

Sämtliche Folien zu den Statements sind auf unserer Website unter dem Menüpunkt: Veranstaltungen / Ergebnisse und Folien aus den Workshops einzusehen.

Workshop 2.1

Elektronischer Arztbrief und Elektronische Patientenakte

Moderation: Dieter M. Kampe, Berater

Statements: Erwin Bartels, Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt

Dr. Kai U. Heitmann, Universität Köln

Gilbert Mohr, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. Volker Paul, Fraunhofer Institut für Biomedizinische Technik

Arthur Steinel, Verband Deutscher Arztpraxis-Softwarehersteller e.V. (Beitrag nicht verfügbar)

Bericht: Nino Mangiapane, Techniker Krankenkasse

Zusammenfassender Bericht:

Die in der Tagungsdokumentation abgedruckten Inhalte der Abstracts, in denen die Aktivitäten des VdAP, der KVNO, des Sciphox-Projektes, des

IBMT und des DLR wiedergegeben sind, wurden von den Verfassern in Kurzstatements vorgestellt und bildeten die Grundlage der sich anschließenden Plenumsdiskussion.

Das Verständnisspektrum der elektronischen Patientenakte im Plenum reichte von einer ausschließlich patientenmoderierten, freiwillig zu pflegenden bis hin zu einer ausschließlich von health professionals zu pflegenden Dokumentation, für die Patientenzugriffsrechte definiert werden müssen.

Eine allgemeine, allumfassende elektronische Patientenakte „von der Wiege bis zur Bahre“ wirft viele Probleme, insbesondere datenschutzrechtliche Fragestellungen auf. Eine behandlungsfallbezogene, indikationsbezogene Dokumentation kann hierfür eine Kompromissformel bilden.

Mit der Realisierung einer elektronischen Patientenakte ist mehr als eine Umsetzung der papiergebundenen Kommunikation gefordert. Sie muss Prozessinformationen transparent machen. Qualitätssicherung und eine verbesserte Evidenz medizinischer Prozesse ist ohne eine gemeinsame Wissensbasis – dies kann nur eine einrichtungsübergreifende Behandlungsdokumentation sein – nicht vorstellbar. Eine elektronische Patientenakte ist damit mehr als „nur“ eine reine Kommunikationslösung.

Unstrittig ist, dass ohne eine *Standardisierung* die notwendige Funktionsfähigkeit und Interoperabilität der Systeme nicht realisierbar ist. Der Zeitaufwand für die Verständigung auf Standards wird von einigen Plenumsteilnehmern als unbefriedigend empfunden. Das Krefelder Memorandum, in

dem Vertreter der IT-Industrie, der Selbstverwaltungen ihre Bereitschaft erklären, gemeinsam getragene Standards zu erarbeiten, schafft hierfür die erforderliche Grundlage.

Das Bemühen um verbindliche Kommunikationsstandards ist indes nur ein Element, um zur Etablierung einer Telematikplattform kommen zu können. Zumindest ebenso wichtig sind qualitative und wirtschaftliche Anreize für ihre möglichen Nutzer.

In der Plenumsdiskussion wird sich dafür ausgesprochen, durch *Kosten-Nutzen-Analysen* verstärkt den Nachweis zu führen, dass eine einrichtungsübergreifende Kommunikation nachweislich effizienter ist. Problematisch hierbei kann sein, dass vollständige Kosten-Nutzen-Analysen zum Einsatz telematischer Verfahren nur möglich werden, wenn die Ergebnisparameter von vornherein bekannt sind, dies ist aber häufig nicht der Fall. Wenn politisch für eine Etablierung einer Telematikplattform plädiert wird, sollten diese Positionen nicht ohne weitere Reflektion übernommen werden.

Die Plenumsdiskussion betont die Rolle der *Patientenautonomie*. Risikoszenarien wie Missbrauchspotenziale Dritter (z. B. Arbeitgeberabfrage von Gesundheitsdaten beim Einstellungsgespräch u. a.) sind nicht zu vernachlässigen, dürfen aber nicht dazu führen, dass die Transparenzvorteile, die eine elektronische Patientenakte bietet, nicht erschlossen werden können.

Der Umgang mit elektronischen Dokumenten wirft weitere, konkrete *Umsetzungsfragen* (wie die Kennzeichnung ihrer Urheber-,

Weitergaberechte und mehr) auf, die sich in der bisherigen papiergebundenen Kommunikation und Dokumentation nicht stellen.

Das in der Diskussion problematisierte *zurückhaltende Nutzerverhalten*, elektronisch zu dokumentieren und zu kommunizieren, hängt nach Auffassung des Plenums damit zusammen, dass zur Zeit dem Investor in die Technologien die individuellen wirtschaftlichen Vorteile immer noch nicht vermittelt werden können. Ebenso reichen die durch den Technologieeinsatz wahrgenommenen qualitativen Versorgungseffekte noch nicht aus, Investoren in den Arztpraxen zu motivieren.

Nino Mangiapane, Techniker Krankenkasse

WORKSHOP-DOKUMENTATION

Dr. Volker Paul:

Lassen Sie uns zunächst einen Blick werfen auf Anforderungen an Arztbriefe oder – etwas allgemeiner – an Informationssysteme, die die Weitergabe von Daten unterstützen? Damit möchte ich beginnen und dann überleiten zum Thema „Elektronische Patientenakte“, weil ich denke, dass diese Veranstaltung hier gleichzeitig so etwas wie ein Auftakt sein wird für die Arbeit einer künftigen Gruppe im ATG, die sich speziell mit dem Thema der elektronischen Patientenakte beschäftigen wird.

Aus der Arbeitsgruppe elektronischer Arztbrief, die in den letzten Jahren im ATG gearbeitet hat, ist eine aus meiner Sicht sehr interessante Definition hervorgegangen, die relativ weit trägt, wenn wir uns das gesamte Feld der Kommunikation in der Medizin anschauen. Man hat dort nämlich drei Kategorien der Informationsübermittlung definiert.

Und zwar hat man einmal gesprochen von der adressierten Übermittlung von Informationen. Adressiert heißt, dass jemand – ein Absender – etwas – das kann ein Arztbrief sein, das kann aber auch etwas anderes sein – an jemanden ganz bestimmtes, an einen Empfänger schickt, der ihm vorher bekannt ist.

Das zweite ist „gerichtete Übertragung“ genannt worden. Gerichtete Übertragung unterscheidet sich in einer kleinen, aber wichtigen Feinheit,

nämlich in der Tatsache, dass hier der Empfänger unter Umständen nicht bekannt ist zu dem Zeitpunkt, zu dem die Daten verschickt werden. Das klingt zwar etwas an den Haaren herbeigezogen, Sie verstehen aber sehr schnell was ich meine, wenn ich als Beispiel das elektronische Rezept nenne. Wenn ein elektronisches Rezept ausgestellt wird, steht in der Regel noch nicht fest, in welcher Apotheke dieses Rezept eingelöst werden soll. Hier haben wir es mit dem eigentlich typischen Fall zu tun: Es gibt einen Absender, es gibt einen Empfänger, es gibt eine Richtung der Informationsübermittlung, aber die beiden beteiligten Kommunikationspartner sind am Anfang noch nicht bekannt.

Und die dritte Form, die allgemeinste Form, ist das, was man als ungerichtete Kommunikation bezeichnet und dort ist es so, dass es mehrere Absender geben kann, die unter Umständen gemeinsam ein Dokument oder eine Dokumentensammlung erzeugen, auf die dann auch wieder mehrere Partner Zugriff haben können. Dies ist der typische Fall dessen, was dann eigentlich nahtlos überleitet zu dem Thema „elektronische Patientenakte“.

Nun wird heute über das Thema elektronische Patientenakte sehr viel gesprochen und man muss immer wieder feststellen: fast jeder, der den Begriff elektronische Patientenakte in den Mund nimmt, meint damit etwas anderes. Deshalb habe ich einmal versucht, zu diesem Thema elektronische Patientenakte einen Ansatz für eine Systematik zu machen.

Ich denke, man kann auf der einen Seite von einer *Gesundheitsakte* sprechen. Eine Gesundheitsakte in dem Sinne, dass z. B. auch der Patient die Möglichkeit hat, eine Art medizinisches Tagebuch zu führen, in dem er

gesundheitsrelevante Informationen eintragen kann. Und diese Gesundheitsakte könnte dann auch zu Hilfe genommen werden im Falle einer medizinischen Behandlung.

Das, was man im engeren Rahmen einer Patientenakte sieht und was eigentlich am häufigsten darunter verstanden wird, ist die Zusammenführung aller gesundheitsrelevanten Informationen zu einem Patienten von allen Behandlern, mit denen er irgendwann einmal zu tun hatte einschließlich Arzneimitteldokumentation usw.

Ich glaube ganz einfach – und da weiß ich mich einer Meinung mit vielen Leuten, die in Richtung Datenschutz denken – dass diese Patientenakte eine Vision ist, der wir uns – wenn überhaupt – nur sehr, sehr langsam nähern werden. Und zwar weil eine solche Akte eine ganze Reihe von Implikationen hat, die die Vision des gläsernen Patienten heraufbeschwören. Und wenn man sich diese Vision genauer betrachtet, ist es nicht nur der Patient, der dabei gläsern wird, sondern der Arzt genau so. Und ich denke, dass das der Grund sein wird, einer der wichtigsten Gründe, weshalb wir diese allgemeine Patientenakte „von der Wiege bis zur Bahre“ nicht so schnell bekommen werden. Ganz egal, ob dabei die Daten zentral liegen oder ob es sich nur um eine Sammlung von Links auf verteilt liegende Daten handelt.

Was meiner Ansicht nach ein Mittelweg sein kann, ist eine gemeinsame Dokumentation, die aber nicht am Patienten, sondern die am konkreten Behandlungsfall festgemacht ist. Eine Sammlung von Informationen zu beispielsweise einem Mammakarzinom-Fall. Dies ist der Versuch, einen

Kompromiss zu finden zwischen dem, was als Maximum wünschenswert wäre (aus der Sicht vieler Mediziner) und dem, was a) technisch machbar und b) datenschutzrechtlich vertretbar ist.

Der Datenschutz sagt ja ganz klar und eindeutig, dass Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Speicherung personenbezogener medizinischer Daten nur im Zusammenhang mit einem ganz konkreten Behandlungsfall erfolgen darf. Da ist der Datenschutz relativ unerbittlich. Mit einer solchen Beschränkung, dass wir Daten tatsächlich zu einem konkreten Krankheitsfall (Behandlungsfall) erheben und zusammenführen, den Mitbehandlern zur Verfügung stellen, glaube ich, lässt sich ein geschickter Kompromiss finden.

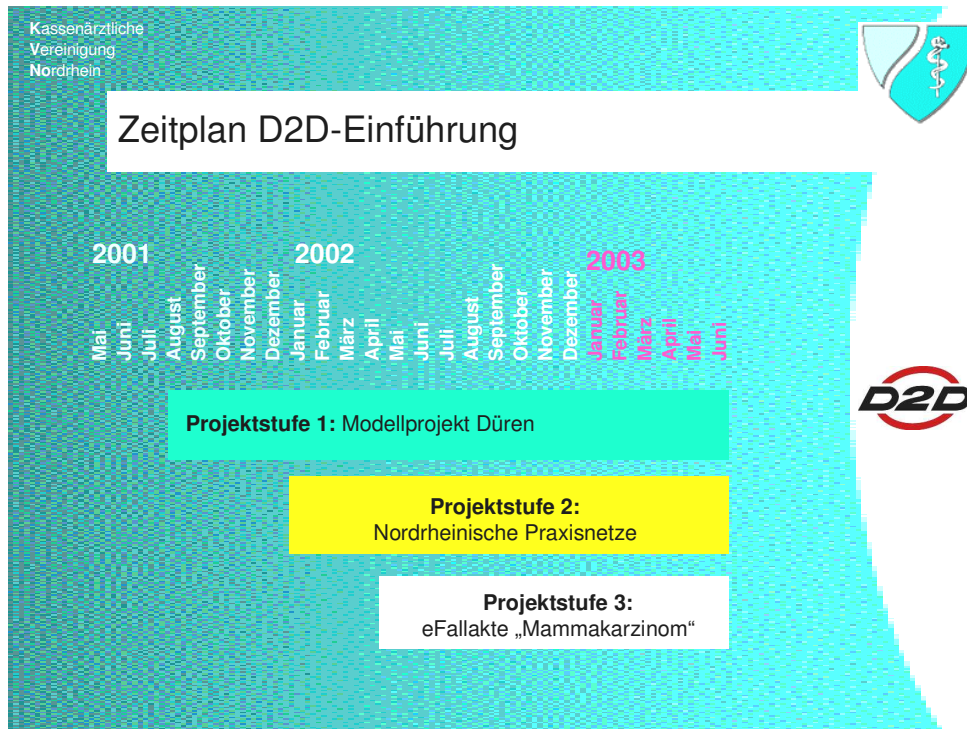
Wie so etwas praktisch aussehen kann, das können wir Ihnen demonstrieren. Die Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zeigt am Beispiel der Mammakarzinom-Akte ein solches System. Sie können sich überzeugen, dass das nicht nur Theorie ist, sondern dass man so etwas auch wirklich machen kann.

Gilbert Mohr:

Ich möchte anknüpfen an dem, was Herr Dr. Paul zuletzt gesagt hat. Schauen Sie sich unsere Beispielanwendungen an. Wir haben versucht das umzusetzen, was wir gestern im Plenum mehrfach gehört haben nach dem

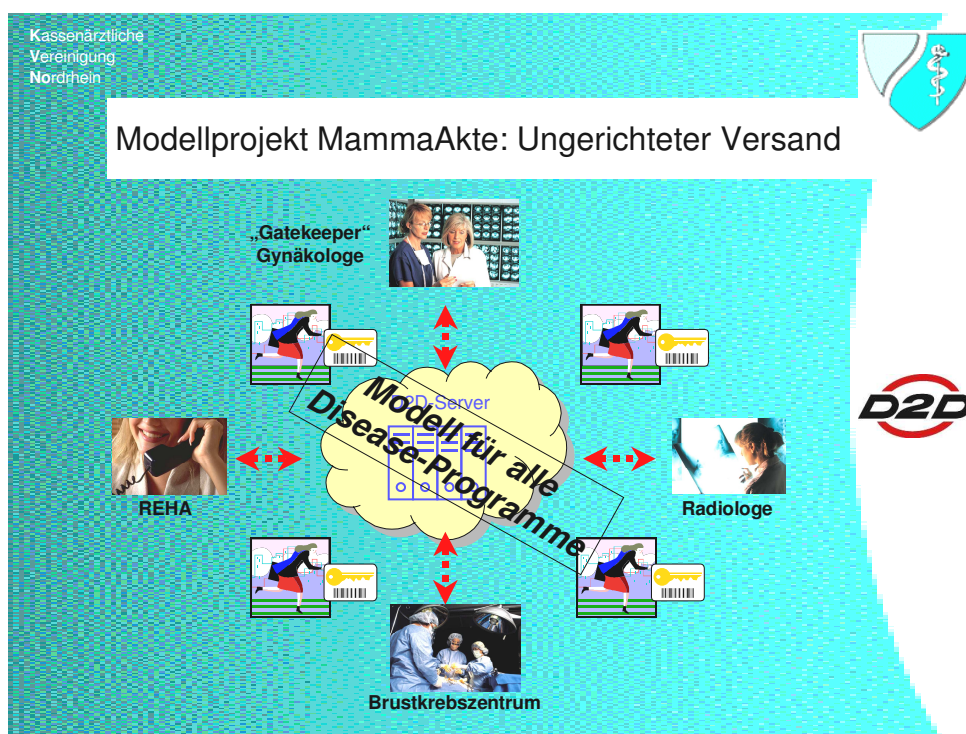
Motto: Es ist genug geredet, lasst uns mal was tun! Vor etwa anderthalb Jahren war das die Ausgangslage, die wir in der KV Nordrhein hatten. Wir wollen Telematikanwendungen für unsere knapp 17.000 Mitglieder, Vertragsärzte und Vertragspsychologen, die funktionieren. Es gibt Basisarbeit, die verfügbar ist, nicht zuletzt über ATG und ZTG. Aber auch international sind diese Basisarbeiten geleistet und jetzt wollen wir, dass wir das implementieren und dass wir das ans Laufen bekommen, all diese schönen Anwendungen, von denen wir sprechen, elektronischer Arztbrief, Überweisung, Krankenhauseinweisung bis hin zur elektronischen Patientenakte.

Das ist meine These: man kann sehr wohl auf internationalen Standards aufsetzen, allerdings muss man die hier in unserem deutschen Gesundheitswesen adaptieren. Man muß sie anpassen an unsere ganz besonderen Gegebenheiten und das haben wir versucht in unserem D to D-Projekt.



Ich denke, wenn man das Feld analysiert, dann hat man drei Ebenen, auf denen man konkret werden muss, wenn man eine funktionierende Anwendung schaffen möchte. Da gibt es erst einmal die Inhalts- und Datendefinitionsebene. Also, wie sieht ein Arztbrief aus? Wie sieht eine elektronische Überweisung aus? Wie sieht eine Akte aus? Bei unserer Mamma-Akte ist die Vorarbeit extrem. Da müssen sich Mediziner über viele Wochen, ja Monate einigen, was eigentlich in die Akte hinein soll. Ansonsten produzieren sie zwar eine wunderschöne elektronische Fallakte, aber das ist elektronischer Müll – ich übertreibe jetzt ein bisschen –, weil da jeder irgendwas reinstellt, was er meint, was wichtig ist, und nach einem Vierteljahr traut sich keiner mehr reinzuschauen, weil er ohnehin nicht das

findet, was er sucht. Sie brauchen eine inhaltlich-medizinische Vorarbeit – ohne die funktioniert so eine elektronische Patientenakte nicht, und sie brauchen dann auch Inhaltsstandards, die es möglich machen, dass alle Beteiligten das auch weitgehend einhalten und sich beim Datenaustausch auch verstehen.



Wir haben von Anfang an gesagt, wir greifen beim Datenaustauschformat nicht mehr auf XDT zurück – im Gegensatz zu VCS, der mit XDT noch eingestiegen ist. Wir machen gleich XML von Anfang an, haben all diese Anwendungen in XML neu definiert und sind jetzt auf dem Weg, das noch ein wenig zu überarbeiten, nämlich in die Richtung, die Dr. Heitmann uns

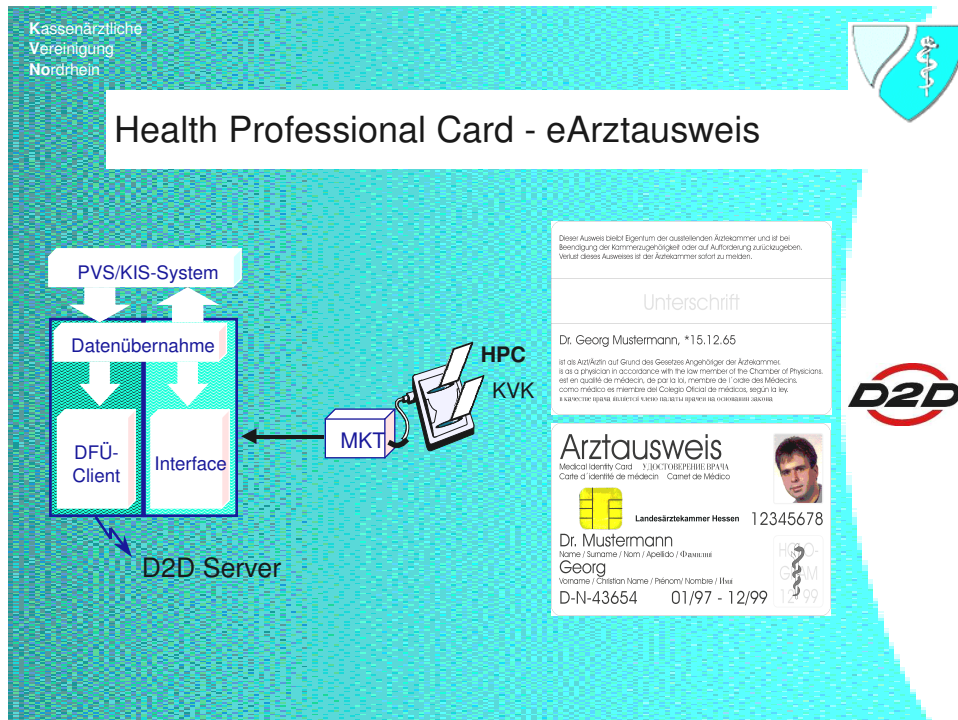
näher vorstellen wird. Wir sehen, dass SCIPHOX hier eine Plattform bietet, auf XML aufgesetzt, aber noch darüber hinaus, die es uns leichter macht, sowohl international als auch über die nationalen Sektorengrenzen hinweg, eine Interoperabilität zu schaffen. Was SCIPHOX ist und was das bedeutet, wird Ihnen Herr Heitmann näher vorstellen.

Im Kern haben wir bei der Kombination XML-SCIPHOX die Möglichkeit, auch das, was im niedergelassenen Bereich an Erfahrungswerten da ist, abzubilden. Sie finden beispielsweise nirgendwo einen internationalen Standard, der Ihnen sagt, wie die Datenfelder für einen Kostenträger hier in Deutschland aufgebaut sind, oder die Versichertenkartenfelder. Fragen Sie mal einen Amerikaner, was eine Kostenträgeruntergruppe ist. Die Leute, die ADT gemacht haben, auf der Praxiscomputerseite, die wissen das. Dieses Know-how müssen wir in den künftigen Inhaltsstandards unter SCIPHOX und XML abbilden können, d.h. wir brauchen auf internationaler Ebene Domänen, die unser Gesundheitswesen widerspiegeln.

Das gilt auch für die zweite Schicht, auf der Standards benötigt werden, nämlich für den Transport und für die Kommunikation. Wir arbeiten ja mit dem Padok-System als Kommunikationslösung in D to D. Letztendlich macht PaDok Messaging, letztendlich ist das E-Mail-Kommunikation, was hier passiert. Das sind ganz gängige Standards, aber die reichen eben auch nicht aus für unser Gesundheitssystem in Deutschland. Herr Dr. Paul hat das vorhin vorgestellt. Wir haben beispielsweise das Wahlrecht des Patienten – das gibt es nicht in jedem Land, dass der Patient seinen Arzt selbst bestimmen kann – und das bringt ein technisches Problem mit sich. Sie

können, wenn Sie verschlüsseln, nicht wissen, mit welchem öffentlichen Schlüssel sie diese Mail verschlüsseln, wenn sie noch nicht wissen, an wen die E-Mail verschickt werden soll. Wir haben uns für Padok entschieden, weil das eben dieses Problem lösen kann. Damit können Sie die Standards im Messaging, die weltweit gelten, benutzen, aber eine erweiterte Technologie kommt hinzu, eine Adaption, die einfach notwendig ist, um die besonderen Bedingungen hier bei uns im Land abzubilden.

Last but not least muss man auch noch eine Besonderheit bei der Sicherheitstechnologie erwähnen, beim Zugang, bei der Authentifizierung. Man braucht eine Kryptocard, da sind wir uns einig. Kryptokarten – dazu gibt es auch internationale Standards. Aber wir sind der Meinung, dass die Entwicklung, die wir hier bei uns in Deutschland haben, die im wesentlichen von den Ärztekammern vorangetrieben wird, nämlich die HPC, eine ganz besondere und sehr sinnvolle und gute Adaption ist, die wir einsetzen wollen. Die HPC ist Kryptocard plus elektronischer Arztausweis. Das ist auch die Karte – um das im übertragenen oder im doppelten Sinne zu sagen -, auf die wir setzen in der Zukunft.



Dr. Kai U. Heitmann:

„Wege, Rom und der elektronische Arztbrief – wie viele parallele Standards können wir uns leisten“ habe ich mein Statement betitelt. Es klingt wie eine rhetorische Frage und Sie können mir glauben – ich hoffe nichts mehr, als dass es eine wäre. Aber es ist leider keine. Wir haben, wenn wir uns die Versorgung des ambulanten und des stationären Sektors sowie deren elektronische Verzahnung anschauen, Bereiche vor uns, die sich lange Zeit parallel entwickelt haben. Es geht dabei nicht nur um die Techniken, es geht auch um die Inhalte, um die Vokabularien, die benutzt werden. Man merkt übrigens auch aus Anlass eines solchen Kongresses, dass es immer wieder

Bruchstellen, Brüche, Streit gibt, nicht zuletzt z. B. auf der politischen Ebene. Ich möchte mich aber hier natürlich konzentrieren auf die technische Umsetzung, die Machbarkeit und vor allen Dingen was Standards im eigentlichen Sinne bedeuten – auch wenn ich dieses Wort heute in unterschiedlicher Ausprägung schon ein paar Mal gehört habe.

Wir haben verschiedene Anforderungsprofile in den genannten Bereichen, unterschiedliche Sichtweisen, Schwerpunkte, Vokabularien. Es wurden mit der Zeit pragmatische, eigenständige, nicht miteinander harmonisierende Lösungen im stationären und im ambulanten Bereich gefunden, um Informationen auszutauschen, die Nachrichtenübermittlung und die Übernahme der Informationen in Datenbanken zu bewerkstelligen. Wir haben es – vielleicht sei das Wortspiel erlaubt – mit dem Unterschied zwischen Wirklichkeit und Realität zu tun, wenn wir z. B. so etwas wie die elektronische Patientenakte betrachten. In Wirklichkeit gibt es bereits schon seit längerer Zeit nationale und vor allen Dingen auch internationale Projekte bis hin zu Standards, offiziell verabschiedeten oder Vorstandards zum diesem Thema, die aber keine nennenswerte Real-Implementierung gefunden haben. Es gibt mehrere proprietäre Lösungsansätze von Herstellern in allen möglichen Ländern, aber tatsächliche Standardvorgaben sind selten umgesetzt worden. Statt dessen haben wir eine ganze Reihe von nationalen Projekten. Man könnte auf der Suche nach dem Thema „Arztbrief“ zum Beispiel in Deutschland überall hinfahren, man findet vielerorts kleinere oder größere Projekte, Gruppen, die sich mit diesen Themen beschäftigen und Lösungen erarbeiten. Die wenigsten nehmen

Rücksicht auf das, was man beispielsweise einen globalen Standard nennen würde oder wissen von den anderen Projekten und deren Bemühungen.

Herr Mohr hat sehr schön die beiden Bereiche auseinander gehalten, die wir eigentlich standardisieren müssen. Das eine ist der Inhalt und die Bedeutung der Inhalte. Das betrifft auch die Vokabularien, die Terminologie, gerade in der Medizin besonders wichtig. Hinzuzuzählen sind auch die Beziehungen und Funktionen der Inhalte und Methoden, diese Inhalte abzubilden. Letzteres wird heutzutage überwiegend bei den offiziellen Standardmachern mit offiziell verabschiedeten Werkzeugen bewerkstelligt. Hierzu ist auch XML zu zählen, aber das ist eben nur ein Werkzeug, ein kleiner Teil der Methodik. Der wesentliche Faktor steckt in der Festlegung der Bedeutung der Inhalte.

Der zweite Bereich ist die Kommunikation und damit assoziiert die Sicherheit der Übermittlung von Nachrichten aber auch das Speichern und Ablegen dieser Information z. B. im Sinne von Dokumenten.

Wir haben es bei der Standardisierung mit einem Spannungsfeld zu tun zwischen lokaler Spezialisierung, die wir in allen Ländern eigentlich brauchen und dem, was man von einem globalen Standard erwarten kann, nämlich die globale Generalisierung. Diesem Spannungsverhältnis müssen wir uns stellen und versuchen, auf der Basis globaler Standards herauszufinden, was unsere Bedürfnisse davon noch unterscheidet. Und diese müssen wir umgekehrt in den Fortentwicklungsprozess globaler Standards wieder einbringen.

Was muss standardisiert werden?



- **Inhalte und deren Semantik**
 - Terminologie / Repository / Beziehungen + Funktionen
- **Kommunikation**
 - Nachrichtenübermittlung
- **Sicherheit**
 - unter Berücksichtigung nationaler Legislativen

Modelle!

Zentrales Problem: Spannungsfeld zwischen

Lokaler

Spezialisierung



Globaler

Generalisierung

4

Das ist eine der wesentlichen Ideen des sog. SCIPHOX-Projektes. Mehr über das Projekt ist zum Beispiel einem Flyer zu entnehmen oder im Internet nachzulesen. Es ist eine Initiative, die die ambulante und stationäre Verzahnung auch elektronisch auf „standardisierte Füße“ zu stellen versucht, durch Anwendung und Nutzbarmachen eines globalen Standards. Seit Anfang 2000 ist SCIPHOX eine kontinuierliche Arbeitsgruppe, meines Wissens die erste, die in größerem Stil Experten des stationären und ambulanten Bereichs kontinuierlich zusammengebracht hat, um dort Inhalte für Dokumente zu spezifizieren, die im Gesundheitswesen ausgetauscht werden. Es basiert auf einem internationalen Standard, der möglicherweise demnächst auch von DIN entsprechend anerkannt werden wird, einen

Dokumenten-Markup-Standard auf der Basis von XML. Im Vordergrund steht dabei also, Inhalte zu spezifizieren, in Dokumenten zu speichern und darzustellen, darüber hinaus aber natürlich auch zwischen Institutionen bzw. Systemen auszutauschen.

Bislang zielt die SCIPHOX-Spezifikation auf den Arztbrief, die Überweisung und Einweisung ab, weitere Anwendungsfälle folgen bzw. sind schon in Bearbeitung. In Deutschland haben wir die sprichwörtlich vielen Formulare auch im Gesundheitswesen, also das Paradigma Dokument, das mit SCIPHOX ebenso inhaltlich nachgebildet werden soll. Gleichzeitig versuchen wir, offizielle Verzeichnisse (Vokabularien) zu erstellen bzw. festzulegen: Welche Terminologie benutzt man, um bestimmte Sachverhalte darzustellen, welche Register werden dazu verwendet.

Das Projekt geht weiter. Die Phase I ist mit einer ersten Spezifikation nahezu abgeschlossen, die den Arztbrief, Einweisung und Überweisung zum Gegenstand hat und dies auf der Basis der Clinical Document Architecture – das ist der offizielle Name des globalen Standards – realisiert. Der Standard wird ergänzt um unsere lokalen Bedürfnisse zum Beispiel zur Übermittlung von Versicherten-Informationen. Ein weiteres Ziel ist, schrittweise Anwender und Anbieter an das Thema XML-basierte Dokumente heranzuführen, zu dem sich sehr viele allerorts bekennen, aber was in der Umsetzung aus ganz verschiedenen Gründen Schwierigkeiten bereitet. Es soll also eine schrittweise Annäherung an dieses Ziel sein und wir denken, dass wir mit verschiedenen Real-Implementierungen dieser Spezifikation

und der Fortführung der Kommunikationsszenarien vielleicht eine ganz interessante Plattform für jeden darstellen, der sich auf diesem Gebiet einbringen möchte, seien es nun Anbieter oder Anwender mit ihrem Domänenwissen.

Einen Satz noch hinterher als jemand, der selber in internationalen Standardisierungsgremien tätig ist. Es ist für mich auch sehr wichtig, dass wir unsere als notwendig identifizierten Belange immer wieder darauf hin abprüfen, ob sie nicht auch global relevant wären, in globale Standards mit eingebracht werden müssten. Zum Beispiel könnte davon nicht zuletzt der internationale Datenaustausch im Gesundheitswesen profitieren. Deshalb bringen wir umgekehrt unsere Erfahrungen in andere nationale und vor allem auch internationale Standardisierungsgremien ein. Auch das ist eine der Aufgaben, die SCIPHOX versucht zu realisieren.

Erwin Bartels:

Ich äußere mich in zweifacher Rolle. Im DIN Fachbereich medizinische Informatik leite ich den Ausschuss Modellierung. Hauptthema dieses Ausschusses ist die Standardisierung der elektronischen Patientenakte. Als Mitarbeiter des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt befassen wir uns seit vielen Jahren mit einer Telematikplattform, die in der Lage ist, eine einrichtungsübergreifende verteilte Dokumentation zu tragen. Wir wollen einen Beitrag leisten zur Gesundheits-Telematikplattform und wir wollen

dies auch als operationelle Plattform nach dem open source-Konzept für das Gesundheitswesen verfügbar machen.

Vor diesem Hintergrund möchte ich aber heute vor allem konzeptionelle Fragen ansprechen. Die Ungeduld, die Herr Mohr bezüglich Implementierungen vorgetragen hat, teilen wir alle. Aber dennoch müssen wir uns vergegenwärtigen, was sind die Anforderungen, was sind die Ziele, auf die wir hinauswollen. Wenn Sie Teilnehmer des Workshops Integrierte Versorgung gewesen sind, dann ist hier sehr deutlich geworden, dass gerade in den letzten Jahren ein ganz dramatischer Wandel im Gesundheitswesen stattgefunden hat, der auch neuartige Anforderungen an die Telematik nach sich zieht. Die Stichwörter integrierte Versorgung und Disease-Management deuten ja darauf hin, dass hier eine Entwicklung stattfindet, die von der Telematik nicht nur einfach eine Umsetzung von bisher Papier betriebenen Lösungen in elektronische Lösungen fordert, sondern die einen erheblichen und fundamentalen Beitrag zur Qualitätssicherung, zur Erreichung von Versorgungszielen leisten muß. Es ist heute und es war auch in dem Workshop die Rede davon, dass eine integrierte Versorgung und Disease-Management ohne eine einrichtungsübergreifende Behandlungsdokumentation in elektronischer Form praktisch nicht vernünftig realisierbar ist. Wenn wir über elektronische Patientenakten sprechen ist zunächst die Rede von der medizinischen Behandlungsdokumentation, die – wie Herr Kampe schon sagte – selbstverständlicher Bestandteil der heutigen medizinischen Praxis ist, allerdings begrenzt auf einzelne Einrichtungen wie die ambulante Praxis oder das Krankenhaus. Was aber benötigt wird, wenn wir von integrierter Versorgung sprechen, ist die Einführung einer evidenzbasierten Medizin,

die Einführung medizinischer Leitlinien und vor allem die Qualitätssicherung, also die Gewinnung von sicheren Daten und Informationen über die Ergebnisse und die Qualität des medizinischen Versorgungsprozesses. Weiterhin benötigt werden Steuerungsdaten und Informationen für die Gesundheitsberichterstattung und ganz wesentlich sind auch relevante, aktuelle Daten für die klinische Forschung.

Was wir also brauchen ist eine gemeinsame Wissensbasis. Es geht nicht allein um Kommunikation, sondern es geht darum, eine Dokumentation aller an der Behandlung eines Patienten – vor allem eines chronisch kranken Patienten – Beteiligten bereitzustellen, die ihnen das erforderliche Wissen aktuell jederzeit verfügbar und vollständig und integriert bereitstellt. Diese Wissensbasis kann als „Einrichtungsübergreifende Behandlungsdokumentation“, oder wie es gestern hieß „Verbunddokumentation“ bezeichnet werden. Der zweite Punkt ist, dass wir hier auch konzeptionell darüber reden müssen, wie der Zugang des Patienten zu seinen Gesundheitsinformationen zu gewährleisten ist. Wenn wir von Patientenorientierung sprechen, denke ich, wird es in der Zukunft selbstverständlich sein, dass der Patient Zugang zu seinen Gesundheitsdaten hat. Dieser Zugang muss selbstverständlich auf Basis der Dokumentationen beruhen, die den behandelnden Ärzten einrichtungsübergreifend zur Verfügung steht.

Über die Voraussetzungen ist schon gesprochen worden. Standardisierung ist die Grundvoraussetzung für die notwendige Interoperabilität. Stellen Sie sich bitte die Akte zunächst einmal als eine Art geschlossenes Gesundheitsbuch vor, das nun aber nicht an einem Arbeitsplatz gespeichert

ist wie in der Praxis, sondern das verteilt gespeichert ist. Es kann aber vom Arzt in gleicher Weise als lokale elektronische Patientenakte genutzt werden. Wir benötigen ein Managementsystem, das in der Lage ist, auf Grundlage der bestehenden und derzeit noch sehr heterogenen Systeme Daten einrichtungsübergreifend zusammenzuführen und verfügbar zu machen. Es ist angesprochen worden, dass diese Standardisierung erarbeitet werden muss. Wir haben die Initiative ergriffen und sehen mit dem Krefelder Memorandum einen Ansatz, dass in Zukunft die IT-Industrie, aber auch das Gesundheitswesen vertreten hier durch das ATG und die Gesundheitspolitik in einen Prozeß gebracht werden können, um zu interoperablen und standardisierten Lösungen zu gelangen.

Zum Schluss möchte ich kurz auf die notwendigen Umsetzungsschritte und Vorgehensschritte eingehen. Es ist internationaler Konsens, dass wir für eine rechtlich einwandfreie Patientenakte und Dokumentation einen einheitlichen Standard brauchen. Wir benötigen ein geschlossenes Modell, was sowohl die Inhalte als auch das Management dieser Akte beschreibt. Solche Modelle sind wie vorhin angesprochen in der Entwicklung. Sie müssen jedoch an den Bedarf des Gesundheitswesens in Deutschland angepasst und erweitert werden.

Schrittweise Migration zur EPA

- **Health Professional Card**
 - ⇒ Authentisierung, digitale Signatur, Verschlüsselung
- **Gesundheitspass**
 - ⇒ Teilnahme des Patienten an eHealth
 - ⇒ Administration und Aktualisierung durch EPA
 - ⇒ „offline“ Transport von Gesundheitsdaten der EPA
- **Elektronischer Arztbrief und Elektronisches Rezept**
 - ⇒ Prototypen elektronischer Dokumente und Geschäftsprozesse im Gesundheitswesen

5. März 2002

eHealth 2002
Telematik im Gesundheitswesen



Dieser Prozess ist bereits im Gang. Das SCIPHOX – Projekt kann als ein zentrales Projekt genannt werden. Ausgehend von der Modellierung können dann sowohl die medizinischen Inhalte als auch die technische Implementierung definiert werden, die getrennt zu berücksichtigen sind. Weiterhin müssen Kosten-Nutzen-Analysen geführt werden, um zu sehen, inwieweit eine solche einrichtungsübergreifende Dokumentation auch zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung beitragen kann. Wir sollten in der Diskussion vor allem darauf eingehen, wie wir die bisher unterschiedlichen Ansätze wirkungsvoller und zielgerichteter zusammenführen können.