



Foto: Privat

Der weite Weg zur elektronischen Patientenakte

DR. MED. SILKE HAFERKAMP

Elektronische Akten stehen inzwischen seit vielen Jahren im Fokus der Diskussion um digitale Kommunikation im Gesundheitswesen. Dabei sind die Konzepte genauso vielfältig wie die Namen.

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal ist die vorgesehene Dauer der Datenspeicherung, die vom Zweck der Datenhaltung abhängt. Ebenso unterschiedlich ist die Hoheit über die Datenhaltung. Bei Akten zur Kommunikation ist zudem zu unterscheiden, wer mit wem kommuniziert: Kommunizieren zwei oder mehrere Leistungserbringende direkt oder kommuniziert ein Patient mit den jeweiligen Leistungserbringenden?

Neben den traditionellen Krankenakten der Leistungserbringer stehen verschiedene Ansätze von lebenslangen Patienten- oder Gesundheitsakten. Ziel bei diesen Akten ist eine Datensammlung auf Vorrat, das heißt möglichst vollständig alle Daten zu einem Menschen zu speichern, falls sie gebraucht werden. Die Hoheit über eine solche Akte kann nach dem deutschen Datenschutz nur bei den Patienten und Patientinnen selbst liegen. Im E-Health-Gesetz ist vorgesehen, bis 2018 die Voraussetzungen für eine solche Akte zu schaffen.

Das Konzept der elektronischen Fallakte fußt auf direkter Kommunikation

Der Behandlungskoordination dienen Akten auf Zeit, die zu einem bestimmten Zweck angelegt und mit Wegfall dieses Zwecks wieder gelöscht werden. Hierzu gehört die elektronische Fallakte (EFA), ein datenschutzrechtliches Konzept mit dem Ziel einer direkten Kommunikation

zwischen den Leistungserbringenden, die von den Patienten und Patientinnen autorisiert und jederzeit gestoppt werden kann, aber nicht inhaltlich gesteuert wird. Im Gegenzug sind die Leistungserbringenden datenschutzrechtlich dazu verpflichtet, nur für den Behandlungszweck relevante Informationen weiterzugeben.



Offene Fragen sind, wer die Arbeit zur Erstellung solcher Akten erbringt, wie sie gepflegt werden und wie nachher in einer Akte die wirklich wesentlichen Informationen sicher und vor allem vollständig gefunden werden können. Dies geht einher mit weiteren Überlegungen: Können Ärzte und Ärztinnen dafür haftbar gemacht werden, wenn sie in einer prall gefüllten, unübersichtlichen Gesundheitsakte eine relevante Information übersehen? Wie lange wären sie verpflichtet zu suchen? Wie kann die Suche informationstechnologisch unterstützt werden? Wer haftet gegebenenfalls für die Vollständigkeit solcher Suchergebnisse?

Während es technisch gut machbar ist, einfach alle erstellten ärztlichen Dokumente in eine Akte zu exportieren, bedeutet eine individuelle Einzelauswahl

von Behandlungsergebnissen manuellen Arbeitsaufwand, nicht zu sprechen von einer Zusammenfassung oder Bewertung der eingestellten Informationen. Bei einer kollegialen, arztgeführten Behandlungskommunikation darf üblicherweise davon ausgegangen werden, dass eine entsprechende Zuarbeit seitens der Kollegen und Kolleginnen erfolgt. Demgegenüber ist die Qualität einer patientengeführten Akte noch unvorhersehbar.

Ich halte eine Koexistenz dieser Kommunikationsformen für unabdingbar, da sie alle ihren spezifischen Zweck erfüllen und sich nicht gegenseitig ersetzen können. Voraussetzung für das Wiederfinden von Informationen und für den Austausch von Daten und Dokumenten ist allerdings die Nutzung derselben Standards, sowohl technisch als auch semantisch. Dies ist leider noch nicht selbstverständlich, da in Deutschland bisher anders als zum Beispiel in Österreich keine staatlichen Vorgaben bezüglich Standards geschaffen wurden und daher viele Kommunikationsnetze auf individuellen Insellösungen beruhen. Der Weg für uns in Deutschland ist also noch weit, das Ziel einer besseren und effizienteren Patientenversorgung lohnt sich definitiv. ◀

Dr. med. Silke Haferkamp war als Anästhesistin und Notärztin tätig und ist heute Bereichsleiterin für Klinische und Kaufmännische IT-Systeme und stellvertretende IT-Leiterin der Uniklinik RWTH Aachen.

E-Mail: shaferkamp@ukaachen.de