

Zur GMDS-Jahrestagung

Gastkommentar

Im Gesundheitswesen sind die Methoden, Werkzeuge und Techniken der Medizinischen Informatik, Biometrie und Epidemiologie unerlässlich. Ohne Informationsverarbeitung könnte heute kaum noch ein Labortest angefordert, kein CT und MRT erstellt und kein Krankenhaus betrieben werden. Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) widmet sich mit rund 2.000 Mitgliedern dieser Thematik in Theorie und Praxis, Forschung und Lehre.

Auch die nebenstehende Übersicht über internationale Aktivitäten auf dem Gebiet elektronischer Krankenakten entstand auf Initiative der GMDS. Trotz der vordergründig eher trockenen Materie erregt die Speicherung von Patientendaten speziell in Deutschland die Gemüter und sorgt immer wieder für Schlagzeilen, beispielsweise im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eGK.

Der Autor, Prof. Paul Schmücker, ist Präsident der GMDS-Jahrestagung 2010, die vom 5. bis 9. September in der Hochschule Mannheim stattfindet. Auch „heiße Themen“ werden hier sachlich und auf hohem Niveau diskutiert, darunter nicht nur elektronische Patientenakten, sondern auch mobile Assistenzsysteme, die Computermodellierung von Behandlungsprozessen u.v.m.

Weitere Informationen finden Sie unter www.gmds2010.de.



Prof. Dr. J. Haerting
Präsident der GMDS
info@gmds.de



Elektronische Krankengeschichten

Andere Länder, andere Akten

© Frank-Peter Funke - Fotolia.com

Im deutschen Sprachraum herrscht eine geradezu babylonische Begriffsvielfalt, wenn es um Speicherung und Abruf von Patientendaten geht. Eine Gruppe von Wissenschaftlern machte sich auf den Weg, die Entwicklungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu sichten und richtig einzuordnen.

Mit dem Begriff „Krankengeschichte“ ist jeder Arzt und Patient vertraut – oder glaubt dies zumindest. Nach einer Definition von Wagner und Koller versteht man darunter eine Sammlung aller medizinischen Informationen, die im Leben einer Person unabhängig vom Ort, von der Zeit und auch den Datenträgern wie Papier oder Festplatten anfallen. Eine so komplexe Datensammlung kann in der Regel nicht als physische Einheit verfügbar sein, das heißt, es gibt viele „Krankengeschichten“. Teile davon werden in Deutschland als EPAs, EGAs, EGKs und EFAs, in Österreich als ELGAs und in der Schweiz als Patientendossiers bezeichnet. Was steckt hinter all diesen Begriffen?

Die GMDS -Arbeitsgruppe AKU (Archivierung der Krankenunterlagen) traf sich von 7. bis 8. Juni in Wien mit Kollegen der drei D-A-CH-Länder, um nicht nur Licht in die begriffliche Vielfalt zu bringen, sondern auch die dahinterstehenden informationstechnischen Konzepte zu sichten und einzuordnen. Auf einen kurzen Nenner gebracht kann man sagen: Alle drei Länder arbeiten an der Einführung Elektronischer Patientenakten, jedoch mit

unterschiedlichen technischen Ansätzen, unterschiedlicher Intensität und Verbreitung sowie verschiedenen Konzepten des Datenschutzes.

Die Elektronische Patientenakte (EPA) ist in Deutschland ein Überbegriff für die Sammlung medizinischer Informationen auf digitalen Datenträgern zu einer Person in einer Institution. Die verschiedenen Informationen der EPA werden dabei über eindeutige Patientenidentifikationen zusammengeführt und rechnerunterstützt mit Interaktions-, Speicher- und Präsentationswerkzeugen verwaltet. Der Grad der Strukturierung, Formalisierung und Bildung von Metamodellen für Daten und Dokumente bestimmt die gezielten Zugriffsmöglichkeiten auf die Elektronische Patientenakte. Diese ist Bestandteil eines Krankenhausinformationssystems, aber kein Softwareprodukt.

Die Elektronische Gesundheitsakte (EGA) umfasst aus einer Krankengeschichte einen Teilausschnitt, der auf digitalen Datenträgern abgelegt ist, mehrere Institutionen an verschiedenen Orten betrifft und Dokumentationen des Patienten einbeziehen kann (aber nicht muss). EGAs

können serverbasiert vom Patienten selbst oder vom Arzt geführt werden und auch Daten aus dem Präventionsbereich (z. B. Ernährungs- und Trainingspläne) oder Messwerte von Homecare-Geräten (z. B. Blutzucker) enthalten. Die Kommunikation, die in der Regel orts- und zeitunabhängig über das Internet erfolgt, steht unter der Kontrolle des Patienten, soweit der Zugriff nicht anderweitig gesetzlich geregelt ist.

Im Gegensatz dazu befindet sich die Elektronische Gesundheitskarte (EGK) im persönlichen Besitz der Bürgers. Sie beinhaltet ebenfalls einen Teilausschnitt aus einer Krankengeschichte, der von mehreren Institutionen an verschiedenen Orten stammt. Die EGK ist eine multifunktionale Smartcard; auf ihr werden derzeit nur Verwaltungs- und Notfalldaten sowie elektronische Arztbriefe abgelegt. Sie dient dem einrichtungsübergreifenden Datenaustausch, z. B. zwischen Arztpraxis und Apotheke.

In der Elektronischen Fallakte (EFA) werden schließlich alle Informationen eines medizinischen Falles einrichtungsübergreifend zusammengefasst. Eine dafür entwickelte Software wird derzeit in mehreren Projektverbänden unter Routinebedingungen erprobt. Das Konzept sieht eine zentrale Dokumentenverwaltung und Patientenidentifikation (*Master Patient Index*), aber eine dezentrale Speicherung vor, das heißt die Daten und Dokumente werden dort aufbewahrt, wo sie entstehen, die Verzeichnisse dagegen zentral. Einige

Wochen nach Abschluss der Behandlung wird der jeweilige Fall aus dem zentralen Dokumentenverzeichnis gelöscht.

Unsere Nachbarn

In Österreich arbeitet man gegenwärtig an einem fortschrittlichen „Elektronischen Gesundheitsakt“ (ELGA). Als Basis für Anwendungen ist dort bereits die eCard flächendeckend eingeführt, dh. alle ca. 8,5 Millionen Österreicher haben eine Karte erhalten, auf der ihre Stamm- und Versicherungsdaten gespeichert sind. Der nächste Schritt ist die Realisierung der ELGA zur Aufbewahrung und Kommunikation von elektronischen Dokumenten. Dazu bauen österreichische Gesundheitseinrichtungen derzeit Informationssysteme auf. Es werden Arztbriefe, Labor-, Radiologiebefunde und Bilder sowie die elektronische Medikation als CDA¹-Dokumente mit Hilfe von IHE²-Profilen erzeugt und kommuniziert.

Basis der ELGA ist eine *Registry*, eine Art Dokumentenverzeichnis mit Verweisen auf die jeweiligen Aufbewahrungsorte. Dokumente und Daten können dezentral oder zentral abgelegt werden. Voraussetzung ist der Aufbau eines einrichtungsübergreifenden *Master Patient Index* zur Vergabe von Patientenidentifikationen.

Die Anforderungen des Datenschutzes sind in Deutschland und Österreich unterschiedlich. In Österreich wird davon ausgegangen, dass der Patient grundsätzlich einverstanden ist, dass seine Dokumente

in dem ELGA gespeichert werden. Er besitzt aber ein Widerspruchsrecht, um die Speicherung seiner Daten zu untersagen. In Deutschland dagegen muss bei den freiwilligen Anwendungen (Arztbriefe, Gesundheitsakten etc.) die Einwilligung vor der Speicherung eingeholt werden.

In der Schweiz nennt man die Patientenakte ein „Patientendossier“. Zentral aufbewahrte Elektronische Dossiers gibt es bisher in keinem Kanton, aber im Kanton Genf (Projekt *e-Toile* von franz. *Stern*) entwickelt man IT-Systeme, mit denen Ausschnitte aus Krankengeschichten dezentral abgelegt werden sollen, auf die dann Leistungserbringer über ein Netzwerk zugreifen können. Im Jahr 2007 erarbeitete der Bund mit seinen 26 Kantonen eine Strategie *eHealth Schweiz*. Derzeit werden die Versichertenkarte sowie ein Medizinalberufsregister (*MedReg*) eingeführt. Geplant sind zudem elektronische Patientendossiers und Anwendungen der Telemedizin und des Telemonitorings. 🌸

¹ *Clinical Documentation Architecture*

² *Integrating the Healthcare Enterprise*



Prof. Dr. Paul Schmücker, GMDs e.V.
Hochschule Mannheim, Inst. für Med. Informatik
p.schmuecker@hs-mannheim.de



55. GMDs-Jahrestagung

Effiziente und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung von heute und morgen – nur mit Medizinischer Dokumentation, Medizinischer Informatik, Medizinischer Biometrie und Epidemiologie

05.-09. September 2010 in der Hochschule Mannheim, Informationen und Anmeldung unter www.gmds2010.de