

Die elektronische Patientenakte in der psychotherapeutischen Versorgung

Psychotherapeutenkammer Hessen | 26. Januar 2022

Dr. Alessa Jansen

- Daten zu psychischen Erkrankungen sind besonders sensible Informationen
→ Datenschutz und Datensicherheit von zentraler Bedeutung
 - Zugriff auf ePA muss höchsten Sicherheitsanforderungen genügen
 - Zugriff auf besonders sensible Inhalte der ePA braucht feingranulare Steuerung (differenziertes Berechtigungsmanagement statt Alles-oder-Nichts-Prinzip)
 - Versicherte brauchen umfassende Informationen auch zu Datensicherheit und Datenschutz, um informierte Entscheidung treffen zu können
- für Versicherte muss transparent erkennbar sein, welche Zielsetzung mit zusätzlichen Anwendungen verbunden sind, insb. wenn diese durch die Krankenkassen im Rahmen der ePA zur Verfügung gestellt werden.
- Akzeptanz entsteht durch Nutzen für die psychotherapeutische Versorgung
→ Sanktionen sind kein geeignetes Mittel um Akzeptanz zu erhöhen

- **§ 341 Abs. 1 SGB V** „Die elektronische Patientenakte ist eine **versichertengeführte elektronische Akte**, die den Versicherten von den Krankenkassen auf Antrag zur Verfügung gestellt wird. Die Nutzung ist für die Versicherten **freiwillig**. (...)“
- **§ 341 Abs. 6 SGB V** „Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden **Leistungserbringer** haben gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung nachzuweisen, dass sie über die für den **Zugriff auf die elektronische Patientenakte** erforderlichen Komponenten und Dienste verfügen. (...)“
- **§ 346 Abs. 1 SGB V** „Ärzte, Zahnärzte und **Psychotherapeuten**, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (...), haben auf der Grundlage der Informationspflichten der Krankenkassen nach § 343 die **Versicherten** auf deren Verlangen bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte ausschließlich im **aktuellen Behandlungskontext** zu **unterstützen**. Die **Unterstützungsleistung** nach Satz 1 umfasst die Übermittlung von medizinischen Daten in die elektronische Patientenakte und ist ausschließlich auf medizinische Daten aus der **konkreten aktuellen Behandlung beschränkt**. (...)“

Wo sind welche Daten?

Daten in einer psychotherapeutischen Praxis

- Kontakt-/Stammdaten von Patient*innen
- Abrechnungsdaten (Diagnosen, Leistungen)
- Behandlungsverträge
- Behandlungsdokumentation, z.B.
 - Anamnesedaten
 - Psychopathologischer Befund
 - Diagnosen
 - Bericht an den Gutachter
 - Formulare z.B. PTV11
 - Arztbriefe von Vor-/Mitbehandelnden
 - Fragebögen
 - „Stundenprotokolle“ (Befund, Beziehung, Interventionen etc.)
 - ...

Mögliche Daten in ePA

- Stammdaten
- Abrechnungsdaten (Diagnosen, Leistungen)
- bisher aufgesuchte Ärzt*innen/Psychotherapeut*innen
- eigene Notizen der Patient*in
- Arztbriefe
- Befunde
- Strukturierte Informationen zu spez. Themen (MIOs)
 - Impfpass
 - Mutterpass
 - Medikationsplan
 - Notfalldatensatz
 - ...
- Hinweise auf Vollmachten
- ...

Unterschiedliche Daten

Daten in der psychotherapeutischen Praxis/Behandlungsdokumentation ePA

Wer entscheidet, was drin ist?	Psychotherapeut*in	Patient*in
Wen sollen Daten unterstützen?	Psychotherapeut*in ggf. weitere Fachpersonen	Patient*in
Müssen Daten vollständig sein?	ja	nein
Zweck der Datenspeicherung	Abrechnung, Dokumentation von Behandlung	Unterstützung von Patientenautonomie, Kommunikation mit verschiedenen Behandelnden
Verantwortlich für Datenverarbeitung	Psychotherapeut*in	Jeweilige Krankenkasse

Behandlungsdokumentation ≠ elektronische Patientenakte!

- ePA ersetzt keine Behandlungsdokumentation
- Kein automatischer Datenabgleich
- Daten in psychotherapeutischen Praxen liegen nicht unbedingt in ePA-geeigneten Formaten vor

- Überführung von Dokumenten zw. Behandlungsdokumentation und ePA erfordert Abstimmung mit Patient*in und gezielte Auswahl

Fragen aus Sicht von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen

- Will ich Daten zur psychotherapeutischen Behandlung speichern?
 - Will ich Daten zur psychotherapeutischen Behandlung *elektronisch* speichern?
 - Will ich Daten zur psychotherapeutischen Behandlung *elektronisch in der ePA* speichern?
 - Welche Daten zur psychotherapeutischen Behandlung will ich in der ePA speichern?
 - Mit welchem Ziel will ich Daten zur psychotherapeutischen Behandlung will ich in der ePA speichern? (Für mich? Zur Kommunikation mit anderen Behandelnden?)
 - Wenn Daten in der ePA gespeichert sind: welche Daten will ich mit wem teilen?
- **Beratung und Klärung erforderlich!**

- Patient*innen vergeben Zugriffsrechte
 - entweder selbst auf eigenem Smartphone/Tablet vor Besuch in der spez. Praxis
 - oder in der Praxis durch Eingabe in PVS und Bestätigung über eGK+PIN/Kartenterminal
- Zugriffsrechte können unterschiedlich breit vergeben werden:
 - übergreifend (alle Inhalte, die von Patient*in oder durch Leistungserbringer*innen eingestellt wurden)
 - oder Nutzen von feingranularem Berechtigungsmanagement auf Einzel-Dokumentenebene
- Zugriffsrechte können zeitlich angepasst werden
 - Zeitlich eng umgrenzt, z.B. 1 Tag
 - Zeitlich umfassend, aktuell max. 18 Monate

PVS → ePA: Dokumente einstellen

Grundsätzlich:

- Patient*in entscheidet → nur auf Wunsch der Patient*in
- Überführen von Dokumenten von PVS in ePA bedeutet Ablegen von Kopien, es findet kein automatischer Abgleich zw. ePA und PVS statt
- Ablage in ePA ersetzt keine Dokumentation/Aufbewahrungspflicht

Bei der Beratung beachten:

- Datenschutz und Datensicherheit
- Stigmatisierung möglich?

Fragen vorab:

- Wozu sollen Daten eingestellt werden?
- Was soll eingestellt werden?
- Was könnte geeignetes Format sein?
 - In Notfalldatensatz überführbar?
 - Als Brief für Mitbehandelnde?
 - Als Dokument für Patient*in?
 - Alternativ zur ePA Kommunikation per KIM sinnvoll?

Grundsätzlich:

- Patient*in entscheidet über Zugriff
- Überführen von Dokumenten von ePA in PVS bedeutet Speichern von Kopien, es findet kein automatischer Abgleich zw. ePA und PVS statt
- Auswahlkriterium: ist Ablage erforderlich für eigene Behandlung?

Bei der Auswahl beachten:

- Keine Vollständigkeit der ePA voraussetzbar
- Zugriff auf ePA ersetzt keine Anamnese
- Anamnesegespräch leitet Zugriff auf ePA
- Dokumente, die von ePA in eigenes PVS übertragen werden, werden Teil der eigenen Behandlungsdokumentation (z.B. Bericht zu relevanten Vorbehandlungen)

Wonach kann ich suchen? → Metadaten:

- Autor*in, z.B. Patient*in, spez. Ärzt*in
- Einsteller*in, z.B. z.B. Patient*in, spez. Ärzt*in
- Fachrichtung, z.B. Psychiatrie und Psychotherapie
- Datum der Einstellung
- Behandlungskontext, z.B. amb. Kontakt mit spezifischer Patient*in
- Dokumententyp, z.B. Brief, Bild, Patienteninformation
- Dokumentart, z.B. Verordnung, Diagnostik Ergebnis
- Bezeichnung, individuell vergeben, z.B. Schmerztagebuch

Muss ich alles in der ePA kennen?

- Nein, ePA ist Ablageort von Dokumenten und kein Posteingang der Psychotherapeut*in
- Zugriff auf ePA nur, wenn das für konkrete Behandlungssituation erforderlich ist

Kann ich davon ausgehen, dass die ePA vollständig ist?

- Nein, ersetzt kein aktives Nachfragen

Sind Angaben in der ePA richtig?

- Unterscheidung nach Einsteller*in/Autor*in relevant
- Kritische Würdigung der eingestellten Information

Was passiert, wenn relevantes Dokument in der ePA gelöscht wird?

- Vorher gespeicherte Kopie bleibt als Teil der eigenen Behandlungsdokumentation bestehen

Bereits geplante Weiterentwicklungen:

- TI Messenger
- weitere MIOs z.B. zu DiGA
- Datenfreigabe für Forschung

Koalitionsvertrag

„Wir **beschleunigen** die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezeptes sowie deren nutzenbringende Anwendung und binden beschleunigt sämtliche Akteure an die Telematikinfrastuktur an. Alle Versicherten bekommen DSGVO-konform eine ePA zur Verfügung gestellt; ihre Nutzung ist freiwillig (**opt-out**).“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!