

**Protokoll
der 39. Sitzung des Ärztlichen Beirates
am Mittwoch, den 14. Dezember 2016
in der
Ärztekammer Westfalen-Lippe
in Münster**

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

Gast: Prof. Dr. Peter Haas (Fachhochschule Dortmund)
Dr. Stephan Schug (Chief Medical Officer ETHEL)

Anwesend: s. Teilnehmerliste

Beginn: 14.00 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).

Schwerpunktt Themen der Sitzung sind der aktuelle Projektstand in dem Projekt der gematik zum Aufbau der Telematikinfrastruktur, sowie eine Vorstellung der Elektronischen Patientenakten in Europa und die Betrachtung der Aspekte von elektronischen Patientenakten in der Gesundheitsversorgung. In der ursprünglichen Sitzungsplanung sollten die Patientenakten aus Dänemark und Österreich vorgestellt werden. Leider war niemand aus dem beiden Ländern bereit, an der Sitzung teilzunehmen, bzw. sich per Videokonferenz zuzuschalten. Freundlicherweise hat sich Herr Dr. Schug bereit erklärt, einen Überblick über die elektronischen Patientenakten in Europa zu geben. Aus organisatorischen Gründen wird der Vortrag von Herrn Dr. Schug vorgezogen. Die Vorstellung des Projektstatus der gematik wird auf der Tagesordnung somit an das Ende der Sitzung gelegt.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 09. November 2016

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

TOP 4 Elektronischer Patientenakten in Europa

- a. **Übersicht: Elektronische Patientenakten in der Gesundheitsversorgung der EU-Mitgliedsstaaten**

Herr Dr. Schug schaltet sich per Videokonferenz in die Sitzung des Ärztlichen Beirates und gibt eine Übersicht zu den elektronischen Patientenakten in der Gesundheitsversorgung der EU-Mitgliedsstaaten. Die Übersicht basiert auf den Erkenntnissen aus den verschiedenen europäischen Gremien und der Mitarbeit in einzelnen Themen von Herrn Dr. Schug.

Die meisten europäischen Mitgliedsstaaten teilen folgende grundlegende Anforderungen an elektronische Patientenakten:

- Optimale Diagnose und Therapie
- Verfügbarkeit der notwendigen Daten am Ort der Behandlung
- Schneller und zeitnaher Zugriff
- Erhaltung und Bedeutung bei Übermittlung zwischen den Systemen
 - Interoperabilität, insbesondere die semantische Interoperabilität
- Datenschutz und rechtssichere Nutzung der Patientendaten
- Akzeptanz aller Beteiligten

Die folgende Übersicht der Länder ist nach der Einwohnergröße der Länder sortiert. Da es in Deutschland bisher keine flächendeckende elektronische Patientenakte gibt, wird mit dem zweitgrößten Mitgliedsstaat der EU begonnen.

Frankreich: DMP (dossier médical personell)

Frankreich hat ca. 66 Mio. Einwohner. Das Projekt DMP wurde bereits einmal abgebrochen. Nach einer Neuausrichtung hat es massiv an der Umsetzungsgeschwindigkeit zugenommen und mehr als 5 Millionen Patientenakten wurden angelegt. In Frankreich gibt es ausschließlich nationale Krankenversicherungen. 102 Krankenkassen sind primäre Krankenkassen (CPAM), und fünf sind allgemeinen Sozialversicherungsfonds (SWTR). Träger der Patientenakten ist die Nationalfonds Krankenversicherung (CNAMTS) mit ca. 55 Mio. Versicherten. Die CNAMTS ist auf nationaler Ebene tätig. In Frankreich gibt es eine neue Gesetzregelung, welche alle Beteiligten dazu verpflichtet Patientenakten interoperabel anzulegen. In Frankreich erfolgt der Zugriff auf die Patientendaten über ein Zwei-Karten-Prinzip (SmartCard für Versicherte und Gesundheitsberufe).

Großbritannien

Großbritannien hat ca. 65 Mio. Einwohner. Die vier nationalen Gesundheitssysteme in Großbritannien (England, Schottland, Wales und Nordirland) finanzieren sich zum größten Teil aus öffentlichen Mitteln. Der "National Health Service" ist im Vereinigten Königreich für das Gesundheitswesen verantwortlich und betreibt die Patientenakten. In Schottland wurde bereits ein Emergency Summary Care Record ausgerollt. Folgende Inhalte befinden sich in dem Datensatz:

- Namen, Geburtsdatum und Geschlecht
- Adresse und Telefonnummer
- aktuelle Medikamente und alle bekannten Allergien

Detaillierte medizinische Notizen sind nicht in diesem Datensatz enthalten. Smartcards werden in Großbritannien nur für Gesundheitsberufe eingesetzt. Patientenkarten sind dort nicht vorhanden.

Italien

Italien hat ca. 60 Mio. Einwohner. Das Gesundheitssystem in Italien ist ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Die Gesundheitsversorgung ist dort stark regionalisiert. In der Region der Lombardei (EU-weite Vorreiterregion) wurden Patienten und Gesundheitsberufler sehr früh mit Smartcards ausgestattet. Seit einigen Jahren erfolgt der Zugriff auf gemeinsame Patientenakten zur Verbesserung der Behandlung von chronisch Kranken. Patienten haben hier eine Akteneinsicht und Leserechte. Um chronische Erkrankungen erfolgreich zu managen, gibt es in der Region Veneto ebenfalls Patientenakten.

Spanien

Spanien hat ca. 46 Mio. Einwohner. Das Gesundheitssystem in Spanien ist ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem. In diesem südeuropäischen Land ist die Gesundheitsversorgung ebenfalls stark regionalisiert. Herausforderung ist es hier die Daten zwischen den einzelnen Regionen auszutauschen und bereitzuhalten. In Spanien gibt es 16 unterschiedliche E-Rezepte Versionen. Deshalb ist hier die Herausforderung, die unterschiedlichen Rezepte in der jeweiligen Region einzulesen und zu verarbeiten. In Andalusien wird seit vielen Jahren eine Patientenakte einrichtungsübergreifend betrieben. Ebenfalls in Katalonien und in Barcelona ist die Durchdringung der Digitalisierung im Gesundheitswesen sehr hoch. Die Patientenakten erwarten eine Smartcard-Authentifizierung.

Polen

Polen hat ca. 38 Mio. Einwohner. In den ehemaligen Ostblockstaaten gibt es eine Einheitskrankenversicherung, welche dem polnischen Gesundheitsministerium untergeordnet ist. Die Patientenakten erwarten eine Smartcard-Authentifizierung. Das Projekt zur Einführung einer Patientenakte befindet sich im Aufbau. Die CompuGroup Medical (CGM) baut dort eine web-basierte Lösung auf.

Rumänien

Über elektronische Patientenakten in Rumänien liegen keine Kenntnisse vor.

Niederlande

Die Niederlande hat ca. 17 Mio. Einwohner. Das Sozialversicherungsmodell ist vergleichbar mit dem deutschen Modell. In den Niederlanden gibt es sehr viele Regionalnetzwerke, die einen sektorübergreifenden Datenaustausch praktizieren. Im Jahr 2011 wurde die Einführung einer nationalen Patientenakte von der zweiten Kammer (vgl. Bundesrat) aus Datenschutzgründen abgelehnt. Es gibt die EPA-Initiative der niederländischen Universitätskliniken unter dem Motto „Daten einmal erfassen“, d. h. dass die bereits erfassten Daten auch an anderer Stelle zur Behandlung des Patienten weiterverwendet werden können. Smartcards werden von den Gesundheitsberufler verwendet. Patienten erhalten den Zugriff auf die Akten durch die sogenannte Bürgernummer, welche eine eindeutige ID ist.

Belgien

Belgien hat ca. 11 Mio. Einwohner und ist sehr früh mit dem Grundgedanken zur Schaffung einer elektronischen Patientenakte aktiv gewesen. Die EPA-Plattform (KMEHR) hat noch keine vollumfängliche Flächendeckung erreicht. In Belgien haben die Regionen Wallonie und

Flandern eigene Regelungshoheiten. In beiden Regionen sind Datennetze zum sektorübergreifenden Datenaustausch etabliert. Die Sozialversicherungskarte SIS ist durch eine universelle eID (elektronische ID) abgelöst worden, welche den Zugriff auf die Patientendaten allerdings ermöglicht.

Griechenland

Griechenland hat ca. 10,9 Mio. Einwohner und war von Anfang an sehr stark in dem europäischen epSOS Projekt (European Patients - Smart open Services) involviert. Das Projekt ist ein von der Europäischen Kommission ko-finanziertes Pilotprojekt, dessen Ziel die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsinformationen ist. In den vergangenen Jahren wurde in Griechenland ein flächendeckendes eRezept eingeführt.

Tschechische Republik

Die Tschechische Republik hat ca. 10,5 Mio. Einwohner und war ebenfalls früh in dem epSOS – Projekt aktiv. Eine flächendeckende Patientenakte wurde unter der Trägerschaft einer nationalen Krankenversicherung „IZIP“ etabliert. Allerdings wurden die Beteiligten wegen Korruption verurteilt. Ein Neustart eines nationalen Projektes ist geplant.

Portugal

Portugal hat ca. 10,4 Mio. Einwohner und ist das Vorzeigeland im Bereich E-Health. Derzeit ist nicht bekannt, ob die geleisteten Vorarbeiten im Projekt epSOS auch in den Aufbau einer nationalen Patientenakte gemündet sind. Portugal unterhält eine E-Health Kooperation mit Luxemburg, da dort ca. 150.00 Portugiesen leben. Luxemburg ist ebenfalls aktiv in dem Aufbau einer Patientenakte, welche nach dem Vorbild der österreichischen ELGA erstellt werden soll.

Österreich

Österreich hat ca. 8,6 Mio. Einwohner. Mit ELGA (elektronischer Gesundheitsakt) werden Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Apotheken und Pflegeeinrichtungen flächendeckend vernetzt. Die ELGA-Lösung ist IHE-basiert und erfüllt somit internationale Standards. Die Einführung einer Smartcard, auf der keine medizinischen Daten gespeichert werden, erfolgte vor 10 Jahren. Die Umsetzung hat im Dezember 2015 begonnen. Punktuell wurden Lösungen zu Entlassbriefen und Labor- und Radiologie Befunde in einzelnen Krankenhäusern umgesetzt. Geplant die Lösung für eMedikation ab Mai 2016.

Ungarn

Über elektronische Patientenakten in Ungarn liegen keine Kenntnisse vor.

Schweden

Schweden hat ca. 9,7 Mio. Einwohner. Hier findet von deutscher Seite ein enger Austausch über die Projekte statt. Im Zuge des epSOS-Projektes wurden der Austausch von eRezepten mit Finnland realisiert. Somit zählt Schweden zu den Pionierländern im Bereich der eRezepte. Die Nationale Plattform für Patientenzugang zum Gesundheitssystem verknüpft 1177 Notfallsysteme. In der Region Uppsala gibt es bereits eine flächendeckende Patientenakte, auf die auch die Patienten Zugriff haben. Der Zugriff und die Authorisierung durch die Patienten

erfolgt über die eigene Bankkarte des Patienten. Ein nationales System befindet sich im Aufbau. Einzelne Dienste sind bereits jetzt voll verfügbar. In Schweden ist aktuell eine digitale Krankschreibung möglich.

Finnland

Finnland hat ca. 5,5 Mio. Einwohner und gilt als Pionier der Digitalisierung. Heute werden bereits E-Health Dienste der sogenannten 2. Generation angeboten. Das Ausfließen des eRezeptes hat in Finnland 3 Jahre gedauert und ist zu 100 % realisiert worden. Eine Übertragung des Rezeptes erfolgt über das aufgebaute sichere Gesundheitsdatennetzwerk, an welches die Beteiligten, mittels PC oder mobile Devices, angeschlossen sind. Nur in Notfällen dürfen papierbasierte Rezepte ab 2017 ausgestellt werden. Seit 2014 wird der Aufbau des Patientendatenarchiv KanTa (Befundkopien), welches auf IHE-Standards basiert, vorangetrieben. Die Daten werden gehostet beim nationalen Rentenversicherungsträger KELA. Eine Authentifizierung erfolgt mit einer Bankkarte und nicht mit einer Patientenkarte.

Slowenien

Slowenien hat ca. 2 Mio. Einwohner. Hier erfolgt die Authentifizierung mit einer Smartcard, analog der Länder Frankreich und Deutschland. Derzeit wird ein EPA-Portal aufgebaut, wo die Daten zentral verwaltet werden.

Estland

Estland hat ca. 1,3 Mio. Einwohner ist ein Vorzeigeland im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Der Grad der Digitalisierung ist sehr weit fortgeschritten. Die Esten können z. B. elektronisch ihre Volkvertreter wählen. Hierzu wurde eine übergreifende eGovernmentstruktur „XROAD“ implementiert, welche eben auch im Bereich des Gesundheitswesens eingesetzt wird. Eine elektronische Patientenakte ist flächendeckend eingeführt. Aufgrund der Größe des Landes dient hier eine nationale Datenbank als Speichermöglichkeit. Dort werden eRezepte und auch Bilddaten abgelegt. Daten aus Krankenhausbehandlungen der Patienten sind noch nicht vollständig in der Akte abgelegt, aufgrund der schlechten digitalen Infrastruktur in den Krankenhäusern.

Im Fokus der Digitalisierung im Gesundheitswesen steht auf europäischer Ebene die Vernetzung zwischen den einzelnen Ländern. Als Reaktion auf die eHealth-Aufforderung des Telekommunikationsprogramms "Connecting Europe Facility" (CEF) haben die EU-Mitgliedstaaten mehr als 13 Millionen Euro an EU-Mitteln beantragt. 21 europäische Mitgliedstaaten planen, das Geld für die Einrichtung eines grenzüberschreitenden Netzes zu verwenden, um Patientenzusammenfassungen und ePrescriptions auszutauschen. 16 Mitgliedstaaten befinden sich aktuell in den Verhandlungen mit der EU.

Mit dem angeforderten Budget bieten die Kontaktstellen der Mitgliedstaaten an, ein sicheres Peer-to-Peer-Netzwerk aufzubauen, das den Austausch von Patientenzusammenfassungen und ePrescriptions ermöglicht, die den Weg zu folgenden Zielen ebnen:

- Ermöglichung einer nahtlosen grenzüberschreitenden Versorgung und einen sicheren Zugang zu Patientengesundheitsinformationen zwischen den europäischen Gesundheitssystemen, insbesondere im Hinblick auf den Austausch von Patientenzusammenfassung und ePrescription.

- Zur Patientensicherheit beitragen, indem sie die Häufigkeit von medizinischen Fehlern verringern und einen schnellen Zugang zu Informationen über die Patientengesundheit ermöglichen, sowie die Zugänglichkeit der eigenen Rezepte eines Patienten auch im Ausland erhöhen.
- Das medizinische Personal mit lebensrettenden Informationen in Notsituationen versorgen und die Wiederholung diagnostischer Verfahren reduzieren.

Deutschland beteiligt sich ebenfalls an diesem Projekt, hat aber ausschließlich lesenden Zugriff auf die Informationen, weil es bisher keine eRezept-Lösungen und eine Patientenkurzakte bundesweit gibt.

b. Beispiel: National Health Record (Danish digital Infrastructure)

Das Gesundheitssystem in Dänemark, mit 5,7 Mio. Einwohnern, ist ein öffentlich finanziertes System und ist bekannt für seine hohe IT-Unterstützung und Interoperabilität. Im Rahmen einer großen IT - Strategie des dänischen Gesundheitsministeriums kündigte dieses im Jahr 2003 an, die Umsetzung von elektronischen Personal Health Records (EHR) System in der Grundversorgung und Krankenhäusern voranzutreiben. Die Strategie basiert auf die Verwendung von internationalen Standards.

Grundlage für den Zugang ins Gesundheitssystems ist für Patienten die lebenslange Sozialversicherungsnummer in Dänemark. Einen Heilberufsausweis gibt es dort nicht.

In Dänemark gibt es seit 1994 die einheitliche lebenslange Patientenummer für jeden Dänen. Unter dieser Nummer werden alle verordneten Medikamente, Laborbefunde und Arztbriefe in einer zentralen Datenbank gespeichert, die von der öffentlich-rechtlichen Medcom betrieben und überwacht wird. Jeder Arzt und Apotheker hat eine Lese- und Schreibberechtigung. Wie der Zugriff der Healthcare Professionals auf das System erfolgt, wird im Nachgang durch Herrn Dr. Schug geklärt. Die Patienten können via Internet ihre Daten mittels einer TAN-Liste oder einer jeweils durch das System generierten Einmal-TAN (Token), lesen und verfolgen. Es kann in dem System nachvollzogen werden, wer auf die Daten zugegriffen hat.

Der dänische Gesundheitssektor ist in 5 Regionen und 98 Kommunen aufgeteilt. Die Krankenhausversorgung liegt in der Hand der Regionen. Innerhalb der Regionen befinden sich 54 öffentliche Krankenhäuser und 10 Privatkliniken. Die Kommunen sind für die primäre Versorgung zuständig.

Der Zugriff auf die Patientenakten des Bürgers erfolgt über das Gesundheitsportal (Sundhed.dk). Dieses Portal wird von der MedCon betrieben. In dem Zeitraum von 2007 – 2015 sind die Zugriffe der Bürger auf ihre persönlichen Patientenakten stetig gestiegen. Ca. 16 % der Patienten greifen auf ihre Patientenakte selbst zu. In einer Übersicht zeigt sich aber auch, dass Allgemeinärzte eher weniger auf die Patientenakten ihrer Patienten zugreifen.

«Sundhed.dk» (= Gesundheit) – das nationale dänische Gesundheitsportal – erlaubt, kontrolliert auf Informationen zuzugreifen und dient damit der Kommunikation und Information zwischen allen Partnern des Gesundheitswesens. Das Portal ist im Auftrag von und in Zusammenarbeit mit Medcom aufgebaut. Primäre Zielgruppen des Portals sind einerseits die Bürger/Patienten, andererseits die Healthcare Professionals. Im öffentlich zugänglichen Teil

zeigt das Portal allgemeine Gesundheitsinformationen und Informationen über Krankenhäuser und Arztpraxen, auch mit Angaben über deren Wartefristen und den erreichten Qualitätsstandards. Das System ermöglicht es Patienten, direkt Termine bei den Hausärzten zu vereinbaren. Hausärzte können Patienten in einer Klinik anmelden oder an einen Spezialisten überweisen. Im geschützten Teil können Patienten und mit ihrem Einverständnis auch die behandelnden Ärzte auf gespeicherte Patientendaten wie Diagnose- und Medikamentenliste oder Labor- und Röntgenbefunde zugreifen. Die Patienten können über das Portal geschützt den behandelnden Arzt per E-Mail konsultieren. Zusätzlich ist es möglich, dass sich die Bürger spezifische Themen abonnieren, um aktuell informiert zu werden. Gegenwärtig werden telemedizinische Anwendungen neu eingeführt, wie beispielsweise Lösungen für ältere oder für zuckerkrank Menschen sowie für spezifische Krankheiten oder Pflegepfade (Disease Management).

Wesentliche Funktionen sind:

- Patientendossiers:

Die Gesundheitsdaten der Dänen werden in einer Datenbank geführt und sind, soweit diese bei der Implementierung vorhanden waren, nach internationalen Standards strukturiert.

Zusätzlich zu den medizinischen Informationen werden darin auch persönliche Informationen zu nächsten Angehörigen oder zur Organspende geführt. In diesen Funktionsbereich gehört auch der Abgleich und Zugriff der Patientendaten zwischen den verschiedenen Regionen.

Damit werden die Anforderungen erfüllt, die sich aus der heutigen Mobilität der Patienten und den spezialisierten lokalen Leistungserbringern ergeben. Zusätzlich enthält der Bereich der Patientendossiers auch die Strukturen zur Abbildung der situations- oder krankheitspfadspezifischen Formate wie Schwangerschaft oder Zuckerkrankheit.

Befunde waren in der Vergangenheit 14 Tage für den Patienten in seiner Patientenakte sichtbar. Nach jetzigem Stand sind es nur noch 3 Tage. In der Akte sind alle Informationen sichtbar und können nicht durch den Patienten verschoben oder gelöscht werden.

- Informationen der Leistungserbringer:

Eine wesentliche Informationsquelle für die Patienten stellt der für das Web (d.h. für die öffentlich zugänglichen Internetseiten) bereitgestellte Inhalt dar. Jeder Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus, Institut etc.) kann sich im System selber präsentieren und Informationen über sich unterhalten. Dazu stehen mehr als 800 Editoren im Einsatz, welche die Daten pflegen und verwalten. Um die entsprechende Qualität der Inhalte sicherzustellen, sind Freischaltprozesse vorhanden.

- Datenaustausch:

Zu den Kernstücken des Gesundheitsportals gehört der Datenaustausch-Service zwischen den verschiedenen Beteiligten. Da ein solches System für eine lange Einsatz-

dauer geplant ist, muss auf eine hohe Migrationsfähigkeit und Erweiterbarkeit geachtet werden. In Dänemark wurden etwas mehr als 250 verschiedene Datenformate für den Austausch von Informationen definiert, dazu zählen unter anderem Terminvereinbarung oder -verschiebung, Einweisung, Überweisung, Austritt, Abrechnung, Medikation oder auch Rezept.

- **Telemedizinische Beratungen:**

Die Plattform unterstützt auch telemedizinische Beratungen. Damit können zum Beispiel ältere Menschen länger zu Hause betreut und begleitet werden. Zudem sind verschiedene interaktive Dienste wie eine medizinische Case-Diskussion (Kollaboration) unter Fachspezialisten oder interdisziplinär möglich. Die entsprechenden Unterlagen sind direkt im Portal verfügbar.

- **Sicherheit und Systemmanagement:**

Neben diesen für die Nutzer wesentlichen Elementen benötigt ein solcher Portalser vice natürlich auch Basisfunktionen in den Bereichen Security und Systemmanagement. Diese IT-spezifischen Elemente gewährleisten den Datenschutz sowie die Nachvollziehbarkeit im Gesamtsystem und bilden zudem die Basis für die hohe Verfügbarkeit.

Beim Aufbau einer nationalen eHealth-Umgebung müssen die Patientenpfade und das Rollenverständnis der einzelnen Organisationen überdacht werden. Es geht nicht nur darum, ein paar Computer zu installieren. Alle Seiten müssen bereit sein, sich anzupassen, um die neuen Möglichkeiten ausschöpfen zu können.

Es zeigt sich, je kleiner das Land ist und je geringer die Anzahl der Beteiligten ist, desto größer ist die Bereitschaft, eine solche Lösung einer zentralen Patientenakte zu nutzen. Aus Sicht des Ärztlichen Beirates in NRW müssen solche Lösungen vor allem in Bezug auf mögliche IT-Angriffsszenarien differenziert betrachtet werden. Je zentraler der Ansatz ist, desto sicherer muss die IT-Struktur sein; hohe Sicherheitsmechanismen müssen greifen. Im Vergleich zu Deutschland, wo die Systemlandschaft facettenreicher ist und die Anzahl der Beteiligten im Gesundheitswesen höher ist, wird es herausfordernd sein, einen zentralen Ansatz zu verfolgen.

c: Beispiel: „Vitalink“ (Flanders Care)

Belgien ist aufgrund seiner Lage in der Mitte von Europa eingebettet und hat ca. 11,5 Mio. Einwohner. Durch die beiden Regionen Flandern und die Wallonie sind die sprachlichen und kulturellen Unterschiede in Belgien Herausforderungen an das System.

Vita Link ist ein System, welches den Healthcare Professionals es ermöglicht, einfach und sicher mit jedem digitale Daten über den jeweiligen Patienten zwischen den Behandlern zu teilen. Der Schwerpunkt liegt hier also im Bereich des Austausches von Informationen im Bereich der Healthcare Professionals. Dieses System wurde in dem Projekt Flanders Care aufgebaut. In Flandern wurde ab 2005 die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern aufgenommen. Im Jahr 2008 wurde das Projekt nejustiert und es wurden Gedanken zu dem Thema Verschlüsselung der Daten angeregt. Ziel ist der Aufbau einer nationalen Healthcare Plattform. Im Fokus stand, eine gemeinsame semantische Ebene zu schaffen,

um dem Anspruch der Interoperabilität gerecht zu werden. Im Jahr 2013 wurde Vitalink für den flandrischen Landesteil produktiv gesetzt. 2016 wurde das Projekt dann auf den wallonischen Landesteil ausgeweitet. Stand heute befinden sich ca. 10.000 Patientenakten in dem System. Festzustellen ist, dass in den Ballungsgebieten wie Brüssel oder Gent die meisten Zugriffe durch Hausärzte erfolgen. In den ländlichen Regionen ist das noch nicht der Fall.

Informationen über Impfungen, Medikamente, Screening und eine Zusammenfassung der Krankenakte sind in dem System zu finden. Der Patient hat die Berechtigung zu entscheiden, wer die Daten sehen kann, welche jederzeit verfügbar sind. Das System fördert die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure und ihrer Patienten, um die bestmögliche Versorgung und Unterstützung zu gewährleisten. Das Projekt wurde von der flämischen Regierung entwickelt und finanziert.

Strenge Sicherheits- und Datenschutzmaßnahmen wurden ergriffen, um die Daten vor unberechtigten Zugriffen zu schützen. Die pflegenden Angehörigen nutzen z. B. eine Schnittstelle, um die eigenen Daten mit dem Behandler über einen Patient Health – Viewer zu teilen. Ein Zugriff auf die Daten kann über sogenannte HUB´s erfolgen. Diese Mehrzahl der HUB´s befinden sich in Krankenhäusern, können aber auch bei den Hausärzten oder für Privatpersonen zur Verfügung gestellt werden. Der Patient behält weiterhin die Kontrolle über seine eigenen Daten und muss die Erlaubnis zur Einsicht der Informationen geben. Sollte er zu einem Arzt während seiner Behandlung kein Vertrauen haben, so kann der Patient selbst entscheiden, ob der Arzt Zugriff auf die Daten erhält.

Alle großen Krankenhäuser in Belgien sind miteinander vernetzt worden. Für die Zukunft ist angedacht, dass der Zugriff auf die jeweiligen Daten über mobile Devices erfolgen kann. Die Agenda sieht ebenfalls vor, dass Schwestern, Apotheken und der Bereich der Altenpflege Zugriff auf die Patientenakten erhalten sollen.

Ca. 5.5 Mio. Einwohner Belgiens haben sich dazu bereit erklärt ihre Patientendaten in dem System abzulegen.

Einen Überblick über die einzelnen Vorgaben gibt folgende Internetseite.

<http://www.eenlijn.be/>

TOP 5 Ausgewählte Aspekte elektronischer Patientenakten in der Gesundheitsversorgung

Herr Prof. Haas bedankt sich für die Gelegenheit, über die Patientenakte im Ärztlichen Beirat berichten zu können. Aus seiner Sicht muss man das Thema differenziert betrachten, da es im europäischen Ausland unterschiedliche Begrifflichkeiten gibt. Häufig wird über Patientenakten gesprochen, ohne den Hintergrund zu betrachten. Vermengt werden die Begriffe institutionelle elektronische Fallakte, institutionelle Patientenakte, einrichtungsübergreifende medizinische Fallakte, persönliche elektronische Fallakte, elektronische Gesundheitsakte, elektronische Basisdokumentationsakte oder Registerakte. Im internationalen Trend sind einrichtungsübergreifende Akten.

Die einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (eEPA) ist die zentrale Komponente der eBusiness Plattform für das Gesundheitswesen (eBPG). Einrichtungsübergreifende Aktenkonzepte ermöglichen eine verbesserte medizinische Versorgung der Bürger durch

zeitige Bereitstellung medizinischer Informationen in intersektoralen Behandlungssituationen. So können beispielsweise Doppeluntersuchungen vermieden und negative Effekte durch Arzneimittelunverträglichkeiten reduziert werden. Die Kenntnis der aktuellen medizinischen Gesamtsituation ist insbesondere für die Behandlung multimorbider Patienten von besonderer Bedeutung.

Die eEPA ist gekennzeichnet durch folgende Aspekte: sie ist fallübergreifend, zeitlich unbefristet, arztgeführt und ermöglicht über eine detaillierte Berechtigungssteuerung die Wahrung der Patientenrechte. Mit diesen Merkmalen unterscheidet sie sich von der einrichtungsübergreifenden Fallakte (EFA), die sich immer auf einen Fall bezieht und der persönlichen elektronischen Patientenakte (pEPA) die rein patientengeführt ist.

Interessant ist der Patient Summary Record (Notfalldatensatz). Die wichtigsten Diagnosen sind im Notfall hilfreich auf dem ersten Blick über virtuelle Sichten in einer Akte zu sehen. Hierbei können in einem Aktensystem die wichtigsten Dinge markiert werden und in einer zusammenfassenden Übersicht dargestellt werden, ohne dass sich der behandelnde Arzt durch die kompletten Akten arbeiten muss.

Wichtig ist die Klärung der Inhalte in einer Patientenakte. Alle dort abgelegten Informationen sind auch wieder recherchierbar. Dienen diese Akten ausschließlich zur Ablage von Dokumenten oder werden die Dokumente strukturiert abgelegt, können diese auch schnell und im Bedarfsfall verlässlich wiedergefunden werden. In Österreich werden z. B. strukturierte Dokumente in das Aktensystem abgelegt. Dann spielt die Granularität der Dokumente eine Rolle. Die Retro- und prospektive Transparenz für alle am Behandlungsprozess Beteiligten muss gegeben sein.

Die Semantik bei den Dokumenten ist auch zu betrachten. In Praxen werden z. B. Diagnosen in Zeilen innerhalb des Praxisverwaltungssystem (PVS) eingetragen. Innerhalb eines Krankenhauses werden Dokumente erstellt. Die Dokumente erhalten unterschiedliche Namen, und eine einheitliche Namensnomenklatur ist nicht gegeben. Die Inhalte der Dokumente differieren ebenfalls. Diese Punkte gilt es vorab zu klären, wenn Dokumente innerhalb einer Akte abgelegt werden sollen, die von mehreren beteiligten Ärzten befüllt wird.

Die funktionale Kompetenz einer Akte muss gegeben sein. Dies ist z. B. relevant für ein Case Management zur Behandlung bei schwerkranken Patienten. In vielen Diskussionen wird über eine zentrale Datenhaltung gesprochen. Diese ist nicht immer zwingend notwendig, da es auch Ansätze einer verteilten Datenhaltung gibt. Der ideale Ansatz ist, dass der Patient selbst entscheiden kann, welcher Anbieter seine Akte betreibt. Da eine Interoperabilität der Systeme vorausgesetzt wird, spielt dieser Aspekt für die Ärzte keine Rolle.

Datenschutzmechanismen und Berechtigungsmanagement müssen von der Akte abgebildet werden. Ebenso das Management der Zugriffe. Bevor aber eine Akte angelegt wird, ist zu klären, welche Dokumente in das System eingestellt werden und wer welche Dokumente lesen darf und soll. Ebenso ist zu klären, wohin Dokumente versendet werden sollen. Im Nachhinein sind solche Diskussionen immer schwierig.

Wichtig ist aus Sicht von Prof. Haas auch die Benutzerfreundlichkeit für die Ärzte. Schließlich müssen die Ärzte täglich mit dem System arbeiten.

TOP 6: Diskussion Patientenakten – Erarbeitung eines Anforderungskataloges aus Sicht der Ärzteschaft zur elektronischen Patientenakte und zum Basisdatensatz

In der vorangegangenen Vorbereitungssitzung zum Ärztlichen Beirates wurde sehr intensiv zu dem Thema diskutiert. Hauptgegenstand der Diskussion war die Frage, was eine Akte ist und welche Inhalte dort abgelegt werden. Der Wunsch wäre eine erweiterte Notfalldatenakte, welche dann bei Bedarf ausgedehnt werden kann. Aus Sicht des Ärztlichen Beirates muss die **Struktur** einer Patientenakte definiert sein. Eine **Inhaltsstrategie** muss definiert sein. Ebenso müssen die **virtuellen Sichten** bekannt sein – wer kann welche Daten sehen und hat einen Zugriff auf die Informationen. Weiterhin muss die **Benutzbarkeit** einer solchen Akte im täglichem Behandlungsalltag für Ärzte, Krankenhäuser und Patienten betrachtet werden. Diese Punkte sollen im Fokus der Diskussion stehen. Aus ärztlicher Sicht gilt es auch zu schärfen, wie eine Wertschöpfung aussehen kann, sprich, was man sich aus ärztlicher Sicht von einer Patientenakte erhofft und wo die Mehrwerte liegen können, denn in der weiterführenden Diskussion müssen die Politik, die Patienten und ggf. auch Investoren über den Aufbau von elektronischen Patientenakten überzeugt werden.

Denkbar ist die Erstellung eines Positionspapiers des Ärztlichen Beirates zur elektronischen Patientenakte, in dem die Inhalte einer Akte aus ärztlicher Sicht aufgeführt werden. Während der Behandlung des Patienten wird grundsätzlich eine Dokumentation der Behandlung vorgenommen. Die Herausforderung ist zu entscheiden, welche relevanten Informationen dann in einer Patientenakte hervorgehoben werden sollen, weil diese besonders wichtig für weitere Behandlungen sind.

Ein weiterer Aspekt ist die informelle Selbstbestimmung des Patienten. In Österreich hat der Patient z. B. das Recht selbst Einträge aus seiner Patientenakte zu löschen. Um das zu vermeiden entsteht für den behandelnden Arzt ein Beratungsaufwand. Es gilt den Patienten zu überzeugen, dass relevante Behandlungsergebnisse in der Patientenakte dokumentiert werden müssen. In der Diskussion wurde der Aspekt betrachtet, dass Diagnosen und alle dazu relevante Dokumente, welche für gesetzlich Krankenversicherte durch die Krankenkasse bezahlt werden auch in der Patientenakte hinterlegt werden müssen. Sollte der Patient sich dennoch weigern, relevante Diagnosen nicht in seiner Patientenakte dokumentiert zu bekommen, dann muss der Arzt die Möglichkeit haben, das zu dokumentieren, bzw. die Akte zu schließen. Diagnosen, welche Dritte gefährden können, sind grundsätzlich aus Sicht des Ärztlichen Beirates in der Akte zu vermerken.

Der Gesetzgeber muss Regelungen (z. B. Strafen bei Datenmissbrauch) schaffen, die die Bedingungen für elektronische Patientenakten genau definieren und Vertrauenswürdigkeit schaffen; wobei zu hinterfragen ist, ob Sanktionen der richtige Weg sind, um ein Thema wie die elektronischen Patientenakte in Deutschland zu etablieren. Hier gilt es, einen gesellschaftlichen Konsens zu schaffen und den Nutzen einer Patientenakte – Stichwort Wertschöpfung – herauszuarbeiten.

Frau Dr. Groß lädt die Teilnehmer zur nächsten Vorbesprechung zum nächsten Ärztlichen Beirat ein, um die Diskussion fortzuführen.

TOP 3 Sachstand: Vorbereitungen der Einführung der Telematik-Infrastruktur (ORS1)

Herr Marquardt (Projektbüro der ARGE eGK/HBA – NRW) berichtet in Vertretung von Herrn Herrmann (gematik) über den aktuellen Projektstatus zur Einführung der Telematikinfrastruktur (ORS 1).

Die Erprobung mit den ersten Ärzten (friendly user) ist im November in der Testregion Nordwest) gestartet. In der Vorpilotierung vom 18.11.2016 bis zum 09.12.2016 wurden die Vorgaben der gematik für die Vorpilotierung durch den Auftragnehmer erfüllt. Von den geforderten 20 Leistungserbringern haben 20 Praxen und 1 Krankenhaus an der Vorpilotierung teilgenommen. Es wurden in Summe 7.764 von 1.000 geforderten Onlineprüfungen durchgeführt.

Die Performance Werte für die Onlineprüfung mit Update lagen in der gesamten Phase der Vorpilotierung unter den Vorgaben der gematik. Die meisten Praxen wurden im laufenden Praxisbetrieb umgestellt. Nach Aussage des Auftragnehmers ORS1 Los 2 (Testregion Nordwest) lag die durchschnittliche Dauer der Installation bei 6 Stunden. Davon wurden ca. 1,5 Stunden für die Schulung des Praxispersonals und 1 Stunde für die Dokumentation aufgewendet, der Rest verteilte sich auf Installationsarbeiten. Hier ist festzuhalten, dass die Erfahrungen aus der Vorpilotierung in die Erprobung mit einfließen, um die Installationszeiten zu reduzieren.

Die SMC-B Karten für den Konnektor und Kartenterminals sind an die Erprobungsärzte ausgegeben worden. Die CompuGroup Medical (CGM) vereinbart derzeit die Installationstermine mit den an der Erprobung teilnehmenden Ärzten. Ziel ist es, bis Februar 2017 80 % der Erprobungsärzte an die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen.

Für das Los 1 (Testregion Südost) wurde ein Showcase in den Räumlichkeiten der gematik aufgebaut.

Während der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) spielt die qualifizierte elektronische Signatur (QES) auf dem Heilberufsausweis (HBA) keine Rolle. Da die eIDAS Verordnung Auswirkungen auf das Projekt KOMM-LE und QES hat und derzeit die gematik diese prüft, kann leider keine Aussage über den Planungsstand hinsichtlich der Einbindung der Krankenhäuser bei der QES getroffen werden.

TOP 7 Verschiedenes

Herr Krön berichtet von Fällen, in denen Ärzte aufgefordert wurden, ihren Heilberufsausweis an eine Adresse zu versenden, da diese angeblich ausgetauscht werden müssten. In diesen Fällen handelte es sich nicht um offizielle Aufforderungen von Trustcentern oder Ärztekammern. Vielmehr besteht ein krimineller Hintergrund. Herr Krön bittet die Teilnehmer des Ärztlichen Beirates, der Aufforderung nicht nachzukommen.

Frau Dr. Groß bedankt sich für die konstruktive Zusammenarbeit bei den Teilnehmern des Ärztlichen Beirates im Jahr 2016.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbesprechung zum übernächsten Ärztlichen Beirat ist am Mittwoch den **25. Januar 2017**, um 20:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf. Ggf. kann dieser Termin aufgrund von Terminkollisionen nicht stattfinden. Dazu werden die Teilnehmer aber rechtzeitig informiert.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch den **15. Februar 2017**, um 15:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf statt.