

**Protokoll
der 79. Sitzung des Ärztlichen Beirates
Digitalisierung in Nordrhein-Westfalen
am Mittwoch, den 24. Januar 2024
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 GmbH Frau Kristina Hessenkämper, Justitiarin, Ärztekammer Nordrhein
Anwesend:	s. Teilnehmerliste
Beginn:	15.00 Uhr
Ende:	16.40 Uhr
Anlagen:	Folien: TI-Messenger - Berufsrechtliche Aspekte RAin Kristina Hessenkämper, Justitiarin, Ärztekammer Nordrhein

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 22.11.2023

Es wurden keine Änderungswünsche vorgetragen. Das Protokoll der Sitzung vom 22.11.2023 gilt damit als genehmigt.

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

Herr Gottwald bedankt sich für die erneute Einladung. Er stellt seine Kollegen Frau Daniela Dammeyer aus der Rechtsabteilung sowie Herrn Timo Frank und Herrn Jan Konert vor, die die Entwicklung des TI-Messengers aus juristischer bzw. fachlicher Perspektive begleiten und der heutigen Sitzung beiwohnen werden. Herr Dr. Dr. Bickmann begrüßt die Gäste ebenfalls herzlich.

Im Anschluss berichtet Herr Gottwald kurz über die verschiedenen aktuellen Themen aus Sicht der gematik.

„ePA für alle“

Die Erstellung der **Spezifikation zur Opt-out-ePA** erfolgt auf der Grundlage eines langen Workshopprozess mit einer Vielzahl an Stakeholdern und befindet sich nun **in den finalen Zügen**. Die Kommentierungsphase ist abgeschlossen, eingegangene Kommentare wurden eingearbeitet und eine neue Vorversion wurde an alle Kommentierenden versendet. Ziel sei es, die Spezifikation in der nächsten Gesellschafterversammlung der gematik am Montag, den 29.01.2024 freizugeben. Dies bildet die Basis für den Start der Umsetzung durch die Industrie und Dienstleistende der gematik.

E-Rezept

Das E-Rezept ist **ab dem 1.1.2024 in der Regelversorgung angekommen**. Zum aktuellen Zeitpunkt wurden insgesamt ca. 53 Mio. Rezepte von Leistungserbringenden ausgestellt und davon ca. 44,5 Mio. Rezepte eingelöst, d. h. die Abgabe der verordneten Medikamente an die Versicherten ist erfolgt. Allein für den Januar 2024 wird eine Einlösungszahl von ca. 30 Mio. E-Rezepten prognostiziert. In den letzten beiden Wochen wurden jeweils ca. 8,9 Mio. E-Rezepte eingelöst. Die Zahlen zeigen, dass das **E-Rezept bereits für die Verordnung von 50 bis 60 % der verschreibungspflichtigen Arzneimittel verwendet** wird. Zum Betrieb äußert Herr Gottwald, dass die **TI mit dem E-Rezept-Fachdienst und damit das E-Rezept-Backend performant funktioniere**.

Aktuell zeigen sich **außerhalb der zentralen Infrastruktur einzelne Probleme in der Praxis**, die dank der transparenten Kommunikation mit den Stakeholdern des Gesundheitswesens schnell identifiziert werden konnten. Von Seiten der Apotheken wurde die **z. T. fehlende Nutzung der Komfortsignatur** und einer stattdessen zeitverzögert erfolgenden Signierung angemahnt. Konsequenz dessen ist, dass Versicherte zur Einlösung eines E-Rezepts in die Apotheke kommen, dieses jedoch noch nicht einlösen können, da es aufgrund der fehlenden Signierung noch nicht im Fachdienst elektronisch bereitsteht. Die KVen haben infolgedessen zeitnah ihre Mitglieder auf die Problematik und Wichtigkeit der Komfortsignatur-Nutzung aufmerksam gemacht.

Zudem gibt es derzeit Diskussionen um das im E-Rezept enthaltene **Freitextfeld Berufsbezeichnung**. Es handele sich um ein Thema, das zwischen den Bundesmantelvertragspartnern zu klären sei, und um kein Problem des E-Rezepts an sich. Aus Sicht Herrn Gottwalds könne über einen Wegfall des Feldes nachgedacht werden, da mit der qualifizierten Signatur via eHBA bereits hinreichend sichergestellt sei, dass das E-Rezept von einem zugelassenen Arzt ausgestellt wurde.

Hinsichtlich des **appbasierten Einlösewegs** fügt Herr Gottwald an, dass die E-Rezept-App ca. 1,5 Mio. Mal heruntergeladen wurde. Parallel zum E-Rezept haben auch die sogenannten **Gesundheits-IDs für die Versicherten** Einzug in die Versorgung erhalten. Dabei handelt es sich um die digitale Identität eines Versicherten, zu deren Anlage die Krankenkassen auf Wunsch des Versicherten verpflichtet sind. **Anfang Januar** kam es zu **Problemen bei der Nutzung der E-Rezept-App im Zusammenspiel mit der Gesundheits-ID**. Die Nutzungszahlen der E-Rezept-App waren generell in der Zeit sehr gering (die im Zusammenspiel mit der Gesundheits-ID entsprechend noch einmal wesentlich geringer).

TI-Gateway

Aktuell ist der Zugang zur TI einzig über den 1-Box-Konnektor möglich, z. T. auch angeboten als „TI as a Service“, wenn dieser 1-Box-Konnektor statt in der Praxis im

Rechenzentrum eines Dienstleisters betrieben wird. Derzeit werden „**Friendly User Tests**“ mit interessierten Teilnehmenden im Krankenhausumfeld **zum sogenannten TI-Gateway** angeboten. Beim **TI-Gateway** kommen **leistungsfähigere Highspeed-Konnektoren** im Rechenzentrum zum Einsatz, die sich **zum Anschluss einer Vielzahl medizinischer Einrichtungen über ein Gerät** eignen. Relevant ist die Einführung des TI-Gateways auch mit Blick auf baldige Anschlüsse neuer Nutzergruppen, z. B. den Pflegeeinrichtungen mit Anbindungspflicht bis Mitte 2025. Für diese wird der TI-Gateway als Zugangsmöglichkeit empfohlen werden.

TI-Messenger (TIM)

Bisher wurde **noch keine Messengerlösung als TI-Messenger zugelassen**, das Verfahren zur Zulassung der ersten Produkte läuft noch. Es ist davon auszugehen, dass **im zweiten Quartal 2024 Zulassungen erteilt** werden. Im Anschluss ist von Seiten der gematik geplant, die **TI-Messenger in den beiden TI-Modellregionen in Hamburg und Umland sowie in Franken zu erproben**, Lernerfahrungen zu sammeln und im Anschluss in die Breite zu gehen.

Diskussion

Der Austausch im Plenum konzentriert sich auf die aktuelle Einführung des E-Rezepts.

Ein teilnehmender Arzt stellt eine Nachfrage zur **Aushändigung von E-Rezepten** an chronisch Erkrankte, die **über größere Entfernungen** versorgt werden. Bisher erfolge die Ausstellung eines Folgerezepts innerhalb eines Quartals über den Postweg. Er fragt sich, ob das E-Rezept hierzu **Alternativen** bietet **zur Versendung des Papierausdrucks zum E-Rezept per Post**. Ein Vertreter der Apothekerkammer Nordrhein berichtet, dass **technologisch die Ausstellung von E-Rezepten aus der Ferne** neben der postalischen Versendung des Papierausdrucks auch mittels dem **App-Einlöseweg** und insbesondere der **niedrigschwelligen eGK-Lösung** möglich ist. Denn das E-Rezept werde nicht auf der eGK gespeichert, sondern mit Zuordnung zur individuellen Krankenversicherungsnummer auf dem E-Rezept-Server hinterlegt. Das Einlesen der eGK legitimiert erst in der Apotheke den Zugriff auf den jeweiligen E-Rezept-Speicher. **In der Arztpraxis ist das Einlesen der eGK zur Ausstellung eines E-Rezepts technologisch hingegen nicht erforderlich. Das Erfordernis kann jedoch vertraglich bzw. aus Abrechnungsgründen aufgrund der Notwendigkeit der Vorstellung beim Arzt einmal pro Quartal bestehen.** Es wird zu Bedenken gegeben, dass ein Übergang zur Ausstellung von Folgerezepten über den eGK-Einlöseweg den bisherigen Prozess mit postalischer Zustellung, an den sich die Patienten gewöhnt hätten, verändere und entsprechend mit **Aufklärungsaufwand** einhergehe.

Nach Ansicht des Vertreters der Apothekerkammer Nordrhein bestehe der größere **Mangel** darin, dass **bisher kein niedrigschwellig nutzbarer Einlöseweg zur Verfügung stehe, der eine digitale Übertragung des E-Rezepts vom Patienten zur Apotheke seiner Wahl ermögliche**. Diese Funktionalität sei insbesondere für immobile Patienten relevant, die einer Arzneimittelversorgung ohne das Verlassen der eigenen Häuslichkeit bedürfen. Es wird aus dem Plenum angefügt, dass der App-Einlöseweg bereits heute die Funktionalität abdecke, es diesem aber bisher an der notwendigen Niederschwelligkeit im Zugang fehle. Herr Gottwald bestätigt dies. Der Zugang zur Appnutzung sei herausfordernd aufgrund der vorab einmalig erforderlichen sicheren Identifizierung, für die aktuell das Postident-Verfahren, die Onlineausweisfunktion oder

die NFC-fähige eGK mit PIN genutzt werden können. Wenn diese Zugangshürde einmal überwunden ist, funktioniert die Appnutzung sehr gut und intuitiv. Sie ermöglicht die Suche einer Apotheke der Wahl und die Bestellung eines verschriebenen Arzneimittels bei einer Apotheke, die dieses dann ggf. auch an den Patienten liefern kann.

Herr Gottwald bittet das Plenum darum, seine **ersten Eindrücke zur Nutzung des E-Rezepts** zu teilen. Herr Dr. Dr. Bickmann, der das E-Rezept aufgrund des frühzeitigen Roll-outs in der KV-Region Westfalen-Lippe bereits seit längerem nutzt, empfindet die Handhabung des E-Rezepts als **sehr einfach**. Außerdem schätzt er den Vorteil gegenüber der bisherigen Verordnung über das Muster 16, dass Rezepte aufgrund ihrer Speicherung auf dem E-Rezept-Server nicht mehr verloren gehen oder sich durch Missbrauch verdoppeln können. Ein anderer Teilnehmender bestätigt, dass das E-Rezept, einschließlich Komfortsignatur, **einwandfrei funktioniert**. Für ihn sei jedoch fraglich, wie viele E-Rezepte bei Nutzung des derzeit dominierenden **eGK-Einlösewegs** auch tatsächlich eingelöst werden, da die **Erinnerungsfunktion eines Papierausdrucks wegfällt**. Des Weiteren merkt der Teilnehmende an, dass es für alle Seiten **kompliziert** sei, wenn aktuell aufgrund der sukzessiven Ausweitung des E-Rezepts auf die unterschiedlichen Verordnungsarten **ein Teil der Verordnungen bereits per E-Rezept verordnet wird, ein Teil noch nicht**. Zurzeit sei das E-Rezept auch zur Verordnung von Privatrezepten für gesetzlich Versicherte noch nicht verfügbar, die je nach Fachrichtung einen wesentlichen Anteil am Verordnungsgeschehen ausmachen. Ferner merkt der Teilnehmende an, dass in seinem PVS CGM Turbomed für die eAU die Funktionalität der Komfortsignatur bisher fehle. Herr Gottwald werde dem Problem nachgehen, da dies ein Thema der Umsetzung durch den PVS-Hersteller sei. Außerdem berichtet er, dass der **Anteil der eingelösten E-Rezepte im Verhältnis zu den insgesamt ausgestellten E-Rezepten bei 85 bis 90 %** liege. Herr Dr. Dr. Bickmann geht von **keiner Verschlechterung der Einlösungsquoten aufgrund der mit dem Übergang zum E-Rezept häufig wegfallenden Aushändigung eines Papierausdrucks** aus, auch wenn dies zunächst nur ein Bauchgefühl sei. Das E-Rezept bietet den Vorteil, dass diese **Quoten nun messbar** sind.

Aus der Perspektive der Apotheken wird ergänzt, dass die **Einlösungsquote womöglich durch den Rezeptablauf, der mit dem Übergang zum E-Rezept strikt fristgebunden erfolgt, geschmälert** werden könnte. Die **Erinnerungsfunktion würde optimal durch den App-Einlöseweg erfüllt**, der jedoch wie besprochen noch nicht niederschwellig zugänglich ist. Die **alltägliche Nutzung des E-Rezepts in den Apotheken** würden **durch** die zwei von Herrn Gottwald angesprochenen Herausforderungen einer **mangelnden Nutzung der Komfortsignatur durch die Verordnenden und Verunsicherungen im Hinblick auf die korrekte Ausweisung der Berufsbezeichnung derzeit noch beeinträchtigt**. Eine mangelnde Nutzung der Komfortsignatur führe etwa auch dazu, dass der vermeintliche Standortvorteil von Apotheken, die sich in räumlicher Nähe zu Praxisstandorten befänden, zum Nachteil werde. Denn die praxisnahen Apotheken könnten die E-Rezepte z. T. noch nicht bedienen, wenn die Patienten die Einrichtungen unmittelbar nach ihren Arztterminen aufsuchen. Zur späteren Einlösung würden die Patienten dann vermehrt zu anderen Apotheken in räumlicher Nähe zu ihrem Wohnort abwandern. Ansonsten seien die **Nutzungserfahrungen stark abhängig von der Performanz der Apothekenverwaltungssysteme (AVS), dem PVS und der Kompetenz der verordnenden Ärzte**. Die Apotheke des Teilnehmenden stehe mit den Ärzten seines Einzugsgebietes in engem Austausch, sodass Probleme schnell kommuniziert und behoben werden konnten und die Bedienung von E-Rezepten bereits relativ gut funktioniert. Dies sei aber nicht flächendeckend bei allen Apotheken in Deutschland der Fall. Weiterhin thematisiert der Teilnehmende

Freitextverordnungen, bei denen Ärzte über keine Arzneimitteldatenbank in ihrem System verfügen. Dieses Problem betreffe z. B. häufiger die Berufsgruppe der Zahnärzte. Hier habe der Teilnehmende mit seinem Team auch bereits bei der händischen Pflege von Datenbanken in den Systemen der ärztlichen Kollegen des eigenen Umfelds unterstützt.

Ansonsten habe es aus Apothekersicht zwischendurch noch **weitere technisch-organisatorische Probleme gegeben, die zeigten, dass grundsätzlich das Thema Sorgfalt wichtiger geworden sei.** Der Teilnehmende berichtet etwa von einem Fall, bei dem ein hochpreisiges kühlungspflichtiges Arzneimittel vom Patienten versehentlich in einer Apotheke bestellt wurde, wo der Patient das E-Rezept eigentlich gar nicht einlösen wollte und es zu einer Ausstellung eines Rezeptduplikats kam, sodass die Apotheke auf dem Medikament sitzen geblieben sei. **Gerade wenn auf dem App-Einlöseweg der direkte Patientenkontakt der Apotheken abnimmt, müssten sich die Apotheken zunehmend auf die Sorgfalt von Verordnenden ebenso wie von Patienten verlassen können.** Die Ortsunabhängigkeit des Patienten werde vielfältige Veränderungen mit sich bringen. Schließlich berichtet der Teilnehmende von **Vorfällen, bei denen sich Verordnende geweigert hätten, den Papierausdruck des E-Rezepts auszuhändigen,** der derzeit für die Arzneimittelversorgung immobiler und/oder pflegebedürftiger Patienten noch benötigt werde. Der teilnehmende Apotheker kommt zu dem Schluss, dass sich **noch Sand im Getriebe befinde und die ersten Erfahrungen divers ausfallen.** Dies führe in der Apothekenbranche stellenweise auch zu Verwerfungen, auch wenn der Teilnehmende persönlich das E-Rezept als Erleichterung empfinde und insbesondere durch den perspektivischen Nutzen für immobile Patienten und Pflegebedürftige schätze. Herr Dr. Dr. Bickmann bestärkt die Relevanz der Problematik ausbleibender Abholungen von Arzneimitteln nach deren Bestellung durch die Patienten. Die Problematik sei zwar auch vom herkömmlichen Muster-16-Rezept bekannt, könne sich aber durch das E-Rezept mit dem unpersönlichen App-Einlöseweg potenziell verstärken.

Frau Dr. Groß hakt bei den anwesenden Vertretenden der stationären Versorgung nach, wie die **Einführung des E-Rezepts an den Krankenhäusern** verläuft. Eine Teilnehmende von Seiten eines Universitätsklinikums berichtet, dass sie noch nicht viel sagen könne, da **die Einführung des E-Rezepts noch ausstehe.** Derzeit sei die Klinik noch mit der Einführung der eAU und ihrer vollumfänglichen Einbindung ins KIS beschäftigt, die sich in der Praxis als sehr komplex herausstelle. Bei der technischen Einbindung des E-Rezepts sieht die Teilnehmende ähnlich große Schwierigkeiten auf die Klinik zukommen. Zudem stelle der **Übergang zum E-Rezept keine reine Digitalisierung eines bestehenden analogen Behandlungsprozesses** dar, sondern verändere diesen auch inhaltlich. Insbesondere würde die **Verantwortung des Verordnenden ausgeweitet,** der nun auch für die erfolgreiche E-Rezept-Einlösung noch eine gewisse Mitverantwortung trage, während zuvor mit der Übergabe des Muster-16-Rezeptes die Verantwortung der Rezepteinlösung vollständig vom Verordnenden an den Patienten übergegangen sei. Es könne zu Rückläufern kommen, um die sich das Klinikpersonal kümmern müsse. Entsprechend wird die Zusteller-Rolle des Klinikpersonals erweitert um die eines Fehlerbearbeiters. So ergebe sich eine **nennenswerte zusätzliche Arbeitslast,** die zusätzlicher Arbeitsplätze erfordere. Ähnliches gelte analog für die eAU. Insgesamt schreibt die Teilnehmende dem E-Rezept ebenso wie der eAU aktuell noch keinen so hohen Nutzen zu, der die hohen Einführungskosten rechtfertigen würde.

Ein teilnehmender Hausarzt ergänzt, dass die Problematik einer mit dem E-Rezept steigenden Arbeitslast und Verantwortung mit der Konsequenz höherer Kosten ohne entsprechenden Ausgleich genauso auch die ambulante Versorgung betreffe.

Herr Dr. Dr. Bickmann hakt bei den Vertretenden der stationären Versorgung nach, **wie hoch die Anzahl der Verordnungen in den Krankenhäusern sei**. Eine Vertretende der stationären Versorgung macht deutlich, dass es sich um eine **durchaus relevante Zahl** handele, zum einen aufgrund einer Vielzahl an ermächtigten Ärzten, zum anderen aufgrund von Rezepten an die eigene Hausapotheke, z. B. für Zyto-statika, auf die perspektivisch ebenfalls das E-Rezept angewendet würde. Das Verordnungsaufkommen sei jedoch nicht ganz so hoch wie das von AUs und damit die künftige Anzahl im Krankenhaus ausgestellter E-Rezepte geringer als die von eAUs.

Ein Teilnehmender von Seiten der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen ergänzt den Beitrag seiner Vorrednerin. **Die Implementierung des E-Rezeptes solle für Krankenhäuser erst ab dem 1.1.2025 verpflichtend werden**. Grundsätzlich müsse man im Krankenhaus **verschiedene Anwendungsfälle** unterscheiden. Den ersten Anwendungsfall bildet die **Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements**. Hier würden je nach Krankenhaus relativ viele Rezepte ausgestellt. Dies unterscheidet sich, da z. T. das Entlassmanagement in den niedergelassenen Bereich verlagert sei. Davon abzugrenzen sei als zweiter Anwendungsfall die **Verordnung im Rahmen von Ermächtigungen**. Dies betreffe verstärkt die Universitätskliniken. Ferner gebe es im Krankenhaus **Anwendungsfälle, die vom bisherigen Standard, für den das E-Rezept angewendet wird, abweichen, z. B. bei den genannten Zubereitungen von Zytostatika**. Die Besonderheit liegt darin, dass derartige Rezepte nur in Zusammenarbeit mit dem Apotheker fertiggestellt werden können und sich damit die Reihenfolge der E-Rezept-Teilprozesse verändere. Die DKG stehe im Dialog mit der Gematik, um diesen Anwendungsfall künftig adäquat durch das E-Rezept abbilden zu können. Die E-Rezept-Einführung ist hier erst in weiteren Ausbaustufen geplant und nicht bis zur genannten Frist zu erfüllen.

Aus der **Zahnärzteschaft** berichtet ein Teilnehmender, dass er die von Seiten des teilnehmenden Apothekers geschilderte **Problematik fehlender Arzneimitteldatenbanken in seiner Berufsgruppe nicht kenne**. Jedes vernünftige PVS im Zahnarztbereich ermögliche die Migration entsprechender Datenbanken oder die eigenständige Anlage. Der Teilnehmende erlebt hingegen ein **anderes Problem**, das er als **schwerwiegender** empfindet. Dieses bestehe in der **mangelnden Aufklärung der Patienten durch die Krankenkassen**. Die entsprechend erforderliche Aufklärung in den Arztpraxen gehe mit einem **immens hohen Gesprächsbedarf** einher, **insbesondere bei Patienten mit mangelnden Deutschkenntnissen**, deren Anteil in der Praxis des Teilnehmenden relativ hoch sei. Zudem würde der App-Einlöseweg so gut wie nie genutzt und der Papierausdruck sei die Regel. Insgesamt kommt der Zahnarzt zu dem Fazit, dass das E-Rezept bisher durchaus beträchtliche Probleme in der praktischen Anwendung mit sich bringe.

Herr Gottwald bedankt sich für das Feedback aus den verschiedenen Perspektiven. Er sichert zu, die einzelnen Punkte mitzunehmen und an die Verantwortlichen adressieren. Herr Gottwald bestätigt eine aus seiner Sicht bestehende **Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten**. Die Aufklärung von Personengruppen, die aufgrund bestehender Sprachbarrieren schwer erreichbar sind, möchte er explizit bei den Krankenkassen platzieren. Herr Gottwald hofft und geht davon aus, dass mit der Möglichkeit zur Integration einer Funktion zu Empfang und Weiterleitung

von E-Rezepten in die Krankenkassen-Apps ab dem zweiten Quartal 2024 auch über diesen Kanal eine verstärkte Aufklärung der Versicherten erfolgen werde.

TOP 4 TI-Messenger (TIM) aus juristischer Sicht (Frau Kristina Hessenkämper)

(Da der Vortrag von Frau Hessenkämper und die Diskussion im Plenum ineinandergriffen, wurde auf eine klare Abgrenzung von Vortrag und Diskussionsteil verzichtet.)

Herr Dr. Dr. Bickmann berichtet, dass in der letzten Sitzung eine sehr ausführliche Vorstellung des TI-Messengers (TIM) aus verschiedenen Perspektiven erfolgte. In der Diskussion stellte sich die aus haftungsrechtlicher Sicht erforderlich erscheinende Speicherung bzw. Dokumentation der über TIM flüchtig ausgetauschten Daten in der institutionellen Patientenakte als ein Problemfeld heraus. Heute soll das Thema juristisch durch Frau Hessenkämper beleuchtet werden, die Herr Dr. Dr. Bickmann herzlich begrüßt. Frau Dr. Groß stellt Frau Hessenkämper kurz vor. Sie ist seit Anfang Januar neue Justitiarin in der Ärztekammer Nordrhein und war zuvor bereits 13 Jahre lang als Mitarbeitende in der Rechtsabteilung der Ärztekammer tätig.

Frau Hessenkämper bedankt sich für die Einladung und stellt eingangs klar, dass die Anfrage eine **Herausforderung** darstelle, **da der konkrete praxisbezogene Einblick bisher fehle**. Daher sehe sie sich gezwungen, mit ihren Aussagen noch etwas allgemeiner zu bleiben. Frau Hessenkämper hat die **Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein herangezogen und geprüft, welche Stellen für die TIM-Nutzung relevant sind. Einbezogen wurde dann der künftige Ablauf der TIM-Nutzung in der Praxis**, den Frau Hessenkämper auf Basis von Annahmen konstruiert hat. Sie bittet um direkte Rückmeldungen, ggf. dass Annahmen nicht korrekt erscheinen.

Mit Blick auf die **Behandlungsgrundsätze (§ 7 BO)** ergeben sich **keine Konfliktpotenziale bei der Nutzung von TIM**. Aufgrund dessen, dass der Arzt der Initiator eines Chats ist, ist ihm auch die Ablehnung der Behandlung möglich (§ 7 Abs. 2 BO). Herr Frank von der gematik hakt nach, **wie der Arzt zu agieren hat, wenn er patienteninitiierte Chats zulässt und ihm über TIM Informationen über einen vorliegenden Notfall übermittelt werden, sodass die Behandlung bekanntermaßen nicht abgelehnt werden kann**. Frau Hessenkämper erklärt, dass der Leistungserbringende dann **zu einer Reaktion in einem angemessenen Zeitraum verpflichtet** sei. TIM erleichtert zudem die Übermittlung erhobener Befunde und Behandlungsinformationen bei Überweisung eines Patienten an andere Behandelnde (§ 7 Abs. 7 BO). Zur Fernbehandlung schreibt die Berufsordnung vor, dass Kommunikationsmedien unterstützend zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt eingesetzt werden dürfen. Im Einzelfall ist auch eine **ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien** erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist, die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird und der Patient entsprechend aufgeklärt wird (§ 7 Abs. 4 BO). Die Regelungen der Berufsordnung zur **Aufklärung (§ 8 BO)** schreiben eine Aufklärung im persönlichen Gespräch vor. Wird **TIM unterstützend zur persönlichen Behandlung** eingesetzt und der **Erstkontakt erfolgte persönlich**, sei der **Einsatz von TIM relativ unkritisch**, da der Patient bereits im Erstkontakt durch ein konkludentes Handeln seine Einwilligung in die Behandlung erteilt habe. **Problematisch ist hingegen der ausschließliche Einsatz oder der Einsatz beim Erstkontakt zu sehen aufgrund der fehlenden persönlichen Einwilligung**.

Zur Einhaltung der berufsrechtlichen Regelungen zur **Schweigepflicht (§ 9 BO)** ist die Identifizierung des Nachrichtenempfängers notwendig sowie die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Frau Hessenkämper geht davon aus, dass dies trivial und umgesetzt ist.

Abweichend von der Schweigepflicht ist der **Austausch von Behandlungsinformationen mit außenstehenden Behandelnden** auch über TIM ausschließlich im Interesse des Patienten und wenn dies für Diagnostik und Therapie erforderlich ist, zulässig (§ 7 Abs. 3 BO). Andernfalls ist die Weitergabe von Behandlungsinformationen an Dritte nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Patienten erlaubt. Auch wenn der **Austausch von Behandlungsinformationen mit außenstehenden Behandelnden über TIM in aller Regel im Einklang mit § 7 Abs. 3 BO** erfolgen werde, empfiehlt Frau Hessenkämper vor der Informationsweitergabe stets kurz innezuhalten und die Rechtmäßigkeit zu bewerten, um das hohe Gut der Schweigepflicht stets zu schützen. **Nach § 9 Abs. 3 BO können Behandlungsinformationen an Mitarbeitende weitergegeben werden.** Über TIM kann dies ggf. effizienter und schneller geschehen. **Wird die Patientenkommunikation über TIM an Mitarbeitende delegiert, ist stets die Delegationsfähigkeit zu prüfen.** Bei höchstpersönlichen Leistungen des Arztes wie Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung, Diagnose, Aufklärung, Beratung und Therapieentscheidung ist keine Delegation der dazugehörigen Patientenkommunikation über TIM möglich.

Zur **Dokumentation der TIM-Kommunikation** gelte, dass **nicht das gesamte ausgetauschte Datenmaterial, sondern nur die wesentlichen behandlungsbezogenen Inhalte zu dokumentieren seien (§ 10 Abs. 1 BO)**. Die Dokumentation muss patientenbezogen erfolgen aufgrund der Einsichtsrechte der Patienten auf Verlangen (§ 10 Abs. 2 BO). Dies würde bei der Nutzung von TIM eine patientenbezogene Trennung von Chatverläufen erforderlich machen, sofern diese 1:1 automatisch in die Patientenakten überführt würden.

Ein Teilnehmender stellt eine **Nachfrage zur technischen Umsetzbarkeit der Dokumentation**, d. h. der Übertragung der (relevanten) Inhalte aus TIM in die Patientenakte des PVS. Frau Heffenkämper stellt klar, dass es sich dabei um keine juristische Frage handle. Herr Frank von der gematik erklärt, dass die **Frage technischer Natur** sei. Die technische Umsetzbarkeit der Dokumentation sei zwar noch Zukunftsmusik, da noch keine TIM-Lösungen am Markt sind. Die gematik denke das Thema jedoch bereits mit. **Voraussichtlich werde die Übertragung über ein Modul im PVS umsetzbar sein. Die technisch einfachere Übernahme des gesamten Chats werde**, wie von Frau Heffenkämper erläutert, **nicht erforderlich sein, hingegen ist die Übertragung von nur ausgewählten relevanten Daten technisch herausfordernder bzw. erfordert ggf. manuelle Tätigkeiten der Mitarbeitenden.** Auch heute würden schon Lösungen der Datenübertragung aus Messengerdiensten in die institutionellen Patientenakten erfolgreich auf verschiedene Weisen umgesetzt, wie die Darlegungen von Herrn Kuntz von Famedly in der letzten Sitzung exemplarisch gezeigt hätten (siehe auch: Protokoll der 78. Sitzung des Ärztlichen Beirats v. 24.01.2024, S. 10).

Herr Dr. Dr. Bickmann teilt seine Ansicht, dass es sich um **mehr als eine rein technische Umsetzungsfrage** handle. **Bei digital über TIM erfolgreicher Arzt-Patienten-Kommunikation oder kollegialen fallbezogenen Austauschen steht potenziell eine Dokumentation der gesamten Kommunikation bereit, die als neue zusätzliche Quelle in haftungsrechtliche Fälle einbezogen werden könnte.** Dies ist anders als bei der bisher (noch) vorrangigen inhaltsgleichen Kommunikation in Präsenz oder telefonisch, bei der in aggregierter Form von den Leistungserbringenden dokumentiert wird, was sie von ihren Kommunikationspartnern verstanden haben. **Aus Sicht der Leistungserbringenden sowie juristisch seien Konflikte vorprogrammiert.**

Herr Frank erklärt, dass **für die gematik das Thema Dokumentation bei der TIM-Nutzung ebenfalls sehr wichtig** sei und das Produktteam dieses unter Einbezug der

ärztliche Berufsordnung noch einmal näher beleuchten möchte. Mit TIM wolle die Gematik eine sicherere und nutzerfreundlichere Alternative schaffen zu entsprechenden Messengerlösungen außerhalb der TI, die bereits in der Praxis Anwendung finden. Die Dokumentation bilde hierbei einen Knackpunkt.

Aus dem Plenum wird ergänzt, dass die **Übernahme der gesamten Chatverläufe in die Primärsysteme der Leistungserbringenden keinesfalls zum Standard gemacht werden dürfe** aufgrund der Gefahr von Missverständnissen in der geschriebenen Kommunikation und daraus resultierenden haftungsrechtlichen Problemen. Analog würde auch niemand auf die Idee kommen, festzulegen, dass Telefongespräche aufzuzeichnen und die Tonspuren in die Patientenakte zu übertragen sind. Es müsse alternativ zur automatischen Übertragung ebenso die Möglichkeit zur selektiven Informationsübertragung geben. Tendenziell sollte eine perspektivische Standardisierung der Dokumentation von TIM-Nachrichten bzw. Default-Einstellung der Informationsübertragung eher in die Richtung einer Zusammenfassung der Kommunikation durch die Leistungserbringenden gehen als in die Richtung einer progressiven Automatisierung, sofern es zu derartigen Spezifikationen kommt.

Herr Dr. Dr. Bickmann fügt an, dass das Thema des **Dokumentationsumfangs** außerhalb von haftungsrechtlichen Problematiken auch die vom Ärztlichen Beirat an anderer Stelle aufgegriffene **Problematik der Identifikation und Berücksichtigung relevanter Behandlungsinformation aus einer immer umfangreicher werdenden Patientenakte tangiere**.

Ein Teilnehmender erklärt, dass bei einem heutigen Streitfall Leistungserbringende auf Basis ihrer Dokumentation, die auch eine gewisse Interpretation beinhaltet, gute Möglichkeiten haben, ihre Handlungen zu begründen bzw. zu rechtfertigen. **Bei der Nutzung von TIM in der Arzt-Patienten-Kommunikation hätten Patienten die Möglichkeit, einer stichpunktartigen interpretativen Darlegung der Kommunikation durch den Leistungserbringenden in der Patientenakte die wortgleiche Kommunikation aus dem Messengerdienst entgegenzustellen.** Der Teilnehmende hält für wahrscheinlich, dass **die vom Patienten gelieferte wortgleiche Kommunikation vor Gericht höher gewertet** werden würde.

Frau Heffenkämper ergänzt, dass auch **ungeklärt** sei, **ob die Übertragung kompletter Chatverläufe überhaupt mit dem Grundsatz der Datensparsamkeit vereinbar und damit zulässig ist. Von einer automatischen Übertragung gesamter Chatverläufe ist in dieser Hinsicht abzuraten.** Auch wenn die selektive Übertragung mit zusätzlichem Aufwand der Leistungserbringenden einhergeht, sei ihre Beurteilung darüber, welche Informationen wesentlich und in die Patientenakte zu übertragen sind, essenziell. Ggf. können perspektivisch auch KI-basierte Unterstützungssysteme die Zusammenfassung der TIM-Kommunikation unterstützen und die Leistungserbringenden in dieser Hinsicht entlasten. Frau Dr. Groß äußert ihre Befürchtung, dass nach einem Präzedenzfall die Übertragung gesamter Chatverläufe verpflichtend werden könnte.

Frau Heffenkämper geht anschließend auf Aspekte der **Revisionssicherheit der Patientenakte, einschließlich der Aufzeichnung auf elektronischen Datenträgern** (§ 10 Abs. 5 BO) ein. Sie sieht hier keine Konsequenzen oder Problematiken bei der Nutzung von TIM. Herr Dr. Dr. Bickmann ergänzt eine **Problematik**, die er **angesichts der digitalen Transformation im Allgemeinen** sieht. Konkret stelle sich die Frage, **wie lange noch die Einlesbarkeit und Auswertbarkeit der Informationen, die sich auf veralteten Datenträgern (z. B. CDs) befänden, gewährleistet sein müsse. Es handele sich ebenso um eine juristische wie eine technische Frage.** Herr

Gottwald kann dazu aufgrund der Abwesenheit seiner juristischen Kollegin nur sagen, dass die gematik das Thema Datensicherung und Aufbewahrungsfristen auf dem Radar habe.

Frau Heffenkämper geht im Anschluss auf das Thema **Reaktionszeit auf via TIM eingehende Nachrichten** ein. Hierzu gebe es natürlich keine konkrete Regelung. **Sofern ein entsprechender Kommunikationskanal über TIM von Seiten der Leistungserbringenden für Patienten eröffnet wird, habe ein regelmäßiger Abruf der Nachrichten sowie die erforderliche Reaktion zu erfolgen.** Frau Heffenkämper äußert als Anhaltspunkt einen **einmal täglichen Abruf**, auch wenn es dazu ähnlich wie beim E-Mail-Abruf keine konkrete Angabe gebe. Herr Dr. Dr. Bickmann bekräftigt die Verpflichtung zum regelmäßigen Abruf. Gerade bei der digitalen Kommunikation bestehe eine neuartige zeitliche Bindung, da die Reaktionszeit genau ermittelt werden kann.

Im Hinblick auf die **Einwilligung zur Nutzung von TIM** seitens der Patienten ist aus Frau Heffenkämpers Sicht eine **differenzierte Betrachtung** erforderlich. Für die Einwilligung in die Nutzung reicht eine konkludente Einwilligung in Form der Nutzung von TIM aus. Wenn die eigentliche Behandlung über TIM erfolgt, ist nach § 8 BO eine Einwilligung in die Behandlung erforderlich, die ebenfalls konkludent erfolgen kann. Für den Zugriff auf Gesundheitsdaten durch andere Leistungserbringende gilt grundsätzlich hingegen die Pflicht zur Einholung einer Einwilligung in Form einer eindeutigen bestätigenden Handlung durch technische Zugriffsfreigabe (§ 339 SGB V). Die Verarbeitung der über TIM erhaltenen Gesundheitsdaten in der Arztpraxis ist auf der Basis von DSGVO und BDSG hingegen ohne Einwilligung erlaubt, wenn sie erforderlich ist.

Abschließend nimmt Frau Heffenkämper das Thema **Vorselektion mittels KI** in den Blick. Angesichts einer stets von Leistungserbringerseite initiierten TIM-Kommunikation mit dem Patienten stelle sich die Frage, ob eine KI-basierte Vorselektion überhaupt erforderlich bzw. nützlich wäre. Frau Dr. Groß berichtet, dass es in der **psychotherapeutischen Versorgung** durchaus üblich sei, **bei akuter Suizidgefahr** private Handynummern zur Kontaktaufnahme im Akutfall an die betroffenen Patienten herauszugeben. Bei einer Übertragung auf TIM könnten **Leistungserbringende bewusst eine patienteninitiierte Kommunikation für den Einzelfall ermöglichen**, bei der dann die bereits besprochenen Verhaltensregeln bei Notfällen greifen würden (keine Ablehnung der Behandlung, Reaktion innerhalb eines angemessenen Zeitraums). Frau Heffenkämper sieht bei solchen Einzelfällen nicht unbedingt Bedarf an einer KI-Unterstützung. Frau Dr. Groß sieht hingegen **potenziell Vorteile einer KI-Unterstützung zur Priorisierung bzw. Sortierung eingehender TIM-Nachrichten nach Dringlichkeit**.

Frau Heffenkämper erläutert, dass im Fall eines KI-Einsatzes mit der **Übertragung schweigepflichtsrelevanter Kommunikationsinhalte in das KI-System eine explizite Einwilligung des Patienten benötigt** würde. Die Einholung einer solchen sei dann mit einem verhältnismäßig hohen Aufwand verbunden. Auch für den von Frau Dr. Groß geschilderten Anwendungsfall würde diese Anforderung gelten. Herr Dr. Dr. Bickmann bringt auf, dass KI und seine Mustererkennung in der adäquaten Beurteilung von Zuständen psychologisch erkrankter Patienten ohnehin an Grenzen stoßen. **Ohne Einwilligung möglich sei** laut Frau Heffenkämper hingegen **die KI-Unterstützung bei der Abwicklung von Inhalten, die keiner Schweigepflicht unterliegen**, z. B. könnte KI bei der Beantwortung von Terminanfragen über TIM eingesetzt werden.

Frau Dr. Groß und Herr Dr. Dr. Bickmann haken **bei der gematik** nach, ob es schon **Ideen zum Einsatz von KI in TI-Anwendungen und insbesondere TIM** gibt. Herr Frank erläutert, dass die gematik sich über die hohe Relevanz des Themas bewusst

sei. Es gebe **erste Ideen zum Einsatz von Unterstützungssystemen** (Maschinen bzw. Computern) in TIM. In der bald auf dem Markt verfügbaren **ersten TIM-Ausbaustufe** werde dies aber **zunächst technisch nicht möglich** sein und **entsprechend noch keine Rolle spielen**, da die angewandte Ende-zu-Ende-Verschlüsselung nur die Kommunikation zwischen eindeutig identifizierten Menschen zulasse. Möglichkeiten zum Einsatz von Maschinen sieht Herr Frank perspektivisch in der Form eines eindeutigen Nachweises der Zugehörigkeit von Maschinen, die an einem Ende eingesetzt werden, zu einer eindeutig identifizierten Institution. Auch Maschinen ohne KI, z. B. einfache Chatbots, kämen infrage. Als exemplarischen Anwendungsfall nennt Herr Frank das Entlassmanagement eines Krankenhauses.

Ein Teilnehmender ergänzt hinsichtlich der Thematik einer denkbaren KI-Unterstützung von TIM, dass er **TIM als reines Transportmedium von Informationen verstehe**, die **eigentliche Medizin bzw. Versorgung und damit auch der Einsatz von KI-Unterstützungssystemen** sehe er **außerhalb von TIM in den internen Systemen der Leistungserbringenden** angesiedelt. Zum **Thema Dokumentation** fügt der Teilnehmende zudem an, dass sein Verständnis vom Anwendungsgebiet von TIM sich eher auf die **niederschwellige Kommunikation zwischen Fachkollegen** beziehe, die analog zum mündlichen Austausch beim Mittagessen, **nicht dokumentiert** werde. Andernfalls werde die **Informationsflut in den Patientenakten derart gesteigert, dass die Akten nicht mehr für die Gesundheitsversorgung nutzbar wären**. Herr Dr. Dr. Bickmann äußert, dass er anders zu diesem Thema stehe und es **auf eine gute Strukturierung und Aufbereitung der Daten in den Patientenakten, auch durch die KI-Unterstützung, ankäme**.

Herr Dr. Dr. Bickmann bedankt sich bei Frau Heffenkämper für die Aufbereitung des TIM-Einsatzes aus juristischer Sicht und stellt fest, dass es sich um ein Gebiet handelt, das in seiner juristischen Bewertung noch ganz am Anfang steht. Er schließt mit der Erkenntnis, dass der digitale und technische Fortschritt auch über TIM hinaus stets neue juristische Fragestellungen aufwirft und die rechtliche Regulierung vor der großen Herausforderung steht, mit dem Fortschrittstempo mitzuhalten.

TOP 5 Verschiedenes

Die nächsten Termine:

- Die Vorbesprechung zur nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 28.02.2024. um 20:00 Uhr statt.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch, den 20.03.2024 um 15:00 Uhr in hybrider Form (Präsenzteil in Düsseldorf) statt.