

bvitg-Positionierung

zur Archiv- und Wechselschnittstelle und fehlender Interoperabilität
von Spezifikationen

Vorgaben wertschöpfend gestalten

Kontakt:
Susanne Koch

Bereichsleitung Verbandsarbeit
Susanne.Koch@bvitg.de



Die Mitgliedsunternehmen des Bundesverbandes Gesundheits-IT – bvitg e. V. setzen sich für eine rasche, nutzenstiftende Digitalisierung des Gesundheitswesens ein, bei der digitale Anwendungen und neue Schnittstellen zum Datenaustausch zwischen Systemen bei den Nutzer:innen direkte Mehrwerte generieren. Aufgrund von gesetzlichen Pflichten und Aufträgen sowie einer fehlenden Evaluierung von Neuerungen im Betrieb müssen Software-Unternehmen momentan viele Kapazitäten in die Bereitstellung ungeeigneter Funktionalitäten wie der Archiv- und Wechselschnittstelle (AWSt) investieren, obwohl diese bei anderen Vorhaben wie zum Beispiel für die Umsetzung der „ePA für alle“ dringend gebraucht würde. So werden aktuell Parallelentwicklungen und mögliche Synergien bei Vorgaben nicht berücksichtigt.

Hintergrund

Gemäß des gesetzlichen Auftrages nach § 371 Abs. 1 SGB V spezifiziert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Schnittstelle für die Archivierung und den Wechsel eines Praxisverwaltungssystems. Seit dem 06. Juli 2019 ist die Archiv- und Wechselschnittstelle (AWSt) in der ersten Version im Interoperabilitätsverzeichnis „vesta“ veröffentlicht und wurde nach Ablauf einer zweijährigen Umsetzungsfrist im Juni 2021 für die entsprechenden Software-Anbieter in der bestätigungsverpflichtenden Umsetzung mandatorisch. Zum aktuellen Stand erfolgen die letzten Abstimmungen der Version 1.3.0 bei der KBV.

Hürden bei der Etablierung einer Schnittstelle für Systemwechsel

Für einen funktionierenden Markt im Primärsystembereich ist die freie Wahl zwischen den Angeboten durch die Anwender:innen, zu der auch die Übernahme der im Altsystem gespeicherten Daten gehört, eine entscheidende Voraussetzung. Basierend auf der Vermutung einer fehlenden Wechsel- und Datenübernahmemöglichkeiten wurde durch den Gesetzgeber eine Gesetzesänderung initiiert, die eine entsprechende verpflichtende Schnittstelle, die AWSt, bei den Praxisverwaltungssystemen (PVS) vorsieht.

Entgegen der zugrunde liegenden Annahme finden in der Realität umfangreiche und vielzählig Systemwechsel in der ambulanten Versorgung statt. Diese werden jedoch weiterhin mit den bewährten Tools und nicht mit der vorgesehenen, jedoch ungeeigneten AWSt realisiert. Datenübernahmen erfolgen stets in ausschließlicher Verantwortung und Eigenregie des neuen Anbieters mit Hilfe von ausgereiften und permanent aktualisierten Tools von auf Systemwechsel spezialisierten Anbietern.

Ein Grund für den fehlenden Einsatz der AWSt ist der Datenverlust, der mit dem Einsatz der AWSt einhergeht. So können Bilddaten und Dokumente aus dem alten PVS zwar über eine Referenz im neuen PVS verknüpft werden, bei Daten aus Drittsystemen für z. B. Archivierung oder Radiologie geht die Verknüpfung aber verloren. Zudem werden die vorliegenden Daten bei Nutzung der AWSt um ein Vielfaches der ursprünglichen Datenmenge vergrößert, sodass schon die Datenmitnahme in einer Einzelpraxis deutlich mehr Zeit in Anspruch nimmt als dies

mit den bewährten Tools der Fall ist.

Auch bei den Herstellern erzeugt die AWSt Mehraufwände. Die Umsetzung einer Schnittstelle in einem PVS ist komplex und beansprucht umfangreiche Kapazitäten in den Entwicklungsabteilungen der Software-Unternehmen. So wird die neue Version der AWSt 1.3.0, die in ihrem Umfang weiter signifikant hinter den bewährten Tools zurückbleibt, schätzungsweise mehrere Personenmonate pro Hersteller in Anspruch nehmen. Eine Vereinbarkeit mit den in der Digitalisierungsstrategie des BMG bereits angekündigten kurzfristigen Maßnahmen, wie der „ePA für Alle“ nach dem Opt-out-Prinzip und einem digitalen Medikationsmanagement ist ohne eine entsprechende Priorisierung durch den Gesetzgeber nicht gegeben.

Ein weiterer problematischer Aspekt ist die fehlende Harmonisierung der AWSt mit anderen FHIR-basierten Datenstrukturen. So fehlt die Kompatibilität nicht nur zu Schnittstellen anderer Spezifikatoren, wie der Schnittstelle für Informationstechnische Systeme in Krankenhäusern (ISiK), sondern auch zur Verordnungssoftware-Schnittstelle (VoSS), die ebenfalls durch die KBV verantwortet wird.

Kurzum bindet die praktisch nicht nutzbare AWSt Entwicklungs-Kapazitäten. Aufgrund von einer fehlenden Harmonisierung entstehen besonders hohe Mehraufwände.

Umgang mit der Realität

Nicht nur der bvitg ist sich der Schwierigkeiten um die AWSt bewusst. So wurde im Interop Council ein Arbeitskreis zur Überprüfung der Effizienz der Schnittstelle gegründet. Dies wird durch das persönliche Engagement zahlreicher für den Verband entsandter Vertreter:innen aus der bvitg-Mitgliedschaft nachhaltig unterstützt.

Die grundlegende Problematik des gesetzlich verankerten Auftrages der KBV bleibt hiervon allerdings unberührt. Aus diesem Grund schlägt der bvitg konkret folgende Maßnahmen vor:

- Überprüfung des gesetzlichen Auftrages zur Bereitstellung der AWSt, auch vor dem Hintergrund der vom BMG gewünschten Priorisierung der Digitalisierungsprojekte
- Berücksichtigung der entsprechenden Umsetzungsphasen und Harmonisierung mit anderen Pflichtumsetzung im Gesundheitswesen
- Fokus des AWSt-Arbeitskreis sollte auf der Harmonisierung mit anderen FHIR-basierten Software-Schnittstellen (z.B. ISiK, VoSS) liegen und entsprechende Vorschläge für das BMG erarbeitet werden

Die digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens kann nur in Zusammenarbeit mit den Primärsystem-Herstellern gelingen, da diese Software die Basis für alle digitalen Anwendungen und Funktionalitäten bieten. Der bvitg bietet seit Beginn des Change-Prozesses für diesen digitalen Wandel seine Unterstützung und Beratung an. Der bvitg erklärt sich mit seinen Mitgliedern dazu bereit, stets für einen zielorientierten Austausch zur Verfügung zu stehen, um die Versorgung der Patient:innen zukunftsgerichtet und dauerhaft sicherzustellen.

Fokus neu setzen

Unabhängig von der kontinuierlichen Bindung von Entwicklungs-Kapazitäten für die praktisch nicht nutzbare AWSt wird sich unter den heute gegebenen Rahmenbedingungen auch die Einführung der „ePA für Alle“ bis Ende 2024 nicht realisieren lassen. Gründe dafür sind sowohl die bisher nicht stattfindende Einbindung der Industrieexpertise in die Spezifikationsarbeiten der gematik als auch der aus heutiger Sicht erwartbar zu kurze zeitliche Abstand zwischen der Veröffentlichung finaler Spezifikationen und der geplanten Einführung im Feld in Q4/2024.

Vor allem das in der Digitalisierungsstrategie benannte Ziel der Prüfung für die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) mit Hilfe der Rezeptdaten in der ePA wird sich bis dahin nicht in der Versorgung realisieren lassen. Hier schlägt der bvitg vor, zunächst die bereits beim Dispensierungsvorgang der elektronischen Rezept (eRP) ohnehin anfallenden Daten im eRP-Fachdienst den Ärzt:innen für eine automatisierte und zentrale AMTS zur Verfügung zu stellen.

Diese Vorgehensweise würde nicht nur die einschlägigen Probleme mit der europäischen Medical Device Regulation (MDR) beim Einsatz von AMTS, sondern auch haftungsrechtliche Fragen einheitlich und unabhängig von der Nutzung der ePA erheblich vereinfachen und den Umsetzungsprozess bis zur Nutzung der Anwendung AMTS in der Versorgung eklatant beschleunigen.

Der bvitg schlägt daher eine „konzertierte Aktion“ zusammen mit gematik und BMG vor, um sowohl die ePA als auch AMTS qualitätsgesichert einzuführen und so die Fehler der vorherigen Legislaturperiode mit unrealistischen Zeitplänen und Erwartungen zu vermeiden.