

Zusätzlich wurde ein Projekt zur Überführung von freiwilligen Mehrwertanwendungen in die TI initiiert. Als Pilotanwendung dient die elektronische Fallakte (eFA). Die Projektleitung liegt bei der DKG.

Die bisherigen Testregionen bleiben für die bevorstehende Testphase grundsätzlich bestehen. Die aktuelle Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vom 11. Januar 2011 sieht keine 10.000er und 100.000er Feldtests mehr vor. Vielmehr kann die gematik die Organisation und Durchführung von Feldtests als Auftrag vergeben. Soweit nicht mindestens 2 Feldtests an unterschiedliche Unternehmen vergeben werden, hat die gematik mindestens einen Feldtest unmittelbar mit mindestens einer Testregion zu organisieren oder durchzuführen.

TOP 3.1 Notfalldatenmanagement

Dr. Johannes Schenkel, Bundesärztekammer (s. Anlage)

Bisheriges Problem waren die Anforderungen an den Detaillierungsgrad der Daten, die in Abhängigkeit vom Notfallszenario stark variieren (z. B. vor Klinikaufnahme vs. während des stationären Aufenthaltes). Im neuen Konzept orientieren sich die Einsatzszenarien enger am realen Bedarf. Es erfolgt eine Trennung von medizinischen Informationen und den persönlichen Erklärungen der Patientinnen und Patienten. Beim Anlegen des Datensatzes soll in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten die Entscheidung getroffen werden, welche medizinischen Daten relevant sind. Dabei ist keine PIN-Eingabe durch die Patientin oder den Patienten erforderlich. Die PIN-Funktion für das Auslesen der Daten unabhängig von einem Notfall soll auf Wunsch der Patientin oder des Patienten aktiviert werden können. Die Aufnahme von (seitens z. B. der Intensivmedizin grundsätzlich erwünschten) Willenserklärungen – z.B. einer Organspendeerklärung – bleibt freiwillig.

Die Feststellung des Notfalls obliegt dem auf die Daten zugreifendem Arzt bzw. der Ärztin. Alle Zugriffe werden protokolliert. Wenn unklar ist, ob ein Notfall vorliegt oder nicht (Zugriff auf Notfalldaten ohne PIN-Freigabe der Patientin bzw. des Patienten) sollte – wenn möglich – die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten eingeholt werden. Das Szenario „Leichenschau“ ist kein Notfallszenario im eigentlichen Sinne, da der ungünstige Krankheitsverlauf hier nicht mehr abgewendet werden kann (vgl. Anlage zur Definition Notfall).

Die Dokumentation von Diagnosen im Notfalldatensatz erfolgt im Klartext, eine Eingabe auch als ICD 10-Diagnose kann zusätzlich erfolgen. In einem seitens der BÄK in Beauftragung befindlichen Rechtsgutachten sollen Fragen hinsichtlich Aktualität und Verbindlichkeit von medizinischen Informationen geklärt werden. Die Aktualität von Daten ist bei der Notfallbehandlung sowohl in der heutigen Dokumentation als auch zukünftig im elektronischen Datensatz ein grundsätzliches Problem. Viele Fragen werden sich erst über den Routineeinsatz in den nächsten Jahren klären lassen.

Medikationseinträge werden mit einem Aktualisierungsdatum versehen. KIS und PVS werden bei der Spezifikation gleichermaßen berücksichtigt. Die entsprechenden Datenfelder werden mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der ABDA abgestimmt. EU-weite Aktivitäten (epSOS) wurden berücksichtigt. Die Datensätze sind zwar nicht deckungsgleich aber kompatibel (die Pharmazentralnummer wird berücksichtigt). Die Fragen der Haftung bei Fehlbehandlung aufgrund fehlerhafter Dokumentation der Medikation im Not-

falldatensatz sind vergleichbar mit der derzeitigen Situation. Dennoch wird das o. g. Rechtsgutachten diese Fragestellung mit berücksichtigen.

Der Ärztliche Beirat wird eine Empfehlung zum Notfalldatenmanagement aussprechen. Frau Dr. Groß, Herr Dr. Bickmann, Herr Krön und Herr Althoff erarbeiten bis zur nächsten Sitzung einen Formulierungsvorschlag.

TOP 3.2 Arztbriefschreibung

Herbert Blankenburg, Kassenärztliche Bundesvereinigung (s. Anlage)

Zum Datenaustausch innerhalb der Ärzteschaft („Kommunikation Leistungserbringer“) existiert bisher keine getestete Vorgängeranwendung, lediglich ein Konzept der gematik, das aufgrund seines proprietären Ansatzes nicht weiterverfolgt wird. Der eArztbrief ist keine Pflichtanwendung nach SGB V § 291 a und erfordert daher nicht zwingend den Einsatz der eGK. Der HBA der Ärztin und des Arztes reicht für die Nutzung des Dienstes nicht aus, zusätzlich muss eine Registrierung in der geplanten TI erfolgen. Der Dienst kann auch mit einer Institutionskarte (SMC-B) genutzt werden (Bsp: Praxispersonal versendet den von der Ärztin oder vom Arzt erstellten Arztbrief). Hier erfolgt die Berechtigung der einzelnen Nutzer und Nutzerinnen durch die Ärztin bzw. den Arzt. Es bleibt zu klären, wie Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der TI registriert sind, an Praxen, die bereits registriert sind, ihre Arztbriefe übermitteln können und umgekehrt.

Die DKG hat die speziellen Belange zur Kommunikation von Arztbriefen im Kontext der Krankenhauslogistik in das Lastenheft („Kommunikation Leistungserbringer“) eingebracht.

Eine fachliche Prüfung der Dokumente auf schädliche Dateiformate (Viren etc.) kann bei der Verschlüsselung durch den Konnektor durchgeführt werden oder auch beim Empfang nach dem Entschlüsseln.

Die Bezeichnung „Kommunikation Leistungserbringer“ sollte hinsichtlich einer Umformulierung überdacht werden.

TOP 4 Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Herr Norbert Butz, Bundesärztekammer (s. Anlage)

Der Ärztliche Beirat – wie in NRW etabliert – wird in § 5 Abs. 9 zwar nicht exakt so beschrieben, ist aber mit den Vorgaben in der Verordnung vereinbar. Seine Funktion und sein (bundesweiter) Stellenwert gehen im Übrigen deutlich über die reine Begleitung von Feldtests hinaus. Die ARGE eGK/HBA-NRW würde in etwa dem in der Rechtsverordnung beschriebenen Beirat unter Beteiligung der Kostenträgerorganisationen entsprechen und sollte diese Rolle von ihrer Zusammensetzung her auch übernehmen. Die Arbeit beider Gremien bleibt von der Änderungsverordnung unberührt.

Um den Austausch mit den Organisationen, denen der Ärztliche Beirat Empfehlungen ausspricht, zu intensivieren und sein Mandat zu stärken wird eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die eine Roadmap erarbeiten wird. Der Ärztliche Beirat muss eng in die einzelnen Phasen der Projekte eingebunden werden, um sich rechtzeitig zu den Anforderungen an die Testmaß-

nahmen zu äußern, sowie die Ergebnisse der durchgeführten Tests zeitnah nach Durchführung zu Verfügung gestellt bekommen, um sie zu bewerten. Als konstruktives Beispiel kann die Berücksichtigung der ersten Empfehlung des Ärztlichen Beirats zu „Anforderungen an den elektronischen Arztbrief“ herangezogen werden. Die Kommunikationswege sind jedoch noch nicht stabil etabliert und müssen noch institutionell verankert werden (-> Arbeitsgruppe „Roadmap“).

Fr. Dr. Groß und Herr Dr. Bickmann werden die zeitnahe Bereitstellung der Lastenhefte nach dem 25.03.2011 für die Mitglieder des Ärztlichen Beirats in die Wege leiten, sowie anregen, dass die Mitglieder über die Erarbeitung der Pflichtenhefte auf dem aktuellen Stand bleiben.

Interessenten und Interessentinnen für die Arbeitsgruppe „Roadmap“ werden gebeten auf Frau Dr. Groß und Herrn Dr. Bickmann zuzukommen. Mitarbeit signalisiert haben heute schon Herr Dr. Sander und Herr Blum.

TOP 5 Verschiedenes

Die nächste Sitzung findet am 13.04.2011 in den Räumlichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe statt. TOPs:

- Basis-TI und Online Versichertenstammdatenabgleich
- Empfehlung Notfalldatenmanagement

Weitere Sitzungstermine: 29.06., 31.08., 19.10., 14.12.