

Elektronische Patientenakte

Was der Befundbericht bei der Befüllungspflicht bedeutet

Empfehlungen zur verpflichtenden Befüllung der elektronischen Patientenakte ab 2025 aus rechtlicher und medizinischer Sicht.

Text | Prof. Dr. med. Sebastian Spethmann, Dr. jur. Christoph Weinrich,
Prof. Dr. med. Georg Ertl, Dr. med. Philipp Stachwitz

Deutsches Herzzentrum der Charité, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Mitglied der Kommission Digitale Transformation: S. Spethmann
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Leiter Stabsbereich Recht: C. Weinrich
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz, Universitätsklinikum Würzburg: G. Ertl
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Leiter Stabsbereich Digitalisierung: P. Stachwitz

Seit Mitte Januar stellen die Krankenkassen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften des Digitalgesetzes (DigiG) allen gesetzlich Krankenversicherten eine elektronische Patientenakte („ePA für alle“) zur Verfügung, es sei denn sie widersprechen. Neben dieser grundlegenden Änderung für die Versicherten sind zukünftig Ärzte und Psychotherapeuten gesetzlich verpflichtet, eine Reihe von Daten in die ePA einzustellen.

Aus medizinischer Sicht ist die elektronische Patientenakte (ePA) ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Kontinuität der medizinischen Versorgung durch eine digitale Bereitstellung medizinischer Dokumente im Rahmen der fachgebiets-, einrichtungs- und sektorenübergreifenden Patientenversorgung und damit auch der Patientensicherheit. Sie ist nach § 341 SGB V eine „versichertengeführte“ Akte. Mit ihr sollen den Versi-

cherten Informationen zu ihrer medizinischen Behandlung bereitgestellt werden. Durch die ePA sollen zugleich aber auch die durch Ärzte und Psychotherapeuten erfolgende Anamnese, Befunderhebung und Behandlung gezielt unterstützt werden. Man könnte die ePA damit auch als Kopie für den Versicherten („Versichertendurchschrift“) mit medizinischem Zusatzzweck bezeichnen.

Diese doppelte Zweckbestimmung der ePA verursacht in der Auslegung unbestimmter

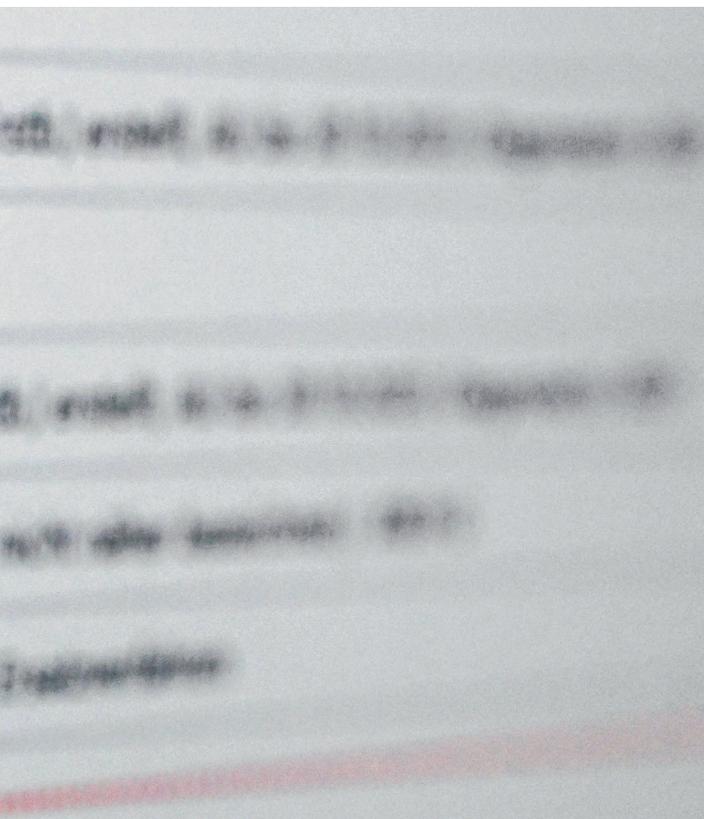


Foto: picture-alliance/dpa/Janis Kabane

Rechtsbegriffe Fragen, die zu Anwendungsproblemen für Ärzte und Psychotherapeuten werden könnten, so sie nicht geklärt werden. Klärungsbedarf besteht insbesondere vor dem Hintergrund der ab dem bundesweiten Roll-out geltenden grundsätzlichen Pflicht von Leistungserbringern in der vertragsärztlichen Versorgung und in Krankenhäusern, zukünftig von ihnen in der konkreten aktuellen Behandlung erhobene und elektronisch verarbeitete Behandlungsdaten in die ePA ihrer Patienten zu übertragen, sofern diese nicht widersprechen. Die Befüllung der ePA soll auf der einen Seite den rechtlichen Anforderungen genügen, auf der anderen Seite soll die ePA aber auch medizinisch sinnvoll befüllt werden. Hier stellt sich die Frage, welche Daten aus rechtlicher wie auch medizinischer Sicht von Ärzten und Psychotherapeuten in die ePA zu übertragen sind.

Befüllungspflicht

Die Pflicht zur Befüllung der ePA regelt das Sozialgesetzbuch V (Kasten). Ab dem Roll-out der ePA, voraussichtlich im Frühjahr 2025, gilt die Verpflichtung, folgende Daten in die ePA zu übertragen, sofern diese elektronisch verarbeitet wurden:

- Daten zu Laborbefunden,
- Befundberichte aus bildgebender Diagnostik,
- Befundberichte aus invasiven oder chirurgischen sowie aus nichtinvasiven oder konservativen Maßnahmen,
- elektronische Arztbriefe,
- Entlassbriefe der Krankenhäuser.

Wenn bei den vorgenannten Befüllungspflichten der ePA von Befundberichten die Rede ist, so findet sich hierfür

Rechtlicher Hintergrund

Die Pflicht zur Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) regeln § 347 (für Vertragsärzte und -psychotherapeuten) beziehungsweise § 348 (für Krankenhäuser) des Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der durch das DigiG ab 15. Januar 2025 gültigen Fassung.

Nach § 347 Abs. 1 beziehungsweise § 348 Abs. 1 SGB V ist die ePA mit Daten des Patienten zu befüllen, die als sogenannte Anwendungsfälle der ePA nach § 342 Abs. 2a–c SGB V in einem interoperablen Format verarbeitet werden: Arzneimittelbezogene Verordnungsdaten und Dispensierinformationen, Daten des elektronischen Medikationsplanes, Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit, Daten der elektronischen Patientenakte, Daten zu Laborbefunden, Daten zu Hinweisen und den Aufbewahrungsort der Patientenverfügung, Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende.

Da die vorgenannten Daten jedoch in einem interoperablen Format vorliegen müssen und dies mit Beginn des Roll-outs der ePA im Frühjahr 2025 zunächst noch nicht der Fall sein wird, werden diese Daten im Folgenden nicht weiter betrachtet. Eine Ausnahme stellen die arzneimittelbezogenen Verordnungsdaten und Dispensierinformationen dar, die in der ePA mit Beginn des Roll-out in Form einer elektronischen Medikationsliste (eML) erscheinen werden, sofern ein Versicherter der eML nicht widersprochen hat. Grundlage für die automatisch erstellte eML sind alle Arzneimittelverordnungen, die per eRezept erfolgen, und insofern keine Befüllung der ePA durch Leistungserbringer im eigentlichen Sinn darstellen.

Darüber hinaus besteht nach § 347 Abs. 2 beziehungsweise § 348 Abs. 3 SGB V die – ab dem Roll-out der ePA, voraussichtlich im Frühjahr 2025 relevante – Verpflichtung, folgende Daten in die ePA zu übertragen, sofern diese elektronisch verarbeitet wurden: Daten zu Laborbefunden, Befundberichte aus bildgebender Diagnostik, Befundberichte aus invasiven oder chirurgischen sowie aus nichtinvasiven oder konservativen Maßnahmen, elektronische Arztbriefe, Entlassbriefe der Krankenhäuser.

Die in § 341 SGB V definierte ePA wird neben der Patientenakte des § 630 f BGB geführt, von der sie klar abgegrenzt werden muss. Die Zweckbestimmung der Patientenakte des § 630 f BGB (im Folgenden als Primärdokumentation bezeichnet) ist darauf gerichtet, „sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen“ und dient also – im Unterschied zur ePA des § 341 SGB V – der Volldokumentation der medizinischen Behandlung durch Ärzte und Psychotherapeuten.

Die ePA hat aber wie angesprochen einen anderen Zweck: Indem sie den Patienten im Rahmen der Behandlung unterstützen soll, ist sie im Wesentlichen ein Kommunikationsmittel. Damit lässt sich aus rechtlicher Sicht festhalten, dass – anders als in die Primärdokumentation des § 630 f BGB – in die ePA zwingend nur solche Dokumente aufgenommen werden müssen, die für einen mit- oder weiterbehandelnden Arzt oder Psychotherapeuten von medizinischem Wert sind. Bei der ePA handelt es sich eben nicht um eine Volldokumentation der Behandlung, sondern um ein Instrument zur Unterstützung der ärztlichen Anamnese, Befunderhebung und Behandlung, entsprechend zum Beispiel in einem Arztbrief, bei dem der kommunikative Nutzen im Mittelpunkt stehen muss.

Der vorliegende Artikel befasst sich nicht mit den sogenannten „Wunschdaten“ nach § 347 Abs. 4 SGB V. Sofern der Patient dies wünscht, ist so etwa auch eine Durchschrift der Primärdokumentation in die ePA einzustellen.

verständlicherweise keine Legaldefinition. Es ist die Aufgabe der Medizin in Zusammenarbeit mit der Rechtswissenschaft, neue Rechtsbegriffe zu definieren. In die ePA zwingend aufgenommen werden müssen nur solche Dokumente, die für einen mit- oder weiterbehandelnden Arzt oder Psychotherapeuten von medizinischem Wert sind (*Kasten*).

Behandlungskontext

Erste Voraussetzung für das Vorliegen der oben ausgeführten Befüllungspflicht ist, dass die Daten im Rahmen der konkreten aktuellen Behandlung durch die Leistungserbringer erhoben wurden. Dieser sogenannte Behandlungskontext bildet nach der Gesetzesbegründung zunächst eine zeitliche Begrenzung der Befüllungspflichten auf den jeweiligen Behandlungsfall, der in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch den Bundesmantelvertrag auf das Behandlungsquartal und dieselbe Praxis sowie in der stationären Versorgung auf den Behandlungsfall begrenzt wird. Dokumente vergangener Versorgung können eingestellt werden, es besteht jedoch keine Pflicht, dies zu tun.

Der Behandlungskontext umfasst sämtliche relevanten Informationen, die im Rahmen der Patientenversorgung entstehen. Dazu gehören grundsätzlich diagnostische Befunde, Therapiepläne, Ambulanzbriefe, Laborergebnisse, Bildgebungsbefunde, OP-Berichte und Entlassungsberichte. Der Interpretationsspielraum bezüglich dessen, was als Behandlungskontext gilt, sollte genutzt werden, um eine umfassende und patientenzentrierte Dokumentation sicherzustellen.

Befundbericht

Hier stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, was unter einem Befundbericht zu verstehen ist. Angesichts der vorgenannten Zweckbestimmung kann unter dem Begriff des Befundberichtes aus medizinischer Sicht nur das verstanden werden, was für einen mit- und weiterbehandelnden Arzt oder Psychotherapeuten von

Interesse ist und den Charakter eines Berichtes hat. Da der Befundbericht feststehende Fakten zum Ausdruck bringen soll, kommt eine Einstellung von Informationen in die ePA erst dann in Betracht, wenn sie vollständig sind. Solche Dokumente umfassen typischerweise Arztbriefe und Untersuchungsberichte in der ambulanten Versorgung, sowie Entlassbriefe und Ambulanzberichte der Krankenhäuser. Dies wird darin bestätigt, dass die ePA ja nicht die Zielsetzung hat, neue medizinische Berichtspflichten zu begründen – vielmehr soll das, was schon bisher berichtet wurde, in das ergänzende Kommunikationsmittel ePA transferiert werden.

Dahingegen sollte in die ePA keineswegs unter dem dann fälschlichen Deckmantel des „Befundberichtes“ jede durch Ärzte oder Psychotherapeuten erfolgende schriftliche Aufzeichnung und Dokumentation eingestellt werden. Das sind zum Beispiel Verdachtsdiagnosen, differenzialdiagnostische Abklärungen, vorläufige Diagnosen und Notizen des Arztes, die der persönlichen Bewertung, als Gedächtnisstütze oder einer Verlaufsdocumentation dienen. Auch zum Beispiel schriftliche Konsile in Krankenhäusern sollten nicht in die ePA übertragen werden, da sie Teil des stationären Entlassbriefes sind, der in seiner Gesamtheit die für die Weiterbehandlung verlässliche Zusammenfassung eines stationären Behandlungsfalls darstellt. Dasselbe gilt auch für im Rahmen einer ambulanten Diagnostik erhobene und schriftlich dokumentierte Teilbefunde. Diese Dokumente oder Informationen könnten aufgrund ihrer potenziellen Unvollständigkeit oder Vorläufigkeit missverstanden werden. Eine Ausnah-

Circa

73

Millionen Versicherte erhalten eine elektronische Patientenakte

Bei der ePA handelt es sich eben nicht um eine Volldokumentation der Behandlung.

me stellt allerdings – trotz seines Namens – der „vorläufige Arztbrief“ (oder Entlassbrief) eines Krankenhauses dar, der trotz seines teilweise noch vorläufigen Charakters der schnellen Information Dritter, oft ambulant weiterbehandelnder Ärzte, dient und daher auch in die ePA übertragen werden sollte.

Fazit

Bei den hier formulierten Empfehlungen handelt es sich um eine erste allgemeine Stellungnahme aus rechtlicher und medizinischer Perspektive. Sie soll in der ambulanten und stationären Versorgung tätigen Ärzten und Psychotherapeuten Anhaltspunkte zum konkreten Umgang mit den in den §§ 347 und 348 SGB V formulierten und ab 2025 geltenden Befüllungspflichten der ePA geben. Um die ePA zukünftig optimal zu gestalten, ist es sinnvoll, dass die einzelnen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände basierend auf diesen Empfehlungen spezifische und detaillierte Vorschläge für ihr Fachgebiet erarbeiten, da jede Disziplin spezifische Anforderungen hat. Nur so kann sichergestellt werden, dass die ePA die relevanten Informationen enthält. ■