



**Benjamin Laub**

Fachreferent, Referat Strategische  
Versorgungsstrukturen und Sicherstellung,  
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,  
München



**Dr. med. Gerald Quitterer**

Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Präsident Bayerische Landesärztekammer,  
München

*„Erfolg besteht nicht darin,  
dass niemals Fehler gemacht werden,  
sondern dass der gleiche Fehler  
nicht zweimal passiert.“*

George Bernard Shaw

/// Auf dem Weg zu einem reibungslosen elektronischen Austausch von Patientendaten

# Aus Fehlern lernen – wie Interoperabilität funktioniert!

Mit dem von der Bundesregierung geplanten Gesundheitsdatennutzungsgesetz sollen auf nationaler Ebene Patientendaten barrierefrei ausgetauscht werden können. Im Zuge des Europäischen Gesundheitsdatenraums (European Health Data Space / EHDS) soll dies künftig sogar EU-weit möglich sein. Dies scheint mit Blick auf die deutschen Arztpraxen und Kliniken gegenwärtig schwer umsetzbar zu sein. Ursache hierfür ist ein Wildwuchs an software- und hardwarebasierten Insellösungen. Diese Lösungen laufen zudem nicht immer fehlerfrei, sodass dadurch die Praxisabläufe immer wieder teils erheblich gestört werden. Die Politik ist hier gefragt mitzuwirken, den oftmals hausgemachten Schnittstellenproblemen der System-Hersteller endlich wirksam entgegenzutreten.

Der Begriff „Interoperabilität“ beschreibt letztlich die Möglichkeit verschiedener Systeme, miteinander zu kommunizieren. Systemimmanente Information bleibt demnach kommunikativ anschlussfähig, geht also nicht verloren, sondern wird in das jeweilige System und dessen Logik überführt – und kann weiterverarbeitet werden. Interoperabilität ist daher vor allem im Software- sowie Hardware-Bereich von großer Bedeutung, um unterschiedliche Systeme kompatibel zu machen, man denke hier beispielsweise an die gute Anschlussfähigkeit der Smartphone-Betriebssysteme Android und iOS.

**Interoperabilität bezeichnet die Fähigkeit der Systeme, miteinander zu kommunizieren.**

Im ambulanten wie auch stationären Sektor ist mit Interoperabilität vornehmlich die Zielsetzung verbunden, Patientendaten über digitale Kanäle von A, beispielsweise eine Hausarztpraxis oder Klinikstation, nach B, beispielsweise ein Labor, zu befördern, ohne dass hierbei Medienbrüche entstehen und Daten nicht weiterverarbeitet werden können, oder – im schlimmsten Fall – gänzlich verloren gehen. Durch digitale Daten- und damit Informationsflüsse können alle an der Behandlung partizipierenden Akteure vernetzt und zeitnah auf den neusten Informationsstand gebracht werden, was Patienten schlussendlich effektivere Behandlungswege ermöglicht. Dies mag dem Leser, nicht zuletzt als potenziellem Patienten, sicherlich begrüßenswert und auf den ersten Blick auch nicht als über die Maße schwer umsetzbar erscheinen.

### **Geringe Interoperabilität bei Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen**

Die Interoperabilität der relevanten Systeme im deutschen Gesundheitswesen ist im besten Falle mit dem Prädikat mangelhaft zu versehen. So ist es nach wie vor oftmals nicht möglich, Daten aus dem ambulanten problemlos in den stationären Bereich zu übertragen – und umgekehrt.

**Auch die Systeme zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern müssen miteinander kommunizieren können.**

Aber nicht nur zwischen den historisch unabhängig gewachsenen Sektoren, sondern auch innerhalb der Sektoren und deren zugehörigen Soft- und Hardwaresystemen, dem Praxisverwaltungssystem (PVS) im ambulanten Bereich sowie dem Krankenhausinformationssystem (KIS) im stationären Bereich, ist Datenanschlussfähigkeit nicht zwangsweise gegeben. Ursache hierfür sind nicht etwa bedingte technische Möglichkeiten, sondern vielmehr ein Wildwuchs an Insellösungen, der in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen hat. Somit sind viele Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssysteme nicht mehr als eine Art Black Box: Sie funktionieren allesamt in friedlicher Koexistenz, innerhalb der eigenen vier Praxis- / Klinikwände, solange sie nicht miteinander kommunizieren müssen. Und eben dies soll sich nun zusehends ändern: mit dem im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung anvisierten Gesundheitsdatennutzungsgesetz auf nationaler, im Zuge des Europäischen Gesundheitsdatenraums (European Health Data Space / EHDS) sogar auf EU-Ebene.

Demnach sollen in naher Zukunft unter anderem Arztpraxen ihre Patientendaten innerhalb eines europäischen Gesundheitsdatenraums barrierefrei miteinander austauschen können.

## Insellösungen bei Praxisverwaltungssystemen

Zu einer solch grenzüberschreitenden Interoperabilität scheint es jedoch noch ein weiter Weg zu sein, bedenkt man, mit welchen massiven Problemen die Praxen in Deutschland gegenwärtig zu kämpfen haben. Dies soll im Folgenden am Beispiel der Praxisverwaltungssysteme (PVS) verdeutlicht werden. In den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sind deutschlandweit fast 150 PVS im Einsatz. Da, wie oben erwähnt, historisch bedingt jedes eigens aufgebaut, programmiert und kein Standard für den Datenaustausch etabliert wurde, müsste jedes System für eine vollständig digitale Kommunikation und Datenübermittlung zwischen Praxen nahezu 150 „Sprachen“ beherrschen.

Anhand der Übermittlung eines Arztbriefs lassen sich die daraus resultierenden Komplikationen gut darstellen: Bislang war es nicht möglich, einen Arztbrief aus einer Sender-Arztpraxis mit PVS A an eine Empfänger-Arztpraxis mit PVS B in einer elektronischen Form zu übermitteln, die den automatischen Import der Daten aus dem Arztbrief direkt in die elektronische Patientenkartei ermöglicht hätte. Es war lediglich möglich, einen Arztbrief beispielsweise als PDF-Datei zu übertragen. Wichtige Angaben aus dem Arztbrief, die die Empfänger-Arztpraxis in ihre eigene Patientenkartei speichern wollte, mussten manuell eingegeben werden. Stichwort Medienbruch: Durch diese fehlende Interoperabilität zwischen den PVS bot der elektronische Arztbriefversand kein Mehrwert gegenüber dem bisherigen, weit etablierten und immer noch sehr stark genutzten Faxversand.

Zudem wurden die PVS so entwickelt, dass ein Export der gesamten Patientenkarteen nahezu unmöglich beziehungsweise nur mit sehr hohen Aufwänden möglich war. Diese fehlende Funktionalität führte – ganz im Sinne der System-Hersteller – zwangsweise zu einer langfristigen Kundenbindung, denn ein Wechsel des Praxisverwaltungssystems wurde dadurch weitestgehend unmöglich. Gleichzeitig wurde verhindert, dass Daten nach einer Praxisbeendigung im Rahmen der Aufbewahrungspflicht langfristig über externe Speichermedien archiviert werden konnten. Im Falle der Datenweitergabe an Patienten, die beispielsweise nach einer Praxisaufgabe einen neuen Arzt aufsuchen, gelingt dies dann auch nur hinreichend gut, wenn es sich um das gleiche PVS handelt.

**Zurzeit behelfen sich die Arztpraxen in Deutschland mit Insellösungen.**

## Probleme der Schnittstellenumsetzung

**Eine Schnittstelle soll  
Arztpraxen den  
Wechsel ihres  
Verwaltungssystems  
erleichtern.**

Um den vorgenannten Problemen einen Riegel vorzuschieben, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Schnittstelle für die Archivierung und den Wechsel des Praxisverwaltungssystems festgelegt und am 6. Juni 2019 veröffentlicht. Mit der Schnittstellenfestlegung setzt die KBV den gesetzlichen Auftrag gemäß § 371 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V um. Praxen soll mit dieser Schnittstelle der Wechsel des PVS vereinfacht werden, zudem können sie Patientendaten unabhängig von ihrem PVS archivieren. Alle PVS-Hersteller hatten bis Anfang Juni 2021 Zeit, die Schnittstelle umzusetzen und sich die korrekte Umsetzung der Schnittstelle bei der KBV bestätigen zu lassen.

Da die Bedienung der Schnittstelle für die Hersteller weder zertifizierungsrelevant noch gesetzlich verpflichtend ist, sind bisher jedoch die wenigsten Hersteller diesem Aufruf gefolgt.

Auch im Zusammenspiel mit Komponenten der Telematikinfrastruktur gibt es Schnittstellenprobleme. In der Theorie sollte, gemäß den Spezifikationen der gematik, jedes PVS mit jeder Komponente der Telematikinfrastruktur (TI) kompatibel und interoperabel sein. Für den Praxisalltag würde dies bedeuten, dass jedes PVS interoperabel sein müsste mit:

- drei Konnektor-Modellen,
- drei stationären Kartenterminal-Modellen,
- zwei mobilen Kartenterminal-Modellen,
- allen Systemen für elektronische Patientenakten von knapp 100 Krankenkassen,
- ca. 30 KIM-Diensten.

Die Realität sieht jedoch anders aus, denn die fehlenden grundsätzlichen Standards in den fast 150 Praxisverwaltungssystemen führen auch im Zusammenspiel mit TI-Komponenten zu Schnittstellenproblemen.

Der Kommunikationsdienst **KIM** (Kommunikation im Medizinwesen) ermöglicht es Praxen, Kliniken, Krankenkassen, Apotheken und weiteren Leistungserbringern, medizinische Dokumente elektronisch und sicher, das heißt über eine verschlüsselte Übertragung der Telematikinfrastruktur (TI) zu versenden und zu empfangen. Die gematik hat den KIM-Standard aufbauend auf der Telematikinfrastruktur entwickelt. Der Zugang zur TI ist Voraussetzung, um KIM verwenden zu können.

Stellungnahmen der gematik in Bezug auf die teils unzureichende Interoperabilität beispielsweise zwischen gewissen PVS und KIM-Diensten verweisen meist darauf, dass eine erteilte PVS-Bestätigung nicht bedeutet, dass jede vom Anbieter am Markt vertriebene Produktversion in allen angebotenen Ausprägungen die KIM-Funktion auch tatsächlich unterstützen muss. Zudem kann die gematik offenbar keinen Einfluss darauf nehmen, wenn von Anbietern am Markt Produktbündel angeboten werden, die nur in Kombination mit anderen Komponenten (wie zum Beispiel auch KIM-Client Module) genutzt werden können. Die oben angeführten Spezifikationen der gematik für PVS sind demnach nicht mehr als unverbindliche Richtlinien. Die gematik wäre gut beraten, die tatsächlichen Probleme vor Ort in Augenschein zu nehmen und nicht nur theoretische Entscheidungen zu treffen.

Forderungen der Ärztevertreter an die Politik, Sanktionen gegen die PVS-Hersteller zu prüfen und gegebenenfalls Bußgelder zu verhängen, wenn von der gematik zugelassene Anbieter nachweislich eine freie Wahl von KIM-Diensten erschweren und damit die Wahlfreiheit der Vertragsärzte einschränken, stießen bisher auf taube Ohren.

**PVS-Hersteller sollten sanktioniert werden, wenn sie die Wahlfreiheit der Vertragsärzte behindern.**

Demnach obsiegt, wettbewerbstechnisch, oftmals nicht die Anwenderfreundlichkeit bei einem PVS, sondern fehlende Interoperabilität und Funktionalität als zuverlässige Garantien für Kundenbindung.

### **Gesetzgeber in der Pflicht – Kompatibilität als Zulassungsvoraussetzung**

Fraglich ist, ob das Ziel einer Interoperabilität aller PVS untereinander sowie mit sämtlichen TI-Komponenten bei der Vielzahl an Marktteilnehmern, Diensten und Komponenten überhaupt realisiert werden kann. Wohlgermerkt sprechen wir hier von einem PVS-Wildwuchs auf nationaler Ebene. Will heißen: Bevor Patientendaten EU-weit und barrierefrei von Praxis A nach Praxis B versendet werden können, müsste im Zuge eines von der Bundesregierung geplanten Gesundheitsdatennutzungsgesetzes zuvorderst auf nationaler Ebene aufgeräumt, also eine Reduzierung der Anzahl aller PVS angestrebt werden. Man könnte zudem gesetzlich festlegen, dass einheitliche Schnittstellen und Kompatibilität zur Voraussetzung für die Zulassung von Praxisverwaltungs- aber auch Krankenhausinformationssystemen gemacht werden.

**Deutschland darf  
nicht abwarten,  
bis die europaweiten  
Regelungen  
umgesetzt wurden.**

## Fazit

Der von der EU-Kommission gegenwärtig in Angriff genommene Europäische Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space / EHDS) wird sich sicherlich positiv auf die Interoperabilität von Praxisverwaltungssystemen auswirken, unter anderem ist Druck auf die Hersteller zu erwarten, die EU-weit vorgegebenen Schnittstellenlösungen umzusetzen. Eindeutig im Vorteil dürften dabei Hersteller sein, die ihre Praxisverwaltungssysteme bereits heute in mehreren europäischen Ländern im Einsatz haben. Der EHDS steht jedoch erst am Anfang eines mehrjährigen Gesetzgebungsverfahrens. Demnach wird es wohl noch fünf bis zehn Jahre dauern, bis bezüglich des Austauschs von Patientendaten europaweite Interoperabilität vorherrscht. Somit sollte der Gesetzgeber in Deutschland schon jetzt selbstständig handeln und wichtige Weichenstellungen vornehmen.

Dies gilt nicht nur für Praxisverwaltungs- sowie Krankenhausinformationssysteme, sondern auch für weitere Digitalisierungsprozesse betreffend den ambulanten wie auch den stationären Sektor. Insofern in den kommenden Jahren eine Anbindung der Telematikinfrastruktur an neue E-Health-Infrastrukturen erfolgen soll, muss die Politik bezüglich aller relevanten gegenwärtigen wie auch künftigen Fachanwendungen, die zur Etablierung einer grenzüberschreitenden Datenvernetzung benötigt werden, aus drei Fehlern lernen:

- Zum Ersten dürfen, wie oben erläutert, sowohl Hard- als auch Softwareanwendungen keine Insellösungen sein. Dies ist oberste Prämisse für Interoperabilität! Das heißt im Umkehrschluss, dass alle Anwendungen, die künftig in die Praxen und Kliniken implementiert werden und (inter-) sektoral zusammenarbeiten sollen, zumindest problemlos und anwenderfreundlich miteinander kommunizieren können müssen.  
Damit kompatible Schnittstellenlösungen bereitgestellt werden, benötigt es klare Vorgaben des Gesetzgebers, die gegebenenfalls unter Sanktionszwang von den Herstellern einzufordern sind.
- Daraus folgt eine weitere, sehr banal anmutende Ableitung, die jedoch, wie die Vergangenheit gezeigt hat, nicht oft genug angeführt werden kann. Die für grenzüberschreitende Dateninfrastrukturen benötigten technischen Anwendungen müssen vorher ausreichend getestet worden sein und dürfen erst in den Praxis- sowie Klinikalltag implementiert werden, wenn sie fehlerfrei und stabil funktionieren!  
Die bisherige Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung war vor allem durch fehlerhafte Soft- und Hardware in den Praxen und Kliniken und damit letztlich durch mehr Bürokratieaufwand in der ärztlichen

Arbeit geprägt. Das Debakel bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und dem elektronischen Rezept (eRezept) war nur die Spitze des Eisbergs. Das Problem des überflüssigen Konnektorenaustausches vervollständigt dieses Bild. Weder für Ärzte noch für Patienten war ein Mehrwert durch Digitalisierung spürbar, viel Vertrauen wurde hier verspielt. Oberste Prämisse muss sein, dass durch Digitalisierung kein zusätzlicher Zeitaufwand für Ärzte oder medizinisches Personal erzeugt wird, der an anderer Stelle für die Patientenversorgung fehlt.

- Zu einer erfolgreichen Digitalisierung des Gesundheitswesens braucht es nicht nur wiedergewonnenes Vertrauen, sondern auch eine adäquate Gegenfinanzierung. Hier müssen vor allem die Arztpraxen fokussiert werden: Die bisher ausgezahlten Pauschalen für Produkte aus der Gematik reichen in der Praxisrealität oftmals nicht aus, um die Ausgaben gegenzufinanzieren.

Alle notwendigen Fachanwendungen der Telematikinfrasturktur müssen daher künftig nicht nur einwandfrei funktionieren, sondern auch vollumfänglich finanziert werden. Ein Digitalpakt Praxis oder ein Praxiszukunftsgesetz als ambulantes Äquivalent zum Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) könnte hier Abhilfe schaffen.

Sicherlich wird das Gesundheitsdatennutzungsgesetz in vielen Bereichen, unter anderem in der technischen Umsetzung von einheitlichen Schnittstellenlösungen, vom Europäischen Gesundheitsdatenraum in ein Korsett gezwängt werden. Und gerade deswegen ist es wichtig, dass der Gesetzgeber in Deutschland aus bisher gemachten Fehlern im Bereich Interoperabilität und Digitalisierung lernt – und diese schon vorab selbstständig korrigiert.

Abschließend ist noch anzumerken, dass bei der ganzen Diskussion um Gesundheitsdaten der Patient, zu dessen Wohle die angestrebten Änderungen ja letztlich umgesetzt werden sollen, nicht aus dem Fokus geraten darf. Dabei ist vor allem ein besonderes Augenmerk auf das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt beziehungsweise Psychotherapeut zu legen. Denn dieses Verhältnis basiert auch in Zukunft und unter digitalen Vorzeichen vornehmlich darauf, dass sich der Patient sicher sein kann, dass seine sensiblen, gesundheitsrelevanten Informationen, die er mit seinem Behandler teilt, sicher aufgehoben und vor Missbrauch geschützt sind.

**Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt darf nicht beschädigt werden.**

Um damit das Ansinnen des Sammelbandes auf den Kopf zu stellen: Nicht nur Teilen ist Heilen, sondern auch Vertrauen!

///