

## Anforderungen an die einrichtungsübergreifende elektronische Fallakte (eFA)

### **Definition:**

Die einrichtungsübergreifende elektronische Fallakte, kurz: elektronische Fallakte, eFA, stellt temporär alle relevanten Daten und Dokumente eines Behandlungsfalles, der von mehreren Gesundheitseinrichtungen (z. B. Praxen, Krankenhäusern, Reha-Kliniken) betreut wird, zusammen. Die eFA ist ein zeitgemäßes Medium des Datenaustausches zwischen allen an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die eFA wird im Patienten-Auftrag erstellt und ist sowohl arztgeführt als auch arztmoderiert.

### **Vorüberlegungen:**

Um Behandlungsprozesse zu optimieren, müssen auch die medizinischen Kommunikationsprozesse einfach, schnell und fehlerfrei sein. Wenn eine **papiergebundene** Fallakte mehr als nur einer Gesundheitseinrichtung zugänglich sein soll, muss sie kopiert werden. Wenn eine solche Akte erweitert werden soll, muss das auch für alle Kopien durchgeführt werden. Das ist aufwendig, störanfällig und bei zunehmender Größe fehlerlastig. Zudem ist die Suche nach einzelnen Daten umständlich.

Der Austausch von papiergebundenen Patienteninformationen soll durch die **elektronische Fallakte (eFA)** ersetzt werden. Die eFA leistet und erleichtert den datenschutzgerechten Austausch von medizinischen Informationen zu einem Behandlungsfall und vernetzt die beteiligten Gesundheitseinrichtungen auch über die Sektorengrenzen hinweg.

### **Anforderungen:**

Die elektronische Fallakte muss den medizinischen Informationsaustausch erleichtern und beschleunigen, und zwar unter strikter Beachtung des Datenschutzes, der gesetzlich verbrieften Patientenrechte sowie der haftungsrechtlichen Sicherheit.

Die elektronische Fallakte darf in Teilen oder auch ganz von den beteiligten Gesundheitseinrichtungen kopiert werden. Dabei muss die Herkunft der kopierten Informationen an jedem Punkt der Migration erkennbar dokumentiert sein.

Die elektronische Fallakte wird ein halbes Jahr nach Beendigung der Behandlung geschlossen. Das bedeutet, dass sie 6 Monate nach dem letzten Eintrag nur noch gelesen, aber nicht mehr bearbeitet werden kann. Hierüber werden alle an der Akte beteiligten Gesundheitseinrichtungen informiert. Mit dieser Information erfolgt auch der Hinweis, dass die Akte nach weiteren 6 Monaten automatisch und endgültig gelöscht wird. Bis dahin kann sie bei Wiederaufnahme des Behandlungsfalls noch reaktiviert werden.

Die eFA wird in der Regel ärztlich moderiert. Die Epikrise wird in der Regel durch die Moderatorin oder den Moderator geschrieben. Zu den Moderatorenaufgaben zählt

auch die Funktion als zentrale Patientenlaufstelle. Die Anlage einer eFA und die Moderatoren-Wahl geschehen grundsätzlich im Patientenauftrag. Eine Änderung der Moderatorenwahl kann im Nachhinein sowohl durch den Patientenwillen veranlasst als auch im Rahmen der Kooperation notwendig werden

Die Einzelheiten zur Moderatorenernennung als auch zur Bestimmung der Moderatorenkompetenzen müssen noch festgelegt werden.

Die Anlage und die Moderation einer eFA sind neue Leistungen, deren honorartechnische Bewertung im gesetzlichen wie privaten Versorgungsbereich einerseits sowie im ambulanten und stationären Sektor andererseits noch zu erfolgen hat. Im gesetzlichen Versorgungsbereich hat die Vergütung extrabudgetär zu erfolgen.

Die Informationen der eFA müssen sowohl zeitnah als auch sicher umgesetzt werden. Hierzu sind insbesondere die Bestimmungen des § 630f, 1 BGB (Patientenrechtegesetz) zu beachten. Dazu müssen die für die Behandlung obligatorischen Einträge von fakultativen Einträgen unterschieden werden. Die obligatorischen Einträge werden in der Partition 1 abgelegt. Diese enthält alle notwendigen Informationen, um medizinische Entscheidungen sicher treffen zu können. In der Partition 2 werden alle übrigen – die fakultativen – Einträge abgelegt. Beide Partitionen müssen durch Suchroutinen sicher und schnell durchgesehen werden können.

Bei der Übernahme von Daten in die eigene elektronische Akte, bei Änderungen und bei Berichtigungen von Eintragungen in der eFA muss sichergestellt werden, dass der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt und dass dokumentiert ist, zu welchem Zeitpunkt die Eintragungen, die Berichtigungen und die Änderungen vorgenommen wurden.

Der Ärztliche Beirat hat die bisherige Entwicklung elektronischer Fallakten bewertet und für die Weiterentwicklung zur regulären Anwendung Forderungen aufgestellt, die sich am Katalog der Anforderungen an den elektronischen Arztbrief anlehnen:

### **Die elektronische Fallakte (eFA) muss mindestens folgende Bedingungen erfüllen:**

#### **1. Qualität der medizinischen Versorgung**

Die fallrelevanten Dokumente enthalten Angaben über

- 1.1. Beteiligte Gesundheitseinrichtungen
- 1.2. Anlass der Konsultation
- 1.3. Zeitpunkt der Erstellung
- 1.4. Epikrise mit Angabe
  - 1.4.1. der abschließenden Diagnose
  - 1.4.2. der bezogenen/bereits vorhandenen Einträge
- 1.5. Empfohlenes Procedere

#### **2. Informationsmanagement im Behandlungsverlauf**

- 2.1. Die elektronische Fallakte darf in Teilen oder auch ganz von den beteiligten Gesundheitseinrichtungen kopiert werden; die Herkunft der kopierten

Informationen muss an jedem Punkt der Migration durch eine Signatur erkennbar dokumentiert sein.

- 2.2. Zuweisung der in die eFA eingestellten Dokumente zu zwei Partitionen
  - 2.2.1. Partition 1: Alle Dokumente, deren Kenntnis notwendig ist, um medizinische Entscheidungen sicher treffen zu können
  - 2.2.2. Partition 2: Ergänzende Informationen: z. B. Labordateien, Bilddateien und weitere Hintergrundinformationen
- 2.3. Implementation einer Suchfunktion für beide Partitionen
- 2.4. Plattformunabhängige Schnittstelle

### **3. Freistellung von technologieabhängigen Risiken**

- 3.1. Die eFA wird zu einem definierten Zeitpunkt nach Abschluss der Behandlung geschlossen und ist nicht wieder zu öffnen. Nach Schließung der eFA wird eine Epikrise in Form eines elektronischen Arztbriefes verfasst, wobei die Herkunft der berücksichtigten Dokumente erkennbar dokumentiert sein muss. Die Erstellung der Epikrise gehört zu den Obliegenheiten der Moderation. Analog zur eFA ist die Epikrise in 2 Partitionen geteilt:
  - 3.1.1. Partition 1
    - 3.1.1.1. muss alle fallrelevanten Angaben enthalten und kontextfrei ohne die Angaben aus Partition 2 verbindlich und verständlich sein
    - 3.1.1.2. darf keine unbefundeten Dateien (z.B. Labor- oder Bilddateien) enthalten
    - 3.1.1.3. muss dem Umfang nach wie ein Arztbrief lesbar sein (möglichst niedrig einstellige Seitenzahl)
  - 3.1.2. Partition 2: enthält weitere Dateien; die Verantwortung trägt die Gesundheitseinrichtung, welche den Originalbefund erhoben hat, auch dann, wenn er von einer weiteren Gesundheitseinrichtung übernommen wurde; Partition 2 kann auch leer sein.
- 3.2. Festlegung der Zugriffsrechte auf die eFA durch die behandelte Person (z. B. einmalig zu Beginn der interdisziplinären Behandlung)
- 3.3. Unabhängigkeit der eFA (Lesbarkeit, Rechtssicherheit, Verbindlichkeit etc.) von für den Transport/Verarbeitung gewählten Dienstleistern
- 3.4. Archivierbarkeit bis zum Abschluss des Behandlungsfalles
- 3.5. Lesbarkeit und Kopierfähigkeit der Akte oder Teilen davon bis zur Löschung der eFA
- 3.6. Sicherstellung der Authentizität der Daten und Dokumente
- 3.7. Nachverfolgung des Migrationspfades (inter- bzw. intrasektoral) mit Zeitstempel
- 3.8. Lesbarkeit plattformunabhängig

### **4. Vergütung**

Die Anlage und Moderation elektronischer Fallakten ist zeitaufwendig und muss daher adäquat honoriert werden (GOÄ, EBM, DRG).

### **5. Datenschutz**

Der Ärztliche Beirat spricht sich dafür aus, dass im Rahmen der Landesinitiative eGesundheit.nrw ein Leitfaden zur sektorenübergreifenden datenschutzkonformen Einführung elektronischer Fall- und Patientenakten erstellt wird.