

Kommentierung des ersten Meilensteins „Managementpapier zum Elektronischen Arztbrief“

Der erste Meilenstein sollte die Definition des Begriffs „elektronischer Arztbrief“, eine Analyse der Ist-Situation, die Rahmenbedingungen sowie die Ziele, die mit dem elektronischen Arztbrief erreicht werden sollen, umfassen.

Während bei den Punkten 3 und 4 (Rahmenbedingungen und Ziele) beim derzeitigen Diskussionsstand keine Anmerkungen zu machen sind, ist bei den anderen beiden Themen folgendes zu erwähnen:

Punkt 1: Definition des Begriffs

Der generellen Definition des elektronischen Arztbriefs kann zugestimmt werden. Die zur Eingrenzung der Thematik gemachte Beschränkung auf die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern aus dem ambulanten und stationären Bereich sollte aber aus der **Definition** herausgehalten werden und lediglich zur Eingrenzung des untersuchten Bereichs dienen. Die meisten Anforderungen hinsichtlich elektronischer Arztbriefschreibung betreffen nicht den Bereich der Kommunikation zwischen ambulantem und stationärem Bereich, sondern die Kommunikation zwischen Hausarzt und Facharzt. Wird der Bereich zu sehr auf die ambulant-stationäre Kommunikation eingeschränkt, so könnten durch diese Fixierung wichtige Teile oder Anforderungen aus der rein ambulanten Kommunikation vergessen werden.

Punkt 2: Ist-Situation

Der hauptsächliche Kritikpunkt bei der Analyse der Ist-Situation ist die fehlende bzw. nur kurz angesprochenen Analyse der Situation bei den niedergelassenen Ärzten. Diese Kritik wird teilweise hervorgerufen durch die Konzentration auf die Kommunikation zwischen dem ambulanten und stationären Bereich.

Die Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Bereich sind natürlich besonders hoch, da nicht nur die Interessen der Beteiligten hinsichtlich der Ausrichtung der Software, was die zu erledigenden Aufgaben und die Speicherung von Daten angeht, unterschiedlich sind, sondern sich die Systeme, die sich an den Bedingungen und Anforderungen der jeweiligen Bereiche orientieren müssen, durch diese unterschiedlichen Anforderungen auch technisch weitgehend unterscheiden. Durch die unterschiedlichen Betriebssysteme und Speicherungsarten ist die Schaffung einer Schnittstelle zwischen ambulanten und stationärem Bereich schwerer als im rein ambulanten Bereich, in dem die Forderungen für relativ gleichartige Ausprägungen sorgt. Durch die unterschiedlichen Ausrichtungen und Arbeitsweisen der beiden Bereiche ist es hinsichtlich der Normung eines Arztbriefes ebenfalls schwierig, gemeinsame Definitionen zu schaffen, da oftmals Daten, die auf der einen Seite als unabdingbar angesehen werden, auf der anderen Seite gar nicht gespeichert werden. Eine Einigung auf die lediglich grundlegendsten Daten für eine Kommunikation führt aber weitgehend wieder zu der unter Punkt 2.2 / *Krankenhausentlassung* beschriebenen Situation.

Im Bereich der Kommunikation im ambulanten Sektor wurden die Entwicklung der letzten zwei Jahre nicht berücksichtigt. Die Analyse unter Punkt 2.5 *Integrierte Netze* ist etwas kurz geraten. Besonders zu bedauern ist das Fehlen einer Erwähnung des VCS (VDAP Communication Standard). Diese Schnittstelle wurde auf der Medica 1999 vorgestellt und wird von den führenden Arztpraxis-Softwareherstellern unterstützt. Ebenfalls wurde von der QMS in Darmstadt eine Schnittstellendefinition des Arztbriefes auf der Basis des KDT (Kommunikationsdatenträgers) realisiert. Diese Schnittstellen entstanden unter dem stetig wachsenden Druck der Anwender, die die jetzige Entwicklung besonders auf dem Software-Sektor sehen und eine schnelle, einfache und sichere Kommunikationsmöglichkeit verlangen. Insofern braucht der neben dem Punkt 2.3 stehenden Zusammenfassung hinsichtlich der Labordatenkommunikation nichts hinzugefügt werden.

Klaus Schneider