

**Protokoll  
der 43. Sitzung des Ärztlichen Beirates  
am Mittwoch, den 30. August 2017  
in der  
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe  
in Dortmund**

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

Gast: Prof. Dr. Peter Haas (Fachhochschule Dortmund)  
Herr Gilbert Mohr (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein)

Anwesend: s. Teilnehmerliste

Beginn: 15.00 Uhr  
Ende: 17.00 Uhr

---

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

## **TOP 1 Begrüßung**

Herr Dr. Dr. Bickmann begrüßt die Anwesenden (s. Teilnehmerliste).

Eine besondere Begrüßung gilt den drei neuen Mitgliedern des Ärztlichen Beirates. Frau Dr. Hauptenthal, Frau Dr. Schumann und Frau Dr. Unverricht, alle drei nehmen mit ihren Praxen an der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) und der Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) teil. Frau Dr. Groß erklärt kurz, wie es zur Neubesetzung der Mitglieder kam. Wie in der Sitzung des Ärztlichen Beirates am 15.02.2017 angekündigt, waren bisher auch noch Ärzte aus der alten Testregion Bochum-Essen im Beirat vertreten. Um den an der aktuellen Erprobung teilnehmenden Ärzten eine Chance zur Mitarbeit zu geben, wurden die neuen Mitglieder aus den Reihen der an der Erprobung teilnehmenden Ärzte gesucht. Eine Auswahl von drei aktuellen Erprobungsärzten in der Testregion Nordwest ist erfolgt. Des Weiteren wird Herr Dr. Boldt von der Ärztekammer Nordrhein zukünftig an den Sitzungen des Ärztlichen Beirates teilnehmen.

Schwerpunkthemen der Sitzung sind der aktuelle Projektstand in dem Projekt der gematik zum Aufbau der Telematikinfrastruktur. Ebenso der aktuelle Stand bei der Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) – Einführung und der Konsequenzen für den weiteren Rollout aus der Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und die zu erwartenden Änderungen aus der Nutzung der elektronischen Patientenakte für die Handhabung im ärztlichen Alltag

## **TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 28. Juni 2017**

Herr Dr. Dr. Bickmann ruft als nächsten Tagesordnungspunkt die Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung auf. Da keine schriftlichen Einsprüche vorliegen, wird das Protokoll einstimmig ohne Enthaltungen angenommen.

## **TOP 3 Sachstand: Vorbereitungen der Einführung der Telematikinfrastruktur (ORS1)**

Der Vertreter der gematik kann urlaubsbedingt nicht an der Sitzung teilnehmen.

Herr Marquardt (Projektbüro der ARGE eGK/HBA – NRW) gibt einen kurzen Überblick über den Sachstand des Projektes. Die Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) wurde am 08. Juli 2017 beendet.

Die Befragung der an der Erprobung teilnehmenden Ärzte zur wissenschaftlichen Evaluation (WEV) ist erfolgt. Im August erfolgt die Auswertung und danach werden die Ergebnisse der Wissenschaftlichen Evaluation den Gesellschaftern der gematik vorgestellt. Derzeit geht man davon aus, dass der Abschlussbericht Ende September 2017 vorliegt und auch veröffentlicht wird.

In der Testregion Nordwest befasst man sich derzeit mit den Planungen zur Erprobung von weiteren Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI). Schwerpunkte liegen hier auf den Anwendungen Notfalldatenmanagement (NFDm) und dem elektronischen Medikationsplan (eMP). Ebenfalls soll die qualifizierte, elektronische Signatur (QES) erprobt werden. Hier wird mit dem Start der Erprobung zum Ende 1. Quartal 2018 nach derzeitiger Meilensteinplanung ausgegangen. Parallel zur Erprobung der oben genannten Anwendungen der TI wird es eine begleitende wissenschaftliche Evaluation (WEV) geben. Voraussetzung für die Erprobung der elektronischen Signatur (QES) ist die Zulassung des Konnektors durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), da mit diesem Konnektor medizinische Daten verarbeitet werden.

Herr Marquardt weist auf den genannten Termin im E-Health Gesetz zum Anschluss der Leistungserbringer an der Telematikinfrastruktur (TI) hin. Hier hat der Gesetzgeber eine 6-monatige Fristverlängerung bis zum 31.12.2018 vorgesehen. Die Rechtsverordnung ist entsprechend verändert worden und liegt dem Bundesrat vor.

Die gematik hat das im eHealth-Gesetz vorgesehene zentrale Verzeichnis für technische Standards im Gesundheitswesen am 30.06.2017 gestartet. Anbieter von entsprechenden Systemen können ab sofort die verwendeten Standards eintragen lassen. Mit dem zentralen Verzeichnis für Standards und Verfahren will die gematik einen Überblick über die technische Landschaft im Gesundheitswesen schaffen. Das Verzeichnis soll dabei helfen, einen Wildwuchs bei der telematischen Vernetzung des Gesundheitswesens zu vermeiden. Vesta ist unter folgendem Link zu erreichen: <https://www.vesta-gematik.de/>

Die Mitglieder des Ärztlichen Beirates berichten über die vertrieblichen Aktivitäten der CompuGroupMedical (CGM) in Nordrhein-Westfalen. Hierbei wird massiv für den Kauf von

Konnektoren erworben. Die Ärzte können dann ab Oktober – so die Planung der CGM – einen durch das BSI zertifizierten Konnektor mit den entsprechenden Kartenlesegeräten käuflich erwerben.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation (WEV), welche durch die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt wurde, werden derzeit ausgiebige Gespräche mit den Ärzten geführt, welche sich besonders gut oder kritisch in der Befragung geäußert haben, um die Gründe der jeweiligen Äußerung zu erfahren. Das zeigt, dass man sich intensiv mit den Antworten der Ärzte auseinandersetzt. Die Mitglieder des Ärztlichen Beirates bemängeln dennoch, dass die Entscheidung der Gesellschafter der gematik zum Basis Rollout gefallen ist, bevor die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation (WEV) vorlagen. Auch der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein, dass das Vorgehen der Gesellschafter kritisiert. Prof. Haas berichtet, dass der Beirat der gematik bereits vor vier Jahren befürchtet hat, dass die Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Evaluation nicht in die Entscheidungsfindung zum Basis Rollout der Gesellschafter der gematik einfließen werden.

#### **TOP 4 Aktueller Stand der VSDM-Einführung und der Konsequenzen für den weiteren Rollout aus Sicht der KVNo**

Herr Mohr bedankt sich für die Einladung, um über den aktuellen Stand der VSDM-Einführung zu berichten.

Die Gesellschafterversammlung der gematik hat am 01.06.2017 den Produktivbetrieb der Telematikinfrastruktur (TI) mit der ersten Anwendung Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) freigegeben und damit den gesetzlichen Auftrag erfüllt. Für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) sind verschiedene Komponenten erforderlich. Für alle gelten hohe Anforderungen an die Funktionalität und Sicherheit. Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten müssen nicht selbst für die Anbindung ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur (TI) aufkommen. Hierzu wurden Finanzierungsvereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und für die Zahnärzte zwischen dem GKV-Spitzenverband und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) geschlossen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den Beschluss der Gesellschafter der gematik nicht beanstandet. Festzuhalten gilt es, dass der Beschluss für den Start des Online Produktivbetrieb nicht gleichzusetzen ist, mit der tatsächlichen Lieferfähigkeit der notwendigen Komponenten durch die Industrie. Herr Mohr weist ebenfalls auf den Termin im E-Health Gesetz zur Anbindung der Leistungserbringer zum 30.06.2018 hin. Der Gesetzgeber hat eine 6-monatige Fristverlängerung bis zum 31.12.2018 vorgesehen. Die Rechtsverordnung ist entsprechend verändert worden und liegt dem Bundesrat vor. Dieser Beschluss des Bundesrates soll im September 2017 getroffen werden.

Die Finanzierungsvereinbarung besteht aus der Startpauschale, der Finanzierung der Erstausstattung und den laufenden Betriebskosten mit einer Laufzeit von 5 Jahren. Nach dieser Zeit wird es eine erneute Prüfung der Betriebskosten geben und ggf. nachverhandelt. Der Konnektor, der von den Arztpraxen gekauft werden kann, kann nur für das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) verwendet werden. Die Funktion zur qualifizierten, elektronischen Signatur (QES) wird später über ein Update auf dem Konnektor implementiert.

Erprobungspraxen sollten bei einer Kaufabsicht für einen Konnektor den bestehenden Vertrag zur Erprobung mit der CompuGroupMedical (CGM) prüfen und Rücksprache halten, wie es sich mit der Ausstattung der Praxis für die Erprobung von weiteren Anwendungen verhält.

In der Finanzierungsvereinbarung gibt es eine Anpassungsklausel, dass die Vereinbarung neuverhandelt wird, wenn sich die Marktbedingungen verändern. Ärzte mit einer Doppelzulassung (KV & KZV) rechnen Finanzierungsbeträge über die jeweiligen KZVen ab.

Die Erstausstattungs pauschale „Konnektor“ und „stationäres Kartenterminal“ ist einmalig abrechenbar je Betriebsstätte. Eine Staffelung erfolgt nach Praxisgröße und Quartal des Anschlusses, beginnend mit dem 3. Quartal 2017. Der Konnektor Preis sinkt um je 10% je Quartal. Die Berechnungsgrundlage errechnet sich aus dem Konnektor Preis von 2.620 € plus dem Preis für ein stationäres Kartenterminal von 435 €. Hinzu kommt eine Erstattungspauschale für ein mobiles Kartenterminal von einmalig 350 €. Anspruch auf die Erstattung hat jeder Vertragsarzt bei mindestens 3 Besuchen je Quartal. Es gibt auch einen Anspruch je ausgelagerter Praxisstätte als Ersatz für einen Konnektor.

Eine einmalige Startpauschale in Höhe von 900 € für die Installation, Schulungen/Einweisung des Praxispersonals und für eventuelle Ausfallzeiten im Zusammenhang mit der Installationen der Komponenten in der Praxis wird gezahlt. Die Mitglieder des Ärztlichen Beirates erachten die Startpauschale als zu gering angesetzt, da mit einem erhöhten Aufwand in den Praxen gerechnet wird.

Bei den Betriebskosten gilt es zu differenzieren. Es gibt eine Betriebskostenpauschale für die Wartung und Updates des Konnektors und den Gebühren für den VPN-Zugangsdienst in Höhe von 298 € in den ersten vier Quartalen nach Einigung auf die Finanzierungsvereinbarung, danach reduziert sich die Summe auf 248 € ab dem 3. Quartal 2018. Hinzu kommt die Betriebskostenpauschale „elektronischer Heilberufsausweis“ die quartalsweise in Höhe von 11,63 € je Arzt gezahlt wird, das entspricht der Hälfte der monatlichen Kosten für den elektronischen Heilberufsausweis. Und die Betriebskostenpauschale „SMC-B“, die die Praxis- und Institutionskarte monatlich mit 23,25 € vergütet. Diese Pauschalen werden für jede Praxis im Quartal gezahlt, die das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchführt. Diese Finanzierungsvereinbarung gilt ausschließlich für die „Online-Variante“, d. h. die Praxis wird mit der Telematikinfrastruktur (TI) verbunden. Bei der „Offline-Variante“ muss der Arzt die Kosten für den zweiten Konnektor und dem Kartenlesegerät selbst tragen.

In dem Quartal in dem durch den Arzt beweisbar das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchgeführt worden ist, erfolgt auch die Zahlung der Pauschalen durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV). In der KV Nordrhein gibt es grundsätzlich zwei alternative Vorgehensmodell zur Beantragung der Pauschalen durch den Arzt. Im Antragsverfahren erfolgt die Pauschalenerstattung auf Antrag des Arztes. Ein Papierantrag wird ausgefüllt und kann frühestens am Tag der Installation bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eingereicht werden. Eine Auszahlung erfolgt nach maximal 4 Wochen nach Antragseinkreichung. Eine Rückbuchung der Pauschalen erfolgt, wenn in der Abrechnung mit der KV nicht nachgewiesen werden kann, dass ein Versichertenstammdatenabgleich in der Praxis stattgefunden hat. Zur Überprüfung gibt es in den Datensätzen vier VSDM-Felder, welche extra durch die KVDT geschaffen wurde, um die VSDM Prüfung und das Ergebnis abzubilden. Ist dieses nicht entsprechend durch das Praxisverwaltungssystem (PVS) gefüllt worden, ist davon auszugehen, dass kein Stammdatenabgleich durchgeführt wurde. Ein weiteres

Vorgehen ist das Abrechnungsverfahren. Eine Pauschalenerstattung erfolgt erst, wenn eine Bestätigung über die KV-Abrechnung erfolgt. Sind die VSDM-Felder gefüllt, erfolgt eine Auszahlung nach dem Ende des 2. Quartalsmonats nach der Abrechnung. In der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe wird das Antragsverfahren durchgeführt. Auf Rückfrage der Mitglieder des Ärztlichen Beirates erklärt Herr Mohr, dass wenn es zu einer Neugründung einer Praxis kommt, erfolgt die Pauschalenerstattung zu dem Quartal zu dem die Praxis den ersten Versichertenstammdatenabgleich durchgeführt hat.

Die Verfügbarkeit der Komponenten der Telematikinfrastuktur (TI) steht in einer Abhängigkeit zu der Zulassung durch das BSI und gematik. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) ist verantwortlich für die Sicherheit und prüft sehr akribisch die zur Zulassung eingereichten Komponenten. Aus diesem Grund ist eine verlässliche Zeitschiene für die Verfügbarkeit von zugelassenen Komponenten schwer zu nennen. Ebenso muss der VPN-Zugangsdienst durch die gematik zertifiziert werden. Eine Nutzbarkeit des Konnektors kann erst erfolgen, wenn auch der VPN-Zugangsdienst zugelassen worden. Hier besteht eine Abhängigkeit. Solange beide Zulassungen nicht erfolgt sind, können sich die Praxen auch nicht an der Telematikinfrastuktur (TI) anbinden lassen. Erste stationäre Kartenterminals sind voraussichtlich ab Oktober 2017 am Markt verfügbar. Festzuhalten ist, dass es für die mobilen Kartenterminals noch keine Planung zur Zulassung gibt, das diese erst in der QES-Phase (Erprobung der qualifizierten elektronischen Signatur) erprobt werden sollen. Die Systeme der CGM, welche an der Erprobung teilgenommen haben, können bereits einen Versichertenstammdatenabgleich durchführen, alle anderen Anbieter müssen ihre Software modifizieren und entsprechend der Vorgaben der gematik anpassen. Hierzu dient der Konnektorsimulator, welcher bei der Softwareentwicklung genutzt werden kann. Danach erfolgt eine Zulassung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) der Software.

Herr Dr. Dr. Bickmann schlägt vor, dass in den Mitgliedermedien beider KVen über die Zeitschienen und die Verfügbarkeit der Komponenten der Telematikinfrastuktur (TI) regelmäßig informiert wird.

## **TOP 5 Welche Änderungen ergeben sich aus der Nutzung der elektronischen Patientenakte für die Handhabung im ärztlichen Alltag**

Herr Dr. Dr. Bickmann betont vor dem eigentlichen Vortrag die Wichtigkeit der Betrachtung, das Patientendaten in einer intelligenten Akte abgelegt werden können und nicht nur einfach als Ablage von Daten, die in der Zukunft nicht wirklich genutzt werden. Die wichtige Kontextanwendung, wie ein Terminologieserver für die Semantik oder ein elektronisches Verzeichnis der Institutionen und Heilberufler, müssen gezielt geschaffen werden und sind durch die Ärzteschaft zu definieren.

Herr Prof. Haas sieht den TOP als Ergänzung zu seinem Vortrag in der Sitzung des Ärztlichen Beirates vom 14.12.2016 in der Ärztekammer in Münster. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Veränderungen im ärztlichen Alltag in der Nutzung von elektronischen Patientenakten. Patientenakten werden von der IT entwickelt, um den Alltag leichter, bzw. besser zu gestalten, ohne dabei die ärztliche Expertise mit einzubeziehen.

Lösungsvorschläge und Konzepte müssen entwickelt werden. Die Expertise zeigt: Eine flächendeckende Implementierung von eEPA-Systemen (einrichtungsübergreifende, elektronische Patientenakten) ist ein komplexer Prozess, zahlreiche Festlegungen sind zu treffen. Es braucht eine langfristige Strategie mit klaren Wegmarken und eine effektive Governance-Struktur. Die Frage nach den Rahmenbedingungen ist zu stellen und die Aufgaben müssen aktiv angegangen werden. Denn funktionierende eEPA-Systeme sind der zentrale technologische Hebel für mehr Kooperation im Gesundheitswesen – und damit für mehr Qualität, Effizienz und Patientensouveränität.

Bei dem Einsatz von elektronischen Patientenakten wächst die Transparenz in der Behandlung. Viele Informationen stehen zu Verfügung. Klar ist aber auch, dass durch die Einstellung von Diagnosen und Befunden der Aufwand auf Arztseite steigt. Dieser Mehraufwand wird später in der Behandlung durch die Verfügbarkeit von Informationen innerhalb der Patientenakten belohnt.

Herr Prof. Haas simuliert einen möglichen Praxisbesuch mit einem Beginn und einem Ende. In einem Behandlungsverlauf fällt eine ganze Reihe von Untersuchungen und Dokumente und Ergebnisse an, die verteilt innerhalb der einzelnen Einrichtungen archiviert werden. Am Beispiel von Röntgenbildern bzw. MRT-Bildserien ist dies verdeutlicht: Die ersten Bilder liegen in einer Gemeinschaftspraxis, weitere Bilder und MRT im Krankenhaus und die Kontrollröntgenbilder während der postoperativen Phase bei einem Facharzt, der selbst ein Röntgengerät für Gelenkuntersuchungen betreibt. Dazu kommen die Bilder von einem früheren Unfall. Alle Einrichtungen führen gesondert Anamnesen durch und keine hat wirklich einen gesamtheitlichen Überblick, was bezüglich eines Unfalls zwar nicht ganz so dramatisch ist – zumindest wenn der Patient immer sachgerecht Auskunft über seine Vorgeschichte bzw. Erkrankungen geben kann.

Bei älteren multimorbiden Patienten, bei Schwerkranken usw. kann dieser konventionelle Ansatz, dass der Patient oftmals Speicher und Überträger der Vorinformationen ist, aber ein Problem sein. Insofern ist es natürlich für jeden behandelnden Arzt von größter Bedeutung, den bezogen auf seinen Behandlungsanteil wichtigen medizinischen Kontext des Patienten zu kennen.

Bei der hohen Vielzahl der Informationen ist es hilfreich, die benötigten Informationen schnell und zuverlässig zu erhalten. Ist eine entsprechende Interoperabilität spezifiziert und in den einzelnen Systemen umgesetzt, stellt sich die Frage, wann und wie welche Informationen zwischen den lokalen „institutionellen“ Akten und der eEPA – also dem institutionellen Aktensystem iEPA und dem einrichtungsübergreifenden eEPA-System – ausgetauscht, also synchronisiert werden sollen. Dies hängt von der notwendigen Aktualität im Rahmen des Verwendungszusammenhanges und von der festgelegten Inhaltsstrategie ab. Alle Mitglieder des aktuellen Behandlungsteams eines Patienten sollten natürlich über den aktuellen Stand der eEPA verfügen – zumindest für die für sie festgelegten Zugriffsrechte. Dabei sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: Wann sollen lokale Informationen in die eEPA eingestellt werden und wann sollen vom lokalen System bzw. dem Benutzer neue Informationen aus der eEPA in das lokale System übertragen werden?

Die Synchronisation der Daten (Top-Down) sollte – dies ist das wichtige Ziel einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte (eEPA), dass alle behandelnden Akteure (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc.) aktuell über die für sie relevanten Informationen ver-

fügen – vor jedem Behandlungsbesuch bzw. vor der stationären Aufnahme stattfinden. Auch für Patienten-Apps stellt sich die Frage, wann vom Patient erfasste und für die eEPA relevante Daten (z.B. eine Schmerztagebuch-App, eine Diabetes-App usw.) synchronisiert werden. Hier hat sich bei vielen Apps entweder eine manuelle Synchronisation mit dem zugehörigen Hintergrundsystem etabliert (z.B. Button „Daten ins Portal laden“) oder aber eine automatische im Hintergrund, sobald Eingaben abgeschlossen sind und eine Netzverbindung verfügbar ist. Auch fachlogisch gesehen sind nicht zeitnahe Synchronisationen problematisch, z.B. im Hinblick auf neue Einträge, wenn beide – Primärsystem und eEPA-System – über abweichende Dokumentationsstände bezüglich der einzufügenden Sachverhalte verfügen. Soll bspw. eine Dauermedikation oder eine Diagnose eingefügt werden, ohne dass zuvor die bereits in der eEPA dokumentierten Medikationen bzw. Diagnosen gelesen wurden, kann es also zu Doppelseinträgen kommen, die je nach Semantik als verschiedene Einträge angesehen werden, z.B. wenn dieselbe Diagnose mit verschiedenen Begrifflichkeiten beschrieben wird. Solche semantischen Doppelungen machen eine eEPA schnell unbrauchbar.

Die Bottom-Up-Synchronisation sollte vor dem Hintergrund der Inhaltsstrategie im ambulanten Bereich zeitnah nach jedem Behandlungsbesuch vorgenommen werden. Im stationären Bereich reicht dies mit der Entlassung, da der Patient während einer stationären Behandlung nicht parallel anderenorts behandelt wird.

Die zentrale Frage ist, wie kommen aktuelle Daten in eine elektronische Patientenakte? Wichtige Befunde und Informationen müssen in die eEPA eingestellt werden, die auch Mitbehandelnden bekannt sein müssen, ggf. ohne dass gerade ein Patientenkontakt ansteht. Der nahe liegende Ansatz hierfür, dass ein eEPA-System die iEPA-Systeme (institutionelle, elektronische Patientenakte) der Mitbehandelnden über Neueinfügungen, Änderungen und Löschungen informiert, verbietet sich aus datenschutzrechtlichen und juristischen Gründen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Patient diese Institutionen wieder aufsucht. Selbst wenn ein Eintrag im institutionellen System nicht mehr aktuell oder sogar falsch ist, muss er dann so dort belassen werden, da dies den letzten vorliegenden Informationsstand aller dort vorgenommenen Handlungen und Entscheidungen dieser Einrichtung widerspiegelt. Synchronisationen müssen also vor und nach einem Patientenkontakt zeitnah und in Form eines bewussten Willensaktes des Arztes und Patienten erfolgen. Alternativ ist natürlich möglich, dass der Patient für seine Behandlungsinstitutionen vorab definiert, wie lange diesen Zugriff gewährt werden soll bzw. wie lange diese über neue Befunde und Informationen automatisch informiert werden sollen. Auswege können hier die Implementierung einfach zu bedienender manueller Upload-Funktionalitäten sein als auch die Hinterlegung von auf Basis der Policies des Patienten konfigurierter Synchronisationsfilter im Primärsystem. Diese Punkte gilt es im Ärztlichen Beirat zu diskutieren und ggf. in einer Anforderungsliste zu definieren.

Es sollte auch geklärt sein, inwiefern individuelle Vereinbarungen zwischen Patienten und ihren Ärzten bezüglich der Inhaltsstrategie getroffen werden können. Dies betrifft dann auch die informationelle Selbstbestimmung. Es bedarf eines differenzierten Konzeptes, wie diese ausgestaltet werden kann, ohne dass durch Löschungen und das Verbergen von Inhalten durch den Patienten das Ziel einer einrichtungsübergreifenden, elektronischen Patientenakte (eEPA) konterkariert wird. Außerdem ist zu klären, wie mit Dokumenten umgegangen werden soll, die der Patient selbst in seine Patientenakte einstellt.

Die Einsicht in die Akteninhalte sollte daher einfach und intuitiv und entsprechend den enthaltenen bzw. gewünschten Informationstypen gegliedert sein –zumindest mit Blick auf die grundsätzlichen Inhalte je nach Granularität der Akte. In vielen Lösungsansätzen sind dafür jeweils entsprechende Buttons auf dem Eingangsbildschirm platziert, mittels derer dann der Patient in die verschiedenen Bereiche – sprich Funktionalitäten – der Akte verzweigen kann. Alternativ kann auch mit den aus Apps oder einem bekannten Betriebssystem verwendeten „Kacheln“ gearbeitet werden

Je nach Informationstyp (Diagnosen, Maßnahmen etc.) besteht hinter einem solchen Interaktionselement dann oft die Möglichkeit, Inhalte nach bestimmten Kriterien (z.B. liste nur alle Röntgenmaßnahmen) weiter zu selektieren bzw. herauszusuchen (zu filtern).

Der Vorteil eines solchen Ansatzes: Je nach notwendigen bzw. gewählten Modulen und Informationstypen kann ein eEPA-System die Einstiegsoberfläche dynamisch personalisiert anbieten. Auch kann das System Buttons für Informationstypen, die über keine Einträge verfügen, dynamisch ausblenden. Natürlich ist eine alternativ nutzbare Menüstruktur sinnvoll. So könnten also die wichtigsten oder am häufigsten benutzten Module entsprechend gleich auf dem Eingangsbildschirm erscheinen. Insgesamt kann man auch von einem Patienten-Dashboard sprechen, das je nach Indikation und Bedürfnissen individuell zusammengestellt werden können sollte.

Ethische Aspekte zu einer eEPA gilt es zu betrachten und zu diskutieren. Hier stellt sich die Frage, ob es vor dem Hintergrund des Wertebeitrages von eEPA-Systemen für eine koordinierte wirtschaftliche Versorgung und mit Blick auf die Sicherheit des Patienten und die Stärkung seiner Autonomie und Selbstbestimmung nicht eine ethische Verpflichtung ist, solche Instrumente für die Versorgung zu nutzen, bzw. dem Patienten anzubieten. Das Grundproblem liegt bei Fehlern nicht in der Qualifikation der Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc., vielmehr führt die lokal und in bestimmten Entscheidungssituationen unvollständige Informationslage zu Fehlern und zur Gefährdung der Patientensicherheit. Ist die Versorgungsgerechtigkeit noch gegeben, wenn der Einsatz dem privatwirtschaftlichen Bereich überlassen wird und damit nur Patienten, die die Digitalisierung verstehen und in der Lage sind die notwendigen Kosten für die Inanspruchnahme einer eEPA selbst zu tragen, die Vorteile für ihre Versorgung und ihr Selbstmanagement nutzen können?

Mit Blick auf Bedeutung und Auswirkungen auch in Bezug auf haftungsrechtliche Aspekte des Arztes/Leistungserbringers sollten Einwilligungen immer schriftlich oder elektronisch justiziabel erfolgen. Ab dem Zeitpunkt der Einwilligung können also Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten etc., aber auch ggf. der Patient selbst, falls dies vorgesehen ist, Daten / Dokumente in die eEPA einfügen bzw. bekanntgeben, Informationen abrufen und ab diesem Zeitpunkt kann dann das Recht auf Einsichtnahme wahrgenommen werden, aber auch die Rechte auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung. Auch kann der Patient seine Zustimmung jederzeit widerrufen oder die Policies ändern – sofern keine vertraglichen Regelungen zwischen Aktenbetreiber und Patienten dem entgegenstehen. Dies ist nicht unproblematisch, denn selbst wenn ein Arzt oder ein anderes Behandlungsteammitglied heute auf gewisse Daten zugreifen darf, ist nicht sicher, ob er dies zu einem früheren Zeitpunkt, zu dem diese wichtig gewesen wären, auch gekonnt hatte. Insofern sind zur Absicherung aller Beteiligten auch Änderungen an den Berechtigungs-Policies zu protokollieren.

Die ethischen und rechtlichen Aspekte sind durch die Ärzteschaft zu definieren und zu fordern.



Ein wichtiger Punkt in Bezug auf elektronische Patientenakten sind die Informationsstrukturen. Das Vorhandensein eines Standards und eines darauf basierenden eEPA-Systems löst im Grunde nicht die grundsätzliche Problemstellung, dass behandelnde Ärzte und weitere Akteure des Behandlungsprozesses mittels ihrer Primärsysteme in einfacher Weise Behandlungsinformationen in die eEPA einstellen können, denn es gibt heute kein Primärsystem, das mit einem der bekannten Standards hinreichend kompatibel ist. Sollen nun Primärsysteme mit einrichtungsübergreifenden elektronischen Aktensystemen Interoperieren funktioniert das natürlich nur, wenn bezüglich der eEPA-relevanten Informationsstrukturen und der Semantik die Primärsysteme gleich bzw. kongruent, also kompatibel sind. Speichert z.B. ein Primärsystem eine Diagnose mit anderen Attributen und anderer Semantik, als das im eEPA-System vorgesehen ist, dann kann das Primärsystem auch keine Diagnosen in die eEPA eines Patienten einfügen. Selbst wenn die Strukturen gleich oder kongruent sind, dann scheitert die Zusammenarbeit evtl. an der unterschiedlichen Semantik, da in jedem System andere Wertebereiche für Angaben genutzt werden, z.B. für den Sicherheitsgrad einer Diagnose.

Ausgehend von diesen Punkten, welche Auswirkungen auf die tägliche Arbeit haben, bezogen auf die identifizierten und beschriebenen Anwendungsfälle müssen sodann die Informationsstrukturen und die Semantik unter Berücksichtigung internationaler Standards und ggf. Erfahrungen in anderen Ländern festgelegt werden. Hierzu bedarf es sowohl einer koordinierten Informationsmodell- als auch Semantik-Governance.

Eine Herausforderung und Aufwand für den Arzt wird die Patientenaufklärung sein. Aufgeklärte Patienten können nicht nur souveräner mit ihrer Erkrankung umgehen, sondern haben auch eine bessere Lebensqualität, indem sie frühzeitig und eigenständig erkennen, ob Interventionen in Anspruch genommen werden sollten. Auch kann eine Stärkung der aktiven Rolle des Patienten bzw. seines Gesundheitshandelns durch Patientenaufklärung insgesamt erreicht werden. Dazu bedarf es im Verlaufe des Krankheitsprozesses aber individueller gezielter kontextbasierter Informationsvermittlungen. Gezielte Information beugt auch der Informationsüberflutung und Nutzung falscher Informationen vor.

Prof. Haas appelliert an die Ärzteschaft jetzt zeitnah die Anforderungen an einer elektronischen Patientenakte aus Ärztesicht zu definieren. Vorschlag ist, in einem Arbeitskreis die Themen zu diskutieren und zu strukturieren und diese dann mit den Mitglieder des Ärztlichen Beirates abzustimmen, um eine klare Position einzunehmen.

Herr Dr. Dr. Bickmann sieht in der Diskussion zwei Aspekte. Welche Informationen sollen in eine elektronische Patientenakte eingestellt werden und wer erhält den Zugriff auf die Informationen? Und wie ist der Inhalt und die Struktur einer elektronischen Patientenakte gestaltet?

Festzuhalten ist, dass das Wissen bei dem jeweiligen Arzt liegt. Durch die Inhalte in einer elektronischen Patientenakte wird zum einen das Wissen und die Information bei dem Arzt erhöht und ggf. kann eine Interaktion durch neue relevante Informationen Einfluss auf die weitere Behandlung nehmen und unter Umständen kann sich auch ein neues Krankheitsbild ergeben. Somit hat die Semantik einer Akte einen großen Einfluss auf die neuen Erkenntnisse über den Patienten. Hier haben die Forderungen der Ärzteschaft zur Ausgestaltung einer Akte eine große Gewichtung. Wenn die Akte mehr als eine Dokumentationsgrundlage sein soll, dann sollte eine Akte auch in der Lage sein, eingestellte Informationen in einem Bezug zu bereits vorhandenen Informationen zu stellen. Eine intelligente Akte wird hier gefordert,

um z.B. Röntgenbilder zu interpretieren. Das setzt allerdings voraus, dass intelligente Algorithmen entwickelt werden, die die Daten auswerten und interpretieren, allerdings darf der Behandler hier nicht bevormundet werden. Kritisch gesehen wird, dass dann eine öffentliche Akte entsteht, welche auch ggf. für die Forschung und Versorgung interessant sein kann. Eine Zustimmung des Patienten ist hier erforderlich.

Ein Forderungspapier zur elektronischen Patientenakte des Ärztliche Beirates ist in der Erstellung. Dieses Papier soll in der Vorbesprechung zur nächsten Sitzung weiter ausgearbeitet werden. Frau Dr. Groß bittet die Teilnehmer um Rückmeldung, damit das Dokument dann die Teilnehmer der Vorbesprechung versendet werden kann.

## **TOP 6 Verschiedenes**

Die nächsten Termine:

- Die Vorbesprechung zum übernächsten Ärztlichen Beirat ist am Mittwoch den **27. September 2017**, um 17:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch den **11. Oktober 2017**, um 15:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf statt.

Herr Dr. Dr. Bickmann verweist auf eine Veranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster zum Thema „Auswirkung der Digitalisierung auf das ärztliche Ethos“ am 8. November 2017.