

**Protokoll
der 80. Sitzung des Ärztlichen Beirates
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
am Mittwoch, den 20. März 2024
in Präsenz in der Ärztekammer Nordrhein
und per Videokonferenz (hybrid)**

Vorsitz:	Frau Dr. Christiane Groß, M.A., Herr Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann
Protokoll:	Saskia Schlesinger, ZTG GmbH
Gäste	Herr Charly Bunar, Produktmanager, gematik GmbH Herr Markus Wiesenberg, Team Lead Business Team Research, gematik GmbH Herr Jakob Scholz, stellv. Geschäftsbereichsleiter IT & Digital Health bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) Herr Dr. med. André T. Nemat, Ärztlicher Direktor, Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH
Anwesend:	s. Teilnehmerliste
Beginn:	15.00 Uhr
Ende:	17.00 Uhr

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Protokoll auf eine geschlechterdifferenzierte Formulierung verzichtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Begriffe wie Arzt, Patient, Mitglied usw. immer auch für die weibliche Form stehen, es sei denn, es wird ausdrücklich auf die männliche oder weibliche Form hingewiesen.

TOP 1 Begrüßung

Frau Dr. Groß begrüßt alle teilnehmenden Mitglieder und Gäste herzlich. Im Anschluss führt sie kurz durch die Tagesordnungspunkte der heutigen Sitzung.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 24.01.2024

Es wurden keine Änderungswünsche vorgetragen. Das Protokoll der Sitzung vom 24.01.2024 gilt damit als genehmigt.

TOP 3 Aktueller Sachstand: Telematikinfrastruktur (TI) (Charly Bunar, Markus Wiesenberg)

Herr Gottwald lässt sich für diese Sitzung entschuldigen. Ihn vertreten Herr Bunar und Herr Wiesenberg. Herr Bunar gibt einen kurzen Überblick zum aktuellen Stand des e-Rezepts aus Sicht der gematik.

E-Rezept:

Die Zahlen gehen nach oben und es gibt nach wie vor einen großen Zuspruch. **118 Millionen e-Rezepte wurden bislang eingelöst.** Zudem gab es **1,8 Millionen Downloads der e-Rezept App.** Die gematik führt regelmäßig neue Features in die App ein – das neueste ist eine Einnahmeerinnerung. Im Appstore wird die App von den Nutzern insgesamt positiv bewertet.

Im Folgenden beschreibt Herr Bunar die **aktuellen Probleme des e-Rezepts.** Für viele Praxen ist es derzeit problematisch, sich mit der TI zu verbinden und als Einrichtung zu identifizieren (insbesondere montagsmorgens). Die gematik hat sich technisch mit dem Thema auseinandergesetzt und die Zertifikatsprüfung genauer begutachtet. Nach aktuellem Stand liegt die Ursache beim **OCSP-Responder von der Firma medisign GmbH** (Sitz in Düsseldorf). Die gematik unterstützt derzeit medisign bei der Fehlerbehebung. Erste Verbesserungen gibt es bereits. Ob die Fehlerbehebung erfolgreich war, lässt sich abschließend erst am kommenden Montag (25. März 2024) sagen, wenn sich Praxen nach dem Wochenende wieder mit der TI verbinden. Herr Bunar betont, dass das beschriebene Problem kein genuiner oder technischer Fehler des e-Rezepts sei, sondern ein Problem einer Komponente der TI eines spezifischen Anbieters. Die TI und das e-Rezept funktionieren weiterhin. Dennoch waren etwa 30 Prozent der Einrichtungen davon betroffen.

Rückfragen:

Ein Teilnehmer weist darauf hin, dass es sich bei medisign um einen der wichtigsten Provider für die TI handelt. Er fragt, ob die **Spezifikation** vonseiten der gematik nicht genau war oder ob medisign die Spezifikation nicht eingehalten habe. Darüber hinaus fragt er, welche Konsequenzen die gematik daraus ableite.

Herr Bunar antwortet, dass sich die gematik derzeit noch in der Problemanalyse befindet. Nach aktuellem Stand liegt das Problem weder in der Spezifikation noch in der Umsetzung des Produkts. Vielmehr geht es um IT-Servicemanagement, Betriebsstabilität und Robustheit des Services. Die gematik zieht derzeitig Learnings aus der Situation und prüft, was dies für Serviceprovider anderer Produkte bedeutet, um Produktausfälle zukünftig zu vermeiden. Konkretere Informationen wird es in den nächsten Tagen und Wochen geben.

Herr Dr. Dr. Bickmann fragt daraufhin, ob der beschriebene Fehler theoretisch zukünftig **Auswirkungen auf Funktionen der ePA** haben könnte.

Herr Bunar antwortet, dass dies theoretisch und technisch vorstellbar sei. Grundsätzlich gebe es mehrere zentrale Komponenten von wenigen Anbietern, die für diverse TI-Anwendungen relevant seien – bspw. Signaturdienst, Zeitdienst, Zertifikatsdienst. Solche Fehler gelte es in Zukunft zu vermeiden. Die gematik hat mit dem e-Rezept und der Gesundheits-ID in den letzten Monaten viele Erfahrungswerte zur Einführung von Massenanwendungen sammeln können, woraus man für die Einführung weiterer Anwendungen viel lernen könne.

Frau Dr. Groß weist im Anschluss darauf hin, dass **viele Apotheken derzeit Probleme mit dem e-Rezept** melden. Patienten kommen in die Apotheke und das e-Rezept ist noch nicht da. Sie fragt, ob man hier von einer relevanten Zahl sprechen kann.

Herr Bunar antwortet, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt. Dennoch gebe es keine Transparenz bzgl. der genauen Anzahl. Auch in diesem Fall sei das e-Rezept nicht fehlerhaft. Das Problem liege darin begründet, welchen Signaturtyp Arztpraxen bei der Ausstellung von e-Rezepten nutzen. Viele Praxen verwenden derzeit die **Stapelsignatur anstelle der Komfortsignatur**. Das Problem: Bei der Stapelsignatur kann es zu zeitlichen Verzögerungen kommen, da Rezepte zwischengespeichert und erst später signiert werden. Dadurch kann es passieren, dass Patienten schon in der Apotheke stehen und das Rezept noch nicht da ist. Die Stapelsignatur habe in einigen Fällen Relevanz; z.B. bei einer Rezeptanfrage von außerhalb oder wenn ein Rezept, aufgrund des Medikationsplans erstellt werde, und der Arzt dies noch prüfen müsse. Bei der Komfortsignatur, die die gematik seit zwei Jahren bereitstellt, komme die Signatur in Realzeit ohne zeitliche Differenz direkt auf dem Server an. Für die tägliche Ausstellung von Rezepten im Praxisalltag empfiehlt die gematik daher die Komfortsignatur.

Ein Teilnehmer sieht das Problem bei den PVS-Systemen. Hier sei die Komfort- und Stapelsignatur teilweise so miserabel umgesetzt, dass nicht die Möglichkeit bestehe, unterschiedliche Signaturvarianten zu nutzen. Die Kommunikation zu diesem Sachverhalt sollte sich daher verbessern. Der Teilnehmer fragt, ob man sehen könne, welche und wie viele Ärzte die Komfort- oder Stapelsignatur nutzen.

Herr Bunar antwortet, dass diese Unterscheidung nicht möglich sei. Die gematik arbeite eng mit Anbietern der Primärsysteme zusammen und identifiziere Wege für eine gelungene Umsetzung des e-Rezepts. Im Leitfaden der gematik gebe es viele Beispiele (Beispielbildschirme und Klickpfade), die bei der Implementierung helfen. Die gematik arbeite weiterhin im Industriedialog mit den Herstellern und biete Sprechstunden an. Kommunikation in Richtung Industrie, Ärzteschaft und Apotheken sei wichtig, um zu klären, worin die Probleme liegen. Die gematik wird weiterhin Informationsmaterialien zur Verfügung stellen.

Im Folgenden spricht ein Teilnehmer das PVS-System TURBOMED an, welches er selbst in seiner Praxis nutzt. Mit TURBOMED könne er keine **Privatrezepte für Kassenpatienten** ausstellen. Mit anderen Primärsystemen sei dies möglich. Er fragt, ob die gematik dies spezifiziert habe oder was der Grund dafür sei.

Herr Bunar sieht die Ursache beim Primärsystem – einige Systeme können Privatrezepte ausstellen, andere nicht. Die gematik versucht kommunikativ darauf hinzuwirken, dass bald alle Primärsysteme Privatrezepte ausstellen können.

Abschließend ergänzt Herr Scholz (KVWL), dass die Zufriedenheit von Arztpraxen mit der TI eng damit zusammenhänge, welches Primärsystem sie nutzten. Beim Bundesgesundheitsministerium sei mittlerweile angekommen, dass der Markt dahingehend unter Druck gesetzt werden müsse, nur solche Systeme zuzulassen, die in den Praxen gut performen. Die gematik unterstützt in dieser Angelegenheit bereits mit dem sogenannten **TI-Score**. Darin lässt sich sehen, wie gut einzelne PVS-Systeme bspw. das e-Rezept umgesetzt haben.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber die Kassenärztliche Bundesvereinigung nun dazu befähigt, **Rahmenvereinbarungen mit Herstellern und Anbietern informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung** zu schließen (§ 332b SGB V). Darin sollen verschiedene Kriterien zur Messung der Qualität von PVS-Systemen hinterlegt sein. Wenn ein Hersteller diese Vorgaben

erfüllt, kann er innerhalb dieser Rahmenvereinbarung Verträge abschließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zukünftig bei der Digitalberatung von Praxen auf die Rahmenvereinbarung verweisen und Hersteller empfehlen, die gelistet sind und die Kriterien erfüllen. Das BMG plant mit nächsten Gesetzen weiter darauf einzuwirken, dass TI-Anwendungen in den Systemen vernünftig umgesetzt sind – eine Perspektive, die Hoffnung mache, dass bei zukünftigen Anwendungen (z. B. KIM, TIM, ePA) eine bessere Umsetzung in den Systemen gelingt und die gematik dazu befähigt wird, stärkere Vorgaben zu machen.

Überblick zu den Nutzungszahlen diverser TI-Anwendungen:

Im Folgenden gibt Herr Wiesenberg einen Überblick zu den Nutzungszahlen verschiedener TI-Anwendungen (Stand 19.3.2024).

Täglich werden 1 bis 1,5 Millionen **KIM-Nachrichten** verschickt (300 Millionen insgesamt).

Täglich werden 500.000 bis 750.000 **eAUs** ausgestellt (200 Millionen insgesamt).

Trotz der fragwürdigen Umsetzung des **eArztbriefes** in einigen PVS-Systemen gibt es auch hier einen Aufwärtstrend. Täglich werden 120.000 eArztbriefe verschickt (24 Millionen insgesamt).

Beim **e-Rezept** werden täglich 2 Millionen Exemplare ausgestellt und 1,5 Millionen e-Rezepte eingelöst.

Auch bei der **ePA** gibt es einen Aufwind – steigende Zahlen bei den Aktenkonten und 15.000 tägliche Zugriffe auf ePAs durch Leistungserbringer. Die ePA kommt zum Einsatz – gerade dort, wo Patienten weiter weg von ihren Arztpraxen wohnen.

Auch die Zahl der Anträge von Pflegeeinrichtungen für die **Institutionskarte SMC-B** steigt; allerdings nur langsam. In Nordrhein-Westfalen sind von insgesamt 6.343 Pflegeeinrichtungen 634 Pflegeeinrichtungen an die TI angeschlossen (226 mehr im Vergleich zur letzten Sitzung am 24.01.2024).

Bezüglich **KIM** geht die gematik davon aus, dass alle Arztpraxen, alle Krankenhäuser und alle Zahnarztpraxen an KIM angebunden sind und den KIM-Dienst nutzen (mindestens die eAU). Auch die KIM-Kommunikation mit Apotheken ist mehr und mehr möglich. 13.000 Apotheken sind angebunden. Alle anderen Einrichtungen hängen etwas hinterher. Die Psychotherapie wartet noch auf den ersten richtigen Use Case. Auch hier sollte aber bald etwas kommen.

Auch die Zulassung des ersten **TI-Messenger** steht bevor. Im Juni wird der TI-Messenger in der Modellregion Hamburg pilotiert. Mindestens ein Anbieter (vielleicht auch zwei) werden in der Region Hamburg den TI-Messenger in verschiedenen Szenarien und Use Cases testen. Ein Ziel wird es sein zu zeigen, in welchen Fällen ein Messenger schon heute einen Mehrwert für die Versorgung bietet. Der TI-Messenger soll nach Einführung der ePA (2025) in die Apps der Krankenkassen integriert werden, sodass eine Leistungserbringer-Patienten-Kommunikation möglich ist – ausgehend vom Leistungserbringer. Der Patient kann nicht von selbst eine Kommunikation zum Leistungserbringer aufbauen.

In der **Modellregion Franken** läuft derzeit die Basispilotierung bekannter TI-Anwendungen. Hier geht es vor allem um die Praxistauglichkeit und die Implementierung der Anwendungen in die PVS-Systeme und die Primärsysteme. Darüber hinaus liegt ein Fokus auf dem intersektoralen Austausch. Krankenhäuser liegen bei der Nutzung von KIM noch weit zurück. Konkrete Beispiele sollen Krankenhäuser zur Nutzung ermutigen. Das neue Release KIM 1.53 ermöglicht Krankenhäusern KIM einfacher in ihr Primärsystem (KIS) zu integrieren. Die gematik reagiert damit auf Wünsche der KIS-Hersteller zu detaillierteren Vorgaben.

Rückfragen:

Herr Dr. Dr. Bickmann fragt, inwiefern eine Kontinuität für KIS-Systeme gewährleistet ist. Im Unterschied zu PVS-Systemen für Arztpraxen, die von der KBV regelmäßig vertragsmäßig zertifiziert werden, unterliegen KIS-Systeme keiner ständigen Zertifizierung und unterscheiden sich daher zwischen den Kliniken.

Der eArztbrief besitzt einen strukturierten Datensatz, an dem sich alle orientieren müssen. Auch der KIM-Dienst ist bspw. über E-Mail-Clients klar eingegrenzt und strukturiert. Was KIM angeht, kann es daher nicht zu großen Unterschieden beim Austausch kommen, so Herr Wiesenberg.

Eine Teilnehmerin fragt, welcher Anbieter für den TI-Messenger in der Modellregion Hamburg getestet wird. Weiterhin fragt sie, wie weit die gematik bzgl. des Medikationsplans bei der ePA sei.

Herr Wiesenberg antwortet, dass die gematik für den TI-Messenger noch keine Zulassung erteilt hat und er daher keine Namen von Anbietern nennen kann. Sobald eine Zulassung erteilt ist, wird man ab Juni in der Modellregion mit der Pilotierung starten und kann ab dann mehr berichten. Die zweite Frage wird zurückgestellt und in TOP 4 beantwortet.

Ein Teilnehmer fragt, ob es einen Grund gebe, warum derzeit so wenig Pflegeeinrichtungen an die TI angeschlossen seien.

Herr Wiesenberg erklärt, dass der Grund für den sehr langsam anlaufenden Anschluss von Pflegeheimen an die TI wahrscheinlich im Informationsdefizit liege. Vielen Heimen fehlen Informationen zur Antragsstellung.

Im Anschluss dankt Frau Dr. Groß Herrn Wiesenberg und Herrn Bunar für die ausführliche Berichterstattung und leitet zu TOP 4 über.

TOP 4 Bericht zum Pilotprojekt der KVWL zur Einführung der ePA (Herr Jakob Scholz, stellv. Geschäftsbereichsleiter IT & Digital Health, KVWL)

Bevor Herr Scholz seinen Bericht beginnt, gibt Herr Bunar einen kurzen Überblick zur ePA aus Sicht der gematik.

Inhalte der ePA:

Die neue Spezifikation der ePA ist am 30.1.2024 verabschiedet worden. Die Dokumente dazu wurden mit einer Vielzahl von Leistungserbringern in diversen Workshops überarbeitet – bundesweit und über verschiedene Professionen hinweg. Im St. Marien Hospital in Lünen bspw. nahm man im Kontext der Kardiologie einen indikationsspezifischen Blick ein. Unterfüttert wurde dies durch Demonstratoren, um Funktionalitäten für Primärsysteme abzugleichen.

Inhaltlich soll man in der ePA diverse Dokumente wiederfinden (bspw. Dokumente zur Medikation). In der Digitalstrategie des Bundes wird dies bereits berücksichtigt. Dort steht, dass Nutzende der ePA mit mindestens einem Arzneimittel eine **Medikationsübersicht** bekommen sollen. Es ist nicht genauer spezifiziert, ob es sich um eine Liste oder einen Plan handelt. Die gematik hat nun beides ermöglicht. Mit dem e-Rezept ist eine historische Übersicht der Medikation nicht möglich. Das e-Rezept ist ein funktionaler Dienst, der allein den Workflow abbildet, dass ein Rezept auf einem Server landet und eine Apotheke das Rezept abrufen kann, um das Medikament auszustellen. Die Archivierung und Information darüber, welche Medikamente bereits eingenommen wurden (auch außerhalb der eigenen Praxis) fehlen beim e-Rezept. Deshalb sollen diese Informationen nun in die ePA eingeführt werden. Zukünftig sollen weitere Dokumente hinzukommen, wie bspw. **eArztbriefe aus der Arztpraxis, Entlassungsbriege aus dem Krankenhaus, Dokumente der Versicherten und der Krankenkasse** (Abrechnungsdaten) oder **digitale Gesundheitsanwendungen**. Inhaltlich widmet sich die gematik derzeit aus Prozessperspektive dem Thema, wie sich **Laborbefund und Bildbefund** in die ePA einführen lassen. Hier geht es um Fragen wie: Wer hat Zugriff auf die Akte? Wer kann Daten ablegen? Wie gelangt per KIM die Information an den Arzt?

Zugriff auf die ePA:

Für die ePA ist zukünftig ein **niederschwelliger Zugriff** geplant. Bei der bisherigen Opt-in-ePA muss der Patient selbst aktiv werden und Dokumente freigeben. Geht ein Patient zukünftig in ein Krankenhaus und liest die eGK ein, wird ein sogenannter **Behandlungskontext** eröffnet. In diesem Zuge wird das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) abgerufen. Dadurch kann eine Praxis für 90 Tage mit der ePA arbeiten. Eine Apotheke kann für drei Tage mit der ePA arbeiten. Die Zugriffe erlöschen automatisch nach 90 Tagen (über das Quartalsende hinaus). Patienten können den Zugriff auch vorzeitig beenden und verweigern. Darüber hinaus können sie ausgewählte Dokumente verbergen, die dann für Leistungserbringer unkenntlich sind. Dies funktioniert über die Ombudsstelle der Krankenkasse oder per ePA-App. Einem Vertrauensleistungserbringer (bspw. einem Haus- oder Facharzt) können Patienten auch dauerhaft oder für einen längeren Zeitraum Zugriffe einrichten.

E-Rezept-Daten werden zukünftig (ab 01.01.2025) automatisch in der ePA gespeichert. Patienten haben dann eine Medikationsliste der ausgestellten sowie eingelösten Rezepte. Zum 15.07.2025 wird diese um den Medikationsplan ergänzt. Ab dann können Gründe für Rezeptausstellungen und Einnahmehinweise hinzugefügt werden.

Kommunikative Einführung der ePA:

Beim Roll-Out der ePA geht es sowohl um die technische als auch die kommunikative Einführung. In dieser Zeit wird das Produkt entwickelt, getestet und zugelassen. Hinzukommt die Kommunikation sowohl zu den Leistungserbringern als auch zu den Patienten, um die Einstellung zur ePA positiv zu beeinflussen. Menschen sollen aktiviert werden, sich z. B. mit der Kassenapp auseinanderzusetzen. Zudem gilt es Leistungserbringer darüber aufzuklären, wie sie ePA benutzen können. Ähnliche Kommunikationsmaßnahmen wie beim e-Rezept, sollen auch für die ePA erfolgen.

Im Folgenden übergibt Herr Bunar den weiteren Bericht an Herr Scholz, der die Perspektive der KVen und weiterer Akteure im Gesundheitswesen zur ePA präsentiert. Zunächst ergänzt er allgemeine Infos zur ePA:

Die ePA ist eine **patientengeführte Akte**. Praxen haben die Möglichkeit mit anderen Leistungserbringern zu kommunizieren (in Einverständnis mit den Patienten). Die Daten liegen auf den entsprechenden ePA-Backends der Krankenkassen. Die **Primärdokumentation verbleibt im PVS**. Praxen haben die Möglichkeit Daten über das PVS in der ePA einzusehen und mit der ePA zu interagieren, Dokumente abzurufen und Dokumente in die ePA zu laden und Berechtigungsvergaben zu steuern (letzteres läuft hauptsächlich über die Versicherten und damit über die Krankenkassen). Patienten haben ein Anrecht auf ePA-Befüllung mit aktuellen Behandlungsdaten. Sämtliche Daten aus Vorbehandlungen müssen Praxen allerdings nicht in die ePA stellen. Praxen müssen alle Komponenten vorhalten, die notwendig sind, um mit der ePA zu arbeiten. Die ePA speist sich aus drei Containern: Leistungserbringer-Daten, (Abrechnungs-) Daten der Krankenkassen und Daten, die durch den Versicherten selbst eingestellt werden.

Vorteile für Leistungserbringer: Sämtliche Krankenhäuser, Praxen und angeschlossene Einrichtungen können die ePA ohne aktives Einwirken der Patienten einsehen. Dafür reicht das Einstecken der eGK – anders als bei der ePA 1.0, bei der noch einige Zugriffsbarrieren existierten (z. B. PIN-Eingabe, AGB-Zustimmung). Langfristig soll die ePA einen vollumfassenden Blick auf den Gesundheitszustand des Patienten bieten. Die ePA füllt sich weiter mit neuen Daten. Alte Daten werden nur auf Wunsch des Patienten gelöscht. Die ePA bietet eine Filterfunktion, allerdings noch keine Kontextsuche. Die Nutzung der ePA aus dem PVS-System heraus soll mit möglichst geringem Aufwand möglich sein. Daten sollen ohne Kontrollverlust, wenn möglich, automatisiert eingestellt werden können. Patienten haben immer die Möglichkeit darüber zu entscheiden, welche Daten eingestellt werden und welche nicht.

Risiken und Schwierigkeiten: Viele der genannten Vorteile ergeben sich nur bei guter Unterstützung durch die PVS-Systeme. Bei einem flächendeckenden Roll-Out der ePA sollte daher gewährleistet sein, dass die Primärsysteme gut funktionieren. Darüber hinaus werden sicherlich einige Patienten ältere Behandlungsdaten in die ePA laden wollen, was je nach Behandlungsfall auch sinnvoll sein kann. Dies bedeutet zusätzlichen Aufwand für die Praxen. Des Weiteren birgt die ePA die Gefahr, dass Ärzte sowie MFAs als digitale Berater agieren und Patienten zu Funktionen der ePA aufklären müssen.

Für Praxen gibt es per Gesetz **keine Kenntnisnahmepflicht** der ePA-Daten. Entscheidend ist das mündliche Anamnesegespräch. Ärzte sollten allerdings ihre

Patienten fragen, ob vorherige Behandlungsdaten in der ePA vorliegen. Dafür brauchen Praxen Handlungssicherheit. Welche Informationen müssen und können sie nutzen? Dürfen sie die ePA ignorieren und sich allein auf das Anamnesegespräch stützen? Diese Fragen müssen noch abschließend beantwortet werden.

Über den **TI-Score der gematik** können Praxen einsehen, welche Primärsysteme die ePA gut umgesetzt haben und welche Funktionalitäten ggf. noch fehlen. Auch Daten zur Usability sollen dort einsehbar sein. Die Selbstverwaltung wird sich dafür einsetzen, entsprechende Qualitäts- und Akzeptanzkriterien zu definieren, damit Praxen ein Bild davon bekommen, wie ihr Primärsystem die ePA umgesetzt hat.

Beim Prozesswechsel von analog auf digital muss die ePA so konzipiert sein, dass es nur wenig zeitliche Verzögerung gibt. Zu Beginn werden Praxen einen erhöhten **Zeitaufwand** haben, der sich aber hoffentlich schnell löst. Des Weiteren gilt es, auf gut funktionierende Systeme, Geschwindigkeit, Absturzsicherheit, Anwendbarkeit und Nutzbarkeit hinzuwirken.

Was ist für die Einführung der ePA in NRW geplant? In Nordrhein-Westfalen soll es in einigen Regionen einen kontrollierten Roll-Out geben (die Regionen stehen noch nicht fest). Anhand von dokumentenintensiven Use Cases, sollen Funktionen der ePA mit ausgewählten Krankenhäusern und Praxen in Clustern getestet werden. Die Pflege ist nicht mit einbezogen, da für diese der TI-Anschluss erst Mitte 2025 verpflichtend wird. Das BMG, das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) und die gematik bewerten diese Idee sehr positiv.

Zusätzlich wird bereits 2024 (voraussichtlich im 4. Quartal) in der *praxis4future* (KVNO) und der *dipraxis* (KVWL) die ePA in verschiedenen Praxisprozessen getestet. Eine enge Kommunikation mit der gematik sowie PVS- und KIS-Herstellern soll darüber hinaus den Implementierungsprozess stützen. An diesen Plänen beteiligen sich die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, die KV Nordrhein (KVNO), die KV Westfalen-Lippe (KVWL) und die MedEcon Ruhr GmbH.

Diskussion

Herr Dr. Nemat (Ärztlicher Direktor Virtuelles Krankenhaus NRW) wirft ein, dass das Gesundheitswesen bzgl. Datensouveränität und dem Aufbau einer Architektur von Datenräumen von Erfahrungen anderer Industriezweige lernen kann. Digitalisierung muss einen unmittelbaren Mehrwert für den Praxisalltag und die Versorgung generieren. Digitale Anwendungen werden sonst nicht genutzt. Andere Industriezweige haben bereits funktionale Strukturen, von denen sich lernen lässt.

Ein Teilnehmer fragt, ob die Versicherten alle verschlüsselten Diagnosen und Abrechnungsziffern sehen (z. B. Vorannahmen). Daran anschließend ergänzt Frau Dr. Groß, dass erklärungsbedürftige Daten (z. B. die Diagnose oder der Verdacht eines Karzinoms) nicht in die ePA eingetragen werden dürften. Patienten sollten mit einer schlimmen Diagnose nicht allein gelassen werden. Ein Teilnehmer wirft ein, dass es auch Zweitbehandlern (z. B. einem Labor) nicht möglich sein soll, Daten in die ePA einzustellen. Ärzte sollten die Informationen mit ihren Patienten besprechen und erst daraufhin in die ePA eintragen. Daran knüpft Frau Dr. Groß die Frage, ob es in der ePA eine Dokumentation darüber geben wird, welche Daten zu welchem Zeitpunkt sichtbar

waren. Solche Informationen wären gerade für spätere Behandlungsgutachten wichtig zu erfahren.

Herr Bunar antwortet daraufhin, dass es sogenannte Schreibpflichten für ärztliche Befunde zu invasiv chirurgischen und nicht-chirurgischen Eingriffen, Laborbefunde, Bildbefunde, eArztbriefe und Krankenhausentlassbriefe geben wird. Diese Schreibpflicht entfällt bei Informationen, die stigmatisierend sein könnten (z. B. Daten zu sexuell übertragbaren Krankheiten, psychischen Erkrankungen oder Schwangerschaftsabbrüche). Solche Daten sollten nicht einfach in die ePA übertragen werden. Ärzte sollten sich das Einverständnis der Patienten dafür einholen.

Ein Teilnehmer gibt zu bedenken, dass dies die Handhabung der ePA beeinträchtigen werde und eine erhöhte Gefahr von Bürokratieaufwand berge, da zusätzliche Einverständniserklärungen eingeholt werden müssen. Darüber hinaus erhielten Ärzte eine zusätzliche Verantwortung, da sie einschätzen müssen, inwiefern Daten stigmatisierend seien (z. B. erhöhte Leberwerte).

Ein Teilnehmer fragt, ob die ePA eine Abbildung der Daten aus dem Primärsystem sein wird oder ob die ePA eine Zusammenfassung der wesentlichen Daten eines Behandlungsverlaufs abbildet (strukturierte Daten).

Herr Scholz antwortet, dass die ePA kein zweites Primärsystem und kein Spiegel des Primärsystems sein soll. Sämtliche Daten sollen in der ePA strukturiert abgebildet werden, wodurch sich die Darstellbarkeit und Filterbarkeit der relevanten Daten verbessern soll. Welche Daten in die ePA eingetragen werden, obliegt der Praxis. Das Digitalgesetz ermögliche diesbezüglich Interpretations- und Handlungsspielraum.

Herr Bunar ergänzt, dass in eine ePA nur Daten gehören, die für eine Behandlung und einrichtungsübergreifend relevant sind. Ärzte sind angehalten, die ePA-Daten eines Patienten im Rahmen des Anamnesegesprächs zu beachten. Ärzte müssen aber keine Einverständniserklärung von Patienten für die Eintragung stigmatisierender Befunde einholen. Hier reicht eine Notiz „Habe mit Patient*in darüber gesprochen. Eingewilligt“. Eine schriftliche Einwilligung braucht es nur bei Ergebnissen aus der Laborgenetik. Auch werden Laborbefunde nur von denjenigen Laboren eingestellt, zu denen der Patient einen direkten Kontakt hat. Patienten müssen das Labor kennen und dieses dazu bemächtigen.

Frau Dr. Groß dankt Herrn Bunar und Herrn Scholz für den Vortrag und übergibt das Wort an Herrn Dr. Nemat, der im Folgenden das Virtuelle Krankenhaus NRW (VKh.NRW) vorstellt.

TOP 5 Bericht zum Virtuellen Krankenhaus NRW (Herr Dr. med. André T. Nemat, Ärztlicher Direktor, Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH)

Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit präsentiert Herr Dr. Nemat nur im Überblick über die aktuellen Entwicklungen beim VKh.NRW und fokussiert sich vorrangig auf thematische Schnittstellen zu den Punkten des Programms der heutigen Sitzung.

Die wesentliche Architekturkomponente der Plattform des VKh.NRW ist die Elektronische Fallakte (EFA). Im Unterschied zur ePA wird diese nicht vom Patienten geführt, sondern vom Arzt. Die EFA ermöglicht einen strukturierten und sektorenübergreifenden Datenaustausch. Die EFA hat standardisierte Schnittstellen und offene Spezifikationen. Für das VKh.NRW entwickeln zwei Anbieter die EFA weiter und stellen diese für den telekonsiliarischen Austausch zur Verfügung. Bei einem Telekonsil tauschen sich zwei Experten miteinander aus. Über die EFA kann das Gespräch dokumentiert werden. Über entsprechende Schnittstellen könnte die EFA einer ePA zugänglich gemacht werden, wobei der Inhalt primär für den Experten und nicht für den Patienten relevant ist (nur mittelbar).

Ab 2025 wird das VKh.NRW in den Regelbetrieb übergehen (derzeitig noch Pilotphase mit schrittweisem Anschluss von Konsilgebern und Konsilnehmern). Viele Kliniken sind sehr an einer standardisierten Plattform interessiert. Das VKh.NRW testet derzeit landesweit Tumorboards für die Versorgung von Krebspatienten. Die Zahl der teilnehmenden Experten an einem Tumorboard ist weitaus größer als bei einem klassischen Telekonsil (fünf, sechs, zehn oder mehr). Dabei wird in einer Sitzung nicht nur ein Fall besprochen, sondern gleich mehrere Fälle. Diese Konstellation stellt andere Anforderungen an die Fallakten. Fallakten müssen im Kontext einer Krebserkrankung über einen längeren Zeitraum zugänglich sein (etwa auch für eine chronifizierte Erkrankung).

Diskussion:

Da die Sitzung zeitlich fortgeschritten ist, fällt die Diskussion kurz aus. Herr Dr. Nemat und Herr Dr. Dr. Bickmann lenken den Fokus auf das Hierarchieverhältnis zwischen den beteiligten Ärzten eines Telekonsils. Mit einer Konsilanfrage gebe der Konsilnehmer zu, dass nun eine Grenze seines Wissens überschritten werde, was ihn möglicherweise davon abhalte, ein Konsil überhaupt anzufordern. Hemmnisse für die Anfrage eines Telekonsils sollten so gering wie möglich sein. Wichtig sei, dass das VKh.NRW eine Plattform zur Beratung biete. Die entscheidenden Schlüsse für die weitere Behandlung obliegen immer noch dem behandelnden Arzt. Der persönliche Kontakt über die Plattform des VKh.NRW stelle einen Mehrwert gegenüber einer KI dar.

Aufgrund der fortgeschrittenen Zeit muss die weitere Diskussion an dieser Stelle unterbrochen werden. Frau Dr. Groß dankt allen Beteiligten für die Teilnahme an der Sitzung und leitet über zu TOP 6 Verschiedenes.

TOP 6 Verschiedenes

Die nächsten Termine:

- Die Vorbesprechung zur nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 17. April 2024 um 20:00 Uhr statt.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 22. Mai 2024 in hybrider Form (Präsenzteil in Dortmund) statt.