

# PROZESSBESCHREIBUNG ZUM EINSATZ DES NOTFALLDATENMANAGEMENTS IN DER KLINISCHEN PRAXIS

## INHALT

Inhalt.....	2
Dokumentenhistorie .....	3
1. Zielsetzung .....	4
2. Einleitung .....	5
3. Anlage und Aktualisierung der <i>notfallrelevanten medizinischen Informationen</i> .....	6
3.1. Für welche Patienten werden die <i>notfallrelevanten medizinischen Informationen</i> angelegt? .....	6
3.2. Einwilligung des Patienten .....	7
3.3. Erstanlage der notfallrelevanten medizinischen Daten .....	8
3.4. Aktualisierung der notfallrelevanten medizinischen Daten.....	12
4. Auslesen und Nutzen der notfallrelevanten medizinischen Informationen.....	15
4.1. Nutzung der Daten in Notfall-Szenarien .....	15
4.2. Nutzung der Daten außerhalb von Notfall-Szenarien .....	16
4.3. Einverständnis der Patienten zum Auslesen der notfallrelevanten medizinischen Informationen.....	17
5. Anlage und Aktualisierung der <i>Hinweise auf Willenserklärungen</i> des Patienten.....	18
5.1. Für wen ist die Anlage des Datensatzes <i>Hinweise auf Willenserklärungen</i> auf der eGK empfohlen?.....	18
5.2. Einwilligung des Patienten .....	18
5.3. Erstanlage der <i>Hinweise auf Willenserklärungen</i> .....	19
5.4. Aktualisierung der <i>Hinweise auf Willenserklärungen</i> .....	19
6. Auslesen und Nutzen der <i>Hinweise auf Willenserklärungen</i> des Patienten.....	20
6.1. Auslesen der <i>Hinweise auf Willenserklärungen</i> / Patienten-Verfügung und/oder Vorsorge-Vollmacht.....	20
6.2. Auslesen der <i>Hinweise auf Willenserklärungen</i> / Organ- und Gewebespende .....	20
6.3. Einverständnis zum Auslesen der <i>Hinweise auf Willenserklärungen</i> .....	21

## DOKUMENTENHISTORIE

Version	Autoren	Datum	Bemerkungen
<b>0.1</b>	JS	12.12.11	Erstentwurf der Kapitel 1-3
<b>0.2</b>	JS	20.12.11	Erstentwurf der Kapitel 4-5
<b>0.3</b>	JS,JA,NB	23.12.11	Überarbeitung der Kapitel 1-3
<b>0.4</b>	JS,JA,NB	12.01.12	Überarbeitung der Kapitel 1-5
<b>0.5</b>	JS	18.01.12	Version für Workshop-Teilnehmer 25.1.12
<b>0.6</b>	JS	27.1.12	Einarbeitung der Workshop-Ergebnisse Teil 1; Begriffsklärung berufsmäßige Gehilfen, eindeutiger Formulierung der Soll-Regelung zur Anlage, Einführung der Rolle „Qualitätssicherung NFDm“, redaktionelle Überarbeitung – <b>ÄNDERUNGEN HERVORGEHOBEN</b> -
<b>0.7</b>	JS	14.03.12	Einarbeitung der Workshop-Ergebnisse Teil 2
<b>0.8</b>	JS,AL,NB	22.03.12	Review
<b>0.9</b>	JS,AL	26.3.12	Version zum Versand an Workshop-Teilnehmer
<b>0.95</b>	AL	03.04.12	Einarbeitung der Kommentare
<b>1.0</b>	AL	04.04.12	Finale Version
<b>1.1.</b>	Al	11.08.2021	Anpassungen zur „Einwilligung des Patienten“ (insbesondere Kap. 3.2) w.g. DSGVO

## 1. ZIELSETZUNG

Bei der Erstellung des Grundkonzepts und des Lastenhefts zum Notfalldatenmanagement sind vielfältige organisatorische und juristische Fragen in den Blickpunkt geraten, die Anlass für die Erstellung dieser Prozessbeschreibung sind. Diese Fragen drehten sich beim Notfalldatenmanagement um die Themengebiete Verbindlichkeit, Vollständigkeit und Aktualität des Datensatzes sowie haftungsrechtliche Problemstellungen bei der Nutzung dieser geplanten Anwendung auf der elektronischen Gesundheitskarte.

Die juristischen Fragen sollen in einem umfassenden juristischen Gutachten erörtert werden. Ein Großteil der aufgetretenen Fragen leitet sich aus konkreten Aspekten der Patientenversorgung ab. In den bisher erarbeiteten Konzepten zum Notfalldatenmanagement wurden entweder medizinische Anforderungen an das Notfalldatenmanagement (Arbeitskonzept in der aktuellen Version 1.05) oder technische Anforderungen (Lastenheft und Lösungsanalyse) beschrieben. Das vorliegende Dokument soll nun aufzeigen, wie die Verwendung des Notfalldatenmanagements im klinischen Alltag idealtypisch gestaltet ist und wie das Zusammenspiel aller Beteiligten<sup>1</sup> bei der Datenerstellung und -nutzung in den verschiedenen Einsatzszenarien für ein Notfalldatenmanagement erfolgen soll. Von besonderer Bedeutung ist hierbei, dass nicht nur eine präklinische Patientenversorgung im Rahmen rettungsdienstlicher Maßnahmen, sondern auch eine ungeplante Patientenversorgung in der Notaufnahme eines Krankenhauses und eine ungeplante Patientenversorgung im ambulanten Versorgungssektor im Blickpunkt stehen.

Das Dokument dient damit als Grundlage für das juristische Gutachten zum Notfalldatenmanagement.

### **Wichtige inhaltliche Änderung zu Kapitel 3.2. – Einwilligung des Patienten, Stand: August 2021**

Seit Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung muss die Einwilligung zur Einrichtung und Nutzung des Notfalldatenmanagements durch den Versicherten nicht mehr zwingend schriftlich erfolgen. Die Einwilligung sollte aber durch Ärzt\*innen nachgewiesen werden können. Dafür sind in der Regel entsprechende Funktionen bzw. Hilfestellungen in den Praxisverwaltungssystemen vorgesehen. **Ein Muster für eine schriftliche Einwilligung wird daher von der Bundesärztekammer nicht zur Verfügung gestellt.**

Zuständig für Fragen zum Notfalldatenmanagement ist im Übrigen die Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH). Sie hat u.a. zur „Einwilligung des Patienten“ einen Leitfadentext veröffentlicht: <https://www.gematik.de/anwendungen/notfalldaten/>

---

<sup>1</sup> Im § 291a SGB V sind neben Heilberuflern auch weitere Personengruppen aufgeführt, die ein Recht zum Umgang mit Daten des Notfalldatenmanagements haben. Hierunter fallen Berufsgruppen, die „als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht erfolgt“ (z. B. medizinische Fachangestellte), sowie „Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert“ (Rettungsassistent).

## 2. EINLEITUNG

Als freiwillige Anwendung bietet die elektronische Gesundheitskarte (eGK) die Möglichkeit an, notfallrelevante medizinische Informationen und Hinweise auf den Ablageort von Willenserklärungen der Versicherten auf dem Speicherchip der eGK abzulegen.

Zielsetzung der beiden Datensätze des Notfalldatenmanagements auf der eGK ist es,

- Ärzte<sup>2</sup> in bestimmten Behandlungssituationen (siehe 4.1) mit denjenigen Informationen aus der Vorgeschichte des Patienten zu versorgen, die zur Abwendung eines ungünstigen Krankheitsverlaufs sofort benötigt werden und
- Ärzten Hinweise auf das Vorliegen von Willenserklärungen (Organ- und Gewebespender, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) zu geben, die in bestimmten Behandlungssituationen von hoher Relevanz sind.

Die konzeptionellen Grundlagen dieses Notfalldatenmanagements wurden an anderer Stelle geschildert (Arbeitskonzept Version 1.05 unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)) und sind Grundlage des technisch geprägten Lastenhefts zu diesem Projekt.

Zielsetzung dieses Dokuments ist es, die Verwendung des Notfalldatenmanagements im klinischen Alltag zu schildern und die idealtypischen Abläufe im Zusammenspiel mit anderen Beteiligten bei der Datenerstellung und -nutzung zu beschreiben.

Aufgrund der Heterogenität sowohl der im Datensatz erfassbaren medizinischen Informationen, als auch der der Datenerfassung und -nutzung zugrundeliegenden Prozesse in unserem Gesundheitssystem kann die Schilderung der Abläufe nur auf einem allgemein gehaltenen Darstellungsniveau erfolgen.

Prinzipiell gilt bei der Verwendung des Notfalldatenmanagements die ärztliche Sorgfaltspflicht unter der Maßgabe gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungen, der technischen Möglichkeiten der Telematikinfrastruktur und der von einem Patienten zugelassenen Spielräume.

---

<sup>2</sup> Die nachstehenden Bezeichnungen „Arzt“ und „Patient“ werden einheitlich und neutral für Ärzte und Ärztinnen sowie für Patienten und Patientinnen verwendet

### 3. ANLAGE UND AKTUALISIERUNG DER NOTFALLRELEVANTEN MEDIZINISCHEN INFORMATIONEN

#### 3.1. FÜR WELCHE PATIENTEN WERDEN DIE NOTFALLRELEVANTEN MEDIZINISCHEN INFORMATIONEN ANGELEGT?

Die Anlage des Datensatzes *Notfallrelevante medizinische Informationen* wird entweder vom Besitzer der eGK (oder dessen gesetzlichem Vertreter) oder einem behandelnden Arzt angeregt. Bei der individuellen Abwägung zwischen einerseits dem Aufwand, der mit der Anlage und künftigen Pflege des Datensatzes verbunden ist und andererseits dem Nutzen, der von diesen Informationen auf der eGK zu erwarten ist, sollten folgende Aspekte Eingang finden:

##### **Aus Sicht des Patienten**

- Die Anlage des Datensatzes ist immer dann sinnvoll, wenn Erkrankungen vorliegen, die aufgrund der klinischen Symptomatik, des Verlaufs, der Ätiologie oder einer verbundenen Therapie für Ärzte in Notfallsituationen (siehe 4.1) eine wesentliche Information darstellen. Gleiches gilt für Allergien und Unverträglichkeiten.
- Auch bei Schwangeren kann die Anlage des Datensatzes *Notfallrelevante medizinische Informationen* sinnvoll sein.
- Bei Gesunden kann auf deren Wunsch der Datensatz angelegt werden, um Kontaktinformationen bezüglich der Angehörigen und des Hausarztes oder zusätzliche freiwillige Informationen zu hinterlegen.

##### **Aus quantitativer und qualitativer Sicht auf die vorliegenden medizinischen Informationen**

Es wird von der Annahme ausgegangen, dass der medizinische Nutzen des Datensatzes *Notfallrelevante medizinische Informationen* für folgenden Patienten hoch ist:

- Patient mit komplexer Krankengeschichte (z.B. langjährig bestehende chronische Erkrankung) mit einer Vielzahl von Diagnosen, Medikamenten und weiteren medizinischen Informationen. Im Notfalldatensatz wird eine notfallrelevante Auswahl aus diesen Informationen zusammengestellt.
- Patient mit wenigen/einzelnen Erkrankungen, die jedoch aufgrund krankheitsspezifischer Merkmale eine hohe Notfallrelevanz inne haben (z. B. anaphylaktische Reaktion als allergische Reaktion oder Informationen zu medizinischen Implantaten).

##### **Aus Sicht des behandelnden Arztes in der Notfallsituation**

Bei der Abwägung für die Erstanlage des Datensatzes *Notfallrelevante medizinische Informationen* kann es für den Arzt hilfreich sein, sich in die Lage eines ärztlichen Kollegen zu versetzen, der den betreffenden Patienten unter folgenden Bedingungen versorgen muss:

- Der Patient ist dem Arzt unbekannt.
- Bei diesem Patienten liegt ein akutes Krankheitsbild vor, bei dem unmittelbar entschieden werden muss, ob eine medizinische Intervention erfolgen muss.
- Informationen zur Vorgeschichte sind nicht verfügbar, eine Eigenanamnese durch den Patienten selber oder eine Fremdanamnese durch Dritte ist nicht erhebbar.

Falls ein Arzt nach Abwägung der oben genannten Gesichtspunkte die Anlage des Notfalldatensatzes für geboten hält, soll der Patient hierüber informiert werden und entsprechend der Einwilligungserklärung (siehe 3.2) über die Anwendung Notfalldatenmanagement aufgeklärt werden. Nach erfolgter Einwilligungserklärung soll der Notfalldatensatz vom gleichen Arzt zeitnah angelegt werden.

Bei hohem Aufkommen anzulegender Notfalldatensätze (bspw. beim initialen Rollout der Anwendung) bei einem einzelnen Arzt kann dieser die Anlage der Datensätze nach medizinischer Dringlichkeit priorisieren und entsprechend abarbeiten. Entsprechend der Priorisierung können den Patienten elektive Termine zur Anlage des Notfalldatensatzes angeboten werden.

Falls Patienten (bzw. deren gesetzliche Vertreter) der Anlage dieses Datensatzes widersprechen, dürfen keine notfallrelevanten medizinischen Informationen auf der eGK abgespeichert werden.

Sollte die Ablehnung bei einem Patienten erfolgen, bei dem die Anlage der Daten medizinisch sinnvoll erscheint, sollte die Ablehnung nach sachgemäßer Aufklärung des Patienten in der Primärdokumentation des Arztes dokumentiert werden.

### 3.2. EINWILLIGUNG DES PATIENTEN<sup>3</sup>

Seit Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung muss die Einwilligung zur Einrichtung und Nutzung des Notfalldatenmanagements durch den Versicherten nicht mehr zwingend schriftlich erfolgen. Die Einwilligung sollte aber durch Ärzt\*innen nachgewiesen werden können. Dafür sind in der Regel entsprechende Funktionen bzw. Hilfestellungen in den Praxisverwaltungssystemen vorgesehen. **Ein Muster für eine schriftliche Einwilligung wird daher von der Bundesärztekammer nicht zur Verfügung gestellt.**

Zuständig für Fragen zum Notfalldatenmanagement ist im Übrigen die Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH). Sie hat u.a. zur „Einwilligung des Patienten“ einen Leitfaden veröffentlicht: <https://www.gematik.de/anwendungen/notfalldaten/>

~~Die Nutzung der Anwendung Notfalldatenmanagement auf der eGK durch den Patienten ist für ihn ausschließlich freiwillig und erfordert die schriftliche Einwilligung des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters. Ein Muster für die Einwilligungserklärung wird von der Bundesärztekammer zur Verfü-~~

<sup>3</sup> Zum Verständnis:

**Einwilligung** bezeichnet die grundlegende Zustimmung des Patienten zur Nutzung der Anwendung Notfalldatenmanagement auf der eGK (§ 291a Abs. 3 Satz 4: "Die Einwilligung ist bei erster Verwendung der Karte vom Leistungserbringer auf der Karte zu dokumentieren und kann auf einzelne Anwendungen nach diesem Absatz beschränkt werden"). Die Einwilligung des Patienten erfolgt in Schriftform beim Arzt, der die Notfalldaten anlegt. Der Arzt, bei dem die Einwilligung liegt, wird im Notfalldatensatz vermerkt.

**Einverständnis** bezieht sich auf den konkreten, einzelnen Anwendungsfall, also jegliches Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten der elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a, Abs. 5 Satz 1).

gung gestellt. Das ausgefüllte Formular wird im Original bei dem Arzt aufbewahrt, der die notfallrelevanten medizinischen Daten erstmalig angelegt hat. Im Notfalldatensatz wird der Arzt vermerkt, bei dem die schriftliche Einwilligungserklärung abgelegt ist.

Die Einwilligungserklärung wird einmalig erteilt, d. h. bei Aktualisierungen des Datensatzes muss keine neuerliche Einwilligungserklärung eingeholt werden. Bei kompletter Neuanlage des Datensatzes (Kartenaustausch) ist ein neuerliches Ausfüllen der Einwilligungserklärung nur dann notwendig, wenn am Ort der Neuanlage keine Einwilligungserklärung vorliegt.

Der Patient kann die Einwilligungserklärung widerrufen. Der Notfalldatensatz muss dann von jedem Arzt, der über entsprechende technische Möglichkeiten verfügt, gelöscht werden. Der Arzt sollte den Widerruf der Einwilligungserklärung dokumentieren.

Der Prozess hinsichtlich der Patienten Zustimmung zum Auslesen der notfallrelevanten medizinischen Daten ist unter 4.3 erläutert.

### 3.3. ERSTANLAGE DER NOTFALLRELEVANTEN MEDIZINISCHEN DATEN

#### **Wer legt den Datensatz erstmalig an?**

Bei den unter 3.1 geschilderten Fällen erstellt derjenige Arzt den Datensatz *Notfallrelevante medizinische Informationen*, der zum Zeitpunkt des Entschlusses zur Anlage des Notfalldatensatzes über die relevanten medizinischen Informationen verfügt, die für die individuelle Anlage des Datensatzes notwendig sind.

In vielen Fällen kommt damit dem Hausarzt die Aufgabe zu, den Datensatz erstmalig auf der eGK anzulegen. Hieraus soll jedoch keine ausschließliche Zuständigkeit der Hausärzte für die Erstanlage des Datensatzes abgeleitet werden, da auch andere Ärzte in bestimmten Behandlungssituationen über die notwendigen Informationen verfügen, um den Datensatz *Notfallrelevante medizinische Informationen* anzulegen.

So soll bei einem Patienten, auf dessen eGK bisher keine *Notfallrelevanten medizinischen Informationen* abgelegt wurden, bei dem während eines Krankenhausaufenthalts eine Erkrankung diagnostiziert wurde, die nach Ansicht des behandelnden Arztes im Notfalldatensatz vermerkt werden sollte, dieser bereits im Krankenhaus angelegt werden.

Gleiches gilt für andere Behandlungssituationen, in denen ein anderer Arzt als der Hausarzt zur ersten Anlaufstelle für medizinische Probleme des Patienten wird (z. B. längerfristige Behandlung in onkologischer Praxis oder andere langfristige spezielle fachärztliche Betreuung). In diesen Fällen soll der behandelnde Facharzt den Notfalldatensatz anlegen.

#### **Welche Informationen werden abgelegt?**

Hier gilt der Grundsatz, dass die Informationen aus der Vorgeschichte des Patienten im Notfalldatensatz erfasst werden sollen, die von Ärzten in Notfallsituationen zur Abwendung eines ungünstigen Krankheitsverlaufs sofort benötigt werden. Es gilt dabei im individuellen Fall aus medizinischer Sicht festzulegen, welche Informationen aus der Gesamtdokumentation ausgewählt und in den Feldern



Diagnosen, Medikation, Allergien und Unverträglichkeiten und besondere Hinweise abgelegt werden müssen.

Hinsichtlich der Ablage von Informationen mit einem aus Sicht des Patienten potentiell stigmatisierenden Charakter – bspw. Diagnosen oder Therapien aus dem psychiatrischen oder infektiologischen Formenkreis – sollte der Arzt prinzipiell die gleichen Überlegungen anstellen wie bei anderen Formen medizinischer Dokumentation und Informationsweitergabe. Dabei soll beachtet werden, dass im Unterschied zu zielgerichteter Informationsweitergabe in der Medizin (bspw. in Form von Entlassungsbriefen aus dem Krankenhaus) beim Notfalldatensatz der individuelle Empfänger (z. B. der Notarzt) nicht vorab bekannt ist. Die Speicherung von potentiell stigmatisierenden Informationen im Notfalldatensatz soll mit dem Patienten besprochen werden und kann nur mit dessen Einverständnis erfolgen. Sollte ein Patient mit der Angabe einer potentiell stigmatisierenden Information nicht einverstanden sein, der Arzt die Ablage der Information im Datensatz im Sinne der Zielsetzung (siehe 3.1) jedoch für notwendig erachtet, soll im Sinne einer inhaltlicher Stringenz des Datensatzes auf die Anlage des Datensatzes verzichtet werden.

Prinzipiell sollte in gleicher Weise immer dann auf die Anlage des Notfalldatensatzes verzichtet werden, wenn von Seiten des Patienten der Wunsch besteht, inhaltlichen Einfluss auf den Datensatz zu nehmen, der nicht mit der medizinischen Zielsetzung des Notfalldatenmanagements vereinbar ist.

Sollte der Patient um Aufnahme von zusätzlichen medizinischen Informationen in den Notfalldatensatz bitten, die aus medizinischer Sicht zwar nicht notwendig sind (z. B. Blutgruppe), jedoch aller Voraussicht nach der Zielsetzung des Datensatzes (siehe 3.1) nicht zuwider laufen, können diese Informationen im Datenfeld *Zusätzliche medizinische Informationen auf Wunsch des Patienten* aufgenommen werden.

Bei der Erstanlage des Notfalldatensatzes kann der Patient einen Ausdruck des Datensatzes erhalten.

### **Wie wird kenntlich gemacht, von welchem Arzt die Informationen im Datensatz stammen?**

Die Datenfelder für die notfallrelevanten Diagnosen, die Medikation, die Allergien sowie die Implantate bei den besonderen Hinweisen sind mit einem zusätzlichen MUSS-Datenfeld versehen, in dem vom anlegenden Arzt vermerkt werden muss, wer die jeweilige Diagnose bzw. Allergie festgestellt hat bzw. das jeweilige Medikament angeordnet hat. In diesen Feldern muss entweder ein Arzt (Format: Name, Fachgebiet, Ort) oder eine Institution (Format: Institution, Abteilung, Ort) eingetragen werden.

Bei der Anlage des Datensatzes *Notfallrelevante medizinische Informationen* wird der anlegende Arzt von seinem Primärsystem (Praxisverwaltungssystem, Krankenhausinformationssystem u. a.) dahingehend unterstützt, dass automatisch beim Eintrag einer Diagnose, eines Medikaments etc. der Name des anlegenden Arztes dem entsprechenden MUSS-Datenfeld zugeordnet wird (Vorbefüllung). Die Vorbefüllung kann jedoch überschrieben werden. Wenn beispielsweise ein anlegender Arzt Diagnosen o. ä. aus einem Arztbrief in den Notfalldatensatz aufnehmen möchte, kann diese Diagnose mit dem Namen des Arztes (oder der Institution) verbunden werden, der die Diagnose gestellt hat. Dabei ist der anlegende Arzt nicht verpflichtet, jede Information mit dem Namen des Arztes zu versehen, der die entsprechende Diagnose erstmals gestellt hat. Dem anlegenden Arzt soll jedoch die Möglichkeit gegeben werden, spezielle Diagnosen, bei deren Diagnosestellung oder Behandlung er nicht

„federführend“ ist, mit dem Namen des „zuständigen“ Arztes zu versehen. So soll u. a. gewährleistet werden, dass ein Arzt, der den Notfalldatensatz ausliest, bei Rückfragen schneller einen Ansprechpartner findet.

Im Ergebnis findet sich somit hinter jedem Eintrag die Angabe zum diagnosestellenden Arzt bzw. bei den Medikamenten zu dem Arzt, der bei der Indikationsstellung federführend ist. Zur Verwendung dieses Datenfeldes bei Änderungen notfallrelevanter medizinischer Informationen siehe 3.4.

Der gesamte Datensatz wird mit der qualifizierten elektronischen Signatur des anlegenden Arztes versehen.

## Beispiel für die Erstanlage eines Notfalldatensatzes

Hausarzt Dr. Gemeinwohl legt für einen Patienten einen Notfalldatensatz an.

Patient: Monika Mustermann, *11.11.1941			
<b>Diagnosen</b>			
<b>ICD</b>	<b>Klartext</b>	<b>Datum</b>	<b>Arzt/Institution</b>
I10.11G	Maligne essentielle Hypertonie	09.09.2010	Dr. Gemeinwohl, FA Allgemeinmed., Berlin
I48.1G	Vorhofflimmern	2007	Dr. Gemeinwohl, FA Allgemeinmed., Berlin
I60.3 ZR	Subarachnoidalblutung, von A. com. ant. ausgehend	9.11.1999	Klinikum Großhadern, Neurochir., München
	Z.n. Shuntimplantation	2.12.2000	Charité Mitte, Neurochir.
<b>Medikation</b>			<b>Arzt/Institution</b>
Delix	Ramipril 5mg	1*tgl p.o	Dr. Gemeinwohl, FA Allgemeinmed., Berlin
Marcumar	Phenprocoumon	Nach INR (Ziel 2,5)	Dr. Gemeinwohl, FA Allgemeinmed., Berlin
<b>Allergien / Unverträglichkeiten</b>			<b>Arzt/Institution</b>
Unacid	Schweres Arzneimittelexanthem		Dr. Gemeinwohl, FA Allgemeinmed., Berlin
<b>Besondere Hinweise</b>			
<b>Implantate</b>			
VP-Shunt	Typ Medtronic Strata adjustable Pressure Valve		Charité Mitte, Neurochir., Berlin

(nicht alle Datenfelder der notfallrelevanten medizinischen Informationen sind dargestellt)

### 3.4. AKTUALISIERUNG DER NOTFALLRELEVANTEN MEDIZINISCHEN DATEN

#### **Wer wirkt an der Aktualisierung mit?**

Der Datensatz *Notfallrelevante medizinische Informationen* kann nur dann seine eingangs genannte Zielsetzung erreichen, wenn die erfassten Daten aktuell sind und den tatsächlichen Stand der relevanten Diagnosen, der Medikation und der anderen Informationen im Datensatz abbilden. Das bedeutet, dass bei Änderungen hinsichtlich der erfassten Informationen der Datensatz entsprechend angepasst werden muss.

Hier gilt der Grundsatz, dass der Arzt, der zu Informationen im Rahmen von selbst durchgeführten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen gelangt, für die Aktualisierung des Notfalldatensatzes verantwortlich ist, sofern diese Informationen nach den oben erarbeiteten Kriterien notfallrelevant sind.

Auch im Falle der Aktualisierung des Datensatzes soll die Aufgabe der Aktualisierung nicht alleine vom Hausarzt bewältigt werden. Auch andere Fachärzte, die im Rahmen von Überweisungen, Krankenhaus- oder Ambulanzaufenthalten sowie Rehabilitationsmaßnahmen neue, bisher nicht im Notfalldatensatz abgelegte Informationen erlangen (bspw. neue Diagnosen oder Medikationen), sollen diese im Datensatz ablegen, sofern diese Informationen in o. g. Sinne notfallrelevant sind.

#### **Qualitätssicherung**

Vor dem Hintergrund des oben beschriebenen typischen Ablaufs und der zu erwartenden Dynamik bei der Aktualisierung der notfallrelevanten medizinischen Informationen ist es ratsam, dass ein behandelnder Arzt des jeweiligen Patienten eine qualitätssichernde Rolle für das Notfalldatenmanagement übernimmt. Diese Funktion beinhaltet, in individuell angemessenen Zeitabständen die inhaltliche Korrektheit der gesamten notfallrelevanten medizinischen Informationen zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Diese Rolle wird wohl meist dem jeweiligen Hausarzt zufallen. In bestimmten Behandlungssituationen kann sinnvollerweise diese Rolle jedoch auch von anderen Fachärzten übernommen werden, bspw. bei einer dauerhaften Betreuung und Führung eines Patienten durch einen Onkologen. Bei der Erstanlage der notfallrelevanten medizinischen Daten soll der anlegende Arzt prüfen, ob er die qualitätssichernde Funktion des für die Aktualität der Daten Verantwortlichen übernehmen kann. Sollte er die Funktion nicht selbst ausfüllen können, muss er dafür Sorge tragen, dass in diesem Falle ein anderer Arzt diese Funktion übernimmt. Dies kann dadurch erfolgen, dass er den dafür in Frage kommenden Arzt direkt vorab kontaktiert und eine Abstimmung erfolgt oder auch der Patient einen Arzt bestimmt, der diese Funktion übernehmen soll.

Es wird empfohlen, den Arzt, der die o. g. Aufgabe übernimmt, im Datenfeld „Kontaktinformationen, behandelnder Arzt“ des Notfalldatensatzes zu vermerken.

#### **Mitwirkungspflicht des Versicherten**

Dem Versicherten kommt eine Mitwirkungspflicht am Notfalldatenmanagement zu. Wenn sich ein Versicherter für die freiwillige Nutzung des Notfalldatenmanagements entschieden hat, soll er die eGK stets bei sich tragen und insbesondere bei Arztbesuchen (ambulant oder stationär) zum Zwecke

der Aktualisierung und ggf. Nutzung des Datensatzes durch Ärzte bereithalten. Aufgrund der ausschließlich dezentralen Speicherung der Notfalldaten auf der eGK kann nur so das Ziel der Anwendung erreicht werden.

### **Ablauf der Aktualisierung**

Der Notfalldatensatz wird von Ärzten unter oben beschriebener Mitwirkung der Versicherten aktualisiert. Berufsmäßige Gehilfen<sup>4</sup> des Arztes können dabei sowohl bei der Erstanlage des Datensatzes als auch bei der Aktualisierung vorbereitende Arbeiten übernehmen (z. B. Vorbefüllung der Datenfelder, technische Lese- oder Speicherprozesse). Medizinische Informationen werden nach der Vorbereitung durch berufsmäßige Gehilfen vom Arzt überprüft und mit der elektronischen Signatur des Arztes versehen.

Apotheker können bei Aktualisierung des Notfalldatensatzes (z. B. Medikationsliste, Unverträglichkeiten) nicht mitwirken.

### **Wann soll der Datensatz aktualisiert werden?**

Der Notfalldatensatz soll immer dann aktualisiert werden, wenn sich bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen aus Sicht des durchführenden Arztes neue medizinische Informationen ergeben, die im Notfalldatensatz abgelegt werden sollten bzw. die zu einer Änderung zuvor eingetragener Informationen im Notfalldatensatz führen. Beispielsweise sollte der Notfalldatensatz bei einer im ambulanten Sektor neu diagnostizierten, notfallrelevanten Erkrankung im Rahmen der jeweiligen Konsultation aktualisiert werden. Gleiches gilt bei Entlassung aus einer stationären Einrichtung. Auch bereits vor Abschluss der Diagnostik oder der Therapie kann es im Einzelfall medizinisch sinnvoll sein, die Diagnose im Notfalldatensatz abzulegen (ggf. auch als Verdachts- oder Ausschlussdiagnose).

### **Welche Daten sollen aktualisiert werden?**

Oben beschriebene Hinweise zur Aktualisierung beziehen sich prinzipiell auf alle Datenfelder des Notfalldatensatzes. Bei der fortlaufenden Nutzung des Notfalldatenmanagements wird voraussichtlich in den Datenfeldern *Diagnosen* und *Medikation* am häufigsten Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf auftreten.

Hinsichtlich der Auswahl von vorhandenen medizinischen Informationen der Primärdokumentation der Ärzte (Praxisverwaltungssystem, Krankenhausinformationssystem) für den Notfalldatensatz wird darauf hingewiesen, dass keine Vorgaben (beispielsweise in Form von Listen notfallrelevanter Diagnosen oder Medikamente) bereitgestellt werden. Die Notfallrelevanz einzelner medizinischer Informationen kann aufgrund des Mangels eines entsprechenden wissenschaftlich validierten Hilfs-

---

<sup>4</sup> Als „berufsmäßige Gehilfen“ im Kontext des Notfalldatenmanagements werden nach § 291 a Abs. Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V Personen bezeichnet, die bei Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieuren, Apothekenassistenten oder in einem Krankenhaus als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der oben Genannten erfolgt.

mittels nur patientenindividuell bestimmt werden. In Erwägung gezogen werden sollen prinzipiell alle vorhandenen Informationen – also beispielsweise auch aktuell nicht mehr behandlungsbedürftige Diagnosen oder auch Bedarfsmedikamente. Um den Notfalldatensatz für die Anwendungsszenarien in hinreichendem Maße übersichtlich zusammen zu stellen, ist in den meisten Fällen eine Auswahl aus den vorhandenen Informationen zu treffen. Bei der Auswahl der Informationen sollen die in der Einleitung (Seite 5) genannte Definition der *Notfallrelevanten medizinischen Informationen* sowie die unter 3.1 geschilderten Sichtweisen behilflich sein.

Der Abgleich dieser Felder soll von den Primärsystemen (Praxisverwaltungssystem, Krankenhausinformationssystem u. a.) bestmöglich durch Automatisierung unterstützt werden, sodass eine zusätzliche manuelle Erfassung minimiert wird.

### **Wie wird kenntlich gemacht, welcher Arzt Informationen aktualisiert hat?**

Wenn nach oben beschriebenem Vorgehen der Notfalldatensatz aktualisiert wird, können Situationen eintreten, in denen Ärzte einzelne Informationen in einen bereits angelegten Notfalldatensatz einpflegen möchten. Wie in anderen Bereichen der medizinischen Informationsübermittlung (bspw. Entlassungsbrief nach Krankenhausaufenthalt) ist der Arzt auch beim Notfalldatensatz nicht verpflichtet, die übernommenen Inhalte des Notfalldatensatzes durch eigene Untersuchung zu verifizieren (Vertrauensgrundsatz). Im Rahmen der ärztlichen Sorgfaltspflicht müssen allerdings vorbestehende Informationen auf ihre Plausibilität hin überprüft werden.

Falls ein Arzt in einem vorbestehenden Notfalldatensatz eine neue Eintragung vornehmen möchte (bspw. eine neue Diagnose oder Medikation), muss<sup>5</sup> im jeweils zugehörigen Namensfeld diese neue Information mit einem Namen versehen werden. Die Namensfelder der anderen Informationen in dem Datensatz müssen nicht verändert werden – die vorbestehenden Informationen können übernommen werden. Nach Abschluss der Aktualisierung versieht der Arzt den gesamten Datensatz mit seiner qualifizierten elektronischen Signatur. Aus den Namensfeldern innerhalb des Datensatzes geht hervor, welche Information von welchem Arzt in den Datensatz eingebracht wurde.

Hinsichtlich der medizinischen Konsequenzen, die sich aus dem gesamten Notfalldatensatz infolge der Veränderung der Informationen ableiten lassen (bspw. einzuleitende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen infolge neuer Kombinationen von Diagnosen oder zu beachtende Arzneimittelwechselwirkungen bei neuen Medikamenten-Kombinationen), gilt die ärztliche Sorgfaltspflicht.

---

<sup>5</sup> Das Datenfeld ist ein MUSS-Datenfeld und muss einen Eintrag enthalten, vgl. auch Kap. 3.3, „Wie wird kenntlich gemacht, von welchem Arzt die Informationen im Datensatz stammen?“.

### 4.1. NUTZUNG DER DATEN IN NOTFALL-SZENARIEN

Der Notfalldatensatz soll Ärzten eine verbesserte Behandlung in Notfallsituationen ermöglichen. Entsprechend oben geschilderter Zielsetzung soll der Notfalldatensatz Ärzten in folgenden Szenarien zugänglich sein:

- Präklinische Patientenversorgung im Rahmen rettungsdienstlicher Maßnahmen
- Ungeplante Patientenversorgung in der Notaufnahme<sup>6</sup> eines Krankenhauses
- Ungeplante Patientenversorgung im ambulanten Versorgungssektor

Dieses Szenario beinhaltet die Notfallversorgung im vertragsärztlichen Bereich (Praxistätigkeit, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Praxisvertretung, unvorhergesehene Inanspruchnahme) außerhalb rettungsdienstlicher Tätigkeiten.

Bei den vorgestellten Szenarien fußt der Zugriff auf die notfallrelevanten medizinischen Daten auf der eGK auf der Tatsache, dass dem Arzt aus verschiedenen Gründen in der klinischen Behandlungssituation *Notfallrelevante medizinische Informationen* nicht vom Patienten zur Verfügung gestellt werden können:

Hierzu zählen:

- Bewusstseinsstörungen des Patienten (Koma, Stupor, Benommenheit o. ä.).
- Starke akute Beschwerden (z. B. Schmerzen), auf Grund derer der Patient notfallrelevante Informationen aus seiner Krankengeschichte dem Arzt nicht mit der nötigen Konzentration korrekt und vollständig schildern kann.
- Sprachbarrieren (unzureichende Deutschkenntnisse, demenzielle Erkrankung, Sprachproduktionsstörungen durch Intoxikationen, Denkstörungen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen, Aphasie infolge Schlaganfall o. ä.).
- Sonstige Gründe, die im individuellen Fall dazu führen, dass die notfallrelevanten medizinischen Informationen nicht in einem dem Krankheitsbild angemessenen Zeitrahmen vorliegen (z. B. notfallrelevante medizinische Informationen sind dem Patient nicht erinnerlich).

Das Auslesen des Notfalldatensatzes kann in den oben genannten Notfall-Szenarien ohne das Einverständnis des Patienten erfolgen. In Behandlungs-Szenarien, in denen nicht eindeutig geklärt ist, ob ein Notfall vorliegt, ist dem Arzt zu empfehlen, das Einverständnis des Patienten zum Auslesen der Daten mündlich abzufragen. Die Zustimmung muss in die ärztliche Dokumentation aufgenommen werden.

---

<sup>6</sup> Die primären Anlaufstellen für Notfall-Patienten im Krankenhaus werden unterschiedlich bezeichnet (z. B. Nothilfe, interdisziplinäre Aufnahme etc.).

Durch die Einführung des Notfalldatenmanagements auf der eGK ergibt sich prinzipiell keine Änderung im Ablauf der Notfallversorgung – es besteht keine Verpflichtung für den Arzt, in jeder Notfallsituation die eGK aufzusuchen und den Notfalldatensatz als ersten Schritt der Notfallversorgung auszulesen. Ärzte sollten jedoch bei der Versorgung von Notfallpatienten im Blick behalten, dass auf der eGK des Patienten notfallrelevante Informationen abgelegt sein könnten.

Sofern es aus medizinischer Sicht in der individuellen Versorgungssituation geboten erscheint, soll der Arzt in oben genannten Fällen die Informationen aus dem Notfalldatensatz auslesen und berücksichtigen.

Der Arzt kann auf das Auslesen der Informationen verzichten, wenn sich mit hoher Wahrscheinlichkeit durch das Auslesen der Informationen keine Änderung des Behandlungsverlaufs ergeben würde.

#### **Wie verlässlich ist der Notfalldatensatz?**

Wie in anderen Bereichen der medizinischen Informationsübermittlung (z. B. Arztbrief, Überweisung etc.) muss der Arzt auch bei der Verwendung des Notfalldatensatzes erwägen, dass die Informationen im Notfalldatensatz unvollständig, nicht mehr aktuell, oder im Extremfall auch falsch sein können. Entsprechend dem Umgang mit anderen medizinischen Dokumenten wie beispielsweise Arztbriefen, Überweisungen oder sonstigen Befunde wird der Arzt auch bei der Verwendung des Notfalldatensatzes nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht entbunden. In diesem Rahmen sind Plausibilitätskontrollen der Informationen im Notfalldatensatz im Rahmen des Zweckmäßigen in der jeweiligen Behandlungssituation anzuraten.

#### **Wer hat Zugriff auf die Notfalldaten?**

Grundsätzlich haben in den oben beschriebenen drei Einsatzszenarien nur Ärzte Zugriff auf den Notfalldatensatz auf der eGK, berufsmäßige Gehilfen (Medizinische Fachangestellten, Gesundheits- und Krankenpfleger) nur auf Anweisung des Arztes. Rettungsassistenten ist das Auslesen der Notfalldaten ebenfalls nur auf Anweisung eines Arztes erlaubt.<sup>7</sup>

### 4.2. NUTZUNG DER DATEN AUßERHALB VON NOTFALL-SZENARIEN

Der Notfalldatensatz stellt eine übersichtliche Zusammenstellung der wesentlichen medizinischen Fakten eines Versicherten dar. Diese Daten können auch außerhalb der oben beschriebenen Notfallszenarien Behandlungsprozesse verbessern.

Die Notfalldaten auf der eGK dürfen von Ärzten und berufsmäßigen Gehilfen auch außerhalb von oben geschilderten Notfall-Szenarien ausgelesen werden, sofern die Versicherten ihr Einverständnis dazu gegeben haben. Das Auslesen der Notfalldaten außerhalb von oben geschilderten Notfallsituationen ist ohne das Einverständnis des Versicherten nicht zulässig. Rettungsassistenten haben außerhalb von Notfallsituationen keinen Zugriff auf den Notfalldatensatz.

Zur Dokumentation des Einverständnisses siehe 4.3.

---

<sup>7</sup> Die durch gesetzliche oder fachliche Vorgaben bestimmtem unterschiedlichen Zugriffsrechte in den verschiedenen Einsatzszenarien werden technisch derzeit mittels einer Abfrage des Primärsystems umgesetzt.



Wird beim Auslesen der Notfalldaten außerhalb von Notfallsituationen Aktualisierungsbedarf in dem Datensatz festgestellt, soll der Arzt entsprechend der unter 3.4 geschilderten Hinweise verfahren.

#### 4.3. EINVERSTÄNDNIS DER PATIENTEN ZUM AUSLESEN DER NOTFALLRELEVANTEN MEDIZINISCHEN INFORMATIONEN

##### **Auslesen der *Notfallrelevanten medizinischen Informationen im Notfall***

Um die medizinische Zielsetzung des Notfalldatensatzes zu erreichen, müssen die *Notfallrelevanten medizinischen Informationen* in den unter 4.1 geschilderten Situationen ohne Einverständnis des Versicherten von Personen, die hierzu berechtigt sind, ausgelesen werden können.

Bei der erstmaligen Anlage dieses Datensatzes wird der Versicherte über die Nutzung der Notfalldaten in diesem Sinne informiert. Die Information beinhaltet auch eine Aufklärung des Patienten über die Zugriffsrechte der verschiedenen Beteiligten auf seine Notfalldaten. Dies ermöglicht dem Patienten sich vorab und auf freiwilliger Basis mit den Zugriffsregelungen auf die Daten auseinanderzusetzen und so die Situation zu umgehen, dass ein akut Erkrankter sich in Ausnahmesituationen mit diesem Thema befassen muss.

Die Anlage des Datensatzes erfolgt ausschließlich freiwillig. ~~und bedarf der schriftlichen Einwilligungserklärung.~~

In allen Einrichtungen zur Patientenversorgung, insbesondere in Institutionen, die vornehmlich mit der Versorgung von Notfallpatienten betraut sind (z. B. KV-Notdienst-Zentralen, Notaufnahmen von Kliniken etc.) hat die Leitung der jeweiligen Institution durch organisatorische Maßnahmen sicher zu stellen, dass nur bei Patienten, die aufgrund der unter 4.1 geschilderten Umstände medizinisch versorgt werden, der Notfalldatensatz ohne Einverständnis des Patienten ausgelesen wird. Die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für eine organisatorische Umsetzung, die sowohl den Datenschutzvorgaben des §291a SGB V als auch dem klinischen Bedarf gerecht werden, sind in den vorgesehenen Test- und Evaluationsverfahren zu untersuchen und dann abschließend festzulegen.

##### **Auslesen der *Notfallrelevanten medizinischen Informationen außerhalb von Notfall-Situationen***

Außerhalb der in 4.1 beschriebenen Szenarien kann der Patient seine Notfalldaten berechtigten Personen zur Verfügung stellen. Dann muss allerdings explizit sein Einverständnis dazu vorliegen. Das Einverständnis kann bei aktivierter PIN-Funktionalität der eGK mit PIN-Eingabe des Versicherten dokumentiert werden. Sollte diese Funktionalität der eGK nicht aktiviert sein, kann der Patient sein Einverständnis in das Auslesen der Notfalldaten mündlich oder schriftlich erteilen. Die Zustimmung zum Auslesen der Daten außerhalb von Notfallsituationen muss dokumentiert werden.

In allen Einrichtungen zur Patientenversorgung (Praxen, Kliniken etc.) hat die Leitung der jeweiligen Institution durch organisatorische Maßnahmen sicher zu stellen, dass bei Patienten der Datensatz *Notfallrelevante medizinische Informationen* außerhalb von Notfallsituationen nur ausgelesen wird, nachdem der Versicherte sein Einverständnis hierzu gegeben hat. Ein automatisches Auslesen ohne eine solche Zustimmung – beispielsweise automatisiert im Zusammenhang mit dem Auslesen der Versichertenstammdaten – ist nicht zulässig.

## 5. ANLAGE UND AKTUALISIERUNG DER HINWEISE AUF WILLENSERKLÄRUNGEN DES PATIENTEN

Auf der eGK können neben den *Notfallrelevanten medizinischen Informationen* in einem getrennten Datenblock sogenannte *Hinweise auf Willenserklärungen* der Versicherten abgelegt werden. Dies sind Hinweise auf den Aufbewahrungsort von Willenserklärungen zum Behandlungsverlauf (Patienten-Verfügung<sup>8</sup>, Vorsorge-Vollmacht<sup>9</sup>) oder zur Organ- und Gewebespende. Die Willenserklärungen selbst können aus technischen Gründen (Speicherkapazität der eGK, fehlende Möglichkeit der qualifizierten elektronischen Signatur durch Versicherte) derzeit nicht im Datensatz abgelegt werden. Die *Hinweise auf Willenserklärungen* sind inhaltlich nicht mit den Angaben zu *Notfallrelevanten medizinischen Informationen* verknüpft und können unabhängig von den medizinischen Informationen angelegt oder bearbeitet werden.

### 5.1. FÜR WEN IST DIE ANLAGE DES DATENSATZES HINWEISE AUF WILLENSERKLÄRUNGEN AUF DER eGK EMPFOHLEN?

Die Ablage der *Hinweise auf Willenserklärungen* ist eine freiwillige Anwendung der eGK und unterliegt – wie die Erstellung der Willenserklärungen selbst – vollständig den persönlichen Erwägungsgründen des Versicherten.

Die Ablage der *Hinweise auf Willenserklärungen* auf der eGK kann jedem Patienten empfohlen werden. Die Hinweise auf die Willenserklärungen können auch bei nichtausgefüllten *Notfallrelevanten medizinischen Informationen* genutzt werden.

### 5.2. EINWILLIGUNG DES PATIENTEN

Die Ablage der *Hinweise auf Willenserklärungen* auf der eGK durch den Patienten erfolgt ausschließlich freiwillig.

Prinzipiell müssen Hinweise auf Willenserklärungen nicht mit Hilfe des Arztes angelegt oder geändert werden. Patienten sollen perspektivisch die *Hinweise auf Willenserklärungen* in einer sogenannten *Umgebung zur Wahrnehmung der Rechte des Versicherten* selbstständig und ohne Zutun von Ärzten oder deren berufsmäßigen Gehilfen anlegen und ändern können. Eine solche *Umgebung zur Wahrnehmung der Rechte des Versicherten* kann z.B. in Form eines sogenannten „Patienten-Terminals“ umgesetzt werden.

Insbesondere in der frühen Wirkbetriebsphase des Notfalldatenmanagements werden Ärzte jedoch voraussichtlich mit dem Wunsch von Versicherten konfrontiert, dass *Hinweise auf Willenserklärungen* unter Zuhilfenahme von Primärsystemen (Patientenverwaltungssoftware, Krankenhausinformationssystem) der Ärzte auf eGKs gespeichert werden sollen. Dies erfordert vorab eine schrift-

---

<sup>8</sup> Der Patient kann eine **Patientenverfügung** (im Sinne der Definition des § 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB) verfassen, mit der er selbst in bestimmte ärztliche Maßnahmen, die nicht unmittelbar bevorstehen, sondern erst in Zukunft erforderlich werden können, im Vorhinein einwilligt oder diese untersagt.

<sup>9</sup> Mit der **Vorsorgevollmacht** wird vom Patienten selbst eine Vertrauensperson für den Fall seiner Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit für bestimmte Bereiche bevollmächtigt, z. B. für die gesundheitlichen Angelegenheiten.

liche Einwilligungserklärung des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters. Die Einwilligungserklärung kann gemeinsam oder getrennt mit der Einwilligungserklärung für den medizinischen Notfalldatensatz erteilt werden. ~~Ein Muster für die Einwilligungserklärung wird von der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellt. Das ausgefüllte Formular wird im Original bei dem Arzt aufbewahrt, der die Hinweise auf Willenserklärungen erstmalig angelegt hat.~~

Die *Hinweise auf Willenserklärungen* können vom Patienten selbst mit Unterstützung des Praxis- oder Krankenhauspersonals geschrieben werden. Die *Hinweise auf Willenserklärungen* werden vom Arzt nicht signiert.

Die Einwilligungserklärung wird einmalig erteilt, d. h. bei Aktualisierungen des Datensatzes muss keine neuerliche Einwilligungserklärung eingeholt werden. Bei kompletter Neuanlage des Datensatzes (Kartenaustausch) ist eine ~~neuerliches Ausfüllen der~~ Einwilligungserklärung nur dann notwendig, wenn am Ort der Neuanlage keine Einwilligungserklärung vorliegt.

Der Patient kann die Einwilligungserklärung widerrufen – die Hinweise auf persönliche Erklärungen müssen dann von jedem Arzt, der über entsprechende technische Möglichkeiten verfügt gelöscht werden – der Arzt sollte den Widerruf der Einwilligungserklärung dokumentieren.

### 5.3. ERSTANLAGE DER *HINWEISE AUF WILLENSERKLÄRUNGEN*

#### **Wer legt den Datensatz an?**

Die Aufgabe kommt dem Versicherten bzw. dessen gesetzlichem Vertreter selbst zu. Sollten keine technischen Möglichkeiten zur selbstständigen Anlage des Datensatzes (z. B. Patienten-Terminal) verfügbar sein, kann der Versicherte bei der Anlage des Datensatzes in Arztpraxen oder Krankenhäusern unterstützt werden.

### 5.4. AKTUALISIERUNG DER *HINWEISE AUF WILLENSERKLÄRUNGEN*

Sollten auf Wunsch des Versicherten Datenfelder der *Hinweise auf Willenserklärungen* geändert werden, kommt die Aufgabe der Aktualisierung dem Versicherten selbst bzw. dessen gesetzlichem Vertreter zu. Sollten keine technischen Möglichkeiten zur selbstständigen Anlage des Datensatzes (z. B. Patienten-Terminal) verfügbar sein, kann der Versicherte bei der Anlage des Datensatzes in Arztpraxen oder Krankenhäusern unterstützt werden.

Hieraus ist keine Verpflichtung des Arztes ableitbar, für die Aktualisierung des Datensatzes *Hinweise auf Willenserklärungen* Sorge zu tragen.

### Von welchen Personen dürfen *Hinweise auf Willenserklärungen* ausgelesen werden?

Der Datensatz *Hinweise auf Willenserklärungen* darf von Ärzten in unten genannten Situationen ausgelesen werden. Berufsmäßige Gehilfen dürfen die *Hinweise auf Willenserklärungen* nur auf Weisung des Arztes auslesen. Rettungsassistenten<sup>10</sup> haben keinen Zugriff auf die Willenserklärungen.

Die Hinweise auf den Ablageort von Willenserklärungen des Patienten können den Behandlungsverlauf in bestimmten Situationen maßgeblich beeinflussen.

Im Folgenden sind in einer nicht abschließenden, beispielhaften Aufzählung Einsatzszenarien geschildert, in denen die Nutzung des Datensatzes in Betracht gezogen werden sollte:

#### 6.1. AUSLESEN DER HINWEISE AUF WILLENSERKLÄRUNGEN / PATIENTEN-VERFÜGUNG UND/ODER VORSORGE-VOLLMACHT

Die Information zum Aufbewahrungsort einer Patienten-Verfügung und/oder Vorsorge-Vollmacht kann vom behandelnden Arzt in Behandlungssituationen ausgelesen werden, in denen zustimmungspflichtige diagnostische oder therapeutische Schritte notwendig sind bei einem Patienten, der nicht einwilligungsfähig ist.

Die Patienten-Verfügung bzw. Vorsorge-Vollmacht kann das ärztliche Handeln in einem breiten Spektrum von Notfallbehandlungs-Szenarien (ambulant, präklinisch und stationär) beeinflussen.

#### 6.2. AUSLESEN DER HINWEISE AUF WILLENSERKLÄRUNGEN / ORGAN- UND GEWEBESPENDE

Die Information zum Aufbewahrungsort einer Organ- und Gewebespendeerklärung kann für folgende Arztgruppen von Belang sein:

- behandelnder Arzt auf der Intensivstation. Der Patient befindet sich in einem klinischen Zustand, in dem eine Organ- und/oder Gewebespende in absehbarer Zeit in Betracht kommt oder bei dem der Hirntod direkt durch Hirntoddiagnostik festgestellt wurde.
- für eine Gewebespende verantwortliche Ärzte (Pathologe, Rechtsmediziner u. a.). Beim Patienten wurde der Hirntod indirekt infolge eines Herz- Kreislaufstillstandes festgestellt. Eine Gewebespende kommt in Frage.

---

<sup>10</sup> Stand 26. März 2012: Rettungsassistenten fallen nicht unter die im § 291 a, Abs. 5 a -neu- SGB V genannten Personengruppen, die Zugriffsrechte auf die Willenserklärungen oder Hinweise der Versicherten haben sollen. Diese neue gesetzl. Regelung, lässt sich technisch mit den eGK der ersten Generation (G1) nicht durchsetzen.

### 6.3. EINVERSTÄNDNIS ZUM AUSLESEN DER *HINWEISE AUF WILLENSERKLÄRUNGEN*

Die Erläuterung unter 4.3 gelten analog für die Dokumentation des Einverständnisses zum Auslesen der Hinweise auf die Willenserklärungen.