implementierten digitalen Anwendungen vorgesehen war, jedoch in der Versenkung verschwunden sei aufgrund von Prämissen der Patienteneinbindung. Seiner Einschätzung nach eröffnet TIM neue Möglichkeiten für die Bildung von EFA, die die für diese definierten Bedingungen erfüllt – temporäre, fallbezogene Aktenanlage, Kommunikationsplattform für die an einem Fall jeweils beteiligten Leistungserbringenden im Hinblick auf fallbezogene Informationen, keine Eingriffsmöglichkeit des Patienten. Herr Frank stellt klar, dass Fallbezug ein gewolltes und entsprechend spezifiziertes Feature von TIM ist. In einer pilothaften Anwendung der TIM-Lösung Famedly im Universitätsklinikum Frankfurt wurden so bei Patientenaufnahme automatisiert entsprechende fallbezogene Chaträume angelegt. Die Aufnahme von Leistungserbringenden der Nachsorge (Hausarzt, ggf. Rehabilitations- und/oder Pflegeeinrichtungen) in den Chatraum bei Entlassung und die entsprechende Weiternutzung bis zum Abschluss der Nachsorge wäre aus Herrn Franks Sicht denkbar. Dies sei auch von Seiten der Leistungserbringenden bereits als Wunsch geäußert worden.

Eine Teilnehmende hakt hinsichtlich der **Steuerung der zweiten Ausbaustufe durch die Leistungserbringenden** nach. Herr Frank erklärt, dass mit der Steuerung die **Wahlfreiheit der Leistungserbringenden gemeint ist, Nachrichten anzunehmen oder abzulehnen und Chaträume zu öffnen und zu schließen**. TIM bildet ein freiwilliges Produkt und soll Kommunikationsprozesse dort verbessern, wo die Leistungserbringenden Verbesserungspotenziale sehen, und mit keiner Mehrarbeit einhergehen. Entsprechend ist die Steuerung durch die Leistungserbringenden eine entscheidende Eigenschaft, deren Wichtigkeit auch von Beginn an von den Leistungserbringenden betont wurde.

Ein Teilnehmender betont die **Wichtigkeit des Austausches strukturierter Daten über TIM**. Es dürfe aus seiner Sicht nicht passieren, dass demnächst PDF-Dateien über TIM versandt werden. Vergleichbar mit der Weiterentwicklung der ePA würden auch für TIM strukturierte medizinische Informationsobjekte benötigt. Herr Dr. Dr. Bickmann pflichtet dem Teilnehmenden bei und vergleicht den Austausch unstrukturierter Daten mit einer Straße ohne Verkehrszeichen. Wichtig sei aus Sicht des Teilnehmenden ferner die **automatische Ausleitung der Daten in die entsprechende Patientenakte der jeweiligen Gesundheitseinrichtung**, erst bei einer entsprechenden Tiefenintegration entfalte sich ein Mehrwert. Herr Frank teilt die Einschätzung, dass strukturierte Daten sehr wichtig seien, TIM werde aber nicht von Beginn an in alle PVS integriert sein, zumal keine Pflicht zur Nutzung von TIM besteht. Im Vordergrund stehe, erst einmal loszulegen.

Der Teilnehmende ergänzt, dass sich **seine Kritik im Grunde an die PVS-Hersteller richte, die sich nur an die Minimalvorgaben halten. Es liege an der gematik, entsprechend ambitioniertere Minimalvorgaben festzulegen**. Aktuell sei die Umsetzung einer TIM-Integration für die PVS-Hersteller freiwillig. Um die nutzenstiftende Tiefenintegration von TIM in die Primärsysteme zu beschleunigen, müsse zu einer entsprechenden Verpflichtung übergegangen werden. **Werden die vom Teilnehmenden adressierten Handlungsbedarfe nicht angegangen, würde TIM eine Anwendung bleiben, die möglicherweise für den Mikrokosmos eines Krankenhauses Mehrwerte bringt, aber nicht für das gesamte Ökosystem der Versorgung**. Herr Frank erklärt, dass die gematik in ihrer Macht begrenzt sei, da es sich um eine freiwillige Anwendung handle. Eine Verpflichtung von Akteuren von Beginn an lehne er ohnehin ab. Hier zeige die Erfahrung aus der Implementierung anderer Anwendungen, dass eine solche häufig keine positiven Effekte mit sich bringe.

Praxisbeispiel (Herr Dr. Philipp Kurtz)

Herr Kurtz bedankt sich für die Einladung und stellt sich eingangs kurz vor. Er ist approbierter Mediziner und hat das Unternehmen Famedly mitgegründet, das einen sicheren Messengerdienst für das Gesundheitswesen entwickelt hat. Die Lösung befinde sich derzeit im Zulassungsprozess als TIM. Heute verantwortet Herr Kurtz als Co-Geschäftsführung den Unternehmensbereich Business. Bereits während seiner Tätigkeit im Krankenhaus im Rahmen des Medizinstudiums habe Herr Kurtz gemerkt, dass eine Menge Kommunikation nötig sei, für die z. T. die im Privaten gebräuchlichen nicht sicheren Messengerdienste genutzt würden, sodass die ausgetauschten Daten auf Servern in den USA läänden. **2016 habe Famedly mit der Entwicklung ihres Messengerdienstes begonnen und damals schon auf das Matrixprotokoll gesetzt**.

Herr Kurtz stellt den Messengerdienst Famedly anhand einer Demoversion der Weboberfläche der Lösung vor. Die Lösung sei zusätzlich als mobile Version für iOS und Android verfügbar. Der Aufbau ähnelt dem herkömmlicher Messengerdienste. In einer Spalte befindet sich eine Liste der Chats in chronologischer Reihenfolge, von wo sich auch ein neuer Chat erstellen lässt. Über das Menüband am Rand kann von der Chat- zur Personenliste gewechselt werden. Personen außerhalb der eigenen Einrichtung sind entsprechend kenntlich gemacht. **Das gematik-Verzeichnis (Personenverzeichnis und Einrichtungsverzeichnis) werden im Rahmen von TIM angebunden.** Um über TIM von extern kontaktiert werden zu können, ist ein persönlicher Eintrag im Verzeichnisdienst der gematik erforderlich. Im eigenen Einrichtungseintrag lassen sich dann spezifische Kontaktstellen hinterlegen. Für die interne Kommunikation kann ein Organisationsverzeichnis migriert werden. Es stehen weitere Funktionen zur Verfügung, die von den im Privaten gebräuchlichen Messengerdiensten bekannt sind, darunter die Einrichtung von Gruppenchats, einschließlich der Festlegung eines Gruppenbetreffs, die spezifische Antwort auf eine bestimmte Chatnachricht, die Weiterleitung von Nachrichten, die Reaktion auf Nachrichten mit Emojis und der Versand von Dokumenten, z. B. einer Leitlinie. Zudem sei die Einrichtung von Chats möglich, in denen nur unidirektional Nachrichten von Seiten eines entsprechend berechtigten Administrators versandt werden, z. B. von der Geschäftsführung einer Einrichtung an die Belegschaft. Famedly biete ferner eine Videokommunikationsfunktion an, die in die TIM-Lösung aufgrund der Definition der ersten Ausbaustufe vorerst nicht integriert werde.

Herr Kurtz geht sodann auf **fallbezogene Gruppenchats** ein. Die **Einrichtung für einen spezifischen Fall** erfolgt automatisch über eine FHIR-ID aus dem Primärsystem. **Bisher wurde die Erstellung dieser nur innerhalb von Krankenhäusern und ihren KIS umgesetzt. Dies liege insbesondere daran, dass die von den PVS verwendeten Standards leider stark veraltet sind,** sodass Famedly nicht mehr rückwärts kompatibel mit diesen arbeiten könne. Es habe dazu bereits viel Austausch mit PVS-Anbietern gegeben, die bisher zu keiner Verbesserung oder Lösung der Probleme geführt haben. Es bestünden daher weiterhin große Herausforderungen.

Aus dem Plenum wird geäußert, dass die **von den PVS verwendete GDT-Schnittstelle zwar veraltet sei, es sich aber um eine Textdatei handle, die bedienbar sein sollte.** Herr Kurtz gibt ihm grundsätzlich Recht, das **eigentliche Problem sei der Zugriff auf eine Patienten-ID beim Eintreten eines Behandlungsfalls.** Die ID sei für die Fallzuordnung entscheidend. Im Krankenhaussetting löst die Aufnahme eines Patienten den Versand einer HL7 ADT-Nachricht aus, die zur Übermittlung von Informationen zu Aufnahme, Entlassung und Verlegung dienen (ADT: Admission Discharge Transfer). Die ADT-Nachricht enthält eine fallbezogene ID. Bei der Fall ID könne es sich um einen Master Patient Index (MPI) oder eine KIS-Kennung handeln. Der MPI eigne sich am besten, da dann Daten in jegliches System des Krankenhauses übertragbar seien. Famedly erhält diese Nachricht und kann entsprechend den fallbezogenen Chatraum erstellen. **Hochkomplex sei jedoch auch im Krankenhaussetting noch die automatisierte Erstellung der Care-Teams, die am jeweiligen fallbezogenen Chat beteiligt werden sollen.** Hier sei häufig noch händische Nachpflege erforderlich. In der Pilotierung im Krankenhaus erfolge einmal stündlich eine Übertragung der Famedly-Daten ins KIS. Dabei werden die FHIR-basierten Famedly-Daten zunächst auf den älteren Standard HL7 ORU gemappt, der sodann automatisch über die genutzte fallbezogene ID ins KIS importiert werde. Bei Entlassung wird der Chat dann automatisch geschlossen und archiviert.

In der ambulanten ärztlichen Versorgung sei der **Datenrückfluss** statt auf Basis des Standards HL7 ORU auf der Basis von GDT zwar **durchaus möglich, problematisch sei die automatische Einrichtung des fallbezogenen Chatraumes**. Ein Teilnehmender ergänzt, dass dies **manuell mit der Versendung der Patienten-ID als eine GDT-Nachricht in einigen PVS handhabbar sei**. Herr Kurtz gibt zu bedenken, dass die Übertragung des Use Cases von Famedly in der internen Kommunikation vom Krankenhaus auf die Arztpraxis als wenig nutzenstiftend eingeschätzt wird, da i. d. R. kein entsprechender interner Kommunikationsbedarf zu einem Fall bestehe und entsprechend innerhalb einer Praxis keine Fallakte benötigt werde. Diese Argumentation hätten auch die PVS-Hersteller im gemeinsamen Austausch angebracht. Der Teilnehmende teilt diese Einschätzung. Er wiederholt seine These, dass der **derzeit priorisierte Use Case von TIM die Anwendung in der internen Kommunikation eines Krankenhauses darstelle. Viel größeres Potenzial liege aber in der intersektoralen Verwendung über das gesamte Versorgungssystem hinweg**. Frau Dr. Groß ergänzt, dass der **Ärztliche Beirat sich von TIM einen Kommunikationskanal wünsche, der in Richtung einer einrichtungsübergreifenden Fallakte geht**.

Herr Kurtz kann sich vorstellen, dass man **perspektivisch patientenzentrierte Chaträume etwa mit der ePA des Patienten verknüpft** und darüber eine Kommunikation über den gesamten Versorgungspfad eines Patienten hinweg zwischen den jeweils Versorgungsbeteiligten ermöglicht. Ggf. ist **auch keine Verknüpfung, weder mit einer ePA noch mit den Primärsystemen der beteiligten Leistungserbringenden, denkbar, wenn der informelle Austausch ausreiche**. Bei der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Nutzung über verschiedene Gesundheitseinrichtungen hinweg stehen wir bei der Verknüpfung mit den jeweils genutzten Primärsystemen vor dem Problem, dass jedes System einen anderen Identifier verwendet.

Herr Dr. Dr. Bickmann stellt die Frage, warum es nicht möglich sei, einen **GKV-übergreifenden Identifier** zu nutzen. Herr Kurtz berichtet, dass die **Einrichtung patientenbezogener Chaträume auf Basis der Krankenversicherungsnummer denkbar** wäre. Zugleich würden für die Nutzenden von TIM die bestehenden Identitäten wiederverwendet, d. h. dieselben Identity Provider wie für andere TI-Anwendungen herangezogen. In der ersten Ausbaustufe werde dies für die Leistungserbringenden auch bereits so gehandhabt. **Schwierig werde es an der Stelle, wo ein Fallbezug hergestellt werden soll**, z. B. aus Abrechnungsgründen. Denn eine einrichtungsübergreifende Fallkennung gebe es nicht.

Herr Kurtz schließt seinen Beitrag mit einem Einblick in die positive Evaluation des Einsatzes von Famedly am Universitätsklinikum Frankfurt von Seiten des zuständigen Chief Medical Information Officers. **Insgesamt stelle Famedly eine Lösung dar, die bereits erfolgreich eingesetzt wird und nicht auf die Zulassung durch die gematik als TIM wartet, um erstmalig eingesetzt zu werden**. Der wichtigste Vorteil von Famedly und TIM im Allgemeinen sei die **hinreichende Sicherheit**, die sie der flüchtigen Ad-hoc-Kommunikation im medizinischen Kontext bieten.

Diskussion

Aus dem Plenum wird die Nachfrage gestellt, ob die **Videokommunikationsfunktion von Famedly** auch für die **Erbringung telemedizinischer Leistungen** nutzbar ist. Herr Kurtz erläutert, dass dies für Telekonsile zwischen verschiedenen Leistungserbringenden der Fall ist, derzeit aber (noch) nicht für die Erbringung von

Videosprechstunden zwischen Leistungserbringenden und Patienten, da die entsprechende Zertifizierung durch unabhängige Stellen gemäß den Vorgaben von KBV und GKV-Spitzenverband (Anlage 31b BMV-Ä) bisher fehlt. Famedly überlege derzeit intern, ob sie die Zertifizierung für die Zwischenzeit bis zur Hinzunahme der Videokommunikationsfunktion in TIM im Rahmen seiner dritten Ausbaustufe durchführen oder alternativ auf die dritte Ausbaustufe warten.

Ein Teilnehmender fragt nach dem **Sinn bzw. den Anwendungsfällen von TIM im Rahmen der internen Kommunikation eines Krankenhauses**. Er geht davon aus, dass Daten (Labordaten, Bilddaten, Befunde) über das KIS übertragen und der anfordernden Person bereitgestellt werden und dass TIM als mobiler Dienst auf dem Handy der Mitarbeitenden für Abklärungen auf dem kleinen Dienstweg nebenher genutzt werden. Herr Kurtz bestätigt die Einschätzung des Teilnehmenden. **TIM ermögliche Kommunikation auf dem kleinen Dienstweg**. Er ergänzt Erfahrungsberichte der Kunden von Famedly. Der Top-Anwendungsfall bei den Famedly-Kunden Universitätsklinikum Frankfurt und Charité Berlin sei die Versendung eines Fotos von einer Information aus einer Patientenakte, um eine konkrete Rückfrage im Hinblick auf diese Information zu stellen. Beim Kunden Universitätsklinikum Leipzig sei der wichtigste Anwendungsfall die Rückfrage von Pflegekräften zum Inhalt ärztlicher Einträge in papierbasierte Akten aufgrund schlechter Lesbarkeiten. Die Anwendungsfälle seien generell sehr breit gestreut und würden über die von Famedly erwarteten Nutzungsszenarien weit hinausgehen.

Der Teilnehmende stellt eine ergänzende Nachfrage zur **Dokumentation der Kommunikation über den Messengerdienst in der Patientenakte im Hinblick auf ausgetauschtes Bildmaterial**. Herr Kurtz erklärt, dass dies grundsätzlich über den vorgestellten automatischen Datenrückfluss mittels einer entsprechenden Primärsystem-Integration erreicht werde. Allerdings seien die verwendeten Schnittstellen nicht gut für die Übertragung strukturierter Bilddaten geeignet. Der Aspekt des Bilddatenrückflusses stelle daher gegenwärtig eine Herausforderung dar. Behelfsweise sei zumindest der Rückfluss in Form eines PDF-Dokuments möglich.

Eine weitere Herausforderung bilde aus Sicht von Herrn Kurtz der bestehende **Interessenkonflikt beim Datenrückfluss**. Einerseits wird aus Gründen der medizinischen Nachvollziehbarkeit der Behandlungsmaßnahmen auch zur haftungsrechtlichen Absicherung ein möglichst weitgehender Datenrückfluss in die Patientenakten der Primärsysteme gefordert, andererseits stehen dem z. T. die Bedürfnisse der Mitarbeitenden, vertreten durch Betriebsräte, entgegen. Etwa Gruppenchats müssten aus Sicht von Betriebsräten geschützte Räume der Kommunikation bleiben und die Kommunikation dürfe nicht gegen die Mitarbeitenden verwendet werden können, was beim automatischen Datenrückfluss in die Patientenakten jedoch der Fall wäre. Diskussionen zu diesen Themen führe Herr Kurtz alltäglich mit Kunden. Als Lösung etabliert habe sich die Trennung in solche Chats ohne Datenrückfluss und ohne Einsicht durch andere Personen als die Chat-Teilnehmenden einerseits und solche Chats mit Datenrückfluss andererseits. Die Nutzenden müssen dann entsprechend in der Verwendung geschult werden. Frau Dr. Groß ergänzt, dass diese Komplexitätssteigerung mit höherem zeitlichem Aufwand verbunden sei. Der Teilnehmende, der die vorherige Rückfrage gestellt hat, signalisiert, dass er **für die ambulante Arztpraxis**, in der aus seiner Sicht keine Kommunikation über die mobile Lösung erforderlich sei, **keinen Bedarf von TIM** sehe. Die sich anbietenden Kommunikationsbedarfe ließen sich hinreichend über KIM abwickeln.

Herr Kurtz sieht **in der ambulanten Versorgung den Anwendungsfall vordergründig in der akuten Kommunikation mit anderen Einrichtungen**, die schnell abklärungsbedürftig sind und heute i. d. R. synchron z. B. telefonisch mit z. T. hohem Zeitaufwand aufgrund fehlender Erreichbarkeiten und Rückruferfordernissen abgewickelt werden. Über TIM kann die Anfrage schnell und bei der korrekten Stelle platziert werden, der Empfangende kann aber asynchron antworten, wenn es ihm gerade passt. Konkrete Anwendungsfälle könnten die Abklärung einer eigenen Rückfrage zur verordneten Entlassmedikation nach dem stationären Aufenthalt eines Patienten sein oder umgekehrt die Abklärung einer Rückfrage des Pflegedienstes, der einen Patienten der eigenen Arztpraxis betreut. Herr Kurtz fasst diese Anwendungsfälle im ambulanten Bereich als **transaktionale Anwendungsfälle** zusammen.

Ein Teilnehmender hakt nach, ob **das für die ePA** im Rahmen der Umstellung auf die Opt-out-Regelung gemäß den aktuellen Referentenentwürfen von Digital-Gesetz und Gesundheitsdatennutzungsgesetz **vorgesehene feingranulare Berechtigungsmanagement in ähnlicher Form auch für TIM angewendet** werden soll. Der Teilnehmende schätzt, dass der Austausch von Patientendaten über TIM rechtlich bewertet werden müsste vor dem Hintergrund des auf die ePA angewendeten Berechtigungsmanagements. Herr Frank antwortet, dass innerhalb der gematik Abstimmungen zwischen den beiden ePA bzw. TIM verantwortenden Abteilungen stattfinden. Zur ePA werden im Dezember zwei neue Fachkonzepte veröffentlicht. Die Fachkonzepte werden auch das Berechtigungsmanagement abdecken, einschließlich TIM 2.0 (2. Ausbaustufe mit Zusammenführung von TIM mit der ePA) als die TIM-Version, für die das patientenseitige Berechtigungsmanagement relevant werde.

Der Teilnehmende stellt eine weitere Frage zur **Problematik der redundanten Datenhaltung**, die durch die Übertragung von Primärsystem-Daten in TIM erzeugt werde. Er fragt nach, wo die in TIM ausgetauschten, ggf. behandlungsrelevanten Informationen persistieren bzw. dauerhaft gespeichert werden. Herr Kurtz antwortet, dass TIM kein Speicherort für Daten sei, sondern es sich stets um flüchtige Daten handle. Wenn in TIM ausgetauschte Daten dauerhaft gespeichert werden sollen, geht dies nur über andere Systeme, wie die Primärsysteme der Leistungserbringenden oder ggf. perspektivisch die ePA, durch entsprechenden **Datenrückfluss**. TIM würde sich im Gegenteil auch gar nicht als Speichertool eignen, da es aus dem Datenschutz heraus eine Löschpflicht gebe. Frau Dr. Groß und ein Teilnehmender bemängeln, dass es für die Übertragung keine Vorgaben gebe. Herr Kurtz ergänzt, dass es zwei Ansätze gebe. Zum einen könne die Speicherung über einen automatischen Datenrückfluss mittels entsprechender Integration in die Primärsysteme erfolgen, wie dies am Universitätsklinikums Frankfurt gehandhabt werde und zuvor von Herrn Kurtz vorgestellt wurde. Zum anderen sei es möglich, auf die händische Übertragung in die Primärsysteme zu setzen, analog zum heutigen Umgang mit einer E-Mail, einem Fax oder einem Telefonanruf. Dies werde etwa in der Charité so gehandhabt. Hier gebe es dann eine entsprechend Arbeitsanweisung, die besagt, dass jegliche behandlungsrelevante TIM-Kommunikation händisch nachdokumentiert werden müsse. Die Arbeitslast liege dann beim TIM-nutzenden Leistungserbringenden selbst.

Ein Teilnehmender von Seiten der KVNO berichtet, dass diese eine **Schnittstelle zwischen TIM und PVS zwecks Archivierungsmöglichkeit gefordert** habe. Er geht davon aus, dass, wenn sich im nächsten Jahr der Markt entwickelt, **PVS-Anbietende eng mit TIM-Anbietenden zusammenarbeiten** werden. Vermutlich würden PVS-Anbietende dann für jeweils mindestens eine entsprechend ihren Kunden empfohlene TIM-Lösung die Tiefenintegration ins PVS ermöglichen. Der Teilnehmende hakt ferner nach, **wann es denn losgeht, also die erste TIM-Zulassung vorliegt**, nachdem dies

mehrmals nach hinten verschoben wurde. Herr Frank berichtet, dass es **im ersten Quartal 2024** losgehen soll. Die Referenzimplementierung werde übermorgen an die derzeit sechs Hersteller im Zulassungsprozess übermorgen ausgegeben. Die Zulassungsverfahren beinhalten Sicherheitsgutachten, die z. T. bis Ende des Jahres, z. T. bis in das erste Quartal 2024 hinein, laufen. Die Zulassungsteilnehmenden vollenden ihre zulassungsbezogenen Arbeiten voraussichtlich bis Februar bzw. März 2024. Im Anschluss werden Zulassungen ausgesprochen. In Q1 2024 werde sich der Markt formieren. Die Marktteilnehmenden werden dann voraussichtlich auf der DMEA-Messe Anfang April ihre Lösungen präsentieren. Unter den ersten Anbietern befänden sich Primärsystem-Hersteller oder Unternehmen, die ihre Lösungen an Primärsystem-Hersteller verkaufen. D. h. es seien **bereits erste Schritte zur Integration von PVS und TIM erkennbar, ohne dass die gematik entsprechende Vorgaben gemacht habe**. Die gematik sehe aber vor, **Implementierungsleitfäden für PVS-Hersteller**, analog zu denen für die E-Rezept-Anwendung, zu entwickeln und zu veröffentlichen.

Herr Dr. Dr. Bickmann äußert als potenzieller Anwendender von TIM seine **Erwartung, dass substantielle Informationen von TIM ins PVS übertragen** werden. Im medizinischen Kontext müsse jede erbrachte Leistung dokumentiert, honoriert und als solche identifiziert werden (können). Dies gelte etwa für konsiliarische Leistungen, die über TIM perspektivisch abgewickelt werden könnten. Die **Erwartung von Anbietern medizinischer Leistungen an ein solches Kommunikationstool sei die Schaffung einer dokumentations-sicheren, honorarbegründenden und haftungsrechtlich nutzbaren Grundlage**. Entscheidend sei die unabhängig vom genutzten Kommunikationstool gegebene **hohe Verbindlichkeit der von medizinischem Personal getätigten Aussagen. Diese Verbindlichkeit bedürfe einer hohen Dokumentationsqualität**, um Ursachen von Behandlungsfehlern überprüfen zu können, gerade auch für juristische Verfahren. Grundvoraussetzungen dessen würden durch die TIM-Lösungen bisher nicht erfüllt. Herr Frank bedankt sich für die klaren Worte und versteht die Aussage als Forderung, dass Verbindlichkeit der Kommunikation in TIM benötigt werde. Diese Forderung könne zu einem späteren Zeitpunkt erfüllt werden, jedoch nicht von Anfang an.

Ein Teilnehmender von Seiten der KVWL ergänzt, dass **ggf. aktuell ein Stück weit eine falsche Vorstellung vorherrsche, wofür TIM letztendlich in der Breite Einsatz finden wird**. Bei Telekonsilen geht er eher davon aus, dass deren Basis künftig eine Kombination aus einem zertifizierten Videokommunikationsdienst und der ePA sein könnte, über die die Informationen dann automatisiert an alle relevanten Stellen gelangt. **Er kommentiert vorherige Aussagen aus dem Plenum, dass der TIM nicht zur Realität der internen Kommunikationsprozesse von Arztpraxen passe**. Ihm seien heute schon mindestens 30 Praxen im Raum Westfalen-Lippe bekannt, die PVS-integrierte, interne Messenger nutzen. Durch die veränderten Prozesse in den Praxen im Zuge des E-Rezepts, das statt am Empfangstresen der Praxis direkt am Arzt-Arbeitsplatz signiert wird, würde interne organisatorische Ad-hoc-Kommunikation vermehrt auf digitalem Wege ablaufen. Der Trend nehme über das E-Rezept hinaus noch weiter zu. **Es sei v. a. die organisatorische Kommunikation in Mikroprozessen, die als zentraler Anwendungsfall von Messengerdiensten nicht nur im Krankenhaussetting, sondern auch in ambulanten Praxen derzeit vorherrsche**. Die praktische Realität nach Markteintritt von TIM werde zeigen, für welche Anwendungsfälle die Nutzenden diesen dann letztendlich verwenden (möchten). Ferner bekräftigt der Teilnehmende die Anmerkung aus dem Plenum, dass wenn es um medizinische Kommunikation geht, diese in die ePA bzw. die institutionelle Patientenakte zu übertragen ist.

Frau Dr. Groß fasst zusammen, dass die **denkbaren Nutzungsszenarien in der ambulanten Versorgung von der Verwendung im Sinne einer EFA bis hin zu einer Nutzung äquivalent zu einer Kommunikation via Lautsprecheranlage in der Praxis** reichen. Beide Anwendungsfälle seien wichtig. Es würden digitale Kommunikationslösungen zur Unterstützung sowohl der einfachen Kommunikation im Praxisteam als auch der fachlichen einrichtungsübergreifenden Kommunikation von Behandelnden benötigt. Nur letztere müsse verlässlich dokumentiert werden. Hilfreich wäre eine (intelligente) Lösung, die den Nutzenden die Entscheidung zwischen beiden Anwendungsfällen zu unterscheiden, erspart. Der Ärztliche Beirat stehe gerne zur Diskussion mit gematik ebenso wie mit Herstellern digitaler Lösungen bereit, um zu mehr Passgenauigkeit von Anwendungen im Hinblick auf die Bedürfnisse der nutzenden Leistungserbringenden beizutragen.

Herr Frank und Herr Kurtz bedanken sich abschließend für den Input. Herr Kurtz schätzt den Austausch mit (potenziellen) Nutzenden, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung entlang der Bedürfnisse der Nutzenden zu erreichen. Er ist überzeugt, dass sichere Messengerdienste im Gesundheitswesen gebraucht werden. Eine zunehmend tiefere Integration der Anwendungen könne ihren Nutzen maximieren. Daran gelte es gemeinsam zu arbeiten. Herr Frank schätzt den heutigen Realitätscheck aus der Sicht von potenziellen Nutzenden. Er nehme Sorgen, Kritik, Forderungen und Wünsche des Plenums mit. Ein erneuter Austausch nach Markteintritt von TIM wird begrüßt. Frau Dr. Groß bedankt sich bei beiden Referenten und sichert zu, dass der Ärztliche Beirat die Entwicklung von TIM weiterverfolgen werde und ggf. weitere gemeinsame Termine einplane.

TOP 5 Verschiedenes

Die nächsten Termine:

- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 24. Januar 2024 um 15:00 Uhr statt. Wenn zusätzlich zur digitalen Teilnahme die Präsenzteilnahme angeboten wird, finde der Präsenzteil in der KVWL in Dortmund statt.
- (Die Vorbesprechung zur nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats fand unmittelbar im Anschluss der heutigen Sitzung statt, um den Dezember von Beiratsterminen freizuhalten.)