

Protokoll
der siebenundzwanzigsten Sitzung des Ärztlichen Beirates
am Mittwoch, den 17. Dezember 2014
in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
in Dortmund

Vorsitz: Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann

Gast: Matthias Redders (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter) ist entschuldigt.

Anwesend: s. Teilnehmerliste

Beginn: 15.10 Uhr

Ende: 17.35 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

Wegen der angespannten Verkehrssituation kann die Sitzung erst mit einer Verspätung von 10 Minuten beginnen. Da auch Herr Dr. Dr. Bickmann von dieser Situation betroffen ist und etwas verspätet eintreffen wird, eröffnet Frau Dr. Groß an seiner Stelle die Sitzung und begrüßt im Namen der beiden Vorsitzenden die Anwesenden (s. Teilnehmerliste).

Sie begrüßt als Referentin der gematik zur „Wissenschaftlichen Evaluation“ Frau Dr. Constanze Woldenga. Da Herr Prof. Dr. Oliver Schöffski erst gegen 16:00 Uhr eintreffen wird, schlägt Frau Dr. Groß vor, die Tagesordnung umzustellen und die Tagesordnungspunkte 3 und 4 zu tauschen. Demnach wird nach der Genehmigung des Protokolls mit dem Statusbericht ORS1 fortgefahren. Die Mitglieder stimmen dieser Umstellung der Tagesordnung zu.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 17. September 2014

Dr. Groß ruft als nächsten Tagesordnungspunkt die Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung auf. Da keine schriftlichen Einsprüche vorliegen und auch in der Sitzung keine Be-

anstandungen angemeldet werden, wird das Protokoll in einer Abstimmung ohne Gegenstimmen und Enthaltungen angenommen.

Dr. Groß weist darauf hin, dass das Protokoll erst am Freitag vor der Sitzung versendet wurde, was auch dieses Mal wieder etwas zu spät gewesen sei. Es wird hierzu Besserung versprochen.

TOP 4 Statusbericht ORS1

4.1 Aktueller Stand

Am Anfang des Vortrags von Herrn Abels-Bruns standen Informationen zu Personalwechseln bei der gematik. (Der Vortrag wird dem Protokoll beigelegt.) Erfreulich aus NRW-Sicht ist die Wahl des Vorstands der KVWL Herrn Dr. Thomas Kriedel zum Vorsitzenden der Gesellschafterversammlung der gematik. Sein Vorgänger auf Seiten der Leistungserbringer, Herr Dr. Günther Buchholz von der KZBV, hatte sich nicht mehr zur Wiederwahl gestellt.

Laut Statusbericht sind die Vorbereitungen des Erprobungsverfahrens in der Testregion Nordwest weiter fortgeschritten sind als in der Testregion Südost. Im Nordwesten wurden die Testteilnehmer (Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxen und Krankenhäuser) entsprechend geforderter Anzahl und Anforderungsprofilen der gematik akquiriert, die Teilnahmeverträge unterzeichnet und die Benennungsherstellung mit den zuständigen Verbänden der Selbstverwaltung eingeleitet. Im Südosten hat man erst die Interessensbekundung von 413 Testteilnehmern vorliegen. Ihnen sollen die Teilnahmeverträge in Kürze übermittelt werden.

Die Basisfunktionalität „Qualifizierte Elektronische Signatur“ (QES) soll mit verschiedenen sektoralen Anwendungen wie Authentisierung beim Portalzugang, elektronischer Abrechnung oder elektronischem Arztbrief getestet werden. Für den Versand von Arztbriefen soll auch die Telematikkommunikationsplattform „KOM-LE“ (Kommunikation Leistungserbringer) getestet werden. Für die Einbindung der sektoralen Anwendungen in das QES Testverfahren und für die Umsetzung und Testung von KOM-LE liegen von den Auftragnehmern des Erprobungsverfahrens in den beiden Testregionen noch keine Angebote vor.

Die Statusübersichten zum Ausgabeverfahren der elektronischen Heilberufsausweise zeigen, dass dort gute Projektfortschritte zu verzeichnen sind und man sich dem Zulassungsverfahren zur Produktivumgebung auf breiter Front nähert, wobei für die CVC-Root diese Zulassung schon erreicht wurde und mit dem Aufbau der Produktivumgebung begonnen wurde.

Über die Verschiebung des Erprobungsbeginns auf Q3/2015 wurden die Testteilnehmer wie auch die Öffentlichkeit informiert. Zur Stärkung der Berücksichtigung der Interessen der Patienten wird zukünftig der Beauftragte des Landes NRW für Patientinnen und Patienten an den Sitzungen der ARGE eGK/HBA-NRW teilnehmen.

Dr. Groß bedankt sich für den Bericht und bittet darum, Fragen hierzu erst nach dem zweiten Bericht zu diesem Tagesordnungspunkt zu stellen. Sie leitet an Herrn Viktor Krön weiter.

4.2 Ausgabe von elektronischen Arztausweisen

Herr Krön berichtet über Test und Erprobung bei der Ausgabe der elektronischen Heilberufsausweise der Generation 2 (HBA – G2) durch die Kammern im Rahmen des Erprobungsverfahrens ORS1. (Der Vortrag wird diesem Protokoll beigelegt.) Im ersten Teil berichtet er über die Rahmenbedingungen und den aktuellen Status bei der Vorbereitung der Erprobung von ORS1 und der Ausgabe des elektronischen Arztausweises / elektronischen Heilberufsausweises der Generation 2 (HBA- G2). In den beiden Testregionen Südost und Nordwest werden die Verträge mit den Testteilnehmern abgeschlossen, wobei diese Akquisition in der TR Nordwest schon weitestgehend abgeschlossen ist. Es werden pro Testregion 380 Arzt- und Psychotherapeutenpraxen, 120 Zahnarztpraxen und 5 Krankenhäuser teilnehmen. Sie werden mit SMC (Institutionenkarten für Praxen oder Krankenhäuser, die über die KVen, KZVen und Krankenhausgesellschaften ausgegeben werden) und HBA – G2 (werden über die Ärzte-, Zahnärzte und Psychotherapeutenkammern ausgegeben) ausgestattet werden. Die Personalisierung dieser Chipkarten hat die gematik an die zwei Zertifizierungsdiensteanbieter (ZDA) Bundesdruckerei und T-Systems vergeben. Die Zahnärzte- und die Psychotherapeutenkammern haben schon die Verträge mit den Zertifizierungsdiensteanbietern abgeschlossen. Die Ärztekammern werden in den Test- und Erprobungsverfahren bei der HBA – G2 Ausgabe mit beiden Zertifizierungsdiensteanbietern zusammenarbeiten, sodass der Arzt das Wahlrecht hat, über welchen ZDA er seinen HBA – G2 erstellen lassen möchte. Die Kammern sind ebenfalls für die Ausgabe der Arztausweise an die Ärzte der teilnehmenden Krankenhäuser zuständig. Da die Anzahl der betroffenen Ärzte in diesen Krankenhäusern noch nicht bekannt, und da die finale Benennungsherstellung für die Arztpraxen noch nicht abgeschlossen ist, lassen sich zurzeit noch keine Angaben über die Anzahl der auszustellenden HBA machen.

In dem nächsten Teil seines Vortrags berichtet Krön über die Testung und die Erprobung des Ausgabeverfahrens des HBA – G2. Zur Abgrenzung dieser beiden Projektphasen muss man wissen, dass im Testverfahren mit Testdaten gearbeitet wird, während im Erprobungsverfahren mit Hilfe von Echtdateien wirkliche elektronische Arztausweise produziert und für den Einsatz in der Produktivumgebung an die Ärzte ausgegeben werden.

Die Ärztekammern haben in der Vergangenheit bei der Ausgabe des HBA QSig mit dem Kammeridentverfahren über die Fa. Medisign umfassende Erfahrungen gesammelt. Dieses von der BÄK konzipierte Verfahren hat sich in der Praxis bewährt. Von diesem Konzept weicht der von den gematik Auftragnehmern konzipierte Prozess ab, da die Zertifizierungsdiensteanbieter die vom Arzt ausgefüllten Anträge erhalten und sie als elektronische Kopie den Kammern in einem Freigabeportal zustellen. Dort werden die Antragsdaten und die berufliche Qualifikation überprüft und die Anträge im Falle eines positiven Überprüfungsergebnisses unter Verwendung einer QES freigegeben.

Bei diesem Verfahrensablauf ergeben sich aus Sicht der Kammern jedoch zwei Defizite. Zum ersten ist damit zu rechnen, dass es bei dem Antragsverfahren zu häufigen Zurückweisungen durch die Kammer wegen möglicher Dateninkonsistenzen kommen wird. Denn die Kammer wird ihre Mitgliederdaten mit den Daten des Antrags vergleichen. Dabei wird es wegen zwischenzeitlich eingetretener Änderungen auf Seiten des Antragstellers oder auf Grund struktureller Unterschiede zwischen den Daten des Antrags und den Meldedaten der Kammern zu Beanstandungen und Zurückweisungen der Anträge kommen, was zu mehrmaligen, zeit- und arbeitsaufwendigen Prozedurwiederholungen führen kann. Deshalb präferieren die Ärztekammern in Analogie zum bisherigen Verfahrensablauf die folgende Vorge-

hensweise. Der Antragsteller bekommt einen von den Ärztekammern mit ihren Meldedaten vorbefüllten Antrag, in den er die zwischenzeitlich erfolgten Änderungen und die zusätzlich erforderlichen Daten einträgt. Er druckt den Antrag aus und sendet ihn handschriftlich unterzeichnet an den ZDA, der ihn dann als elektronische Kopie, wie in dem ursprünglichen Konzept, zur Überprüfung an die Kammer weitersendet. Diese Vorbefüllung der Antragsformulare durch die Kammern kann z. Bsp. über eine SOAP- oder http Schnittstelle aus dem Meldedatenbestand erfolgen. Diese Schnittstellen selbst sind vorhanden und müssen lediglich in die Systeme der Kammern implementiert werden. Die Spezifikation der SOAP-Schnittstelle kann von allen Kammern und auch den KVen genutzt werden.

Auch wenn dieses modifizierte Verfahren, wie schon mit den Auftragnehmern und der gematik abgestimmt, eingesetzt wird, so besteht trotzdem noch ein zweites, rechtliches Defizit. Denn der an die Ärztekammer zur Freigabe als elektronische Kopie zugesandte Antrag ist nur eine Kopie und nicht wie im bisherigen Kammeridentverfahren ein unterzeichneter Antrag im Original. Damit ergibt sich für die Kammer die Frage nach der Authentizität (Echtheit) der Unterschrift und der Unverfälschtheit des Inhalts im zugesandten Antrag. Dieses Defizit muss noch geklärt werden.

Weiter berichtet Krön über den Umfang und den personellen Einsatz, den Zeitrahmen, die Behebung von Fehlern und die Aufnahme von Änderungsanforderungen und die Freigabe des Ausgabeverfahrens am Ende des Testverfahrens. Die Testumgebung bleibt mit dem Abschluss der Testung – entsprechend der Empfehlung der BÄK - für zukünftige Überprüfungen und für die Zulassungsverfahren weiterer Marktanbieter erhalten und kann parallel zur Produktivumgebung genutzt werden.

Nach der Abnahme am Ende des Testverfahrens wird das Erprobungsverfahren mit Eckdaten und Echtdateien beginnen. Es werden zwei neue G2 Karten, nämlich von Gieseke & Devrient und der T-Systems zwischen April und Juli 2015 integriert. Der Zeitplan sieht vor, dass die ersten HBA ab Juli 2015 ausgegeben werden müssen, da sie bereits mit dem Einsatz der mobilen Kartenterminals bei der Überprüfung der Versichertendaten eingesetzt werden. Für die Integration des Freigabeprozess über das Freigabeportal ist es laut Krön noch offen, ihn vollständig zu automatisieren oder in Teilen manuell abzuwickeln. Eine Entscheidung ist nach seiner Ansicht abhängig für die Anzahl der auszustellenden HBA. Denn bei 50 – 100 HBA ist eine teilweise manuelle Prozess kostengünstiger, was bei einer Anzahl von 300 Anträgen nicht mehr zutrifft. Ein noch nicht vollständig fertig implementierter Prozess hat auch noch den Charme, dass die Kammer noch den Spielraum hat, ihn mit zukünftigen Industrieanbietern entsprechend ihren Vorstellungen zu modifizieren.

Am Ende seines Vortrages hat Krön zunächst die Voraussetzungen aufgelistet, die von den Kammern vor Beginn des Erprobungsverfahrens umgesetzt oder bereitgestellt werden müssen, und eine Aufwandsschätzung der Ärztekammer Nordrhein vorgestellt. Sie geht für das Testverfahren von insgesamt 40 Personentagen aus. Eine Aufwandsschätzung für das Erprobungsverfahren ist wegen des noch nicht vorliegenden Mengengerüsts noch nicht möglich. Angesichts des nicht unerheblichen Aufwandes für die Kammer, äußert Krön gegenüber der gematik die Bitte, die Einrichtung der Systeme sowohl finanziell wie auch über Ressourcen zu unterstützen.

Zum Ende dieses TOP übernimmt Herr Dr. Dr. Bickmann die Sitzungsleitung. Er sieht mit diesem Bericht die Aufgabe der Kammern in guten Händen, befürchtet aber, dass die aufgezeigte Kalkulation möglicherweise noch zu knapp bemessen ist und die gematik ihre Unter-

stützung entsprechend anpassen muss. Schließlich sieht er auch noch die Frage offen, ob die bisherigen BCS-Kartenterminals weiter eingesetzt werden können, oder ob mit der Einführung von ORS1 neue E-Health Kartenterminals ausgerollt werden müssen. Aus dem Auditorium gibt es zu den beiden Statusvorträgen keine Fragen.

Dr. Groß informiert von der BÄK, dass das „Notfalldatenmanagement-Sprint“ in Münster getestet wurde. Dieser Test erfolgte auf Papierbasis ohne Anbindung an die TI, da in ihm die Vorgaben der Ärzte zum Inhalt des Notfalldatensatzes und den Notfallszenarien fachlich getestet werden sollten. Im Vordergrund stand die Idee Akzeptanz bei Versicherten und Ärzten erreichen und deshalb zu untersuchen, ob es fachlich und im Ablaufprozess Optimierungspotenziale gibt, die noch genutzt werden können.

Dr. Groß weist auch noch auf das Projekt Medikationsplan hin, worin von den beiden Ärztekammern in NRW in Absprache mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft der Medikationsplan modifiziert und mit Partnern aus Industrie und Wissenschaft in ausgewählten Praxen getestet und evaluiert wird.

TOP 3 Wissenschaftliche Evaluation – Einbindung des Ärztlichen Beirates

Dr. Dr. Bickmann eröffnet den TOP 3 und begrüßt Frau Dr. Woldenga von der gematik und den inzwischen eingetroffenen Herrn Prof. Dr. Schöffski. Die Kompetenz des Ärztlichen Beirates bei der Einführung der eGK und der Telematikinfrastruktur und seine Einbindung in die „Wissenschaftliche Evaluation“ (WE) ist nach Einschätzung von Herrn Dr. Dr. Bickmann zwischenzeitlich von der gematik Geschäftsführung anerkannt. Frau Dr. Woldenga und Herr Prof. Dr. Schöffski werden in ihren Referaten den ÄB das Verfahren und die Hintergründe der WE vorstellen und ihre Vorstellungen darlegen, wie der ÄB in diesen Prozess eingebunden werden kann.

Als Erstes beginnt Frau Dr. Woldenga mit einem Überblick zum Auftrag und den Zielen der WE. (Der Vortrag wird diesem Protokoll beigelegt.) Dabei stellt sie die allgemeinen Grundlagen einer WE und die konkreten Zielkoordinaten der WE zum ORS1 vor und erläutert ihre Abgrenzung zum Erprobungsverfahren (Folie 6) aus. Sie stellt die gesetzlichen Grundlagen für die Erfordernis der WE dar und erläutert die Kernfragen (Folie 5), die die WE beantworten muss. Um das Konzept für eine WE erstellen zu können, braucht man diverse Fachexpertisen wie Branchenkompetenz, Kenntnisse der wissenschaftlichen Standards, sozialwissenschaftliche Kompetenz u. a. (Folie 7). Hierfür ist ebenfalls eine Zusammenarbeit mit der **Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGVal)** unablässig. So empfiehlt die DeGVal als „Qualitätsanforderungen“ für eine WE Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit, zu deren expliziter Berücksichtigung die Auftragnehmer sich verpflichten mussten (Folie 8).

Danach geht Dr. Woldenga auf den konzeptionellen Rahmen ein, der für die Leistungsbeschreibung erarbeitet wurde, womit eine allgemein gültige Grundlage für die Evaluierung der künftigen Ausbaustufen der TI bereitgestellt wird. Der konzeptionelle Rahmen basiert auf den mit dem Lenkungsausschuss der gematik abgestimmten Anforderungen (Folie 9). Dieser konzeptionelle Rahmen ist geeignet, komplexe Evaluationen zur Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen mit verschiedenen Fragestellungen zu realisieren, unterschiedliche Fachanwendungen / Basisdienste, verschiedene Zielgruppen und sich verändernde Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und Messungen (wie z. Bsp. „Vorher – Nachher“ oder

laufende Befragungen) von Input, Output, Outcome und Umsetzungsgenauigkeit zu ermöglichen. Er wird erstmalig im Evaluationskonzept auf die Anwendung VSDM und die Basisfunktion QES umgesetzt.

In Ergänzung zum konzeptionellen Rahmen werden in der Leistungsbeschreibung Leitlinien für die Anwendung des konzeptionellen Rahmens formuliert, die in der Design- Durchführungs- und Ergebnisphase berücksichtigt werden müssen (Folie 10). So stellt die Leitlinie „Grundlegende Qualitätsstandards für Evaluationen (DeGEval)“ die schon im vorletzten Absatz genannten Qualitätsanforderungen der DeGVal dar. Eine weitere Leitlinie betrifft die „Bestimmung der Evaluationskriterien“. Dr. Woldenga erläutert die drei theoretischen Modelle, für die man sich zu ihrer Bestimmung entschieden hat. Bei der Festlegung der Evaluationskriterien orientiert man sich als erstem an dem „Delone & McLean Information System Success-Modell“. Es definiert die in der Folie 11 aufgeführten sechs Dimensionen für den Erfolg von Informationssystemen. Diese sind nicht unabhängig voneinander zu sehen, sondern stehen in Beziehung zueinander. Die gerichteten Auswirkungen werden durch die Pfeile in der Folie 12 verdeutlicht. Diese sechs Dimensionen stellen als zentrale Komponenten der Evaluation die „Outcome-Indikatoren“ dar, d. h. die Indikatoren, unter denen der Nutzen für die jeweilige Gruppe erfasst wird. Aus den übergeordneten, inhaltlichen Evaluationskriterien dieses Modells werden die Evaluationskriterien für die jeweilige Anwendung oder Basisdienst abgeleitet. Als nächstes werden die Evaluationskriterien den drei Qualitätsdimensionen nach dem Modell von Donabedian (Folie 13) zugeordnet. Zur Clusterung von Evaluationskriterien haben sich diese drei Qualitätsdimensionen im Gesundheitsbereich bewährt. Sie stehen ebenfalls miteinander in Zusammenhang und sollten bei der Bestimmung von Qualität immer gleichzeitig betrachtet werden. Das dritte eingesetzte Modell ist das „Vierebenenmodell nach Kirkpatrick“, das für die Formulierung der konkreten Fragen mittels der Evaluationsinstrumente zur Messung der Evaluationskriterien genutzt wird (Folie 14). Die sechs „Outcome Indikatoren“ nach dem „Delone & McLean Information System Success-Modell“ können demnach auf den verschiedenen Ebenen nach Kirkpatrick bzgl. Einstellung, Wissen oder Verhalten gemessen werden. Dr. Woldenga erläutert zu dieser Folie, dass man zunächst die Kriterien 1 – 3 empfohlen habe und das Kriterium 4 erst später nutzen wolle. Sie wies außerdem bei der Erörterung der Leitlinie „Auswahl bzw. Konzeption der Messinstrumente“ darauf hin, dass die Befragungen „Online“ oder per Telefon durchgeführt werden.

Dr. Woldenga geht zum „Evaluationskonzept für ORS1“ der Leistungsbeschreibung über, das aus dem konzeptionellen Rahmen abgeleitet wurde und eine Vorgabe darstellt, die Herr Prof. Schöffski mit seinem Team in der Designphase umzusetzen hat. Die in der Folie 15 aufgelisteten Elemente des Evaluationskonzepts wie „Zielgruppen“, „Umsetzungsgenauigkeit“, etc. werden von der gematik in der Leistungsbeschreibung erläutert und definiert. In der Folie 16 erläutert Dr. Woldenga an Beispielen, wie die Vorgaben zur Evaluation der Outcome-Indikatoren umzusetzen sind und was der Auftragnehmer weiterzuentwickeln hat. Die Tabellen zeigen, wie dabei die drei oben vorgestellten Modelle hinsichtlich der inhaltlichen Gliederung, der Clusterung in Qualitätsdimensionen sowie deren Festlegung der Messebene eingeflossen sind. Daraus werden dann spezifische Evaluationskriterien und Fragen abhängig vom Untersuchungsgegenstand abgeleitet. Neben den subjektiven Daten aus den Befragungen werden, soweit für das Verfahren verfügbar, auch objektive Daten aus den technischen Log-Protokollen verwendet (Folie 17). Die objektiven und subjektiven Daten werden nach Vorgaben zusammengeführt, sodass die objektiven Daten die subjektiven Daten unterstützen und zur Erklärung von Defiziten genutzt werden. Der Regelkreis mit einer Rückkopplung der Ergebnisse in das Projekt ORS1 führt dann zu Verbesserungen. Ausschlä-

ge/Auffälligkeiten bei den Befragungsergebnissen nach oben oder unten werden identifiziert und noch einmal gesondert betrachtet. Zum Abschluss der Darstellung des „Evaluationskonzept für ORS1“ geht Dr. Woldenga auf die Einbindung der Patienten in die WE ein (Folie 18). Patienten sind im engeren Sinne keine Zielgruppe für die Evaluation der Anwendungen VSDM und QES. Dennoch sollen sie berücksichtigt und mittels Interviews einbezogen werden. Patienteninterviews werden in Zusammenhang mit den Behandlungen bei den Leistungserbringern durchgeführt. Die Anzahl der zu befragenden Patienten muss eine repräsentative Bewertung ermöglichen (Mengenangaben in Folie 18).

Ihre Vorstellung des Verfahrens der WE schließt Dr. Woldenga mit einem Überblick über die vier Phasen der WE. Insbesondere stellt sie die nächsten Schritte der zweiten Phase, des „Evaluationsdesigns“, vor. Zu den Messzeitpunkten in der dritten Phase, der Durchführungsphase, erklärt sie, dass der Messzeitpunkt 1 die „Ist-Analyse“ zum Zeitpunkt des Ausrollens der Erprobung, die Messzeitpunkte 2 bis 3 laufende, im Abstand von ca. 4 Wochen durchgeführte Wiederholungsbefragungen und der Messzeitpunkt 5 die Abschlussbefragung darstellen. D. h., dass die Evaluation sowohl formative Elemente (begleitende Messung über mehrere Messzeitpunkte) als auch summative Elemente (Prä-Post-Tests) enthält. Entsprechend den Befragungszyklen wird in der Durchführungsphase ein monatliches Reporting realisiert.

Zum Abschluss Ihres Vortrags erläutert Dr. Woldenga den „Rahmen für eine Zusammenarbeit gematik/FAU/ÄB NRW zur Unterstützung der unabhängigen wissenschaftlichen Evaluation des Online Rollout (Stufe 1)“. Dabei leitet sie das Erfordernis einer Beteiligung des ÄB aus den Vorgaben der Rechtsverordnung über die Testmaßnahmen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und aus dem Eigenverständnis des Ärztlichen Beirats ab. Weiter führt sie die Aufgaben auf, die der ÄB in der Designphase übernehmen soll, wobei die inhaltlichen Schwerpunkte in der Teilnahme am Pretest und in einer Beteiligung an einem Stellungnahme- und Kommentierungsverfahren für das Evaluationsdesign liegen sollen. Jedoch steht diese Planung noch unter dem Gremienvorbehalt, dass der Lenkungsausschuss der gematik Gesellschafter diesem Rahmen für eine Zusammenarbeit von gematik/FAU/ÄB NRW zustimmt, der am folgenden Tag, dem 18.12.2014 tagen wird. Abhängig von dieser Entscheidung des Lenkungsausschusses soll eine Arbeitsgruppe mit Mitgliedern des ÄB etabliert werden, wozu die Teilnehmer zeitnah benannt werden müssen. Die Arbeit soll dann in einem Workshop am 21.01.2015 beginnen. Die Ziele dieses Workshops, nämlich die inhaltliche und organisatorische Etablierung der Zusammenarbeit, werden in der letzten Folie des Vortrags vorgestellt.

Bzgl. des Workshoptermins weist Dr. Groß darauf hin, dass am 21.01.2015 um 20:00 Uhr der nächste Termin der „AG Empfehlung zur weiteren Arbeit des ÄB“ stattfinden soll. Deshalb empfiehlt es sich, den Workshop an diesem Tag, jedoch etwas früher, um 17:00 Uhr in der ÄK Nordrhein anzusetzen.

Dr. Bickmann bedankt sich bei Frau Dr. Woldenga für ihre Ausführungen, insbesondere den konkreten Vorstellungen für eine Teilnahme des ÄB an der WE und leitet zum zweiten Teil dieses TOP 3, dem Vortrag von Herrn Prof. Dr. Schöffski über. (Der Vortrag wird diesem Protokoll beigelegt.) Dabei verweist er kurz auf den wissenschaftlichen Werdegang von Herrn Prof. Dr. Schöffski und adressiert eine der Kernfragen, die sich die Ärzteschaft bei ihrer Anbindung an die TI stellt und wozu sie von der WE Antworten erwartet, nämlich, welche Auswirkungen die Anbindung an die TI auf die Arztpraxen haben und ob die damit verbundenen Änderungen in den Prozessen praxistauglich sind.

Prof. Dr. Schöffski stellt einleitend kurz die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und seinen Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement mit den betreuten Forschungsprojekten wie z. B. das Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung „Gesundheitsregionen der Zukunft“ in Zusammenarbeit mit der Fraunhofer ISI vor. Prof. Dr. Schöffski verweist darauf, dass er und sein Institut in dem Projekt der Einführung der eGK und der TI vollkommen neutral einzuordnen sind. Man hat keine weitergehenden Interessen, sondern man wird einfach diese wissenschaftliche Evaluation durchführen. Dieser Auftrag ist der erste wirkliche Berührungspunkt mit diesem Projekt, in dem man bisher keine Historie hat. Man betrachtet sich als vollkommen unabhängig. Man ist sich auch bewusst, dass dieses Projekt viele politische Facetten besitzt und immer wieder politische Tretminen bereithält. Sein Lehrstuhl hat den Zuschlag nach einem sehr umfangreichen und extrem formalisierten Vergabeverfahren erhalten. Frau Dr. Woldenga hat die umfangreichen Vorgaben in ihrem Vortrag dargestellt. Man ist jetzt dabei, alles vorzubereiten und einzurichten. Im Projektteam beginnt man nun, diese Anforderungen an die Fragebögen umzusetzen. So sollen die Fragebögen online beantwortet werden und die Bearbeitungszeit soll maximal 15 Minuten betragen.

Prof. Dr. Schöffski hat in dem zweiten Teil seines Vortrags in einigen Folien die von der Gematik vorgegebenen Grundlagen der WE dargestellt. Sie beziehen sich auf Hintergrund und Ziele des Evaluationsprojekts, die Kernfragen der Evaluation und den Rahmen für die Datenerhebung und letztlich die voraussichtliche Arbeitsbelastung der Leistungserbringerinstitutionen für die Teilnahme an der WE. Diese Inhalte sind mit Ausnahme der voraussichtlichen Arbeitsbelastung der beteiligten Leistungserbringerinstitutionen in diesem Protokoll schon in dem Vortrag von Frau Dr. Woldenga dargestellt worden.

In dem abschließenden Teil seines Vortrag geht er auf die Einbindung des ÄB in die „Designphase“ ein. Prof. Dr. Schöffski betont auch noch einmal, dass von seiner Seite der Wunsch nach einer Kooperation mit dem ÄB besteht. Er stellt seine Vorschläge für eine Zusammenarbeit in der Designphase vor. Dazu gehören drei Workshops, wovon der erste am 21.01.2015 und der zweite voraussichtlich im März 2015 durchgeführt werden soll, und die Teilnahme einiger Mitglieder am Pretest. Um die Zusammenarbeit operativ zu organisieren, sollte eine Arbeitsgruppe eingerichtet werden. Beim ersten Workshop kann es um einen gegenseitigen Austausch gehen, also einerseits darum, die Interessen und Anliegen der Ärzte bei der Erprobung und Evaluation von ORS1 kennenzulernen und zu verstehen, und andererseits darum, Hintergründe des Evaluationskonzeptes zu erörtern. Eine Beteiligung von Ärzten des ÄB am Pretest soll helfen, Verständlichkeit, Richtigkeit und Messbarkeit der Befragungen zu überprüfen und auch die Umsetzbarkeit des Befragungsverfahrens zu testen. Wichtig für die Zusammenarbeit ist Prof. Dr. Schöffski aber, dass es auf keinen Fall zu Verzögerungen im Projektablauf kommen darf. Festgelegte Termine müssen immer eingehalten werden. Deshalb ist die Festlegung der Teilnehmer für den Workshop am 21.01.2015 und für den Pretest zeitnah vorzunehmen.

Dr. Bickmann dankt Prof. Dr. Schöffski für diesen Vortrag und eröffnet die Fragerunde damit, dass er sich erkundigt, ob die vorhin angegebenen Zeitaufwände für die Befragungen im laufenden Praxisbetrieb anfallen werden. Prof. Dr. Schöffski verweist darauf, dass die Befragungen alle über ein Online Verfahren abgewickelt werden, sodass der Erprobungsteilnehmer die Beantwortung durchführen kann, wenn er dafür Zeit hat. Der Zeitaufwand beträgt bei der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagement mit 5 Online Befragungen 5 x 15 Minuten.

Aus dem Auditorium wird gefragt, ob es bei jeweils 500 Testteilnehmern pro Testregion Mindestanforderungen an die Anzahl der eGK-Steckungen gibt. Hierzu wird erklärt, dass alle Versicherten zur Erprobung mit einer eGK ausgestattet sein werden. Zusätzlich wurde für das Erprobungsverfahren festgelegt, dass bei jedem Kontakt eines Versicherten mit einer an der Erprobung teilnehmenden Leistungserbringerinstitution die eGK gesteckt werden soll. Deshalb gibt es keine vorgegebene Mindestanzahl an eGK-Steckungen, sondern nur Schätzungen, mit wie vielen man ungefähr rechnet. Bei der Auswahl der Erprobungsteilnehmer wurde darauf geachtet, alle Teilnehmerarten auch hinsichtlich der Anzahl der zu erwartenden Steckungen zu berücksichtigen.

Aus dem Auditorium wurde die Frage nach der Einbeziehung der Krankenhäuser bei der Erprobung des VSDM gestellt. Dr. Woldenga verweist darauf, dass dieses in dem Testkonzept festgelegt worden ist.

Ein Mitglied stellte die Frage, wer denn in der Arztpraxis in dem Evaluationsverfahren befragt werde. Dr. Woldenga erläutert, dass dieses in der Zielgruppenanalyse festgelegt wird. Es wird noch erörtert werden müssen, ob die Beantwortung der Fragen vom Praxispersonal oder vom Arzt selbst vorgenommen werden soll. Letztendlich kann die Gematik aber nicht überprüfen, wer die Fragen beantwortet. Sie kann ein Fehlverhalten dabei auch nicht sanktionieren. Man wird in der Befragung jedoch abfragen, wer die Beantwortung vorgenommen hat. Prof. Dr. Schöffski ergänzt, dass die FAU die Ärzte anschreiben wird und sie über das Beantwortungsverfahren informieren wird. Wichtig ist aber dabei vor allem, dass immer dieselbe Person die Fragen beantworten soll, damit die Konsistenz gewahrt ist. Wie diese Anforderung für die Beantwortungsverfahren in einem Krankenhaus umgesetzt werden sollen, muss noch festgestellt werden.

Von einem Mitglied aus dem Bereich Krankenhäuser wurde hierzu ergänzend nachgefragt, wieviel Personen in einem Krankenhaus befragt werden und, ob die Befragten IT-Mitarbeiter oder Verwaltungskräfte sein werden. Prof. Dr. Schöffski weist darauf hin, dass das ebenfalls noch festgelegt werden müsse.

Prof. Dr. Schöffski wurde aus dem Auditorium gefragt, was er vom ÄB erwartet. Er führt, wie auf seiner Folie zu Vorschlägen zur Zusammenarbeit dargestellt, aus, dass man zum Einen an Input zu den Fragebögen interessiert ist. Man erwartet Hilfe bei den Formulierungen, Hinweise zu den Prozessen in der Praxis, u.s.w., eigentlich zu allem, was man seitens der Ärzte an ihn heranträgt. Zum anderen braucht man Teilnehmer für den Pretest der Befragungen.

Dazu wird aus dem Auditorium weiter nachgefragt, ob man beim Pretest die Erwartung hat, Antworten von Ärzten mit praktischer Erfahrung aus dem Telematikumfeld zu erhalten. Prof. Dr. Schöffski erläutert, dass man entsprechend der reinen Lehre am Pretest Ärzte teilnehmen lassen will, die später selbst nicht am Test teilnehmen werden. Man möchte die Antworten einfach ausfüllen lassen, um z. B. in Erfahrung zu bringen, ob der Fragebogen insgesamt handhabbar oder die Fragen verständlich sind.

Dr. Groß informiert Prof. Dr. Schöffski darüber, dass unter den Mitgliedern des ÄB sowohl am Test teilnehmende Ärzte als auch solche, die keine Testärzte sind, ansprechbar sind.

Es wird die Frage gestellt, ob bei der WE der FAU, wie bei dem geplanten Evaluationsverfahren der KV Westfalen/Lippe, das Standardkostenmodell (SKM) zum Einsatz kommt. Prof. Dr. Schöffski verneinte dieses. Dr. Woldenga ergänzt, dass man davon ausgeht, dass man in

dem Prozess der Patientenidentifikation und Übernahme von Stammdaten über die eGK ins PVS mit keinen wesentlichen Abweichungen zu dem jetzigen Offline-Verfahren rechnet. Bei groben Abweichungen des neuen Prozesses vom alten durch die Einführung des VSDM bzw. des Basisdienstes QES würden diese beschrieben und durch die Extremwertanalyse näher untersucht, was möglicherweise zu Empfehlungen für eine Veränderung/Anpassung führen kann. Eine Überlappung beider Modelle ist nicht im Auftrag enthalten.

Dr. Woldenga weist zum Abschluss aber noch einmal darauf hin, dass der LA der gematik in seiner morgigen Sitzung einen Beschluss über den Rahmen für die Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Beirat NRW fassen wird. Deshalb stehen alle hier vorgestellten Kooperationsmaßnahmen und Absprachen unter dem Vorbehalt eines positiven Beschlusses des LA.

Herr Krön weist darauf hin, dass an dem Workshop auch Praxismitarbeiter oder MAs teilnehmen können. Dr. Woldenga ergänzt hierzu, dass in diesem ersten Workshop noch nicht alle dabei sein müssen, die später in die Arbeit einbezogen werden.

Dr. Dr. Bickmann dankt noch einmal den Referenten und beendet, da die Zeit schon sehr weit fortgeschritten ist, diesen TOP.

TOP 5 Verschiedenes

- Die nächsten Termine:
 - Dr. Groß erinnert daran, dass der Workshop zur WE unter dem vorab dargestellten Gremienvorbehalt am **21. Januar 2015 um 17:00 Uhr** im Ärztehaus in Düsseldorf stattfinden wird. Der 20:00 Uhr Termin der Vorbereitungs AG an diesem Tag fällt deshalb aus.
 - Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats ist am Mittwoch den **04. März 2015 um 15:00 Uhr** wieder in der KVWL in Dortmund.
 - Über den am 04. März 2015 an der nächsten Sitzung des Ärztlichen Beirats angehängten Termin der Vorbereitungs AG wird in Kürze neu befunden.