

Kai Reimers

Ergebnisse des 23. Workshop der Aachener Learning Community ‚innovative IT in der Medikamentenversorgung‘ am 1. März 2022

Herr Reimers hat zunächst zwei neue Mitglieder der Learning Community begrüßt. Herr Mathias Freitag ist Fachapotheker für klinische Pharmazie. Als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Altersmedizin der Uniklinik Aachen beschäftigt er sich mit dem Aufbau der ‚Sprechstunde Polypharmazie‘ und ist gleichzeitig Mitarbeiter der Uniapotheke bei Herrn Eisert. Frau Eva Steinfeld ist ausgebildete Ergotherapeutin und arbeitet als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Innovationszentrum für digitale Medizin der Uniklinik Aachen. In dieser Funktion ist sie auch wesentlich in das regionale Projekt ‚Care and Mobility‘ involviert.

Die zentrale Fragestellung des Workshops war: Was ist die (angemessene) Form einer modernen Dokumentation von Patientendaten im 21. Jahrhundert? Diese Frage war vor dem Hintergrund der Anfang 2021 eingeführten elektronischen Patientenakte (ePA) gestellt worden. Allerdings ging es auf dem Workshop nicht primär um die Beurteilung der ePA also solcher; vielmehr sollte zunächst ein Verständnis dafür geschaffen werden, wie der Alltag des Führens einer Patientenakte aus ärztlicher Sicht aussieht, um, von dort ausgehend, die zentralen Problematiken und mögliche Lösungsansätze bei der Erweiterung des Kreises der Nutzer der Patientenakte herauszuarbeiten und aufzuzeigen. Hierzu hatte zunächst Herr Grebe aus seinem ärztlichen Alltag berichtet und dabei auch die Kernpunkte der Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft zur ePA angesprochen. In der anschließenden Diskussion wurden dann insbesondere drei Problematiken aufgedeckt: Gefahr der Verdeckung medizinisch relevanter Informationen durch bürokratische Elemente (Formalisierung); Gefahr der Ansammlung nicht-relevanter oder nicht-korrekt medizinischer Informationen (‚Vermüllung‘); Gefahr der Erzeugung einer ‚Illusion der Transparenz‘.

Kurzbericht von Herrn Grebe über den Alltag des Führens einer Patientenakte aus ärztlicher Sicht

Die Patientenakte in einer hausärztlichen Praxis besteht zum größten Teil (etwa 80%) aus Befunden, die vielfach von anderen Einrichtungen stammen und z.T. auch von den Patienten selbst mitgebracht werden. Eigene Aufzeichnungen machen dementsprechend nur etwa 20% des Inhalts einer Patientenakte aus. Dies kann aber in anderen medizinischen Bereichen, etwa in der Psychiatrie, anders sein. Das wesentliche Problem der früher handschriftlich geführten Patientenakte lag in deren Unübersichtlichkeit, die mit der Zeit entstand und zunahm. Dieses Problem ist durch den Übergang auf eine elektronisch geführte Patientenakte¹ weitgehend gelöst worden, indem die Eintragungen stark

¹ Der Begriff der elektronischen Patientenakte ist doppeldeutig. Er kann sich sowohl auf die in einer Arztpraxis oder einer anderen medizinischen Einrichtung elektronisch geführten Patientenakte beziehen als auch auf eine zwischen verschiedenen medizinischen Einrichtungen geteilte und elektronisch geführte Patientenakte. Bei der ‚ePA‘ handelt es sich um letzteres; es wäre in diesem Fall daher besser, von einer ‚einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte‘ oder einer ‚nationalen elektronischen Patientenakte‘ zu sprechen, um diese von den in den Arztpraxen und anderen medizinischen Einrichtungen i.d.R. ebenfalls elektronisch geführten Patientenakten abzugrenzen. In diesem Bericht erfolgt die Abgrenzung der Einfachheit halber dadurch, dass der Begriff im Fall von einrichtungsinternen elektronischen Patientenakten ausgeschrieben wird.

strukturiert sind und entsprechend gefiltert werden können. So lassen sich zum Beispiel alle Arzneimittelverordnungen über einen bestimmten Zeitraum einfach und übersichtlich anzeigen.

Während die meisten jeweils relevanten Daten in der elektronischen Patientenakte selbst gespeichert werden, müssen Bilddateien (Röntgenbilder, MRT-Scans) aufgrund ihrer Größe extern, i.d.R. auf einer CD-ROM gespeichert werden.

Externe Dokumente, einschließlich Arztbriefe, erreichen die Praxis vielfach noch in physischer Form, werden dann eingescannt und das Original wird vernichtet (Herr Paulzen berichtete, dass dies im Alexianerkrankenhaus genauso gehandhabt wird).

Die elektronische Patientenakte wurde in der Praxis von Herrn Grebe vor etwa zehn Jahren eingeführt. Der größte damit verbundene Arbeitsaufwand bestand darin, die vorhandenen Papierakten einzuscannen. (Patientenakten müssen zehn Jahre lang aufbewahrt werden.)

Eine wesentliche Funktion der Patientenakte besteht, neben der Unterstützung der ärztlichen Arbeit, darin, das ärztliche Handeln im Streitfall vor Gericht belegen zu können, sie müssen also ‚gerichtsfest‘ sein. Zum Beispiel ist es wichtig, im Zweifelsfall nachweisen zu können, dass der Patient über mögliche Nebenwirkungen eines Arzneimittels aufgeklärt wurde.

Während der Inhalt der elektronischen Patientenakte nicht identisch ist mit den intendierten Inhalten der ePA, haben Patienten das Recht, ihre in der Arztpraxis geführte Akte einzusehen. Sie sollte daher auch so geführt werden, dass sie für Patienten nachvollziehbar ist und sie sich in ihrer Würde nicht beschädigt sehen. Die angestrebte ePA würde die Tendenz zu einer solchen ‚Kommunikation auf Augenhöhe‘ noch verstärken.

Aus ärztlicher Sicht ist die bisherige Nutzung der ePA (Stand März 2022) weit hinter den hohen Erwartungen zurückgeblieben. Gründe liegen in technischen Schwierigkeiten, der mangelnden Akzeptanz unter Ärzten und Patienten, sowie in der Schwierigkeit, die ePA in den ärztlichen Alltag einzubinden. Hinzu kamen die enormen Zusatzbelastungen durch die Pandemie.

Die Formalisierungsproblematik

In der Diskussion wurde zunächst schnell deutlich, dass mit der Erweiterung des Adressatenkreises einer Patientenakte, die mit der Einführung der ePA ja notwendig und intendiert verbunden ist, auch die aus rechtlichen Gründen eingegebenen Daten zunehmen werden. Schon jetzt ist es so, wie Herr Grebe auf Nachfrage von Herrn Wolff berichtete, dass z.B. zum Nachweis einer erfolgten Aufklärung der Patienten bei der Verordnung bestimmter Medikamente Textbausteine in die Patientenakte eingefügt werden. Herr Augustin berichtete aus seinem Alltag als Psychiater, dass die Bedeutung der Patientenakte zur rechtlichen Absicherung in seinem Bereich noch viel größer sei, wodurch eine Tendenz hin zu einer nur auf (rechtliche) Sicherheit bedachten Medizin (‚Sicherheitsmedizin‘) verstärkt werden könne. Es kann daher erwartet werden, dass bei einer Ausweitung des Adressatenkreises der Patientenakte die Anzahl solcher rein formalen, und möglicherweise automatisch erzeugten Informationen zunimmt und damit den Blick auf die jeweils aus der Sicht der Heilberufler und Patienten relevanten Informationen verdeckt.

Die Gefahr einer ‚Vermüllung‘ der Patientenakte

Eine solche Gefahr ist schon in früheren Projekten, etwa im Kontext der Einführung der sogenannten Mamma-Akte Anfang der 2000er Jahre, gesehen worden, insbesondere dann, wenn die erfassten Daten nicht strukturiert sind und damit nicht automatisch gefiltert werden können. Wenn eine einrichtungsübergreifende Patientenakte von einem sehr großen Teilnehmerkreis genutzt werden soll, die Adressaten für die die Daten einpflegenden Akteure nicht bekannt sind, und zusätzlich die Anreize für das Einpflegen von Daten sehr gering sind – Herr Grebe wies darauf hin, dass das ‚Befüllen‘ der ePA mit nur 10 Euro honoriert wird, was bei einer langen Krankengeschichte in einem krassen Missverhältnis zu dem damit verbundenen Aufwand steht – dann ist der Anreiz groß, Daten einfach nur in die Patientenakte zu kopieren, ohne sie zuvor zu sichten, um sie auf Relevanz zu prüfen, zu strukturieren, oder nicht mehr benötigte oder falsche Daten zu löschen. In der ePA würden sich damit schnell irrelevante oder auch falsche Daten ansammeln. Diese Gefahr wurde von den Workshopteilnehmern aber unterschiedlich bewertet. So wies Frau Härter darauf hin, dass es eine gegenläufige Gefahr der voreiligen Aussortierung von Daten gebe, und betonte die Möglichkeit, mit Hilfe von Methoden der Künstlichen Intelligenz auch unstrukturierte Daten auswerten zu können.

Die Gefahr der ‚Illusion von Transparenz‘

Als die am weitaus komplexeste Problematik hat sich die Spannung zwischen ärztlicher Verordnung intention und tatsächlichem Einnahmeverhalten der Patienten erwiesen, eine Spannung, die in den Diskussionen der Learning Community von Beginn an immer wieder thematisiert wurde und als Spannung zwischen den Leitbildern des mündigen Patienten und der vollständigen Medikationsübersicht artikuliert wurde. So wies Herr Freitag auf der Basis seiner Erfahrung als klinischer Pharmazeut daraufhin, dass Patienten Medikamente praktisch nie so einnehmen würden wie ärztlich verordnet. Herr Grebe brachte dazu den Begriff des ‚menschlichen Faktors‘ in die Diskussion ein, womit gemeint ist, dass sich Menschen nicht verhalten wie Maschinen, deren Verhalten durch Instruktionen exakt gesteuert werden könne, sondern dass bei Menschen auch Emotionen immer eine Rolle spielen würden. Herr Freitag wies in diesem Zusammenhang auf den Wechsel der Begrifflichkeit – von Compliance zu Adhärenz – hin und Herr Grebe ergänzte, dass dieser begriffliche Wandel auch mit einer stärkeren Betonung der Rolle des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient verbunden sei. Der Begriff der Adhärenz sollte demnach nicht lediglich in einem formalen Sinne – Arzt und Patient schließen nach Aufklärung über Nebenwirkungen etc. eine Art Vertrag, der anschließend für den Patienten bindend ist – interpretiert werden.

Für das Führen einer (einrichtungsübergreifenden) Patientenakte ergibt sich hieraus aber die Problematik, dass nicht unmittelbar klar ist, welchen Status dort hinterlegte ‚Medikationsinformationen‘ haben. Medikationsdaten könnten z.B. aus den ärztlichen Verordnungen sowie Arzneimittelabgaben in der Apotheke automatisch generiert und in der ePA abgelegt werden und wären damit immer aktuell und vollständig, eine aus Apothekersicht besonders wünschenswerte Maßnahme, wie Frau Neumann betonte. Auch Herr Freitag berichtete aus dem Klinikalltag über häufig völlig veraltete Medikationsinformationen in den Patientenakten, was manchmal dadurch kompensiert werde, dass die Klinik, mit Einwilligung der Patienten, Daten über die Arzneimittelabgaben der jeweiligen Apotheken anfordere.

Dies bedeutet aber eben noch nicht, dass die Patienten die Medikamente auch so wie verordnet einnehmen. Bei einer in diesem Sinne vollständigen Übersicht der Medikationsdaten eines Patienten könnte es sich also um eine ‚Illusion der Transparenz‘ handeln. Es ist daher notwendig, solche Medikationsinformationen zu ergänzen um Informationen über das tatsächliche Einnahmeverhalten der Patienten. Dazu müssten sich diese aber den sie betreuenden Ärzten und Apothekern ‚offenbaren‘

und die Hürden sind hier oft hoch. Frau Härter betonte in diesem Zusammenhang wiederum die große Bedeutung der Rolle von Vertrauen, wobei in dieser Hinsicht häufig Apotheker einen Vorteil hätten, da Patienten hier weniger harte ‚Sanktionen‘ fürchteten. Herr Grebe bestätigte dies, indem er einerseits betonte, dass die ärztliche Autorität immer noch wichtig sei, dass es aber andererseits auch eine Wechselwirkung zwischen Adhärenz und Vertrauen gebe: In dem Maße, in dem ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient entstehe, wächst auch die Bereitschaft der Patienten, die verordneten Arzneimittel so wie vereinbart einzunehmen. Dies könne aber nur im persönlichen Kontakt geschehen.

Insgesamt waren sich die Workshopteilnehmer einig, dass es sinnvoll ist, die Entwicklung in einem Jahr erneut in den Blick zu nehmen und die Diskussion fortzusetzen.