EHEALTHCOM

MAGAZIN FÜR HEALTH-IT, VERNETZTE MEDIZINTECHNIK UND TELEMEDIZIN

Nr. 1 | 2015

www.e-health-com.eu

Kann das geplante eHealth-Gesetz der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland den nötigen Schub geben?

eHEALTH-GESETZ Zündet nun der Turbo für die Digitalisierung?

RADIOLOGIE Alle Trends von der 100. Jahreskonferenz der RSNA.

MEDICAL APPS Der Mediziner-nachwuchs ist aufgeschlossen.

Aus iSOFT Health wird i-SOLUTIONS Health.

Auf Erfolg programmiert.

Wir bringen Sie im Bereich der Healthcare IT auf die Gewinnerstraße. Profitieren Sie von unserer erstklassigen Software für den deutschsprachigen Gesundheitsmarkt und von ganzheitlichen Lösungen für Klinik, Labor und Radiologie aus der Hand eines Mittelständlers. agil – intelligent – kundenorientiert – effizient

Erfahren Sie mehr auf www.i-solutions.de

i-SOLUTIONS HEALTH

VERBANDSORGAN

Kooperation beschlossen: E-HEALTH-COM ist jetzt das Verbandsorgan des bvitg.

WIR FREUEN UNS über das Vertrauen des bvitg, der ab dieser Ausgabe E-HEALTH-COM als Verbandsorgan nutzt. Konkret heißt das: Der Bundesverband Gesundheits-IT, einer der zentralen Player in der deutschen eHealth-Welt, berichtet in unserem Fachmagazin regelmäßig über seine Aktivitäten und Positionen. Dies geschieht auf gesondert gekennzeichneten Seiten (in dieser Ausgabe S. 58 bis 67), die vom bvitg inhaltlich und presserechtlich verantwortet werden. Zugleich nimmt der Verband eine zusätzlich zur bisherigen Auflage gedruckte Menge an Exemplaren von E-HEALTH-COM ab und gibt diese an seine Mitglieder und Partner sowie an Protagonisten der Gesundheits-IT-Branche und der gesamten eHealth-Community weiter. Unser Leserkreis wächst damit nochmals deutlich. Auch das ein Grund zur Freude.

DIE KOOPERATION, DAS betonen beide Partner, beinhaltet keine Ausschließlichkeit. Verband und Verlag werden weiterhin auch mit anderen Medien beziehungsweise Verbänden zusammenarbeiten. Und noch etwas wurde in der Kooperationsvereinbarung klar festgehalten: E-HEALTH-COM bleibt weiterhin ein unabhängiges Verlagsprodukt. Die redaktionellen Inhalte werden wie bisher ausschließlich von der Redaktion des Magazins ausgewählt, erstellt und gestaltet. Die inhaltliche Verantwortung bleibt beim Chefredakteur. Die strategische Ausrichtung des Magazins verantworten weiterhin ausschließlich der Gründer und Herausgeber Hans-Peter Bröckerhoff sowie der Verlag HEALTH-CARE-COM.

SO FINDEN SIE natürlich auch in dieser Ausgabe wieder eine breite Palette unterschiedlicher eHealth-Themen. Dass dabei der Referentenentwurf für das neue eHealth-Gesetz eine besondere Rolle spielt und zum Titelthema avanciert ist, dürfte leicht nachvollziehbar sein. Will doch Gesundheitsminister Gröhe mit dem Gesetz der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens insgesamt zusätzlichen Schub verleihen. Wie das geschehen soll und welche ersten Reaktionen der Gesetzentwurf schon provoziert hat, lesen Sie auf den Seiten 14 bis 19.

IHRE E-HEALTH-COM-REDAKTION

» Unser Leserkreis wächst damit nochmals deutlich. Auch das ein Grund zur Freude. «

FOTO: © 29MOKARA - FOTOLIA;TITEL: FOTOLIA

20

Ein runder Geburtstag: Die Jahreskonferenz der RSNA fand zum 100. Mal in Chicago statt.

14

Das geplante eHealth-Gesetz soll den Turbo für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens zünden. Der vorliegende Entwurf wird nun von allen Seiten kommentiert.

COMPACT

Nachrichten und Fakten

6 Meldungen
Self-Tracking und Krankenversicherer, neue Studien zur Med-Tech, Kardio-MRT, Schweizer eDossier, Schlierseer Marketing Award, neue Telemedizin-Projekte, E-Health Research-Lab, Interview mit Dr. Müschenich, Wissenschaftsticker u.v.m.

7 Dierks antwortet
Die Rechts-Kolumne von Prof. Christian Dierks aus Berlin. Diesmal: Kann mit dem neuen Gesetz zur elektronischen Gesundheit der rechtliche Rahmen für eHealth verbessert werden?

10 Köpfe & Karrieren
Alexander Ihls, Dr. Frank Oemig, Monika Rimmele, René Obermann, Prof. Dr. Ina Schieferdecker, Horst Martin Dreyer

COMPLEX

Ereignisse & Entwicklungen

14 eHEALTH-GESETZ
Gesetzes-Turbo: Seit Kurzem liegt der Referentenentwurf zum geplanten eHealth-Gesetz vor, der der Digitalisierung neuen Schub geben soll. Nun wird von allen Seiten kommentiert.

20 RADIOLOGIE
100 Jahre RSNA: Die Jahrestagung der Nordamerikanischen Röntgengesellschaft (RSNA) feierte 100-jähriges Jubiläum und bot den über 50 000 Besuchern alle Neuigkeiten der Radiologie.

26 MEDICAL APPS
Gute Chancen: Medizinische Apps bieten viel Potenzial, doch noch nutzen medizinische Fachkräfte sie eher zögerlich. Eine aktuelle Befragung zeigt, dass es vor allem Informationsbedarf gibt.

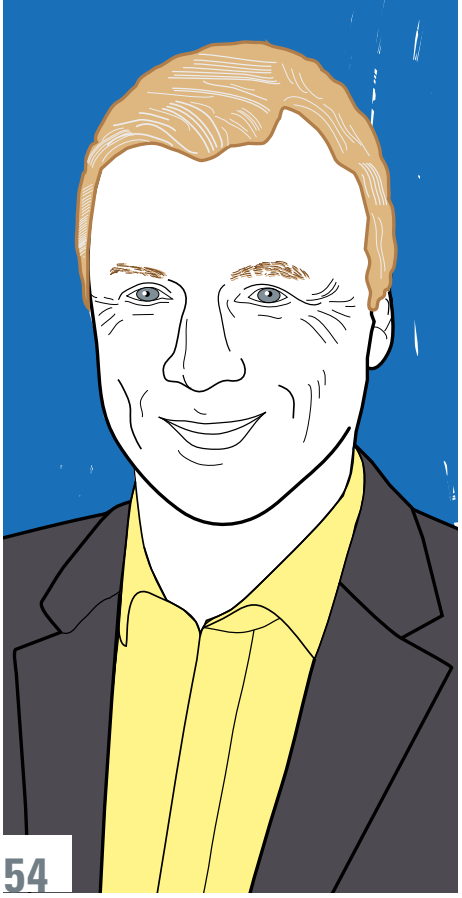
32 Telemedizin in Russland
Russland ist als Flächenland vor enorme Herausforderungen an die gesundheitliche Versorgung gestellt. Dabei kann die Telemedizin einen wichtigen Beitrag leisten, wie die Entwicklung in Russland zeigt.

36 Anwenderbericht
Vom ersten Tag an stabil: Das Deutsche Gelenkzentrum in Heidelberg hat sich für eine neue PACS-Lösung entschieden und die Migration im Livebetrieb erfolgreich gemeistert.

38 Interview
Musterhafte Hilfe: Eine verbandsübergreifende Arbeitsgruppe hat einen Mustervertrag zur Auftragsdatenverarbeitung im Gesundheitswesen erarbeitet.

26

Eine aktuelle Befragung unter angehenden Medizinern zeigt: Die Bereitschaft zur Nutzung medizinischer Apps ist durchaus hoch, aber es gibt vorab mehr Informationsbedarf.



54

„Auf ein Glas mit ...“ Uwe Eibich, Mitglied des Vorstands der CompuGroup Medical AG.

E-HEALTH-COMPASS

41 **Vernetzte Medizintechnik in der Kardiologie**
Herzbericht
Kardio-Monitoring
Telemedizin

COMMUNITY

Menschen & Meinungen

54 **Porträt**
„Auf ein Glas mit ...“ Uwe Eibich. E-HEALTH-COM-Herausgeber Hans-Peter Bröckerhoff porträtiert das Mitglied des Vorstands der CompuGroup Medical AG (CGM) und Vorstandsvorsitzenden der CGM Deutschland AG.

58 **BVITG-MONITOR**
Die neuen Sonderseiten des Bundesverbandes Gesundheits-IT – bvitg e. V. mit aktuellen Berichten in den Rubriken Nachrichten & Meinungen, Themen & Positionen sowie Menschen & Begegnungen

68 **Aus den Verbänden**
Mit Beiträgen der Partner-Verbände BMC, BVMed, DGTelemed, KH-IT, TMF und VDE

COMPASS

Markt & Service

74 **Firmenverzeichnis**

77 **Aus den Unternehmen**

82 **Termine**

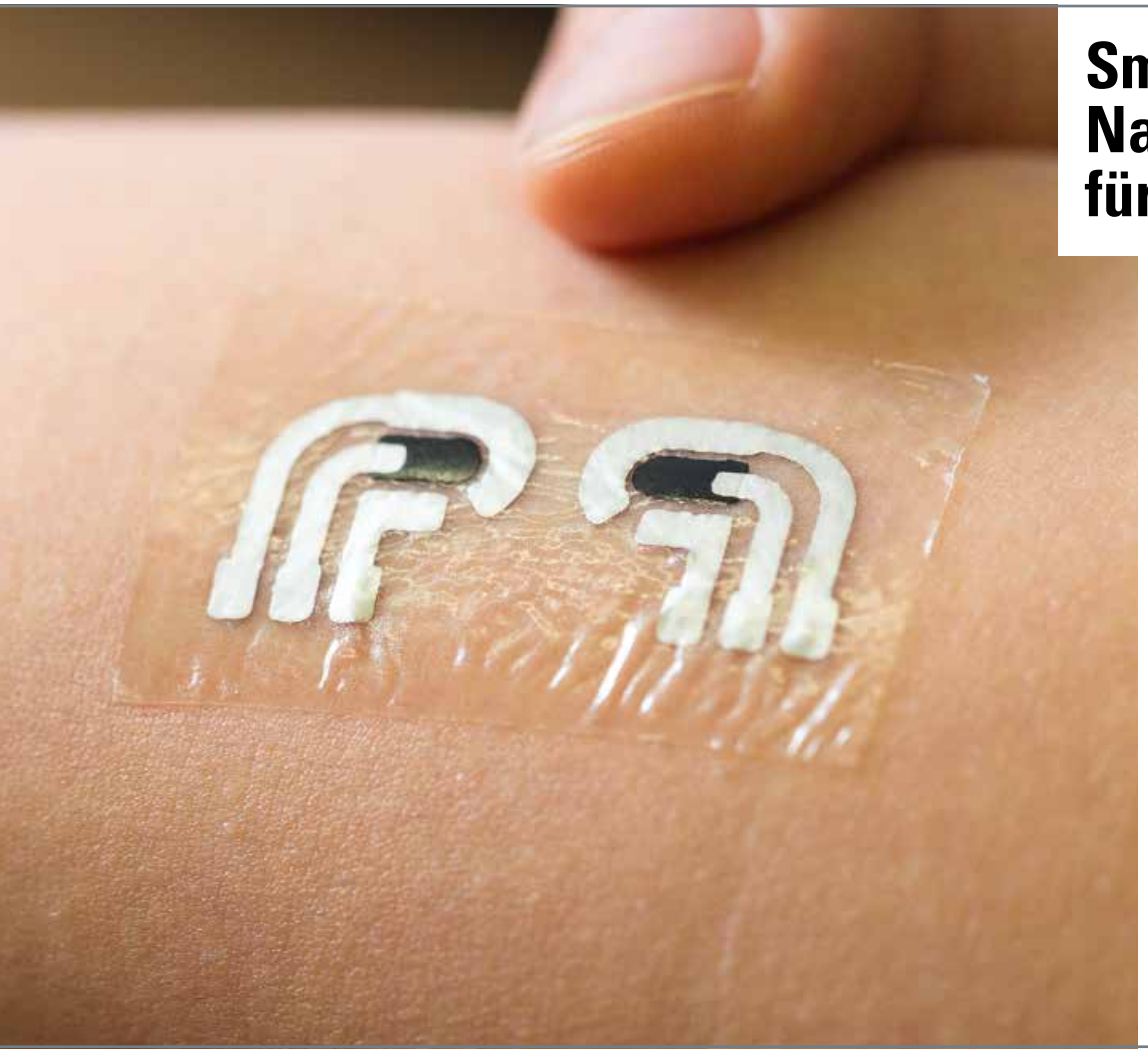
Standards

3 **Editorial**

84 **Bücher und Website**

85 **Findex/Impressum**

86 **Herausgeber-Kolumne**



Smartes Tattoo – Nanotechnologie für Diabetiker

WEARABLE TECHNOLOGY Wissenschaftler der University of California, San Diego haben eine einfach zu tragende Tätowierung entwickelt, die den Blutzuckerspiegel in der Haut präzise messen kann. Das würde Diabetikern ermöglichen, ihren Glukosespiegel ohne lästige Pikserei kontinuierlich und schmerzlos zu überwachen. Entwickelt wurde das smarte Tattoo von Amay Bandodkar, Doktorandin am Nano-Engineering Department und Center for Wearable Sensors der Jacobs School of Engineering der University of California in San Diego, und ihren Kollegen. Das Tattoo besteht aus gewebten Elektroden, die auf eine Rubbeltattoo-Folie gedruckt werden.

SELF-TRACKER *Versicherungen wollen per App an die Daten der Versicherten und locken mit Rabatten. Jeder Dritte findet das gut.*

Das war wohl nur eine Frage der Zeit. Zwei große Versicherungskonzerne, die Generali und die Axa, wollen nun auch in Europa Fitness-Apps einführen, mit denen Versicherte ihre Aktivität dokumentieren und die entsprechenden Informationen an die Versicherung senden können. Sie erhalten dadurch geldwerte Vergünstigungen. Generali lehnt sich an ein in Südafrika erprobtes Programm an und will Ende des Jahres loslegen – auch in Deutschland. Axa beschränkt sich zunächst auf Frankreich.

Zumindest in Deutschland haben diese Pläne zu einem medialen Aufschrei geführt, wenngleich noch unklar ist, was die jeweiligen Apps genau übermitteln. Das grundsätzliche Konzept, wonach gesundes oder angeblich gesundes Verhalten monetär belohnt wird, ist bekanntlich keine Erfindung der digitalen Moderne. Das gibt es schon lange, Stichwort Zahnprophylaxe oder Krebsfrüherkennung.

Passend zu den Ankündigungen der Versicherungskonzerne hat das Marktforschungsunternehmen YouGov eine repräsentative Befragung von 1000 Deutschen durchgeführt. Das Land zeigt sich gespalten. Immerhin 32 Prozent können sich vorstellen, Gesundheitsdaten zu messen und an die Versicherung zu übermitteln, wenn dadurch Vorteile entstehen. Auf der Wunschliste stehen Beitragserstattungen und Gutscheine für privatärztliche Leistungen. Aber auch an Payback-Punkten und Ähnlichem gibt es Interesse.

Auf der anderen Seite sind 39 Prozent der Befragten komplett gegen die Datenübertragung. 73 Prozent sorgen sich, dass sie bei einer Verschlechterung der Gesundheit plötzlich mehr zahlen müssen als vorher. Und 81 Prozent gehen davon aus, dass die Versicherungen die eingesammelten Daten auch für andere Zwecke verwenden. Das Problembewusstsein scheint also vorhanden zu sein.

MEHR EVIDENZ FÜR MEDTECH *Von*

Medizintechnikherstellern werden immer häufiger randomisierte Studien verlangt. 2015 stehen einige interessante Ergebnisse ins Haus.

Hoch spannend wird, ob der Siegeszug der transvalvulären Aortenklappenimplantation (TAVI) weitergeht. Im Laufe des Jahres werden die beiden randomisierten Studien PARTNER IIA und SURTAVI erste Ergebnisse vorlegen. Hier wird die TAVI zum ersten Mal bei Patienten mit Aortenstenose und mittlerem Operationsrisiko evaluiert. Falls diese Studien für die TAVI günstig ausfallen, dürfte die offene Aortenklappenchirurgie binnen Kurzem massiv an Boden verlieren.

Spannend bleibt es auch beim Telemonitoring mithilfe von Implantaten. 2015 könnten erste Ergebnisse der LAPTOP-HF-Studie bekannt werden, die das HeartPOD-Implantat von St. Jude randomisiert evaluiert. Das Gerät misst den Druck im linken Vorhof als Parameter für eine drohende Dekompensation bei Herzinsuffizienzpatienten und kann relativ problemlos mit einem ICD oder CRT-Device kombiniert werden.

Das Berliner Unternehmen BIOTRONIK wird 2015 ebenfalls neue Daten liefern. Aus der vor anderthalb Jahren vorgestellten IN-TIME-Studie werden neue Subgruppenergebnisse erwartet. Die IN-TIME-Studie hatte in randomisiertem Design für das implantatbasierte Homemonitoring von Patienten mit Herzinsuffizienz einen Überlebensvorteil demonstriert. Jetzt sollen CRT- und ICD-Träger separat analysiert werden.

Auch aus der Medizinrobotik gibt es Neuigkeiten: Am Universitätsklinikum Leipzig startet dieser Tage eine unabhängig finanzierte, randomisierte Studie zur Prostatachirurgie. Gefördert von der Deutschen Krebshilfe wird dort der seit Jahren im Einsatz befindliche DaVinci-Roboter mit konventioneller laparoskopischer Chirurgie verglichen. Die Studie wird zeigen, ob die Vorteile der Roboterchirurgie im Alltag auch mit harten Outcome-Vorteilen für den Patienten einhergehen.

Ticker

+ + + 1,6 Millionen Senioren nutzen Tablet-Computer, also jeder zehnte Deutsche ab 65 Jahren, wie eine aktuelle **UMFRAGE** im Auftrag des Digitalverbands **BITKOM** ergeben hat. In der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen sind es 14 Prozent, bei den 65- bis 69-Jährigen sogar 18 Prozent. + + + Auch in diesem Jahr vergeben die Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE (VDE|DGBMT) und das Aktionsbündnis Patientensicherheit den mit 6500 Euro dotierten **PREIS FÜR PATIENTENSICHERHEIT IN DER MEDIZINTECHNIK**. Beiträge können bis zum 30. April 2015 bei der VDE|DGBMT unter www.dgbmt.de/patientensicherheit eingereicht werden. + + + Passend zum Entwurf des eHealth-Gesetzes, welches die Förderung von elektronischen Arztbriefen vorsieht, beginnt die KV Telematik GmbH (KVTG) einen **FELDTEST ZUR ERPROBUNG DES eARZTBRIEFES**. Die KVTG hat den elektronischen Arztbrief gemeinsam mit Softwarehäusern und KVen entwickelt und sucht für dessen Erprobung interessierte, engagierte Arztnetze. + + + Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat die **FÖRDERMASSNAHME „MEDIZINTECHNISCHE LÖSUNGEN FÜR DIE DIGITALE GESUNDHEITSVERSORGUNG“** ausgeschrieben. Damit sollen in industriegeführten Konsortien neue digitale Produkte, medizinische Verfahren oder Dienstleistungen zur Verbesserung der Patientenversorgung auf den Weg gebracht werden. Die VDI Technologiezentrum GmbH betreut als BMBF-Projektträger die Fördermaßnahme. Weitere Informationen unter www.medizintechnologie.de + + +

DIERKS ANTWORTET

Kann mit dem neuen Gesetz zur elektronischen Gesundheit der rechtliche Rahmen für eHealth verbessert werden?

PROF. DR. DR. CHRISTIAN DIERKS ist Rechtsanwalt und Facharzt für Allgemeinmedizin in Berlin.

Der Entwurf adressiert einige Rechtsfragen und Probleme, die sich in der gesetzlichen Krankenversicherung stellen. Es ist damit im Wesentlichen ein sozialrechtlicher Entwurf geworden. Richtigerweise wird auch bei der Umsetzung des 1994 begonnenen Projektes einer elektronischen Verordnung Druck auf die verantwortlichen Gremien ausgeübt. Sinnvoll ist auch der Medikationsplan, wobei die Frage erlaubt sein muss, warum dies erst ab fünf Medikamenten und zunächst in Papierform geschieht. Der Titel des Gesetzes lässt anderes erwarten, oder handelt es sich um ein paperHealth-Gesetz? Die eigentliche Herausforderung, eine sichere, patientenorientierte und die Versorgungsforschung ermöglichende Plattform für die Verbindung öffentlich-rechtlicher Kommunikation aus dem Gesundheitswesen mit privatwirtschaftlich gewachsenen Softwareapplikationen zur Gesundheitsdokumentation zu schaffen, ist dem Entwurf bislang nicht zu entnehmen. Es ist keine Lösung für das mittlerweile offensichtlich gewordene Problem einer fehlenden Identitätsprüfung bei der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte abzusehen. Auch eine klare Aussage zur gesetzlichen Zulässigkeit der Fernbehandlung und den telematischen Rahmenbedingungen für eine Zweitmeinung durfte erwartet werden. Und wenn man schon dabei ist: warum nicht gleich eine Lösung für die Auftragsdatenverarbeitung im Gesundheitswesen entwerfen? All dies ist möglich. Zum Glück handelt es sich nur um einen Entwurf, es besteht also noch Hoffnung.

» Es ist im Wesentlichen ein sozialrechtlicher Entwurf geworden.«

FOTO: LINKS: JACOBS SCHOOL OF ENGINEERING / UC SAN DIEGO; RECHTS UNTEN: ©YAMAMEN - FOTOLIA; RECHTS OBEN: PRIVAT

»PATIENT WIRD IGNORIERT«

Scharfe Kritik am Entwurf für das eHealth-Gesetz kommt vom Bundesverband Internetmedizin. Das Gesetz wird für eine vertane Chance gehalten.

DR. MARKUS MÜSCHENICH ist Facharzt für Kinderheilkunde und Vorstand im Bundesverband Internetmedizin. Er ist außerdem Managing Partner des Venture-Capital-Anbieters Flying Health.

Sie lassen kein gutes Haar am Referentenentwurf des eHealth-Gesetzes. Warum?

Der Bundesverband Internetmedizin nimmt die Perspektive seiner Mitglieder ein, die einen Anspruch an das und vor allem Kenntnis von dem haben, was bereits längst in der digitalen Gesundheitswelt Realität ist: Der selbstbestimmte Patient, der sich um seine Gesundheit kümmert und aktiv mit seinen Ärzten kommuniziert; Mediziner, die die Internetmedizin mit entwickeln, weil sie ihre Patienten so besser therapieren können; Leistungserbringer. Diese Akteure brauchen keine Fristen und keine Sanktionen.

Auch die Anreizsysteme für Ärzte halten Sie nicht für zielführend?

Wenn die Vergütung einer Leistung der primäre Anreiz ist, diese zu erbringen, dann ist Kritik an der Qualität eines Gesetzes angebracht. Die Ärzteschaft wird im Referentenentwurf auf den Status von Zuwendungsempfängern reduziert, deren Interesse es zu sein scheint, für die elektronische Übermittlung von E-Mails Gebührenpositionen abgreifen zu wollen. Natürlich muss die Vergütung stimmen, und zwar insbesondere für neue digital unterstützte Versorgungsmodelle – die es im Übrigen bereits heute gibt. Das, was heute schon möglich ist, erscheint im Gesetzentwurf bestenfalls als optionale Perspektive der nächsten Jahre.

Welche Maßnahmen hätten Sie sich erhofft?

Das größte Defizit ist, dass der Patient im Gesetz gar nicht als Betroffener und aktiver Nutzer neuer Gesundheitsservices vorkommt. Erst schreien alle nach dem mündigen Patienten, dann ist er da und wird ignoriert. Das Gesetz tut so, als ob die Gesellschaft für Telematik das Maß der Dinge in Sachen digital unterstützter Gesundheitsversorgung werden könnte. In Sachen Autobahnmaut mag ein staatliches Infrastrukturmonopol funktionieren, im Gesundheitswesen führt es zu Planwirtschaft mit den bekannten negativen Konsequenzen für die medizinische Qualität. Wir favorisieren einen produktiven Wettbewerb. Warum nicht ein Vorgehen analog zum Telekommunikationsmarkt mit Nutzung des Wettbewerbs als Instrument der Innovations- und Qualitätssicherung?

Können Innovationsfonds und Versorgungsstrukturgesetz die digitale Medizin voranbringen?

Der Innovationsfonds kann als hervorragender Katalysator für die digitale Medizin dienen. Auch das ist ein Grund, warum der Entwurf zum eHealth-Gesetz zu ändern ist. Denn die intersektorale Versorgung via digitaler Medizin wird nicht primär über B2B-Kommunikation zwischen den Leistungserbringern funktionieren. Die wirklich intelligente Vernetzung wird über den Patienten sichergestellt werden. Der Patient wird selbst zum Netzknoten der intersektoralen Kommunikation. Wenn das nicht im Gesetz berücksichtigt wird, wird auch dieser Versuch, intersektorale Versorgung zu verbessern, scheitern – so wie der erste Versuch 2006 mit IV-Verträgen und Anschubfinanzierung.

Sehr aufgeschlossen

PATIENTENDOSSIER Gleich in mehreren Umfragen wurden die Schweizer zu ihrer Meinung zum elektronischen Patientendossier befragt. Diese schweizerische Variante einer übergreifenden ePatientenakte wird derzeit sukzessive eingeführt. Insgesamt scheint die Bevölkerung in der Schweiz über dieses Projekt ausgesprochen positiv zu denken. Bei dem von der schweizerischen Pharmaindustrie in Auftrag gegebenen „Gesundheitsmonitor 2014", für den 1210 Erwachsene befragt wurden, unterstützten 69 Prozent der Befragten das Dossier. 23 Prozent waren „bestimmt dafür", 46 Prozent „eher dafür". Eine weitere Befragung bei 1003 Schweizern im Auftrag der InfoSocietyDays kam zu einem ganz ähnlichen Ergebnis: Insgesamt 55 Prozent sind „dafür" oder „eher dafür", 22 Prozent „dagegen" oder „eher dagegen". Auch die Meinungsforscher von comparis fanden bei 1204 Befragten eine Zustimmungsquote von 59 Prozent. Wird etwas allgemeiner gefragt, sind die Zustimmungsraten noch höher. 73 Prozent gaben im Rahmen des Gesundheitsmonitors an, dass sie die elektronische Speicherung von Gesundheitsinformationen für unproblematisch halten. Und 72 Prozent wünschen sich, dass Gesundheitsfachpersonal in die Lage versetzt wird, relevante Daten auszutauschen. ► www.e-health-suisse.ch

BILDER: LINKS OBEN: PRIVAT RECHTS OBEN: © ROBERT KNESCHKE - FOTOLIA

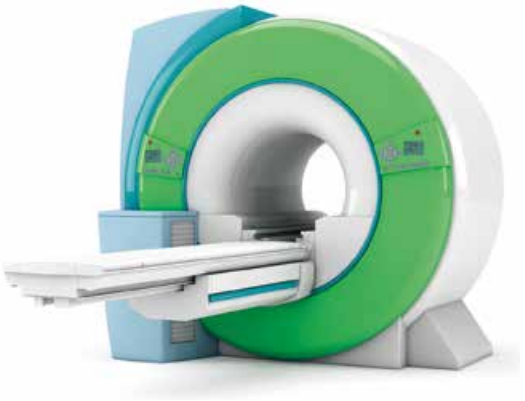
ERSTATTUNG WANN?

Die Magnetresonanztomographie des Herzens („Kardio-MRT“) erfreut sich immer größerer Wertschätzung. Trotzdem ist sie in Deutschland nicht flächendeckend nutzbar. Es scheitert an der Abrechnung.

Die Kardio-MRT ist ein Lehrstück darüber, wie die Einführung innovativer medizintechnischer Verfahren in Deutschland politisch vertändelt wird. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wehren sich seit Jahren vor Gericht und anderswo dagegen, dass Kardiologen das Verfahren regulär anbieten können. Bisher mit Erfolg. Dabei gäbe es gute Gründe für einen breiteren Einsatz.

Professor Hugo Katus vom Universitätsklinikum Heidelberg berichtete auf einer Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) über eine Studie, in der am Deutschen Herzzentrum Berlin untersucht wurde, ob anhand einer Kardio-MRT entschieden werden kann, welche Patienten mit mittlerem Risiko für eine koronare Herzerkrankung einen Herzkatheter benötigen und welche nicht. „Patienten, bei denen mittels MRT entschieden wurde, ob eine Koronarangiographie erforderlich ist oder nicht, hatten kein höheres Sterberisiko als Patienten, die sofort koronarangiographiert wurden“, so Katus. Über acht Jahre war die Zahl der Katheteruntersuchungen in der MRT-Gruppe deutlich geringer.

Um einmal mehr zu zeigen, dass sie es ernst meinen mit ihrem Anspruch auf die Kardio-MRT, haben die Kardiologen jetzt im Rahmen der Qualitätsinitiative der DGK ein neues Weiterbildungscurriculum „Kardiales MRT“ fertiggestellt. Ziel ist es, die Kardio-MRT auf diesem Weg zu einem integralen Bestandteil der kardiologischen Facharztweiterbildung zu machen. „Die Durchführung der kardialen MRT muss für entsprechend qualifizierte Kardiologen bundesweit möglich werden“, so Katus.



ANZEIGE

KÖPFE & KARRIEREN

1 Führungswechsel im Vorstand von IHE Deutschland: Seit Ende letzten Jahres ist **ALEXANDER IHLS** (Telekom Healthcare Solutions) neuer stellvertretender Vorstandsvorsitzender und übernimmt die Rolle des Vendor Co-Chairs im Vorstand. **2** Noch eine Personalie in Sachen IHE: Zum Jahresbeginn wurde **DR. FRANK OEMIG** (Agfa HealthCare) zum Affiliate Director im Board of Directors of HL7 International berufen, um dort die Belange aller International Affiliates weltweit zu vertreten. **3** Seit Januar ist **MONIKA RIMMELE** für den neugeschaffenen Bereich „Politik, Internationale Strategie und Marktentwicklung" bei VISUS verantwortlich. Davor war sie beim Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg e. V.) Referentin für Politik & Strategische Vernetzung & Regierungskontakte. **4** Der Aufsichtsrat der CompuGroup Medical AG hat im Januar entschieden, der ordentlichen Hauptversammlung, die für den 20. Mai 2015 vorgesehen ist, **RENÉ OBERMANN** als Nachfolger für Herrn Prof. Dr. Rolf Hinz vorzuschlagen, der sein Aufsichtsratsmandat niedergelegt hat. **5** Der Vorstand der Fraunhofer-Gesellschaft hat **PROF. DR. INA SCHIEFERDECKER** zum Jahresbeginn in die Leitung des Fraunhofer-Instituts für Offene Kommunikationssysteme FOKUS in Berlin berufen, das sie nun gemeinsam mit Prof. Dr. Manfred Hauswirth leitet. **6** Seit Dezember 2014 verstärkt **HORST MARTIN DREYER** als operativer Geschäftsführer neben dem neuen kaufmännischen Geschäftsführer Michael Bieger und dem Vorsitzenden Geschäftsführer Peter Herrmann das Management der i-SOLUTIONS Health GmbH.

Cloud und mehr

eHEALTH-FORSCHUNG An der TU Chemnitz gibt es am Lehrstuhl für Verteilte und Selbstorganisierende Rechnersysteme ab sofort ein „E-Health Research Lab". Durch das Kooperationsprojekt mit dem Praxis-IT-Hersteller medatixx soll der IT-Nachwuchs an das Thema eHealth und vor allem an ambulante Gesundheits-IT-Lösungen herangeführt werden. „Die Branche hat ein Nachwuchsproblem. So eine Kooperation ist eine gute Möglichkeit, früh mit den Studierenden in Kontakt zu kommen und sie für unsere Themen zu interessieren", betont Wolfang Graffé, bei dem Praxis-IT-Hersteller der Bereichsleiter für Forschung und Entwicklung. In einem ersten Schritt wurden zwei Doktorarbeiten vergeben. Eine davon beschäftigt sich mit der Frage, wie eine Suche in verschlüsselten Daten in der Cloud möglichst performant gestaltet werden kann. Das ist hoch relevant, wenn künftig vermehrt cloudbasierte medizinische Informationssysteme genutzt werden.

Tirol macht mobil

HERZINSUFFIZIENZ In Tirol ist ein spannendes Telemonitoring-Projekt für Patienten mit Herzinsuffizienz angelaufen. Als eines der ersten derartigen Projekte arbeitet es komplett auf Basis von Smartphone-Apps. Nach einer Hospitalisierung senden Patienten Körpergewicht, Blutdruck und Herzfrequenz täglich über die „HerzMobil Tirol"-App an eine Datenbank, auf die nur die behandelnden Ärzte Zugriff haben. Werden Grenzwerte überschritten, können die Ärzte eingreifen – ebenfalls primär über die App, etwa mit Vorschlägen zur Therapieanpassung. An dem Projekt sind mehrere Kliniken der Tiroler Landeskrankenanstalten beteiligt, außerdem zehn niedergelassene Ärzte. Die technische Realisierung erfolgt durch das Austrian Institute of Technology in Hall. Für Werner Salzburger von der Tiroler Gebietskrankenkasse TGKK setzt das „HerzMobil Tirol"-Projekt nicht zuletzt wegen der innovativen technischen Plattform auch international vollkommen neue Maßstäbe.

LABOR DIGITAL

Neues Pilotprojekt zur papierlosen Laboranforderung gestartet.

Neues Jobangebot für den elektronischen Heilberufsausweis der Ärztekammern: Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) startet gemeinsam mit der Laborärztlichen Arbeitsgemeinschaft für Diagnostik und Rationalisierung (LADR), dem Praxisnetz Herzogtum Lauenburg (PNL) und dem Deutschen Gesundheitsnetz (DGN) ein Pilotprojekt für eine bessere Laborkommunikation. Ärzte sollen künftig ihre Laboranforderungen nicht nur online übertragen, sondern sie auch mit qualifizierter elektronischer Signatur signieren können.

Die neue Funktion ist Teil des Labor Order Entry Moduls der GUSbox M2. An dem Pilotprojekt nehmen zunächst nur Ärzte des PNL sowie die LADR-Labors teil. Es wird aber ausdrücklich angestrebt, die papierlose Laboranforderung zu einer Standardanwendung zu entwickeln. Das Labor profitiere von der digitalen Anforderung, betont der ärztliche Leiter der LADR, Professor Jan Kramer: „Wir sind frühzeitig über Art und Umfang der eintreffenden Aufträge informiert, können unsere Abläufe besser einteilen und im Gegenzug die Praxen zügig über den Verarbeitungsstatus ihrer Proben informieren."

Die digital erstellten Laboraufträge werden sofort nach Erstellung automatisch als LDT-Datei an das jeweilige Labor versandt. Die Datenübertragung erfolgt vorerst über KV-SafeNet in Verbindung mit SafeMail, einem E-Mail-Dienst der KVSH. Später soll auch eine Übertragung über KV-CONNECT möglich werden. Was die Signaturen angeht, gibt es einen kleinen Trick, um die Akzeptanz der Ärzte zu gewinnen. Es wird nicht jede Anforderung einzeln signiert. Vielmehr unterzeichnet der Arzt die als PDF-Dateien abgespeicherten Aufträge nur einmal pro Quartal, um sie sozusagen mit leichter Verzögerung rechtssicher zu machen. Dank Stapelsignatur reicht eine PIN für 254 Laboraufträge.

FOTOS: LINKS OBEN: DEUTSCHETELEKOM, AGFA HEALTHCARE, VISUS, CGM, FRAUNHOFER FOKUS, ISOLUTIONS HEALTH

BITMARCK®

MEHR EFFIZIENZ IN DER GKV – MIT IT-LÖSUNGEN VON BITMARCK

Unsere Kunden aus dem Gesundheitssektor schätzen unsere passgenauen Produkte und Serviceleistungen auch morgen noch. Denn sie senken dauerhaft Kosten, optimieren Workflows und schaffen Freiraum für das Kerngeschäft: die Versicherten individuell zu betreuen.

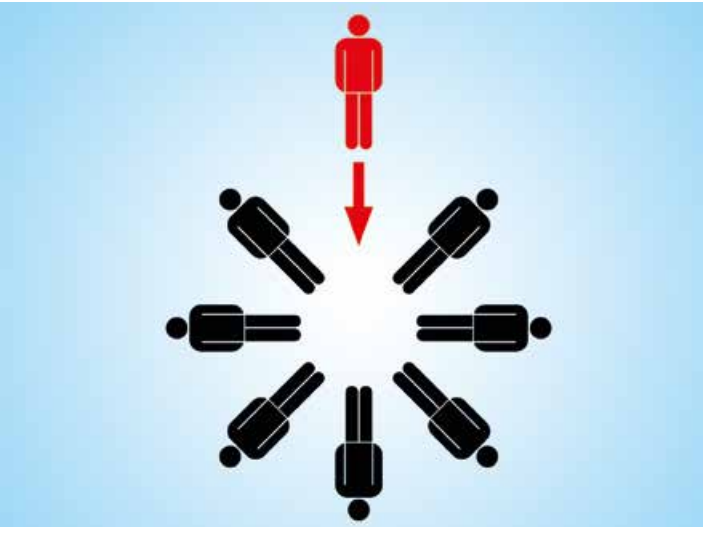
BITMARCK-Unternehmensgruppe
Brunnenstraße 15–17 | 45128 Essen
Tel. 0201 89069-000 | www.bitmarck.de

Wissenschaftsticker

+ + + Stimmt schon, intelligente Arzneimittelschälchen und Blister mit WLAN-Anschluss sind irgendwie sexy. Aber Compliance verbessern geht schon auch etwas kostengünstiger. In der **INTERACT-STUDIE** haben britische Ärzte Bluthochdruckpatienten in randomisiertem Design **PER COMPUTERGENERIERTER SMS** zunächst täglich, dann alle zwei Tage und schließlich einmal wöchentlich an ihre Medikamente erinnert. Die SMS waren so formuliert, dass die Patienten gehalten waren, darauf zu antworten. Ergebnis: Mit SMS-Erinnerungen nahmen 91 Prozent ihre Pillen im Großen und Ganzen ordnungsgemäß ein, ohne Nachrichten waren es nur 75 Prozent (PLoS One 2014, 9:e114286). **+ + +** Google Glass war ein Reinfall. Dafür reden jetzt alle über Smartwatches. Ärzte auch. Experten vom **NORWEGISCHEN TELEMEDIZINZENTRUM NST** berichten über ihre Erfahrungen mit sechs Typ-1-Diabetikern, die eine **SMARTPHONE-/SMARTWATCH-KOMBO ZUM DISEASE MANAGEMENT** nutzten. Über die Uhr konnten unter anderem Glukose-, Insulin- und Kohlenhydratmengen eingegeben werden (J Diabetes Sci Technol 2015; 14. Januar 2015). Statistiken lassen sich bei dieser Gruppengröße natürlich nicht machen, aber den Patienten hat es gefallen. **+ + +** Viele medizinische Internetinterventionen scheitern unter anderem daran, dass sie „on top" zur regulären Versorgung eingesetzt werden sollen und entsprechend nur Mehrkosten verursachen. In einer randomisierten **SCHWEIZER STUDIE** wurde jetzt untersucht, wie sich eine **EDUKATIVE ONLINE-COMMUNITY** für Patienten mit rheumatoider Arthritis auf die körperliche Aktivität auswirkt. Die stieg im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich an. Das ging einher mit einer signifikant geringeren Inanspruchnahme des Medizinsystems (J Med Internet Res 2015, 17(1):e14). Angesichts der völlig überlaufenen rheumatologischen Sprechstunden in Deutschland ist diese Studie sicher einen Blick wert. **+ + +** Ein **TELEMEDIZINISCHES SCREENING AUF DIABETISCHE RETINOPATHIE** gehört zu jenen Telemedizinanwendungen, die sich vermutlich durchsetzen würden, wenn sie adäquat abrechenbar wären. Eine **AKTUELLE METAANALYSE** liefert noch einmal Daten: In Summe liegt die gepoolte Sensitivität für die Diagnose eines Normalbefunds bei über 80 Prozent und die gepoolte Spezifität für die Diagnose eines pathologischen Befunds bei über 90 Prozent (Br J Ophthalmol 2015, 6. Januar 2015). Wenig überraschend, sind die Ergebnisse mit Mydriatikum und bei Einsatz einer digitalen Weitwinkelkamera besser. Fazit: Ist praxisreif. Zahlt nur keiner, oder noch kaum einer. **+ + +**

Patient will entscheiden

USA Es ist das uralte Selbstbild des Arztes als „Führer of the patient", das immer noch in vielen Köpfen umherspukt, wenn es darum geht, Patienten zu gestatten, Zugriffsrechte für elektronische Daten zu setzen oder zu entziehen: „Der kann das doch gar nicht beurteilen!" „Der gefährdet sich selbst!" „Der will das doch gar nicht!" „Raubbau am Arzt-Patienten-Verhältnis!" Peter H. Schwartz und Kollegen vom Regenstrief Institute in Indianapolis haben jetzt im Journal of General Internal Medicine die Daten zu den Emotionen vorgelegt. Im Kontext einer regionalen Gesundheitsakte haben sie 105 Patienten gestattet, Zugriffsrechte zu setzen und einfach mal geschaut, was passiert. Überraschung Nummer eins: Der Patient will sehr wohl mitreden. Immerhin 43 Prozent der zufällig ausgewählten Studienteilnehmer



verteilten Zugriffsrechte. Und von diesen beschränkte die große Mehrheit für einen oder mehrere ausgewählte Ärzte den Zugriff auf alle persönlichen Daten. Eine Minderheit setzte die Zugriffsschranke lediglich bei einem Set vorab als „sensibel" eingestufter Daten. Auch 31 Ärzte und Praxisangestellte wurden befragt – und die waren zumindest hin- und hergerissen. 54 Prozent waren mit der Zugangskontrolle durch den Patienten grundsätzlich einverstanden. Gleichzeitig gaben aber 58 Prozent an, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis leide, und 71 Prozent fürchteten negative Effekte auf die Versorgungsqualität. Das sind übrigens nicht, wie die Autoren behaupten, die allerersten Daten zu diesem Thema. Im Rahmen des europäischen SUSTAINS-Projekts wurde und wird die Patienteneinbindung ebenfalls evaluiert. Auch hier zeigen viele Teilprojekte, dass die Patienten nicht nur mitreden wollen, sondern das auch verantwortungsvoll können.

BILDER: LINKS: FOTOKALLE - FOTOLIA.COM; RECHTS: PETER CARQUEVILLE

AUF DEM TREPPCHEN *Auch 2015 wurden wieder drei Unternehmen beim Schlierseer Marketing Award für besondere Leistungen im Bereich Marketingkommunikation ausgezeichnet.*

Die Gewinner des diesjährigen Schlierseer Marketing Awards heißen Telekom Healthcare Solutions, synMedico und Agfa HealthCare. Der Preis wird vom Veranstalter der jährlichen Schlierseekonferenz, eHealthOpen, ausgeschrieben und hat das Ziel, besonders gelungene Aktivitäten der Marketingkommunikation von Unternehmen der Health-IT-Branche auszuzeichnen.

Auf den ersten Platz kürte die Jury, deren Sprecher der Herausgeber dieser Zeitschrift, Hans-Peter Bröckerhoff ist, den neuen Markenauftritt, mit dem die Deutsche Telekom Healthcare Solutions im letzten Jahr als neu geschaffene Organisationseinheit des Telekom-Konzerns in der Branche gestartet ist. Im Zentrum der integrierten Kampagne steht eine Anzeigenserie mit sehr ästhetisch dargestellten und in der Hausfarbe Magenta erstrahlenden Organen und Körperteilen. Diese Bilderwelt und ihr Einsatz in den verschiedenen Elementen der Kampagne, von den Anzeigen bis hin zu Give-aways auf der conhIT, wurden von der Jury nicht nur als besonders originell, aufmerksamkeitsstark und zielgruppengerecht, sondern auch als sehr professionell umgesetzt beurteilt.

Platz zwei ging an den Internetauftritt der Firma synMedico. Hier werden auf sehr moderne Weise die Produkte und Lösungen des Unternehmens dargestellt und erklärt, mit denen Ärzte ihre Patienten multimedial aufklären können. Der dritte Platz schließlich ging – mit nur hauchdünnem Abstand – an Agfa HealthCare für ihre Imagekampagne, die aus vier aufeinander abgestimmten, Aufmerksamkeit erzeugenden und sehr emotionalen Motiven aus dem Bereich des Alpinismus besteht.

Bei der Preisverleihung (v.l.): eHealthOpen-Chef Heino Kuhlemann, Manfred Schmitz (synMedico), Markus Heitkamp (Telekom Healthcare Solutions), Martina Götz (Agfa HealthCare) und Jury-Sprecher Hans-Peter Bröckerhoff

ANZEIGE

Industrie-Messe +++ Kongress +++ Akademie +++ Networking

GOLD-Partner

SILBER-Partner

Nur bis zum 6. März 2015!
Kostenloses Messeticket auf www.conhit.de

Veranstalter

Organisation

In Kooperation mit

Unter Mitwirkung von

GESETZES-TURBO

SEIT KURZEM LIEGT DER REFERENTEN-ENTWURF DES BMG ZUM GEPLANTEN eHEALTH-GESETZ VOR. DAMIT SOLLEN TELEMEDIZIN UND eHEALTH BALD ZU EINEM FESTEN BESTANDTEIL DER GESUNDHEITSVERSORGUNG WERDEN. NUN WIRD VON ALLEN SEITEN DAS FÜR UND WIDER DISKUTIERT.

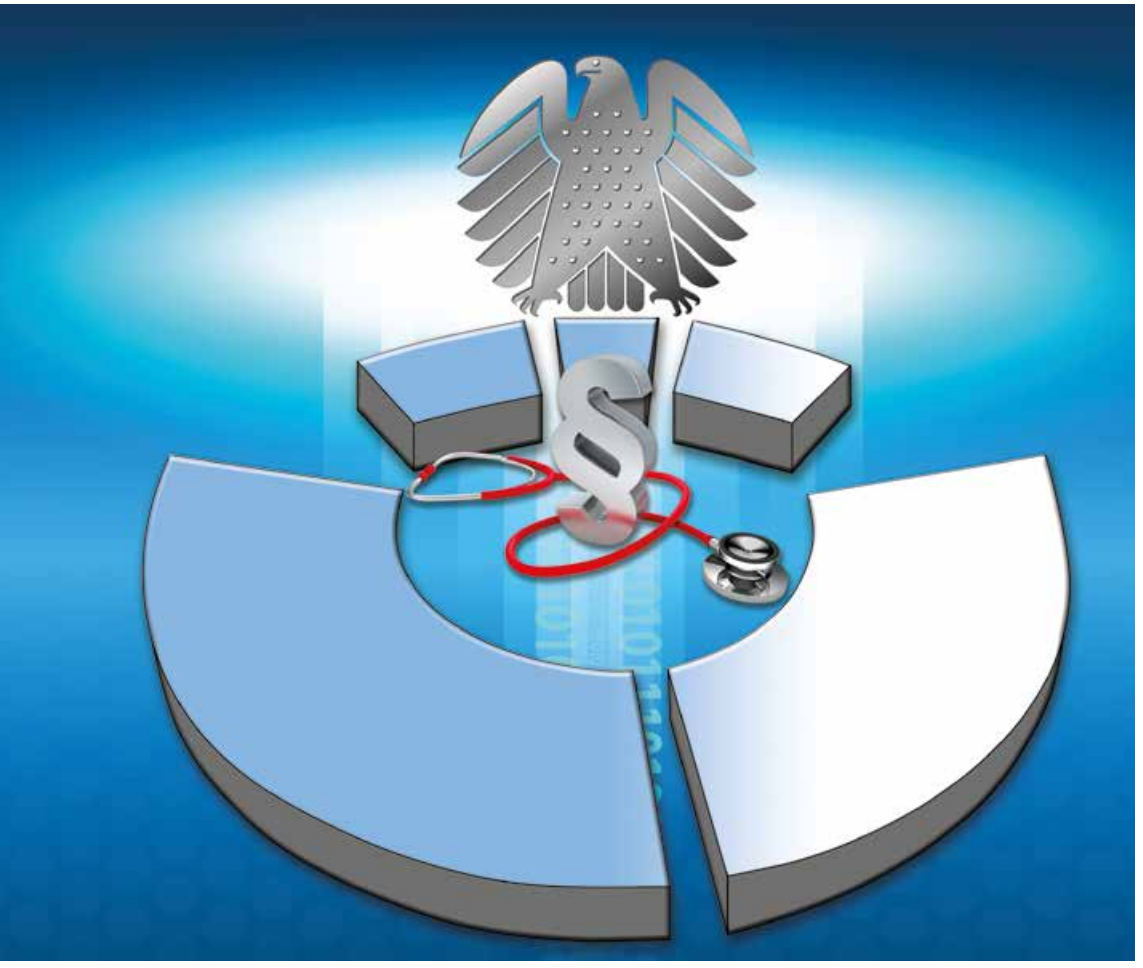
TEXT: MICHAEL LANG

Die Politik macht Druck: Anfang des Jahres hat das Bundesgesundheitsministerium den Referentenentwurf für das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ vorgestellt. Der Entwurf stärkt einerseits die Stellung der Betreibergesellschaft gematik, nimmt andererseits deren Gesellschafter stärker in die Pflicht. Konkrete Fristen für die Einführung bestimmter eHealth-Anwendungen mit finanzieller Bestrafung bei Nichteinhaltung sowie die Einführung von Schlichtungsstellen sollen dafür sorgen, dass es zukünftig keine weiteren Verzögerungen beim Ausbau der Telematikinfrastruktur und der Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte mehr geben wird.

Die Zielrichtung von Bundesminister Hermann Gröhe wurde bereits in der Überschrift eines Namensartikels deutlich, der kurz vor dem Referentenentwurf in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (F.A.Z.) erschienen >

BILD: ISTOCKPHOTO (M)

Es soll den Turbo in Sachen Digitalisierung des Gesundheitswesens zünden: das geplante eHealth-Gesetz des Bundesgesundheitsministeriums. Der Referentenentwurf liegt nun vor.



eHealth im Bundestag: Bis Anfang 2016 soll der Gesetzgebungsprozess über die Bühne gehen.

war: „Digitalisierung braucht Ergebnisse – jetzt!“ Im Text redete der Minister dann Tacheles. Gröhe hat die Geduld mit den an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und dem Aufbau der Telematikinfrastruktur beteiligten Parteien verloren. Fortan will er keine weiteren Verzögerungen beim Ausbau der Telematikinfrastruktur und der Einführung von eHealth-Anwendungen mehr dulden. „Ich habe kein Verständnis dafür, dass wieder Blockierer auf den Plan treten und diesen großen Fortschritt ins digitale Zeitalter des Gesundheitswesens mit fadenscheinigen Argumenten aufhalten wollen.“ Damit spielte er auf Teile der Ärzteschaft an, die die elektronische Gesundheitskarte aus Datenschutzgründen nach wie vor ablehnen. Um diesen Gegnern den Wind aus den Segeln zu nehmen, stellte er unmissverständlich klar, dass der Datenschutz für ihn von „herausragender“ Bedeutung sei und die Telematikinfrastruktur die „höchsten Sicherheitsstandards“ erfüllen soll. An alle Beteiligten appellierte er: „Vernetzung, Telemedizin, neue Therapien und Datenschutz – das ist die digitale Revolution im Gesundheitswesen. Wer sich diesem Schritt aus Eigennutz verweigert, schadet dem Gemeinwohl.“

DER MINISTER beließ es nicht beim Appell: „Wer blockiert, zahlt“, fügte er hinzu. Damit deutete er schon an, dass er die von gesetzlichen Kassen im Vorfeld geforderten „sanktionsbewährten Fristen“ einführen möchte. Der Referentenentwurf enthält einen Terminplan für den weiteren Ausbau der Telematikinfrastruktur und die Einführung von eHealth-Anwendungen, der von allen Beteiligten eingehalten werden soll. So sollen zum Beispiel bis zum 30. Juni 2016 alle deutschen Arztpraxen technisch in die Lage versetzt werden, den Versichertenstammdatendienst (VSD) durchzuführen. Dabei erfolgt bei jedem Arzt- oder Zahnarztbesuch ein Online-Abgleich der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Versichertendaten.

Falls die gematik diese Frist – den 30. Juni 2016 – nicht einhält, soll nach dem Referentenentwurf das Budget der gematik-Gesellschafter KBV und GKV-Spitzenverband auf dem Stand von 2014 eingefroren und um einen Prozentpunkt gesenkt werden. (Einen solchen Prozentabzug bekämen die Gesellschafter auch zusätzlich, wenn sie andere Fristen im Gesetz nicht einhalten. Das kann bei den Beteiligten unter Umständen zu sehr schmerzhaften Einbußen führen.) Das BMG kann, auch das sieht der Gesetzentwurf vor, Fristen jederzeit verlängern. Gröhes Slogan „Wer blockiert, zahlt!“ gilt übrigens auch für die Ärzte. Ihnen droht ab Juli 2018 ebenfalls eine pauschale Honorarkürzung, falls sie sich weigern, den VSD in ihrer Praxis durchzuführen. Dass dies bei den Ärzten keine Begeisterung auslöst, war zu erwarten: „Wieder schwingt das BMG die Keule der Sanktionsmechanismen. Bei Erfüllung der Vorgaben muss der Arzt für die entstehenden Kosten zahlen, bei Nichterfüllung wird er bestraft“, sagte zum Beispiel Mark Barjenbruch, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, in einer ersten Stellungnahme. „Das ist für die Selbstverwaltung inakzeptabel.“ Die gesetzlichen Krankenkassen hingegen zeigten sich zufrieden: „Klare Fristen und auch die Einführung von Sanktionen können diesem wichtigen Projekt einen neuen Schub geben“, so Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen (vdek). Damit wird die von Teilen der Ärzteschaft immer noch abgelehnte Online-Anbindung der Praxen „alternativlos“, ebenso wie

FOTO: © SEBASTIAN BERNHARDT - FOTOLIA (M)

die Debatte darüber, ob der VSD überhaupt zu den Aufgaben der Ärzte gehöre oder nicht doch besser in den Räumlichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen ablaufen sollte. Die Freie Ärzteschaft gibt sich indes kämpferisch. „Das Gesetz soll den Durchbruch für das Online-Versichertenstammdatenmanagement bringen – es gelten aber die Ablehnungsbeschlüsse aller Ärztetage und der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“, erklärt die Vizevorsitzende Dr. Silke Lüder in einer ersten Stellungnahme.

Das Ministerium drückt weiter aufs Gaspedal. Bereits ab dem 1. Oktober nächsten Jahres sollen gesetzlich versicherte Patienten, die mindestens fünf verordnete Medikamente einnehmen, einen rechtlichen Anspruch auf einen Medikationsplan haben. In diesem sind alle vom Hausarzt oder den Fachärzten verschriebenen Medikamente sowie die rezeptfreien Arzneimittel des Patienten aufgeführt. Der Medikationsplan enthält außerdem Anwendungshinweise für jedes Medikament. Inhalt und Struktur des Medikationsplans stehen noch nicht fest. Das Ministerium wird aber eine Frist vorgeben, innerhalb der sich die zuständigen Verbände zu einigen haben.

UM VERZÖGERUNGEN beim Ausbau der TI und der Einführung von eHealth-Anwendungen entgegenzuwirken, setzt das BMG jetzt generell auf Fristen sowie auf ein weiteres Instrument für den Fall, dass sich die betroffenen Parteien innerhalb der zeitlichen Vorgaben nicht einigen können: das Schlichtungsverfahren. Mit Einigungsfristen und speziellen Schiedsgerichten möchte das BMG zukünftig einen Einigungsdruck auf alle Seiten ausüben. Dabei hat jede Seite das Recht, nach Verstreichen der Einigungsfrist die Schlichtungsstelle anzurufen. Der Schlichterspruch ist dann für alle verbindlich, kann aber durch ein Veto des Ministeriums außer Kraft gesetzt werden. Die Gesellschafter der gematik können das Urteil des Schiedsgerichts abwenden, indem sie doch noch zu einer Einigung kommen.

DOCH ZURÜCK ZUM Medikationsplan. Nach den Plänen des Ministeriums soll ihn der Hausarzt erstellen und bei jeder Änderung der Medikation anpassen. Der Patient erhält den Medikationsplan auf Papier. Später soll der Medikationsplan vom Arzt auch elektronisch geführt werden, damit er leichter aktualisiert werden kann. Dies stößt bei Fachleuten auf Unverständnis: „Sicherlich muss dem Patienten ein Medikationsplan in Papierform in die Hand gegeben werden können“, erklärt Ekkehard Mittelstaedt, Geschäftsführer des Bundesverbands Gesundheits-IT e. V. (bvitg). „Wenn aber den Patienten das Recht eingeräumt wird, ihren Entlassbrief in elektronischem Format zu erhalten, verstehe ich nicht, weshalb ihnen beim Medikationsplan dieses Recht verwehrt bleibt. Wir haben bereits in unserer Stellungnahme zum Versorgungsstärkungsgesetz gefordert, den Patienten ein Recht auf ihre Daten in strukturierter elektronischer Form einzuräumen, gepaart mit dem Recht auf eine von ihnen frei zu wählende Patientenakte, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden soll.“

Etwas mehr Zeit – bis 2018 – lässt der Referentenentwurf den Beteiligten für den Notfalldatensatz, der auf der elektronischen Gesundheitskarte hinterlegt werden soll. Dies setzt allerdings die Zustimmung der Patienten voraus. Der Notfalldatensatz soll aktuelle, notfallrelevante Befunde enthalten. Er soll dazu beitragen, die Versorgung von akut erkrankten oder pflegebedürftigen Patienten zu verbessern. Ärzte bekommen diese zusätzliche Leistung ab 2018 vergütet. Über die Höhe der Vergütung ist jedoch noch nichts bekannt.

Krankenhäuser und Ärzte können aber bereits ab dem nächsten Jahr zusätzliches Geld erhalten: Für das Versenden von elektronischen Entlassbriefen sollen Krankenhäuser zwischen dem 1. Juli 2016 und dem 30. Juni 2018 einen Telematikzuschlag von jeweils einem Euro für jeden teilstationären oder vollstationären Fall bekommen. Der elektronische Entlassbrief basiert dabei auf den bestehenden Regelungen für die Papierform und muss datenschutzkonform versendet werden. Er soll Angaben über Diagnosen, Befunde, Therapie-maßnahmen, die Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus, den Entlassungsgrund sowie angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen enthalten. Niedergelassene Ärzte und Gesundheitseinrichtungen erhalten für die Entgegennahme des elektronischen Entlassbriefes im selben Zeitraum jeweils 50 Cent.

Bundesgesundheitsminister Gröhe hat die Geduld mit den beteiligten Parteien verloren.

EINE ANSCHUBFINANZIERUNG soll es nach Willen des Bundesgesundheitsministeriums auch beim Austausch elektronischer Arztbriefe geben: In den Jahren 2016 und 2017 >

erhalten Gesundheitseinrichtungen und Arztpraxen für jeden elektronisch übermittelten Arztbrief eine Pauschale von 55 Cent – eine Art Portoerstattung. Einzelheiten zu Inhalt und Struktur des elektronischen Briefes, Datenschutz, Abrechnung sowie zur Vermeidung von Missbrauch durch Massenversendung sollten allerdings noch von den Spitzenverbänden im Gesundheitswesen geklärt werden. Ob es tatsächlich bei den 55 Cent pro Arztbrief bleibt, ist noch nicht sicher. Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer deutete an, dass der Betrag zu gering sein könnte, um mit der Anschubfinanzierung die erforderliche Anpassung an die IT-Infrastruktur abzufedern. „Ob die Pauschale von 55 Cent ausreicht, hängt sicher von der Ausgangslage der jeweiligen Institution ab“, so Bartmann. Auf die endgültige Höhe werde man sich „nach zwei Jahren im Wirkbetrieb einigen“.

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen dies naturgemäß anders: „Es ist nicht nachzuvollziehen, weshalb das Einlesen oder der Versand von elektronischen Arztbriefen – Tätigkeiten, die ansonsten aufwendig in Papierform erfolgen müssen – nun extra vergütet werden sollen“, erklärte Ersatzkassen-Vorsitzende Elsner. „Im Gegenteil: Hier wird Praxispersonal durch elektronische Anwendungen entlastet.“ Der GKV-Spitzenverband wiederum kritisierte, dass die Ärzte zwar eine Belohnung für die elektronische Übermittlung der Briefe erhielten, aber eine Sanktion ausbleibe, falls die Ärzte nicht über den elektronischen Arztbrief kommunizierten.

So weit zu den eHealth-Anwendungen. Das geplante eHealth-Gesetz regelt aber auch noch den „Unterbau“ der Gesundheitstelematik. Als Hermann Gröhe im Sommer vergangenen Jahres das eHealth-Gesetz ankündigte, brachte er auch die Interoperabilitätsstudie ins Spiel. Diese schlug zwar vor, dass die gematik für den Ausbau der Telematikinfrastruktur zuständig sei. Allerdings sollte ein „Expertenrat“ die semantischen und technischen Standards und Profile für den Datenaustausch erarbeiten und beurteilen. Der gematik käme dann die ausführende Rolle zu. Doch der Expertenrat ist im Referentenentwurf nicht mehr vorgesehen, die gematik soll stattdessen alles selbst bestimmen. „Der Gesetzesentwurf fordert für die Umsetzung jedoch lediglich Transparenz bei der Offenlegung von technischen und semantischen Standards und Profilen. Das führt dazu, dass im Prinzip jeder Standard ohne Plausibilitätsprüfung aufgenommen werden kann, was der Vereinheitlichung und Verbindlichkeit nicht zuträglich ist“, beklagt Mittelstaedt.

Der Expertenrat ist im Entwurf nicht mehr vorgesehen, die gematik soll selbst bestimmen.

„DIE ERGEBNISSE der Planungsstudie Interoperabilität des Bundesgesundheitsministeriums, an der sich alle relevanten Organisationen konstruktiv beteiligt haben, bleiben nahezu unberücksichtigt, was auf Unverständnis stößt“, ergänzt er. Das Gesetzesvorhaben sieht vor, dass die gematik ein elektronisches Interoperabilitätsverzeichnis aufbaut, in dem alle technischen und semantischen Standards und Profile hinterlegt werden, die für den Datenaustausch im Netz benötigt werden. Auch soll die gematik ein Informationsportal aufbauen, in dem Informationen über alle verfügbaren Anwendungen einschließlich der telemedizinischen gesammelt werden. Und auch auf europäischer Ebene soll die gematik die Interessen der Bundesrepublik in den verschiedenen Standardisierungsgremien vertreten, die über die europaweiten eHealth-Normen und -Profile entscheiden.

AN EINER ANDEREN Stelle wird deutlich, dass die Ärzte im Vorfeld des Referentenentwurfs gute Lobbyarbeit geleistet haben. Im vergangenen Jahr kochte eine Diskussion über Parallel- und Konkurrenznetze zur Telematikinfrastruktur hoch. Die KBV möchte das von ihr aufgebaute „Sichere Netz der KVen“ zwar an die Telematikinfrastruktur andocken, aber auch künftig in Eigenregie betreiben. Auf eine „Kleine Anfrage“ der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen antwortete die Bundesregierung am 19. Juni 2014: „...hat sich das BSI kritisch mit der Forderung der KBV auseinandergesetzt, die alleinige Zuständigkeit der KBV für den sicheren Betrieb ihres sektoralen Netzes und seiner verfügbaren Anwendungen (sogenannte Mehrwertdienste) gesetzlich klarzustellen. Sollte sich die KBV mit ihren Vorstellungen durchsetzen, so befürchtet das BSI, dass damit die Telematikinfrastruktur (TI) zu einem „reinen Verbindung- und Zugangsnetz degradiert“ werde, ohne dass ein einheitliches übergreifendes Sicherheitskonzept durchgesetzt und ein ausreichendes Sicherheitsniveau des Gesamtsystems sichergestellt werden könne. Nach Auffassung des BSI hätte die gematik so hinsichtlich der sekto-

BILD: ISTOCKPHOTO (M)

ralen Netze keine Möglichkeit, ihren gesetzlichen Verpflichtungen sinnvoll nachzukommen…“ Der jetzt vorgestellte Referentenentwurf sieht vor, dass die gematik die Telematikinfrastruktur für Anwendungen von anderen Anbietern öffnen soll. Das bedeutet, dass sich das KV-SafeNet an die Telematikinfrastruktur andocken kann, sodass die KV-eigenen Anwendungen auf der Telematikplattform ablaufen. Bei Sicherheitsproblemen hat die KBV die gematik zu informieren, die dann wiederum das BSI informiert. Der Entwurf erhält das Lob des KBV-Chefs Dr. Andreas Gassen: „Das Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) kann für alle Mehrwerte im Rahmen der Telematik genutzt werden. Das ist eine absolut begrüßenswerte Klarstellung seitens des Gesetzgebers.“

DIE GESETZLICHEN Krankenkassen sind hingegen weniger erfreut: „Es ist für den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes nicht nachvollziehbar, wenn weiterhin Bestandsnetze, deren Datensicherheit – anders als bei der Telematikinfrastruktur – bisher nicht nachgewiesen wurde, als Konkurrenz zur Telematikinfrastruktur aufgebaut und finanziell gefördert werden können“, heißt es in einer Erklärung. Auch die Industrie ist skeptisch: „Nur eine einheitliche Telematikinfrastruktur ermöglicht die notwendige Kommunikation und sorgt für ein Höchstmaß an Sicherheit“, erklärte BITKOM-Hauptgeschäftsführer Dr. Bernhard Rohleder.

Der bvitg hingegen befüchtet, dass die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen finanziellen Anreize für Entlassbriefe und elektronische Arztbriefe zu einem flächendeckenden Aufbau von Parallel- und Konkurrenznetzen führen könnten. „Wir raten deshalb, diese Förderung auf die Zeit zu verschieben, zu der die Telematikinfrastruktur getestet wird und funktionsfähig ist. Andernfalls sollte eine Förderung nur dann erfolgen, wenn die genutzten Bestandsnetze mindestens die Sicherheitsanforderungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik erfüllen“, so bvitg-Geschäftsführer Mittelstaedt.

Fast schon etwas stiefmütterlich behandelt der Gesetzentwurf die Telemedizin. Neben einer EBM-Ziffer für das Telekonsil bei der Mammografie im Rahmen des Brustkrebsscreenings soll künftig auch die Teleradiologie abrechenbar sein. Der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed) geht der Entwurf in diesem Bereich nicht weit genug, sie hätte gerne das eHealth-Gesetz auch auf andere bildgebende Verfahren wie zum Beispiel EKGs ausgeweitet.

Kritisch haben sich auch die Datenschützer zum Referentenentwurf geäußert. Für das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) berücksichtigt der Entwurf „einseitig die wirtschaftlichen Interessen von Ärzteschaft und Krankenhausbetreibern und verliert dabei die Patienten mit ihren Bedürfnissen nach Transparenz und Vertraulichkeit völlig aus dem Blick“, wie es in einer Erklärung heißt.

Angesichts der vielen Einwände und Verbesserungsvorschläge wird es sicherlich noch Änderungen am Gesetzentwurf geben. Welche Interessenvertreter bei der Politik auf Verständnis treffen werden und das Gesetz vielleicht noch beeinflussen können, bleibt abzuwarten. Aufhalten lässt sich die beschleunigte Digitalisierung des Gesundheitswesens aber nicht mehr. Denn durch das Gesetz bekommt diese Digitalisierung noch einen (kleinen) Turbolader eingebaut. ■

■ **DR. MICHAEL LANG**
arbeitet als Wissenschaftsjournalist in Mannheim mit den Schwerpunkten Medizin, Gesundheits-IT und Medizintechnik.
Kontakt: m.lang@e-health-com.eu

ingenico
Healthcare
e-ID

Gesundheits- & Bezahlterminals aus einer Hand zu Top-Konditionen

Ein starkes Team für Ihre Praxis

NEU: ORGA 6141 TERMINAL

- Neuste Hardwaretechnologie mit großem Farbdisplay
- gematik Zulassung
- updatefähig für zukünftige Onlinephase

MEHR SERVICE, MEHR ZEIT FÜR IHRE PATIENTEN

Verlassen Sie sich auf die Zuverlässigkeit und Erfahrung des Marktführers von Gesundheits- und Bezahlterminals.

MASSGESCHNEIDERTE LÖSUNG

Stellen Sie sich Ihre individuelle Lösung aus unserem vielseitigen Angebot an Gesundheits- und Bezahlterminals zusammen.

Ingenico Healthcare GmbH
www.healthcare-eid.ingenico.de
kontakt.ihc@ingenico.com
Tel.: 04347 715 2350

100 JAHRE RSNA

Mit viel Getöse wurde die 100. Jahreskonferenz der Nordamerikanischen Röntgengesellschaft (RSNA) in Chicago eröffnet. Am 15. und 16. Dezember 1915 trafen sich die 30 Gründungsmitglieder der Western Roentgen Society, Vorgänger der RSNA, erstmals. Zum RSNA 2014 strömten mehr als 50 000 Besucher.

TEXT: RALF BUCHHOLZ

Um erfolgreich voranzukommen, sollte man öfters über das Vergangene nachdenken." Diese Rückbesinnung forderte Dr. N. Reed Dunnick, Präsident des RSNA 2014, in seiner Eröffnungsrede von den Kolleginnen und Kollegen. „Über die Vergangenheit nachdenken, auf die Zukunft vorbereiten", lautete seine Botschaft. Wichtig sei zu erkennen, was gut war und was nicht. So sei es gelungen, die Möglichkeiten der Bildgebung stetig zu verfeinern und damit einen wichtigen Beitrag zur Patientenversorgung zu leisten. Als Beispiele nannte Dr. Dunnick Querschnittsmodalitäten wie Ultraschall, CT und MRT, mit denen Radiologen nicht nur Befunde erstellen, sondern auch die Behandlung lenken können. Darüber hinaus haben Radiologen und Modalitätenhersteller an Bildgebern und Protokollen gearbeitet, die die Strahlenbelastung für Patienten drastisch reduziert haben. >

FOTO: RSNA

RSNA
RSNA
A Century of Transforming Medicine
100 RSNA 2014
A 1 SOUTH
A 1 SOUTH
A 1 SOUTH
S100 - S106 Rooms
Coat & Luggage Check
(red & blue claim checks)
Parking Lot A (MLK Lot)
Shuttle Bus Routes 1 - 5
Taxis, Gate 4
West Building
Hyatt Regency
McCormick Place

Nach dem Blick zurück gelte es nun, so der Kongresspräsident, die Rolle der Radiologen in einem sich stetig wandelnden Gesundheitsmarkt zu festigen. Er sieht seine Disziplin zunehmend als Ziel von Kosteneinsparungen. „Wir Radiologen müssen die medizinische Bildgebung angemessen einsetzen und ihren Wert herausstellen“, sagt Dr. Dunnick. „Denn gemessen an den Ausgaben bietet die Bildgebung – und damit wir – einen sehr großen Nutzen.“ Der Kongresspräsident zeigte sich überzeugt, dass die Radiologie eine erfolgreiche Zukunft vor sich hat, solange die Radiologen eine intellektuelle Führungsrolle innerhalb der Disziplinen übernähmen.

Dosisreduzierung war ein großes Thema auf dem Jahrestreffen der RSNA.

Dosisreduzierung war ein großes Thema auf dem Jahrestreffen der RSNA in Chicago. Während sich die Bildgebung über die Jahre sehr schnell entwickelt hat, stand die Schonung der Patienten lange nicht im Vordergrund. Heute sind Qualität und Sicherheit die wichtigsten Aspekte. Laut Prof. Dr. Ulrich Bick, Stellvertretender Direktor des Instituts für Radiologie der Charité, gelte es, die Risiken der Strahlenbelastung gegen die Vorteile durch die Aufnahmen in der Behandlung abzuwägen.

MIT DEM DOSEWISE PORTAL bietet Philips ein Werkzeug zum Strahlendosis-Management. Nach Aussagen des Anbieters ermöglicht es Leistungserbringern, die Strahlenbelastung von Patienten und Mitarbeitern klinikweit aufzuzeichnen, zu analysieren und zu überwachen. „Dosismanagement ist ein heikles Thema. Im Alltag führt aber häufig die höhere Dosis einer CT-Untersuchung bei bestimmten Patienten auch zu einer schnelleren, sichereren und kosteneffizienteren Diagnose“, sagt Gene

FOTO: RSNA

Saragnese, Executive Vice President und CEO von Philips Imaging Systems. „Das DoseWise Portal gibt Ärzten und Patienten Werkzeuge, Schulungen und Einblicke an die Hand, um die richtigen Fragen bezüglich der Strahlendosis zu stellen." Die Lösung beinhaltet eine Reihe von Produkten und Services wie ClarityIQ, IMR und DoseAware. So können Ärzte auf Basis von Daten und Unterstützung ihre ganz individuelle Strategie zum Dosismanagement implementieren.

MEHR DETAILS IN jeder Aufnahme verspricht Agfa HealthCare mit der neuen Generation ihrer Bildverarbeitungssoftware MUSICA. „Sie steht optional für alle unsere CR- und DR-Systeme zur Verfügung, funktioniert vollautomatisch, ist einfach zu bedienen und zu installieren. MUSICA extrahiert ein Maximum an Informationen aus jedem klinischen Röntgenbild – unabhängig von der Körpergröße und Konstitution des Patienten sowie der Aufnahmetechnik der Untersuchung", betont Dr. Pieter Vuylsteke, Entwicklungsleiter Bildprozessierungssoftware bei Agfa HealthCare. Jan Leeuws, Business Unit Manager Digitale Radiographie bei Agfa HealthCare, ergänzt: „Es ist nach wie vor nicht nötig, die Bildverarbeitungsparameter für jede Untersuchung neu anzupassen, sprich, die MTRAs müssen nicht für jede Untersuchungsart und Aufnahmetechnik spezifische Einstellungen wählen." Basis für die neue Software ist die fraktionierte Multiskalen-Verarbeitung (FMP), mit der selbst die problematischsten Bereiche eines Röntgenbildes, etwa die starken Kontrastübergänge zwischen Regionen mit hoher und geringer Gewebedichte, gut dargestellt werden sollen.

FUJIFILM stellte in Chicago ebenfalls eine neue Generation vor, nämlich die seiner digitalen Detektoren FDR D-EVO II. „Sie sind leichter als die Vorgänger, wasserfest und verfügen über eine keimresistente Beschichtung. So können die Detektoren auch problemlos im OP eingesetzt werden", erläutert Martin Maus-Haack, Manager Electronic Imaging. In Deutschland sind sie seit Januar 2015 verfügbar. Der Clou: Ganz ohne WLAN und Bedienkonsole könnten sie bis zu 100 Aufnahmen auf einem integrierten Chip speichern. Einzigartig sei weiterhin die ISS-Technologie, bei der der Detektor im Gegensatz zu herkömmlichen Systemen auf der Strahleneintrittsseite ausgelesen wird. „Dank der speziellen Beschichtung liefern die Flat-Panel-Detektoren eine überzeugende Bildqualität, die mit der herkömmlichen Methode nicht zu erzielen ist", so Maus-Haack. Zudem werde die Strahlung effizienter genutzt, für die gleiche Bildqualität sei also eine geringere Dosis nötig. Durch eine schnelle WLAN-Technologie steht das Vorschaubild nach Herstellerangaben bereits nach einer Sekunde zur Verfügung, die Zykluszeit betrage elf Sekunden.

IM „KONZERT DER GROSSEN" ist Samsung Health Medical Equipment (HME) noch ein junger Aussteller auf dem RSNA. Neu im Portfolio ist die mobile Röntgeneinheit DR GM60A. Sie ist laut Anbieter vielseitig einsetzbar, etwa im Patientenzimmer, in der Notaufnahme, der Intensivstation und im OP. Pluspunkte sind der leichte WLAN-S-Detektor sowie die einfache und exakte Positionierung der Röntgenröhre. Die Laserführung sorgt für eine stufenlose Feinjustierung. „Die überzeugende Bildqualität beruht auf der Bearbeitungssoftware S-Vue. Durch diese spezielle Bildverarbeitungstechnologie ist es möglich, dichte von weniger dichten Teilen der Knochen zu separieren und so die Darstellung überlappender Areale und Strukturen zu verbessern", erläutert Wolfram Veitl, Leiter Vertrieb DR bei Samsung HME Deutschland. „Jeder einzelne Knochen ist klar zu erkennen. Selbst rund um Implantate werden alle Details ohne Artefakte dargestellt." Ein hoher Kontrast verbessere bei Bettaufnahmen die Beurteilung von Extremitäten oder der Lunge. >

ANZEIGE

In seinem Vortrag im Kongressprogramm forderte Prof. Dr. David C. Levin, Emeritus des Department of Radiology am Jefferson Medical College und Thomas Jefferson University Hospital in Philadelphia, seine Kollegen zu einem Paradigmenwechsel auf: von einem volumen- zu einem wertorientierten Arbeiten. „Wir müssen zu besseren Ärzten werden, zu ‚richtigen' Ärzten, wenn Sie so wollen. Wir müssen unseren Patienten und Kliniken sowie den zuweisenden Ärzten einen echten Mehrwert für den Behandlungsprozess bieten." Der könne etwa in der Unterstützung liegen, durch die Begleitung aller Untersuchungen und das Einbringen von Richtlinien. Zum Mehrwert gehöre laut Prof. Levin aber auch, persönlich für die Patienten und Ärzte erreichbar zu sein und ihnen jederzeit Zugang zu den Bildern und Befunden zu ermöglichen – sei es persönlich oder elektronisch über eine Portallösung.

Die Kommunikation ist ein wesentliches Element im Prozess der Patientenversorgung.

EINEN MEHRWERT FÜR die Patientenbehandlung will GE mit seinem neuen Signa Pioneer* bieten, einem 3.0 Tesla Magnetresonanztomografen (MRT). Mit einer neuen Sequenztechnologie soll er die Untersuchungszeiten um bis zu 60 Prozent reduzieren. Das Geheimnis heißt „Magnetic Resonance Image Compilation", kurz MAGiC. „Damit können Ärzte mit einer einzelnen Aufnahme Bilder unterschiedlichen Kontrastes erstellen, etwa T1, T2, STIR, T1 FLAIR, T2 FLAIR und PD des Gehirns", erläutert Eric Stahre, President und CEO von GE Healthcare MRI. Die Kontrastanpassung könne durch einfaches Betätigen der MAGiC-Taste sogar noch nach dem Scan vorgenommen werden. „So kann mit einem Scan die Aufgabe von vielen erledigt werden. Damit können Ärzte im Vergleich zur konventionellen Technologie bis zu zwei Drittel an Untersuchungszeit sparen", so Stahre. Abgerundet wird das patientenfreundliche Angebot durch SilentScan, das den üblichen Lärm der MR-Untersuchung von 110 Dezibel (dBA) drastisch auf bis zu drei dBA reduziert.

Toshiba punktete in Chicago mit dem Infinix 4D Computertomografen (CT), der dem Trend zu interventionellen Untersuchungsräumen mit CT-Scanner nachkommt. Das Konzept vereint einen deckenmontierten Infinix Elite C-Arm mit einem Aquilion Vision oder einem Aquilion Prime. Die Untersuchung wird dadurch nach Unternehmensangaben effizienter, weil Patienten nicht mehr auf eine Trage umgelagert und zu einem CT gebracht werden müssen. Wesentlicher Bestandteil des neuen Systems ist SureGuidance, eine Technologie von Toshiba, die eine bessere Integration von CT- und Angiografieaufnahmen erlauben soll. Die Anwender könnten auf der interventionellen Aufnahme ein Areal markieren, und der CT-Scanner fahre automatisch zu genau dieser Stelle. Weiterer Bestandteil ist das Dose Tracking System (DTS) zur Dosisreduzierung.

Siemens hat während des RSNA das Cloud-basierte Healthcare-Netzwerk „teamplay" vorgestellt. Es soll Gesundheitsexperten vernetzen und die vielen Daten aus der medizinischen Bildgebung besser nutzbar machen. „Innerhalb der Klinik ermöglicht teamplay die vielen Informationen auszuwerten, die in radiologischen Abteilungen erzeugt werden – etwa Scanner-Auslastung, Untersuchungszeiten oder Strahlendosis – und mit internen und externen Richtwerten abzugleichen. Bildgebende Geräte lassen sich nahezu in Echtzeit analysieren und auf Basis der Ergeb-

FOTO: RSNA

nisse kann ihr Betrieb bis hin zum einzelnen Scanner optimiert werden", erläutert Arthur Kaindl, CEO der Business Unit SYNGO, den Nutzen der Lösung. Da sie auf allen gängigen Ausgabegeräten wie Tablets, Laptops oder Desktop-PCs laufe, könnten Mitglieder des Netzwerkes – Zugriffsberechtigung und Sicherheitsvorkehrungen vorausgesetzt – flexibel auf die Informationen zugreifen.

IN SEINEM Kongressvortrag stellte Prof. Dr. Lawrence B. Marks aus dem Department of Radiation Oncology an der University of North Carolina at Chapel Hill School of Medicine heraus, dass die Bildgebung ein sehr wirkungsvolles Mittel in der Strahlentherapie ist. „Die Bildgebung hat die Entwicklung der Strahlentherapie über die Jahre hochgradig unterstützt, besonders wenn man bedenkt, wie 3D-Daten von CT, MRT und PET die Behandlung verbessert haben", so der Onkologe. Für ihn ist aber auch die Kommunikation ein wesentliches Element im Prozess der Patientenversorgung. So müsse der Radiologe nicht nur die Befunde erstellen, sondern sie auch weitergeben. Und genau dort sieht Prof. Marks eine der größten Fehlerquellen. Sein Fazit: „Wir Radiologen müssen in der Kommunikation besser werden."

Der Kommunikation, sprich Verteilung, Darstellung sowie Archivierung von Bestrahlungs- und Therapieplänen im DICOM-RT-Format, widmet sich der Dossenheimer PACS-Anbieter CHILI mit seinem RT-Viewer. „Damit können unter anderem die zu bestrahlenden Strukturen, Risikostrukturen, Bestrahlungspläne mit ISO-Dosenkurven und Dosisvolumenhistogramme im Web und somit unabhängig vom teuren Bestrahlungsplanungssystem dargestellt werden", erläutert CHILI-Mitgründer und COO Dr. Uwe Engelmann. Ein weiterer Vorteil liege darin, dass diese Daten auch herstellerunabhängig im PACS archiviert werden könnten. Was bisher nur an teuren Spezial-Workstations darstellbar war, steht nun klinikweit per Web zur Verfügung. Im neuen Release wird auch die Brachytherapie unterstützt.

VISUS, der Bochumer Experte für das Management radiologischer Bild- und medizinischer Patientendaten, stellt Anwendern diese gesammelt zu jeder Zeit und an jedem Ort im JiveX Medical Archive zur Verfügung. „Die Basis für unseren Ansatz, klinikweit Bild- und Befunddaten in ein Archiv zu bringen und über einen einheitlichen Viewer darzustellen, liegt in der Radiologie. Hier haben wir den Einsatz und den Umgang mit Standards wie DICOM oder HL7 gelernt, auf denen unter anderem auch das JiveX Medical Archive aufbaut. Die Radiologen wiederum profitieren von dieser Weiterentwicklung, weil sie in ihrem gewohnten Viewer und in ihnen bekannten Formaten (DICOM) Zugriff auf medizinische Informationen haben, beispielsweise Herzkatheteruntersuchungen oder Befundbriefe, welche die Diagnostik weiter verbessern", erklärt Hans Willi Lohrke, verantwortlich für den internationalen Vertrieb bei VISUS. Das Konzept der standardkonformen Softwareentwicklung hat das Unternehmen auch auf seinen mobilen Viewer JiveX Mobile übertragen. „Basierend auf HTML5 kann das Medizinprodukt der Klasse 2b plattformunabhängig eingesetzt werden. Analog zum stationären System können auch hier alle medizinischen Daten – von diagnostischen Bilddaten über Multi-Frame-Dateien bis hin zu PDF-Dokumenten – aus einem Viewer heraus angezeigt werden", so Lohrke.

Die 101. RSNA findet vom 29. November bis 4. Dezember in Chicago statt. Motto: „Innovation is the key to our future". ■

*CE-Konformitätsbewertungs-Verfahren läuft derzeit. Kann nicht in Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen werden, bevor das Konformitätszertifikat (CE-Kennzeichen) ausgestellt wurde.

■ **RALF BUCHHOLZ** ist freier Journalist in Hamburg. Er schreibt über Healthcare IT und Medizintechnik. Kontakt: r.buchholz@ralfbuchholz-hc.de

ANZEIGE

Alle klagen über den Dokumentationsaufwand,

aber kennen Sie die objektive Belastung?

NUANCE dokumentationsfalle.eu

GUTE CHANCEN

Medizinische Apps bieten viel Potenzial. Doch noch nutzen medizinische Fachkräfte die Applikationen eher zögerlich. Eine aktuelle Befragung angehender Ärztinnen und Ärzte hat gezeigt, dass die potenzielle Nutzungsabsicht durchaus hoch ist. Der Großteil wünscht sich jedoch vorab noch mehr Informationen.

TEXT: NORA EGGERS, BEATRIX REISS, VERONIKA STROTBAUM

Ein Blick in die Stores von Apple, Google und Windows zeigt deutlich: Es gibt eine unüberschaubare Anzahl an mobilen Applikationen für nahezu alle Krankheitsbilder und für zahlreiche Situationen im Arbeitsalltag in Klinik und Praxis. Schätzungen zufolge gab es im Jahr 2013 weltweit – je nach Betriebssystem des mobilen Endgerätes – zwischen 13 600 und 40 000 Apps, Tendenz steigend. Knapp 21 Prozent dieser mobilen Applikationen richten sich gezielt an medizinisches Fachpersonal, davon 15 Prozent an Ärztinnen und Ärzte. Mit dem Einsatz von Apps wird das Potenzial verbunden, Diagnostik, Behandlung und Überwachung von Krankheiten zu unterstützen. Mehr Flexibilität, Mobilität und Individualität in Versorgungsprozessen könnten – in medizinischer, ökonomischer und organisatorischer Hinsicht – Impulse für den kontinuierlichen Fortschritt im deutschen Gesundheitswesen setzen. Dass dennoch medizinische Apps eher selten und vor allem nicht >

BILD: © SYDA PRODUCTIONS - FOTOLIA

xyz

systematisch im Versorgungsalltag eingesetzt werden, hat verschiedene Ursachen, angefangen von der eingeschränkten Nutzbarkeit des eigenen Smartphones über fehlende Integrationsmöglichkeiten bis hin zu unklaren Vorstellungen hinsichtlich des erwarteten Nutzens. Eine Erhöhung der Nutzungsrate hängt in einem ersten Schritt ganz entscheidend auch von der Bereitschaft für den Einsatz innovativer Konzepte durch die Anwenderinnen und Anwender ab. Besondere Bedeutung besitzen vor diesem Hintergrund die angehenden Ärztinnen und Ärzte: Schließlich gestalten sie, als Fachkräfte von morgen, ganz entscheidend zukünftige Versorgungsmodelle.

Die Absicht, medizinische Apps zukünftig im Arbeitsalltag zu nutzen, ist sehr hoch.

Eine Untersuchung im Rahmen einer Masterarbeit an der Universität Bielefeld mit Unterstützung der ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH hat nun 347 Medizinstudenten deutscher Fakultäten nach ihrem Informationsstand und zu ihren Einstellungen zu medizinischen Apps befragt.

BEIM BLICK AUF DIE Umfrageergebnisse wird deutlich, dass der großen Mehrheit der befragten Studentinnen und Studenten medizinische Apps ein Begriff sind. Knapp 93 Prozent haben bereits von Anwendungen aus diesem Bereich gehört. Informationsquellen sind hauptsächlich Kommilitoninnen und Kommilitonen mit knapp 78 Prozent und das Internet mit rund 58 Prozent. Praktizierende Ärztinnen und Ärzte wurden von etwa 30 Prozent als Informationsquelle benannt, Hochschulangehörige wie Professorinnen und Professoren von lediglich knapp 20 Prozent. Die beiden letztgenannten Quellen werden gleichzeitig aber als besonders glaubwürdige Informationsgeber wahrgenommen.

Die Zahlen zeigen, dass Anwendungen zwar grundsätzlich bekannt sind. Insgesamt lässt das Ergebnis zumindest auf eine unzureichende Verfügbarkeit fachbezogener Informationsquellen schließen: Mit 85 Prozent wünscht sich ein großer Anteil der

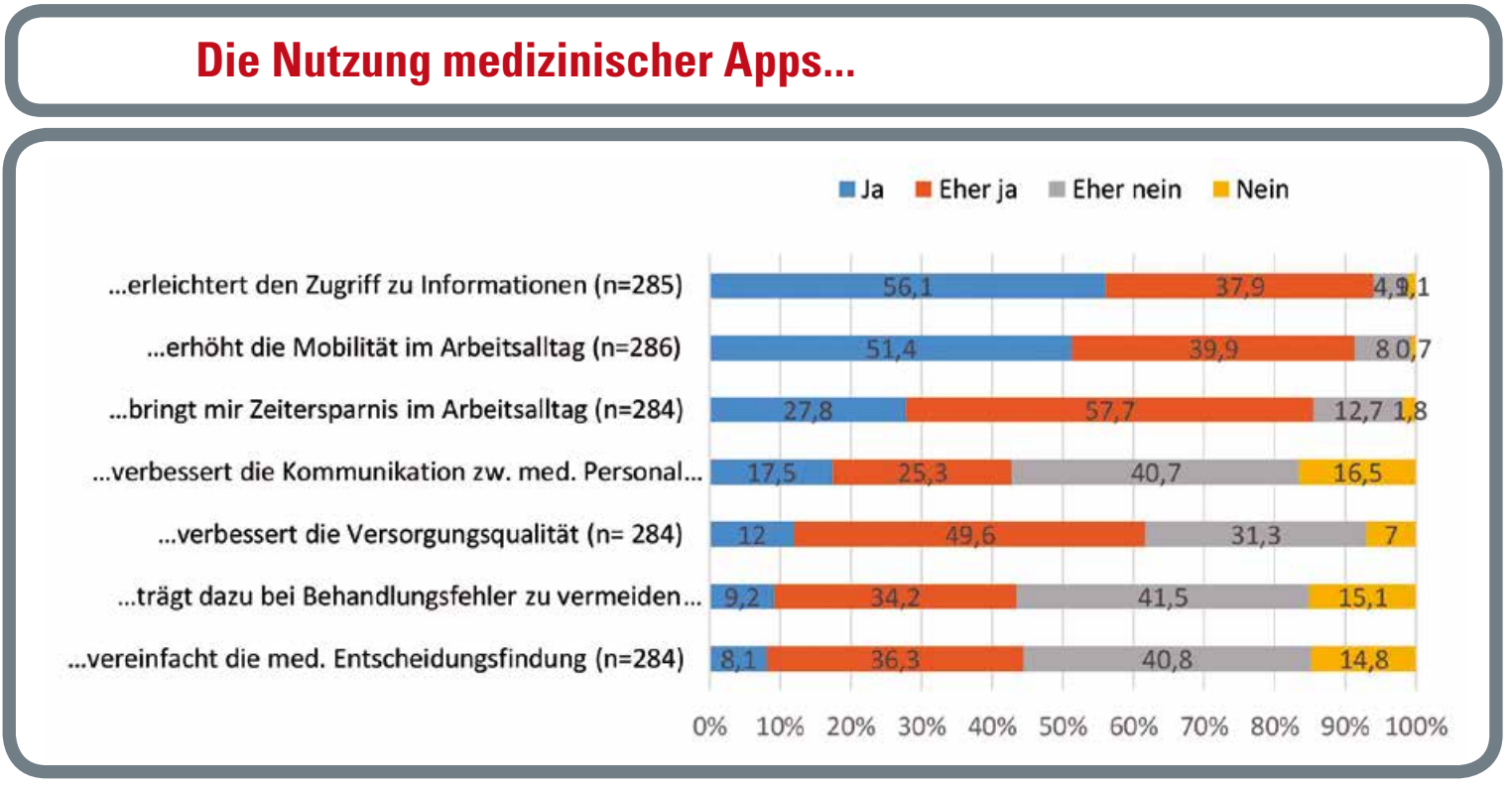


Abb. 1: Zugang, Mobilität und Zeitersparnis werden als zentrale Vorteile genannt.

Befragten deutlich mehr Informationen über Einsatzbereiche, Funktionalitäten und denkbare Vorteile sowie die Grenzen der App. Jeder, der im Vorfeld einmal Informationen über einen Anbieter sowie das zugrundeliegende Geschäfts- und Datensicherheitsmodell recherchiert hat, kennt die Problematik der Beschaffung solcher Informationen. Denn in der Realität sind Transparenz-Angaben zu Apps und fachlich fundierte Bewertungshilfen praktisch kaum vorhanden. Nutzerbewertungen stellen eine grobe Orientierung dar, sind aber nicht zwingend werbe- beziehungsweise interessenfrei. Ob eine App tatsächlich den Erwartungen entspricht, lässt sich oft erst nach Installation und praktischer Erprobung feststellen. Ein für den Nutzer unbefriedigender und zeitraubender Prozess, unbrauchbar im eng getakteten medizinischen Alltag.

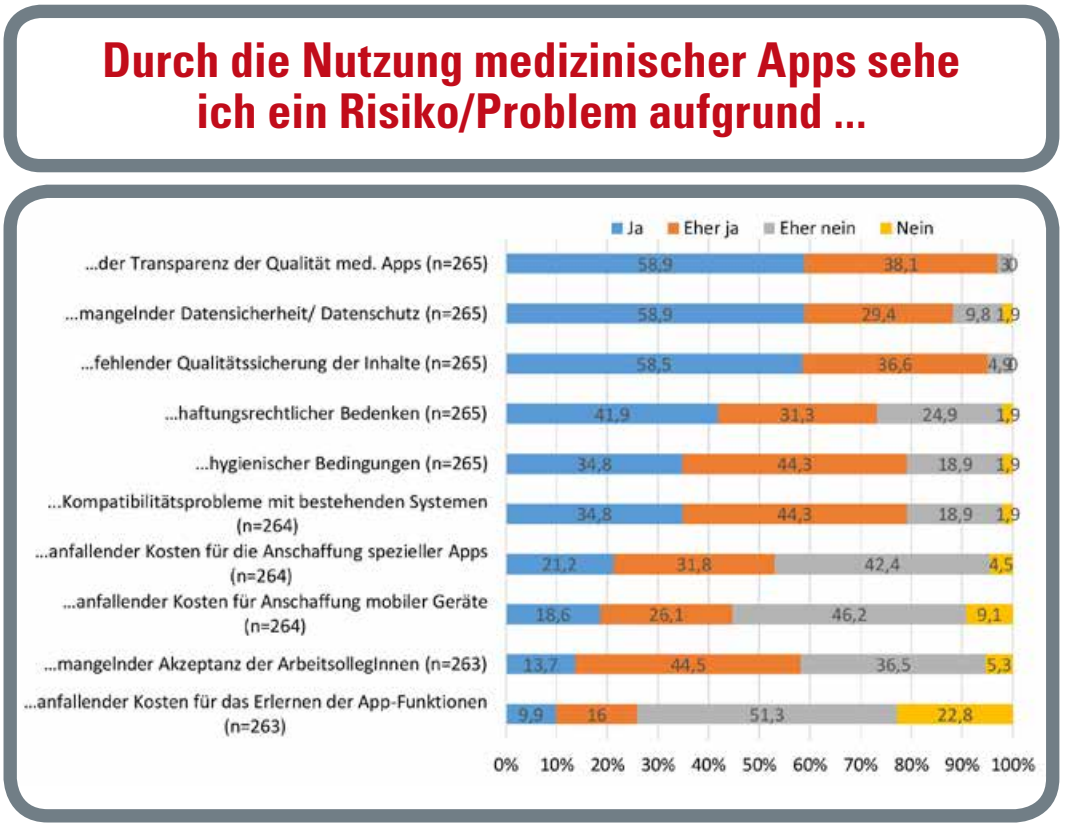


Abb. 2: Fehlende Transparenz der Qualität, unzureichende Qualitätssicherung und mangelnder Datenschutz werden als problematisch angesehen.

NEBEN DEM WISSEN um Möglichkeiten und Angebote beeinflussen auch persönliche Einstellungen die Akzeptanz und das tatsächliche Nutzungsverhalten. Zentral ist, dass interessierte Anwenderinnen und Anwender bereits im Vorfeld einen klaren Nutzen beziehungsweise Vorteil durch den Gebrauch der App erkennen.

Den größten Nutzen sehen die befragten angehenden Ärztinnen und Ärzte in zwei zentralen Bereichen: Funktionen aus dem Bereich der Aus- und Weiterbildung (Zugriff auf medizinische Datenbanken und Standardwerke sowie Überblick über nationale und internationale Kongresse etc.) sowie in arbeitsorganisatorischen Funktionen (Belegansichten, Synchronisation von Terminen, digitale Spracherkennung etc.). In behandlungsunterstützenden Funktionen (Zugriff auf Patientendaten, Diagnosefunktion etc.) wird ein vergleichsweise geringerer Nutzen gesehen. Bei der Frage nach dem wahrgenommenen Nutzen zeigt sich interessanterweise, dass nur eine Minderheit der Befragten (43,8 Prozent) denkt, mithilfe mobiler Funktionen könne die Kommunikation verbessert werden. 61,6 Prozent glauben jedoch, dass medizinische Apps die Versorgungsqualität verbessern. Der mit Abstand größte Nutzen wird dabei in dem erleichterten Zugriff auf Informationen, in einer erhöhten Mobilität im Arbeitsalltag sowie in der Ersparnis von Zeit gesehen (vgl. Abb. 1).

Die Betrachtung der Ergebnisse zu den wahrgenommenen Risiken verdeutlicht, dass die Befragten vor allem Aspekte der Transparenz und inhaltlichen Qualität von Apps sowie der Datensicherheit und des Datenschutzes als noch nicht gelöst ansehen. Ebenfalls häufig werden Kompatibilitätsprobleme, haftungsrechtliche Bedenken und eine mögliche mangelnde Akzeptanz von Arbeitskollegen gesehen. Anfallende Kosten hingegen, sowohl durch die Anschaffung von Geräten als auch von Apps, stellen nach Ansicht der Mehrheit der Befragten keine Zugangshürde dar (vgl. Abb. 2).

Bezüglich der Kosten ist die Beobachtung interessant, dass 88 Prozent der Befragten bereit sind, für die Nutzung einer medizinischen App zu bezahlen. Ein Drittel davon würde für eine persönlich empfohlene App sogar mehr als zehn Euro ausgeben.

EIN ZENTRALES ERGEBNIS der Untersuchung lautet, dass mit knapp 87 Prozent Zustimmung insgesamt die Absicht, medizinische Applikationen zukünftig im Arbeitsalltag zu nutzen, sehr hoch ist. Damit untermauern die Ergebnisse dieser Befragung andere positive Prognosen bezüglich eines erwarteten steigenden Einsatzes mobiler Applikationen auch für die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte. Eindeutig sehen die Befragten eigenen Nutzen durch interessante >

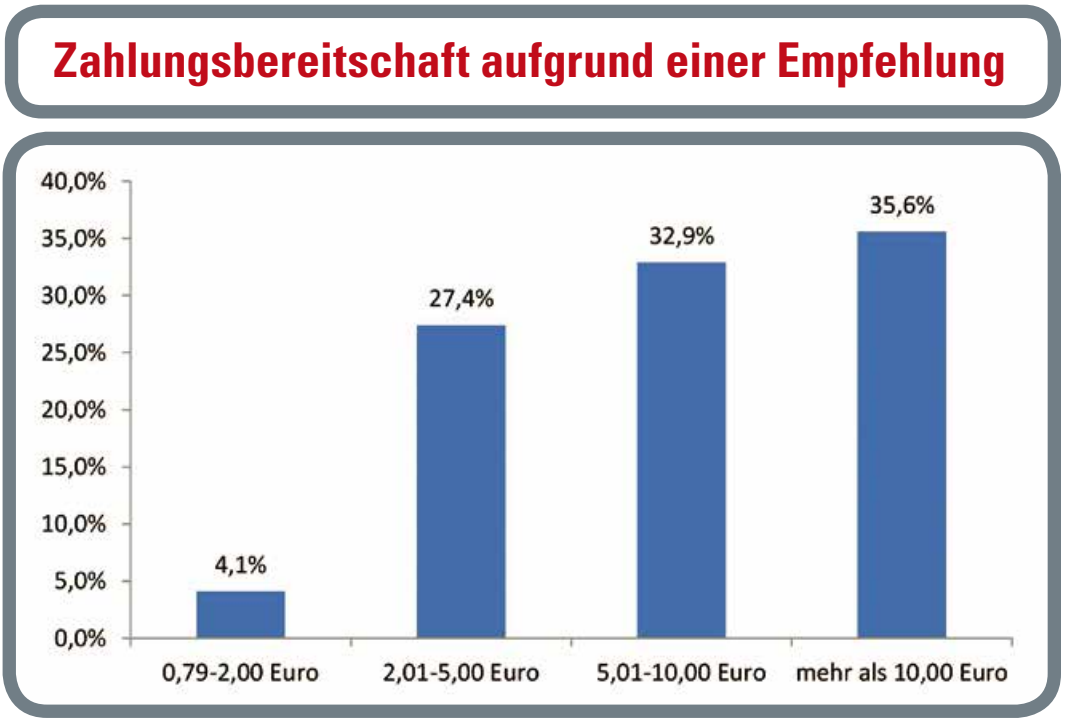


Abb. 3: Hohe Zahlungsbereitschaft für medizinische Apps unter angehenden Ärztinnen und Ärzten

Anwendungsmöglichkeiten und Mehrwerte. Gleichzeitig bestehen deutliche Unsicherheiten in Bezug auf potenzielle Risiken beim Einsatz medizinischer Apps.

Gerade im beruflichen Kontext ist das umfassende Bild von Möglichkeiten und Grenzen unterstützender Software unerlässlich. Die Herausforderung besteht deshalb darin, den dynamischen und stark expandierenden Markt zu beobachten und vertrauenswürdige Hilfen und Informationsangebote zu schaffen, um dieses Dilemma aufzulösen. Solche Angebote können das vorhandene, zum Teil gut fundierte Wissen von Anwenderinnen und Anwendern über Apps ergänzen. Denn mit einem höheren Grad an technologischer Unterstützung eröffnen sich immer weitere Möglichkeiten der besseren Organisation und Kommunikation im Arbeitsalltag oder des Daten- und Wissensmanagements. Hier sind Experten und Trendsetter, Hochschulen, praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitspolitik und auch Medien gefragt, Informationsdefiziten durch qualitativ hochwertige und auch vertrauenswürdige Informationsangebote zu begegnen. Dank steigender Medienkompetenz differenzieren die Nutzerinnen und Nutzer sehr genau, welcher Informationsquelle sie vertrauen, und schreiben nicht allen Online-Quellen ausreichende Glaubwürdigkeit zu.

Trotzdem liegen Online-Recherchen im Trend, das kann die hier vorgestellte Umfrage ebenfalls bestätigen. Aus diesem Grund sollten entsprechende Online-Fachangebote entwickelt werden. Als Kompetenzzentrum für Telematik und Telemedizin hat die ZTG ein Konzept entwickelt, um erste Abhilfe zu schaffen. Über das Internet baut sie die Informations- und Bewertungsplattform „AppCheck“ auf. Interessierte erhalten kompakte Informationen zum sicheren Umgang mit Apps und Themen wie Datenschutz und Datensicherheit. Daneben wurde eine Checkliste zur Beurteilung von Apps entwickelt, die online abrufbar ist. Die ZTG führt außerdem Tests von Apps durch und wird diese zunehmend online stellen, derzeit sind Diabetes-Management-Tools abrufbar.

Darüber hinaus sind die notwendigen Rahmenbedingungen in (haftungs-)rechtlicher, technischer und finanzieller Hinsicht zu schaffen. Die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen treibt das Thema mobile Applikationen im Rahmen der Landesinitiative eGesundheit.nrw aktiv voran. Ein ärztlicher Expertenbeirat der ZTG wird fachliche Fragestellungen aus medizinischer Sicht diskutieren, auch um das Bewusstsein für Chancen und Grenzen von Gesundheits-Apps zu fördern.

Insgesamt zeigen die Befragungsergebnisse abermals, dass Mediziner entgegen mancher Vorurteile keineswegs technikfeindlich sind. Sie formulieren mit der noch zögerlichen Nutzung von Apps eher ihren besonders hohen Anspruch an die Qualität dieser Tools, die ihre Arbeit absichern und unterstützen sollen und dabei – wichtigstes Kriterium! – sicher sind.

Insgesamt stehen daher die Chancen, dass Apps einen bedeutenden Beitrag in der Gesundheitsversorgung leisten werden, auch im deutschen Gesundheitswesen gut. ■

■ **NORA EGGERS** ist Gesundheitswissenschaftlerin – der Artikel stellt eine Zusammenfassung ihrer Masterarbeit dar. Kontakt: nora.eggers@uni-bielefeld.de

■ **BEATRIX REISS,** M.A. ist Prokuristin der ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH, Bochum. Kontakt: b.reiss@ztg-nrw.de

■ **VERONIKA STROTBAUM** ist Projektmitarbeiterin bei der ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH in Bochum. Kontakt: v.strotbaum@ztg-nrw.de

Trend Guide Gesundheits-IT 2015/16

Buchen Sie jetzt!

Wo liegen die wichtigsten Trends in der Gesundheits-IT-Branche? Welche Themen werden die Entwicklung zukünftig bestimmen? Von Interoperabilität und Standards über Mobilanwendungen und Selftracking-Technologien bis zu neuen Geschäfts- und Servicemodellen in der Gesundheits-IT-Branche stellen wir Ihnen im E-HEALTH-COMPENDIUM „Trend-Guide Gesundheits-IT" die wichtigsten Trends und Entwicklungen im Bereich der Gesundheits-IT vor.

Anzeigenschluss:
02.03.2015
Erscheinungstermin:
zur conhIT 2015

Beate Gehm
Leiterin Anzeigen, Marketing & Vertrieb
Telefon: +49 (0)69 840 006-3030
Mail: b.gehm@health-care-com.de

MEILENSTEINE DER ENTWICKLUNG

Russland stellt sich als Flächenland enormen Herausforderungen an die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Welchen Beitrag moderne IT-gestützte Technologien dazu liefern können, wird anhand der Entwicklung der Telemedizin in Russland deutlich.

TEXT: ANDREI SELKOV UND VALERIY STOLYAR

Die ersten Entwicklungsschritte telemedizinischer Technologien in der Russischen Föderation wurden in den 1990er-Jahren gemacht. Damals verbreitete sich die erste Ressource der modernen Internetkommunikation – die E-Mail. Dies führte unter anderem zur Etablierung von Konsultationsservices für Patienten, insbesondere in den abgelegenen Regionen Russlands. Damit zählen Konsile zu den ersten telemedizinischen Entwicklungen.

»Telekonsile zählen zu den ersten telemedizinischen Entwicklungen in Russland.«

Zeitgleich kamen auch einfache Lösungen zur Durchführung von Videokonferenzen auf, und die ersten ISDN-Netze haben sich etabliert. All das schuf günstige Voraussetzungen für die Realisierung eines einzigartigen telemedizinischen Projektes in Russland mit dem Namen „Moskau – Regionen Russlands".

In den Jahren 1997 bis 1998 haben Pioniere des wissenschaftlichen Zentrums für Herz- und Gefäßchirurgie A. N. Bakulev (Moskau) zum ersten Mal Telekonsile für Patienten aus der Region Ural (Perm, Saransk) durchgeführt, was die bisherigen Vorstellungen über die Möglichkeiten von innovativen telemedizinischen Technologien grundlegend verändert hat (vgl. Abb. 1 / 1997).

Das war der Startschuss für die aktive Nutzung und Evaluierung von telemedizinischen Konsilen, bei denen das gesamte Potenzial der Videokonferenztechnik zum Einsatz kam. Dies war auch prägend für unsere heutige Sicht auf Telemedizin. Wir verstehen Telemedizin sowohl als eine konsultative medizinische Hilfe für Patienten als auch als telemedizinisch unterstütztes Weiterbildungssystem für das medizinische Personal vor Ort.

BEREITS 1998 HABEN die telemedizinisch konsultierenden Ärzte festgestellt, dass die praktizierenden Ärzte in den regionalen Kliniken vor Ort sie nicht immer verstehen, da sie einerseits verschiedenen medizinischen Schulen angehören und andererseits nicht immer mit den neuesten Entwicklungen moderner Medizin vertraut sind. Deshalb wird im Rahmen des Telekonsils ein zweistufiges Organisationsverfahren praktiziert. Während des Einleitungsgespräches berichtet der konsultierende Arzt über die neuesten Entwicklungen aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet. Zudem wird sich mit der Gegenstelle sowohl über neue Terminologie und diagnostische Methoden als auch Methoden der Behandlungskontrolle verständigt. Die Einleitung wird dann mit einer Fragenrunde abgeschlossen (vgl. Abb. 2 / 1998).

Nach dem Einführungsgespräch werden die Patienten konsultiert. Die Patienteninformation wird vorsorglich dem konsultierenden Arzt zwecks Befundung zugeschickt.

Bis zum Jahr 2002 wurden etwa 40 vernetzte Telekonsilstellen an den Kliniken in Ural, Sibirien und fernöstlichen Regionen Russlands aufgebaut. Allein im Jahr 2011 wurden mehr als 1200 Telekonsultationen von Patienten in 38 russischen Regionen sowie mehr als 600 Tele-Vorlesungen für Ärzte und Studierende in 20 unterschiedlichen Medizinrichtungen durchgeführt.

Zu betonen ist, dass eine erfolgreiche Realisierung des telemedizinischen Projektes „Moskau – Regionen Russlands" sich auf eine sorgfältige wirtschaftliche Planung stützt. Damit wurde eine wichtige betriebswirtschaftliche Basis für die moderne Telemedizin als Garant für den Erfolg ähnlicher Innovationsprojekte in der Zukunft geschaffen.

DER INNOVATIVE CHARAKTER der bis dato realisierten Projekte hat uns dazu inspiriert, Gleichgesinnte für das telemedizinische Netzwerk in Russland zu suchen. Deswegen war der nächste folgerichtige Schritt die Gründung der „Russian Association for Telemedicine" (RATM) im Jahre 2000 durch die Vertreter von 30 Regionen Russlands. Die Russische Gesellschaft für Telemedizin war von Anfang an das wissenschaftlich-methodische Zentrum des

sich aktiv entwickelnden Telemedizinnetzes in Russland.

Die russischen Experten der neu gegründeten Gesellschaft haben erste Erfahrungen gesammelt und evaluiert. Im Jahr 2002 wurden dann mobile Systeme für Videokonferenzen – ausgestattet mit tragbaren Sets für Kommunikation via Satellit – in die medizinische Versorgung integriert. Aktuell kommen die mobilen Systeme in den Bereichen Notfallmedizin und Katastrophenschutz zum Einsatz (Havarien, Naturkatastrophen usw., insbesondere wenn die Verbindung mit dem Unfallort fehlt) sowie bei medizinischen Versorgungsmaßnahmen für Tundrabewohner, da diese zusammen mit dem eigenen Vieh während der Weidezeit besonders oft den Standort wechseln müssen (vgl. Abb. 4 / 2005).

EINE LOGISCHE FORTSETZUNG der Nutzung mobiler telemedizinischer Systeme war ihre Anwendung in der häuslichen Medizin (2003). Die Prämissen dafür waren unter anderem die relativ günstigen Videokonferenzsysteme sowie Geräte für medizinische Diagnostik. Die Anschaffung solcher Sets für Telemedizin, beispielsweise für den betrieblichen medizinischen Dienst oder abgelegene Dörfer, können sich Vertreter des russischen Mittelstandes durchaus leisten. Offensichtlich bietet die Anwendung von Telemedizin im häuslichen Umfeld folgende Vorteile: Es hilft die sogenannten Alarm-to-needle-Zeiten zu reduzieren sowie eine gewisse Kostensenkung durch weniger unbegründete Alarmierungen von Rettungsdiensten zu bewirken, insbesondere wenn der Patientenzustand im Laufe des Telekonsils stabilisiert werden konnte.

Im Jahr 2004 nahmen Experten der Russischen Gesellschaft für Telemedizin an einem gemeinsamen russisch-europäischen Projekt namens TEMOS (Telemedicine for the Mobile Society) teil. Die Versuche an einem Modell der Internationalen Raumstation ISS (International Space Station) in dem „Astronautenstädtchen“ haben gezeigt, dass die mobilen Telemedizinsysteme auch für die Nutzung während eines Weltraumfluges geeignet sind (vgl. Abb. 3 / 2004).

Seit 2005 wurden verstärkt Versuche unternommen, tragbare Telemedizinsysteme zur Unterstützung mobiler medizinischer Diagnostik in Rettungsfahrzeugen und speziellen Eisenbahnzügen weiter zu entwickeln. Mit diesem Schritt ist das Niveau medizinischer Versorgung in den nicht urbanen Regionen sowie in den abgelegenen Regionen Nordrusslands und Sibiriens, wo sich die meisten Siedlungen in der Nähe der Eisenbahnstrecken befinden, stark gestiegen. Für die Russische Föderation, deren Territorium sich über zehn Zeitzonen erstreckt, sind die mobilen Kliniken und diagnostischen Zentren zu einem wichtigen Bestandteil der nationalen Gesundheitsprojekte geworden. Die zentrale Aufgabe besteht vor allem darin, die Qualität der Gesundheitsversorgung auf dem riesigen Territorium Russlands möglichst flächendeckend zu verbessern und anzugleichen (vgl. Abb. 5 / 2005).

»Mobile Kliniken und diagnostische Zentren sind zu einem wichtigen Bestandteil der nationalen Gesundheitsprojekte geworden.«

Die praktischen Erfahrungen der ersten Jahre des Telemedizin-Projektes „Moskau – Regionen Russlands“ >

1997 **Abb.1: Eine der ersten telemedizinischen Konsile in Russland führte der Wissenschaftler und Arzt L. Bokeria durch.**

1998 **Abb.2: Tele-Vorlesung für Ärzte aus Jakutsk von Dr. med. O. Atkov (ärztlicher Astronaut)**

FOTO: RATM

»RUSSLAND IST EIN INTERESSANTER PARTNER«

Die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed) hat Ende letzten Jahres eine Kooperation mit der Russischen Gesellschaft für Telemedizin (RATM) vereinbart. Prof. Dr. Brauns, Vorstandsvorsitzender der DGTelemed, erläutert die Hintergründe dieser Zusammenarbeit auch angesichts der angespannten politischen Lage.

PROF. DR. HANS-JOCHEN BRAUNS ist Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed) mit Sitz in Berlin.

Herr Brauns, was hat die DGTelemed motiviert, einen Kooperationsvertrag mit der Russischen Gesellschaft für Telemedizin zu schließen?

Dafür gibt es mehrere Gründe: Zunächst verfügt Russland aufgrund seines Engagements in der Raumfahrt über innovative und auch für uns interessante Entwicklungen und Anwendungen. Wie der Artikel zeigt, ist Russland in der Fort- und Weiterbildung uns weit voraus – vor allem auch methodisch. Schließlich ist Russland angesichts seiner Größe und Demografie gerade für telemedizinische Anwendungen ein interessanter Partner – und auch ein großer interessanter Markt für deutsche Unternehmen. Ich bin mir sicher, dass beide Seiten von einer Kooperation profitieren – auch wenn telemedizinische Anwendungen bisher ganz überwiegend im nationalen Kontext entwickelt und angewendet werden. Genauso wenig wie Smartphones oder das Internet nationale Grenzen kennen, kennt Telemedizin keine Grenzen: Telemedizin fordert geradezu internationale Kooperationen. Wir sollten über die Grenzen hinweg Voraussetzungen und Kriterien für gute Telemedizin entwickeln.

Halten Sie einen Kooperationsvertrag mit der Telemedizingesellschaft Russlands angesichts der aktuellen politischen Situation für richtig? Konterkariert dies nicht die Strategie der Bundesrepublik und der EU, die Russische Föderation durch verschiedene Sanktionen dazu zu bewegen, in der Ukraine-Krise einzulenken?

Gerade in der jetzigen Zeit halte ich es für erforderlich, dass wir als Teil der Zivilgesellschaft Deutschlands enger mit Organisationen der russischen Zivilgesellschaft zusammenarbeiten. Die Russische Gesellschaft für Telemedizin ist nicht Teil des russischen Staates, sondern Teil der Zivilgesellschaft Russlands. Zu dieser sollten und müssen wir gerade in einer so schwierigen und spannungsreichen Zeit enge Kontakte und eine dauerhafte Zusammenarbeit aufbauen und pflegen.

2004 Abb.3: Erprobung des Telemedizinsystems am Modell der Internationalen Raumstation ISS

2005 Abb.4: Telekonsil für die Tundrabewohner durch medizinische Experten aus Moskau und Salekhard (Multipoint-Videokonferenz)

verdeutlichten die Notwendigkeit, qualifiziertes Personal für die regionalen Telemedizinzentren zu finden. Auf der Suche nach geeigneten Fachkräften kamen wir auf den Gedanken, die internationale Telemedizinschule „Moderne Aspekte der Telemedizin“ zu gründen, die jährlich stattfindet. In Mai 2014 fand die 13. Sitzung statt. Im Rahmen des gesamtrussischen Vorhabens hat die Russische Gesellschaft für Telemedizin inzwischen mehr als 700 telemedizinische Fachkräfte für die regionalen Telemedizinzentren ausgebildet.

Die internationale Telemedizinschule wird nach den russischen Weiterbildungsstandards organisiert. Unter den Dozenten und Referenten sind sowohl führende russische als auch internationale Experten aus Deutschland, der Schweiz, Frankreich, Norwegen, Italien, USA und Großbritannien (vgl. Abb. 6 /2014).

IM RAHMEN eines kurzen Beitrags ist es nicht ganz einfach, die Vielfalt der über die Jahre gesammelten Erfahrungen darzustellen. Deswegen möchten wir an dieser Stelle auf ein Fazit verzichten und die Leser stattdessen auf einige aktuelle Entwicklungen aufmerksam machen. Unsere Experten geben sich derzeit viel Mühe, einen Weiterbildungsprozess mit den verfügbaren telemedizinischen Systemen für Ärzte zu organisieren. Die dafür geeigneten Telemedizinsysteme werden in Russland produziert und erlauben unter anderem die Übertragung aus den OP-Räumen in HD-Qualität und mit 3D-Effekt.

»Die Russische Gesellschaft hat inzwischen mehr als 700 telemedizinische Fachkräfte ausgebildet.«

Neben den bereits erläuterten Aktivitäten sind wir auch im Bereich der häuslichen Telemedizin unterwegs. Hier streben wir insbesondere an, das Potenzial von Multi-Point-Videokonsultationen zum Austausch mit Experten führender medizinischer Zentren im In- und Ausland zu nutzen.

Die ersten Kooperationserfahrungen mit den internationalen Medizinzentren im Bereich Telemedizin sind genauso alt wie die Russische Gesellschaft für Telemedizin. Dabei verfolgen wir von Anfang an die Strategie, kompatible Lösungen zu nutzen, damit die telemedizinischen Zentren in Russland (aktuell fast 700 Standorte) konsultative Hilfe sowohl aus Russland als auch aus dem Ausland bekommen können. Dabei sammeln wir seit Beginn des 21. Jahrhunderts praktische Erfahrung unter anderem mit den Telemedizinzentren in Berlin und Regensburg und sehen dort großes Potenzial für die Weiterentwicklung. ■

■ **PROF. DR. ANDREI SELKOV**
Präsident der Russian Association for Telemedicine (RATM)
Kontakt: ais1710@rambler.ru

■ **DR. VALERIY STOLYAR**
stellvertretender Sekretär der RATM, Staatspreisträger der RF Regierung
Kontakt: telemed@ntt.ru

2005 **Abb.5: Einer von insgesamt neun Wagen des mobilen diagnostisch-konsultativen Zentrums der russischen Eisenbahn**

2014 **Abb.6: Eine Vertreterin des russischen Gesundheitsministeriums hält einen Vortrag auf der 13. Internationalen Telemedizinschule.**

FOTOS: RATM

VOM ERSTEN TAG AN STABIL

Das Deutsche Gelenkzentrum Heidelberg, eine Facharztpraxis der ATOS Klinik Heidelberg, hat sich für eine neue PACS-Lösung entschieden und Ende letzten Jahres das mediDOK PACS in Betrieb genommen. Die Migration erfolgte ohne Komplikationen im Livebetrieb.

Heidelberg zählt mit zu den schönsten Städten Deutschlands – und die ATOS Klinik Heidelberg liegt mitten im Herzen der Stadt. In den 20 Facharztpraxen und fünf Operationssälen der ATOS Klinik werden stationär und auch ambulant umfassende und interdisziplinäre Leistungen rund um die gesundheitlichen Belange der Patienten angeboten. Im Oktober 2014 wurde im Deutschen Gelenkzentrum Heidelberg – einer der Facharztpraxen in der ATOS Klinik – die Entscheidung gefällt, das bestehende PAC-System auf eine neue Lösung zu migrieren.

AUSGANGSLAGE

Im Deutschen Gelenkzentrum Heidelberg sind die aktuell sieben Leitenden Ärzte, eine Oberärztin und fünf Assistenzärzte mit 15 Mitarbeitern spezialisiert auf die Behandlung von Schulter- und Ellenbogenerkrankungen, Hüft- und Knieerkrankungen, Fußerkrankungen, Sportverletzungen sowie kinderorthopädischen Erkrankungen.

Im Jahr 2004 haben wir zusammen mit der Einführung eines digitalen Röntgensystems ein PAC-System angeschafft. Seither wurden alle Daten aus dem digitalen Röntgen und von unserem MRT dort gespeichert. Zusätzlich wurden regelmäßig Fremdaufnahmen von CD importiert. Insgesamt wurden bisher circa 2,5 Terabyte an Daten gespeichert. Im Rahmen einer Umstellung der Server-Hardware sollte nun das alte PACS abgelöst werden. Wichtige Ziele waren dabei, dass alle bisherigen Daten auch zukünftig sofort verfügbar sind, die Lösung optimal in das verwendete Patientenverwaltungssystem M1 der CompuGroup integriert ist und die Umstellung möglichst ohne große Unterbrechung des Betriebs realisiert werden kann.

UMSETZUNG

Die Suche nach einem neuen PACS verlief recht kurz. In der ATOS Klinik am Standort München wurde bereits seit 2006 das mediDOK PACS eingesetzt. Das System hatte sich als sehr zuverlässig erwiesen, und einige Ärzte aus Heidelberg kannten das System aus ihrer Tätigkeit in München. Für die Einführung und Betreuung in München war von Anfang an die Firma mixray GmbH & Co. KG aus Augsburg zuständig, die im Jahr 2010 zusätzlich mit der kompletten IT-Betreuung am Standort München beauftragt wurde. Seit Ende 2011 betreut mixray auch die zentralisierte IT-Infrastruktur der ATOS Klinik am Standort Heidelberg.

Nach einer kurzen Angebots- und Planungsphase haben wir Ende Okto-

FOTOS: ATOS KLINIK HEIDELBERG

ber 2014 die Entscheidung für die PACS-Migration zu mediDOK gefällt und den 20.11.2014 als Starttermin mit dem neuen System festgelegt. Die größte Herausforderung aus zeitlicher Sicht war die Übernahme der bestehenden Daten. Erschwerend kam hinzu, dass viele Daten nur auf Archiv-CDs vorhanden waren. Wir haben also entschieden, bis zum Starttermin zunächst nur diejenigen Daten zu migrieren, die im alten System online zur Verfügung standen.

Die neue Server-Hardware wurde von mixray vorbereitet und die Daten in das neue mediDOK PACS übernommen. Parallel wurde der mediDOK PACS-Client installiert. Dies passierte alles im Hintergrund ohne Störung des Livebetriebs. Am Starttermin haben wir um 19.00 Uhr die Arbeit mit dem alten System beendet, Röntgen und MRT wurden von mixray auf das neue PACS umgestellt und die letzten Online-Daten wurden aus dem alten PACS in mediDOK übernommen. Am nächsten Morgen sind wir um 8.00 Uhr mit dem neuen System in den Livebetrieb gegangen. Es gab keine Ausfälle, es erfolgte keine Reduzierung der Sprechstunde oder des medizinischen Angebots. Der Wechsel erfolgte tatsächlich „on the fly". Die Einarbeitung des Teams erfolgte im Livebetrieb. Auftretende Fragen konnten von mixray, die den Livebetrieb nur für einen Tag begleiten mussten, sofort kompetent beantwortet werden.

LESSONS LEARNED

Am meisten hat uns alle überrascht, dass die Umstellung so reibungslos erfolgte und keinerlei Einbußen in Kauf genommen werden mussten. Dies hätten wir offen gesagt nicht erwartet. Auch die zu erwartenden Aussagen von Mitarbeitern, dass „vorher doch alles besser war", waren nirgends zu hören. Wir haben in großem Maße davon profitiert, dass wir das mediDOK PACS aus unserem Standort in München kannten und es sich dort bewährt hatte. Weiterhin war es förderlich, dass nur zwei Firmen insgesamt an dem Projekt mitarbeiteten: neben mixray, die die Umstellung gesamtverantwortlich vornahm, musste nur der IT-Betreuer unserer Verwaltungssoftware M1 für die Anbindung hinzugezogen werden. Die Anbindung hatte sich in München bereits bewährt und der Integrationsaufwand war minimal.

Noch nicht abgeschlossen ist die Übernahme aller Daten aus dem alten PACS. Nachdem sich schnell gezeigt hatte, dass viele Daten nicht mehr online vorliegen, waren diese Nacharbeiten entsprechend projektiert worden. Aktuell werden die alten Archivmedien in das neue System eingelesen. Die Übernahme soll bis Ende Januar 2015 abgeschlossen sein.

Die Vorteile des neuen PACS haben sich nach wenigen Tagen bereits gezeigt:

- Früher war es oftmals notwendig, eine CD einzulegen, um die Voraufnahmen mit den aktuellen Aufnahmen vergleichen zu können. Mit dem neuen System entfällt dieser Schritt, der immer wieder die Abläufe der Sprechstunde verzögert hat.
- Früher wurden Daten von Patienten-CDs oftmals mehrfach eingelesen, was zu unübersichtlichen Studienlisten und Verwirrung geführt hat. Das neue System erkennt bereits eingelesene Daten und liest diese nicht erneut ein. Zusätzlich werden die eingelesenen Daten jetzt zum Untersuchungsdatum einsortiert – nicht zum Einlesedatum.
- Der mediDOK-Viewer kann optimal für unsere Schnittbilder verwendet werden. Die Anzeige der Schnittebenen ist eine große Unterstützung für uns in der Diagnostik.
- Die Integration in M1 ist besser, da man früher nur entweder im PACS oder im M1 arbeiten konnte. Das neue System läuft optimal neben dem M1, sodass wir ohne Probleme ein Bild befunden können und parallel auf demselben Rechner im M1 dokumentieren können. Das spart viel Zeit in der täglichen Routine.
- Wir können nun das Röntgenbuch elektronisch führen.

► PROJEKTNAME
PACS-Migration zu mediDOK PACS

► KUNDE
Deutsches Gelenkzentrum Heidelberg an der ATOS Klinik Heidelberg
Prof. Dr. med. habil. Peter Habermeyer, Dr. med. Sven Lichtenberg, Prof. Dr. med. habil. Markus Loew, Dr. med. Wolfram Wenz, Priv.-Doz. Dr. med. Gerhard Scheller, Prof. Dr. med. Holger Schmitt

► BESONDERHEITEN
PACS-Migration „über Nacht", Integration in M1 der CompuGroup

► UMSETZUNG
mixray GmbH & Co. KG

► DAUER DES PROJEKTS
Von der Entscheidung bis zum „Go Live": 3 Wochen

Unsere Teams arbeiten schon lange zusammen und es gibt klare Kommunikationswege. Auch dies hat uns nach der Umstellung sehr geholfen: Wichtige Informationen wurden im Team weitergegeben, und für wichtige Arbeitsschritte und Prozesse wurden schriftliche Anleitungen erstellt, die verteilt wurden. Dies hat den Schulungsaufwand stark reduziert und nicht nur Kosten gespart, sondern auch Nerven bei allen Beteiligten inklusive mixray geschont.

Bisher gab es keinen Ausfall. Das System läuft vom ersten Tag an stabil. Das für die Umstellung veranschlagte Budget ist ebenso wie der Zeitrahmen eingehalten worden. Unser Resümee: jederzeit wieder ... ■

■ **DR. MED. PETRA MAGOSCH**
Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin und Medizinische Informatik
petra.magosch@atos.de

■ **LISA KAUTSCH**
OP-Koordination, Qualitätsmanagement, Rechnungswesen
lisa.kautsch@atos.de

MUSTERHAFTE HILFE

Verträge zur Auftragsdatenverarbeitung müssen die Besonderheiten des Gesundheitswesens berücksichtigen und den Datenschutz sicherstellen. Damit dies künftig einfacher zu handhaben ist, hat eine verbandsübergreifende Arbeitsgruppe einen Mustervertrag erarbeitet. **Andreas Kassner und Jens Schwanke** haben dabei mitgewirkt.

INTERVIEW: HANS-PETER BRÖCKERHOFF

Was versteht man unter Auftragsdatenverarbeitung?

Andreas Kassner: Am besten erkläre ich den Begriff an einem kleinen Beispiel aus unserem Alltag. Wenn ich im Internetshop etwas einkaufe, willige ich ein, dass der Webshop Daten über mich erfassen darf: Name, Adresse und Bankverbindung. Diese Daten werden typischerweise in einer Datenbank gespeichert. Datenschutzrechtlich wird dies auch „Verarbeitung von personenbezogenen Daten" genannt. Der physikalische Betrieb und die Wartung der Datenbank – die meine personenbezogenen Daten umfasst – erfolgt durch einen Hostingdienstleister. Nun hat also der Hostingdienstleister Zugriff auf meine Daten, ohne dass ich zugestimmt habe. An dieser Stelle kommt die Auftragsdatenverarbeitung ins Spiel. Sie bietet dem Webshop-Betreiber eine datenschutzrechtliche Möglichkeit, Daten an einen externen Dienstleister weiterzugeben.

ZUR PERSON

Andreas Kassner
ist Geschäftsführer der bvitg Service GmbH und hat für den Bundesverband Gesundheits-IT in der Arbeitsgruppe ADV-Mustervertrag mitgewirkt.

Jens Schwanke
ist Mitarbeiter am Institut für Medizinische Informatik der Universitätsmedizin Göttingen. Er hat für die GMDS (Arbeitsgruppe „Datenschutz und IT-Sicherheit im Gesundheitswesen") mitgewirkt.

Haben Sie ein konkretes Beispiel für das Gesundheitswesen?

Kassner: Nun, Gesundheitseinrichtungen wie beispielsweise Krankenhäuser oder Arztpraxen beauftragen ebenfalls externe Dienstleister, beispielsweise für die Abrechnung, für das Scannen von Krankenakten oder zur Wartung ihrer IT-Systeme. Die Wartung von IT-Systemen fällt unter die Auftragsdatenverarbeitung, da die Mitarbeiter des Herstellers mitunter Zugriff auf die Patientendaten erhalten.

Patientendaten sind hoch sensibel und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dürfen Daten beliebig an Dienstleister oder an deren Subdienstleister weitergegeben werden? Wie ist das gesetzlich geregelt?

Jens Schwanke: Auftragsdatenverarbeitung ist die Kurzform für „Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten im Auftrag" und wird im § 11 des Bundesdatenschutzgesetzes und in § 80 SGB X sowie durch landesrechtliche Bestimmungen geregelt. Generell liegt der Auftragsdatenverarbeitung – kurz ADV – immer ein Vertrag zwischen dem Auftraggeber, in unserem Beispiel der Webshop-Anbieter, und dem Auftragnehmer, hier Hostingdienstleister, zugrunde. Dieser enthält unter anderem einen Passus, dass immer der Auftraggeber datenschutzrechtlich verantwortlich ist und dem Auftragnehmer gegenüber weisungsbefugt. Der Auftragnehmer darf die Daten nur im Sinne des Auftraggebers verarbeiten und nicht für eigene Zwecke nutzen.

Kassner: Ja, genau dieser Punkt sollte aber trotz aller Gesetze explizit im ADV-Vertrag stehen. Ebenso muss der Auftraggeber absolute Transparenz darüber haben, ob weitere Subunternehmer vom Auftragnehmer eingesetzt werden.

Haben die Krankenhäuser und Hersteller nicht bereits eine Vielzahl von Verträgen? Wieso noch einen ADV-Mustervertrag?

Kassner: Stimmt, es gibt eine Vielzahl von individuellen Vorlagen für die ADV innerhalb von Gesundheitseinrichtungen und Musterverträge namhafter Organisationen: die Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherheit e.V., das BSI, die Firma DATEV, das Bundesinnenministerium, der Hessische DSB, das LDI NRW, die Katholische Kirche, das LDI Bremen die BITKOM und so weiter – alle stellen Vorlagen zur Verfügung, welche die

BILD: © SEAMARTINI GRAPHICS - FOTOLIA

Erstellung eines ADV-Vertrages erleichtern. Jedoch geht keine der Vorlagen auf die Besonderheiten ein, die im Krankenhaus oder in einer Arztpraxis gebraucht werden – von der medizinischen Forschung ganz zu schweigen.

Schwanke: Die Vielzahl an individuellen, teilweise lückenhaften Verträgen ist sowohl für die Gesundheitseinrichtungen als auch für die Dienstleister ein zunehmendes Problem. Aus Erfahrung unserer Arbeitsgruppe kann ich sagen, dass jedes Klinikum einen Schrank voll mit unterschiedlichen ADV-Verträgen hat. Hier setzt unsere Initiative an.

Was insbesondere unterscheidet denn das Gesundheitswesen von anderen Branchen im Bereich der Auftragsdatenverarbeitung?

Schwanke: Generell sind Träger von Gesundheitseinrichtungen neben Klinikkonzernen auch Länder, so zum Beispiel Kreiskrankenhäuser und Universitätskliniken, oder Kirchen. Anstelle des Bundesdatenschutzgesetzes gilt dann das entsprechende kirchliche Datenschutzgesetz oder das jeweilige Landesdatenschutzgesetz. Für Einrichtungen mit Standorten in mehreren Bundesländern und für die Kommunikation über Landesgrenzen hinaus ist dies eine große Herausforderung. All diese Gesetze haben gemeinsam, dass für sie Gesundheitsdaten unter den Begriff der „personenbezogenen Daten besonderer Art" fallen und an vielen Stellen besondere beziehungsweise höhere Schutzmaßnahmen erforderlich sind oder Abwägungsklauseln zugunsten des Patienten ausgelegt werden müssen.

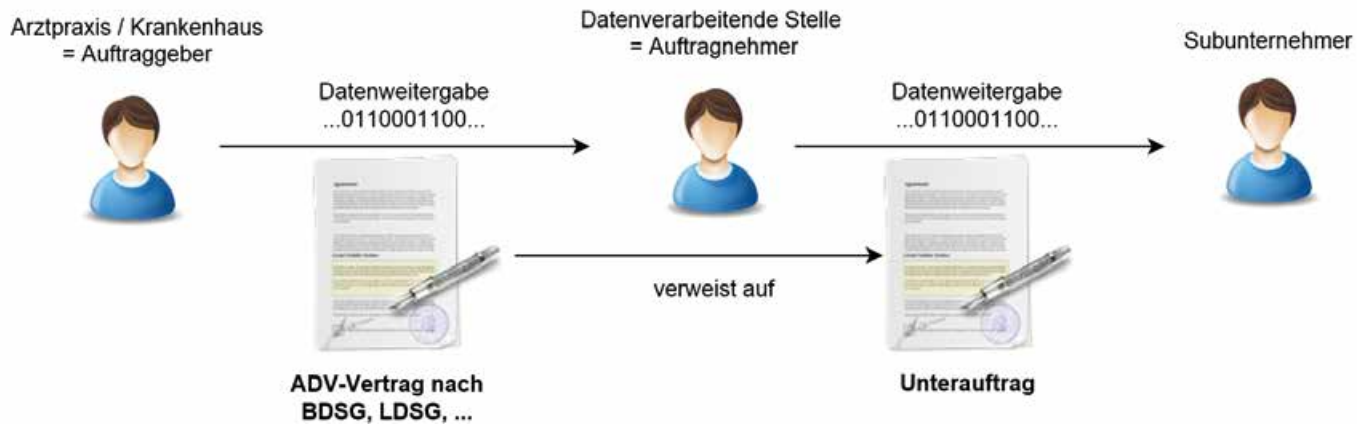
Kassner: Ferner führt die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, auch über Landes- und Einrichtungsgrenzen hinaus, zu deutlich komplexeren IT-Systemen und zu höheren Anforderungen an die ADV-Verträge. Hinzu kommt die immer stärker werdende Vernetzung des Gesundheitswesens und der Einsatz von elektronischen Fall- und Patientenakten. Diese erfordern die zusätzliche Betrachtung von Anforderungen aus dem Telekommunikationsgesetz und der Informationspflicht nach dem Telemediengesetz. In unseren Musterverträgen und Checklisten haben wir für Auftraggeber und -nehmer eine Arbeitshilfe geschaffen, um dieser Situation Herr zu werden. >

Verbandsübergreifende Arbeitsgruppe

Zur verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe, die ein kommentiertes Muster einer Auftragsdatenverarbeitung erarbeitet hat, gehören Vertreter der folgenden Organisationen:

- **Berufsverband der Datenschutzbeauftragten Deutschlands (BvD) e.V., (BvD, Arbeitskreis „Medizin")**
- **Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) e.V. (GMDS, Arbeitsgruppe „Datenschutz und IT-Sicherheit im Gesundheitswesen")**
- **Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)**
- **Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherheit e.V., (GDD, Arbeitskreis „Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen")**

Einsatz des ADV-Mustervertrages



Erfüllt Ihr neuer ADV-Mustervertrag all diese Anforderungen?

Kassner: Er gibt einen Rahmen vor, in dem die oben genannten Anforderungen enthalten sind, schafft Transparenz und vermittelt wertvolles Wissen zu der Thematik. Jedoch muss der letztendliche Vertrag immer an die spezifischen Eigenheiten der beiden Vertragspartner angepasst werden.

Schwanke: Interessanterweise existieren bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen aktuell noch überraschend wenige ADV-Verträge. Dies liegt sicherlich daran, dass die vertragliche Gestaltung eines ADV-Vertrages für das Gesundheitswesen nicht trivial ist. Hier setzt unser ADV-Mustervertrag an, er soll einen Rahmen schaffen und eine Hilfestellung leisten. Es ist nicht das Ziel, alle Eventualitäten zu berücksichtigen und einen fertigen ADV-Vertrag bereitzustellen, in welchen nur noch der Name der Vertragspartner eingetragen werden muss.

Welche offenen Probleme sehen Sie beim Thema ADV noch?

Schwanke: Ein wichtiges noch nicht gelöstes Problemfeld dreht sich um den Begriff der juristischen Offenbarung. Patientendaten unterliegen der Schweigepflicht, durch den Zugriff eines externen Dienstleisters auf diese Daten kommt es zur Offenbarung (§ 203 StGB). Unklar ist derzeit, inwieweit externe Dienstleister zum Kreis der Gehilfen beispielsweise des Arztes im Sinne des § 203 StGB gezählt werden dürfen. Außerdem kann, Stand heute, auch mit den Regelungen der Auftragsdatenverarbeitung die Fragestellung bezüglich einer aus der datenschutzrechtlich einwandfreien Auftragsdatenverarbeitung resultierenden Offenbarungsbefugnis gemäß § 203 StGB für ganz Deutschland nicht beantwortet werden. Der durch die geltende Gesetzgebung entstehende Widerspruch, dass eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus ein datenschutzrechtlich konform geregeltes Outsourcing von Leistungen betreiben, zugleich aber eventuell gegen geltendes Strafrecht verstoßen kann, ist daher auch durch einen ADV-Vertrag nicht aufzulösen. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, eine Offenbarungsbefugnis gemäß § 203 StGB für die Auftragsdatenverarbeitung zu regeln. Die Rechtsanwälte und Notare sind in dieser Diskussion durchaus einen Schritt weiter als das Gesundheitswesen. ■

Mehr als nur ein Mustervertrag

Das Gesamtpaket ADV-Mustervertrag beinhaltet neben dem eigentlichen Vertragsmuster auch eine Reihe von Werkzeugen und Empfehlungen:
1. Ein ADV-Vertrag für das Gesundheitswesen mit den drei Teilen
– Einführung, Allgemeines
– dem eigentlichen Vertragsentwurf sowie der jeweiligen Kommentierung
– und drei Anhängen
2. Ein Beispiel zur Anwendung des Muster-ADV-Vertrages (als Beispiel wurde die Fernwartung gewählt)
3. Vorschläge
a) zur Prüfung des Auftraggebers, inwieweit er organisatorisch selbst für die Vergabe einer Auftragsdatenverarbeitung vorbereitet ist
b) zur Selbstauskunft des Auftragnehmers zur Beurteilung der Eignung des Auftragnehmers durch den Auftraggeber entsprechend den Anforderungen gemäß § 11 Abs. 2 BDSG anhand von Excel-Tabellen
4. Eine Kommentierung zur Beurteilung der Anwendbarkeit der Auftragsdatenverarbeitung aus Sicht der Regelungen entsprechend dem aktuellen Stand der Ausarbeitung zu der geplanten europäischen Datenschutz-Grundverordnung

EHEALTHCOMPASS

VERNETZTE MEDIZINTECHNIK

Frühjahr 2015

KARDIOLOGIE

Deutscher Herzbericht · Telemedizin-Projekt „Curaplan Herz Plus" · implantatgestütztes Kardio-Telemonitoring · CT für die Herzdiagnostik · Zentrales Arbeitsplatzsystem für den kardiologischen Behandlungsprozess

EHEALTHCOM

SIEGESZUG DER MEDIZIN-TECHNIK SETZT SICH FORT

Der Herzbericht der deutschen kardiologischen und herzchirurgischen Fachgesellschaften zeigt einmal mehr, dass ohne Medizintechnik in der modernen Herzmedizin kaum noch etwas geht. Qualität kommt freilich nicht allein von hohen Zahlen. Es braucht Daten, und es braucht Kontrolle.

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Es ist eine langjährige Tradition: Ende Januar stellen die deutschen Fachgesellschaften für Kardiologie (DGK), Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) sowie für pädiatrische Kardiologie (DGPK) unter der Koordination der Deutschen Herzstiftung den Deutschen Herzbericht vor. So auch in diesem Jahr, zum bereits 26. Mal. Der Bericht ist ein Dokument der Stärke für die technisierte Kardiologie in Deutschland. Er gibt aber auch an einigen Stellen Anlass zu kritischen Fragen.

Linksherzkatheter: Noch immer kein Plateau?

Traditionell argwöhnisch beäugt wird die Entwicklung bei der Zahl der Koronarangiographien und perkutanen Interventionen (PCI) bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung und Myokardinfarkt. In vielen Industrienationen sind diese Eingriffe nicht zuletzt aufgrund von eher ernüchternden Studiendaten bei Patienten mit stabiler Angina Pectoris eher rückläufig. In Deutschland war das bisher nicht der Fall. Und auch im neuen Herzbericht, der Daten und Hochrechnungen für das Jahr 2013 liefert, findet sich kein rückläufiger Trend. Die DGK, die für diesen Abschnitt des Herzberichts zuständig ist, spricht von insgesamt konstanten Zahlen.

Tatsächlich kommt eine bundesweite Hochrechnung unter Berücksichtigung stationärer, ambulanter, gesetzlich versicherter und privat versicherter Patienten auf 885 000 Koronarangiographien und knapp 343 000 PCI. Das sind 27 000 bzw. 6 000 mehr als im Jahr zuvor, ein Plus also von rund drei Prozent bzw. rund zwei Prozent. Dies geht einher mit einem weiteren, geringen Anstieg bei der Zahl der Linksherzkathetermessplätze, sodass sich immer noch und weiterhin die Frage stellt, inwieweit mehr Angebot hier möglicherweise mehr Nachfrage induziert.

Kardiale Implantate: Leitlinientreue nimmt zu

Von jener „Plateaubildung“, die bei den Linksherzkathetern und PCIs noch nicht wirklich eingetreten ist, kann bei den kardialen Implantaten durchaus gesprochen werden. Mit diesem Thema beschäftigt sich der Herzbericht diesmal sehr detailliert. Sowohl die Zahl der implantierten Schrittmacher als auch die Zahl der implantierten ICD- bzw. CRT-Geräte ist mit knapp 107 000 bzw. gut 47 000 in 2013 im Vergleich zum Vorjahr relativ konstant.

Deutschland bewegt sich hier gemessen an den Zahlen in vielen Nachbarländern auf hohem Niveau. Die Neuimplantationsrate lag im Jahr 2013 in Deutschland bei 947 Schrittmachern und 348 ICD/CRT pro eine Million Einwohnern. In Schweden sind es 708 bzw. 137 pro eine Million, in der Schweiz sogar nur 566 bzw. 126. Dies lasse sich weder durch unterschiedliche demografische Bevölkerungsstrukturen noch durch unterschiedliches ökonomisches Leistungsvermögen begründen, so die Autoren des Herzberichts.

Ist das nun eine Überversorgung in Deutschland, oder sind Patienten in vielen anderen Ländern unterversorgt? Seit einigen Jahren ist es möglich, auf Grundlage des Deutschen Herzschrittmacher-Registers abzuschätzen, welcher Anteil der kardialen Implantate leitliniengerecht eingesetzt wird. Bei den Herzschrittmachern ist die Quote mit rund 96 Prozent schon seit Jahren hoch. Bei den ICD/CRT-Geräten ist es zu einem deutlichen Anstieg gekommen, von 77,6 Prozent im Jahr 2010 auf zuletzt 93,6 Prozent im Jahr 2013. Für den DGK-Präsidenten Professor Dr. Christian Hamm, Gießen, sprechen diese Zahlen gegen eine Überversorgung mit Implantaten in Deutschland. In jedem Fall sprechen die Zahlen dagegen, dass die deutschen Herzspezialisten die Leitlinien ignorieren. Allerdings sind Leitlinien nicht zwangsläufig die richtige Messlatte für die Festlegung von Über- und Unterversorgung.

Unterstützungssysteme: Aufwärtstrend bei den linksventrikulären Systemen

Während bei den Linksherzkathetern und bei den kardialen Implantaten die Zeichen mehr oder weniger auf Konstanz stehen, herrscht beim Thema Herzersatz eine leider nicht nur erfreu- >

Entwicklung der Herzschrittmacher- und ICD-Eingriffe seit 1995

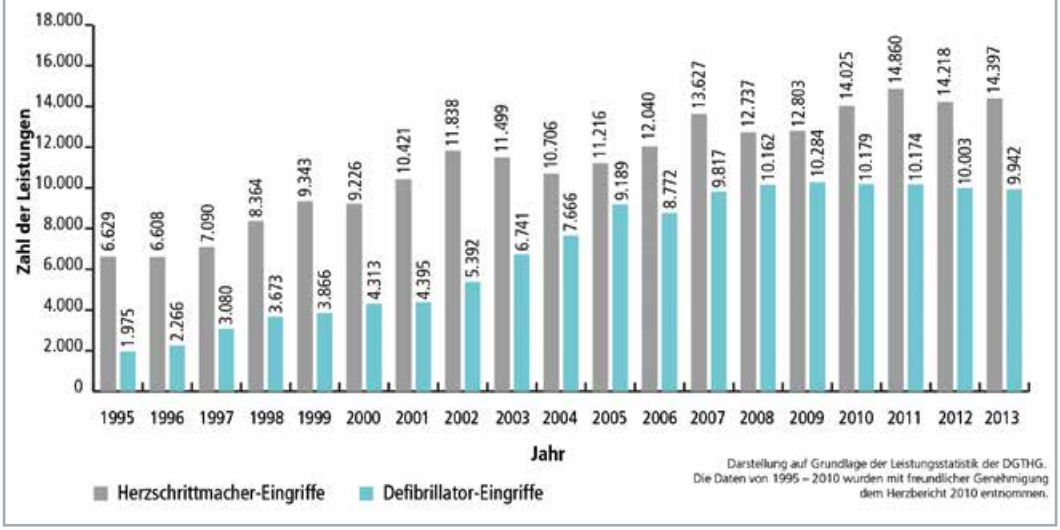


FOTO: © MACROVECTOR - FOTOLIA; GRAFIK: DEUTSCHER HERZBERICHT 2014/DEUTSCHE HERZSTIFTUNG

liche Dynamik. Der Abwärtstrend bei den Herztransplantationen ist ungebrochen. 2013 wurden nur noch 313 Herzen transplantiert, nach 346 im Vorjahr. Vom Allzeithoch aus dem Jahr 1997 – damals gab es 562 Transplantationen – ist die Kardiochirurgie weit entfernt.

Fast zwangsläufig geht die abnehmende Zahl an Herztransplantationen mit einer Zunahme der mechanischen Herzunterstützungssysteme einher. Irgendetwas muss den Patienten schließlich angeboten werden. Konkret ging es bei den Assist Devices von 2012 auf 2013 um fast ein Fünftel nach oben. 898 vor allem linksventrikuläre Geräte wurden implantiert. Eher rückläufig ist der Trend bei den biventrikulären Systemen. Hier wurden 2013 nur noch 31 Stück implantiert. 2010 waren es noch 97. Komplette Kunstherzen (TAH) wurden 23 Mal implantiert. Auch das ist nur etwa halb so viel wie noch vor einigen Jahren.

Wie lange hält der TAVI-Konsens?

Die Vorstellung des Deutschen Herzberichts ist immer auch Gelegenheit für versorgungspolitische Bestandsaufnahmen. Das gilt vor allem für die Medizintechnik, denn deren Erstattungsmodi bzw. eine mögliche Verschärfung des Zulassungsprozederes sind derzeit heiße gesundheitspolitische Themen in Deutschland. Am vielleicht deutlichsten wird die Gemengelage aus medizintechnischer Innovation, bestmöglicher wissenschaftlicher Absicherung, Patientenwunsch und Standespolitik bei der transvalvulären Aortenklappenimplantation (TAVI).

Bei diesem Verfahren werden Patienten mit einer Aortenklappenstenose nicht mehr offen am Brustkorb operiert. Es wird vielmehr mithilfe eines Herzkatheters eine zusammengefaltete Aortenklappe eingeführt, die dann an Ort und Stelle aufgefaltet und passgenau platziert wird. Den Patienten erspart das nicht nur den Thoraxschnitt, sondern auch die Vollnarkose nebst Beatmung. Kurzfristig profitieren die Patienten davon massiv. Die Komplikationsraten sind deutlich geringer als bei einem Aortenklappenersatz in offener Herzchirurgie (AKE). Nun ist die TAVI aber ein noch recht junges und auch nicht ganz einfaches Verfahren. Es stellen sich deswegen zwei Fragen: Was passiert mit den Patienten nach einigen Jahren? Und: Welche Einrichtungen sollten TAVI-Prozeduren bei welchen Patienten durchführen, um das bestmögliche Nutzen-Risiko-Verhältnis zu erreichen?

Bisher gibt es einen gewissen Konsens zwischen Kardiologen und Herzchirurgen, der besagt, dass jüngere Patienten mit niedrigem Operationsrisiko primär operiert werden, während älteren Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko primär ein TAVI-Eingriff empfohlen wird. Die Folge dieses Konsenses ist in den Zahlen des neuen Herzberichts deutlich ablesbar. Die Zahl der TAVI-Eingriffe ist in den letzten Jahren rasant gestiegen. Im Jahr 2013 waren es bereits 10 426. Gleichzeitig ist die Zahl der AKE-Eingriffe pro Jahr in Deutschland kaum gesunken.

Entwicklung der TAVI nach Altersgruppen 2010 – 2013

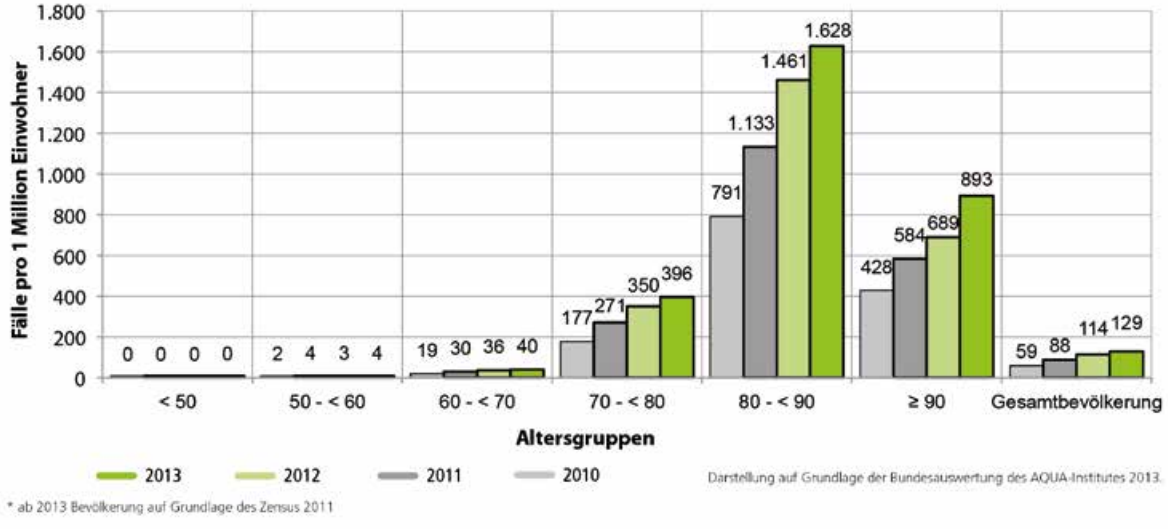


Abb. 4/15: Entwicklung der TAVI pro 1 Million Einwohner nach Altersgruppen von 2010 bis 2013

GRAFIKEN: DEUTSCHER HERZBERICHT 2014/DEUTSCHE HERZSTIFTUNG

Sie liegt seit Jahren konstant bei etwa 10 000 Eingriffen. Der Grund ist klar: Die TAVI ist bisher ein Verfahren, das überwiegend älteren Patienten angeboten wird, jenen Patienten, die vor dem TAVI-Zeitalter medikamentös behandelt worden wären, weil ein AKE den Herzchirurgen als zu risikobehaftet erschien.

TAVI: Bald auch bei mittlerem Risiko eine Option?

Wie lange das noch so bleibt, ist nicht ganz klar. Schon jetzt gibt es erste Hinweise darauf, dass nicht nur Patienten mit hohem, sondern zunehmend auch Patienten mit mittlerem oder geringem Operationsrisiko eine TAVI erhalten. „Wir können den Patientenwunsch nicht ignorieren. Viele Patienten möchten lieber eine TAVI als einen AKE", betont Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck aus Hamburg, der nächste Präsident der DGK. Nun ist das mit dem Patientenwunsch so eine Sache. Der ist nicht gottgegeben, sondern er hängt (auch) davon ab, wie Nutzen und Risiken einer Therapie vom Arzt kommuniziert werden.

Tatsache ist, dass es bisher praktisch gar keine Daten gibt, die einen Einsatz der TAVI bei mittlerem Risiko rechtfertigen würden. Kardiologen, die dem Patientenwunsch nach einer TAVI bei mittlerem Operationsrisiko nachgeben, bewegen sich damit auf dünnem Eis. Die Datenlage bei mittlerem Risiko dürfte sich allerdings in den nächsten Jahren ändern. „Im Laufe des Jahres 2015 werden erste Ergebnisse der beiden randomisierten Studien PARTNER IIA und SURTAVI erwartet, die die TAVI bei Patienten mit mittlerem Operationsrisiko evaluieren", so Kuck. Sollten diese Studien für die TAVI günstig ausfallen, könnte das dazu führen, dass der AKE auch bei Patienten mit mittlerem und niedrigem Risiko deutlich an Boden verliert.

Aortenklappenregister
Teilnehmer in den Jahren 2011 und 2012

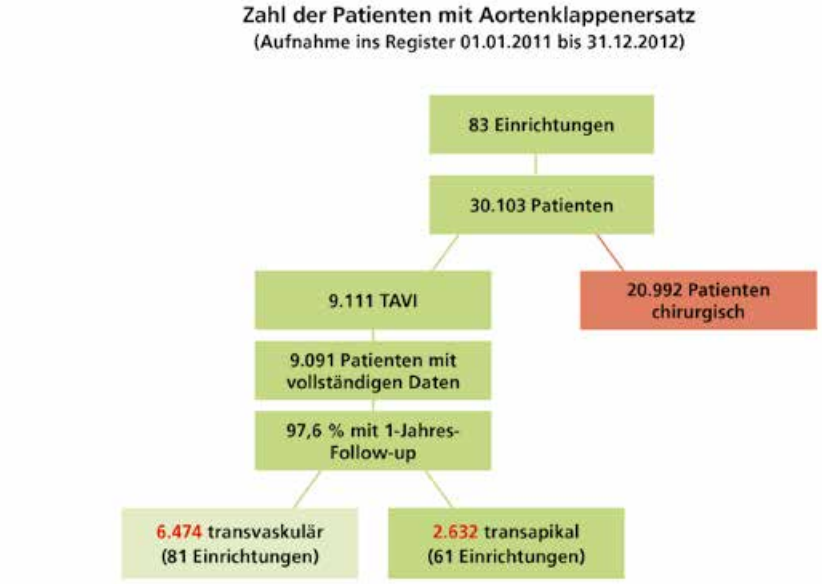


Abb. 4/14: Eine Auswertung der Jahre 2011 und 2012 des Aortenklappenregisters GARY (C. Hamm)

GBA will Herzchirurgie vor Ort

Um das Qualitätsniveau der TAVI in Deutschland möglichst hoch zu halten, kündigte die DGK jetzt an, spätestens ab April 2015 mit einer Zertifizierung der TAVI-Zentren in Deutschland zu beginnen. Derzeit gibt es 79 Einrichtungen in Deutschland, die über eine herzchirurgische Abteilung verfügen und in denen die Kardiologen TAVI-Eingriffe anbieten. Dazu kommen 10 bis 15 Anbieter, die eine TAVI ohne eigene herzchirurgische Fachabteilung anbieten. Das DGK-Zertifikat soll nur an Zentren gehen, an denen mindestens zwei Kardiologen jeweils mindestens 25 TAVI-Eingriffe pro Jahr durchführen. Seitens der Herzchirurgen sind nach dem Willen der DGK ebenfalls mindestens zwei Operateure mit TAVI-Erfahrung erforderlich. Sie müssen aus einer Fachabteilung im Haus kommen oder im Rahmen eines Kooperationsvertrags eng angebunden sein.

Die DGK hatte gehofft, dass die Krankenkassen sich bei der Erstattung der TAVI an diesen Kriterien orientieren. Diese Hoffnung hat sich mittlerweile freilich zerschlagen. Ende Januar legte der Gemeinsame Bundesausschuss seinen TAVI-Beschluss vor. Demnach soll die TAVI ab Juni 2016 nur noch dann erstattet werden, wenn an dem durchführenden Zentrum eine bettenführende Herzchirurgie vorhanden ist. Weiterführende Kriterien, etwa zu Mindestmengen, gibt es nicht. DGK-Präsident Prof. Christian Hamm zeigte sich deswegen enttäuscht von dem Beschluss, während DGTHG-Präsident Professor Jochen Cremer ihn begrüßte. ■

■ **PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ**
Der Mediziner, Journalist und Autor („Vernetzte Medizin") ist Redakteur bei E-HEALTH-COM.Kontakt: p.graetzel@e-health-com.eu

FERNBETREUUNG (AUF DEM LAND) ZAHLT SICH AUS

Die AOK Nordost hat für ihr telemedizinisches Herzinsuffizienz-Programm „Curaplan Herz Plus“ sehr günstige Evaluationsergebnisse vorgelegt. Spannend: Es gibt einen deutlichen Unterschied zwischen Stadt und Land.

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Mit bis zu drei Millionen Betroffenen gehört die chronische Herzinsuffizienz zu den häufigsten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland. Die Sterblichkeit ist hoch, und die Kosten sind es auch: Wer Daten des Statistischen Bundesamts zugrunde legt, kommt auf rund drei Milliarden Euro pro Jahr. Kein Wunder, dass sich Krankenkassen bei dieser Indikation für Chronikerprogramme interessieren. Die AOK Nordost engagiert sich in diesem Bereich bereits seit knapp zehn Jahren und setzt dabei auch auf die telemedizinische Betreuung der Patienten.

Im Rahmen des „Curaplan Herz Plus"-Programms übermitteln die Patienten täglich ihr Gewicht (und nur ihr Gewicht) telemedizinisch. Außerdem beantworten sie fünf Fragen zu ihren aktuellen Beschwerden. Umgesetzt wird das Ganze in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Patientenhilfe. Diese Gesellschaft unterhält ein Servicecenter, in dem unter anderem 70 Krankenschwestern und drei Ärzte arbeiten, und betreut derzeit insgesamt 28 000 Patienten in Deutschland und Frankreich.

Viel Aufwand: 200 000 Datensätze für 4 000 Kontrollprobanden

Um die Effektivität der Betreuung besser abschätzen zu können, hat die AOK beim Institut für Community Medicine der Universität Greifswald eine Kohortenstudie für die Region Berlin-Brandenburg beauftragt, deren Ergebnisse Ende des Jahres beim 5. Nationalen Telemedizinkongress in Berlin vorgestellt wurden. Zwar sind das keine randomisierten Daten. Allerdings wurde ein extrem aufwendiges Matching-Verfahren genutzt, um möglichst nicht Äpfel mit Birnen zu vergleichen. Es handelte sich also nicht um einen simplen und methodisch fragwürdigen Vergleich einer Behandlungsgruppe mit allen anderen Versicherten derselben Indikation. Nicht wenige Telemedizinprojekte wurden in der Vergangenheit nach diesem Schema evaluiert, das nur wenig hilfreiche Ergebnisse produziert.

„Wir haben jedem Herzinsuffizienzpatienten im Programm zwei passende Vergleichspatienten zugeordnet", erläuterte Studienleiter Professor Wolfgang Hoffmann. Am Ende wurden für knapp 2 000 innerhalb des Programms versorgte Patienten knapp 4 000 Vergleichspatienten identifiziert, aus einem Routinedatenpool von insgesamt über 200 000 Herz-insuffizienzpatienten, den die AOK Nordost pseudonymisiert zur Verfügung gestellt hat. „Das klingt erst einmal nach sehr viel. Aber so viele Patienten waren für ein seriöses Matching tatsächlich nötig. Weniger hätten es nicht sein dürfen", so Hoffmann.

Hinweis auf besseres Überleben

Aus Sicht der AOK und des Telemedizinproviders hat sich der Aufwand in jedem Fall gelohnt. Denn die Resultate können sich mehr als sehen lassen. So war die Ein-Jahres-Sterblichkeit bei einer Versorgung im Telemedizinprogramm in der Intention-to-treat-Analyse mit elf Prozent geringer als in der Vergleichsgruppe, wo sie 13,6 Prozent betrug. Nun sollten Gesamtsterblichkeiten in retrospektiven Kohorten nicht überbewertet werden. Dennoch ist der doch deutliche Unterschied zumindest ein klares Signal. Und er beweist nebenbei, dass die (strenge) Intention-to-treat-Auswertung auch in Telemedizin-Settings Ergebnisse liefern kann und deswegen eigentlich Standard sein sollte.

Die entscheidenden Ergebnisse liefert freilich die Kostenanalyse: Pro Patient und Quartal wurden bis zu knapp 300 Euro eingespart. Wurden nur jene Patienten berücksichtigt, die auch tatsächlich im Programm behandelt wurden (On-Treatment-Analyse), waren es sogar bis zu 550 Euro. Geht man etwas ins Detail, dann sparte die AOK bei den Brandenburger Patienten in der Intention-to-treat-Analyse im ersten Jahr pro Quartal 276,04 Euro ein, im zweiten Jahr waren es sogar 298,60 Euro pro Quartal. Bei den Berliner Patienten hingegen lagen die Einsparungen im ersten Jahr bei lediglich 18,27 Euro pro Quartal, während die Telemedizinpatienten im zweiten Jahr pro Quartal sogar 108,70 teurer waren als die Patienten in der Vergleichsgruppe.

Programmkosten werden gedeckt

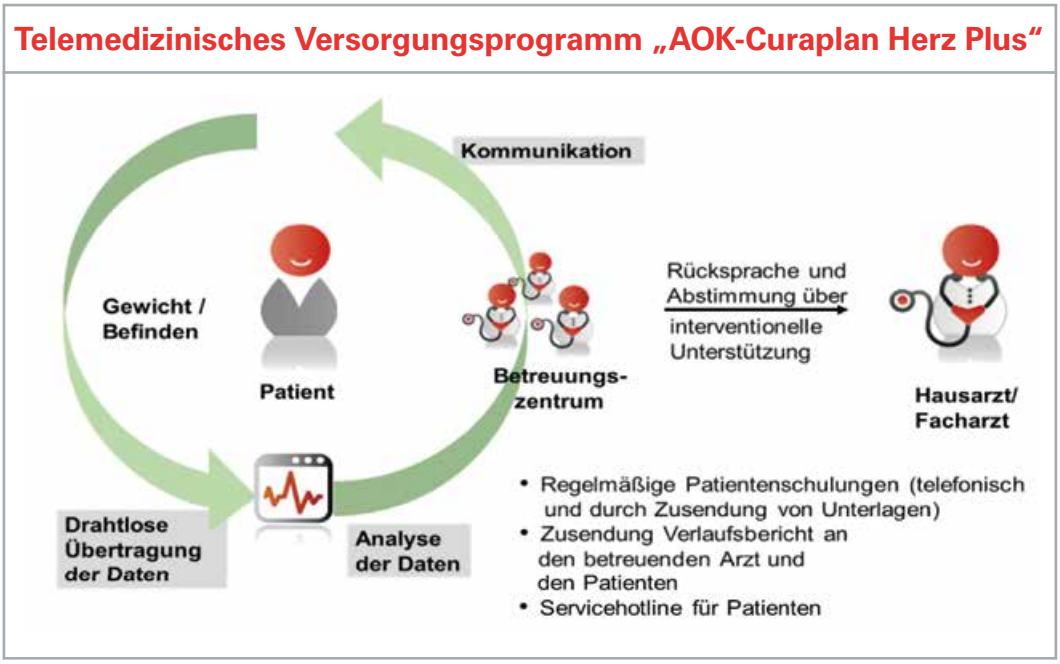
Es gibt also offensichtlich erhebliche Unterschiede zwischen Großstadt und ländlichen Regionen. Die Detailauswertungen zu diesem Phänomen laufen noch. Hoffmann geht aber davon aus, dass es durch ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten zu erklären ist. Anders ausgedrückt: Die Städter rennen bei Problemen viel schneller selbst zum Arzt, Telemedizin hin oder her. Zudem gibt es in den Städten natürlich mehr gut erreichbare Kardiologen. Es könnte also sowohl ein Nachfrage- als auch ein Angebotsphänomen sein. Dass das aus Sicht einer Krankenkasse ein sehr interessantes Ergebnis ist, liegt auf der Hand.

Die interessante Frage ist natürlich, wie sich die Einsparungen zu den Programmkosten verhalten. Daran sind in der Vergangenheit mehrere telemedizinische Betreuungsprogramme von Krankenkassen für Patienten mit Herzinsuffizienz gescheitert. AOK-Geschäftsführer Harald Möhlmann gab Entwarnung. Er bezifferte die Ausgaben auf unter 1 000 Euro pro Jahr und Patient: „Damit decken die Einsparungen bei Weitem die Programmkosten."

Was sind die nächsten Schritte?

Für die AOK Nordost stellt sich jetzt konkret die Frage, ob und wie sie das erfolgreiche Programm weiter- >

FOTO: © TASHATUVANGO - FOTOLIA



Schematischer Versorgungsablauf im Programm „AOK-Curaplan Herz Plus“

Die fünf wesentlichen Kernziele des Programms „AOK-Curaplan Herz Plus“

entwickelt. Denkbar ist eine Ausweitung nach Mecklenburg-Vorpommern. Allerdings müsse in solchen Fällen dann eine europaweite Ausschreibung erfolgen, so Möhlmann. In jedem Fall sieht sich die Krankenkasse in ihrem jahrelangen Engagement in Sachen Herzinsuffizienztelemedizin bestätigt, und sie sieht sich auch darin bestätigt, einen technisch eher einfachen Ansatz gewählt zu haben, der mit einer relativ intensiven telefonischen Betreuung durch Krankenschwestern einhergeht. Das sei für die Kosteneffizienz ein wesentlicher Faktor gewesen, wie Möhlmann betonte.

Mittlerweile sind rund 3000 Versicherte der AOK Nordost in das „Curaplan Herz Plus“-Programm eingeschlossen. Diverse Befragungen der Teilnehmer, die unabhängig von der aktuellen Studie durchgeführt wurden, zeigten, dass sich die teilnehmenden Versicherten auch subjektiv gut betreut und sicher fühlen. Interessanterweise beschränkt die AOK nicht von vornherein die Teilnahmedauer an dem Programm. Auch das ist ein Unterschied zu manch anderen Programmen. ■

► **www.aok.de/nordost/gesundheit/behandlung-aok-curaplan-herzplus-159017.php**

■ **PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ**

IMPLANTATGESTÜTZTES KARDIO-TELEMONITORING

Das kardiologische Telemonitoring bietet viel Potenzial angesichts des demografischen Wandels, der eine Zunahme an Herzerkrankungen erwarten lässt. Ein Gespräch mit **Dr. Andreas Napp** von der kardiologischen Klinik der Uniklinik Aachen, an der Telemedizin-Lösungen entwickelt und in der Praxis angewandt werden.

INTERVIEW: ANNE WOLF

? Was genau umfasst die telemedizinische Versorgung im Bereich der Kardiologie in Ihrer Klinik?

In unserer Klinik steht das implantatgestützte Teleherzinsuffizienzmonitoring klar im Vordergrund. Wir arbeiten erfolgreich mit den vier marktführenden Herstellern zusammen. Überwiegend werden Daten von den implantierten Devices selbst erhoben. Ein Hersteller bietet auch eine kabellos angeschlossene Körperwaage und ein Blutdruckmessgerät an. Die Daten werden dann meist nachts oder auf Anforderung des Patienten über das Mobilfunknetz an einen Server übermittelt, auf den wir Zugriff haben und aggregierte Berichte abrufen können. Eine Besprechung erfolgt meist telefonisch. Aufgrund dieser Informationen wird dann entschieden, ob eine Medikamentenumstellung reicht, ein persönlicher ärztlicher Kontakt erfolgen soll oder gar eine Krankenhauseinweisung notwendig ist.

Welche Abteilungen sind dabei vor allem eingebunden?

Wir haben eine Telemedizinambulanz gegründet, in der zwei nicht ärztliche Kräfte die eingehenden Daten

BILD LINKS: AOK NORDOST.; FOTO RECHTS: © JAKUB JIRSÁK - FOTOLIA

vorauswerten und als erste Ansprechpartner für die Patienten dienen. Hierzu wurden klare Handlungsanweisungen erstellt. Beide kümmern sich auch um die technische Einweisung der Patienten. Die Mitarbeiter sind sehr erfahren auf dem Schrittmacher- und ICD-Sektor. Die Essenz dieser Sichtung wird täglich mit dem verantwortlichen Arzt besprochen und gemeinsam interpretiert. Wichtig herauszustellen ist, dass es sich hierbei nicht um ein Notfallsystem handelt und keine Verbindung zum Beispiel mit dem Aachener Telenotarzt besteht.

Es besteht die Möglichkeit, die Patienten abteilungsintern den notwendigen Behandlungen zuzuführen. Hier spielt beispielsweise die Elektrophysiologie und die interventionelle Kardiologie eine wesentliche Rolle, da neue Rhythmusstörungen und/oder ein Progress der koronaren Herzkrankheit häufige Ursachen für eine akute Verschlechterung sind.

Ist das Telemonitoring-Angebot zu Herzinsuffizienz auch in andere Telemedizinanwendungen Ihres Hauses eingebunden?

Die Betreuung unserer Herzinsuffizienzpatienten geschieht vorwiegend in unserer Klinik und in der Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie, mit der wir erfolgreich zusammenarbeiten und sehr eng verbunden sind.

Ein großer Schwerpunkt der Klinik für Anästhesiologie unter Leitung von Univ.-Prof. Rolf Rossaint und der Klinik für Operative Intensivmedizin unter Leitung von Univ.-Prof. Gernot Marx sind Telemedizinprojekte auf dem intensivmedizinischen Sektor und im Bereich des Notarztwesens. Hier bestehen derzeit noch keine Verknüpfungen, da kardiologische Patienten auf unserer eigenen Intensivstation betreut werden. Eine Anbindung an den Aachener Telenotarzt ist derzeit technisch nicht sinnvoll möglich.

Es gibt ja eine Arbeitsgruppe Telemedizin in der Klinik für Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin Ihres Hauses. Was genau wird dort erforscht und entwickelt?

Da unser Standort als technische Hochschule hervorragende Wissenschaftler in starken technischen Instituten hat, sind wir in die Entwicklung und Erprobung von Biosensoren integriert. Hier werden beispielsweise Sensoren zur Messung des Flüssigkeitshaushaltes getestet. Wasseransammlungen zum Beispiel in der Lunge sind ein typisches Zeichen der kardialen Dekompensation. Dann gibt es EKG-Sensoren, die Rhythmusstörungen detektieren sollen. Diese Sensoren können beispielsweise in einen Stuhl oder in Bettwäsche integriert werden.

In einem groß angelegten, von der EU geförderten Projekt geht es um körperliche Beübung von Patienten nach Herzinfarkt mit und ohne Herzinsuffizienz. Mit Biosensoren ausgestattete Westen sollen über Feedbackmechanismen dem Patienten eine Rückkopplung über eine sinnvolle Belastung geben und vor körperlicher Überlastung schützen. Über eine Internetverbindung können die Daten dann dem betreuenden Arzt übermittelt werden. In Deutschland haben wir zwar ein hochentwickeltes Rehabilitationssystem, das ist aber nicht in allen EU-Ländern so, was die Notwendigkeit von Patientenfeedbacksystemen unterstreicht. Hierbei besteht eine Kooperation mit einer Aachener Rehaklinik unter Leitung von Chefarzt Dr. Erik Skobel und mit Priv.-Doz. Dr. Christian Knackstedt aus der Uniklinik in Maastricht.

»Wir sind in die Entwicklungund Erprobung von Biosensoren integriert.«

Bei welchen Indikationen nehmen Sie einen Patienten in Ihr Programm auf und wie läuft in der Regel die telemedizinische Versorgung ab?

Da in unserer Klinik das implantatbasierte Telemonitoring im Vordergrund steht, ergeben sich drei wesentliche Indikationen.

1. Patienten, deren technische Aggregateintegrität von besonderer Bedeutung ist. Dies sind zum Beispiel Patienten, deren Aggregate oder Sonden von einer Sicherheitswarnung betroffen sind oder Zeichen eines Defektes aufweisen, was leider immer wieder mal vorkommt, obwohl alle Firmen auf maximale Sicherheit bedacht sind. Zudem werden Aggregate mit schwacher Batterie beobachtet.

2. Patienten mit komplexen Herzrhythmusstörungen.

3. Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz. Wir versuchen vor allem die Patienten mit aufzunehmen, die kardiale Dekompensationen hatten. Ebenso wird ein Teleherzinsuffizienzmonitoring Patienten auf unserer Transplantationsliste und mit Kunstherz angeboten.

Insgesamt macht eine Versorgung nur Sinn, wenn die Patienten offen für eine solche Art der Überwachung sind. Vor allem in den Anfängen der Telemedizin, in der die Datenübertragung über einen Transmitter mit Anbindung an das klassische Telefonnetz stattfand, was oft technische Schwierigkeiten ergab, gab es seitens der Patienten Ressentiments. Aktuell übertragen die Transmitter über das Mobilfunknetz, was gut funktioniert. Wir haben viel dabei gelernt und so manche Mühe dabei gehabt.

Wie steht es um die Finanzierung der telemedizinischen Versorgung, die Sie in Ihrer Klinik anbieten?

Die Finanzierung ist tatsächlich nicht so einfach. Bei der Nachsorge von Herzschrittmachern und ICDs gibt es eine Abrechnungsziffer, die eine Nachsorge auf telemetrischem Weg mit abdeckt. Die Kosten für einen Telemedizintransmitter und die jährlich anfallenden Servicegebühren der Firma für die telemedizinische Anbindung werden nicht automatisch von jeder Krankenkasse übernommen. Gegebenenfalls muss man da Einzelfallanträge stellen.

Bei uns ist das allerdings eine Mischkalkulation, da wir hiermit die Nachsorgeintervalle mit persönlicher Vorstellung in der Klinik für die Patienten verlängern können. Das wird von den Patienten sehr geschätzt. Zudem ist eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten möglich, denen man Zugriff auf die telemedizinischen Daten ermöglichen kann.

Gibt es bereits klinische Studien zum Nutzen der telemedizinischen Überwachung von Herzinsuffizienz-Patienten?

Die Leitlinien zur akuten und chronischen Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie räumen dem isolierten Teleherzinsuffizienzmonitoring noch keinen klassischen Empfehlungsgrad ein, da hier die breite Evidenz aus prospektiven Studien fehlt. In einer groß angelegten Studie aus 2005 wurde die Versorgung von Hochrisiko-Herzinsuffizienzpatienten mit Telemedizin mit der Standardnachsorge und mit der Versorgung durch Heart Failure Nurses verglichen. Hier zeigte sich ein deutlicher Vorteil der Telemedizin zur Standardnachsorge, die bei uns in Deutschland praktiziert wird.(1) Zudem ist die Versorgung mit Telemonitoring Grundlage mehrerer Übersichtsarbeiten (z. B. (2)), die vor allem einen Vorteil für schwer kranke, symptomatische Patienten zeigen.

Wo sehen Sie technisch gesehen noch die größten Hürden und an welcher Stelle wären Weiterentwicklungen oder Innovationen besonders sinnvoll und nötig?

Seit die Aggregate über das Mobilfunknetz senden, ist die Anwendung auf Patientenseite erfreulich einfach geworden. Der Onlinezugriff auf die Server der Firmen ist ebenfalls überwiegend problemlos. Schön wäre es, wenn die Aggregathersteller eine einheitliche Internetplattform anbieten würden. Das würde die Abläufe beschleunigen. Dies ist aber nicht in Sicht und wahrscheinlich seitens der Hersteller auch nicht gewollt.

Eine direkte Anbindung an eine Krankenhaussoftware wäre wünschenswert. Dies geht derzeit nur umständlich und indirekt mit manuellem Import von PDF-Dokumenten. Alle Lösungen müssen ja auch aus datenschutzrechtlicher Sicht gut geschützt sein. Eine lückenlose Dokumentation ist für den klinischen Ablauf und aus forensischer Sicht wichtig.

»Telemedizin wird sich sicher durchsetzen – in kardiologischen Zentren ist sie schon etabliert.«

Wie schätzen Sie die Entwicklung der Telemedizin in Deutschland ein – wird sie sich, insbesondere in der Kardiologie, durchsetzen?

Die Telemedizin wird sich sicher durchsetzen. In der Kardiologie ist sie an Zentren schon etabliert. Die implantatgestützten Verfahren sind da sicher im Vorteil, da hier neben der Überwachung des Herzinsuffizienzstatus auch noch die notwendige Überprüfung der Herzschrittmacher und Defibrillatoren hinzukommt. Nicht implantatgestützte Verfahren werden es da schwerer haben. Aktuelle Leitlinien der Europäischen und Deutschen Gesellschaften für Kardiologie haben die telemedizinische Aggregatnachsorge zum Monitoring der technischen Aggregateintegrität und zur Detektion von neuen Herzrhythmusstörungen als empfehlenswert mit aufgenommen. Die Leitlinien zur akuten und chronischen Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie räumen dem isolierten Teleherzinsuffizienzmonitoring noch keinen klassischen Empfehlungsgrad ein, da hier die Evidenz fehlt. ■

ZUR PERSON
Dr. med. Andreas Napp ist Funktionsoberarzt an der Medizinischen Klinik I für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin des Universitätsklinikums Aachen.

Herr Dr. Napp, vielen Dank für das Gespräch.

Referenzen

1. Cleland JG, Louis AA, Rigby AS, Janssens U, Balk AH, Investigators T-H. Noninvasive home telemonitoring for patients with heart failure at high risk of recurrent admission and death: the Trans-European Network-Home-Care Management System (TEN-HMS) study. J Am Coll Cardiol. 2005;45(10):1654-64.
2. Pandor A, Gomersall T, Stevens JW, Wang J, Al-Mohammad A, Bakhai A, et al. Remote monitoring after recent hospital discharge in patients with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. Heart. 2013;99(23):1717-26.

■ **ANNE WOLF**
ist Redakteurin (CvD) bei E-HEALTH-COM
Kontakt: a.wolf@e-health-com.eu

Der erste Revolution CT in Deutschland

GE HEALTHCARE: Erste überzeugende Praxiserfahrungen der Herz- und Gefäß-Klinik GmbH Bad Neustadt a. d. Saale.

Ohne Kompromisse: Der Revolution CT erlaubt komplexe nicht-invasive Herzdiagnostik als Routineuntersuchung im klinischen Alltag der Kardiologie – kompromisslose Bildqualität und Aussagekraft selbst bei schwierigen Patienten und Scanbedingungen.

Seit Mitte Dezember kommt in der Herz- und Gefäß-Klinik in Bad Neustadt a. d. Saale der deutschlandweit erste Revolution CT von GE Healthcare zum Einsatz. Er vereint führende technologische Konzepte der CT in einem einzigen Gerät und ist somit eine sowohl technische als auch klinische Neuheit, die erweiterte Anwendungsmöglichkeiten bei Erkrankungen des Herzens, der Gefäße, des Nervensystems und des Bewegungsapparates ermöglicht.

Erweiterung des kardiodiagnostischen Leistungsspektrums

Der Herz- und Gefäß-Klinik in Bad Neustadt ist es dank der neuartigen Bildgebungskette und der Leistungsstärke des Revolution CT möglich, ihr kardiovaskuläres Diagnostikspektrum zu erweitern. Bislang waren oft mehrere Untersuchungen und Kontrollverfahren notwendig, um eine eindeutige Behandlungsempfehlung geben zu können. Der Revolution CT kann nun mit nur einem einzigen Scan selbst schwierige Untersuchungen mit multiplen Fragestellungen innerhalb sehr kurzer Zeit abbilden.

„Seit Mitte Dezember ist der CT nun bei uns im Betrieb. Seitdem haben wir 350 Patienten (Stand Ende Januar) mit dem neuen System untersucht, darunter auch herausfordernde Patienten mit Vorhofflimmern, Arrhythmien und hohem Puls. Bevor wir den Revolution CT hatten, konnten früher viele dieser Patienten mittels Herz-CT nicht untersucht werden, da mit den vorherigen Geräten ein gutes Ergebnis nicht möglich war“, resümiert Prof. Rainer Schmitt, Chefarzt der Klinik für Radiologie und Ärztlicher Direktor der Herz- und Gefäß-Klinik.

Neben der Herzdiagnostik wird der neue Revolution CT auch an Patienten mit Gefäßerkrankungen der Beine, der Halsschlagadern und des Bauchraumes sowie bei Patienten der Neurologischen Klinik eingesetzt. Weitere Anwendungsgebiete sind Gelenkerkrankungen der Schulter, der Hand und des Fußes.

Geringe Strahlendosis bei gleicher Bildqualität

„Am Revolution CT überzeugt mich im Besonderen die neue Detektorgeometrie mit einer Abdeckung von 160 mm, die die bisher vorhandenen Probleme breiter Abdeckungen nahezu restlos reduziert. Die Detektorelemente sind abgewinkelt angeordnet, sodass der Fächerstrahl an jeder Stelle orthogonal auf den Detektor trifft und ein homogenes Bild erzeugt wird“, erklärt Prof. Schmitt. Mit dem 3D-Kollimator wird zudem sichergestellt, dass Streustrahlung nahezu vollständig eliminiert wird und artefaktbehaftete Bildinformationen somit entfallen können. Das patentierte Gemstone Detektormaterial verfügt mit circa 2 500 Projektionen pro Rotation über eine zweieinhalbfach höhere Erfassungsrate im Vergleich zu herkömmlichem Detektormaterial. Gemstone erlaubt die höchste räumliche Auflösung im Markt von 0,23 mm (Stand Januar 2015). Zudem ist es möglich, Patienten in außergewöhnlicher Schnelligkeit und bei geringer Kontrastmittelmenge und Strahlendosis zu untersuchen. „Mit ASiR-V ist die neueste Generation der iterativen Rekonstruktion verfügbar, was uns enorme Dosiseinsparungen gegenüber der vorherigen CT-Generation ermöglicht – wir benötigen nur noch etwa 10 bis 20 Prozent der früheren Dosis“, so Oberarzt Dr. Wagner.

- **plus4media GmbH**
- **Miriam Kurek**
- **Subbelrather Str. 13**
- **50672 Köln**
- **Tel.: +49-(0)221-9777-6717**
- **Fax: +49-(0)221-9777-6727**
- **miriam.kurek@plus4media.de**
- **www.plus4media.de**

Alle Daten in einem System

MEIERHOFER: MCC ist die kardiologische Komplettlösung im Universitären Herzzentrum Hamburg.

Ein zentrales Arbeitsplatzsystem, über das alle Anwendungen des gesamten kardiologischen Behandlungsprozesses gesteuert werden – das war das ehrgeizige Ziel des gemeinsamen IT-Projektes von MEIERHOFER und dem Universitären Herzzentrum Hamburg (UHZ), einer 100-prozentigen Tochter des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE).

Seit Mai 2014 ist MCC von MEIERHOFER nun die Datendrehscheibe, die alle Kernprozesse zusammenführt. Alle Aktivitäten werden hier vereint, gesteuert und visualisiert. Die Anwender können von hier auf alle Systeme, Untersuchungsgeräte und Auswertungssysteme zugreifen – ohne sich jedes Mal in ein neues System einloggen zu müssen oder gar an einen anderen PC zu wechseln. MCC sorgt dafür, dass der Dokumentationsworkflow im UHZ vervollständigt wird und jede Abteilung mit wenigen Klicks sofort sieht, welche Untersuchungen anstehen und welche Patienten erwartet werden. Damit liefert das System auch Auskunft über die Auslastungssituation des UHZ. Alle Termine der verschiedenen Funktionsbereiche werden in einem einheitlichen Kalender dargestellt und für alle sichtbar gemacht, was die Gesamtkommunikation enorm erleichtert.

Verbindung zum KIS des UKE

Darüber hinaus schließt MCC die Lücke zwischen kardiologischer Befundung und dem zentralen KIS des UKE. Befunde, die der Kardiologe erstellt, stehen also sofort im KIS zur Verfügung und können krankenhausweit genutzt werden. Wie wichtig die zentrale Datenverwaltung ist, wird besonders in der kardiologischen Notaufnahme deutlich. Hier muss der Arzt binnen weniger Minuten diagnostische Entscheidungen treffen, für die er möglichst alle Befunde und Informationen zum Patienten braucht. Wenn er sich diese in verschiedenen Systemen zusammensuchen müsste, würden wichtige, manchmal lebensrettende Minuten vergehen.

Hoher Digitalisierungsgrad und komplexe IT-Landschaft

Vorausgegangen ist ein bisher einzigartiges Integrationsprojekt. Allein die Zahlen machen das deutlich: 193 aktive Schnittstellen, circa 25 000 generierte Dokumente und Befunde seit Produktivstart und 22 000 Nachrichten pro Tag zeugen von der Komplexität des Systems. Das UKE und das angeschlossene UHZ sind Kliniken mit einer sehr anspruchsvollen und komplexen IT-Infrastruktur. Als eines von zwei Häusern in Europa mit EMRAM Stufe 7 – eine international renommierte IT-Auszeichnung, die nach umfangreicher Prüfung an Krankenhäuser mit hohen Technologiestandards vergeben wird, in denen das klinikweit digitale Arbeiten nicht nur möglich ist, sondern auch umgesetzt wird – ist der Digitalisierungsgrad sehr hoch und die Mitarbeiter sind den Umgang mit IT gewohnt. Für die Integration eines zentralen Arbeitsplatzsystems hieß das wiederum, dass enorm viele Systeme integriert werden mussten. Hinzu kamen die vielen kardiologischen Medizingeräte und Messplätze, die täglich eine riesige Datenmenge erzeugen. „Dem UHZ war grundsätzlich wichtig, flexibel beim Einsatz von Medizingeräten und Befundungssoftware und vor allem unabhängig von unterschiedlichen Herstellern und Anbietern zu

sein“, erinnert sich Projektleiter Uwe Kohlstädt, Leiter Verwaltung und Organisation des UHZ. „Nur so können wir auf medizinische Innovationen schnell im Sinne der Ärzte reagieren.“

Nächster Schritt: Trackingboard für die Ambulanz

Die erfolgreiche Zusammenarbeit mit MEIERHOFER wird fortgeführt. Die nächsten Umsetzungsschritte sind bereits angelaufen. Künftig werden auch die OP-Termine der Patienten in MCC vorhanden sein, um die kardiologischen Voruntersuchungen planen zu können und Terminkollisionen zu vermeiden. Darüber hinaus ist ein Trackingboard für die Ambulanz geplant.

MEIERHOFER
Perspektiven erleben

- **MEIERHOFER AG**
- **Werner-Eckert-Straße 12**
- **81829 München**
- **Tel.: +49-(0)89-44 23 16-0**
- **Fax: +49-(0)89-44 23 16-666**
- **E-Mail: info@meierhofer.de**
- **www.meierhofer.de**

AUF EIN GLAS MIT...

DEM MITGLIED DES VORSTANDS DER COMPUGROUP MEDICAL AG UWE EIBICH

TEXT: HANS-PETER BRÖCKERHOFF

Dieses Mal treffe ich meinen Gesprächspartner – der Zufall will es so – schon vor dem vereinbarten Abendessen im Kölner Restaurant Gruber´s. Uwe Eibich ist Referent beim Gründungsworkshop des Competence Centers eHealth an der Hochschule Niederrhein in Krefeld, an dem auch ich teilnehme. Auf der gemeinsamen Fahrt zum Restaurant erfahre ich schon einiges über meinen Gesprächspartner, der Mitglied des Konzernvorstands der CompuGroup Medical AG (CGM), einem der großen deutschen, international aufgestellten eHealth-Unternehmen, ist. Dort verantwortet er alle Geschäftsbereiche, die Produkte und Lösungen für niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Reha-, Sozial- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz anbieten. Und zugleich ist er noch Vorstandsvorsitzender der Konzerntochter CompuGroup Medical Deutschland AG, in der bisher das gesamte Deutschlandgeschäft der CGM zusammengefasst war.

»Ich habe mich schon während des Studiums mit Software für Ärzte und Zahnärzte beschäftigt.«

Mein Gesprächspartner, ein blonder und sehr hochgewachsener (ein Meter und zwei Zentimeter) Mann, ist in Duisburg geboren und im südöstlich von Köln gelegenen Lohmar aufgewachsen. Dem Rheinland sei er, berichtet Eibich, mit einigen Unterbrechungen auch weiterhin treu geblieben. Heute lebe er mit seiner zweiten Frau und seiner fünf Monate alten Tochter sogar wieder direkt in seinem Heimatort Lohmar.

MIT DER GESUNDHEITS-IT sei er, geht Eibich auf den Beginn seiner beruflichen Aktivitäten ein, schon während seines Informatikstudiums in Berührung gekommen. Eher zufällig habe sich damals die Möglichkeit ergeben, mit zwei Freunden eine Firma zu gründen, mit der er zunächst Software für Arzt- und dann für Zahnarztpraxen vertrieben habe. Letzteres sei in Kooperation mit CHREMASOFT, einem damals schon etablierten Anbieter von Zahnarzt-Informationssystemen geschehen, für den seine Firma dann in wenigen Jahren fast 3 000 Kunden gewonnen habe. 1998 habe die CompuGroup CHREMASOFT übernommen und er sei auch dahin gewechselt. Bei der CompuGroup habe er nach einiger Zeit die Leitung des Geschäftsbereichs Dentalsoftware übernommen. Von 2004 bis zu seiner Berufung in den Konzernvorstand 2007 habe er dann, berichtet er mit merklicher Freude an der Erinnerung, die Internationalisierung des Konzerns mit vorangetrieben. „Ich war viel unterwegs“, so Eibich, „in ganz unterschiedlichen Ländern, um Kauf und Integration dortiger Unternehmen mit zu gestalten. Das war hoch spannend und brachte immer wieder neue Eindrücke und Erfahrungen.“

Mittlerweile sind wir im Restaurant angekommen. Das Gruber´s bietet österreichische Küche an. Deshalb, so mein Gegenüber, habe er diesen Treffpunkt vorgeschlagen. Er habe bei seinen vielen Besuchen in Österreich die dortige Küche sehr schätzen gelernt. Wir wählen beide, ganz klassisch, das Wiener Schnitzel (schließlich wird es von einigen Kritikern im Netz als das beste in ganz Köln beschrieben). Beim Wein fällt die Wahl auf einen Grünen Veltliner Smaragd aus der Wachau.

Wir kommen auf den bvitg zu sprechen, in dem mein Gesprächspartner schon seit eini-

ILLUSTRATION: KATHARINA DOERING

gen Jahren Vorstandsmitglied ist und im Herbst letzten Jahres sogar den stellvertretenden Vorsitz übernommen hat. Ihm sei die Verbandsarbeit wichtig, betont Eibich, nicht nur weil hier sein Unternehmen als einer der großen Player in der Branche sicherlich besonders gefordert sei. Zudem freue er sich als Vertreter eines Unternehmens mit starkem Engagement im ambulanten Sektor, im bvitg mitarbeiten und dort diesen Sektor stärken zu können. Denn der Verband vertrete heute die Interessen der gesamten Gesundheits-IT-Branche, während er früher doch eher auf den Krankenhaussektor fokussiert gewesen sei. „Die Dynamik und die Geschwindigkeit der Marktentwicklungen", erklärt er, „sind zurzeit im ambulanten Bereich sehr hoch. Es geht dort auch sehr politisch und konfrontativ zu – mit all den Auseinandersetzungen in der Selbstverwaltung und mit der Politik." Wenn mit ihm selbst und seit der letzten Vorstandswahl auch mit Jens Naumann von medatixx, dessen Entschluss, wieder im Vorstand mitzuarbeiten, ihn sehr freue, zwei Vertreter des ambulanten Bereichs im Vorstand vertreten seien, könne der Verband sein Augenmerk stärker auch auf diesen Bereich richten.

Ob er den Zusammenschluss des VDAP, in dem die CompuGroup bis 2011 organisiert war, mit dem VHitG zum heutigen bvitg nach wie vor für logisch und richtig halte, möchte ich wissen. „Ja", so die eindeutige Antwort, „und ich hätte mir auch gewünscht, dass der VDDS, der Verband Deutscher Dental-Software Unternehmen, den Schritt in den bvitg auch getan hätte." Inzwischen werde der bvitg von der Politik immer stärker wahrgenommen. Auch deshalb denke er, dass der VDDS von einem solchen Schritt profitiert hätte.

Dass der bvitg in Richtung Interessenvertretung gegenüber der Politik und Mitgestaltung der Rahmenbedingungen für den Markt große Fortschritte gemacht habe, sei deutlich und auch sehr wichtig. „Aber wir wollen noch mehr", setzt mein Gegenüber hinzu, „eines unserer Ziele ist, dass der bvitg zu einem akkreditierten Verband wird, der bei Gesetzesvorhaben und anderen politischen Schritten, die den Markt betreffen, ganz offiziell angehört werden kann – oder besser noch, angehört werden muss."

»Die Dynamik des Marktes ist zurzeit im ambulanten Sektor sehr hoch.«

Der Kellner bringt den Wein und wir stellen zufrieden fest, dass er schön strukturiert und nicht zu leicht ist. Er wird gut zum Schnitzel passen. Aber bis dahin dauert es noch ein wenig und wir wenden uns dem Thema Standards und Interoperabilität zu. Auch hier sehe er, nimmt Eibich den Faden zum bvitg wieder auf, eine wichtige Aufgabe für den Verband. Er habe den Wunsch und auch die Vision, dass dieser vermehrt eigene Standards definiere. „Was sollte", fragt er, „einen Industrieverband, der einen großen Teil der Branche repräsentiert, davon abhalten, Standards zu setzen – jedenfalls dann, wenn seine Mitglieder ihm folgen?" Ein gutes Beispiel sei der eArztbrief, der mittlerweile zum „Goldstandard" geworden sei. Auch mit BVITG-transfer, der neuen Schnittstelle für den Datenaustausch zwischen den Arztinformationssystemen, die zurzeit fertiggestellt werde, könne, so hoffe er, wieder ein solcher Standard gesetzt werden.

Wird durch BVITG-transfer die Kritik, die ja auch und teilweise insbesondere CGM zu hören bekommt, an den, so die Kritiker, zu wenig offenen und einen Anbieterwechsel erschwerenden Systemen aufhören? „Wohl eher nicht", antwortet mein Gegenüber. Denn diese Kritik richte sich zwar oft gegen den Systemanbieter, habe aber nicht selten ihren wahren Grund in dem Aufwand, der mit dem Datentransfer nun mal verbunden sei und mit dem einige Dienstleister, die sich am Markt darauf spezialisiert hätten, gutes Geld verdienten. „Wir unterstützen schon heute zahlreiche Standardschnittstellen", erklärt er weiter, „allerdings nicht alle, weil es manchmal ökonomisch auch nicht sinnvoll ist. Das handhaben übrigens die meisten Anbieter ähnlich. Und wir fördern die Entwicklung von BVITG-transfer, wodurch der Datentransfer beim Wechsel von einem Arztinformationssystem zum anderen noch komfortabler gelöst wird als bisher." Wechselwillige Kunden, fügt er noch hinzu, werde es immer wieder geben, aber die halte man am besten mit einem überzeugenden Programm und einem guten Service.

WIR KOMMEN ZU einer anderen Herausforderung für die Anbieter von Gesundheits-IT, zum zweiten Gesundheitsmarkt mit der wachsenden Zahl an Online-Services, Apps und Daten produzierenden Gadgets. Hier gebe es teilweise zwar imposante Wachstumsraten, bemerkt mein Gesprächspartner. Aber als der „große Treiber" auch für die Digitalisierung des ersten, regulierten Gesundheitsmarktes, wie einige in der Branche es sähen, werde diese Entwicklung am privaten, unregulierten Markt sicherlich überschätzt. Aber Fakt sei, dass immer mehr Geld für Gesundheitsleistungen privat ausgegeben werde. Dabei würden auch eHealth-Lösungen außerhalb des etablierten Marktes

AUF EIN GLAS MIT ...

Unter diesem Titel stellt E-HEALTH-COM-Herausgeber Hans-Peter Bröckerhoff interessante Unternehmer und Manager der eHealth-Branche vor. Die Beiträge für diese Reihe entstehen, anders als beim normalen Interview oder Porträt, auf der Basis eines ausführlichen Gesprächs in entspannter, nicht vom alltäglichen Termindruck gekennzeichneter Atmosphäre – eben bei einem Glas Wein oder Bier und vielleicht auch einem guten Essen. Denn so lässt sich mehr von dem Menschen, seinem Denken und Tun erfahren, den es vorzustellen gilt. Bei „Auf ein Glas mit ..." geht es nicht unbedingt um ein aktuelles Thema oder ein bestimmtes Projekt. Es geht vielmehr um die Bandbreite der Aktivitäten und Meinungen, die den Gesprächspartner charakterisieren – und natürlich auch um den Menschen selbst.

mehr und mehr akzeptiert – besonders wenn sie mit Arztdaten in Verbindung gebracht werden könnten und so entsprechenden Mehrwert erbrächten.

BESONDERS INTERESSANT sei, nimmt Eibich das Thema nochmals auf, wie die Wünsche der Patienten auf das traditionelle Geschäft einwirkten. „Wir bieten beispielsweise“, erklärt er, „heute schon einen eService an, mit dem der Arzt es seinen Patienten ermöglicht, Termine online zu buchen. Mittlerweile hat dieser Dienst circa 340 000 Nutzer und es werden jede Woche drei- bis viertausend mehr, je nachdem bei wie vielen neuen Ärzten wir ihn installieren.“ Im Schnitt nutzten 30 Prozent der Patienten den Service. Das unterstreiche nochmals, dass das Bedürfnis da sei, auch mit den Ärzten und Krankenhäusern vieles online zu machen, wie man es mittlerweile beim Einkaufen, bei den Bankgeschäften und zunehmend auch mit Behörden könne. Dies führe mit Sicherheit zu vielen weiteren Angeboten.

„Die Digitalisierung wird auch im Gesundheitsbereich an Fahrt aufnehmen“, unterstreicht mein Gegenüber, „auch wenn vieles hier komplexer ist und manche Bedingungen das Handeln schwieriger machen – nicht zuletzt aufgrund der vielen gegenläufigen Interessenlagen.“ Ihm mache Hoffnung, fährt er fort, dass sich die Diskussionsrichtung drehe, weil zunehmend die Unausweichlichkeit der Entwicklung erkannt werde. Auch der gerade in diesen Tagen vorgelegte Entwurf zum eHealth-Gesetz zeige das. Zum Entwurf, bittet er um Verständnis, wolle er jetzt, bevor der Verband seine Positionen dazu bestimmt habe, noch nicht detailliert Stellung nehmen. Allerdings hoffe er darauf, dass es mit dem Ausbau der Telematikinfrastruktur jetzt doch zielsicher weitergehe. Die CompuGroup selbst sei an dem Konsortium, das die Erprobung im Testgebiet Nordwest durchführe, beteiligt und habe dort mit den Partnern bereits nachgewiesen, dass die technischen Komponenten miteinander harmonierten. „Für uns ist dieses Engagement bei den Tests“, betont Eibich, „einerseits eine Investition mit deutlichem Risiko. Aber wir hoffen natürlich, dass wir, wenn es dann zum Rollout kommt, einen Wissensvorsprung haben.“

Die Schnitzel werden serviert. Und wir widmen uns erst einmal dem Essen. Dann kommt meine fast schon obligatorische Frage, wie mein Gesprächspartner einen Ausgleich zum anstrengenden Managerjob findet. „Da sind“, anwortet Eibich, „drei Dinge zu nennen. Zunächst die Familie. Wenn man wie ich mit über 50 nochmals Vater wird, erlebt man manches anders als als junger Mann. Ich habe das Ganze ja schon dreimal durchlebt mit meinen mittlerweile erwachsenen Kindern aus der ersten Ehe.

»Die Digitalisierung wird auch im Gesundheitswesen an Fahrt aufnehmen.«

Jetzt kann ich vieles entspannter sehen, intensiver erleben und auch besser genießen.“ Das zweite sei das Motorradfahren. Im Moment habe er eine GS 1200 von BMW, die er allerdings nur selten mal ausfahre, sondern meist als Genussfahrer bewege. Die letzte größere Tour damit sei vom Genfer See auf einer alten Handelsroute über die Alpen vier Tage lang nach Nizza gegangen.

Und dann sei da noch das Eishockey. „Vor einigen Jahren“, erklärt Eibich, als er mein erstauntes Gesicht sieht, „ging es den Kölner Haien schlecht und sie fragten an, ob die CGM nicht helfen könne.“ Man habe sich für ein Engagement im Sport entschieden, um die CGM und insbesondere ihre an die Patienten gerichteten Angebote bekannter zu machen. Bei der Diskussion darüber sei die Frage aufgekommen, ob man den Verein nicht noch nachhaltiger unterstützen könne. „Und so“, berichtet mein Gegenüber weiter, „ist nicht nur die CompuGroup Sponsor geworden, sondern ich selbst und einige andere CGM-Kollegen haben sich auch privat als Gesellschafter des Vereins engagiert.“ Bereut habe er das bisher nicht. Die beiden letzten Spielzeiten seien sehr gut gelaufen. Zurzeit sehe es zwar nicht so gut aus, räumt er lächelnd ein, aber die Saison sei ja noch nicht zu Ende.

MITTLERWEILE SEI ER zu einem Fan dieses Sports geworden, berichtet mein Gesprächspartner und fügt mit deutlichem Vergnügen hinzu: „Eishockey ist ein so intensiver und schneller Sport, dass Sie sich, wenn Sie nach einem Eishockeyspiel Fußball anschauen, fragen, ob das jetzt Zeitlupe ist.“ Selbst habe er vorher nie Eishockey gespielt, obwohl er bei seiner Statur sicherlich einen guten Spieler abgegeben hätte. Jetzt steige er schon mal in die Montur – aber nur selten und nur aus Spaß. Aber ein begeisterter Zuschauer sei er auf jeden Fall geworden.

Ich würde gerne noch mehr über die Faszination Eishockey hören, aber ich muss zum ICE. Doch zu einem weiteren Gespräch über diesen nicht ganz alltäglichen Sport wird es sicher noch andere Gelegenheiten geben, zum Beispiel am Rande der einen oder anderen eHealth-Veranstaltung, bei der wir uns, wie heute in Krefeld, treffen. ■

„Auf ein Glas mit …“ im Kölner Restaurant „Gruber´s“: Uwe Eibich (l.) und E-HEALTH-COM-Herausgeber Hans-Peter Bröckerhoff (r.)

DAS NEUE HEALTH-IT-PORTAL

Der bvitg entwickelt zurzeit ein neues Angebot für alle, die Informationen zu Health IT brauchen.

Das neue Health-IT-Portal des Bundesverbandes Gesundheits-IT steht kurz vor der Fertigstellung. Anfang April, rechtzeitig zur conhIT 2015, wird der Verband mit diesem Internet-Portal (www.health-it-portal.de) eine Anlaufstelle und Informationsquelle für alle die bieten, die auf der Suche nach passenden IT-Lösungen, Informationen rund um Health IT oder auch einem neuen Job sind. Mit dem neuen Angebot bietet der bvitg einen zusätzlichen Service für alle IT-Anwender im Gesundheitswesen, die sich über die Angebote und Entwicklungen am Markt informieren möchten, für die Unternehmen der Branche und für alle sonstigen Interessenten aus der großen deutschen eHealth-Community.

Insbesondere die Produkt- und Herstellersuche dürfte Gesundheitseinrichtungen künftig einiges an Recherchearbeit ersparen: Zahlreiche Filterfunktionen führen den Suchenden anhand detaillierter Kriterien direkt zu einer Auswahl passender Produkte und deren Hersteller. Die entsprechenden Einträge sind jeweils mit umfangreichen Informationen und Beschreibungen verknüpft. Darüber hinaus greift das Portal aktuelle Themen der Branche sowie der Unternehmen auf und liefert eine Übersicht über Termine und Veranstaltungen.

Unternehmen und Organisationen, die sich und ihre Angebote auf der neuen Website präsentieren möchten, können sich an die Projektleiterin für den Aufbau des Portals, Jennifer Adam (jennifer.adam@bvitg.de) wenden. ■

INHALT

60 E-HEALTH-GESETZ
Die Postitionen des bvitg

62 E-LEARNING 4 E-HEALTH
Ein neues Angebot des bvitg

63 BVITG-TRANSFER
Der nächste wichtige Standard

64 TERMINOLOGIEN
Medizinische Dokumentation verbessern

65 IT-SICHERHEITSGESETZ
Der Verband nimmt Stellung

bvitg

Der **BVITG-MONITOR** auf den Seiten 58 bis 67 dieser Ausgabe von **E-HEALTH-COM** wird verantwortet vom Bundesverband Gesundheits-IT e.V., Taubenstraße 23, 10117 Berlin.

v. i. S. d. P.: Ekkehard Mittelstaedt

FOTO: BVITG

ANSPRUCH AUF DATEN

Verpasste Chance im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat neben den Zielen, die ärztliche Versorgung besonders auf dem Land zu verbessern und Innovationen zu fördern, vor allem den Anspruch, den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen. Hierzu ist die Verfügbarkeit der notwendigen Daten Grundvoraussetzung. Deshalb hat der bvitg in einer Stellungnahme deutlich gemacht (www.bvitg.de/positionspapier.html), dass es konsequent wäre, dem Versicherten in Analogie zum Patientenrechtegesetz auch im SGB V den Anspruch auf seine Gesundheitsdaten gegenüber allen am Behandlungsprozess Beteiligten zuzugestehen, allerdings – und das wäre der entscheidende Unterschied – in elektronischer und strukturierter Form für eine vom Versicherten frei wählbare elektronische Patientenakte. Die Chance einer solchen Regelung ist leider nicht ergriffen worden. ■

20 JAHRE BVITG

Ein Jahrestag zum Zurück- und Vorausblicken und zum Feiern

Es ist nun schon 20 Jahre her, dass der „Verband der Hersteller von patientenorientierten Krankenhaussystemen“ sich gründete und so das Fundament für die Erfolgsgeschichte des heutigen bvitg legte. Diejenigen, die dabei waren, hatten schon damals den Blick für das Wesentliche: der Gesundheits-IT einen eigenen Stellenwert geben! Heute repräsentiert der bvitg längst nicht mehr ausschließlich patientenorientierte Krankenhaussysteme, sondern die gesamte Bandbreite der IT-Hersteller im Gesundheitswesen. Diesen besonderen Tag nimmt der bvitg zum Anlass, die Entwicklung des Verbandes und die der Healthcare IT seit 1995 im Rahmen einer Pressekonferenz Revue passieren zu lassen. Dabei wird der Blick auch nach vorn gerichtet und das geplante eHealth-Gesetz erörtert. Und selbstverständlich wird der Geburtstag auch mit den Weggefährten von damals und heute gebührend gefeiert. ■

PROGRAMM DER CONHIT 2015

Einen ersten Überblick über die vielfältigen Veranstaltungen der nächsten conhIT bietet das soeben veröffentlichte Programmheft.

Thematisch steht die conhIT 2015 (14. – 16. April 2015) unter anderem im Zeichen des angekündigten eHealth-Gesetzes, das im Rahmen des Kongresses und des Networkings aus Sicht zahlreicher Facetten ausführlich diskutiert werden wird. Ein anderes Großthema, mit dem sich die conhIT auseinandersetzt, ist die stärker werdende Rolle des Patienten und dessen Optionen zur Sammlung und Verwaltung der eigenen Gesundheitsdaten – mit all den Bezugspunkten zum Datenschutz, zur IT-Sicherheit und bezüglich Big Data. Darüber hinaus werden, wie in den letzten Jahren, wieder vielfältige Themen behandelt – in Vorträgen, Diskussionsrunden, Workshops und anderen Veranstaltungsformaten. Einen Überblick gibt das soeben erschienene Programmheft, das auf www.conhit.de zur Verfügung steht. ■

KOLUMNE

MATTHIAS MEIERHOFER
Vorstandsvorsitzender des bvitg

Man kann nicht nicht kommunizieren

...also sollte man zusehen, dass man es auch richtig tut. Und deshalb hat sich der bvitg, der Branchenverband, der der Gesundheits-IT eine Stimme gibt, nun ein passendes Verbandsorgan gesucht. Denn wir wollen und brauchen mehr Kommunikation – mit allen, die sich an der Verbandsdiskussion beteiligen, die interessiert und auch kritisch zuhören und die in den manchmal sicherlich auch streitbaren Dialog mit uns treten wollen.

» Wir wollen und brauchen mehr Kommunikation. E-HEALTH-COM bietet dafür die geeignete Plattform.«

Die E-HEALTH-COM bietet sich hier ideal als Plattform an. Von nun an wird mit dem neuen BVITG-MONITOR in der E-HEALTH-COM aus dem Wunsch nach mehr Kommunikation auch eine Verpflichtung, regelmäßig Position zu beziehen und diese zu veröffentlichen.

Zum Start dieser neuen bvitg-Seiten gibt es gleich besonders viel Anlass zur Kommunikation: Im Zentrum dabei der Entwurf des „eHealth-Gesetzes“. Die ersten Reaktionen erzeugen die verschiedensten Kommentare: Vom großen Wurf, dem richtigen Weg über die gelungene Tendenz bis hin zur vertanen Chance ist alles dabei. Nur in einem Punkt scheinen sich alle Kritiker einig: Es ist an der Zeit! Dem können wir nur zustimmen – genauso, wie es an der Zeit ist, Position zu beziehen und diese auch zu kommunizieren.

Lesen Sie also unsere detaillierte Stellungnahme zum eHealth-Gesetz und anderen aktuellen Themen auf den nächsten Seiten! Wir freuen uns auf Ihr Feedback.

Ihr Matthias Meierhofer

eHealth-Gesetz
DIE POSITIONEN DES BVITG

Der bvitg begrüßt den im Referentenentwurf enthaltenen Druck, die Telematikinfrastruktur zügig fertigzustellen. Aber er sieht auch viel kritische Punkte und fordert entsprechend Änderungen.

Der Bundesverband Gesundheits-IT hat ausführlich zum „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“, so die amtliche Bezeichnung, Stellung bezogen: In dem über 20-seitigen Papier äußert sich der bvitg grundsätzlich positiv zu dem Vorhaben, eHealth und damit auch der Gesundheits-IT in Deutschland zum Wohle aller, der Patientinnen und Patienten, der Versicherten, der Leistungserbringer und auch der Kostenträger, Vorschub zu leisten. Bei genauerem Hinsehen jedoch bezweifelt der Verband die Wirksamkeit vieler der vorgeschlagenen Maßnahmen. Jedoch nicht ohne sich konstruktiv einzubringen und die aus Sicht des Verbandes wesentlichen Änderungsbedarfe in Gesetzestext zu gießen.

» Die finanziellen Anreize fördern sektorale Parallel- und Konkurrenznetze.«

Hauptaugenmerk richtet der bvitg auf das ursprüngliche Ziel, die Telematikinfrastruktur als die zentrale und einzige Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen zu etablieren. „Die finanziellen Anreize zur Förderung des elektronischen Arztbriefes und des Entlassmanagements führen letztlich zu einem flächendeckenden Aufbau sektoraler Parallel- und Konkurrenznetze“, so Ekkehard Mittelstaedt, Geschäftsführer des bvitg. Der Verband rät, die Förderung auf die Zeit zu verschieben, zu der die Telematikinfrastruktur getestet wird und funktionsfähig ist, oder andernfalls konsequent alle Netze zu fördern, die mindestens die Sicherheitsanforderungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik erfüllen.

Der den Patientinnen und Patienten eingeräumte Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform greift aus Sicht des bvitg viel zu kurz. „Sicherlich muss dem Patienten ein Medikationsplan in Papierform in die Hand gegeben werden können“, so Mittelstaedt. „Wenn aber den Patientinnen und Patienten das Recht eingeräumt wird, ihren Entlassbrief in elektronischem Format zu erhalten, verstehe ich nicht, weshalb ihnen beim Medikationsplan dieses Recht verwehrt bleibt.“ Der bvitg wiederholt hier seine Forderung aus der Stellungnahme zum Versorgungsstärkungsgesetz, den Patientinnen und Patienten ein Recht auf ihre Daten in strukturierter elektronischer Form einzuräumen, gepaart mit dem Recht auf eine von ihnen frei zu wählende Patientenakte, die zulasten der GKV zu finanzieren ist. „Es darf kein Zweifel daran bestehen, dass für eine sektorenübergreifende durchgehende medizinische Versorgung die Verfügbarkeit der notwendigen Daten Grundvoraussetzung ist. Die elektronische Patientenakte gepaart mit dem Prinzip der Freiwilligkeit ist hier das einzig probate Mittel.“

Der Industrieverband bemängelt auch die Pläne zur Einführung eines

ZENTRALE THESEN ZUM REFERENTENENTWURF

- **Der bvitg unterstützt das Vorhaben, die TI als zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen zu etablieren.**
- **Eine Förderung der Nutzung von Anwendungen durch finanzielle Anreize ist grundsätzlich positiv zu bewerten, ALLERDINGS führt die aktuelle Ausgestaltung der Förderung zu einem unerwünschten flächendeckenden Aufbau sektoraler Parallel- und Konkurrenznetze.**
- **Der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf einen Medikationsplan in Papierform (§31a) greift zu kurz.**
- **Eine stärkere Verbindlichkeit im Bereich der Interoperabilität ist sinnvoll und wünschenswert.**
- **Die Übertragung der Aufgabe auf KBV, KZBV und DKG, jeweils für ihre Sektoren offene Schnittstellen zu definieren, steht nicht nur der Interoperabilität entgegen, sie festigt die Grenzen zwischen den Sektoren und fragmentiert das Gesundheitssystem weiter.**

Interoperabilitätsverzeichnisses, das die Basis für eine erfolgreiche Etablierung der IT im Gesundheitswesen sein sollte. Mittelstaedt: „Natürlich ist Interoperabilität das erklärte Ziel des Verbands. Der Gesetzesentwurf fordert für die Umsetzung jedoch lediglich Transparenz bei der Offenlegung von technischen und semantischen Standards und Profilen. Das führt dazu, dass im Prinzip jeder Standard ohne Plausibilitätsprüfung aufgenommen werden kann, was der Vereinheitlichung und Verbindlichkeit nicht zuträglich ist." Der Verband fordert darum definierte Strukturen für einen geordneten und verbindlichen Prozess, der darüber entscheidet, welche Standards für welche Anwendungen sinnvoll sind. Die Ergebnisse der Planungsstudie zur Herstellung von Interoperabilität des Bundesgesundheitsministeriums, an der sich alle relevanten Organisationen konstruktiv beteiligt haben, bleiben nahezu unberücksichtigt, was auf Unverständnis stößt. „Aus unserer Sicht vergibt der Gesetzgeber hier die Chance, eine von allen Seiten akzeptierte Lösung umzusetzen", so Mittelstaedt.

Darüber hinaus sollen der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Befugnisse gegeben werden, offene Schnittstellen zu definieren, mit denen es den jeweiligen Leistungserbringern erleichtert werden soll, Patientendaten zu archivieren und in andere Systeme zu übertragen. So jedenfalls der Tenor der Begründung. „Der Gesetzgeber verkennt, dass bereits eine Vielzahl marktgerechter Lösungen für das von ihm beschriebene Problem existieren", betont Mittelstaedt.

Jeder Systemwechsel, gleich aus welchem Grunde und auch unabhängig in welchem Sektor, ist ein komplexer Prozess, der auch nicht ausschließlich auf den Regelungsbereich des SGB V zu begrenzen ist. Allein im niedergelassenen Bereich würden die vom Gesetzgeber vorgeschlagenen Regelung dazu führen, dass es zwar eine Schnittstelle für die Versichertendaten der GKV-Versicherten geben würde, nicht jedoch für die zahlreichen Daten außerhalb der GKV-Versorgung (z. B. Privatbehandlung, BG-Behandlung, Selektivverträge etc.). Auch dann nicht, wenn sie GKV-Versicherte betreffen würden. „Die Fragmentierung des Datentransfers ist die logische Folge dieser Regelung, nicht die Vereinheitlichung", bringt es Mittelstaedt auf den Punkt. Die unter der Bezeichnung BVITG-transfer vorgestellten Lösungen des bvitg (vgl. S. 63) sind dem Gesetzgeber bekannt. „Es ist völlig unverständlich und in keiner Weise begründbar, weshalb der Gesetzgeber einen Bereich regeln will, für den es gar keinen Regelungsbedarf gibt. Der §291d ist folglich ersatzlos zu streichen", so die Forderung des Verbands.

Matthias Meierhofer (r.) übergibt die Stellungnahme des Verbands zum Referentenentwurf an den Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium Oliver Schenk (l.).

Mit Sorge betrachtet der bvitg, dass auch die gematik mit weitreichenden Kompetenzen ausgestattet werden soll, ohne allerdings darauf zu achten, dass die Neutralität und damit auch die unabhängige Handlungsfähigkeit der gematik sichergestellt wird. „Solange die gematik nicht neutral wirken kann, muss eine erneute Stärkung der gematik durch weitreichende Kompetenzerweiterungen kritisch hinterfragt werden", heißt es in der Stellungnahme. ■

» Das geplante Interoperabilitätsregister ist der Vereinheitlichung und Verbindlichkeit nicht zuträglich.«

Die komplette Stellungnahme finden Sie auf der Homepage des bvitg: www.bvitg.de/positionspapier.html

FOTO: BVITG

Neues Angebot
E-LEARNING 4 E-HEALTH

Orts- und zeitunabhängiges Lernen für die Fort- und Weiterbildung im Themenfeld eHealth ermöglicht ein neues Angebot des bvitg in Kooperation mit den Professoren Peter Haas und Bernhard Breil.

Der berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildung kommt in Branchen mit hoher Entwicklungsdynamik immer mehr Bedeutung zu. Dabei sind die notwendigen tagelangen Abwesenheiten bei Präsenzkursen immer schwierig mit dem beruflichen Alltag in Einklang zu bringen. Hier gibt es Abhilfe: Lernen unabhängig von Raum und Zeit wird mittels webbasiertem eLearning nicht nur besser in den Arbeitsalltag integrierbar, sondern spart Reisezeiten und Reisekosten und ermöglicht jedem Lernenden ein individuelles Lerntempo.

» Die multimedialen Lerneinheiten bieten komplementäre Wissenskomponenten.«

Mit einem einmaligen Lösungsansatz für den Bereich eHealth warten hier die Medizininformatik-Professoren Bernhard Breil und Peter Haas auf: Mittels eines differenzierten Kursangebotes ermöglichen sie den Erwerb und Nachweis komplementärer Wissenskomponenten für Informatiker, aber auch andere Berufsgruppen mittels multimedialer Lerneinheiten. Eine Übersicht der Kurse und deren Verfügbarkeiten in 2015 findet sich unter www.bvitg.de/bsg-seminare.de.

Als Erstes steht ab sofort der Kurs „Verteilte Systeme, Interoperabilität und Standards für IT im Gesundheitswesen“ zur Verfügung. Im Rahmen von 32 über eine Lernplattform zugreifbare Lerneinheiten mit einer Netto-Abspielzeit von rund 13 Stunden wird das Thema sukzessive vertieft. Bei Berücksichtigung der höheren Dichte der Stoffvermittlung gegenüber Präsenzkursen und der notwendigen Eigenarbeit beträgt die Gesamtbearbeitungsdauer etwa je nach Lerngeschwindigkeit 20 bis 30 Stunden, was einem circa dreitägigen Präsenzkurs entspricht. Die Regelkursdauer beträgt zwei Monate, was dem Durcharbeiten von drei bis vier Lerneinheiten je Woche entspricht.

Die Lerninhalte sind:

- Grundlagen und Lösungsansätze zu verteilten Systemen und Interoperabilität von Informationssystemen allgemein und im Gesundheitswesen
- Die im Bereich der Health Informatics aktiven Standardisierungsorganisationen
- Bedeutende Standards wie CDA, IHE/XDS und Standards zu elektronischen Patientenaktensystemen
- Die Rolle von Semantik und Terminologie-Servern
- Die notwendigen Schritte zur Erarbeitung von Interoperabilitätsvereinbarungen
- Die gängigen Lösungsansätze in Deutschland

Absolventen des Kurses können danach Projekte und Lösungsansätze einordnen und bewerten und selbst Interoperabilitätsvereinbarungen spezifizieren oder vorhandene sachgerecht je nach informatischem Vorwissen implementieren. ■

Ob zu Hause, am Arbeitsplatz, im Zug oder auch im Café, mit dem neuen Angebot "eLerning 4 eHealth" wird Fort- und Weiterbildung deutlich flexibler.

Anmeldung und weitere Informationen unter www.bvitg.de/bsg-seminare.de. Ansprechpartnerin für Rückfragen: Frauke Held, Tel.: 030 / 206 22 58-57, frauke.held@bvitg.de, Taubenstraße 23 | 10117 Berlin

FOTO LINKS: © RAWPIXEL - FOTOLIA; BILD RECHTS: ©TRUEFFELPIX - FOTOLIA

BVITG-transfer
MIGRATION LEICHT GEMACHT

Der Bundesverband Gesundheits-IT e.V. und seine Mitglieder geben Handlungsempfehlungen zur Datenübermittlung bei Systemwechseln in Arztpraxen heraus.

Für die schätzungsweise 5 000 Systemwechsel im Jahr werden bereits heute Lösungen angeboten, die eine nahezu verlustfreie Übernahme von Patientendaten von einer Praxis-EDV in die andere ermöglichen. Die Mitglieder des bvitg haben sich jedoch verpflichtet, ihren Kunden eine noch komfortablere Lösung anzubieten, und entwickeln eine BVITG-transfer genannte Lösung, die zukünftig als Standard zwischen den Systemen eingesetzt werden soll. Eine gesetzliche Regelung, wie im Referentenentwurf des eHealth-Gesetzes gefordert, ist somit nicht mehr erforderlich und würde den Prozess sogar verzögern.

Dass ein Gesetz dem Markt nur bedingt hilft, wird erst vor dem Hintergrund der besonderen Anforderungen an die Datenportabilität von Praxis-EDV ersichtlich. Die Anforderungen bestehen nicht nur in der Datenübernahme beim Wechsel der Praxis-EDV, sondern auch im Wechsel eines Arztes aus einer Berufsgemeinschaft heraus und der damit verbundenen Mitnahme „seiner“ Patientendaten in ein anderes Praxis-System. Dabei müssen die Daten des Arztes mit dem neuen Datenpool abgeglichen und die gesamte Dokumentation neu strukturiert werden. Auch der ehemalige Datenpool muss bereinigt und strukturiert werden. Diese, wie die Spezialisten sagen, „Heirat“ oder „Scheidung“ eines Arztes bzw. seiner Daten erfordern organisatorische und entwicklungsseitige Voraussetzungen, die mit einer Schnittstellenbeschreibung nicht zu lösen sind.

Darüber hinaus müssen eine Vielzahl an Daten übergeben werden, die weit über den hoheitlichen Auftrag der KBV, die nach dem Gesetz hierfür die Verantwortung zu übernehmen hätte, hinausgeht. So werden mit BVITG-transfer alle Patienten, auch private, alle Abrechnungsdaten, auch die aus Selektivverträgen, sowie mehr als die gesetzlich zu dokumentierenden Daten, also auch Termine und ergänzende Behandlungsinformationen übernommen. Als weitere wichtige Herausforderung muss beim Wechsel der vollständigen Praxis-EDV die Anbindung von Fremdsystemen möglichst vollständig und effizient realisiert werden.

Diese Aufgaben kann die im eHealth-Gesetz adressierte gesetzliche Institution in ihrem hoheitlichen Rahmen überhaupt nicht leisten.

Für den reibungslosen Wechsel von Software in einer Arztpraxis sind organisatorische und vertragliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, aber auch technische Voraussetzungen zu schaffen, die eine effiziente Datenübernahme ermöglichen. Aus diesem Grund wurde eine Handlungsempfehlung erarbeitet, die neben Informationen zum Übernahmeprozess auch auf wichtige Fragen zum Datenschutz, zur Projektplanung oder zu Fremdsystem-Anbindungen eingeht. Mit Checklisten werden die Praxen und die für die Systeme verantwortlichen Partner unterstützt in ihrer Vor- und Nachbereitung des Im- und Exportes der Daten. Ende Februar sollen die Dokumente veröffentlicht werden. ■

» Eine gesetzliche Regelung wird durch BVITG-transfer unnötig.«

Der Transfer von einem Praxissoftware-System zum anderen wird noch komfortabler.

Terminologie
NEUN FORDERUNGEN

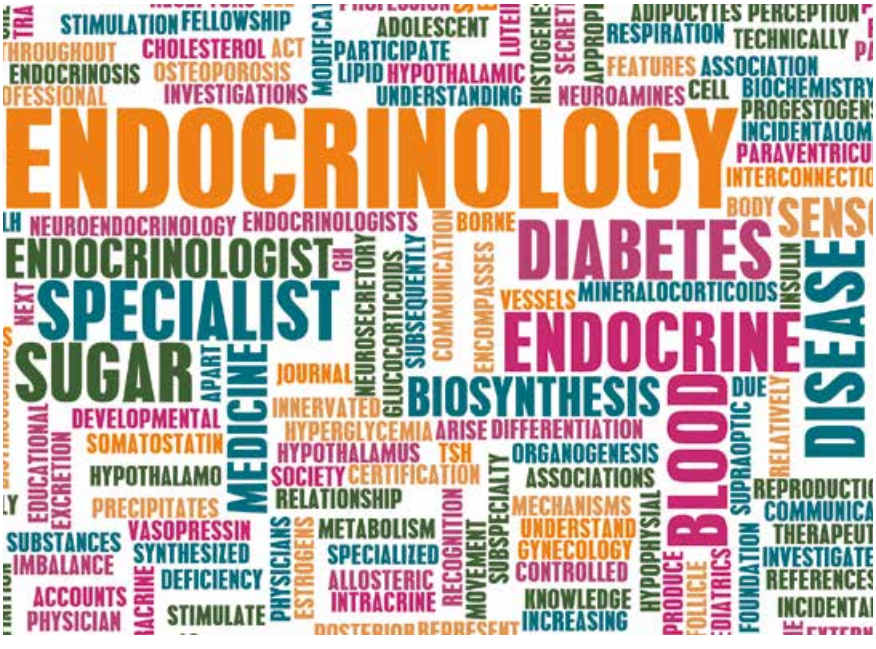
Der Einsatz von Terminologien bei der medizinischen Dokumentation wird zu einem immer wichtigeren Thema der eHealth-Community. Der bvitg hat dazu den folgenden Forderungskatalog veröffentlicht.

Dem stetig steigenden Anspruch an die Qualität und Sicherheit in der medizinischen Dokumentation und dem damit verbundenen wachsenden Dokumentationsaufwand bei ärztlichen, pflegerischen und anderen Gesundheitsberufen in der Versorgungspraxis sowie in der medizinischen Forschung steht ein massiver wirtschaftlicher Druck auf die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen entgegen.

» Notwendig ist der verstärkte und verbindliche Einsatz von Terminologien in Deutschland. «

Diese Herausforderung ist nur durch innovative, IT-basierte Lösungen sowie durch eine Neugestaltung der internen und externen Kommunikation zwischen den Beteiligten der Versorgungsketten zu bewältigen. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leisten Terminologien. Sie dienen dazu, vorhandenes Wissen in den verschiedenen Systemen des Gesundheitswesens semantisch identisch zu repräsentieren. Auf dieser Basis können Mehrwertanwendungen entstehen, die der Patientensicherheit dienen, wie z.B. für die Arzneimitteltherapiesicherheit, der strukturierten Eingabe in die elektronische Patientenakte oder dem klinischen Entscheidungsprozess.

Der bvitg fordert den verstärkten und vor allem verbindlichen Einsatz von Terminologien in Deutschland, damit die medizinische Dokumentation effizienter und sicherer wird. Neben dem ICD und anderen international etablierten Systemen sind LOINC, SNOMED CT sowie für die Pflege ICNP als Referenzterminologien sinnvoll und mittelfristig zu berücksichtigen. Für ihre erfolgreiche Einführung und Nutzung müssen jedoch wesentliche Voraussetzungen geschaffen werden.



Die Vielfalt der medizinischen Begriffe verlangt nach verbindlichen Terminologien.

1) Die Entwicklung und Pflege übergreifender Referenzterminologien für interoperable Anwendungen und Infrastrukturdienste sind zielgerichtet zu fördern.

2) Die Pluralität des Marktes ist zu erhalten, um im Wettbewerb der Anbieter wirtschaftliche und marktfähige Lösungen für den Alltag in der Versorgung und der Forschung entstehen zu lassen. Dies gilt im Kontext von Terminologien in erster Linie für Software in den Bereichen der Erfassung, des Mappings, der Recherche und der Präsentation terminologischer Inhalte sowie für komplexe Anwendungen im Bereich von Analysetools und Terminologieservern.

3) Die in der Routine bereits erfolgreich genutzten Produkte müssen vor der Einführung staatlich regulierter Systeme berücksichtigt und dürfen nicht verdrängt werden. Für konkrete Anwendungsfälle muss transparent und nachvollziehbar geprüft werden, ob hierfür Terminologien in ausreichendem Maße verfügbar sind. Ist dies nicht der Fall, ist eine Terminologie für den Anwendungsfall und für die betroffenen Kommunikationsstandards zu entwickeln und eine Verknüpfung zu den in anderen Bereichen etablierten Terminologien über ein Regelwerk herzustellen.

BILD LINKS: © KENTOH - FOTOLIA; BILD RECHTS: © PSDESIGN1 - FOTOLIA

4) Neue Terminologien im deutschen Gesundheitssystem sollten sich in der Routine anderer Gesundheitssysteme bereits bewährt haben. Hierfür sollten internationale Studien herangezogen werden, die durch eine repräsentative nationale Studie zu validieren ist. Der Nutzen für das Gesundheitssystem muss insbesondere durch eine Kosten-Nutzen-Analyse unter Einbeziehung des Mehrwerts, der Beschaffungs- und Einführungskosten, der Pflegeaufwände und der (Einsparungs-)Potenziale belegt werden.

5) Referenzterminologien müssen für Anwender, Softwarehersteller und Forschung unbefristet sowie frei von Lizenzbeschränkungen und kommerziellen Zwecken zugänglich sein.

6) Die weitreichenden Erfahrungen der deutschen Industrie bei der Entwicklung, Einführung und Nutzung von Terminologiesystemen muss genutzt werden, um die Entwicklungen zu begleiten sowie eine kosteneffiziente Nutzung der Ressourcen zu gewährleisten. Zweifellos haben die Unternehmen ein erhebliches Maß an Kompetenz auf diesen Gebieten in den letzten Jahrzehnten aufgebaut, um international marktfähige Produkte zu entwickeln.

7) Die Weiterentwicklung international nutzbarer Lösungen muss gefördert werden, um den Standort Deutschland durch eine Exportoption zu stärken und langfristig Synergien in der DACH-Region und darüber hinaus zu ermöglichen.

8) Die Position von international ausgewiesenen Fachleuten aus Deutschland muss verstärkt werden.

9) Projekte zur semantischen Interoperabilität müssen intensiv gefördert werden. Forschungsprojekte sollten sich jedoch auf neue Entwicklungen konzentrieren und dürfen nicht am Markt befindliche Lösungen einschränken. ■

IT-Sicherheitsgesetz
AUCH HEALTH-IT BETROFFEN?

Der bvitg hat dem Bundesministerium des Innern eine ausführliche Stellungnahme zukommen lassen, in der die Interessen bezüglich des IT-Sicherheitsgesetzes der Gesundheitswirtschaft dagestellt werden.

Auf den ersten Blick scheint sich das Gesetz zur Erhöhung der Sicherheit informationstechnischer Systeme (IT-Sicherheitsgesetz) ausschließlich auf Betreiber kritischer Infrastrukturen zu beziehen. Hinsichtlich der Nutzer kritischer Infrastruktur ist hingegen dringender Klärungsbedarf, inwieweit auch Dienstleistungen, die sich einer kritischen Infrastruktur bedienen, von den Regelungen erfasst sind. Bejahendenfalls hätte das erhebliche Auswirkungen auf Organisation und den Erfüllungsaufwand, also die Finanzen: Die Unterstellung des Gesetzgebers, dass der Aufwand aus dem Vollzug des Gesetzes auch heute schon dem Aufwand für den Status quo entspräche, ist in zweierlei Hinsicht ein Trugschluss: Zum einen, da die mit dem Gesetz vorgesehenen Regelungen tief in bestehende Prozesse eingreifen und folglich mit Mehraufwand für Betreiber einhergehen. Zum anderen werden durch das Gesetz schon jetzt Betreiber adressiert, die bisher nicht oder nur rudimentär verpflichtet waren, Vorkehrungen für eine systematische Vorfallsbearbeitung zu treffen. **Die Stellungnahme steht unter der folgenden Adresse zum Download bereit: www.bvitg.de/positionspapier.html.** ■

Mit einem Gesetz will das Bundesministerium des Innern die IT-Sicherheit in Deutschland fördern. Diese wird auch auf die Gesundheitswirtschaft Auswirkungen haben.

UNTERNEHMEN & KÖPFE

Der im Herbst des letzten Jahres neu gewählte Vorstand des Bundesverbands der Gesundheits-IT e.V. hat sich auf die folgende Aufgabenverteilung im Vorstand verständigt. **MATTHIAS MEIER-HOFER** verantwortet

als Vorsitzender des Vorstands den Bereich Lobbying und ist damit federführend für den Kontakt mit der Politik und der Öffentlichkeit zuständig. Ferner gehören die conhIT und der Bereich Marktanalyse zu seinem Zuständigkeitsspektrum. Schließlich betreut er noch die Arbeitsgruppen Entgeldsysteme, Politik und Qualitätssicherung. **UWE EIBICH** ist

stellvertretender Vorsitzender des Vorstands. Er verantwortet die Bereiche Telematik und Versorgungsforschung. Zudem betreut er die AGs Arzneimittelsicherheit (AMTS), elektronische Gesundheitskarte/Telematikinfrastruktur und IT in der ambulanten Versorgung. **JENS NAUMANN** ist Finanzvorstand und somit für die Einnahmen und Ausgaben des Verbands zuständig. Darüber hinaus betreut er die AGs IT in der ambulanten Versorgung, Marketing und Marktforschung.

JÖRG HOLSTEIN ist im Vorstand für die Bereiche Medizinproduktegesetz und Fortbildung verantwortlich. Er betreut zudem die AGs Digitale Sprachverabeitung, Interoperabilität und Medizinproduktegesetz. **DR. AXEL WEHMEIER** verantwortet im Vorstand die Bereiche BigData/Cloud-Lösungen, Internationalisierung und Versorgungsmanagement. Er betreut zudem die AG Datenschutz.

Neue bvitg-Mitglieder sind ab 1. Januar 2015 die **evimed GmbH**, die **IMS Health GmbH & Co. OHG** und die **mediDOK Software Entwicklungsgesellschaft mbH**. Die Mitgliedschaften der **DTCS Deutsche Telekom Clinical Solutions GmbH** (Telekom Healthcare Solutions) und der **MARABU EDV-Beratung und Service GmbH** (Nexus AG) sind in verbundene Mitgliedschaften umgewandelt worden.

Seit Januar dieses Jahres ist **MONIKA RIMMELE** für den Bereich „Politik, Internationale Strategie und Marktentwicklung“ bei VISUS verantwortlich. Zuvor

war sie beim bvitg als Referentin für Politik & Strategische Vernetzung & Regierungskontakte zuständig. Ihr Nachfolger beim bvitg ist **SEBASTIAN ZILCH,** zuvor im Bereich der politischen Marktforschung selbstständig tätig. ■

DIE CONHIT-MANAGERIN

An dieser Stelle werden die Menschen vorgestellt, die in der Berliner Geschäftsstelle des bvitg, in der Taubenstraße 23, die Verbandsarbeit organisieren und koordinieren. Den Anfang macht Jennifer Adam.

TAUBENSTRASSE 23

Seit fünf Jahren arbeitet Jennifer Adam beim bvitg. Dort ist sie Projektleiterin der conhIT und sorgt mit dafür, dass der jährliche Branchentreff trotz aller Komplexität immer wieder zu einem Erfolg wird. Zudem verantwortet sie die Entwicklung und Einführung des neuen Health-IT-Portals. Die gebürtige Berlinerin hat Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Marketing und Kommunikation studiert und parallel zum Studium schon im Marketing einer Privatbank und als Online-Marketing-Manager in einer Agentur Praxiserfahrung gesammelt.

Privat mag Jennifer Adam neben Badminton, das sie zehn Jahre lang als Leistungssport betrieben hat, Reisen, Konzerte und Wassersportarten wie Paddeln und Schnorcheln. Das Tauchen soll bald auch noch hinzukommen, denn in diesem Jahr will sie ihren Tauchschein machen. ■

Jennifer Adam

AG INTEROP

Hier stellen sich regelmäßig bvitg-Arbeitsgruppen vor. Dieses Mal die AG Interoperabilität – kurz Interop.

Eine der zahlreichen Aktivitäten: Auf dem conhIT-Forum Interoperabilität stellte die AG Interop ihre Arbeit vor. Hier spricht einer der Leiter der AG, Dr. Ralf Brandner.

Die AG Interoperabilität behandelt ganz allgemein Fragen der Kommunikation und Interoperabilität zwischen IT-Systemen und inzwischen auch der Medizintechnik. Ziele sind Bewertungen oder Diskussionen aktueller Entwicklungen und darüber hinaus die Mitarbeit an Standards oder standardisierungsnahen Initiativen. Die Arbeitsgruppe arbeitet zwecks inhaltlicher Umsetzung von Vorgaben eng mit anderen bvitg-Gruppen wie beispielsweise der AG AMTS und der AG Digitale Signaturprozesse zusammen und tauscht Informationen aus. Um dem Thema generell ein breiteres Forum zu geben, gibt es aber auch enge Kooperation mit dem Interoperabilitätsforum (HL7, IHE und DIN, Info: www.interoperabilitaetsforum.de). Damit soll eine bessere Abstimmung in Deutschland erreicht werden, um unnötige Doppelarbeit zu vermeiden.

Aktuell arbeitet die Gruppe an den Themen:

- Elektronische Akten
- Elektronische Patientenzustimmung
- Dokumentenaustausch
- Patienten-, Fall- und Bewegungsmanagement
- Kommentierung und aktive Mitarbeit eHealth-Planungsstudie Interoperabilität des BMG ■

DATEN & FAKTEN

MITGLIEDER: Agfa HealthCare, CGM, Health-Comm, ICW, ID Berlin, i-SOLUTIONS Health, MARABU, medavis, MEDNOVO, Siemens, T-Systems **LEITUNG:** Dr. Frank Oemig (Agfa), Dr. Ralf Brandner (ICW), Olaf Dörge (Siemens) **BISHERIGE ARBEITSERGEBNISSE:** Spezifikationen wie elektronischer Arztbrief, eindeutige Patientenidentifikation, Auftrags- und Terminkoordination sowie Innovationsreports **ARBEITSWEISE:** drei bis vier Mal im Jahr persönlich und zusätzlich monatlich per Telefonkonferenz plus Treffen im Rahmen des Interoperabilitätforums

TERMINE

BVITG-AG-LEITER-TREFFEN **2. März 2015** **Berlin** **www.bvitg.de**	Im Vorfeld der ordentlichen Mitgliederversammlung treffen sich die Leiter der Arbeitsgruppen und diskutieren aktuelle Themen aus ihren Gruppen mit ihren Kollegen. Die Sitzung ist nicht öffentlich.
PRESSEKONFERENZ DES BVITG ZU 20 JAHRE BVITG **2. März 2015** **Berlin** **www.bvitg.de**	Wie Bits und Bytes das Gesundheitswesen revolutionierten. Von der Patientenverwaltung zur tragenden Säule des Gesundheitswesens: Entwicklung der Healthcare IT in den letzten 20 Jahren. Darüber hinaus werden auch aktuelle Themen, insbesondere die Bewertung des Referentenentwurfs für das geplante eHealth-Gesetz, dabei thematisiert werden.
20 JAHRE BVITG **2. März 2015** **Berlin**	Feier anlässlich des 20-jährigen Bestehens des bvitg (mit persönlicher Einladung)
MITGLIEDERVERSAMMLUNG DES BVITG **3. März 2015** **Berlin**	Die Mitgliedsunternehmen des Verbandes treffen sich in nichtöffentlicher Sitzung.
INTEROPERABILITÄTS-FORUM **16. – 17. März 2015** **Berlin** **www.interoperabilitäts-forum.de**	Auf den Treffen des Interoperabilitätsforums (dieses ist das erste von vier in diesem Jahr) werden Fragen und Probleme der Interoperabilität in der Kommunikation zwischen verschiedenen Anwendungen vorgestellt, Lösungsansätze dafür eruiert und darauf aufbauend entsprechende Aktivitäten festgelegt.
CONHIT 2015 **14. – 16. April 2015** **Berlin, Messe Süd** **www.conhit.de**	Der große Branchentreff des Jahres 2015 nimmt mehr und mehr Gestalt an. Das Programm ist mittlerweile erschienen und die Vorbereitungen laufen auf vollen Touren.

DIGITALISIERUNG UND DATENANALYSEN

Was kann IT für mehr Patientenorientierung, Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen leisten? Diese Frage wurde auf zwei Satellitensymposien im Vorfeld des BMC-Kongresses 2015 gestellt.

Die Digitalisierung bringt nicht nur neue Kommunikations- und Vertriebsmöglichkeiten hervor, sondern auch eine Flut von Daten und Informationen. Der Nutzen, der diesen großen Datenmengen innewohnt, zeigt sich, wenn sie sinnvoll strukturiert und ausgewertet werden. Beispiele aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens wurden auf dem Elsevier-Symposium unter dem Titel „Big Data und patientenindividuelle Versorgung – Best Practice und Potenziale“ vorgestellt.

Bundesverband Managed Care e.V. (BMC)
Friedrichstraße 136
10117 Berlin
www.bmcev.de

So erläuterte Prof. Dr. Guido Noelle, Geschäftsführer der gevko GmbH, dass sich das medizinische Wissen nach Schätzungen des Bundesinstituts für Berufsbildung alle zwei Jahre verdoppelt. Damit ein Internist ständig auf dem neuesten Stand der Wissenschaft bleibt, müsste er täglich 17 Originalarbeiten bzw. mindestens eine Schlüsselpublikation lesen. Erforderlich seien also Werkzeuge, die diese Informationsflut kanalisieren und einen geordneten Wissenstransfer leisten.

Dr. Andreas Goerdeler stellte auf dem Elsevier-Symposium das BMWi-Technologieprogramm Smart Data vor.

Datenanalysen retten Leben

Wie IT-Unterstützung ganz konkret hilft, Leben zu retten, beweisen zwei Projekte, die von Dr. Lutz Hager, Geschäftsführer Versorgung der IKK Südwest, und von Dr. Elisabeth Siegmund-Schultze, Abteilungsleiterin Leistungs- und Versorgungsmanagement der KKH, vorgestellt wurden. Hager verdeutlichte, dass mit einem elektronischen AMTS-System doppelt so viele vermeidbare Risiken im Bereich unerwünschter Arzneimittelereignisse erkannt werden. Siegmund-Schultze berichtete von einem Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Behandlung von Vorhofflimmern. Durch Datenanalysen wurde ermittelt, dass zwar bei jedem zehnten Teilnehmer Vorhofflimmern diagnostiziert wurde, jedoch wurden nur die Hälfte der Patienten zum Kardiologen überwiesen. Von diesen erhielt wiederum nur die Hälfte die nötige medikamentöse Therapie.

Morten Elbaek Petersen berichtete auf dem Symposium von DocMorris und Zur Rose über eHealth-Entwicklungen im dänischen Gesundheitswesen.

Konsumenten werden zum Wachstumstreiber von eHealth

Im Mittelpunkt des Symposiums von Zur Rose und DocMorris ging es dagegen um die Aspekte Qualität und Effizienz durch die Nutzung moderner IT-Infrastrukturen. In der Veranstaltung wurde deutlich, dass eine hochwertige, effiziente und wohnortnahe Gesundheitsversorgung sich mehr denn je an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren muss und ihre aktive Beteiligung erfordert. Die aktive Mitgestaltung des digitalen Wandels sowie die Teilhabe der Gesellschaft am Nutzen der Digitalisierung sind dabei erfolgskritische Faktoren für die Akteure im Gesundheitswesen. Im Rahmen der fortschreitenden Digitalisierung der Industrie und der Gesellschaft spielt die Vernetzung und Integration von gesundheitsrelevanten Daten im Gesundheitssystem zukünftig die zentrale Rolle.

Die Chancen von eHealth für die qualitative Erneuerung des Gesundheitswesens wurden zwar erkannt, doch erfolgt die politische Umsetzung nur in kleinen Schritten. Wichtige Trends der Digitalisierung werden im vorliegenden Entwurf zum eHealth-Gesetz überhaupt nicht oder nur unzureichend aufgegriffen. So wird beispielsweise Consumer eHealth aktuell zum Wachstumstreiber für das gesamte digitale Gesundheitssystem. Verbraucher setzen auf neuartige Anwendungen und übernehmen auf diese Weise mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit. So entsteht quasi ein patienteninitiiertes Interventionsprogramm. Das Beispiel Dänemark zeigte darüber hinaus, wie ein digitalisiertes Gesundheitssystem aussehen kann, das gleichzeitig hohen Datenschutzanforderungen gerecht wird.

NEUE VERWALTUNGSSTRUKTUR DES KH-IT

Das neue Veranstaltungsjahr des KH-IT hat wieder viel zu bieten. Außerdem hat der Verband seine Verwaltungsstruktur den wachsenden Anforderungen angepasst und Aufgabenbereiche neu verteilt.

Mit stetig wachsender Mitgliederzahl und damit verbunden zunehmenden administrativen Aufgaben hat sich der KH-IT schlagkräftiger für die Zukunft aufgestellt. Die Aufgaben der stark belasteten Geschäftsstelle wurden auf mehrere Schultern verteilt: Herr Günter Gartner fokussiert sich künftig auf das Veranstaltungsmanagement bei Tagungen und Seminaren. Anmeldungen zu Veranstaltungen gehen künftig bitte an die E-Mail gartner@kh-it.de.

Die Leitung der Geschäftsstelle wurde an Herrn Michael Kalmbacher aus Baden-Baden übertragen. Er ist der zentrale Ansprechpartner für alle Themen rund um den Verband. Die Geschäftsstelle des KH-IT ist für Sie unter geschaeftsstelle@kh-it.de zu erreichen bzw. Herr Kalmbacher persönlich unter der E-Mail kalmbacher@kh-it.de.

Neben den bisherigen Leistungen wie der Organisation von Fachtagungen sowie der Mitwirkung in Arbeitsgruppen, bei Kongressen und regionalen Veranstaltungen wurden folgende Bereiche neu strukturiert:

Die Organisation von Seminaren wird unter Leitung von Reimar Engelhardt systematisch vorangebracht: Im vergangenen Jahr fanden aufgrund der großen Nachfrage gleich zwei Rechtsseminare im Frühjahr statt sowie ein Seminar für IT-Service-Management (E-Mail: engelhardt@kh-it.de) im November.

Der Arbeitskreis Benchmarking hat sein Portfolio unter Leitung von Frau Prof. Dr. Anke Simon in Richtung Anwenderzufriedenheit weiterentwickelt. In Kooperation mit der Dualen Hochschule organisieren Studenten eine Umfrage in 20 teilnehmenden Kliniken (E-Mail: simon@kh-it.de).

Neu konstituiert haben sich zudem die Arbeitskreise Datenschutz unter der Leitung von Herrn Jürgen Flemming mit Schwerpunkt „OH KIS“ (E-Mail: flemming@kh-it.de) sowie der Arbeitskreis „IT-Sicherheit“ in Zusammenarbeit mit dem BSI im Zuge der Ausgestaltung der Gesetze zu kritischen Infrastrukturen unter Leitung von Herrn Thorsten Schütz (E-Mail: schuetz@kh-it.de).

Verbandstagung des Bundesverbands der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V.

FOTOS: LINKS: BMC; RECHTS: KH-IT

Alle organisatorischen Zuständigkeiten sind auf unserer Homepage angepasst worden und können dort im Detail eingesehen werden.

Veranstaltungstermine 2015

10.02. – 11.02.2015
Rechtsseminar in Dortmund

06.05. – 07.05.2015
Frühjahrstagung in Nürnberg (Thema Managed Services)

23.09. – 24.09.2015
Herbsttagung in Düsseldorf (neuer Ort!)

10.11. – 11.11.2015
Seminar in Karlsruhe

Regionalveranstaltungen
– in Berlin-Brandenburg (monatlich)
– in Baden-Württemberg (nach Ankündigung)

Alle Termine und Inhalte auf der Website des KH-IT und der XING-Gruppe.

Bundesverband der Krankenhaus-IT Leiterinnen/Leiter e.V.
Kontakt: Michael Thoss
Vorstandsmitglied/Pressereferent
www.kh-it.de
thoss@kh-it.de

Der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V. ist ein führender Berufsverband der Krankenhaus-IT-Führungskräfte. Mit unseren Veranstaltungen bieten wir den Mitgliedern eine werthaltige Plattform für den Austausch untereinander, die Auseinandersetzung mit stets aktuellen Themen und Perspektiven für die Entwicklung und Zukunft der Informationstechnik im Krankenhaus. Der KH-IT steht allen verantwortlichen, leitenden Mitarbeitern der Krankenhaus-IT offen. Ebenso wie Interessierten aus anderen Bereichen wie der Medizintechnik oder Medizininformatik.

eHEALTH-GESETZ 2015: CHANCE NICHT GENUTZT

Die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin begrüßt den Entwurf eines eHealth-Gesetzes, mahnt jedoch an, dass die Chance für einen Durchbruch von Telemedizin darin nicht genutzt wurde.

DGTelemed

Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e.V.
Postfach 400143
12631 Berlin
Tel.: +49-(0)30-54701821
Fax: +49-(0)30-54701823
E-Mail: info@dgtelemed.de
www.dgtelemed.de

Der Gesetzentwurf verfolgt richtiger Weise das Ziel, die Telematikinfrastruktur mit ihren Sicherheitsmerkmalen als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen zu etablieren und sie für weitere Anwendungen im Gesundheitswesen und für weitere Leistungserbringer zu öffnen. Mit der Verpflichtung, die Strukturen der gematik und ihre Kompetenzen zu erweitern, wird ein wichtiger Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2013 aufgenommen und der Weg zur Umsetzung geebnet.

Telemedizin fördern – Aktualisierung des EBM aber weiter verschoben

Leider wird die Absicht, telemedizinische Leistungen zu fördern, nur marginal umgesetzt: Sie erscheint an verschiedenen Stellen des Referentenentwurfes nur als Randnotiz. Auch unternimmt der Gesetzentwurf nicht den Versuch, die Nutzenbewertung telemedizinischer Leistungen an aktuelle medizinisch-technologische Entwicklungen anzupassen. Der Gesetzentwurf sieht nur vor, eine festgelegte Vergütung für Krankenhäuser und Ärzte einzuführen, wenn sie einen elektronischen Entlassbrief in der Praxis erstellen. Darüber hinaus sollen Ärzte und Einrichtungen für die Jahre 2016 und 2017 eine im Gesetz festgelegte Pauschale für die sichere Übermittlung von elektronischen Briefen erhalten. Diese Regelungen gehen in die richtige Richtung, um Anreize für Ärzte zu schaffen, moderne technologische Entwicklungen auch im ärztlichen Alltag zu nutzen.

Das reicht allerdings nicht aus, um vor allem ambulante telemedizinische Leistungen zur Anwendung zu bringen. Telemedizinische Leistungen gewinnen vor dem Hintergrund der Versorgung der Versicherten insbesondere in dünnbesiedelten Regionen weiter an Bedeutung. Sie müssen daher im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet und mit Zuschlägen gefördert werden. Der Gesetzentwurf zieht auch keine Konsequenzen aus der Nichterfüllung des gesetzlichen Prüfauftrages aus dem Versorgungsstrukturgesetz des Jahres 2012 – sanktionslos schreibt der Gesetzentwurf eine weitere Prüfung bis 2017 fest. Überfällig ist aus Sicht der DGTelemed eine gesetzliche Regelung, wie die Nichterfüllung gesetzgeberischer Aufträge durch Selbstverwaltungsgremien sanktioniert und diese auch bei Untätigkeit von Selbstverwaltungsorganen umgesetzt werden können.

In Anbetracht vorhandener telemedizinischer Anwendungsmöglichkeiten in fast allen medizinischen Disziplinen ist die im Gesetzentwurf geplante Änderung des § 87 SBG V nicht ausreichend, da zahlreiche Ärztenetze und Radiologieverbünde längst Wege und Möglichkeiten der Vernetzung und z. T. länderübergreifenden Zusammenarbeit gefunden haben. Es bleibt offen, warum man sich in der Neuregelung auf teleradiologische Verfahren beschränkt und weitere bildgebende Verfahren sowie z. B. EKGs nicht einbezogen werden.

Rollout der Gesundheitskarte mit Finanzierungsvereinbarung

Die DGTelemed begrüßt, dass die gesetzlichen Regelungen für die gematik im Hinblick auf den flächendeckenden Betrieb der Telematikinfrastruktur fortgeschrieben werden. Der gematik werden verbindliche Termine zur Sicherstellung der Nutzung des Versichertenstammdatendienstes und der Notfalldaten gesetzt, bei Nichteinhaltung der Termine erfolgt eine Kürzung der Ausgaben bei den öffentlichrechtlichen Gesellschaftern der gematik. Darüber hinaus werden auch Sanktionen für Arztpraxen eingeführt. Die DGTelemed unterstützt diese gesetzgeberischen Entscheidungen, stellt aber zugleich fest, dass ähnliche Regelungen für den Bewertungsausschuss hinsichtlich der Aufnahme ambulanter telemedizinischer Leistungen in den EBM schon längst überfällig sind, aber leider nicht im Referentenentwurf enthalten sind.

Die DGTelemed wird sich dafür einsetzen, dass Qualitätskriterien und Alternativen zur evidenzbasierten Nutzenbewertung medizinischer Leistungen mit telemedizinischen Technologien nötig und möglich sind.

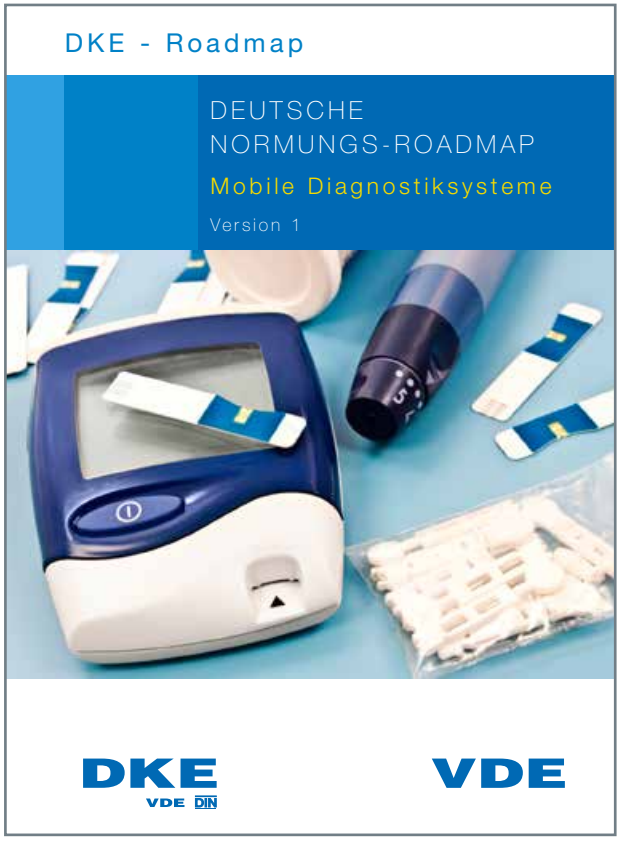
WOLFGANG LOOS, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der DGTelemed

MOBILE SYSTEME FÜR SCHNELLE DIAGNOSTIK

Die 1. Deutsche Normungs-Roadmap „Mobile Diagnostiksysteme“, erstellt von Experten der VDE|DKE und VDE|DGBMT, stellt Weichen für „Point-of-Care-Testing“ (POCT).

Lebensrettende Therapien medizinischer Notfälle erfordern zuallererst eine schnelle und sichere Diagnostik. Oft vergeht wertvolle Zeit für den Patienten, zum Beispiel bis zur Identifizierung des Erregers oder der Diagnose eines Schlaganfalls, und der damit verbundenen unmittelbaren therapeutischen Konsequenz. Mobile Diagnostiksysteme, die als In-vitro-Diagnostika (IVD) direkt am „Point of Care“ eingesetzt werden, eröffnen hier völlig neue Perspektiven. Ob außerhalb des Krankenhauses, zum Beispiel im Rettungswagen, oder in der Notfallambulanz können dringend benötigte diagnostische Werte sofort ermittelt werden, um umgehend lebensrettende Maßnahmen einzuleiten.

Im Gegensatz zu ausländischen Gesundheitsmärkten wie den USA werden Point-of-Care-Testing (POCT)-Systeme in Deutschland noch nicht umfassend eingesetzt. Hierfür sind unter anderem technologische und regulatorische Hürden verantwortlich. Vor diesem Hintergrund haben Experten der Deutschen Kommission Elektrotechnik Elektronik Informationstechnik in DIN und VDE (VDE|DKE) und der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE (VDE|DGBMT) die 1. Deutsche Normungs-Roadmap „Mobile Diagnostiksysteme“ erarbeitet. Sie bietet auf Basis einer Analyse technischer und gesetzlicher Rahmenbedingungen sowie des Status quo geltender Normen eine Orientierungshilfe für die Entwicklung und den Einsatz zukünftiger mobiler Diagnostiksysteme. Die Expertenempfehlungen beziehen sich auf verschiedene Aspekte aller beteiligten Interessengruppen: von der Entwicklung über die sichere Anwendung bis zur Qualitätssicherung der analytischen Ergebnisse.



Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) stellen den Großteil der medizintechnischen Industrie und stehen zugleich vor der Schwierigkeit, vor allem regulatorische Hürden vor dem Inverkehrbringen innovativer mobiler Diagnostiksysteme überwinden zu müssen. Die VDE-Expertengruppe der 1. Deutschen Normungs-Roadmap „Mobile Diagnostiksysteme“ fordert deshalb eine Unterstützung der Betriebe für die Teilnahme an zukünftigen Normungsprojekten. Dies ist umso wichtiger, weil die deutsche Medizintechnikbranche zwar über eine gute Innovationsposition in dem milliardenschweren globalen POCT-Wachstumsmarkt verfügt, aber mit Blick auf die Umsetzung des vorhandenen Know-hows in marktfähige Produkte hinter ihren Möglichkeiten zurückbleibt. Mobile Diagnostiksysteme am Point of Care können Leben retten und repräsentieren einen wichtigen Teil des Technologiestandortes Deutschland. Die Normungs-Roadmap liefert einen wichtigen Beitrag dazu, diese Chancen zu nutzen.

VDE MedTech

VDE MedTech
Dr. Thorsten Prinz
DGBMT im VDE
Stresemannallee 15
60596 Frankfurt
Tel.: 069-6308-349
Mail: thorsten.prinz@vde.com

Janina Laurila-Dürsch
DKE in DIN und VDE
Stresemannallee 15
60596 Frankfurt
Tel.: 069-6308-378
Mail: janina.laurila-duersch@vde.com
www.vde.com
www.dke.de

Die deutsche Normungs-Roadmap steht als kostenfreier Download unter www.vde.com/Normungs-Roadmap-Mobile-Diagnostik zur Verfügung.

FOTOS: LINKS: PSDESIGN1 - FOTOLIA; RECHTS: VDE

TMF-JAHRESKONGRESS: VERBUNDFORSCHUNG IM FÖDERALEN SYSTEM

Verbundforschung im föderalen Deutschland und kooperative Gesundheitsforschung zwischen Human- und Veterinärmedizin sind die Schwerpunktthemen des diesjährigen Jahreskongresses der TMF, der am 25. und 26. März 2015 in Hannover stattfindet. Im Fokus des Kongresses stehen die Herausforderungen der medizinischen Verbundforschung im föderalen System Deutschlands und die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit zwischen Human- und Veterinärmedizin im Bereich der Infektionsforschung. Dabei werden auch Themen angesprochen wie regulatorische Aspekte klinischer Studien, ethische Anforderungen an medizinische Forschungsprojekte, die notwendige Standardisierung von Biobanken sowie Möglichkeiten des Datenaustauschs zwischen Forschungseinrichtungen. Im Rahmen des Programms gibt es die Möglichkeit, verschiedene Forschungseinrichtungen zu besichtigen: Ein Teil des Programms wird im Lehr- und Forschungsgut Ruthe der TiHo stattfinden, am Rande des Kongresses können das Clinical Research Center (CRC) Hannover sowie das Research Center for Emerging Infections and Zoonoses (RIZ) besucht werden; beide Einrichtungen wurden erst 2014 eröffnet.

Das detaillierte Programm befindet sich unter www.tmf-ev.de/Jahreskongress. Die Teilnahme am Jahreskongress ist kostenfrei. Interessierte können sich bis 16. März über die TMF-Website registrieren.

TMF e.V.
Charlottenstraße 42/
Dorotheenstraße
10117 Berlin
Tel.: +49-(0)30-22002470
E-Mail: info@tmf-ev.de
www.tmf-ev.de

FORTBILDUNGSTAG DER TMF IN HANNOVER

Am Vortag des 7. TMF-Jahreskongresses bietet die TMF am 24. März 2015 in Hannover einen Fortbildungstag mit sechs parallel laufenden Tutorials an. Die Themen sind:

- Einwilligungserklärung und Forschungsinformation zur Gewinnung tierischer Proben – Rechtssicher forschen mit Tierproben
- Datenschutz in der medizinischen Forschung – Nutzung des Datenschutzleitfadens der TMF
- Bereitstellung von Datenbeständen für die translationale Forschung – Tools und Konzepte
- Nutzung von Standards in der medizinischen Forschung – Einführung in IHE
- Klinische Studien
- Elektronische Archivierung von Studienunterlagen

Die Tutorials richten sich an Vertreter unterschiedlichster Disziplinen, die an Forschungsprojekten in der Human- und Veterinärmedizin beteiligt sind. Der Fortbildungstag ist der Auftakt einer geplanten Fortbildungsreihe der TMF.

Link zu Ablauf und Programm unter: www.tmf-ev.de/Jahreskongress

GEMEINSAM BESSER FORSCHEN

Die gemeinsame medizinische Forschung erfordert methodisches Wissen und Erfahrung mit ethischen und datenschutzrechtlichen Fragen ebenso wie Kenntnisse im Bereich des Datenmanagements oder der Epidemiologie. 2011 wurde deshalb die TMF-School als ein systematisches Fortbildungsangebot auf den Weg gebracht, um die notwendige Methodenkompetenz der (Nachwuchs-)Verbundforscher zu stärken und ihnen eine interdisziplinäre Arbeitsweise zu vermitteln. Sie wird gemeinsam von der TMF, der Deutschen

Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS) und dem Berufsverband Medizinischer Informatiker e. V. (BVMI) durchgeführt. 2015 findet die TMF-School vom 8. bis 10. Juli in Groß Behnitz bei Berlin statt. Schwerpunktthema der dreitägigen Fortbildung ist IT-Unterstützung und Qualitätsmanagement. Auf dem Programm stehen Blöcke zu GCP-konformem IT-Management – unter anderem mit einem Vortrag einer GCP-Inspektorin – zu Ordnungssystemen und Metadaten in der Medizin sowie zur Sekundärnutzung von Versorgungsdaten.

Informationen und Anmeldung unter www.tmf-ev.de/Termine/school

„DIE ZEIT DES ZÖGERNS IST VORBEI"

Die MedInform-Konferenz „Der eGesundheitsmarkt" widmete sich den Potenzialen elektronischer Anwendungen für die Verbesserung der Patientenversorgung.

Elektronische Anwendungen müssen stärker genutzt werden, um die Versorgung der Patienten zu verbessern. Dazu gehören telemedizinische Anwendungen, vernetzte Versorgungssysteme, aber auch elektronische Abrechnungsprozesse, um Prozesskosten zu senken. Das verdeutlichen die Experten und die Fallbeispiele der MedInform-Konferenz „Der eGesundheitsmarkt" am 9. Dezember 2014 in Köln. MedInform ist der Informations- und Seminar-Service des BVMed.

„Die Zeit des Zögerns ist vorbei", war die optimistische Botschaft von Prof. Dr. Arno Elmer von der gematik. Die Telematikinfrastruktur als großes Vernetzungsprojekt stehe. Die Erprobung beginnt 2015 in den Testregionen Nordwest und Südost. In dem bundesweiten Netz sind alle zurzeit 131 gesetzlichen Krankenkassen eingebunden. Elmer: „Die Autobahn steht. Die Karten sind draußen. Jetzt müssen schnell die Anwendungen kommen."

FOTO: BVMED

Prof. Dr. Arno Elmer, Geschäftsführer der gematik, während seines Vortrags in Köln.

Derzeit arbeiten bei der gematik 260 IT-Experten, Anwendungsspezialisten und Projektleiter an dem Projekt. Bei der Telematikinfrastruktur handele es sich um ein reines Vernetzungsprojekt, so Elmer. „Wir schaffen eine sichere, performante und stetig verfügbare Telematikinfrastruktur mit definierten Standards, um eine flächendeckende Verfügbarkeit für alle Patienten langfristig und nachhaltig zu garantieren." Die Gesundheitskarte selbst sei kein Speichermedium, sondern enthalte das Verschlüsselungsprinzip. Elmer: „Die Daten bleiben dort gespeichert, wo sie auch heute schon sind. Wir vernetzen nur die Systeme und machen die Daten beim Transfer sicher. Denn: Personenbezogene Daten haben Anspruch auf das höchste Sicherheitsniveau." Dagegen seien Faxe, unverschlüsselte E-Mails und WhatsApp-Nachrichten, die heute im Gesundheitssystem verwendet werden, „wie eine Postkarte, die jeder lesen kann", so der gematik-Chef. Wichtig seien die ausschließliche Nutzung von festgelegten Standards und die Sicherstellung der Interoperabilität.

Dr. Jürgen Faltin vom rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium sagte, man dürfe sich nicht von den Problemen mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) entmutigen lassen. „Der elektronische Gesundheitsmarkt mit seinen versorgungsrelevanten Angeboten wird kommen – mit oder ohne eine eGK", so Faltin. Er betonte die Bedeutung sektorenübergreifender elektronischer Vernetzung, um die Versorgung beispielsweise durch telemedizinische Projekte gerade in ländlichen Gebieten zu verbessern. Bei der gesetzlichen Verankerung der Telematikinfrastruktur vor mehr als zehn Jahren lag die Motivation „vornehmend auf medizinischen Anwendungen". Aufgrund der unterschiedlichen Interessen von Krankenkassen und Leistungserbringern sei es aber zu extremen Verzögerungen gegenüber dem gesetzlich verankerten Zeitplan gekommen. Lesegeräte und die eGK seien in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäusern inzwischen erfolgreich ausgerollt. Es fehlten aber nach wie vor die medizinischen Anwendungen. Deshalb müsse der Gesetzgeber nun mehr Verantwortung übernehmen und sich stärker einbringen. Dies geschehe mit dem angekündigten eHealth-Gesetz. Faltins Botschaft: „Der Fokus muss wieder stärker auf die medizinischen Anwendungen gelegt werden."

MANFRED BEERES
Leiter Kommunikation/Presse BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.

BVMed
Gesundheit gestalten

BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstr. 29 b
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 246 255-20
Fax: +49 (0)30 246 255-99
info@bvmed.de
www.bvmed.de

AGFA HealthCare	**Agfa HealthCare GmbH** Konrad-Zuse-Platz 1-3 53227 Bonn Tel.: +49-(0)228-26 68-000 Fax: +49-(0)228-26 68-26 66 E-Mail: marketing.dach@agfa.com www.agfahealthcare.de	**Agfa HealthCare** ist ein weltweit führender Anbieter IT-gestützter klinischer Workflow- und diagnostischer Bildmanagementlösungen. ORBIS KIS, ORBIS RIS und IMPAX PACS sorgen klinikweit für einen nahtlosen Informationsfluss. Speziallösungen organisieren effektiv die Abläufe in einzelnen Fachabteilungen. Abgerundet wird das Portfolio durch innovative und leistungsstarke CR- und DR-Lösungen.	– Klinikinformationssystem – Fachabteilungslösungen – CR- und DR-Lösungen – Dokumentenmanagementsystem
ALLGEIER IT SOLUTIONS	**Allgeier Medical IT GmbH** Heino Kuhlemann Bahnhofstr. 4 83727 Schliersee E-Mail: info@allgeier-medical-it.de Internet: www.allgeier-medical-it.de	Die **Allgeier Medical IT GmbH** ist als Unternehmen der Allgeier-Gruppe auf Lösungen in der Health IT international spezialisiert. PACS, universelle Archive, multimediales Dokumentenmanagement- und Archivsystem (mDMAS) sowie weitere Lösungen stehen im Fokus. Zudem gehört der Beratungsspezialist eHealthOpen zu unterschiedlichen davon unabhängigen Beratungsthemen zur Allgeier Medical IT.	– IT-Dienstleister – eHealth – Archivsystem
AOK systems	**AOK Systems GmbH** Kortrijker Straße 1 53177 Bonn Tel.: +49-(0)228-843-0 Fax: +49-(0)228-843-1111 E-Mail: aok-systems@sys.aok.de www.aok-systems.de	**AOK Systems GmbH** ist IT-Partner für die Sozialversicherung in Deutschland und das führende System- und Softwarehaus im Gesundheitsmarkt. Wir entwickeln SAP-basierte und individuelle IT-Komplettlösungen mit Schwerpunkt bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen (GKV). Auf Basis von exzellentem Geschäftsprozess-Know-how sowie GKV-Fachwissen und in enger Partnerschaft mit SAP entwickelt und implementiert AOK Systems die GKV-Branchenlösung oscare®.	– Beratung – Entwicklung – Einführung – Training – Service
BITMARCK®	**BITMARCK Holding GmbH** Brunnenstr. 15 – 17 45128 Essen Tel.: +49-(0)201-89069-000 Fax: +49-(0)201-89069-199 E-Mail: info@bitmarck.de www.bitmarck.de	**BITMARCK** ist einer der führenden Dienstleister in der GKV: Über 120 Kunden mit rund 26 Mio. Versicherten setzen auf unsere Komplettlösungen, z.B. für den operativen Bereich, den Datenaustausch mit Leistungserbringern, oder die Einführung und Nutzung der eGK. Darüber hinaus unterstützen wir unsere Kunden mit passgenauer IT- und Fachberatung sowie Angeboten zum Betrieb von Netzen, zu Rechenzentrumsleistungen und auf unsere Leistungen abgestimmten Schulungen.	– ISKV, iskv_21c – Telematik – RZ-Leistungen
BOSCH Technik fürs Leben	**Robert Bosch Healthcare GmbH** Stuttgarter Str. 130 71332 Waiblingen Tel.: +49-(0)711-811-0 Fax: +49-(0)711-811-5184974 Info-Bosch-healthcare@bosch.com www.bosch-telemedizin.de	**Bosch Healthcare** ist weltweit Telemedizin-Marktführer und bietet Kostenträgern und Leistungserbringern Lösungen mit Schwerpunkt auf Schulung und Selbstmanagement zur besseren Versorgung chronisch Kranker. Bosch Healthcare ist mit HausService-Ruf-Lösungen für ein unabhängiges Leben zu Hause sowie Schwestern-Ruf-Systemen in institutionellen Einrichtungen ein führender Telecare-Anbieter in Europa.	– Telemedizin (Monitoring, Schulung, Selbstmanagement) – Auswertungssoftware für med. Betreuer – Telecare
Carestream	**Carestream Health Deutschland GmbH** Hedelfinger Straße 60 70327 Stuttgart Tel.: +49-(0)180-32 54 361 Fax: +49-(0)711-20 70 77 77 E-Mail: marketing.de@carestream.com www.carestream.de	**Carestream Health** ist ein führender Anbieter von Produkten, Serviceleistungen und IT-Lösungen auf dem medizinischen und zahnmedizinischen Sektor. Zur umfangreichen Produktpalette gehören Bildarchivierungs- und Kommunikationssysteme (PACS), Radiologie-Informationssysteme (RIS), eHealth und Information-Management-Lösungen, Speicherfolien-Systeme (CR), digitale Radiographie-Systeme (DR) und Lösungen für die Mammographie.	– Digitale Radiographie – PACS/RIS/ Archivierung/Cloud Services – Printing
CHILI® Digital Radiology	**CHILI GmbH** Digital Radiology Friedrich-Ebert-Str. 2 69221 Dossenheim/Heidelberg Tel.: +49-(0)6221-180 79-10 Fax: +49-(0)6221-180 79-11 E-Mail: info@chili-radiology.com www.chili-radiology.com	Die **CHILI GmbH** in Heidelberg entwickelt PACS- und Teleradiologiesysteme. Mehr als 600 Systeme sind in Deutschland, der Schweiz, Belgien, China, Grönland, Korea, Brunei und in den USA installiert. CHILI PACS ist modular und einfach skalierbar. Es umfasst neben dem Langzeitarchiv verschiedene Workstations, Import- und Export-Arbeitsplätze, die webbasierte Bildverteilung, verschiedene Teleradiologie-Systeme und eine Telemedizinakte.	– PACS und Bildverteilung – Radiologische Workstations – Teleradiologie/ Telemedizin
DGN Deutsches Gesundheitsnetz	**Deutsches Gesundheitsnetz (DGN)** Niederkasseler Lohweg 181-183 40547 Düsseldorf Tel.: + 49-(0)211-77 00 8-477 Fax: + 49-(0)211-77 00 8-399 E-Mail: infoline@dgn.de www.dgn.de	Das **Deutsche Gesundheitsnetz** entwickelt Lösungen für den sicheren und komfortablen Datenaustausch zwischen Praxen, Kliniken sowie Laboren und ist derzeit der einzige KV-SafeNet-Provider, dessen Betrieb nach ISO/IEC 27001:2013 zertifiziert ist. Der Zugangsrouter DGN GUSbox wird bereits in mehr als 7000 Praxen und Kliniken für Abrechnung, Organisation und Kommunikation eingesetzt. Als ein durch die Bundesnetzagentur akkreditierter Zertifizierungsdiensteanbieter produziert das DGN im hauseigenen Trustcenter elektronische Heilberufsausweise.	– KV-SafeNet-Zugänge für Praxen & Kliniken – Kommunikationsrouter DGN GUSbox & Anwendungen – Produktion von Heilberufsausweisen mit qualifizierter Signatur
D·M·I ARCHIVIERUNG	**DMI GmbH & Co. KG** Otto-Hahn-Straße 11-13 48161 Münster Tel.: + 49-(0)25 34-800-50 Fax: + 49-(0)25 34-800-520 E-Mail: info@dmi.de www.dmi.de	**DMI** ist das führende Dienstleistungsunternehmen für die Archivierung von Patientenunterlagen. Unsere Kernkompetenzen sind die Mehrwert- und Potentialanalyse, die Archivreorganisation, KIS-Integration, Scanservice, Online-Übernahme elektronischer Dokumente, Datenklassifizierung/-qualifizierung und -konsolidierung sowie revisionssichere digitale Langzeitarchivierung. Über 500 Krankenhäuser vertrauen heute auf die langjährige Erfahrung des DMI.	– Archivierung von Patientenakten/-daten – Archivreorganisation – revisionssichere, digitale Langzeitarchivierung
evimed Dedicated to bring Advances in Life Science by Data Management and Software	**evimed GmbH** Lindleystraße14 60314 Frankfurt Tel.: + 49-(0)69-348 795 23-0 info@evimed.com	**evimed** ist ein im Jahr 2009 gegründetes und aufstrebendes Unternehmen im Bereich Healthcare IT. Mittels passgenauem Datenmanagement und Software steigert evimed die Effizienz klinischer Studien bei gleichzeitiger Kostenreduktion. Ermöglicht wird dies durch eine einzigartige Datenmatching-Software und ein integriertes Datenmanagement mit Funktionalität zwischen allen marktgängigen Systemen sowie Zugang zu evimeds zentraler Studiendatenbank.	– Healthcare IT – Datenmatching – Klinische Forschung

GMC Systems mbH	**GMC Systems – Gesellschaft für medizinische Computersysteme mbH** Albert-Einstein-Str. 3 98693 Ilmenau Tel.: +49-(0)3677-46 76 00 Fax: +49-(0)3677-46 76 02 E-Mail: info@gmc-systems.de www.gmc-systems.de	**GMC Systems** bietet mit der Entwicklung und Betreuung von Informations- und Kommunikationssystemen für das Gesundheitswesen Lösungen für den Einsatz in EDV-Infrastrukturen an. Mit den Systemen für QM, eDMP und sektorübergreifender Versorgung liefern wir hochwertige Softwarekomponenten zur Ergänzung und Erweiterung von Praxis- und Klinik-EDV.	– IT für Praxis- und Klinik-EDV – Intergrierte Versorgung – Telemedizin
icw®	**InterComponentWare AG (ICW)** Altrottstraße 31 69190 Walldorf (Baden) Tel.: +49-(0)6227-385-100 Fax: +49-(0)6227-385-199 E-Mail: info@icw-global.com www.icw-global.com	**ICW** ist ein international tätiges Softwareunternehmen im Gesundheitswesen mit Sitz in Walldorf. Unsere Produkte und Lösungen vernetzen Akteure und integrieren bisher isolierte Systeme (connect), verbessern die Effizienz bei der Steuerung von Versorgungsprozessen (manage) und ermöglichen die aktive Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess (personalize). Die Basis unserer Produkte bilden modernste Technologien und Standards für eine flexible Umsetzung von Integrationsszenarien.	– ICW Master Patient Index – ICW Professional Exchange Server – ICW Care Manager – ICW FormDesigner – ICW Provider Directory
ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen	**ID GmbH & Co. KGaA** Platz vor dem Neuen Tor 2 10115 Berlin Tel.: +49-(0)30-24626-0 Fax: +49-(0)30-24626-111 E-Mail: info@id-berlin.de www.id-berlin.de	**ID** entwickelt seit 1985 Qualitätswerkzeuge für medizinische Dokumentation und Gesundheitsökonomie in Kliniken, Versicherungen, Berufsgenossenschaften und Forschungseinrichtungen. Mit dem Terminologieserver ID LOGIK® stellt ID Dienste bereit, die der Modellierung, Steuerung und Analyse von Prozesswissen unter Nutzung des etablierten Referenzwissens in ID MACS® dienen.	– Diagnosencodierung – Dienste für eHealth – AMTS
i-SOLUTIONS HEALTH	**i-SOLUTIONS Health GmbH** Am Exerzierplatz 14 68167 Mannheim Tel.: +49-(0)621-3928-0 Fax: +49-(0)621-3928-525 E-Mail: info@i-solutions.de www.i-solutions.de	Die **i-SOLUTIONS Health GmbH** betreut mit 260 Mitarbeitern in Deutschland und mehr als 35 Jahren Erfahrung im Gesundheitssektor rund 700 Installationen in Europa. Mit ganzheitlichen Softwarelösungen und Konzepten für Klinik, Labor und Radiologie bietet das Unternehmen seinen Kunden ein Rundum-Sorglos-Paket aus der Hand eines Mittelständlers.	– Informationssysteme für Klinik, Radiologie, Labor, Administration – Termin- und Ressourcenmanagement – eHealth-Lösungen & Vernetzung
medatixx Damit die Praxis läuft.	**medatixx GmbH & Co. KG** Im Kappelhof 1 65343 Eltville Tel.: + 49-0800-09 80 09 80 Fax: + 49-0800 09 80 098 98 98 E-Mail: info@medatixx.de www.medatixx.de	Die **medatixx GmbH & Co. KG** gehört mit einem Marktanteil von etwa 19 Prozent zu den führenden Anbietern von Praxissoftware und Ambulanz-/MVZ-Lösungen in Deutschland. Bereits 36 000 Ärzte nutzen Produkte der medatixx und nehmen ihre Dienstleistungen in Anspruch. 15 eigene Niederlassungen und über 50 selbstständige medatixx-Partner gewährleisten deutschlandweit eine regionale Vor-Ort-Betreuung.	– Praxissoftware stationär und mobil – Lösungen für Ambulanz und MVZ – Deutschlandweiter, regionaler Service
MEDGATE	**Medgate** Gellertstrasse 19, Postfach 4020 Basel, Schweiz Tel.: +41-(0)61-377 88 44 Fax: +41-(0)61-377 88 20 E-Mail: info@medgate.ch www.medgate.ch	**Medgate** ist einer der führenden Anbieter für integrierte ambulante Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Das Medgate Telemedicine Center, die Medgate Health Centers und das Medgate Partner Network arbeiten integrativ zusammen. Dank dieser Vernetzung von Telemedizin und eigenen Ärztezentren sowie externen Spezialisten, Grundversorgern, Kliniken, Pflegeinstitutionen und Apotheken ist eine umfassende, effiziente und qualitativ hochstehende Betreuung der Patienten garantiert.	– Telemedizinische Dienstleistungen (Telefon-, Internet-, Videokonsultation, Telebiometrie) – Schweizweite integrierte Versorgungsstruktur (eigene Ärztezentren und Partnernetzwerk)
mediDOK®	**mediDOK** Software Entwicklungsgesellschaft mbH Handschuhsheimer Landstraße 11 69221 Dossenheim Tel.: +49-(0)6221-8768-0 Fax: +49-(0)6221-8768-10 vertrieb@medidok.de www.medidok.de	Die **mediDOK** Software Entwicklungsgesellschaft mbH wurde 1998 gegründet. Mit über 10 000 verkauften Systemen zählt das mediDOK® Bild- und Dokumentenarchiv zu den führenden Softwarelösungen im Bereich der niedergelassenen Ärzte, Ambulanzen und MVZs. Von der elektronischen Archivierung der Papierdokumente bis hin zur Anbindung an verschiedene Bildquellen – die mediDOK® Produktfamilie bietet für die verschiedensten Anforderungen die passende Lösung.	– Bild- und Dokumentenarchiv (DICOM/Non-DICOM) – PACS – Papierlose Arztpraxis – Optimale Integration in Patientenverwaltung – Mehrmandantenfähig
MEIERHOFER Perspektiven erleben	**MEIERHOFER AG** Werner-Eckert-Straße 12 81829 München Tel.: +49-(0)89-44 23 16-0 Fax: +49-(0)89-44 23 16-666 E-Mail: marketing@meierhofer.de www.meierhofer.de	Die **MEIERHOFER AG** mit Sitz in München liefert als Komplettanbieter individuelle Informationssysteme an Einrichtungen im Gesundheitswesen für den europäischen Markt. Das Produkt, das skalierbare Informationssystem MCC, zur Planung, Dokumentation, Abrechnung und Auswertung beschleunigt nicht nur die Arbeitsabläufe in medizinischen Einrichtungen, sondern erleichtert auch das Zusammenspiel der unterschiedlichen Healthcare-Bereiche.	– Sektorübergreifende Kommunikation – Krankenhausinformationssystem – Migrationskonzepte
nexus/ag	**NEXUS AG** Auf der Steig 6 78052 Villingen-Schwenningen Tel.: + 49-(0)7721-8482-0 Fax: + 49-(0)7721-8482-888 info@nexus-ag.de www.nexus-ag.de	Die **NEXUS AG** ist ein europaweit führender Softwareanbieter im Gesundheitswesen und bildet alle Anforderungen von Gesundheitseinrichtungen an moderne Softwaresysteme vollumfänglich ab. NEXUS steht für innovative und nachhaltige E-Health-Lösungen, die es den Anwendern ermöglichen, mit nur wenigen Klicks eine spürbare Erleichterung in der Informationsbeschaffung oder der medizinischen Dokumentation zu erzielen.	– Klinikinformationssysteme – Fachabteilungslösungen – Mobile Lösungen
OLYMPUS	**Olympus Deutschland GmbH** Medical Systems Wendenstraße 14–18 20097 Hamburg Tel.: +49-(0)800-200 444 214 Fax: +49-(0)40-23773-503304 E-Mail: endo.sales@olympus.de www.olympus.de	**Olympus** ist weltweit einer der führenden Hersteller opto-digitaler Produkte und setzt mit leistungsstarken flexiblen/starren Endoskopen sowie zukunftsweisenden Systemlösungen und Serviceangeboten immer wieder Maßstäbe in der Medizin. Mit ENDOALPHA bietet Olympus sowohl integrierte Systemlösungen für die Endoskopie und den OP als auch Glas- und Lichtkonzepte, um digitale Räume der Zukunft gestalten zu können.	– Integrationslösungen für Endoskopie/OP – Steuerung medizinischer Geräte/ Peripheriesysteme – Dokumentation u. Videomanagement

	OSM Vertrieb GmbH Ruhrallee 191 45136 Essen Tel.: +49-(0)201-8955 5 Fax: +49-(0)201-8955 400 E-Mail: vertrieb@osm-gruppe.de www.osm-gruppe.de	Die **OSM Gruppe** (OSM GmbH, ixmid GmbH, IMP AG und OSM Vertrieb GmbH) ist einer der führenden Anbieter zukunftssicherer Softwarelösungen im Gesundheitswesen. Über 520 Kunden nutzen unsere leistungsstarken Lösungen für das Labor, die Stationskommunikation und die Systemintegration. Höchste Qualität, Zuverlässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind die Werte, an denen wir uns messen lassen. Mit den leistungsstarken Lösungen der OSM Gruppe sind Sie EINFACH. GUT. VERNETZT.	– Opus::L: Klinische Chemie, Mikrobiologie, Immunhämatologie, Blutspende – Poctopus® – Mirth Connect – *p. by OSM* – ixserv: Klinische Kommunikation, Onkologie, Ophthalmologie
	promedtheus Informationssysteme für die Medizin AG Scheidt 1 41812 Erkelenz Tel.: +49-(0)2431-94 84 38-0 Fax: +49-(0)2431-94 84 38-9 E-Mail: info@promedtheus.de www.promedtheus.de	Die **promedtheus AG** erbringt seit über 16 Jahren neutrale/herstellerunabhängige IT-Beratungsleistungen im Gesundheitswesen, insbesondere für Krankenhäuser und zu den Schwerpunkten: IT-Strategie-Entwicklung, Ausschreibungs- und Vertragsmanagement, KIS-Konzeption, Digitale Archivierung und Signaturen, IT in der Radiologie und in Funktionsbereichen. Es wurden inzwischen mehr als 220 Beratungsprojekte erfolgreich durchgeführt.	– Kompetent – Erfahren – Neutral
	RZV GmbH Grundschötteler Straße 21 58300 Wetter Tel.: +49-(0)2335-638-0 Fax: +49-(0)2335-638-699 E-Mail: info@rzv.de www.rzv.de	Die **RZV GmbH** versteht sich als engagiertes Unternehmen der IT-Branche, das anwenderfreundliche IT-Konzepte für das Gesundheitswesen, den Sozialmarkt und den öffentlichen Bereich realisiert. Über 650 Einrichtungen schätzen die RZV GmbH als kompetenten Ansprechpartner und gleichzeitig als hoch modernen Rechenzentrumsbetreiber. Das umfangreiche Portfolio für die Gesundheits-IT beinhaltet sämtliche SAP-Lösungen für das Gesundheitswesen im Zusammenspiel mit dem klinischen System MCC der MEIERHOFER AG.	– Krankenhaus-IT mit SAP – Klientenmanagement – Personalmanagement – IT-Outsourcing – Beratung
	Stolpe-Jazbinsek Medizintechnische Systeme Inh. Ralf Stolpe-Jazbinsek Rimbacher Straße 30e 97332 Volkach Tel.: +49-(0)9381-7177479 E-Mail: info@stolpe-jazbinsek.de www.stolpe-jazbinsek.de	Als spezialisierter Prüfer und Dienstleister für Qualitätssicherung nach Röntgenverordnung (RöV) unterstützen wir erfolgreich 800 Kunden in Deutschland und Österreich. Wir sind eigenständig und befassen uns im Kerngeschäft mit der Abnahme-, Teilabnahme- und Konstanzprüfung an Röntgensystemen und deren Systemkomponenten. Ohne Ausnahme wird jedes System geprüft und vollständig digital erfasst.	– Abnahme- und Konstanzprüfungen nach Röntgenverordnung – Alle Prüfungen nach DIN Reihe 6868 – elektrische Sicherheitsprüfungen
	KARL STORZ GmbH & Co. KG Mittelstraße 8 78532 Tuttlingen Tel.: +49-(0)7461-708-0 Fax: +49-(0)7461-708-105 E-Mail: info@karlstorz.de www.karlstorz.com	**KARL STORZ** ist weltweit einer der führenden Anbieter im Bereich der Endoskopie für alle Anwendungsbereiche. Das Familienunternehmen mit über 60-jähriger Tradition ist für seine Innovationen und qualitativ hochwertigen Produkte bekannt. Mit dem KARL STORZ OR1™ ist der visionäre Entwurf eines integrierten OP-Konzepts für die minimalinvasive Chirurgie Wirklichkeit geworden.	– Integrierter Operationssaal – Dokumentation – Endoskopie
	synedra IT GmbH Feldstr. 1/13 6020 Innsbruck, Österreich Tel.: + 43-(0)512-58 15 05 Fax: + 43-(0)512-58 15 05 -111 E-Mail: office@synedra.com www.synedra.com	Unsere Kernkompetenz liegt in der Archivierung und Visualisierung von Daten in Gesundheitseinrichtungen. Damit ermöglichen wir eine gesamtheitliche Betrachtung der Bereiche PACS, Bild- und Befundverteilung, Video- und Fotodokumentation bis hin zur rechtssicheren Archivierung von Dokumenten. Als Lösungskonzept bieten wir ein medizinisches Universalarchiv mit qualifizierter Beratung, Implementierung und Support. Referenzen von der radiologischen Praxis bis hin zum Uni-Klinikum beweisen die Leistungsfähigkeit von **synedra** AIM.	– Med. Universalarchiv – Scanning und Archivierung – PACS und Bildverteilung – Bilder, Video, Multimedia – Video im OP
	Telekom Healthcare Solutions Deutsche Telekom Healthcare and Security Solutions GmbH Friedrich-Ebert-Allee 140 53113 Bonn E-Mail: info@telekom-healthcare.com www.telekom-healthcare.com	**Telekom Healthcare Solutions** ist ein strategisches Wachstumsfeld der Deutschen Telekom. Zentral bündelt und steuert sie alle Healthcare-Einheiten weltweit und bietet eine breite Produktpalette an eHealth-Lösungen aus einer Hand für die Bereiche Vorsorge, Medizin/Pflege und Administration – im ambulanten, stationären und häuslichen Umfeld – an. Auf Basis innovativer ICT entstehen integrierte Lösungen für das Gesundheitswesen.	– Integrierte Vernetzungslösungen – KIS mobil und aus der Cloud – Skalierbare SAP-Systeme
	VDE Prüf- und Zertifizierungsinstitut GmbH Dipl.-Ing. Wilfried Babelotzky Leiter Kategorie CI2 / Head of Category CI2 Medizintechnik / Medical Devices Merianstraße 28 63069 Offenbach Tel.: + 49-(0)69-8306-220 E-Mail: Wilfried.Babelotzky@vde.com	Dienstleister für die schnelle, effiziente Zertifizierung von eHealth-Produkten / -Systemen und Telemedizin. Produktprüfung und Zertifizierung von aktiven Medizinprodukten. Prüfungen für den nordamerikanischen Markt (UL und CSA). Weltweiter Zugang in andere Länder mithilfe des CB--Zertifikates. QM-System-Zertifizierung für Hersteller von aktiven Medizinprodukten (CAMCAS zugelassene Auditoren).	– Produktprüfung – Auditierung von Prozessen (Software, Risikomanagement et al.) – QM-Systemzertifizierung – Benannte Stelle nach 93/42/EWG (CE 0366)
	VISUS Technology Transfer GmbH Universitätsstr. 136 44799 Bochum Tel.: + 49-(0)234 93693-0 Fax: + 49-(0)93693-199 E-Mail: info@visus.com www.visus.com	**VISUS – Enterprise PACS Solutions** Die **VISUS** ist ein führender Anbieter von Bildmanagement-Lösungen für Krankenhäuser und Praxen. Das Anwendungsspektrum der Produktfamilie JiveX reicht von PACS-Abteilungslösungen für verschiedene Fachdisziplinen über das abteilungsübergreifende Enterprise PACS mit Teleradiologie bis hin zu komplexen standortübergreifenden Verbundlösungen mit Rechenzentrumsbetrieb.	– Funktionsstark in der Radiologie – JiveX PACS – Einheitliches Bildmanagement – JiveX Integrated Imaging (PACS-II) – Im Verbund – JiveX Netzwerklösungen
	Vitaphone GmbH Markircher Straße 22 68229 Mannheim Tel.: + 49-(0)621-17 89 18-100 Fax: + 49-(0)621-17 89 18-101 E-Mail: info@vitaphone.de www.vitaphone.de	**Vitaphone** ist ein führendes Unternehmen für innovative telemedizinische Lösungen. Die vitaphone LIFEDATA Technologie verbindet Messung und Übertragung von Vitaldaten/Biosignalen mit einem Telemedizinischen Service Center und einer leistungsstarken Softwareplattform für umfassendes sektorübergreifendes Versorgungs- und Casemanagement. Vitaphone bietet markterprobte Konzepte zur Unterstützung effizienter Diagnostik, leitliniengerechter Therapie, besserer Compliance und nachhaltiger Qualitätssicherung.	– Telemedizinische Lösungen – sektorübergreifendes Versorgungs- und Casemanagement – Telemedizinische Hardware, Software und Services

Interoperabilität – digital und vernetzt

ARVATO SYSTEMS: Die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen erfordert Vernetzung. arvato Systems schafft dafür die nötigen Voraussetzungen.

Die Digitalisierung hält mehr und mehr Einzug in das deutsche Gesundheitswesen. Patienten und Leistungserbringer profitieren von der fortschreitenden digitalen Transformation und den damit einhergehenden neuen Möglichkeiten gleichermaßen – beispielsweise durch effizientere Abläufe oder den Zugriff auf vollständigere Patienteninformationen.

Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz unterschiedlicher IKT-gestützter Anwendungen im Gesundheitswesen ist eine funktionierende Vernetzung – Interoperabilität nimmt in diesem Kontext eine absolute Schlüsselfunktion ein, sie gewährleistet die sichere und fehlerfreie Kommunikation zwischen den einzelnen IKT-Anwendungen wie z.B. dem Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen und dem Krankenhausinformationssystem.

Das aktuell wohl bedeutendste Vorhaben, das im Zusammenhang mit Interoperabilität zu nennen ist, ist der Aufbau der Telematikinfrastruktur mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Ziel des Projektes ist die nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen durch eine optimale Vernetzung der verschiedenen Akteure. Mit dem Aufbau und dem Betrieb der zentralen Telematikinfrastruktur (TI) schafft arvato Systems die Voraussetzungen für eine sichere und zentrale Vernetzung.

Jan Wemmel, Director Health & Public Sector bei arvato Systems

Ein interoperables und digitalisiertes Gesundheitssystem und der damit einhergehende Aufbau und Betrieb einer TI ist eines der komplexesten und anspruchsvollsten IT-Projekte weltweit und eine echte „Mammut-Aufgabe", das eine große Anzahl vielschichtiger Aspekte mit sich bringt.

Das Thema Datensicherheit ist sicherlich als eines der drängendsten zu nennen. Vor allem, weil es sich im Umfeld der eGK zumeist um hochsensible Daten handelt, die eines größtmöglichen Schutzes bedürfen. Die Auswahl des geeigneten IT-Partners, der um die speziellen Belange im Gesundheitswesen weiß, ist für die Umsetzung derart wegweisender Projekte daher von größter Bedeutung.

Beim Aufbau und Betrieb der TI für die Erprobung der eGK spielen Aspekte der Datensicherheit eine wichtige Rolle. Jan Wemmel, Director Health & Public Sector bei arvato Systems, erläutert: „Datensicherheit hat bei uns höchste Priorität. Zudem bauen und betreiben wir die zentrale TI innerhalb des deutschen Rechtsraumes. Als Unternehmen mit einer deutschen Muttergesellschaft sind wir so in der Lage, Daten in höchstem Maße zu schützen."

arvato Systems hat sich Themen, die sich rund um die Digitalisierung im öffentlichen Sektor und im Gesundheitswesen drehen, auf die Fahne geschrieben. Nicht zuletzt, weil wir in der Lage sind, die Digitalisierung praktisch voranzutreiben – und das mit den erforderlichen datenschutzrechtlichen Gegebenheiten und den notwendigen Ressourcen. Im Verbund der zum Bertelsmann Konzern gehörenden arvato arbeiten mehr als 3 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei arvato Systems an intelligenten Kombinationen aus Planung, Entwicklung, Systemintegration und Betrieb sowie Betreuung von IT-Systemen.

arvato SYSTEMS

- **arvato Systems**
- **Jan Wemmel**
- **Tel.: +49-(0)5241-80 88 833**
- **info@arvato-systems.de**
- **www.arvato-systems.de**

Manchester Triage mit MCC

MEIERHOFER: Im Klinikum Aschaffenburg läuft die Einstufung in der Notaufnahme mittels Manchester Triage elektronisch im Krankenhausinformationssystem MCC.

Montagvormittag in der ZNA des Klinikums Aschaffenburg: Die junge Frau lehnt erschöpft den Kopf an die Schulter ihres Mannes. „Ein Gallenproblem, die Laborwerte waren schlecht." Eine Patientin, eingewiesen vom Hausarzt mit Verdacht auf Herzinfarkt. Ein junger Mann mit starkem Bauchweh, Verdacht auf Blinddarmentzündung. Ein Arbeiter leidet unter plötzlichen Rückenschmerzen. Angekündigt ist der Rettungswagen mit einer älteren Dame, vielleicht ein Schlaganfall. Wen sollten die Ärzte zuerst versorgen? Nicht die Reihenfolge des Ankommens, sondern die Dringlichkeit entscheidet.

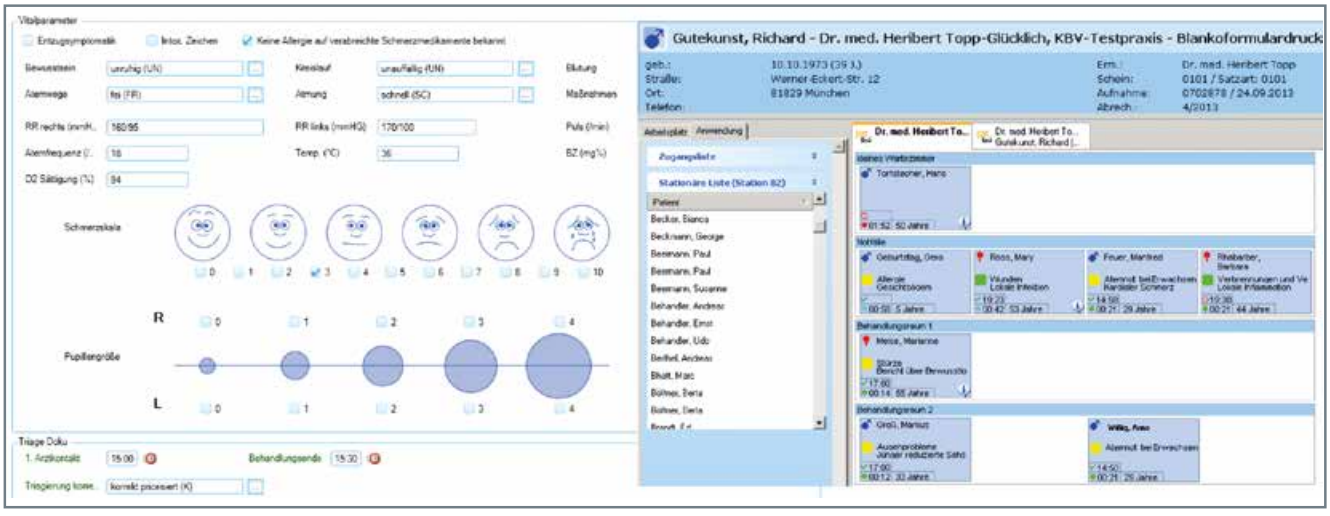
„Ersteinschätzung" heißt die Methode, mit deren Hilfe bei hohem Patientenaufkommen festgelegt wird, welchen Patienten der Arzt zuerst sehen sollte. Akute Notfälle müssen identifiziert und umgehend versorgt werden. Weniger dringlich eingestufte Patienten warten, bis die Ärzte Zeit für sie haben. Die Einschätzung übernehmen Pflegekräfte, die angekommene Patienten sehr zügig befragen und in Dringlichkeitsstufen einordnen, nach dem System der Manchester Triage. Entwickelt wurde die Methode der Risikoeinschätzung, Triage genannt, um bei knappen Ressourcen im Krieg oder bei Katastrophen möglichst viele Verwundete möglichst effektiv zu versorgen.

Schneller einstufen mit MCC

Mit der Manchester Triage wenden heute die Notaufnahmen vieler Krankenhäuser eine modifizierte Triage-Form an. Dabei bleibt kein Patient unversorgt. Patienten werden in fünf Stufen eingeteilt, denen Maximalzeiten zugeordnet sind, unterhalb derer sie, ohne Schaden zu nehmen, warten können. Kriterien sind Lebensgefahr etwa bei fehlender Atmung, Blutverlust, Bewusstlosigkeit und anderes. Seit Februar 2014 wird die Einstufung in Aschaffenburg nicht mehr auf Papier vorgenommen, sondern läuft elektronisch im Krankenhausinformationssystem MCC der Firma MEIERHOFER. Damit wird es den Pflegekräften noch leichter gemacht, Notfälle schnell und sicher einzustufen. Das durch das Deutsche Netzwerk Ersteinschätzung (DNEE) zertifizierte IT-Modul umfasst 50 Krankheitsbilder und deren wesentliche Symptome, die fünf Prioritätsgruppen zugeordnet sind.

Ärzte, Pflege und IT sind zufrieden

Das Prinzip ist einfach: Das Manchester-Triage-Modul wird aus der elektronischen Ambulanzkarte in MCC aufgerufen. In vordefinierten Feldern werden nun spezielle und generelle Indikatoren angekreuzt und der Notfall ist innerhalb kürzester Zeit eingestuft. Auf dieser Grundlage berechnet MCC automatisch den Zeitraum, bis zu dem der Arztkontakt erfolgen muss. Die gesamte Triagierung dauert nicht länger als 30 Se-



Übersichtliche Triagierung in MCC

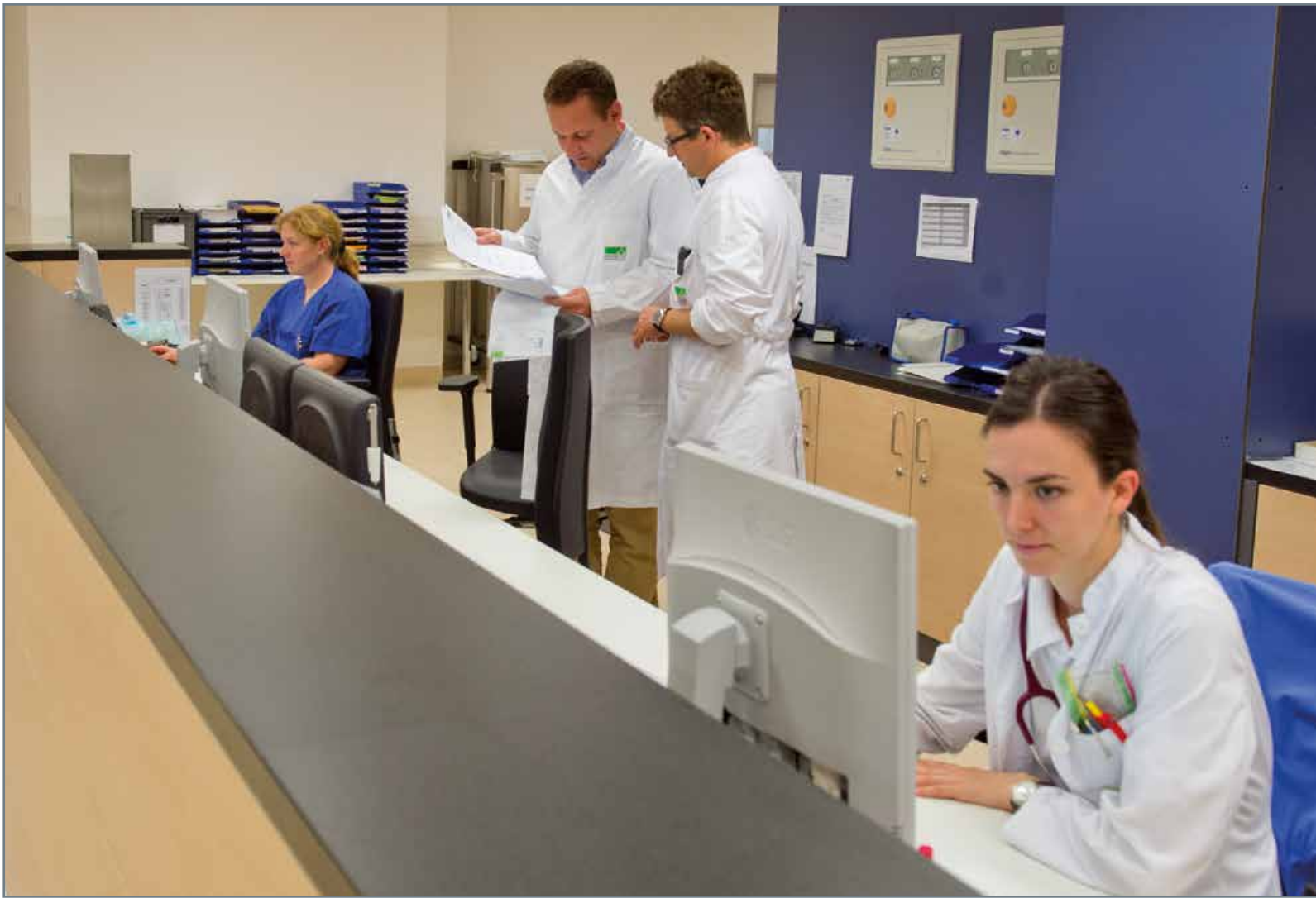


FOTO: KLINIKUM ASCHAFFENBURG

kunden. Dr. Christian Pietsch, Chefarzt der Zentralen Notaufnahme, weiß um die Wichtigkeit des Systems: „Ohne Ersteinschätzung ist eine objektive Priorisierung der Behandlungsdringlichkeit insbesondere bei hohem Patientenaufkommen nahezu unmöglich." Und aus Sicht der IT-Abteilung? Stefan Xhonneux, verantwortlich für die MCC-Einführung, erklärt die Intention zur Entwicklung einer eigenen Oberfläche. „Aufgrund der flexiblen MCC-Architektur war es uns möglich, eine übersichtliche Arbeitsliste zu entwickeln, die die Bedürfnisse aller Berufsgruppen gleichermaßen abbildet."

Übersichtliches Farbschema

Im täglichen Betrieb der Notaufnahme kommt es vor allem auf schnelle Entscheidungen an. In MCC unterstützt deshalb ein übersichtliches Farbschema die Einstufung. Von Rot, gleich „Sofort" für eine akut lebensbedrohende Situation, über Orange (sehr dringend, maximal 10 Minuten), Gelb (dringend), Grün (normal) bis Blau (nicht dringend) reicht die Abstufung.

Dieser Farbcode wird den Patientendaten im PC nach der Einstufung automatisch zugeordnet. So ist an jedem Bildschirm der ZNA auf einen Blick zu erkennen, was dringend ist. Damit hilft die Risikoeinschätzung – gerade an Tagen wie dem beschriebenen Montagvormittag in Aschaffenburg –, dabei den Überblick zu bewahren.

MEIERHOFER AG
Perspektiven erleben

- **MEIERHOFER AG**
- **Werner-Eckert-Straße 12**
- **81829 München**
- **Tel.: +43 - (0) 89-44 23 16-0**
- **Fax: +43 - (0) 89-44 23 16-666**
- **info@meierhofer.de**
- **www.meierhofer.de**

Effektiv vom Diktat zum Dokument

GRUNDIG BUSINESS SYSTEMS: Die umfassende Komplettlösung spart Ressourcen, ermöglicht einen reibungslosen Rollout und einen schnellen ROI im Krankenhaus.

Ein ROI von nur 24 Monaten für Krankenhäuser bei der Einführung digitaler Sprachverarbeitung ist das Ziel der Grundig Business Systems GmbH. Mit den Grundig Lösungen für das Gesundheitswesen ist dies möglich und durch zahlreiche Anwender belegt. Die Komplettlösung geht von der Prozessberatung und dem Projektmanagement, zum Produktportfolio aus Diktierhardware, Software für das Diktatmanagement und Spracherkennung bis zum kompletten LifeCycle-Service.

Schnittstellen für einen idealen Workflow

Zentraler Teil des Workflowsystems ist die Diktier- und Wiedergabesoftware DigtaSoft Pro, welche je nach Anforderung mit den weiteren Hard- und Softwarekomponenten zusammenarbeitet. Dafür stehen verschiedene Schnittstellen für fast alle Anforderungen bereit. So können z.B. mit dem DigtaSoft-HL7-Service auf Basis dieses Standardprotokolls Anbindungen an fast alle KIS oder PACS realisiert werden. Die HL7-Schnittstelle wird in diesem Fall genutzt, um Patientendaten an das Diktiersystem zu übertragen und Nachrichten über erstellte Diktate an das KIS zu senden. Damit kann eine eindeutige Patientenzuordnung beim Diktieren und Transkribieren auch über mobile Diktiergeräte sichergestellt werden. Zusätzliche Module wie der Digta WLAN-Adapter und die serverbasierte Verwaltung von Diktiergeräten ermöglichen weitere Prozessverbesserungen.

Vielfältige Spracherkennungslösungen

Die Grundig Lösungen für das Gesundheitswesen umfassen auch vielfältige medizinische Spracherkennungslösungen. Speziell für Einzelarbeitsplätze mit Fat Clients steht DigtaSoft Voice medical zur Verfügung. Dieses Produkt beinhaltet zahlreiche medizinische Wortschätze, zum Beispiel für allgemeine und innere Medizin, Psychiatrie, Radiologie, Chirurgie, Orthopädie, Neurologie und Kardiologie, und liefert hervorragende Erkennungsergebnisse.

Kombiniert werden kann DigtaSoft Voice medical mit dem Central Voice Transcriber (CVT), um die Spracherkennung von Diktaten zu ermöglichen, die mit mobilen Diktiergeräten aufgezeichnet wurden. Die Erkennung erfolgt zentral auf einem Netzwerkrechner, sodass die Kapazitäten auf den Rechnern von Diktanten und Schreibkräften frei bleiben. Im Anschluss führt die Schreibkraft letzte Korrekturen und Formatierungen am Dokument durch. Anhand des fertigen Dokuments erfolgt automatisch die Vokabularpflege.

Insbesondere für die direkte Erkennung „am Cursor“ in Citrix- und Terminalserver-Umgebungen mit Thin Clients bietet GBS das serverbasierte Produkt Dragon Medical 360 Direct an. Der Cursor muss nur in das jeweilige Textfenster (auch in KIS- oder Praxissystemen) gesetzt werden und schon kann diktiert werden. Der erkannte Text wird sofort angezeigt. Durch das Serverkonzept kann der Arzt quasi an jedem Arbeitsplatz im Haus arbeiten.

Diese umfassende Komplettlösung aus einer Hand spart Ressourcen, ermöglicht einen reibungslosen Rollout und einen schnellen ROI im Krankenhaus.

GRUNDIG
Business Systems

- **Grundig Business Systems GmbH**
- **Weiherstr. 10**
- **95448 Bayreuth**
- **Tel.: +49-(0)921-908 796 86**
- **www.grundig-gbs.com**

Nächste Generation Healthcare IT

CERNER: Cerner übernimmt Siemens Healthcare Services – gemeinsam bilden sie eine strategische Allianz, um Innovationen in der Branche voranzutreiben.

Cerner und der ehemalige Siemens-Unternehmensbereich verfügen über ein gemeinsames jährliches Investitionsbudget für Forschung und Entwicklung in Höhe von 650 Millionen US-Dollar. Die kumulierten Mittel werden für die Entwicklung einer neuen Generation von Healthcare-IT-Lösungen eingesetzt. Damit soll es Kunden ermöglicht werden, ihre Kosten zu optimieren und gleichzeitig die Versorgungsqualität zu verbessern.

„Durch das Zusammenlegen unseres Kundenstamms, der Investitionen in Forschung und Entwicklung und unserer Mitarbeiter sind wir bestens positioniert, um unsere Kunden durch eine der dynamischsten Zeiten im Gesundheitswesen zu führen", kommentiert Neal Patterson, Chairman, CEO und Mitgründer von Cerner. „Cerner konzentriert sich weiterhin auf die wichtigsten Entwicklungsbereiche: Population Health Management, Workflowoptimierung, Interoperabilität, Administration und Abrechnung sowie mobile Lösungen. Für uns sind dies die entscheidenden Investitionsbereiche. Hier muss gewährleistet sein, dass Gesundheitsversorger den ständig wachsenden regulatorischen Anforderungen gerecht werden, ihre Kosten kontrollieren und gleichzeitig die Patientenversorgung verbessern können."

Cerner und die Siemens AG, die ehemalige Muttergesellschaft der Siemens Health Services, werden zukünftig gemeinsam in einer strategischen Allianz Innovationen in der Branche vorantreiben. Diese Allianz verbindet Cerners führendes Know-how im Bereich Healthcare IT mit der Siemens-Expertise im Bereich medizinischer Geräte und medizinischer Bildverarbeitung. Während der ersten drei Jahre plant jede der Organisationen hierfür Investitionen von bis zu 50 Millionen US-Dollar. Der Schwerpunkt der Allianz liegt zunächst auf der Integration von Sektoren wie Diagnostik und medizinischer Therapeutik mit der elektronischen Patientenakte.

„Siemens ist eine alteingesessene Firma mit einer langen und beachtlichen Erfolgsbilanz im Gesundheitswesen", so Patterson. „Ein besonderes Merkmal dieser Akquisition ist, dass wir weiter mit der Siemens AG im Rahmen einer Entwicklungspartnerschaft zusammenarbeiten werden, um die Interoperabilität der elektronischen Patientenakte mit medizinischen Geräten voranzutreiben."

- **Cerner Deutschland GmbH**
- **Cunoweg 1**
- **65510 Idstein**
- **informationen@cerner.com**
- **www.cerner.com**

ANZEIGE

Fachhochschule Flensburg
Flensburg University of Applied Sciences

An der Fachhochschule Flensburg werden zum nächstmöglichen Zeitpunkt, zeitlich befristet bis zum 31.12.2018, in Teilzeit (75%)

3 Wissenschaftliche Mitarbeiter/innen für das Projekt „Baltic Sea Campus on eHealth"

gesucht. Die Vergütung erfolgt nach Entgeltgruppe 13 TV-L.

Das Aufgabengebiet umfasst die Mitarbeit in der anwendungsnahen Forschung und Lehre. Sie bearbeiten aktuelle Forschungsthemen an der Schnittstelle von Gesundheitsversorgung, Betriebswirtschaft und Informationstechnologie.

Die genaue Stellenausschreibung, darin enthalten auch die Anforderungen an die Bewerber/innen, finden Sie auf unserer Homepage **www.fh-flensburg.de** unter der Rubrik Stellenausschreibungen. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisse) senden Sie bitte bis zum **12.03.2015** an die **Kanzlerin der Fachhochschule Flensburg, Frau Sabine Christiansen, Postfach 15 61, 24905 Flensburg** oder per E-Mail an **personal.bewerbungen@fh-flensburg.de.**

TERMINE

KONGRESSE UND MESSEN

DINK 2015 **5. – 6. März 2015** **Koblenz**	Bereits zum sechsten Mal findet 2015 der Deutsche Interdisziplinäre Notfallmedizin Kongress (DINK) statt – in diesem Jahr zum ersten Mal in der Rhein-Mosel-Halle in Koblenz, was es den Veranstaltern ermöglicht, neben dem etablierten Kongressformat in drei großen Vortragssälen auch Räumlichkeiten für Workshops, Simulationen und Arbeitsgruppentreffen bereitzustellen. Der Kongress kann somit neben seinem wissenschaftlichen Ansatz nun auch den Fortbildungsanteil ausbauen sowie den Vernetzungscharakter weiter stärken.	**Rhein-Mosel-Halle** **www.dink2015.de**
Interoperabilitätsforum **16. – 17. März 2015** **Berlin**	Das Interoperabilitätsforum wird gemeinsam von den Initiatoren HL7 Deutschland (den technischen Komitees), IHE Deutschland sowie der AG Interoperabilität des bvitg und dem Fachbereich Medizinische Informatik des DIN sowie weiteren Mitwirkenden veranstaltet. Dabei werden Fragen und Probleme der Interoperabilität in der Kommunikation zwischen verschiedenen Anwendungen vorgestellt, Lösungsansätze dafür eruiert und darauf aufbauend entsprechende Aktivitäten festgelegt.	**www.interoperabilitaetsforum.de**
3. Bayerischer Tag der Telemedizin **24. – 25. März 2015** **Erlangen-Nürnberg**	Unter dem Motto „Telemedizin: Ein Schrittmacher des Gesundheitswesens“ findet der 3. Bayerische Tag der Telemedizin in diesem Jahr statt. In Form eines neuen Rahmenkonzeptes werden am 25. März 2015 vor allem Start-ups aus der Szene der Gesundheitstelematik (E-Health, Telemedizin, AAL) eine besondere Gewichtung bekommen. Am Kongressvortag, dem 24. März, wird im Rahmen des Bayerischen Tags der Telemedizin erstmalig eine Exkursion zu regionalen Telemedizinprojekten veranstaltet.	**Medizinische Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg** **www.telemedizintag.de**
7. TMF-Jahreskongress 2015 **25. – 26. März 2015** **Hannover**	Der diesjährige TMF-Jahreskongress widmet sich im Schwerpunkt den Themen Verbundforschung im föderalen Deutschland sowie kooperative Gesundheitsforschung zwischen Human- und Veterinärmedizin. Daneben werden Bereiche wie Klinische Forschung, Ethik, Biobanken und Datenaustausch zwischen Forschungseinrichtungen dort vorgestellt und diskutiert.	**Tierärztliche Hochschule Hannover** **www.tmf-ev.de/Termine/Jahreskongress2015**
Vernetztes Gesundheitswesen **26. März 2015** **Luzern, Schweiz**	Zentrale Themen der Tagung im schweizerischen Luzern sind die digitale Vernetzung des Spitals zum einrichtungsübergreifenden Datenaustausch, Zuweiserbindung, Integrierte Versorgung. Im Rahmen einer parallelen Clinical Documentation Challenge zeigen Anbieter ihre Vernetzungslösungen.	**Kantonsspital** **www.digitale-gesundheit.ch/events/vernetztes-gesundheitswesen/**
81. Jahrestagung DGK **8. – 11. April 2015** **Mannheim**	Die 81. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DKG) im Mannheimer Rosengarten steht unter dem Tagungsthema „Herzinsuffizienz“. Kongresspräsident ist in diesem Jahr Prof. Dr. Stephan B. Felix aus Greifswald.	**Congress Center Rosengarten Mannheim** **www.dgk.org**
conhIT 2015 **14. – 16. April 2015** **Berlin**	Als integrierte Gesamtveranstaltung mit den vier Veranstaltungsteilen Industrie-Messe, Kongress, Akademie und Networking unterstützt die conhIT aktiv den Dialog zwischen Herstellern, Anwendern, Politik und Wissenschaft. In diesem Jahr wird erstmalig eine „mobile health ZONE“ in Halle 4.2 eingerichtet, auf der mobile IT-Lösungen gezeigt werden.	**Messe Berlin** **www.conhit.de**
Wümek 2015 – Kongress für Technologiemanagement im Krankenhaus **23. – 24. April 2015** **Würzburg**	Wümek bietet ein Forum für eine Vielzahl von Unternehmen, Verbänden und Personen sich ergänzender Branchen, die in der Gesundheits- und Umweltwirtschaft tätig sind. Die Zielsetzung ist Kontakte zu knüpfen, das eigene Netzwerk auszubauen und durch die gegenseitige Unterstützung und den gegenseitigen Austausch zu lernen, zu profitieren und neue Geschäftsbeziehungen zu schaffen.	**Congresszentrum Würzburg (CCW)** **www.euritim.de/veranstaltungen/wuemek.html**

MED.software **29. – 30. April 2015** **Nürnberg**	Die Medizintechnik-Tagung findet in diesem Jahr bereits zum vierten Mal statt. Wie gewohnt wird sie mit Vorträgen aus Industrie und Forschung einen kompakten Überblick über Trends und aktuelle Entwicklungen geben und präsentiert außerdem Best Practices sowie Interpretationshilfen für regulatorische Vorgaben. Die Veranstaltung bietet somit eine gute Diskussionsplattform für den fachlichen Informationsaustausch.	**Congress Hotel Mercure Nürnberg** **www.medsoftware-tagung.de**
AAL-Kongress / Zukunft Lebensräume **29. – 30. April 2015** **Frankfurt am Main**	Die Zukunft Lebensräume und der AAL-Kongress gehen neue Wege: Erstmalig veranstalten der VDE und die Messe Frankfurt gemeinsam den AAL-Kongress und die Zukunft Lebensräume am 29. und 30. April 2015 in Frankfurt am Main. Beide Veranstalter wollen damit den Schulterschluss zwischen Forschung, Entwicklung und Anwendung weiter intensivieren. Die zentrale Frage bleibt: Wie kann ein selbstbestimmtes und aktives Leben mit hohen Standards dauerhaft gewährleistet werden?	**Messe Frankfurt** **www.aal-kongress.de** **www.zukunft-lebensräume.de**
X. Kongress für Gesundheitsnetzwerker **29. – 30. April 2015** **Berlin**	Der X. Kongress für Gesundheitsnetzwerker fällt mitten in die Debatte um die Stärkung der Versorgung. Kenner des Kongresses wissen es schon lange: Gute Versorgung verzahnt die verschiedenen Ebenen und Akteure. Seit zehn Jahren gibt es Selektivverträge und den Kongress als Plattform, auf der sich jährlich rund 500 Akteure, die an sektorübergreifenden Lösungen arbeiten, vernetzen. Projekte werden dort vorgestellt sowie neue Entwicklungen politisch diskutiert sowie mit Kassen und Verbänden um die Weiterentwicklung der Vernetzung gerungen.	**Langenbeck-Virchow-Haus** **www.gesundheitsnetzwerker.de**

ANZEIGE

ZNA

DINK 2015
gemeinsam. leben. sichern.
präklinisch – Notaufnahme – innerklinisch

DEUTSCHER INTERDISZIPLINÄRER NOTFALLMEDIZIN KONGRESS

NEUER VERANSTALTUNGSORT

05. - 06. März 2015 · Rhein-Mosel-Halle, Koblenz

INFORMATION UND AUSKUNFT:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911/39316-40, Fax: 0911/39316-66
E-mail: dink@mcnag.info, Internet: www.dink2015.de

BÜCHER

PATIENT 2.0

Patienten stehen heute eine nahezu unüberschaubare Menge an Gesundheitsinformationen zur Verfügung und nicht zuletzt auch Möglichkeiten, eigene Vitalwerte und Gesundheitsdaten zu messen und zu verwalten. Das Handbuch „Gesundheit 2.0“ greift Stichworte wie digitale Gesundheit, ePatient, Health 2.0 auf und versucht, Orientierung in dem weiten Feld der vernetzten Gesundheit zu geben. Das Spektrum der Themen reicht von offener Kommunikation, Transparenz und Partizipation über elektronische Gesundheitsdossiers und medizinische Gesundheitsdaten bis hin zu Online-Patienten-Communities, Telemedizin oder eBeratung. Wie kann ich mich als Patient über meine Erkrankung infomieren und einen aktiven Beitrag zur Behandlung leisten? Wie schaffe ich es als Arzt, meinen Patienten zur Eigenrecherche zu ermutigen, ohne dies als Angriff auf meine Kompetenz zu werten? Fragebögen und Checklisten geben hierzu konkrete Handreichungen. Die Herausgeber, zwei Schweizer Kommunikationsforscher, die u. a. das Institut für Kommunikation & Führung in Luzern leiten, sehen ihr „ePatienten-Handbuch“ vor allem als Hilfestellung für Patienten, sich in der neuen eHealth-Welt zurechtzufinden, um einen selbstbestimmten Zugang dazu zu erlangen. So finden sich unter den Autoren der Beiträge nicht nur Health Professionals wie Lucien Engelen, sondern auch der als „ePatient Dave“ bekannt gewordene niederländische ePatientenaktivist Dave deBronkart. Das Handbuch ist eine hilfreiche Orientierung für Patienten, aber bietet auch eHealth-Profis spannende Einsichten in die Perspektive von Patienten im digitalen Gesundheitswesen. *(Wolf)*

Gesundheit 2.0
Das ePatienten-Handbuch
Prof. Dr. Andréa Belliger,
Prof. Dr. David J. Krieger (Hg.)
Transcript Verlag, Bielefeld 2014
15,99 Euro

TMF 2.0 – DATENSCHUTZ IN DER FORSCHUNG

Da medizinische Forschung inzwischen größtenteils in Forschungsverbünden stattfindet, die sich und ihre gewonnenen klinischen Daten und Proben vernetzen, spielt auch die Frage von Datenschutz und Datensicherheit eine immer wichtigere Rolle. Die TMF hat bereits 2003 erstmals generische Datenschutzkonzepte für medizinische Forschungsverbünde veröffentlicht, mit den Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder abgestimmt und der Forschergemeinschaft bereitgestellt. Auf dieser Basis konnten zahlreiche Forschungsprojekte ihre Datenschutzkonzepte schneller erarbeiten und abstimmen. Der vorliegende Band enthält nun eine grundlegende Überarbeitung der generischen Konzepte, in die auch Erfahrungen aus bisherigen Anwendungen eingeflossen sind. So trägt das neue Konzept der Vielschichtigkeit medizinischer Forschungsprozesse durch einen modularen Aufbau Rechnung und wurde zudem in einen umfassenden Leitfaden eingebettet. Auch das neue Konzept wurde ausführlich mit Datenschützern abgestimmt und wird von der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder medizinischen Forschungsprojekten und Verbünden als Basis für die Ausarbeitung von Datenschutzkonzepten empfohlen. *(Wolf)*

Leitfaden zum Datenschutz in medizinischen Forschungsprojekten – Generische Lösungen der TMF 2.0
Prof. Dr. Klaus Pommerening, Dr. Johannes Drepper, Dr. Krister Helbing, Dr. Thomas Ganslandt
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2014
64,95 Euro

FINDEX

NAMEN

Adam, Jennifer	58, 66
Bandodkar, Amay	6
Barjenbruch, Mark	16
Bartmann, Franz-Joseph	18
Bick, Ulrich	22
Bieger, Michael	10
Brauns, Hans-Jochen	34
Breil, Bernhard	62
Cremer, Jochen	45
Dreyer, Horst Martin	10
Dunnick, N. Reed	20
Eibich, Uwe	54, 66
Elmer, Arno	73
Elsner, Ulrike	16
Engelhardt, Reimar	69
Engelmann, Uwe	25
Faltin, Jürgen	73
Flemming, Jürgen	69
Gartner, Günter	69
Gassen, Andreas	19
Goerdeler, Andreas	68
Götz, Martina	13
Graffé, Wolfang	10
Gröhe, Hermann	14
Haas, Peter	62
Hager, Lutz	68
Hamm, Christian	43
Hauswirth, Manfred	10
Heitkamp, Markus	13
Herrmann, Peter	10
Hinz, Rolf	10
Hoffmann, Wolfgang	47
Holstein, Jörg	66
Ihls, Alexander	10
Kaindl, Arthur	25
Kalmbacher, Michael	69
Kassner, Andreas	38
Katus, Hugo	9
Knackstedt, Christian	50
Kramer, Jan	11
Kuck, Karl-Heinz	45
Kuhlemann, Heino	13
Leeuws, Jan	23
Levin, David C.	24
Lohrke, Hans Willi	25
Lüder, Silke	17
Marks, Lawrence B.	25
Marx, Gernot	50
Maus-Haack, Martin	23
Meierhofer, Matthias	61, 66
Mittelstaedt, Ekkehard	17, 60
Möhlmann, Harald	47
Müschenich, Markus	8
Napp, Andreas	49
Naumann, Jens	56, 66
Noelle, Guido	68
Obermann, René	10
Oemig, Frank	10
Patterson, Neal	81
Petersen, Morten Elbaek	68
Pietsch, Christian	79
Rimmele, Monika	10, 66
Rohleder, Bernhard	19
Rossaint, Rolf	50
Salzburger, Werner	10
Saragnese, Gene	22
Schenk, Oliver	61
Schieferdecker, Ina	10
Schmitt, Rainer	52
Schmitz, Manfred	13
Schütz, Thorsten	69
Schwanke, Jens	38
Schwartz, Peter H.	12
Siegmund-Schultze, Elisabeth	68
Simon, Anke	69
Skobel, Erik	50
Stahre, Eric	24
Veitl, Wolfram	23
Vuylsteke, Pieter	23
Wehmeier, Axel	66
Wemmel, Jan	77
Xhonneux, Stefan	79
Zilch, Sebastian	66

FIRMEN & ORGANISATIONEN

Agfa HealthCare	13, 23
AOK	46
arvato Systems	77
ATOS Klinik	36
BIOTRONIK	7
BITKOM	7
BMC	68
BSI	69
Bundesverband Internetmedizin	8
BvD	39
bvitg	39, 54, 58
BVMed	73
BVMI	72
Cerner	81
Charité	22
CHILI	25
CHREMASOFT	54
CompuGroup Medical	10, 36, 54
Deutsche Herzstiftung	43
Deutsche Krebshilfe	7
Deutschen Gesellschaft für Kardiologie	9, 43
Deutsches Gelenkzentrum Heidelberg	36
Deutsches Gesundheitsnetz (DGN)	11
Deutsches Herzzentrum Berlin	9
DGPK	43
DGTelemed	19, 34, 70
DGTHG	43
eHealthOpen	13
evimed	66
FOKUS	10
FUJIFILM	23
GDD	39
GE Healthcare	24, 52
gematik	14, 61, 70, 73
gevko	68
GMDS	39, 72
Grundig	80
Hochschule Niederrhein	54
IHE Deutschland	10
IMS Health	66
i-SOLUTIONS Health	10
KH-IT	69
MARABU	66
medatixx	10, 56
mediDOK	66
MEIERHOFER	53, 79
mixray	36
Norwegisches Telemedizinzentrum NST	12
Philips	22
Regenstrief Institute, Indianapolis	12
RSNA	20
Russian Association for Telemedicine (RATM)	32
Samsung (HME)	23
Siemens	24, 81
synMedico	13
Telekom Healthcare Solutions	13, 66
Tiroler Gebietskrankenkasse TGKK	10
TMF	72
Toshiba	24
TU Chemnitz	10
Uniklinik Aachen	49
Universitäres Herzzentrum Hamburg (UHZ)	53
Universität Greifswald	47
Universitätsklinikum Eppendorf (UKE)	53
Universitätsklinikum Leipzig	7
VDE	7, 54
VISUS	10, 25
ZTG	28

IMPRESSUM

E-HEALTH-COM
Magazin für Health IT, vernetzte Medizintechnik und Telemedizin
www.e-health-com.eu

E-HEALTH-COM ist Verbandsorgan des Bundesverbandes Gesundheits-IT – bvitg e.V.

HERAUSGEBER UND CHEFREDAKTEUR:
Hans-Peter Bröckerhoff (v. i. S. d. P.)

REDAKTION:
Philipp Grätzel von Grätz, Miriam Mirza, Silke Weidner (Korrektorat), Anne Wolf (CvD)

WEITERE AUTOREN DIESER AUSGABE:
Manfred Beeres, Ralf Buchholz, Prof. Dr. Dr. Christian Dierks, Nora Eggers, Lisa Kautsch, Dr. Michael Lang, Wolfgang Loos, Dr. med. Petra Magosch, Beatrix Reiß, Prof. Dr. Andrei Selkov, Dr. Valeriy Stolyar, Veronika Strotbaum

BVITG MONITOR (S. 58-67):
v. i. S. d. P.: Ekkehard Mittelstaedt
Bundesverband Gesundheits-IT e.V.
Taubenstraße 23
10117 Berlin
Tel.: +49-(0)30-2062258-20
Fax: +49-(0)30-2062258-69
E-Mail: info@bvitg.de
www.bvitg.de

GRAFIK:
Katharina Doering

ANSCHRIFT REDAKTION UND VERLAG:
HEALTH-CARE-COM GmbH
Goethering 58, 63067 Offenbach am Main
Tel.: +49-(0)69-840 006 - 3020
Fax: +49-(0)69-840 006 - 8020
E-Mail: redaktion@e-health-com.eu

ABOSERVICE:
Per Internet: www.e-health-com.eu
Per E-Mail: abo@e-health-com.eu
Per Tel.: +49-(0)69-840 006 - 3001
Per Fax: +49-(0)69-840 006 - 8001
Per Post: Aboservice E-HEALTH-COM
Goethering 58
63067 Offenbach am Main

ERSCHEINUNGSWEISE:
6 Ausgaben pro Jahr (eine Doppelausgabe)

PREIS:
Jahresabonnement 57,60 Euro/CHF 95 plus 6,- Euro Porto (Deutschland) bzw. 11,- Euro Porto (Österreich) und CHF 18,10 (Schweiz)

ANZEIGEN:
Beate Gehm
Tel.: +49-(0)69-840 006 - 3030
Fax: +49-(0)69-840 006 - 8030
E-Mail: b.gehm@health-care-com.de
Es gilt die Anzeigenliste Nr. 1/2014

DRUCK:
Buch- und Offsetdruckerei
H. Heenemann GmbH & Co. KG
Bessemerstraße 83–91
12103 Berlin

AUFLAGE:
10000 Exemplare

Der Verlag übernimmt für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung. Mit der Übergabe der Manuskripte und Bilder erteilt der Verfasser dem Verlag das Exklusivrecht zur Veröffentlichung. Honorierte Arbeiten gehen in das Verfügungsrecht des Verlags über. Die kompletten Geschäftsbedingungen für Autoren sind unter www.e-health-com.eu (Autorenhinweise) einzusehen.

Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion nicht übernommen werden.

Eine Verwertung der urheberrechtlich geschützten Zeitschrift und Website und aller in ihnen enthaltenen Beiträge und Abbildungen, insbesondere durch Vervielfältigung oder Verbreitung, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags unzulässig, soweit sich aus dem Urheberrechtsgesetz nichts anderes ergibt.

ISSN-Nummer: 1862-7897

NICHT NUR FÜR DIE LEITMEDIEN

Mit einer offensiven Pressearbeit wurde die Veröffentlichung des Referentenentwurfs zum eHealth-Gesetz vorbereitet. Aber auch das Thema der Digitalisierung des Gesundheitswesens insgesamt braucht jetzt eine offensive **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.** Denn zurzeit ist die Aufmerksamkeit groß, Wissen und Verständnis sind aber oft noch mangelhaft.

EINE KLEINE MEISTERLEISTUNG der Pressearbeit war das schon. Am 13. Januar, kurz vor der Veröffentlichung des Referentenentwurfs für das eHealth-Gesetz, erschienen zwei Beiträge zum Thema in den beiden großen deutschen überregionalen Tageszeitungen, in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung und in der Süddeutschen Zeitung. In der F.A.Z. war es ein Namensbeitrag des Gesundheitsministers in der Rubrik „Fremde Federn", in dem Hermann Gröhe nicht nur förmlich in der Überschrift („Digitalisierung braucht Ergebnisse – jetzt!"), sondern auch inhaltlich ein Ausrufezeichen setzt. Er preist die Vorteile der Digitalisierung im Gesundheitswesen und geißelt die bisherigen Verzögerungen und Blockaden. Und er kündigt Druck und Härte an gegenüber denen, die weiterhin blockieren. In der SZ wird das Thema von einem Journalistenkollegen aufgenommen, der ebenfalls die Chancen und Potenziale von Telemedizin und Co. darstellt, die bisherigen Blockaden aus der Selbstverwaltung beschreibt und mit den Worten „Gesundheitsminister Gröhe will sich das nicht länger bieten lassen" auf das kommende eHealth-Gesetz überleitet. Dass der Autor das Glück eines Vor-Gesprächs (die übrige Presse wurde erst später unterrichtet) im Gesundheitsministerium hatte, machen dann die weiteren Zeilen klar, in denen er auf künftige Konsequenzen für die Selbstverwaltung bei der Nichteinhaltung von Terminen eingeht.

HANS-PETER BRÖCKERHOFF
ist Herausgeber dieses Magazins.
hp.broeckerhoff@e-health-com.eu

Ein solch offensiver Aufschlag in wichtigen Leitmedien – denn das sind die beiden von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und auch von den Journalisten anderer Medien wahrgenommenen Tageszeitungen immer noch – tut der Gesetzesinitiative gut. Und auch dem Thema Digitalisierung und eHealth insgesamt. Leider war die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zur eGK und Telematikinfrastruktur nicht immer so offensiv. Sie wurde bisher meist der Selbstverwaltung überlassen, die – wie in der Sache selbst – auch hier eher Blockaden produzierte.

»So produzierte etwa ein Kollege einer kleineren Tageszeitung einen abstrusen, von Nichtwissen, Ignoranz und Dummheit gekennzeichneten Beitrag.«

Wie die Pressearbeit geht auch der Gesetzentwurf selbst in die Offensive. Das loben auch (fast) alle an ihm. Zwar gingen viele Erwartungen über das hinaus, was jetzt im Referentenentwurf deutlich wird. Vor allem mehr Führung und Gestaltung in Sachen Interoperabilität und mehr Förderung und Entblockierung im Bereich Telemedizin hätten sich viele Experten gewünscht. Der „große Wurf", den so mancher erhofft hat, ist er wohl nicht, allerdings vielleicht doch so etwas wie ein Turbolader, der den Motor der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens ein wenig mehr auf Touren bringt.

ABER AN DIESER STELLE soll es nicht so sehr um den Gesetzentwurf selbst gehen. Dazu wird in E-HEALTH-COM sicher noch viel geschrieben werden. Hier geht es (wieder einmal) um die breite Information und Aufklärung über das Thema Vernetzung und Digitalisierung. Denn darum ist es, trotz aller guten Pressearbeit in den Leitmedien, immer noch, auch und gerade bei Journalisten, nicht gut bestellt. Es gibt noch viel Nicht- und Falschwissen. So produzierte beispielsweise ein Kollege einer kleineren Tageszeitung mit Bezug auf den Referentenentwurf einen so abstrusen, von Nichtwissen, Ignoranz und Dummheit gekennzeichneten Beitrag, dass einem schon ein Anflug von Fremdschämen kommen konnte. Und auch ein Beitrag eines der ARD-Politmagazine war wieder geprägt von den Märchen, die die ewigen Gegner der Telematikinfrastruktur aus gruppenegoistischen Gründen weiterhin verbreiten.

Wir brauchen – diese Erkenntnis ist nicht neu – mehr Kommunikation zum Thema. Und wir brauchen sie jetzt. Denn das eHealth-Gesetz bringt eine erhöhte Aufmerksamkeit. Spätestens bei seinem Inkrafttreten sollten möglichst alle Journalisten so viel Wissen und Verständnis zum Thema besitzen, dass sie überall und nicht nur in den Leitmedien eine professionell saubere Berichterstattung zustande bringen.

VDE VERLAG

Technik. Wissen. Weiterwissen.

Werb-Nr. 140260 / Bildquelle: © VILevi - Fotolia.com

Sicherheit für Patienten und Personal:

VDE-Auswahl zur Medizintechnik

Die wichtigsten Normen für medizinisch elektrische Geräte und Systeme.
Mit einem Abonnement behalten Sie immer im Blick, welche Normen zurzeit gültig sind.

- Automatische Aktualisierung
- Hohe Rabatte im Vergleich zum Einzelkauf
- Bedarfsgerechte Erweiterung um einzelne Normen

www.vde-verlag.de/auswahl

Der Pionier im Imaging wie auch in der Krankenhaus-IT setzt Maßstäbe durch die einzigartig große Spannbreite des Angebots. Als Vorreiter im Bereich Bildgebung mit Leistungen und Produkten vom physischen Film bis zu digitaler Radiographie, RIS und PACS. Als unangefochtener Marktführer in der Krankenhaus-IT mit den sowohl breitesten als auch am tiefsten integrierten Offerten an Software-Lösungen.

agfahealthcare.de

Auf Gesundheit fokussiert agieren

AGFA HealthCare