

Dortmund, den 12. April 2017

**Protokoll
der 41. Sitzung des Ärztlichen Beirates
am Mittwoch, den 12. April 2017
in der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe
in Dortmund**

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

Gast:

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).

Schwerpunktt Themen der Sitzung sind der aktuelle Projektstand in dem Projekt der gematik zum Aufbau der Telematikinfrastruktur. Der Stand der Umsetzung der Meilensteine im E-Health Gesetz, sowie eine Vorstellung der elektronischen Patientenakte aus Sicht einer Krankenkasse.

TOP 2 Genehmigung des Protokolls der Sitzung vom 15. Februar 2017

Herr Dr. Dr. Dr. Bickmann ruft als nächsten Tagesordnungspunkt die Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung auf. Er hat eine Anmerkung zu dem dem Thema Versand des Arztbriefes. - *Der Versand erfolgt derzeit über KV connect. Ein zukünftiger Versand über die Telematikinfrastruktur (TI) ist auch möglich.* - Hier bittet er das Wort Telematikinfrastruktur zu ändern in andere Plattformen, um zukünftig auch für weitere Netze offen zu sein. Da keine schriftlichen Einsprüche vorliegen, wird das Protokoll einstimmig ohne Enthaltungen angenommen. Herr Fischer bittet darum, dass das Protokoll vorab auch an die Experten des Ärztlichen Beirates versendet wird. Die Mitglieder des Ärztlichen Beirates stimmen dem zu und die Experten erhalten vorab der den Sitzungen das Protokoll zu ihrer Kenntnisnahme.

TOP 3 a: Sachstand: Vorbereitungen der Einführung der Telematikinfrastruktur (ORS1)

Bevor Herr Marquardt (Projektbüro der ARGE eGK/HBA – NRW) in Vertretung für Herrn Herrmann (gematik) den Sachstand zum Projekt der Einführung der Telematikinfrastruktur

vorträgt, berichtet Frau Dr. Groß, über das Projekt Notfalldatenmanagement (NFDM sprint), welches in Münster am 07.04.2017 im Beisein von Minister Gröhe offiziell beendet worden ist.

Als Fazit des NFDM-Sprints kann die Akzeptanz für den Anlageprozess von NFD im ambulanten und insbesondere im hausärztlichen Bereich als weitestgehend gegeben angesehen werden, im stationären Bereich ist sie jedoch deutlich eingeschränkt. Der von allen Befragten beschriebene hohe Zeitaufwand für die Prozesse der Aufklärung und Einwilligung der Patienten, der in der elektronischen Bearbeitungszeit nicht enthalten ist, sowie der noch mangelnde Bekanntheitsgrad des NFDM erscheinen als Hauptursachen dafür, dass insgesamt nur 63 % des vorgegebenen Ziels von 125 NFD je Arztpraxis bzw. insgesamt 4.125 NFD erreicht wurden.

Die weitere Schreibung von Notfalldatensätzen hätten sich die an der Erprobung teilnehmenden Ärzte und Patienten gewünscht, aber ein Projekt zeichnet sich durch einen definierten Anfang und ein definiertes Ende aus und somit ist die weitere Schreibung von NFD beendet worden. Frau. Dr. Groß findet das bedauerlich und befürwortet ein Votum des Ärztlichen Beirates NRW auszusprechen, dass die Schreibung von Notfalldatensätzen auf Papier weitergeführt wird.

Ein ausgefüllter Notfalldatensatz beinhaltet folgende Angaben:

- Angaben zum Versicherten
- Diagnosen, Operationen, Prozeduren
- Medikation
- Allergien / Unverträglichkeiten
- Besondere Hinweise
- Zusätzliche medizinische Informationen auf Wunsch des Patienten
- Einverständniserklärung des Patienten

Weitergehende Information zu dem Projekt finden sich auf der Seite <https://nfdm.gematik.de/>

Herr Marquardt berichtet, dass nach der Anbindung der friendly User im November 2016 sich die Anzahl der an der Erprobung teilnehmenden Ärzte sukzessive erhöht hat. Seit der KW 10/2017 sind 80 % der an der Erprobung teilnehmenden Ärzte an der Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen. Mit diesem Ausstattungsgrad beginnt ein viermonatiger Lastest. Alle 6 Krankenhäuser in der Testregion Nordwest sind ebenfalls an der Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen worden. Folgende Krankenhäuser nehmen in der Testregion Nordwest an der Erprobung der Telematikinfrastruktur teil:

- Park-Klinik – Kiel
- Zahnklinik – Münster
- Christophorus Kliniken – Coesfeld
- Krankenhaus Unna
- Fachklinik 360° - Ratingen
- Klinikum Oberlausitzer Bergland – Löbau-Zittau

In der Erprobung hat die gematik einen Quartalswechsel vorgesehen, dieser ist mit den an der Telematikinfrastruktur angeschlossenen Praxen vollzogen worden. Es sind derzeit keine Störungen bei Abrechnungen über KV-Safenet bekannt.

Der zweite Stepp der Wissenschaftlichen Evaluation wurde in der KW 14/2017 gestartet. Hierbei erfolgt eine Kontaktierung der an der Erprobung teilnehmenden Ärzte per Mail. Die Projektleitung der CompuGroupMedical (CGM) hat als Ende der Erprobung den 08.07.2017 genannt. Eine Entscheidung der Gremien der gematik über den Start des bundesweiten Rollouts liegt derzeit noch nicht vor.

Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäuser sollen künftig bei der technischen Ausstattung ihrer Einrichtung zwischen verschiedenen Produkthanbietern wählen können. Die gematik hat deshalb die österreichische Firma „Research Industrial Systems Engineering“ (RISE) Forschungs-, Entwicklungs- und Großprojektberatung GmbH beauftragt, einen Konnektor für den bundesweiten Online-Produktivbetrieb zu entwickeln. Ziel ist es, im 1. Quartal 2018 – neben den bereits für den Online-Rollout (Stufe1) beauftragten Konnektoren – einen weiteren Konnektor auf dem Markt zur Verfügung zu stellen.

Da die Erprobungsergebnisse aus der Testregion Südost nicht für den Start des bundesweiten Rollouts einbezogen werden können, verzichten die Gesellschafter der gematik – im Einvernehmen mit der T-Systems – auf eine Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) in der Testregion Südost. Stattdessen wird die T-Systems mit ihren Partnern zum 15. November 2017 einen eigenverantwortlichen, vergüteten Feldtest des VSDM mit ihren Vertragsärzten und –krankenhäusern starten. Darüber hinaus fokussiert die Telekom-Tochter ihre Aktivitäten auf die Zulassung der VSDM-Komponenten für den bundesweiten Rollout.

Frau Dr. Groß berichtet über die Befragung der an der Erprobung teilnehmenden Ärzte zur Wissenschaftlichen Evaluation. Bemängelt wird, dass der Arzt, welcher an der Befragung teilnimmt keine Möglichkeit hat, seine eingegebenen Daten (Antworten zu den Fragen oder Bemerkungen) zu seiner persönlichen Verwendung abzuspeichern oder auszudrucken. Ebenso ist die Fragestellung aus Sicht eines erprobenden Arztes nicht so, dass man seine Erfahrungen niederschreiben kann. Eine Möglichkeit zur Abgabe von Bemerkungen ist in den Eingabemasken nicht vorgesehen. Es entsteht der Eindruck, dass die Fragestellungen so gewählt sind, dass am Ende der Evaluation ein gutes Ergebnis herauskommt. Das ist aus Sicht von Frau Dr. Groß nicht akzeptabel. Dieser Punkt soll auf die Agenda der kommenden Sitzung aufgenommen werden.

Frau Dr. Groß merkt an, dass in der Erprobung über den Quartalswechsel vom 1. Quartal zum 2. Quartal 2017 die Performance der Telematikinfrastruktur abgenommen hat. Die Geschwindigkeit der Anfragen und Antworten bewegt sich noch in einem akzeptablen Rahmen, aber offensichtlich scheint die Zunahme an angeschlossenen Praxen spürbar zu sein. Das Antwort-Zeit-Verhalten liegt innerhalb der Vorgaben der gematik.

Herr Dr. Branding erkundigt sich nach den durchschnittlichen Installationszeiten in den Praxen. Hier kann festgehalten werden, dass die Installationen in einem Zeitrahmen von 4 - 5 Stunden im laufenden Praxisbetrieb durchgeführt werden. Die Zeit ist natürlich abhängig von der jeweiligen Praxis IT-Infrastruktur und der Gegebenheiten vor Ort.

In der Erprobung wurde von einzelnen Praxen festgestellt, dass einige elektronischen Gesundheitskarten (eGK) ungültig sind – das Zertifikat auf der Karte ist abgelaufen oder der Versicherte geht mit einer alten Karte zum Arzt. Die jeweiligen Krankenkassen haben umgehend reagiert und ihre Versicherten mit neuen Karten ausgestattet und darüber hinaus die Patienten sensibilisiert mit einer aktuellen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum Arzt zu gehen.

TOP 3 b: Umsetzung des E-Health Gesetzes

Herr Krön stellt die Anwendungen und die dazu verbindlichen Termine im E-Health Gesetz vor. Das "Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)" enthält einen Fahrplan für die Einführung einer digitalen Infrastruktur mit höchsten Sicherheitsstandards und die Einführung nutzbringender Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte.

Ein modernes Stammdatenmanagement (Online-Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten) sorgt für aktuelle Daten in der Arztpraxis und schützt vor Leistungsmissbrauch zu Lasten der Beitragszahler. Diese erste Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte soll nach erfolgreichem Probelauf bis Mitte 2018 flächendeckend eingeführt werden. Damit werden zugleich die Online-Strukturen für wichtige medizinische Anwendungen geschaffen. Ab 1. Juli 2018 sind pauschale Kürzungen der Vergütung der Ärzte und Zahnärzte vorgesehen, die nicht an der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten teilnehmen.

Um die Ausgabe der Heilberufsausweise zu unterstützen, mit denen Ärzte auf die sensiblen Daten der Gesundheitskarte zugreifen können, werden elektronische Arztbriefe bereits vor Einführung der Telematik-Infrastruktur gefördert, wenn hierfür ein elektronischer Heilberufsausweis mit elektronischer Signatur verwendet wird. Diese Anschubfinanzierung, mit der ein höheres Datenschutz- und Sicherheitsniveau in der elektronischen Kommunikation erreicht wird, gilt für das Jahr 2017. Der Versand und Empfang von Arztbriefen wird mit 55 Cent gefördert. Die Förderung teilt sich auf Sender und Empfänger auf, wobei der Sender 28 Cent und der Empfänger 27 Cent erhält. Die Förderung wird nur gewährt, wenn der elektronische Heilberufsausweis für eine qualifizierte elektronische Signatur zum Einsatz kommt. Die Förderung ist auf das Jahr 2017 beschränkt, ab 2018 müssen die Vertragspartner die Höhe des Zuschlages neu vereinbaren. Die Vergütung von 55 Cent für einen auf konventionellen Weg versendeten Arztbrief (z.B. per Post oder Fax) entfällt, wenn die oben beschriebene Förderung für den eArztbrief vergütet wird.

Die Videosprechstunde kann als neue telemedizinische Leistung ab April 2017 und somit eher als vorgesehen durchgeführt werden. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich im Bewertungsausschuss auf eine Vergütungsregelung geeinigt und eine entsprechende Anpassung des EBM beschlossen. Ebenso können Vertragsärzte ab 1. April 2017 Telekonsile mit anderen Ärzten zur Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen abrechnen – so wie es das E-Health-Gesetz vorsieht. Die digitale Übertragung der Aufnahmen ermöglicht nicht nur einen schnellen fachlichen Austausch, sondern erhöht auch die diagnostische Qualität ohne zusätzliche Untersuchungen. Davon profitieren Patienten und Ärzte.

Folgende Regelungen gelten für die Videosprechstunde:

- Für Videosprechstunden erhalten Praxen bis zu 800 Euro jährlich pro Arzt. Ab April 2017 gibt es für jede Videosprechstunde einen Technikzuschlag von 4,21 Euro (GOP 01450, Bewertung: 40 Punkte). Dieser wird für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal gezahlt, auch mehrmals im Behandlungsfall. Diese Mittel - bei vier Videosprechstunden pro Woche - dienen zur Hälfte zur Deckung der Kosten, die durch die Nutzung eines Videoanbieters anfallen; die andere Hälfte der Förderung von Videosprechstunden. Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass eine Kostendeckung bereits bei zwei Videosprechstunden pro Woche erreicht ist. Die Lizenzgebühren für Videodienste liegen aktuell bei etwa 100 Euro im Quartal.
- Videosprechstunden sollen eine persönliche Vorstellung in der Praxis ersetzen. Die Konsultation ist deshalb Inhalt der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, wurde eine analoge Regelung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt vereinbart: Ärzte rechnen hier die neue GOP 01439 ab; sie wird ebenfalls zum 1. April in den EBM aufgenommen. Die GOP 01439 ist mit 88 Punkten (9,27 Euro) bewertet und kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis persönlich vorstellig geworden ist und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung. Diese Vorgabe ist notwendig, weil Ärzte sonst gegen das Fernbehandlungsverbot verstoßen könnten.

Die Planung zur Umsetzung des Notfalldatenmanagements auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum 01.01.2018 wird derzeit als nicht realistisch eingeschätzt, denn das setzt voraus, dass die Qualifizierte elektronische Signatur (QES) auf dem Heilberufsausweis (HBA) in den Testregionen erprobt wird, was aber derzeit an nicht Verfügbarkeit von technischen Komponenten der Industrie nicht umgesetzt werden kann. Herr Krön erwähnt auf Rückfrage, dass im Kammerbezirk der Ärztekammer Nordrhein ca. 2.400 – 2.600 G0-Karten des Heilberufsausweises ausgegeben worden sind. Mit diesen Karten kann man allerdings nicht die Funktionalitäten der Telematikinfrastruktur (TI) nutzen.

Immer noch sterben in Deutschland zu viele Menschen an gefährlichen Arzneimittelwechselwirkungen. Deshalb erhalten Menschen, die 3 oder mehr Arzneimittel anwenden, ab Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan. Die Selbstverwaltungspartner in der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Regelung dahingehend konkretisiert, dass dabei nur solche Arzneimittel relevant sind, deren Einnahme über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen erfolgt. Mit dem Medikationsplan, der dem Patienten ausgehändigt wird, sieht der behandelnde Arzt, welche Medikamente der Patient aktuell einnimmt. So können gefährliche Wechselwirkungen reduziert werden. Erstellt wird der Medikationsplan vom Arzt, der den Versicherten über seinen Anspruch aufklären muss. Apotheker sind von Anfang an einbezogen und bei Änderungen der Medikation auf Wunsch des Versicherten zur Aktualisierung verpflichtet. Ab dem 01.01.2018 soll der Medikationsplan auch elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein.

Hausärzte erhalten eine Einzelleistungsvergütung (GOP 01630) für Patienten, die nicht chronisch krank sind (keine Abrechnung der Chronikerpauschale), aber entsprechend der Regelung im neuen Paragraf 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) mindestens drei verordnete systemisch wirkende Medikamente dauerhaft – über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen – anwenden.

Die GOP 01630 wird einmal im Jahr als Zuschlag zur Versichertenpauschale 03000 / 04000 gezahlt, wenn der Arzt einen Medikationsplan erstellt hat. Etwaige Aktualisierungen sind damit abgegolten.

- Der Zuschlag (GOP 01630) beträgt 39 Punkte (ca. 4 Euro).
- Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.
- Der Zuschlag kann je Patient einmal im Krankheitsfall (= einmal in vier Quartalen) von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendmediziner erhalten einen Zuschlag zur Chronikerpauschale. Mit dem Zuschlag wird die gegebenenfalls erforderliche Erstellung eines Medikationsplans und dessen Aktualisierung bei Patienten vergütet, die aufgrund einer lebensverändernden chronischen Erkrankung hausärztlich beziehungsweise pädiatrisch behandelt werden.

- Der Zuschlag wird leistungsunabhängig einmal im Behandlungsfall (= ein Quartal) gezahlt, d.h. Ärzte erhalten den Zuschlag, unabhängig davon, ob sie für den Patienten einen Plan erstellt oder aktualisiert haben.
- Der Zuschlag (GOP 03222/04222) ist mit 10 Punkten (ca.1 Euro) bewertet.
- Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.
- Der Zuschlag der Hausärzte (GOP 03222) ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Behandlungsfall der hausärztlich geriatrische Betreuungskomplex (GOP 03362) abgerechnet wird. Dieser vergütet bereits die Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans.
- Der Zuschlag (GOP 03222/04222) ist nicht berechnungsfähig, wenn im Krankheitsfall schon die Einzelleistung (GOP 01630) berechnet wurde.
- Der Zuschlag wird von der Kassenärztlichen Vereinigung unter Beachtung der Abrechnungsausschlüsse automatisch zugesetzt.

Derzeit ist die Nutzung des papierbasierten Medikationsplan auf einem geringen Niveau.

Mit dem E-Health-Gesetz wird der Einstieg in die elektronische Patientenakte gefördert. Die gematik muss bis Ende 2018 die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Daten der Patienten (z.B. Arztbriefe, Notfalldaten, Daten über die Medikation) in einer elektronischen Patientenakte bzw. in einem Patientenfach für die Patienten bereitgestellt werden können. Patienten sind dann in der Lage, ihre Behandler über ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Um sinnvolle Anwendungen, wie z. B. die Telemedizin in die Fläche zu bringen, muss sichergestellt sein, dass die verschiedenen IT-Systeme auch miteinander kommunizieren können. Die gematik wird daher verpflichtet, bis zum 30. Juni 2017 ein Interoperabilitätsverzeichnis zu erstellen, das die von den verschiedenen IT-Systemen im Gesundheitswesen verwendeten Standards transparent macht. Neue Anwendungen sollen nur noch dann aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, wenn die im Gesetz

vorgesehenen Festlegungen und Empfehlungen der gematik aus dem Interoperabilitätsverzeichnis berücksichtigt werden. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung wurde durch die gematik erstellt und befindet sich derzeit in der Prüfung beim Bundesministerium für Gesundheit. Parallel zum Aufbau des Interoperabilitätsverzeichnisses hat die gematik das bislang vom Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS betriebene Deutsche Telemedizinportal übernommen. Diese Umstellung erfolgt in Vorbereitung auf den gesetzlichen Auftrag (§291e SGB V) an die gematik, ein Informationsportal zu erstellen, das u.a. die Inhalte des Telemedizinportals enthält.

TOP 4 Elektronische Patientenakten (ePA) aus Sicht der Krankenkasse

Herr Vogelsang gibt in seinem Impulsvortrag zur elektronischen Patientenakte aus Sicht der Krankenkasse eine Übersicht über die Herausforderungen bei einer Etablierung einer Patientenakte im Allgemeinen.

In Nordrhein-Westfalen hat das Thema Akten eine große Tradition. Seit ca. 15 Jahren befasst man sich mit dem Thema. Um ein Verständnis für den großen Bereich der Akten zu entwickeln, ist es elementar, wenn man sich eine begriffliche Klarheit verschafft. Es gibt sehr viele Aktenarten am Markt und im Moment werden die Begrifflichkeiten vermengt. **F**: steht für Fallakten, **P**: für Patientenakten und **G**: für Gesundheitsakten. Unabhängig von dem Akten-system stellen sich folgende Fragen:

- Inhalte, Vollständigkeit, Aktualität
- Zugriffsberechtigungen
- Freiwilligkeit der Nutzung
- Sicherheit, Datenschutz und –erhalt
- Interoperabilität
- Kosten / Nutzen Verhältnis

Wege und Ziele können unterschiedlich sein. In der Diskussion steht man derzeit noch am Anfang.

Herr Vogelsang gibt einen Überblick der Akten, welche im SGB V genannt sind. Alle aufgeführten Anwendungen sind für den gesetzlich versicherten Patienten / Versicherten freiwillig.

- Elektronische Patientenakte (ePA)
 - Akte nach § 291a, Absatz 3, Satz 1, Nr. 4
- Elektronisches Patientenfach (ePF)
 - Akte nach § 291a, Absatz 3, Satz 1, Nr. 5
- Elektronische Gesundheitsakte (eGA)
 - Akte nach § 68

Schwerpunkt Betrachtung wird die elektronische Patientenakte sein. Im E-Health Gesetz wird über die elektronische Patientenakte in der BT-Drucksache 18/6905 gesagt:

„Die elektronische Patientenakte (...) soll den Versicherten darin unterstützen, Leistungserbringern Informationen über Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, durchgeführte Impfungen und weitere medizinische Daten verfügbar zu machen.“

Gemäß § 291 a Abs. 5c SGB V „wird die Gesellschaft für Telematik damit beauftragt, bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die systematische Speicherung und Bereitstellung von Daten in der elektronischen Patientenakte ermöglicht wird (...).“

Die Inhalte der Patientenakte (ePA) gemäß § 291a, Abs. 3, Satz 1, Nr. 4 SGB V sind:

- Befunde
- Diagnosen
- Therapiemaßnahmen
- Behandlungsberichte
- Impfungen
- Notfalldaten (NFD)
- elektronischer Medikationsplan (eMP)
- Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
- Arztbriefe
- weitere Ausbaustufen: „alle Daten zu medizinischen Anwendungen der TI“

Hier hat der Gesetzgeber einen umfassenden, mehrstufigen Ansatz gewählt. Weitere Merkmale der Patientenakte sind:

- freiwillige Anwendung, Versicherte müssen Einverständnis erklären
- der Zugriff auf die ePA mittels eGK darf nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis erfolgen (Zwei-Schlüssel-Prinzip) und wird protokolliert
- fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation
- zugriffsberechtigte Personen: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, dort oder im Krankenhaus angestellte Gehilfen sowie Psychotherapeuten
- Versicherte haben das Recht ihr Einverständnis zu widerrufen und können ihre Daten auch wieder löschen lassen
- Keine gesetzliche Vorgabe zum Speicherort

Der Gesetzgeber sieht Informationspflichten für Zugangsberechtigte vor. Zu denen gehören Ärzte.

- „Auf Wunsch des Versicherten haben Zugriffsberechtigte (...) Daten (...) zur Verfügung zu stellen;
- die Zugriffsberechtigten haben die Versicherten über diese Möglichkeit zu informieren.“

Dieser Punkt wird zukünftig in der Praxis zu Diskussionen führen.

Herr Vogelsang erläutert den Unterschied zwischen der Patientenakte und dem Patientenfach. Bei dem Patientenfach kann der Versicherte / Patient autonom zugreifen. Er benötigt dazu keine Unterstützung durch einen Leistungserbringer. Somit findet das Zwei-Schlüssel-Prinzip, wie in der Patientenakte, keine Anwendung. Der Versicherte / Patient hat das Recht Daten innerhalb des Patientenfaches eigenmächtig zu löschen. Der Versicherte / Patient kann eigenständig mit dem Patientenfach umgehen. Dort kann er z. B. auch seine Trackingdaten (Schritte, Tagebuch Blutzuckermessung, Puls, etc.) ablegen. Die medizinischen Aspekte werden hingegen in einer Patientenakte zu finden sein, dennoch ist es sinnvoll die fachlichen Strukturen in beiden Anwendungen gleich zu halten.

Derzeit gibt es Krankenkassen am Markt, die ihren Versicherten die Möglichkeiten bieten elektronische Gesundheitsakten zu nutzen. Im § 68 SGB V heißt es, dass zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Krankenkassen ihren Versicherten von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung gewähren. Hier können die Krankenkassen das Nähere durch die Satzung der jeweiligen Krankenkasse regeln. Eine Forderung der Techniker ist es, dass solche elektronischen Gesundheitsakten, mit Informationen aus der jeweiligen Behandlung und weiteren Inhalten des Versicherten, von allen gesetzlichen Krankenkassen den Versicherten angeboten werden sollen.

Die Techniker hat eine Gesundheitsakte ausgeschrieben. Den Zuschlag hat IBM Deutschland erhalten. Entscheidend für den Zuschlag war, dass die Daten in Deutschland gehostet werden müssen und es keine Speicherung der Akte bei der Krankenkasse gibt.

In der Diskussion erwähnt Frau Dr. Groß, dass sich der Ärztliche Beirat schon seit der Gründung mit dem Thema Akten befasst hat. Grundforderung war die freiwillige Nutzung der Akten von Ärztinnen und Ärzten. Eine verständliche Erklärung über die einzelnen Aktenarten und deren Funktionalitäten und Vorgaben, welche Akte für die Behandlung relevant ist, wäre hilfreich, damit die Ärztinnen und Ärzte nicht dazu gezwungen werden in diverse Akten bei der Behandlung nachzuschlagen, um nicht einer Informationswelle gegenüber zu stehen. Außerdem ist ein Schreibrecht des Patienten innerhalb der Patientenakte aus ärztlicher Sicht nicht sinnvoll. Die Gesundheitsakte ist für den Versicherten / Patienten zur alleinigen Nutzung gedacht, deshalb wird innerhalb dieser Aktenart ein nur geringer Nutzen an Informationen für Ärzte gesehen. Eine Vorgabe vom Gesetzgeber welche Informationen und Behandlungsergebnisse in welche Akte gelegt werden, wäre hilfreich.

Herr Vogelsang weist daraufhin, dass das Patientenfach eine „Spiegelbild“ der Patientenakte ist. Hiermit wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben jederzeit – auch von zu Hause und ohne Beisein eines Arztes - auf seinen eigenen Datenbestand zu schauen. Allerdings muss der Patient / Versicherte den jeweiligen Behandler auch auffordern, die Daten, auf die der Patient einen Anspruch hat (§630g BGB), in die Patientenakte, bzw. in das Patientenfach zu stellen, denn die Patientendaten werden nicht automatisch dort abgelegt. Der Gesetzgeber möchte damit den Patienten in der informationellen Selbstbestimmung stärken.

Kritisch sehen die Mitglieder des Ärztlichen Beirates das Patienten ggf. durch Dritte gedrängt werden können, diesen eine Einsicht auf die Dokumente des Patientenfiles zu geben. Das kann unter Umständen zu Nachteilen des Patienten führen.

Ein weiterer Punkt in der Diskussion sind die vom Patienten selbst erhobenen Daten. Die Qualität solcher Informationen wird als fraglich angesehen, auch wenn die technische Entwicklung weitervorschreitet. Inwieweit gehören solche Informationen in eine Patientenakte und haben eine Relevanz bei der Behandlung des Patienten? Eine Auseinandersetzung mit den Themen der Digitalisierung und Big Data im Gesundheitswesen ist unerlässlich.

TOP 5 Verschiedenes

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Ärztekammer Nordrhein haben ein Positionspapier zur Digitalisierung des Gesundheitswesens verabschiedet. Darin werden gemeinsam Anforderungen an die Entwicklung und Nutzung digitaler Anwendungen aus ärztlicher Sicht formuliert, aber auch Nutzen und Chancen der Digitalisierung verdeutlicht. Hauptanlie-

gen der Ärztekammern sind dabei das E-Health-Gesetz, der Ausbau der Telematikinfrastruktur, die Perspektive der Telemedizin und die Digitalisierung im zweiten Gesundheitsmarkt. Ein Antrag auf freiwillige Nutzung digitaler Anwendungen wurde von der Ärztekammer Nordrhein akzeptiert und von der Ärztekammer Westfalen-Lippe nicht.

Die Ärztekammer Nordrhein befasst sich derzeit mit einem Antrag zur Prüfung der Ergebnisse aus der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM). Frau Dr. Groß und Herr Dr. Dr. Bickmann erarbeiten dazu einen Vorschlag zur Beantwortung des Antrages und berichten darüber in der kommenden Sitzung des Ärztlichen Beirates, da bis dato noch keine Ergebnisse aus der Wissenschaftlichen Evaluation (WEV) vorliegen.

Die nächsten Termine:

- Die Vorbereitungen zum übernächsten Ärztlichen Beirat ist am Mittwoch den **17. Mai 2017**, um 20:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf.
- Die nächste Sitzung des Ärztlichen Beirates findet am Mittwoch den **28. Juni 2017**, um 15:00 Uhr in der Ärztekammer Nordrhein in Düsseldorf statt.