

Augustin M. Ärztliche Gesprächsführung bei Impfskepsis. Z Allg Med 2021; 97: 437–442

Leserbrief von Dr. med. Armin Mainz

Herzlichen Dank an Marc Augustin für seine Ausführungen zur ärztlichen Gesprächsführung. In den Gesprächen in unseren Praxen bewegen wir uns zwischen den Polen eines paternalistischen und eines frivolen Vorgehens. Bei ersterem dominiert die Ärztin/der Arzt aufgrund ihrer/seiner zugewiesenen Autorität die Entscheidungen, bei letzterem werden vor allem beliebige bzw. leichtsinnige Entscheidungen getroffen. Nebenbei: Wäre es nicht nützlich, auch die eigenen, ärztlichen Interessenkonflikte bei der Reflexion über dieses Thema zu bedenken?

Ich bin dem Autor dankbar, dass er sich beim Thema „Reaktanz“ klar positioniert hat. Unter gewöhnlichen Umständen soll die Entscheidungshoheit für oder gegen eine medizinische Maßnahme ohne Wenn und Aber aufseiten der Patientinnen und Patienten liegen. Zuvor soll die bestmögliche Evidenz zum Konsultationsanlass geliefert werden und eine Grundlage für das Gespräch bilden. Die alleinige Partizipation wäre tatsächlich nicht ausreichend. *Informed consent* ist nämlich mehr als eine „Beteiligung“, es ist der Prozess einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision making*), bei

dem am Ende respektiert werden sollte, dass diejenigen, die von diesen Entscheidungen betroffen sind, diese Entscheidungen auch selbst treffen.

In den vor knapp zehn Jahren veröffentlichten „Zukunftspositionen der DEGAM“ wurde dieses Vorgehen an mehreren Stellen unmissverständlich als Bestandteil guter Medizin beschrieben.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Armin Mainz
Facharzt für Innere Medizin
Bochumer Str. 3
34497 Korbach

Wewetzer L, Hauschild S, Blickle P, Hellbrück H, Steinhäuser J. Interoperabilität, Schnittstellen ...? Ein Beitrag zu technischen Begriffen zur Förderung des Verständnisses von Praxisinformationssystemen. Z Allg Med 2021; 97: 464–470

Leserbrief von Wilfried Deiß

Dieser Beitrag „zu technischen Begriffen zur Förderung des Verständnisses von Praxisinformationssystemen“, „damit mit den vielfältigen Dienstleistern in diesem Bereich mehr auf Augenhöhe gesprochen werden kann“, ist sehr lobenswert. Das Durcharbeiten des Textes ist für technisch wenig versierte PraxisinhaberInnen sicherlich mühsam, aber mehr als sinnvoll.

Die Frage, die sich vermutlich fast jeder Leser stellen wird, bleibt aber unbeantwortet: Wozu das alles? Ärzte kommunizieren doch ausgezeichnet durch Arztbriefe miteinander. Noch nicht einmal der gesicherte Mail-Verkehr zum Versand von Arztberichten funktioniert. Warum sollen nun im Prinzip alle Arten medizinischer Dokumentation, inklusive dem frei formulierten Text in Befunden und Arztbriefen „interoperabel“ werden? Welche Triebkraft steckt hinter diesem immensen technischen und organisatorischen Aufwand?

Ein kurzer Rückgriff: In „Der Hausarzt“ Heft 11/22 Seite 28 ist ein Beitrag zu „Schnittstellen“ erschienen mit dem Titel „Leichter zum PVS-Wechsel?“. Dort wird der Eindruck erweckt, die komplexen, aufwendigen, teuren Maßnahmen zu Schnittstellen/Interoperabilität würden dafür ergriffen, dass ÄrztInnen leichter ihren Praxisinformationssystem-Anbieter wechseln können. Da stimmt doch etwas nicht, oder es fehlt etwas, in beiden Beiträgen.

Wer sich schon länger mit der Komplett-Digitalisierung des Gesundheitswesens (= TI) beschäftigt, kann die Zusammenhänge erkennen. In dem Beitrag von Frau Wewetzer et al. gibt nur das Literaturverzeichnis Hinweise: „... Sekundärdatenanalyse am Beispiel der wissenschaftlichen Nutzung hausärztlicher Behandlungsdaten“/„Nationale ambulante Standards ... E-Health-Ökonomie“/„...integration at international level“.

Insofern: der Beitrag ist wichtig, richtig, qualifiziert und bei konzentrierter Lektüre verständlich. Aber er blendet den „Sinn“ aus. Hinter der im Alltag greifbaren Oberfläche steckt eine digitale Verfahrensweise, die seit Web 3.0 im globalen Netz Standard ist. Das wesentliche Stichwort heißt nicht nur allein Interoperabilität, sondern **Semantische Interoperabilität**. Ich empfehle dazu als Einstieg, bei Wikipedia das Suchwort „Semantic Web“ einzugeben. Es geht nicht nur um die Vereinfachung der Kommunikation zwischen unterschiedlichen technischen Systemen, sondern auch um die Schnittstelle Mensch/Computer. Kernfrage: wie kann IT (oder KI) frei formulierte Sprache/Sätze in maschinenlesbare Codes verwandeln? Das geschieht also seit Jahren. Neu ist: es geht in Zukunft um die Anwendung der Semantischen Interoperabilität auf die bisher schwer zugänglichen und besonders „hochwertigen“ Daten aus dem Gesundheits-

wesen. Stichwort Europäische Datencloud als Gegengewicht zu USA und China.

Da es also um das Gesundheitswesen geht, wundert es mich, dass im Beitrag neben XML, CSV, HL7, FHIR, das Stichwort SNOMED-CT nicht vorkommt. Es ist das derzeit umfangreichste und ständig wachsende Klassifizierungssystem für das Vokabular des Gesundheitswesens in allen relevanten Sprachen. Vereinfacht: eine massiv erweiterte ICD-Klassifikation, die auch frei formulierten Text in Arztberichten (der ja oft die sensiblen Informationen enthält) in Code verwandeln kann. Die Lizenz für SNOMED-CT hat die Bundesregierung schon vor Jahren erworben (etwa 1 Mio EUR jährlich), die Systematik spielt eine wesentliche Rolle bei der „Sekundärdatengewinnung und Sekundärdatenanalyse“ von medizinischen Informationen.

Warum ist es so wichtig, in der ZFA hierüber zu sprechen? Weil es *nicht* um Einkaufsverhalten, *nicht* um Musikgeschmack, *nicht* um Like oder Dislike von Nachrichten, sondern um die dem Arztgeheimnis unterliegenden Informationen aus Krankenakten geht.

Die an die TI angeschlossenen Praxen sollten wissen: hier wird nicht nur Kommunikation erleichtert (wenn es den irgendwann funktionieren sollte). Mehr als das, die an die TI angeschlossene Praxis-IT ist ab sofort Teil des Mastersystems TI, das Praxis-Intranet wird zum „slave“ im Mastersystem. Eine grundlegende Funktion der TI ist die massenhafte Produktion von Sekundärdaten/Metadaten zur Verwendung für „Forschung“ und „Gesundheitswirtschaft“. Selbstverständlich pseudonymisiert/anonymisiert. Die Metadatenproduktion bzw. die Vorbereitungen für die weiteren KI-basierten Verfahren in der Cloud beginnen bereits in der Praxis-IT.

Das sollten alle Beteiligten wissen. Wenn dieses Verfahren demokratisch legitimiert wäre und mehrheitlich gewollt *und* den medizinischen Alltag erleichtert, würde ich mit einem Zähneknirschen zustimmen. Bis dahin bleibe ich bei der Offline-Praxis. Nochmal Dank für den ansonsten guten und trotz des komplexen Themas verständlichen Beitrag. Die Autoren

haben recht, dass sie im Titel vor dem abschließenden „?“ drei Punkte gelesen haben für die fehlende Ergänzung, die das Ganze erst verständlich macht.

Korrespondenzadresse

Wilfried Deiß

Facharzt für Innere Medizin – Hausarzt

Koblenzer Str. 109

57072 Siegen

Praxis.deiss@posteo.de

Leserbrief von

Dr. med. Johannes Hauswaldt

Zu danken ist den Autoren des Beitrags, weil sie zum Ziel hatten, technische Grundlagen der Informations- und Kommunikationstechnologie in der Hausarztpraxis zu repetieren sowie zu Schnittstellen und Interoperabilität in Praxisverwaltungssystemen zu informieren. Dem Leser bleibt jedoch ein schales Gefühl, ob der vorgelegte Beitrag den lesenden Hausärzten oder allgemeinmedizinischen Forschern tatsächlich zur Erhellung und Klärung bei diesem wichtigen Thema beiträgt.

- Zumind. für den zentral genutzten Begriff „Praxisinformationssystem“, Abkürzung PIS, hätte sich der Leser gewünscht, dass die analogen, inhaltlich identisch genutzten Begriffe „Arztpraxisinformationssystem“, manchmal auch „Arztinformationssystem“ (AIS) und „Praxisverwaltungssystem“ (PVS), im Sprachgebrauch von KBV [1] und gematik bevorzugt, einmal genannt und alle formal einem „Krankenhausinformationssystem“ (KIS) gegenübergestellt werden.
- Auch bleibt undurchsichtig, warum Abbildung 4 noch einmal erscheint – ist sie doch unveränderter Teil der Abbildung 1.
- In Abbildung 1 und in Abbildung 4 erscheinen mehrfach als periphere Geräte „USB“ (unklar, ob USB-Schnittstelle oder USB-Stick gemeint ist), was nicht ausgeführt wird und an diesen Stellen „Alarnglocken“ schrillen lässt – niemals würde ein Hausarzt als Verantwortlicher nach Art. 4 (7) DSGVO zulassen, dass in seinem PIS/AIS/PVS an einem peripheren Arbeitsplatz eine USB-Schnittstelle genutzt werden kann.

- Der tiefere Sinn, Abbildung 2 und Abbildung 3 einander gegenüber zu stellen, wird im Text nicht gezielt angesprochen und bleibt im Dunklen.
- Der Quellenverweis in Tabelle 1, Dieken 2014, wird im Literaturverzeichnis aufgelöst als „4. www.vesta-gematik.de/standards/ (letzter Zugriff am 06.02.2021)“. Dies ist jedoch nicht ausreichend, um die Quelle aufzufinden. Unter einer großen Zahl unterschiedlicher Dokumente dort, die alle ohne Autorennamen, vielmehr nach Einrichtung oder Gesellschaften gelistet sind, kann die Zielquelle so nicht identifiziert werden. Vermutlich ist der Geschäftsführer der gematik GmbH, Markus Leyck Dieken, gemeint – welche Veröffentlichung der gematik zitiert sein könnte, bleibt allerdings unklar.
- „Tabelle 2 Übersicht von Schnittstellen in gängigen PIS“, eine Quelle wird nicht angegeben. Vermutlich wurde die Übersicht entnommen aus der Installationsstatistik der KBV [2]. Dort allerdings erscheint aktuell an 10. Stelle das System der medatixx GmbH & Co. KG. Die genutzte Zuordnung oder Bewertung (?, +, ++) wird nicht erläutert.
- Für den Leser irritierend sind sprachliche Unklarheiten an vielen Stellen sowie grammatikalische oder syntaktische Ungenauigkeiten. Die Struktur des Beitrags erscheint unübersichtlich, seine Detailtiefe teilweise inkohärent. Die Quellenauswahl mag teilweise nicht aktuell sein; der Literaturverweis [1], Seite 469, Spalte 2, Absatz 1, muss vermutlich [15] lauten.
- Eine Würdigung von Interoperabilität oder vergleichende Gegenüberstellung der verschiedenen Schnittstellen aus der xDT-Familie fehlt. Zwar werden LDT und GDT genannt, die auch zukünftig im Gebrauch bleiben werden, nicht jedoch KVDT = ADT, KADT, NDT oder BDT, welche letztere als „Archiv- und Wechselschnittstelle“ zumindest nach dem Willen des Gesetzgebers seit dem 1. Juli 2021 durch eine FHIR Schnittstellenressource ersetzt werden sollte.
- Ein Verweis auf die erfolgte Datenmodellierung nach § 371, vormalig 291 d, SGB V, durch die KBV (Festlegung der Archiv- und Wechselschnittstelle) [3] fehlt.

- Ein Verweis auf Bemühungen der KBV und anderer, eine einheitliche, interoperable Prozess- und Schnittstellenmodellierung mittels FHIR zu erreichen, fehlt. Insbesondere sollten die „Medizinischen Informationsobjekte (MIOs)“ als Module erwähnt werden, mit denen die semantische und syntaktische Interoperabilität für Inhalte der elektronischen Patientenakte erreicht werden soll. Ein allgemeiner Verweis auf HL7 ist insofern nicht ausreichend.
- Ein Hinweis auf die beabsichtigte Nutzbarkeit ab ePA 3.0 für Zwecke der Forschung fehlt, ebenso eine Problematisierung der bisher unklaren semantischen und syntaktischen Struktur der ePA, des Datenschutzes der Betroffenen (Patienten, Professionelle, Dritte) oder der dabei evtl. genutzten Schnittstellendefinitionen.
- Ein Bezug zu SNOMED CT einschließlich der „Unterbelichtung“ dieser Ontologie für den ambulanten Versorgungsbereich fehlt.
- Ein Bezug zur Medizininformatik-Initiative einschließlich der Setzungen aus deren Kerndatensatz fehlt.

Die Darstellung einiger interner und externer Schnittstellen, die dem Leser eklektisch und unvollständig erscheint, muss die softwareherstellende Industrie und die Mitarbeiter eines vor Ort installierenden IKT-Unternehmens interessieren, um eine PVS-Software mit den vorhandenen Geräten oder gewünschten Anwendungen und mit externen informationsverarbeitenden Stellen zu verbinden. Der Hausarzt hingegen benötigt eine systematische Übersicht, auch weil er seit langer Zeit bezüglich der internen und externen Schnittstellen für sein PVS seitens der softwareproduzierenden Industrie, seitens der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, insbesondere der Ärztekammern, und seitens der regulierenden Aufsichtsbehörden im Dunklen und allein gelassen wurde [4].

Bei diesem wichtigen Thema sind die Entwicklungen insgesamt so weit fortgeschritten, dass eine systematische Darstellung möglich und für den Hausarzt wie für Forschende wertvoll wäre. Vielleicht können die ZFA-He-

rausgeber einen gut vorbereiteten Beitrag oder gar eine moderierte Reihe zur „Digitalisierung in der Hausarztpraxis“ veranlassen?

Literatur

1. www.kbv.de/html/pvs.php (zuletzt geprüft 22.11.2021)
2. www.kbv.de/media/sp/Arztgruppe_Allgemeinmediziner.pdf (zuletzt geprüft 22.11.2021)
3. www.kbv.de/media/sp/KBV_ITA_VGEX_Festlegung_AW_SST_V1.2.0.pdf (zuletzt geprüft 22.11.2021)
4. Hauswaldt J, Kempter V, Himmel W, Hummers E (2018): Hindernisse bei der sekundären Nutzung hausärztlicher Routinedaten. Gesundheitswesen 80, 987–993

Korrespondenzadresse

Dr. med. Johannes Hauswaldt, MPH
 Institut für Allgemeinmedizin
 Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
 Humboldtallee 38, 7073 Göttingen
 Johannes.Hauswaldt@med.uni-goettingen.de

Antwort von Larisa Wewetzer für die Autorinnen und Autoren

Wir danken für die detaillierten Rückmeldungen der Kollegen Dr. med. Johannes Hauswaldt und Wilfried Deiß und insbesondere für die Einschätzung, dass wir mit unserem Beitrag ein wichtiges Thema adressiert haben.

In unserem Beitrag haben wir den Fokus auf die technische Vernetzung in der Praxis gelegt. Die Autoren hätten dabei gerne die xDT-Schnittstellen weiter ausgeführt, leider musste aufgrund der begrenzten Zeichenzahl darauf verzichtet werden. Da die Weiterentwicklung der BDT im Jahr 2019 durch den Qualitätsring Medizinische Software e.G. eingestellt wurde, haben wir uns entschieden den Fokus auf den LDT- und GDT-Standard zu legen. Das Klassifizierungssystem SNOMED-CT oder gar die TI waren nicht Bestandteil des Beitrags.

Wir unterstützen gerne Ihren Vorschlag, dass man über diese Themen eine Serie schreiben sollte, um eine Diskussion dieser wichtigen Zukunftsaspekte – inklusive Sinnfragen – anzuregen.

Zu den Verständnisfragen

Die Abbildung 4 wird eingeführt, um für die Beschreibung des DICOM-Netzwerks den Fokus auf das interne Informationssystem zu legen. Der Begriff USB bedeutet *Universal Serial Bus* und ist als universelle Datenschnittstelle gemeint. Über USB können z.B. ältere Befundgeräte, welche über eine RS-232-Schnittstelle kommunizieren oder Drucker an das PIS oder einen Befund-/Arbeitsplatz angebunden werden.

Die Gegenüberstellung von Abbildung 2 und Abbildung 3 verdeutlicht, wie die Konfiguration der Netzwerkgeräte den Arbeitsablauf in der Praxis beeinflussen kann. Des Weiteren wird durch den Vergleich vermittelt, wie sich der technische Datenaustausch zwischen einer „verwaltungsgesteuerten“ und einer „gerätegesteuerten“ Konfiguration unterscheidet. Im Rahmen von Kürzungen im Review Prozess mussten diese Informationen im Text leider entfernt werden.

Die Erläuterung der Bezeichnungen (? , + , ++) lautet wie folgt:

- ? = Es konnten zu dem Zeitpunkt keine Informationen zur Implementierung gefunden werden.
- + = Implementierung vorhanden, aber mit Ausnahmen z.B. Zertifizierung der Wechselschnittstelle zum Zeitpunkt 31.12.2020 durch die KBV steht noch aus.
- ++ = Implementierung vorhanden.

Trotz mehrfachen Korrekturlesens sind uns bedauerlicherweise bei den Quellenangaben Fehler unterlaufen. Die korrekte Quelle für Tabelle 1 lautet „IT Standards im Gesundheitswesen: Überblick und Entwicklungsperspektiven mit der Einführung Service-Orientierter Architekturen; Sunyaev Ali et. al“

Die Recherche zur Erstellung von Tabelle 2 umfasste zum einen die Installationsstatistiken der KBV sowie die Schnittstellenzertifizierung der KBV zum Zeitpunkt des 31.12.2020. Diese Tabelle ist bis zum Druck des Manuskripts aktualisiert worden. Wir bedauern diese Unannehmlichkeit.

Korrespondenzadresse

Larisa Wewetzer
 Institut für Allgemeinmedizin
 Ratzeburger Allee 160
 23538 Lübeck
 l.wewetzer@uni-luebeck.de