

**Protokoll  
der 40. Sitzung des Ärztlichen Beirates  
am Mittwoch, den 15. Februar 2017  
in der  
Ärztekammer Nordrhein  
in Düsseldorf**

Vorsitz: Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Dr. Hans-Jürgen Bickmann  
Gast: Herr Carsten Fehlen (CompuGroup Medical Deutschland AG)  
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**

Frau Dr. Groß 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 Patientenakte in der Klinik mit den Erfahrungen der elektronischen Fallakte an der Universitätsklinik Aachen und der Vorstellung einer elektronischen Fall- und Patientenakte in der Praxis.

### **TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 14. Dezember 2016**

Frau 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 Beanstandungen angemeldet werden, wird das Protokoll einstimmig ohne Enthaltungen angenommen.

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

Bevor Herr Marquardt (Projektbüro der ARGE eGK/HBA – NRW) in Vertretung für Frau Schön (gematik) den Sachstand zum Projekt der Einführung der Telematikinfrastruktur vorträgt, berichtet Frau Dr. Groß, als Teilnehmerin an der Erprobung der Telematikinfrastruktur, aus der Praxis und über ihre Erfahrung bei der Installation des Konnektors.

Die Installation wurde durch einen Servicetechniker der CompuGroupMedical (CGM) an zwei Tagen durchgeführt. Die Installationszeit belief sich auf ca. 12 Stunden. Frau Dr. Groß erprobt das „Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung“. Bei dem Stand-alone Szenario mit physischer Trennung ist das Praxis IT System und die Online Welt voneinander separiert. Einmal im Quartal erfolgt hier die Online-Prüfung der Versichertenstammdaten an einem separaten Kartenterminal und Konnektor mit Netzzugang. Beide Geräte sind nicht mit dem Praxis IT System verbunden. Für dieses Szenario werden ein zweites Kartenterminal und ein zweiter Konnektor benötigt, um die Versichertendaten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auch mit dem Praxisverwaltungssystem (PVS) einzulesen. Aus diesem Grund wurde die Praxis von Frau Dr. Groß mit zwei Kartenterminals und zwei Konnektoren ausgestattet.

Die Aktualisierungsprozesse des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) der elektronischen Gesundheitskarten funktionieren. Allerdings wäre nach Abschluss der Installation eine Überprüfung der vollen Funktionalität des Systems mit einer Test eGK wünschenswert.

Für den Praxisalltag bleibt festzuhalten, dass die Lüfter der beiden Konnektoren sehr laut sind und die Arbeit aufgrund der Geräuschbelästigung beeinträchtigen. Idealerweise sollte der Konnektor in einem Serverraum oder in einem separatem Raum betrieben werden.

Herr Marquardt berichtet, dass nach der Anbindung der friendly User im November 2016 sich die Anzahl der an der Erprobung teilnehmenden Ärzte erhöht hat. Nach Planung der CompuGroupMedical (CGM) werden bis Ende der KW 8/2017 ca. 80 % der an der Erprobung teilnehmenden Ärzte an der Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sein. Dieses Planungsziel wird erreicht.

Erkenntnisse aus der Erprobung der Telematikinfrastruktur fließen in den späteren Basis Rollout ein. Die CompuGroupMedical (CGM) und die gematik befinden sich dabei in einem intensiven Austausch zur Analyse und Bewertung eventuell aufgetretener Auffälligkeiten. Der Anwendungsfall des SIS (Sicherer Internetzugang für Praxen) wurde in den Praxen zum Anfang der Erprobung nicht installiert, da ein Fehler zu Performanceproblemen geführt hatte. Dieser Fehler ist abgestellt worden und die Praxen werden „nachinstalliert“. Ebenso haben sich die anfangs sehr langen Installationszeiten in den Praxen deutlich reduziert. Die Systemintegratoren haben die notwendigen Erfahrungen gesammelt, um zukünftig die Systeme, welche installiert werden, bei den an der Erprobung teilnehmenden Ärzten zu reduzieren. Herr Dr. Branding berichtet von Installationserfahrungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL) bei der Implementierung des Netzes der KZVWL von Installationszeiten von 6 – 8 Stunden. Hier sind die individuellen Gegebenheiten der Praxen der Einflussfaktor.

In den kommenden Wochen wird es im Zuge der Wissenschaftlichen Evaluation (WEV) zu einer Kontaktaufnahme von Mitarbeitern der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) bei den an der Erprobung teilnehmenden Ärzten kommen.

In der Diskussion mit den Teilnehmern des Ärztlichen Beirates wurde das Thema „Konnektor für den Basis Rollout“ erörtert. Stand heute gibt es nur einen Konnektor, der in der Testregion Nordwest erprobt wird. Für einen Basis Rollout wäre aber eine Auswahl von zumindest einem weiteren Konnektor wünschenswert. In einer Gesellschafterversammlung der gematik Anfang März wird über den Punkt beraten werden und zum jetzigen Zeitpunkt kann kein aktueller Sachstand kommuniziert werden.

Die am Anfang auftretenden Schwierigkeiten mit der Anbindung des SNK (Sichere Netz der KVen) und dem sicheren Internetzugang der Praxen (SIS) sind behoben worden und können jetzt genutzt werden.

In der Testregion Südost ist das Projekt noch nicht so weit vorangeschritten wie in der Testregion Nordwest. Hier gehen die Planungen der T-Systems davon aus, dass im September 2017 ein Konnektor für die Erprobung der Telematikinfrastruktur zur Verfügung steht.

In der kommenden Sitzung des Ärztlichen Beirats im April 2017 wird über die Erfahrungen in der Erprobung über den Quartalswechsel Q1/2017 zu Q2/2017 zu berichten sein. Ein Quartalswechsel ist für die Erprobung relevant und ist von den Ärzten gefordert worden.

Nach der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) folgt die Erprobung der qualifizierten Signatur (QES) und KOMM-LE (Kommunikation zwischen den Leistungserbringern). Hier ist die Voraussetzung, dass die Ärztekammern Heilberufsausweise (HBA) ausgeben. Die gematik wird auf die Ärztekammer Nordrhein zukommen, um die Vorgehensweise einer HBA-Ausgabe mit Herrn Krön abstimmen.

Herr Dr. Branding berichtet, dass in den Räumlichkeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL) für Zahnärzte Vorführungen eines Showcases stattfinden, um den Zahnärzten die Anwendung der Systeme zu zeigen und die Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) vorzustellen.

## **TOP 4 Elektronische Patientenakten (ePA) in der Hand des Arztes**

### **a: Elektronische Patientenakte (ePA) in der Klinik mit den Erfahrungen der elektronischen Fallakte (eFA)**

Frau Dr. Haferkamp gibt in ihrem Impulsvortrag zur elektronischen Patientenakte in der Klinik einen Überblick über die Herausforderungen und Problemstellung bei der Einführung eines solchen Aktenmodells.

Die Digitalisierung im privaten Bereich ist in den letzten Jahren stark vorangeschritten. Die Menschen leben immer schneller und intensiver den digitalen Fortschritt. Im Bereich des Krankenhauses sind aber eher die analogen und papierbasierten Prozesse im Vordergrund (z. B. der papierbasierte Medikationsplan). Hier ist die Herausforderung den im Alltag digital assistierten Bürger Anschluss in einem Krankenhaus zu geben.

Das E-Health Gesetz macht an dieser Stelle Vorgaben, wie die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranschreiten soll und welche Anwendungen aus gesetzgeberischer Sicht im Fokus stehen. Im SGB V, § 291 a, Absatz 5c beschreibt der Gesetzgeber die Bereitstellung einer Patientenakte bis zum 31.12.2018. Des Weiteren werden im SGB V, §291 f, Absatz 3 Vorgaben über die fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation gemacht. Wunsch des Gesetzgebers ist, dass die Daten der Patienten in einer elektronischen Patientenakte für die Patienten bereitgestellt werden und die Patienten dann in der Lage sind, ihre Behandler über die wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Im Uniklinikum Aachen werden die Primärdaten in einer elektronischen Fallakte (EFA) abgelegt. Die EFA ist eine Kommunikationsplattform für Ärzte. Von ihrer Struktur her ist sie darauf ausgelegt, Ärzte über Sektor- und Einrichtungsgrenzen hinweg zu vernetzen und ihnen den

datenschutzgerechten Austausch von medizinischen Informationen zu gemeinsam behandelten Patienten zu ermöglichen. Eine Fallakte steht hierbei für einen medizinischen Fall eines Patienten. Der Patient kann entscheiden ob ein Arzt während der Behandlung auf die Daten in der Akte zugreifen kann.

Auf der technischen Ebene schafft die elektronische Fallakte (EFA) die technischen Voraussetzungen für die Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Ärzten sowie auch zwischen verschiedenen Kliniken. Standardisierte EFA-Schnittstellen ermöglichen einen reibungsfreien Informationsfluss unabhängig von verwendeten IT-Systemen. Die ausgefeilte Sicherheitsarchitektur gewährleistet den Schutz und die Sicherheit der sensiblen medizinischen Daten.

In der Diskussion des Ärztlichen Beirats wird über den Lebenszyklus der Akten und Verantwortung des Patienten gesprochen. Bei der elektronischen Fallakte werden die Daten dezentral gehalten. D. h. die Daten bleiben dort, wo sie entstehen und ermöglichen eine zweckgebundene Kommunikation mit einem geringen Datenaustausch.

Eine Patientenakte hingegen ist eine präventive Datensammlung. Dabei geht es darum möglichst viele Daten vorliegen zu haben. An dieser Stelle sind die Strukturen einer Patientenakte wichtig. Diese benötigten Strukturen werden aber leider im Moment nicht vom Gesetzgeber vorgegeben. Wesentlich bei der arztgeführten Kommunikation ist, dass der Patient nicht entscheidet welche Dokumente in eine Fallakte aufgenommen werden, sondern der Patient entscheidet lediglich darüber wer die Daten sehen kann. Ärzte entscheiden über die relevanten Dokumente, welche in der Fallakte abgelegt werden. Das ist der Unterschied zu einer Patientenakte, welche nicht auf dem Prinzip, das nur relevante Daten in die Akte eingestellt werden, basiert, sondern das alle - auch nicht für die Behandlung relevante Dokumente – in einer Patientenakte eingestellt werden können. Aus diesem Grund gibt es bei einer elektronischen Patientenakte eine große Komplexität der Information und der administrative Aufwand ist sehr hoch. Bei dem administrativen Aufwand und dem Informationsgehalt ist zu klären, wer darf was, wann und warum sehen? Auch gilt es zu definieren, wie das Rollen- und Rechtsmanagement effizient verwaltet wird und wo es durchgesetzt wird für folgende Teile der Akte:

- pro Akte
- pro Aktenteil
- pro Dokumententyp
- pro Dokument
- pro Feld

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es Hindernisse für die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, denn die Telematikinfrastruktur (TI) befindet sich im Aufbau und es dauert laut E-Health Gesetz noch bis Ende Juni 2018 bis alle Leistungserbringer an diese Infrastruktur angeschlossen sind. Ein zentrales Patientenverzeichnis mit einer eindeutigen Patienten-ID ist derzeit nicht vorhanden. Ein zentrales Verzeichnis der Leistungserbringer im Gesundheitswesen – analog der Krankenkassenverzeichnisse - ist nicht vorhanden. In der Bundesrepublik gibt es kein überall gültiges Datenschutzkonzept. Ebenfalls ist gibt es für keinen Aspekt der Strukturen im Gesundheitswesen eine zentrale Stelle, die die Verantwortung und die Weisungsbefugnis für alle Beteiligten regelt. Diese Hilfsmittel fehlen leider in Deutschland komplett. Andere Länder wie z.B. Österreich haben so etwas.

In dem E-Health Gesetz macht der Gesetzgeber Aussagen darüber, was in einer elektronischen Patientenakte gespeichert werden soll. Dies sind z. B. Arztbriefe, Notfalldaten und Daten über die Medikation. Außerdem sollen die gespeicherten Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte in das Patientenfach aufgenommen werden. Ebenfalls sollen eigene Daten z. B. ein Patiententagebuch über Blutzuckermessungen oder Daten von Wearables und Fitnessarmbänder in dem Patientenfach abgelegt werden können. Der Patient entscheidet, welche medizinischen Daten mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden und wer darauf zugreifen darf. Ziel ist es den Patienten in die Lage zu versetzen den jeweiligen Behandler über die wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Für die behandelnden Ärzte ist es wünschenswert, dass ggf. diese vorhandenen Informationen in das eigene Praxisverwaltungssystem übernommen werden können. Somit ist die Interoperabilität dieser Systeme elementar.

Die ärztlichen Anforderungen an die elektronische Fallakte sind:

- einfach Administration
  - kein Zusatzaufwand für den Behandler
  - schnelles und einfaches Erstellen
  - schnelles und komfortables Übernehmen von Informationen
- Informationen „zum Weiterverwenden“
  - setzt strukturierte Informationen voraus
  - setzt bekannte Informationstypen voraus
- schnelle Sicht auf relevante Informationen
  - wenig zusätzlichen Zeitaufwand
  - keine Gefahr von „übersehen“ Informationen; rechtlich belangt zu werden
- vollständige Information
- Sicherheit über Authentizität der Information
- Nachvollziehbarkeit (wer war wie beteiligt...)

Aufgrund der oben aufgeführten Forderungen aus ärztlicher Sicht ergeben sich Fragen zur Patientenakte.

- Kann eine Kommunikation über die Patientenakte die direkte Kommunikation der Leistungserbringer ersetzen?
- Wie können Informationen so aufbereitet werden, dass sie wirklich weiterverwendet werden können?
- Wer kann sich um eine komplexe Rechteverwaltung kümmern?
- Wie findet der Arzt Informationen, welche für ihn relevant sind?
- Was ist mit Informationen, die der Patient seinem behandelnden Arzt vorenthält?

Das Universitätsklinikum Aachen wird im Jahr 2017 mit der CompuGroupMedical (CGM) die Patienten mit in das Projekt einbeziehen. Sprich Informationen, die in die Akte eingestellt werden, können auch dem Patienten zugänglich gemacht werden. Ziel ist es den gesamten Prozess durch die Augen des Patienten zu betrachten und daraus Schlüsse zu ziehen, um für die Zukunft zu lernen und Akten alltagstauglich zu machen.

Das Projekt im Uniklinikum Aachen zeigt aus Sicht der Mitglieder des Ärztlichen Beirats in NRW, dass Ärzte nicht nur blockieren, sondern vielmehr Prozesse vorantreiben und ein Interesse daran haben, dass diese zügig umgesetzt werden.

### **b: Elektronische Fall- und Patientenakte in der Praxis**

Herr Fehlen von der CompuGroupMedical (CGM) gibt in seinem Vortrag einen Überblick über elektronische Fall- und Patientenakten in der Praxis. Basierend auf der Technologieplattform „CGM Jesajonet“ und der persönlichen Gesundheitsakte „CGM life“.

Die CompuGroupMedical (CGM) setzt auf internationale Standards bei der Entwicklung ihrer Aktensysteme, um die Interoperabilität zu unterstützen. In der Präsentation werden die arztgeführte Akte und die patientengeführte Akte vorgestellt. Dies sind zwei voneinander unabhängige Akten, in denen auch unterschiedliche Informationen abgelegt werden können. Im Fokus steht allerdings die arztgeführte Akte, welche Herr Fehlen detaillierter vorstellt.

CGM JESAJANET stellt eine umfassende Serviceplattform (Web-Portal) in der Kommunikation zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Arzt dar. Perspektivisch sind weitere Akteure wie Apotheken, ambulante Rehakliniken, Altenheime, Mobile Teams, Patienten und Angehörige integrierbar. Sollten sich die Praxisverwaltungssysteme von CGM in der jeweiligen Praxis im Einsatz sein, so ist eine Integration leichter, als wenn es sich um Systeme von Wettbewerbern der CGM handelt, da somit nicht auf Quellcode-Basis agiert werden kann und eine enge Verzahnung der Systeme erfolgen kann.

Z. B. besteht zur Arztbriefschreibung die Möglichkeit eine Art Kopplung zwischen den Systemen herzustellen, in dem relevante Informationen auf dem jeweiligen Praxisverwaltungssystem (PVS) extrahiert werden können und diese Information dann in die Vorlagen z. B. für einen Arztbrief integriert werden können. Dieser Arztbrief kann dann an den empfangenden Arzt versendet werden. Der Versand erfolgt derzeit über KV connect. Ein zukünftiger Versand über die Telematikinfrastruktur (TI) ist auch möglich.

Ebenso ist dieser Prozess auch für Einweisung in ein Krankenhaus möglich. Bereits in der Praxis erstellte Unterlagen können in die Fallakte der jeweiligen Klinik aufgenommen werden. Die Informationen des Hausarztes liegen somit den behandelnden Ärzten im Krankenhaus vor, wenn der Patient in der Klinik aufgenommen wird. Die Administration der Fallakte erfolgt dann in dem jeweiligen Krankenhaus. Über die Systemeinstellung in der elektronischen Fallakte ist es möglich dem Hausarzt über Systemmeldungen zu informieren. Das kann z. B. der Fall sein, wenn der Patient aus der Klinik wieder entlassen wurde. Diese Funktionalität setzt allerdings voraus, dass der Hausarzt auch ein CGM-Produkt nutzt. Ebenso können Dokumente, welche in der Klinik erstellt wurden, wieder in das System des Hausarztes - wenn gewünscht - importiert und übernommen werden.

In der anschließenden Diskussion wurde erörtert, dass eine Patientenakte patientenzentriert, arztgeführt, strukturiert und sektorübergreifend sein soll. Die derzeitigen Aktenmodelle im deutschen Gesundheitswesen sind für jede Institution individuell und Insellösungen. Somit können diese nicht als richtungweisend angesehen werden. Das liegt zum einen an einer fehlenden nationalen E-Health Strategie und zum anderen, dass ökonomische Voraussetzungen nicht gegeben sind. Herr Redders berichtet darüber, dass es aus dem Land Nordrhein-Westfalen eine Initiative gibt, die sich mit den unterschiedlichen Aktenmodellen ausei-

inanderzusetzen. Die Ergebnisse können in einer der zukünftigen Sitzungen des Ärztlichen Beirates vorgestellt werden.

Derzeit gibt es keine eindeutige Definition und Standards, was eine elektronische Patientenakte leisten soll. Hier sieht Herr Dr. Dr. Bickmann den Ansatzpunkt des Ärztlichen Beirates genau diese Dinge aus ärztlicher Sicht zu definieren und eine Umsetzung zu fordern. Grundlage können hier die übergreifenden Metadatenkataloge von HL7 und die Medizintechnikinitiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) sein.

Ein erster Ansatz ist eine bestehende Fallakte zu analysieren und die fachlichen Forderungen des Ärztlichen Beirats in eine zukünftige, gemeinsame Patientenakte einfließen zu lassen. Innerhalb einer Patientenakte sind die Prozesse einer Behandlung von Relevanz. Es ist abzubilden, wer zu welchem Zeitpunkt, welche Information benötigt. Hier kann eine Art Workflow entstehen, der durch die Technik unterstützt werden kann. Die fachliche Definition der Prozesse muss allerdings aus ärztlicher Sicht erfolgen. In der Diskussion zeigt sich, dass die Thematik in ihrer komplexen Gesamtheit zu betrachten ist und nicht nur für den Teil eines Sektors. Durch die Etablierung einer Patientenakte muss ein Mehrwert für die Behandlung des Patienten entstehen und die Praktikabilität für den Behandler muss gegeben sein. Denn Systeme, die nicht aktiv genutzt werden, mutieren zu Datensenken und sind somit nicht sinnvoll.

Herr Dr. Branding bemerkt, dass in der inhaltlichen Diskussion über die Patientenakte die Belange der Zahnärzte ebenfalls eine Rolle spielen und diese in die weiteren Beratungen mit einfließen zu lassen, denn mittlerweile nimmt die Kommunikation zwischen Zahnärzten und Hausärzten bei der Behandlung von älteren Patienten zu.

## **TOP 5 Verschiedenes**

In dem Ärztlichen Beirat NRW sind bisher auch noch Ärzte aus der alten Testregion Bochum-Essen vertreten, die aber nicht an den Sitzungen teilnehmen. Um den an der aktuellen Erprobung teilnehmenden Ärzten eine Chance zur Mitarbeit zu geben, werden die Testärzte aus der alten Testregion Bochum-Essen zukünftig nicht mehr zu den Sitzungen des Ärztlichen Beirates eingeladen. Die ausgeschiedenen Mitglieder werden durch die Ärztekammer schriftlich informiert. Eine Auswahl von drei aktuellen Erprobungsärzten in der Testregion Nordwest erfolgt durch die Ärztekammer Nordrhein und die Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbereitungen zum übernächsten Ärztlichen Beirat ist am Mittwoch den **22. März 2017**, um 20:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirats findet am Mittwoch den **12. April 2017**, um 15:00 Uhr in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Dortmund statt.