

Ärztlicher Beirat Telematik zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen

Forderungen des Ärztlichen Beirats zu einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakten (eEPA)

1. Das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten muss auch beim Einsatz einer eEPA gewahrt bleiben.
2. Eine eEPA darf nicht nur eine lose Sammlung von Behandlungsdokumenten sein, sondern muss die klinische Situation des Patienten in ausreichender Granularität phänomenologisch abbilden.
3. Für jeden Eintrag bzw. jedes Dokument muss ersichtlich sein, wer, wann, in welchem Kontext dieses in die eEPA eingestellt hat.
4. Der Einsatz einer eEPA darf nicht zu Mehraufwand in der täglichen klinischen Praxis führen; Aktionen zum Einstellen und Abrufen von Informationen müssen schnell und einfach innerhalb des Primärsystems möglich sein.
5. Mit Blick auf die mögliche Fülle der Informationen sind den Ärztinnen und Ärzten unkomplizierte Such- und Filterfunktionen zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen, schnell und effektiv die in einer konkreten Behandlungssituation relevanten Informationen zu selektieren.
6. Es ist sicherzustellen, dass revisionssicher festgehalten wird, welche Informationen zum Zeitpunkt des Zugriffs durch einen Behandler für diesen einsehbar waren, auch wenn der Patient nachträglich die Zugriffsrechte im Rahmen der informationellen Selbstbestimmung ändert.
7. Mit Blick auf die Informationsfülle und die informationelle Selbstbestimmung des Patienten muss die haftungsrechtliche Sicherheit für die Ärztinnen und Ärzte gegeben sein.
8. Die Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte sowie damit verbundene Vergütungen müssen geklärt sein.
9. Die eEPA muss in der Lage sein, Einträge in ihrem Kontext zu präsentieren.
10. Die eEPA muss mehr als ein Archiv sein. Sie muss als Plattform mittels geeigneter Funktionen den Dialog mit dem Nutzer ermöglichen.
11. Gegebenfalls hinterlegte Algorithmen müssen für den Nutzer transparent und abschaltbar sein.

Im Folgenden soll im Wesentlichen auf die Chancen und damit einhergehende wesentliche Aspekte eingegangen werden und damit auch ein Beitrag zur aktuellen Diskussion geleistet werden.

Eine gesetzliche, nicht nur grundlegende hippokratische Forderung ist, dass Ärztinnen und Ärzte Aufzeichnungen über ihre ärztliche Tätigkeit anfertigen müssen. So führen heute Ärztinnen und Ärzte nach §10 (1) der Berufsordnung ausführliche und sachgerechte Aufzeichnungen über die von ihnen durchgeführten Behandlungsschritte. Die in einer Institution angefertigten medizinischen Aufzeichnungen – institutionelle Patientenakten – bilden somit die Basis für das individuelle Handeln von Ärztinnen und Ärzten und finden sich in Form von unabhängigen Einträgen in einer papiergebundenen oder elektronischen Dokumentation wieder. Einträge in diesem Sinne sind Notizen zu eigenen Beobachtungen, Untersuchungsergebnisse oder Fremdbefunde sowie damit im Zusammenhang stehende eigene Interpretationen und Schlussfolgerungen – oftmals mittels eigener individueller Notationen und Abkürzungen. Über das die Patientinnen und Patienten betreffende Wissen haben Ärztinnen und Ärzte Verschwiegenheit zu wahren und dies auch für ihre Aufzeichnungen in ihren Institutionen sicherzustellen.

Ärztlicher Beirat Telematik zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen

Um diesen Einträgen eine zusammenhängende und zielführende Bedeutung zu geben, bedarf es einer zusätzlichen Beurteilung der Faktenlage durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte vor deren jeweiligem Wissens- und Erfahrungshintergrund. So wird beispielsweise aus einer Leukozytenzahl das Symptom einer Infektion und aus einer größeren Datensammlung eine Krankengeschichte. Die Einträge spiegeln in diesem Sinne nicht nur das Wissen über eine Patientin oder einen Patienten wider, sondern auch das eigene ärztliche Wissen und Können des Behandelnden und deren Kooperation miteinander.

Zunehmend wird nun der Einsatz von einrichtungsübergreifenden Elektronischen Patientenakten (eEPA) diskutiert und gefordert, mittels der die Dokumentationen zusammengeführt werden sollen, die in den einzelnen Einrichtungen vorhandenen sind und dort auch weiter verbleibenden sollen. Damit soll u.a. die Patientensicherheit erhöht werden; es sollen bessere Behandlungsentscheidungen auf der Basis aller relevanten Informationen getroffen werden können und die Abwicklung von einrichtungsübergreifenden Behandlungsprozessen verbessert werden. Damit kann eine eEPA zukünftig zu einem zentralen Versorgungsinstrument werden.

Voraussetzung ist, dass die Patientin oder der Patient der Nutzung der eigenen Daten in einer eEPA zugestimmt hat.

Prämisse zur Ausschöpfung des Nutzenpotenzials für die Patientenversorgung ist die ausreichende Granularität der Einträge und die Vollständigkeit aller relevanten Behandlungsdaten. Aus der Notwendigkeit einer Vollständigkeit der relevanten Behandlungsdaten ergibt sich jedoch ein gesellschaftliches Spannungsfeld zwischen der informationellen Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten einerseits und dem adäquaten Einsatz einer eEPA als werthaltigem Versorgungswerkzeug andererseits.

Darüber hinaus gibt es weitere Aspekte und Chancen, die betrachtet werden müssen.

- Mit einer eEPA wird sowohl die Patientensituation transparent als auch der fachliche Beitrag derjenigen, die an einer Behandlung beteiligt sind sowie deren Zusammenwirkens.
- Ein weiteres Novum ist die Möglichkeit, die Akteneinträge mittels hinterlegter Algorithmen auszuwerten. Diese Auswertung ist allein an die Plattform eEPA gebunden und damit unabhängig vom Einfluss der für die Eintragung der Daten verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte oder anderer dokumentierenden Personen.

Dadurch, nämlich durch die Mitwirkung von Algorithmen in der eEPA, schiebt sich zwischen das **bilaterale** Verhältnis von Patientin/Patient und Ärztin/Arzt nun ein **neuer Akteur**. Diese **trilaterale** Konstellation von Ärztin/Arzt, Patientin/Patient und der eEPA birgt Chancen und Risiken. Davon sind sowohl Patientinnen und Patienten als auch die Ärzteschaft betroffen.

Die Forderungen des Ärztlichen Beirates Telematik zu einer eEPA:

Integration von Patientenselbstdokumentationen/Eigenangaben des Patienten in die eEPA

- Von einer Patientin oder einem Patienten selbst erstellte Aufzeichnungen können zeitnah in die Dokumentation eingebracht werden.
- Informationen stehen schon vor dem Arztbesuch zur Verfügung.
- Eine kontinuierlich angepasste Betreuung wird ermöglicht.
- Die Eigenangaben von Patientinnen/Patienten können ebenfalls durch Algorithmen ausgewertet werden, beispielsweise als Grundlage für ein spezifisches Monitoring.

Ärztlicher Beirat Telematik zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen

Vollständigkeit für Zweckerfüllung vs. informationelle Selbstbestimmung

- Die Funktionalität einer eEPA basiert auf der möglichst vollständigen Implementierung der Patientendaten.
- Eine gute Patientensicherheit ist nur auf der Basis vollständiger Daten zu erreichen.
- Nimmt die Patientin oder der Patient das Recht auf die Selektion der eigenen Daten (Nicht-eintragung, Datenlöschung oder Datenverbergung) wahr, verliert die eEPA erheblich ihre medizinische Funktionalität, aber auch weitgehend ihre Verbindlichkeit.

Auswertbarkeit und Bewertung individueller Patientenakten in Abhängigkeit von deren Vollständigkeit

- Es besteht die Möglichkeit, dass mittels Automatismen die Patientensicherheit verbessert werden kann (z.B. durch automatisch generierte Alarmer bei pathologischen Werten, Wertekonstellationen und Trends im Rahmen eines Monitorings).
- Auf der Basis von eEPA-Inhalten können entscheidungsunterstützende Verfahren eingesetzt werden.
- Ein patientenindividualisierter automatisierter Informationsabruf zum aktuellen medizinischen Wissen wird möglich.
- Scores und andere wichtige Indices können automatisiert berechnet werden.
- Dokumentierte Angaben können unabhängig von der ursprünglichen Intention zum Zeitpunkt der Erfassung unter neuen Aspekten später neu bewertet werden.

Arztunabhängige algorithmische medizinische Interpretation (z.B. intelligente oder lernende Akte)

- Rohdaten können bei neuen medizinischen Erkenntnissen und selbst bei medizinischen Paradigmenwechseln wiederverwendet und neu bewertet werden.
- Neueinträge und Dokumente können automatisiert integriert und bewertet sowie mit bestehenden Einträgen verknüpft und abgeglichen werden.
- Bestehende Einträge können aufgrund weiterer Einträge neu bewertet werden.
- Widersprüche und widersprüchliche Einträge können zeitnah automatisch aufgezeigt werden.

Bildung und Auswertbarkeit von Kohorten z.B. für die Versorgungsforschung

- Für die Versorgungsforschung wie für medizinische Forschung insgesamt bergen anonymisierte Patientenaktensammlungen wertvolle Routinedaten und neue Möglichkeiten.
- Anonymisierte Patientenaktensammlungen können als Grundlage für epidemiologische Forschungen dienen.
- Auswertungen können zu neuen medizinischen Erkenntnissen beitragen, auf neue Trends hinweisen oder neue Fragestellungen aufwerfen.
- Zu beachten ist, dass der Grad der Anonymisierung und der Informationsgehalt inverskorreliert sind.

Ärztlicher Beirat Telematik zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen

Minder- und Mehraufwand

- Informationen von anderen Institutionen müssen nicht mehr aufwändig manuell in das eigene institutionelle Primärsystem (ambulant/stationär) eingepflegt werden, sondern können aus der eEPA übernommen werden.
- Übertragungsfehler beim Abschreiben werden vermieden aber u. U. auch fortgeschrieben.
- Informationen sind zeitnah und vollständig verfügbar.
- Die Prüfung auf Relevanz erfordert Mehraufwand für den Anwender.
- Weitere Informationen können mit bereits vorhandenen sinnvoll - gegebenenfalls automatisiert - verknüpft und angezeigt werden.

Grundsätzliche Aspekte

- Akten müssen strukturell und semantisch sektorneutral und anwenderneutral sein.
- Einträge müssen semantisch präzise, kohärent und algorithmisch fassbar sein.
- Die eEPA muss die verschiedenen ärztlichen Fachjargons verstehen.
- Die Nutzer der eEPA dürfen nicht in ihrem Sprachgebrauch eingeschränkt werden, die Umsetzung in eine kohärente Semantik muss durch eine Systemleistung unterstützt werden.
- Zeit und Authentizität der Einträge müssen nachvollziehbar sein (Zeitstempel).
- Etlche berufsrechtliche sowie juristische Aspekte müssen noch geklärt werden.