

Informationsdienst

ATG-Management-Papier
„Elektronische Patientenakte“
– Kurzfassung –

GVG, Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und –gestaltung e.V.

Köln, 31. Dezember 2004

Kontakt

Jürgen Dolle (Koordinierung), GVG
E-Mail: j.dolle@gvg-koeln.de

Autoren-Team

Martin Boeske	BfA
Helge Franz	BLK
Dr. Christoph Goetz	KV Bayerns
Stefan Haibach	AOK-BV
Dr. Frank-Johannes Hensel	BÄK
Dr. Regina Hümmelink	BfA
Michael Jung	DKV
Felix Katt	ukb
Dr. Markus König	BKK-BV
Dr. Axel Meeßen	VdAK / AEV

Vorwort

1998 wurde das „Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen“ (ATG) als Initiative der Selbstverwaltung beschlossen und 1999 offiziell gegründet. Unter dem Dach der Kölner GESELLSCHAFT FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT UND –GESTALTUNG e. V. (GVG) arbeiten seitdem die Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens gemeinsam an der Etablierung einer Telematikplattform für das Gesundheitswesen und der Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechniken.

Selbstverständnis des ATG ist es, im Vorfeld der eigentlichen Implementierung von Telematikanwendungen im Gesundheitswesen die notwendigen konsensorientierten Entscheidungen vorzubereiten.

Nach Fertigstellung und Verabschiedung der ersten grundlegenden Managementpapiere zu den Themen Elektronisches Rezept, Elektronischer Arztbrief, Sicherheitsinfrastruktur und Europäische und Internationale Perspektiven von Telematik im Gesundheitswesen im Jahr 2001, wurden in einer zweiten Phase (ab Ende 2001) weitere Managementpapiere in Auftrag gegeben: Seit Januar 2004 liegt das Strategiepapier zu dem Themenkomplex Pseudonymisierung und Anonymisierung und seit November 2004 zu Patienteninformationssysteme vor.

Dieser *Sammlung* beeindruckender und gemeinschaftlich formulierter Handlungsempfehlungen kann jetzt ein weiteres hinzugefügt werden: *Die Elektronische Patientenakte!*

Dieses vorliegende Papier kann den Entscheidungsebenen der ATG-Trägerorganisationen rechtzeitig Empfehlungen zur Einrichtung und Nutzung einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte geben.

Allen temporär eingesetzten ATG-Teams ist gemein, dass sie die unterschiedlichen Lösungsoptionen herausarbeiteten und ggf. mögliche Konflikte präzise benennen konnten.

Die bisher erstellten Papiere zeigen eindrucksvoll die Notwendigkeit einheitlicher Verfahrensnormen, können als Grundlage für verbindliche Beschlüsse der Selbstverwaltungsorgane dienen und Grundlage für politisches Handeln sein.

Mit diesem Vorgehen verfolgen die Selbstverwaltungsorganisationen und die private Krankenversicherung eine Strategie des stufenweisen Vorgehens hinsichtlich von im Konsens erarbeiteten kurz- oder mittelfristigen Aufgabenstellungen.

Dr. Manfred Zipperer
Vorsitzender ATG

Dr. Sibylle Angele
Geschäftsführerin GVG

Jürgen Dolle
Kordinator ATG

INHALT

VORWORT	SEITE 3
DEFINITION UND EINFÜHRUNG	SEITE 5
STRATEGISCHE ZIELSETZUNG	SEITE 6
GRUNDSÄTZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	SEITE 7
VORAUSSETZUNGEN DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE	SEITE 8
KONZEPT ZUR STUFENWEISEN EINFÜHRUNG	SEITE 8
STRUKTURÜBERLEGUNGEN	SEITE 10
HANDLUNGSBEDARF	SEITE 11
ATG TRÄGERORGANISATIONEN	SEITE 14

Definition und Einführung

Bislang dokumentieren die einzelnen medizinischen Leistungserbringer – Ärzte, Zahnärzte, Apotheker (als Sammelbegriff „Health Professionals“) – ihre Befunde, Diagnosen und Therapien üblicherweise in eigenen Karteien bzw. Patientenakten auf dem Standardmedium „Papier“ als Informationsträger.

Die elektronische Patientenakte hingegen wird als eine IT-gestützte, strukturierte Dokumentation verstanden, in der die zeitlich und räumlich verteilt erhobenen Gesundheitsdaten eines Menschen zusammengefasst werden. Dies beinhaltet grundsätzlich sämtliche den Patienten und die Leistungserbringer betreffenden medizinischen und administrativen Behandlungsangaben einschließlich der Prävention. Die Daten werden nach einheitlichen Ordnungskriterien elektronisch erfasst und gespeichert. Diese einrichtungsübergreifende e-

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



lektronische Patientenakte ermöglicht die problemorientierte Transparenz der Krankengeschichte mit dem Ziel bestmöglicher Versorgung und Minimierung unerwünschter Belastungen, Verzögerungen und Doppelleistungen.

Die ePA bildet somit die Summe aller im Laufe der Zeit dort registrierten Informationsbestände. Sie stellt daher ein dynamisch anwachsendes Konstrukt aus lokal (auf der Gesundheitskarte) und peripher (in Gesundheitsnetzen) gespeicherten gesundheitsrelevanten Daten als Dreh- und Angelpunkt zur umfassenden Gesundheitsinformation eines Patienten dar.

Das Grundkonzept der ePA geht von einem heterogen organisierten, verteilten System für das Gesundheitswesen aus. Zu diesem erhalten Health Professionals mittels ihrer Heilberufsausweise (HPC) Zugang im Sinne eines geschlossenen Netzes. Die Patienten werden durch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) identifiziert, die selbst originäre Gesundheitsdaten der Patienten, wie auch Verweise auf im Gesundheitsnetz hinterlegte, verschlüsselte Kopien vereinbarter, relevanter Gesundheitsdaten enthält.

Mit einer einrichtungs- und sektorübergreifenden flächendeckenden elektronischen Patientenakte betreten alle Beteiligten Neuland. Anders als bei einem elektronischen Arztbrief oder einem elektronischen Rezept gibt es für die angestrebte Lösung in der papiergebundenen Kommunikation kein seit Jahren eingeführtes, konventionelles Äquivalent.

Um tragbare Konzepte für die Etablierung einer elektronischen Patientenakte entwickeln zu können, ist es deshalb erforderlich, ein gemeinsames Verständnis über die verschiedenen Dimensionen einer elektronischen Patientenakte zu gewinnen.

Strategische Zielsetzung

Die Gutachten der Konzertierte Aktion fordern regelmäßig die beschleunigte Umstellung von konventionellen auf EDV-gestützte Informations- und Dokumentationsverfahren, in deren Mittelpunkt die elektronische Patientenakte steht. Sie erwarten daraus eine grundlegende Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung sowie in den nachgelagerten Verwaltungsabläufen – einschließlich deutlich verbesserter Rückkopplung hinsichtlich der Information über die Leistungs- und Ausgabenentwicklung.

Ohne Zweifel kann diese Zielsetzung nur mittelfristig und in einem Raster wohlorganisierter Einzelschritte erreicht werden. Die Vorgehensweise muss sich auf einen im breiten Konsens entwickelten, kontinuierlich fortgeschriebenen Generalplan stützen, der die Zukunftssicherheit des Gesamtsystems (Telematikplattform des Gesundheitswesens) gewährleistet und somit auch den notwendigen Investitionsschutz bietet. Andererseits müssen die vielfältigen existierenden Initiativen und geplanten Projekte in den Generalplan integriert werden. Dies gelingt nur, wenn verlässliche technisch-organisatorische Leitlinien herausgegeben und befolgt werden. Den Konventionen für die elektronische Patientenakte kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. In Fachkreisen herrscht Einigkeit darüber, dass die ePA den informativen Kristallisationskern der Krankengeschichte eines Menschen darstellt. Deshalb muss in deren zukunftssicherer, IT-gerechter Gestaltung die zentrale Aufgabe aller Modernisierungsmaßnahmen unseres Gesundheitssystems liegen.

Ziel der ePA ist neben den Verbesserungen des Gesundheitssystems auch die Schaffung einer technischen Grundlage, beispielsweise für eine integrierte Versorgung. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer verlangt nach einer zeitnahen Transparenz hinsichtlich der Untersuchungen, Diagnosen und Therapien des jeweiligen Vorbehandlers.

Die ePA nimmt auf dem Weg zu einem telematisch unterstützten Gesundheitssystem eine Schlüsselstellung ein. Nach den derzeitigen Vorgaben des BMGS soll in 2006 mit der Einführung der in Planung befindlichen eGK begonnen werden. Die neue eGK und die sich in der Entwicklung befindende HPC sind wesentliche Voraussetzungen für die elektronische Patientenakte.

Grundsätzliche Rahmenbedingungen

Grundsätzlich kommt eine zentrale Speicherung der medizinischen Daten nicht in Betracht. Dies wurde durch die „Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und der Spitzenorganisationen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen“ vom 03. Mai 2002 festgehalten. Es bleibt somit die Lösung eines Katalogs bzw. eines Pointer-Systems, der bzw. das auf die dezentral gespeicherten Informationen der erhebenden HPs verweist.

Auskunfts- und Verwendungsrechte in Bezug auf Teile der elektronischen Patientenakte dürfen Dritten nur im Rahmen datenschutzrechtlicher Bestimmungen zur Verfügung stehen. Unabhängig davon ist fachlich zu klären, welche Informationen für Dritte relevant sein können oder später werden könnten und wer diese Auswahl nach welchen Kriterien vornimmt.

Die Festlegung technisch-organisatorischer Leitlinien für eine elektronische Patientenakte hat weitreichende Folgewirkungen auf den gesamten „Gesundheitsbetrieb“. An die Zuverlässigkeit, Relevanz und Sicherheit der Eingabe und Ausgabe von Informationen müssen höchste Ansprüche gestellt werden. Somit wirkt die elektronische Patientenakte als integrierendes Element für die zugrundeliegenden medizinischen Abläufe – insbesondere der Befundung, Diagnostik und Therapie. In einer vernetzten Versorgung wird jeder aktiv oder passiv am Gesundheitswesen Beteiligte ein potentieller Nutzer der elektronischen Patientenakte.

Nicht vollständige, unstrukturierte, verspätet eingehende oder nicht identifizierbare Papierstücke stellen zeit- und kostenaufwändige Kommunikationsbrüche dar und beeinträchtigen u. U. die Behandlungsqualität.

Die ePA bildet somit das Scharnier in einem Prozess, auf dessen einer Seite der Arzt bzw. der im Gesundheitswesen Tätige steht, auf der anderen der Bürger, der Versicherte, der Patient, der Fürsorgeberechtigte.

Die ePA ist unabhängig von der Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenversicherung, d. h. auch bei einem Wechsel des Kostenträgers (GKV, PKV etc.) muss die Patientenakte uneingeschränkt weiter genutzt werden können.

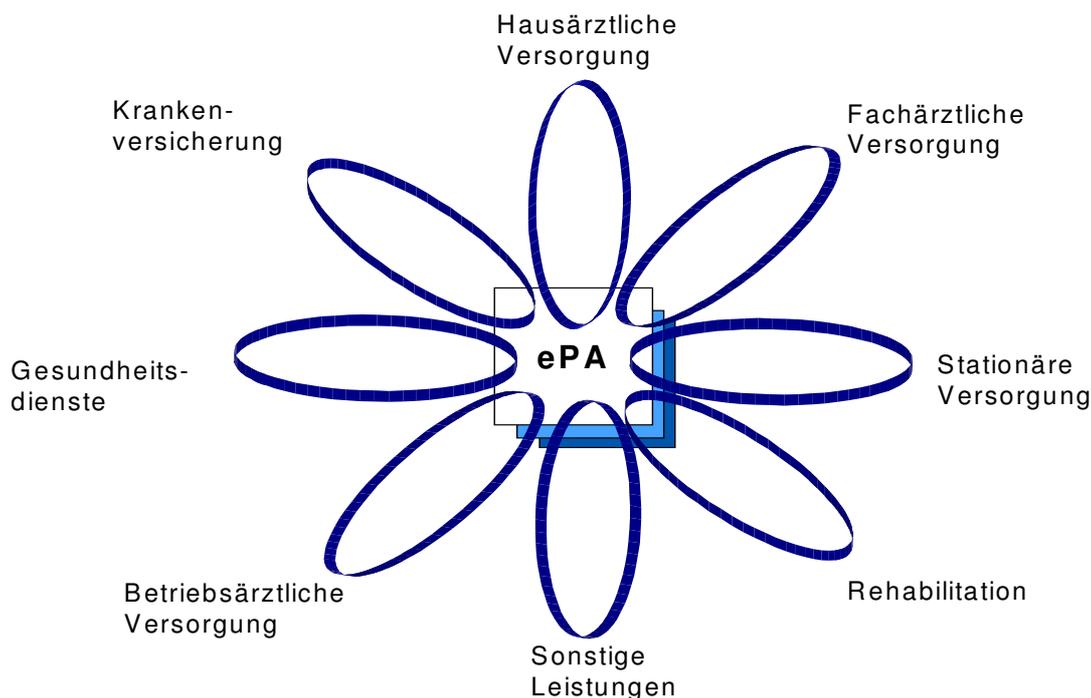


Abb. 1: Die ePA im Funktionsspektrum der medizinischen Versorgung

Voraussetzungen der elektronischen Patientenakte

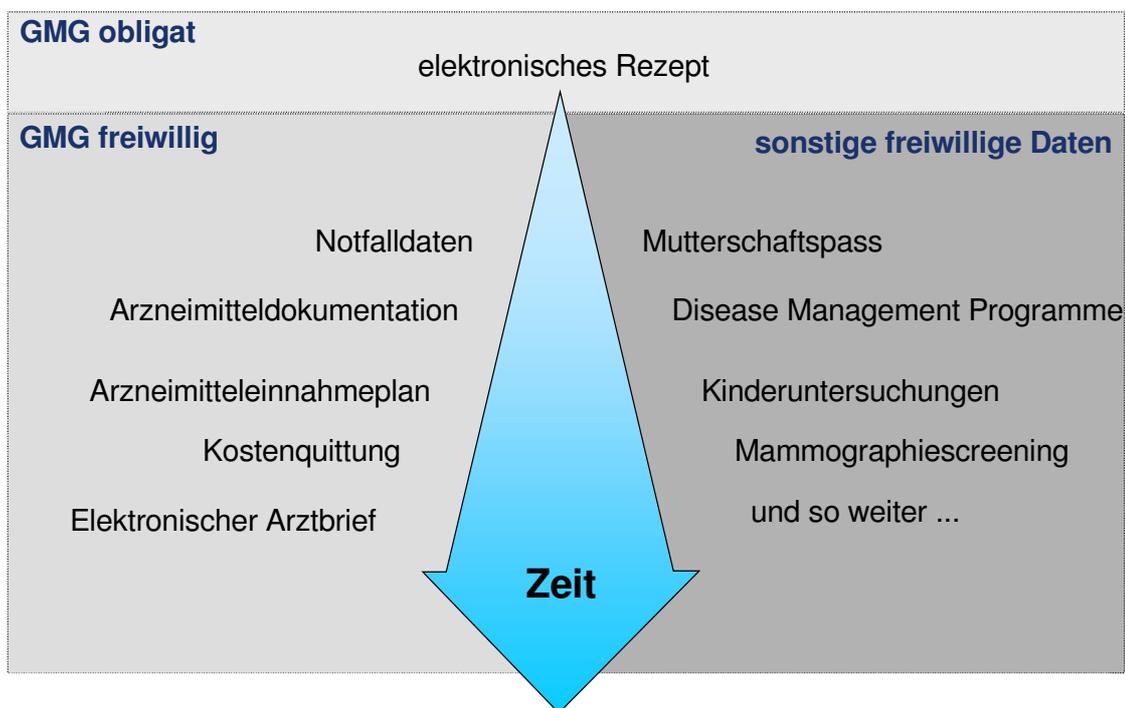
Die Einführung einer ePA setzt zunächst das Bestehen einer gesamtheitlichen Telematikinfrastuktur voraus. Neben der technischen Vernetzung ist das Vorhandensein der dafür notwendigen Hardware erforderlich. Hierzu zählen die Kartenlesegeräte, eine eGK und elektronische Ausweise für Leistungserbringer (HPC, SMC). Die Gewährleistung der höchstmöglichen Sicherheit – im Rahmen des Datenschutzes – macht zudem eine Sicherheitsinfrastruktur erforderlich.

Die Telematikinfrastuktur, welche die elementare Grundlage zur Einführung einer ePA bildet, wird bereits – im Rahmen der Einführung einer eGK – von der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Leistungserbringern in Zusammenarbeit mit dem Verband der privaten Krankenversicherung geschaffen. Erste Bausteine der Gesamtarchitektur werden das eRezept und später der eArztbrief sein.

Konzept zur stufenweisen Einführung

Die migrierenden Telematikanwendungen im Rahmen des „Projektes §291a SGB V“, wie in der Rahmenarchitektur von bit4Health beschrieben, können zeitgleich erste Bausteine einer ePA sein. Das betrifft vor allem Informationen aus dem eRezept, aber auch dem eArztbrief. Dies wurde auch im Planungsauftrag „eRezept, eArztbrief und Telematikinfrastuktur“ der Selbstverwaltung entsprechend berücksichtigt.

Für die weitere stufenweise Einführung einer ePA bietet sich ein pragmatisches Vorgehen an. Prozesse, die bereits heute systematisch und strukturiert dokumentiert werden (z. B. U1-U10 Untersuchungen, DMPs, Mammaakte, Hausarztmodelle, Impfungen, Laboruntersuchungen, Entlassungsberichte, radiologisches Bildmaterial, Unfallmeldungen D-Arztverfahren, Mutterpass u. a.) vereinfachen den weiteren Einstieg, fördern die Akzeptanz und führen zu einem unmittelbaren Nutzen für den zur Dokumentation ohnehin verpflichteten HP. Bei diesen Prozessen gibt es bereits akzeptierte und angewandte Verfahrensrichtlinien, die nur geringfügig modifiziert werden müssten.



elektronische Patientenakte

Abb. 2: Der Begriff der „elektronischen Patientenakte“ bezeichnet ein dynamisches Konstrukt aus lokal (auf der Gesundheitskarte) und peripher (in Gesundheitsnetzen) gespeicherten gesundheitsrelevanten Daten eines Betroffenen

Direkt nach Einführung der eGK werden (neben Versichertenstammdaten) voraussichtlich erste medizinische Informationen abgespeichert, die das SGB V als obligat für alle Betroffenen definiert (z. B. eRezept).

Stufenweise, ggf. auch regional unterschiedlich, kommen dann Datenbestände hinzu, die das GMG als fakultativ (Notfalldaten, elektronische Arztbriefe usw.) bezeichnet. Dabei ist sicherzustellen, dass alle ausgegebenen Gesundheitskarten grundsätzlich in der Lage sein müssen, entsprechende Daten- oder Pointerobjekte gemäß den Ausführungen des vorliegenden Papiers zu handhaben. Die Erbringung oder Nutzung entsprechender Daten- / Pointerbestände nach Freigabe der Verfahren für alle Angehörigen des Gesundheitswesens

nach SGB V ist verpflichtend. Die Nutzung dieser Angebote für die einzelnen Patienten bleibt immer freiwillig.

Mittel- bis langfristig werden neben den im Gesetz genannten (fakultativen) Anwendungen auch weitere freiwillige Anwendungen das Speicher- und Pointerkonzept der Gesundheitskarte erschließen. Innerhalb des Rahmens des technisch Machbaren müssen auch solche Strukturen unter Nutzung elektronischer Gesundheitskarten realisiert werden können.

Strukturüberlegungen

Der Begriff ePA bezeichnet immer die Summe aller direkt (auf der Karte) und indirekt (im Netz) verfügbaren Gesundheitsdaten eines Patienten.

Jede Einrichtung im Gesundheitswesen ist wie bisher auch verantwortlich für ihre eigene (lokale) Datenhaltung. Die Daten der ePA werden entweder in der Einrichtung selbst (Arztpraxis, Klinik etc.) oder bei (ggf. kommerziell organisierten) externen Dienstleistern gespeichert und bereitgestellt. In jedem Fall handelt es sich um ein für den Patienten verschlüsseltes Extrakt als Kopie eigener lokaler Daten.

In der ePA abgelegte Gesundheitsdaten sind mit einem wirksamen Verschlüsselungsverfahren gegen unberechtigten Zugang und Datenmanipulation geschützt. Der Schlüssel bzw. ein Teil des Schlüssels befindet sich auf der eGK und somit in der Hoheit des Patienten.

Der Patient kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt einem HP seines Vertrauens die Verweise auf solche verteilt verfügbaren Gesundheitsdaten zugänglich machen, mittels derer der HP eine Kopie der Daten anfordern kann. Durch Vorlage der eGK des Patienten können diese Daten entschlüsselt, personalisiert und lokal genutzt werden.

Bei Verlust der eGK muss die Wiederherstellung der Inhalte der Karte durch geeignete Mechanismen gewährleistet sein, da die gespeicherten Daten verloren bzw. nicht mehr verfügbar / entschlüsselbar sind.

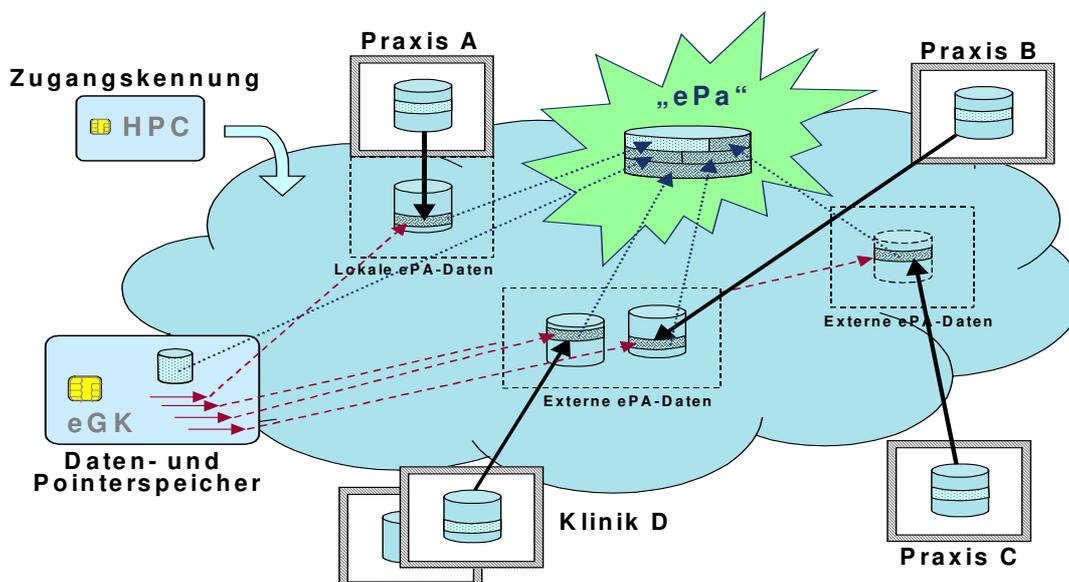


Abb. 3: Der Begriff ePA bezeichnet die Summe aller auf der Karte und im Netz verfügbaren Gesundheitsdaten eines Patienten

Völlig unabhängig von der ePA ist die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentationspflicht des Arztes / HP zu sehen, wobei Teile der ärztlichen Dokumentation zugleich Bestandteil der ePA sein können. Die eGK ist nicht die ePA. Sie ist vielmehr eine unverzichtbare Infrastrukturkomponente, sie kann auch als Transportmedium von Teilen der ePA dienen, ihre wesentliche Funktion besteht jedoch bei der verteilten virtuellen Patientenakte darin, Identifikationsausweis mit den notwendigen Funktionen für Datenschutz und -sicherheit zu sein.

Wesentlich bleibt jedoch die Konsequenz, dass aus grundsätzlichen Erwägungen heraus die ePA auf keinen Fall als direkte Informationsquelle für die weitere Nutzung durch sonstige Dritte herangezogen werden darf.

Handlungsbedarf

Aus der absehbaren Heterogenität der Systeme und der zu erwartenden zeitlichen Streuung von Nutzanwendungen ergibt sich der Bedarf für eine abgestimmte Koordinierungsinstanz aller Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems, die sich auf entsprechende Rechtsgrundlagen stützt und inhaltlich festgelegte, integrative Aufgaben wahrnimmt. Diese Instanz muss über die speziellen Anwendungen der eGK hinaus für die nächsten Jahre die Gesamtbreite aller Koordinierungsaufgaben übernehmen, die sich aus dem Zusammenwirken der künftigen Telematikinfrastruktur ergeben.

Handlungsbedarf besteht parallel auf:

1. Gesetzgebungsebene:
Anpassung gesetzlicher, datenschutzrechtlicher und vertraglicher Rahmenbedingungen

2. Spitzenorganisationsebene:
Verständigung auf Vorgehensweise (Projektplan), auf Zuständigkeiten und Ressourcen sowie auf Begleitung, Controlling und Evaluation
3. Umsetzungsebene
Berücksichtigung laufender Modellprojekte

Schon jetzt zeigt sich, dass sich aus Praktikabilitätsgründen die gesetzlichen Rahmenbedingungen, aktuell nur in §§ 291 ff SGB V gefasst, für alle an der Behandlungskette beteiligten Heilberufsakteure geöffnet werden müssen, die ein berechtigtes Interesse an der Nutzung der ePA haben. Durch den Gesetzgeber sind daher die gesetzlichen Vorschriften, beispielsweise des SGB, entsprechend zu erweitern.

Der Informationsaustausch im Gesundheitswesen ist in vielen Bereichen vertraglich abschließend geregelt und unterliegt z. T. sehr speziellen Vorschriften. Das betrifft die Bereiche der GKV und der PKV in Bezug auf ihre eGK-Inhaber in unterschiedlichem Maße. Die vorhandenen Vorschriften und Verträge sind daher durch die Institutionen der Leistungserbringer und Kostenträger auf Anpassungen bestimmter Verträge zur Ermöglichung einer ePA zu prüfen.

Es muss eine Verständigung auf Spitzenorganisationsebene erzielt werden, dass die Architekturempfehlungen für eine Telematikinfrastruktur inkl. eGK / HPC auch die Voraussetzungen für die Einführung einer ePA sind. Angesichts des engen zeitlichen Rahmens sollten Pilotprojekte zur ePA so schnell wie möglich durchgeführt werden. Es bietet sich an, die ePA zunächst für Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern zu initiieren bzw. auch die Art der Daten zu begrenzen, die in der ePA vorgehalten werden. Auch erscheint primär die regionale Eingrenzung sinnvoll.

Alle beschriebenen Maßnahmen und Aufgaben können nur bewältigt werden, wenn es zu einer mit ausreichenden Ressourcen ausgestatteten Arbeitsgemeinschaft aller Beteiligten kommt.

Die Verständigung auf technische und fachliche Inhalte ist unerlässlich für die erfolgreiche Umsetzung eines ePA-Projektes. Die Einbeziehung von Industrie und Wissenschaft kann dabei erfolgen. Die fachlichen und technischen Anforderungen sind in der Startphase auf das absolute Minimum bzw. Machbare zu beschränken.

Konkrete Schätzungen im Hinblick auf Investitionskosten, Qualitätsgewinn und Einsparpotenzial durch die ePA sind vorzunehmen. Dies kann im Zuge von Pilotprojekten zur eGK, zum eRezept und zum eArztbrief durch die konzeptionelle Vorbereitung der ePA und eine systematische Evaluation der laufenden Pilotprojekte begonnen werden. Vorarbeiten und Synergieeffekte mit anderen Telematikteilprojekten schaffen auch unter ökonomischen Aspekten wertvolle Voraussetzungen für die Einführung der ePA.

Nutzeffekte werden auf der monetären Seite unmittelbar durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen, durch kürzere Behandlungsdauer, vereinfachte Dokumentation sowie effektiveren Verwaltungsabläufen zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen erwartet. Auf der nicht-monetären Seite stehen zum einen die bessere Verfügbarkeit von Daten der zunehmend mobilen Versicherten,

zum anderen Effizienzverbesserung und systematische Qualitätssicherung, Morbiditätsforschung und Controlling im Vordergrund.

Da Nutzen und Kosten nicht gleichmäßig verteilt sind, ist zu klären, wie die Finanzierung dieser Aufwände zwischen den Patienten, den Kostenträgern, den Leistungserbringern, der beteiligten Industrie und ggf. der öffentlichen Hand verteilt werden kann.

Motivation und Akzeptanz der ePA stehen und fallen mit dem Nutzen, den die Beteiligten – seien es Personen oder Gruppen – aus der Einführung der ePA ziehen. Die Verbesserung der Lebensqualität und der patientenorientierten Dienstleistungen, die Stärkung der Eigenverantwortung, die Mitwirkungsbereitschaft und die Initiative der Patienten können als weitere Gründe motivationsverstärkend wirken. Die Förderung von Motivation und Akzeptanz muss deshalb als ein wesentliches und eigenständiges Vorhaben parallel zu den technisch-organisatorischen Aktivitäten betrieben werden. Zusätzlich ist dem Patienten die Möglichkeit zum Einsehen der ePA-Daten zu schaffen.

Eine laufende Qualitätssicherung muss sichergestellt sein. Hierzu sind vorab durch professionelle Einrichtungen Qualitätskriterien zu definieren. Es ist ein Review des Designs und der Funktionalität durchzuführen. Aus Gründen der Qualitätssicherung muss das einzurichtende Projektbüro einen Leitfaden für das Controlling der ePA-Testprojekte erstellen und kann ggf. ein Institut mit der Durchführung beauftragen.

Weiterhin ist es unerlässlich, die Einbindung der Bundes- und Landesbeauftragten für den Datenschutz bei der Definition des Rechtekonzeptes (Zugriff Lesen/Schreiben) auf die Daten und die eGK unter Berücksichtigung der HPC-Attribute frühestmöglich vorzunehmen.

Für die Durchführung von Modellvorhaben kann es notwendig werden, von den bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen abzuweichen. Entsprechende Öffnungsklauseln wären im SGB V zu verankern. Die derzeit schon laufenden Modellprojekte zu elektronischen Patientenakten können Hinweise auf den quantitativen und qualitativen Einsatz des Mediums „ePA“ geben und ggf. vorhandene Akzeptanzprobleme aufzeigen, die auf ihre Ursachen hin zu untersuchen sind.

Konkret ergibt sich folgender Einigungs- und Handlungsbedarf auf Spitzenorganisationsebene:

1. Die Verständigung über eine abgestimmte Koordinierungsinstanz der Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems.
2. Die Verständigung auf Spitzenorganisationsebene, dass die Umsetzung der Architekturempfehlungen entsprechend modular erweiterbar und entwicklungs offen für die Realisierung der ePA sein muss.
3. Die Verständigung auf technische und fachliche Inhalte, die in der Startphase auf das Minimum bzw. Machbare zu beschränken sind.
4. Eine Akzeptanzkampagne zur Einführung der ePA ist zu führen.
5. Begleitung, Controlling und Evaluation bei der Einführung der ePA sind sicherzustellen.

ATG Trägerorganisationen

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
- Bundesärztekammer
- Bundesknappschaft
- Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- Bundesverband der Innungskrankenkassen
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
- Bundeszahnärztekammer
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- Zentralverband der Krankengymnasten und Physiotherapeuten e. V.