Sehr geehrter Leser,

Vielen Dank für Ihre Bestellung dieses Heftes als ePaper.

Dieses PDF-Dokument ist ausschließlich für Ihren persönlichen Gebrauch bestimmt. Die Übernahme und Nutzung der Daten zu anderen Zwecken bedarf der schriftlichen Genehmigung. Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an: redaktion@e-health-com.de

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Aboservice:
Per Internet: www.e-health-com.eu
Per E-Mail: abo@e-health-com.eu
Per Tel.: +49-(0)69-405631-157
Per Fax: +49-(0)69-405631-105
Per Post: Aboservice E-HEALTH-COM, Goethering 58, D-63067 Offenbach am Main

EHEALTHCOM

MAGAZIN FÜR HEALTH-IT, VERNETZTE MEDIZINTECHNIK UND TELEMEDIZIN

www.e-health-com.eu Nr. 1 | 2016

eHEALTH-GESETZ Bringt das neue Gesetz den erwarteten Durchbruch?

DÄNEMARK Wie sieht die eHealth-Infrastruktur im Nachbarland aus?

RADIOLOGIE Welche Trends lagen bei der RSNA-Konferenz im Fokus?

OLYMPUS

Your Vision, Our Future

ENDOALPHA

VISION UND WIRKLICHKEIT

Integration in Perfektion.

ENDOALPHA bietet Integrationslösungen für die Endoskopie und den OP.

Mit ENDOALPHA profiliert sich Olympus zunehmend als Systemanbieter. Dieses Integrationskonzept für die Endoskopie und den OP bietet Lösungen für Krankenhäuser aller Größen, um Arbeitsabläufe zu optimieren und Effizienz zu steigern. Ob Planung und Bau von OPs oder endoskopischen Abteilungen, ob zentrale Steuerung medizinischer Geräte und nicht-medizinischer Peripheriesysteme, ob Bild- und Video-Dokumentation oder Video-Management und Arbeitsplatzgestaltung, das alles ist ENDOALPHA und bereits heute in vielen Krankenhäusern etabliert. Gern erarbeiten wir gemeinsam das für Ihr Haus passende Konzept.

Mehr Informationen erhalten Sie unter:
www.olympus.de

OLYMPUS DEUTSCHLAND GMBH
Medical Systems, Wendenstraße 14–18, 20097 Hamburg, Germany | Tel.: 0800 200 444 214 | www.olympus.de

NEUER SCHUB

DAS NEUE JAHR steht ganz im Zeichen des im Januar in Kraft getretenen eHealth-Gesetzes. Das Gesetz erfuhr auf den letzten Metern noch einige entscheidende Veränderungen: So wurden Erweiterungen beim Medikationsplan eingefügt, die Einführung von EBM-Ziffern für telemedizinische Leistungen und – last but not least – der elektronischen Patientenakte beschlossen. Das sind alles Anwendungen, die einen echten Mehrwert für Patienten bieten und dem Ausbau einer digitalen Infrastruktur weiteren Schub geben werden. Entsprechend positiv wurde dies auch von unterschiedlichsten Interessenvertretern kommentiert.

Auf den letzten Metern erfuhr das eHealth-Gesetz noch wegweisende Veränderungen.

OB DER ERHOFFTE Durchbruch für die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen kommen wird, werden die nächsten Monate und Jahre zeigen. Unser Kollege Philipp Grätzel von Grätz hat das Gesetz – gerade aus Sicht der Ärzte – genauer unter die Lupe genommen (lesen Sie mehr dazu auf den Seiten 14 bis 19). Manchmal lohnt auch ein Blick über den Tellerrand: Ein Vorbild für den konsequenten Ausbau einer nationalen IT-Infrastruktur im Gesundheitswesen ist Dänemark. In seinem Beitrag (Seite 20 bis 25) skizziert Dr. Michael Lang die eHealth-Struktur unseres nördlichen Nachbarn. Einen deutlich weiteren Weg hat diesmal unsere Kollegin Miriam Mirza gemacht: Sie hat sich in Dubai umgeschaut und erfahren, dass dort – nicht ganz überraschend – auch beim Thema eHealth nicht gekleckert, sondern eher geklotzt wird (mehr dazu auf den Seiten 39 bis 41).

FRAGEN ZUR ZUKUNFT des deutschen Gesundheitswesens unter den Vorzeichen einer zunehmenden Digitalisierung standen auch auf der E-HEALTH-KLAUSUR Ende Januar im Kloster Eberbach (Rheingau) auf der Agenda. Nicht zuletzt die anregende Diskussion mit Blogger und Internetaktivist Sascha Lobo sorgte für eine gelungene Premiere des neuen Veranstaltungsformats, das E-HEALTH-COM in Kooperation mit der conhIT veranstaltete. Einen Bericht über den zweiten Tag der Veranstaltung mit dem Dialog von Industrie, Selbstverwaltung und Politik finden Sie auf den Seiten 48 bis 51.

IHRE E-HEALTH-COM-REDAKTION

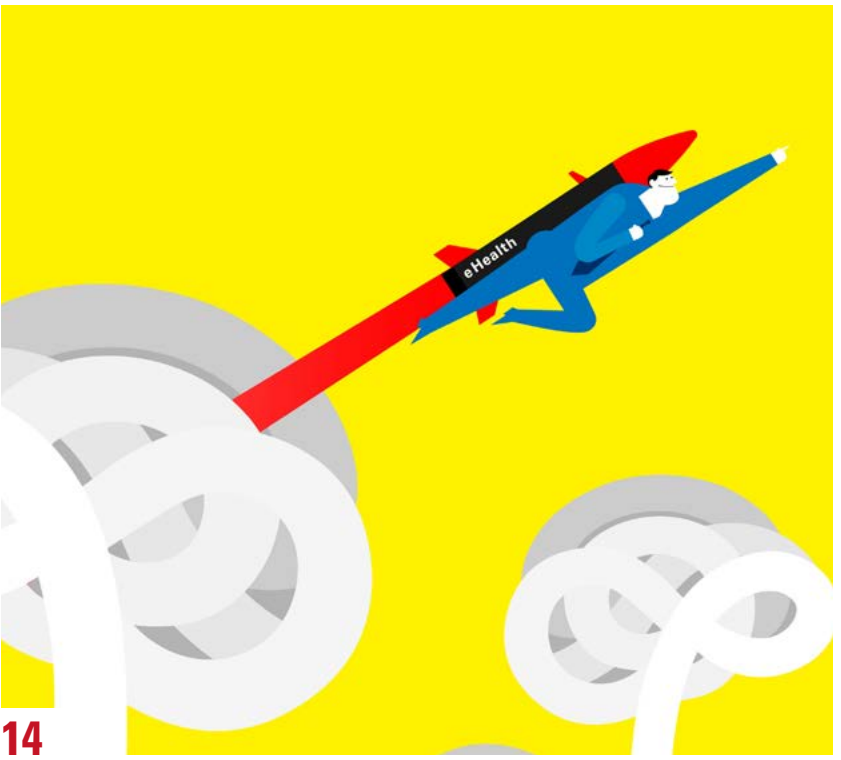
» Das eHealth-Gesetz erfuhr auf den letzten Metern noch einige entscheidende Veränderungen. «

FOTO: © DESIGNELEMENTS - FOTOLIA·TITEL: © PANJJ – FOTOLIA (M)

INHALT

26

Die Nordamerikanische Röntgengesellschaft RSNA feierte ihren 100. Geburtstag.



14

Kann das neue eHealth-Gesetz den erwünschten Durchstarter-Effekt für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens bringen? Und was ändert sich für die Ärzte?

COMPACT

Nachrichten und Fakten

6 Meldungen
Ärzteschaft & IT, Wearables im Auto, Umfrage zu Big Data, Digitale Prämienprogramme, Telemedizin & Flüchtlinge, KIS-Markt, Pharma goes IT, Interview mit Dr. Bartmann, Wissenschaftsticker u.v.m.

7 Dierks antwortet
Die Rechts-Kolumne von Prof. Christian Dierks aus Berlin. Diesmal: Die Bundesärztekammer hat ihre berufsrechtlichen Hinweise zur Fernbehandlung vorgelegt. Was ergibt sich daraus für die Telemedizin?

10 Köpfe & Karrieren
Roland Nagel, Axel Schmidt, Heiko Mania, Andreas Kassner, Peter Schaar, Tobias Nowoczyn und Yuval Shaked

COMPLEX

Ereignisse & Entwicklungen

14 eHEALTH-GESETZ
Durchstarter: Seit Jahresbeginn ist das viel diskutierte eHealth-Gesetz in Kraft. Wird es den erhofften Durchstarter-Effekt für die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen bringen?

20 eHEALTH IN DÄNEMARK
Überzeugend: Dänemark ist ein Vorreiter in Sachen eHealth. Es hat die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen in den vergangenen zwanzig Jahren vorbildlich vorangetrieben.

26 RADIOLOGIE
Fokus auf Innovation: „Innovation is the Key to Our Future“ – so das Motto des 101. Jahrestreffens der Nordamerikanischen Röntgengesellschaft RSNA, die ihr hundertjähriges Bestehen feierte.

32 Trends
Trends der Gesundheits-IT: Andreas Kassner und Bernhard Calmer kommentieren aktuelle Studien und Marktforschungen aus dem Health-IT-Bereich.

36 Kardiologie
Trends der Herzmedizin: Die wichtigsten Ergebnisse des Deutschen Herzberichts im Überblick.

39 eHealth in Dubai
eHealth gigantisch: Auch bei der Gesundheitsversorgung bleibt das Emirat seinem Ruf treu, nicht zu kleckern, sondern zu klotzen.

42 Anwenderbericht
In die erste IT-Liga: Das luxemburgische Centre Hospitalier du Nord implementiert ein neues medizinisches Archiv.

20

Dänemark hat in den letzten 20 Jahren die elektronische Kommunikation konsequent ausgebaut. Und es bleibt nicht stehen. Gerade wird die Infrastruktur neu geordnet.

44

„Auf ein Glas mit ...“ Armin Flender, Geschäftsführer des Deutschen Gesundheitsnetzes (DGN).

E-HEALTH-COMPASS

71 **Das vernetzte Krankenhaus**
Krankenhausleitwarte
Projekt OR.NET
Fehlermeldesysteme/CIRS
Digitalisierung via App

COMMUNITY

Menschen & Meinungen

44 **Porträt**
„Auf ein Glas mit ...“ DGN-Geschäftsführer Armin Flender.

48 **E-HEALTH-KLAUSUR**
Die „Blickwinkelkanone“ wirkt: Ein Veranstaltungsbericht

52 **Jubiläum**
Engagiert für Telemedizin: 10 Jahre DGTelemed

54 **IHE-Connectathon 2016**
Interoperable Dokumente: Teil 2 der Connectathon-Artikelserie

56 **BVITG-MONITOR**
Die Sonderseiten des Bundesverbandes Gesundheits-IT

66 **Aus den Verbänden**
Beiträge der Verbände BMC, DGTelemed, KH-IT, TMF und VDE

COMPASS

Markt & Service

82 **Firmenverzeichnis**

85 **Aus den Unternehmen**

86 **Termine**

Standards

3 **Editorial**

88 **Bücher**

89 **Findex/Impressum**

90 **Herausgeber-Kolumne**

Wearables – Pulsmessung beim Autofahren

USA Fitnessarmbänder und Smartwatches sollen künftig ihre Nutzer auch beim Autofahren unterstützen und so für mehr Sicherheit sorgen. Der US-amerikanische Autohersteller Ford hat hierzu an seinem Hauptsitz in Dearborn (Michigan) ein neues Forschungslabor zur Integration tragbarer Geräte gegründet. Im Labor „Automotive Wearables Experience" versuchen Wissenschaftler, tragbare Geräte in die Fahrzeuge zu integrieren. Auf diese Weise sollen wichtige Gesundheitsinformationen des Fahrers mit Technologien wie zum Beispiel dem Fahrspurhalte-Assistenten verknüpft werden. Ford plant, die von tragbaren Geräten erfassten Messwerte zukünftig auch in autonomen Fahrzeugen einzusetzen. Dies wäre in Situationen von Bedeutung, in denen der Autofahrer selbst das Steuer wieder übernehmen muss.

VORSICHTIGES JA *Das Vodafone Institut fragt nach Big Data. Überraschend: Im Gesundheitswesen gibt es die wenigsten Bedenken.*

Das Vodafone Institut für Gesellschaft und Kommunikation hat bei TNS Infratest eine europaweite Befragung in Auftrag gegeben, bei der Bürger aus acht europäischen Ländern einschließlich Deutschland recht detailliert zu ihrer Haltung zu Big-Data-Anwendungen aller Art befragt wurden. Insgesamt dominiert dabei gegenüber dem massenhaften Sammeln und Auswerten von Daten eine gewisse Skepsis: 51 Prozent sehen mehr Nachteile als Vorteile, nur 32 Prozent sehen mehr Vorteile.

Hauptgrund dafür ist mangelndes Vertrauen in Unternehmen und Staat. Besonders kritisch sind dabei die Deutschen, bei denen 62 Prozent der Befragten mehr Nachteile als Vorteile von Big Data sehen. Interessanterweise wird der Einsatz von Big Data im Gesundheitswesen europaweit aber weniger kritisch gesehen als andere Big-Data-Szenarien. Hier überwiegt für viele ganz offensichtlich der potenzielle Nutzen. So gaben 65 Prozent an, dass sie bereit wären, ihre Daten anonym von Gesundheitsinstitutionen sammeln zu lassen, wenn das die Entdeckung und Behandlung von Krankheiten unterstützt. Und satte 53 Prozent würden das auch in nicht anonymisierter Form tun, wenn dies der eigenen Heilung oder der Heilung anderer dienlich ist.

Es gibt auch ein gewisses Vertrauen in die Sicherheit der Daten bei medizinischen „Datensammlern": 52 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass die eigenen Daten sicher von den Gesundheitsinstitutionen gespeichert werden. Spannend: 72 Prozent der Befragten sagten, sie würden ihrer Versicherung keinen Zugang zu eigenen Daten gewähren, auch wenn dadurch die Beiträge sinken. Das steht in gewissem Widerspruch zu anderen Umfragen, die allerdings deutlich kleiner waren. TNS hat im Auftrag des Vodafone Instituts immerhin 8000 Menschen interviewt.

DRUCK AUF DIE ÄRZTE *Im Jahr 2016 muss die deutsche Ärzteschaft IT-technisch endlich einige Weichen stellen, die lange vor sich hin rosteten.*

Die Änderungen am eHealth-Gesetz haben die deutsche Ärzteschaft kalt erwischt. Ursprünglich wollten die KVen die elektronischen Arztbriefe mithilfe der gesetzlichen Fördermittel via KV-Connect in die Breite drücken. Elektronische Arztausweise (HBA) sind im KV-Arztbrief zwar technisch angelegt, wurden aber letztlich als entbehrlich betrachtet. Das erlaubte es, gegenüber der Telematikinfrastruktur in teilkonstruktiver Distanz zu verharren.

Doch plötzlich ist alles anders. Die Arztbrieffördерung wurde zusammengestrichen und auch noch an den HBA gekoppelt. Damit kann das KV-eigene Förderprogramm plötzlich nicht mehr nahtlos in die Förderung nach eHealth-Gesetz überführt werden. Und nun? Am Zug sind die Ärztekammern. Sie müssen das im Prinzip existierende Kammer-Ident-Verfahren offensiv umsetzen, damit die Ärzte spätestens 2017 bei dann voraussichtlich drei Anbietern – medisign ist schon zugelassen, T-Systems und die Bundesdruckerei sind in den Testregionen – die Karte zügig bestellen können.

Gewisse Fragezeichen bestehen noch. Aber immerhin gibt es jetzt eine neue, unbürokratische Kammer-Ident-Variante, eine Vorratsregistrierung, mit der die zu erwartende Antragswelle abgepuffert werden könnte. Und selbst die Landesärztekammer Hessen scheint von ihrem bisherigen Sonderweg abrücken zu wollen.

Dass die ärztlichen Körperschaften ehrgeizige IT-Projekte unter Zeitdruck wuppen können, hat die KV Telematik gerade erst mit dem Onlineportal für die Terminservicestellen demonstriert. Der HBA-Rollout ist aber auch ein politischer Akt. In der Meldung, mit der die Sächsische Landesärztekammer über die Vorratsregistrierung informierte, versicherte die Kammer eiligst, dass der Arztausweis aus Papier natürlich Bestand haben werde. Die Wahrheit ist: Für niedergelassene Kassenärzte wird er in Kürze Geschichte sein. Das muss nur mal jemand auch offen aussprechen.

Ticker

+ + + Trainings-Apps, Fitness-Tracker & Co. werden bei Nutzern immer beliebter. Das zeigt die neue **DIGITAL-HEALTH-STUDIE** des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost, wonach mehr als die Hälfte (55 Prozent) der Befragten Interesse an einer elektronischen Trainingsunterstützung durch Apps und Fitnessarmbänder (Wearables) gezeigt haben. Die Zusammenfassung der Studie steht zum Download unter www.gewino.de bereit. + + + Anfang Dezember startete in Bayern das Telemedizin-Netzwerk **SPEED** (Sektorenübergreifende Pflegeakte zur effizienten Pflegedokumentation und Versorgung), das die Versorgung Pflegebedürftiger in Ingolstadt und Umgebung durch Vernetzung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte verbessern soll. Das Bayerische Gesundheits- und Pflegeministerium fördert das Projekt bis Februar 2017 mit knapp 290 000 Euro. Projektträger ist „GO IN", ein Praxisnetz mit insgesamt 440 Mitgliedern. + + + Die jährliche Trendumfrage **BITKOM-BRANCHENBAROMETER 2016** zeigt die wachsende Bedeutung von Smart Home (7. Platz / 27 Prozent) und eHealth (8. Platz / 21 Prozent), die es beide erstmals unter die Top Ten der Hightech-Themen des Jahres geschafft haben. + + + Die Stiftung Münch verleiht auch in diesem Jahr den **EUGEN MÜNCH-PREIS FÜR NETZWERKMEDIZIN** in den Kategorien wissenschaftliche Arbeit und Geschäftsmodell. Der Preis für die wissenschaftliche Arbeit ist mit 25 000 Euro dotiert. Die Einreichungsfrist endet am 15. August 2016. + + +

FOTO: LINKS: FORD; RECHTS OBEN: PRIVAT; RECHTS UNTEN: DOOMU - FOTOLIA

DIERKS ANTWORTET

Die Bundesärztekammer hat ihre berufsrechtlichen Hinweise zur Fernbehandlung vorgelegt. Was ergibt sich daraus für die Telemedizin?

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

Hier haben wir es ohne Zweifel mit einem Meilenstein zu tun, der die Rechtssicherheit für die Fernbehandlung deutlich erhöht. Von sieben der dargestellten Szenarien sind sechs – bei Einhaltung der notwendigen Bedingungen – berufsrechtlich unproblematisch. Das hält vielen innovativen Anwendungen und Plattformen nun den Rücken frei. Altmodische Scharmützel zwischen den Ärztekammern und innovativen eHealth-Providern werden der Vergangenheit angehören, wenn die Berufsgerichte bei der Auslegung des zweifelhaft formulierten Berufsrechts die Erläuterungen der Bundesärztekammer heranziehen. Es kann also losgehen: Krankenkassen und Ärzte können auch ohne gematik oder andere Wunder auf Bundesebene, gestützt auf die Möglichkeiten, die das SGB V jetzt schon bietet, interessante Lösungen entwickeln und den Versicherten anbieten. Einige Beispiele: Nach den §§ 67 und 68 sollen die Krankenkassen die Umstellung auf elektronische Kommunikation befördern und dürfen dem Patienten auch die Anwendung einer elektronischen Patientenakte finanzieren. Das steht seit 2004 so im Gesetz. Auch die Vorgaben für das Überleitungsmanagement nach § 11 Abs. 4, die Besondere Versorgung nach § 140a und die Beratung der Versicherten nach § 305 sind geeignete Grundlagen zur Anwendung innovativer Konzepte. Einige Kassen nutzen die rechtlichen Möglichkeiten bereits. Worauf warten die anderen noch? Der private Markt wird die Entwicklung jedenfalls nicht verschlafen.

» Hier haben wir es ohne Zweifel mit einem Meilenstein zu tun.«

»MEHR ALS ZUFRIEDEN«

Nicht nur das eHealth-Gesetz ist in Kraft getreten, auch die Bundesärztekammer hat gehandelt und das Fernbehandlungsverbot der Musterberufsordnung präzisiert. BÄK-Telematik-Vorstand Dr. Franz-Joseph Bartmann nimmt Stellung.

DR. FRANZ-JOSEPH BARTMANN ist Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer.

Mit dem Fernbehandlungsverbot sind Sie lange schwanger gegangen. Jetzt hat die BÄK sehr detaillierte Präzisierungen von §7 Absatz 4 vorgelegt. Können Sie die kurz zusammenfassen?

Die Präzisierungen – oder besser: Auslegung und Erläuterungen – machen klar, dass die Mehrheit der telemedizinischen Anwendungen mit den Berufsordnungen der Ärzte vereinbar ist. Das gilt für Telekonsultationen zwischen Ärzten, aber auch für das Telemonitoring und für die telemedizinische Betreuung der eigenen Patienten. Wir werden den Begriff Fernbehandlungsverbot daher nicht mehr verwenden. Was nicht geht, ist eine telemedizinische Diagnose oder Therapie bei den Ärzten unbekannten Patienten. Eine telemedizinische Beratung ist aber auch in dieser Konstellation erlaubt.

Sind Sie mit dem Ergebnis zufrieden?

Mehr als das. Entscheidend ist, dass es uns gelungen ist, den Berufsordnungsausschuss und den Vorstand einzubinden. Dadurch erhalten die Präzisierungen offizielles Gewicht. Natürlich hätte man sich eine noch offenere Formulierung vorstellen können, wie bereits vor Jahren aus unserer Rechtsabteilung ins Gespräch gebracht. Allerdings ist eine Erlaubniseinschränkung auf „geeignete Fälle“ sehr rechtsunsicher und damit im Umfeld der Ärztekammern vermutlich auch nicht mehrheitsfähig.

Machen wir es konkret: Eine telemedizinische Erstbetreuung von Patienten mit Bagatellerkrankungen durch ein Servicecenter nach dem Schweizer Modell ist ausgeschlossen?

So wie Sie es formulieren, ja. Was möglich wäre, ist eine allgemeine telemedizinische Beratung. Aber: Wenn Sie in die Schweiz schauen, dann sehen Sie, dass es auch dort eine Art Fernbehandlungsverbot gibt. Medgate hat eine Ausnahmestellung, ist tief in die Versorgung eingebunden, hat umfangreiche Dokumentationspflichten und wird streng evaluiert. So etwas kann ich mir für Deutschland im Rahmen von Modellprojekten weiterhin vorstellen. Aber eben nicht als reguläre Option für jeden, der es anbieten will.

Wo ist beim Telemonitoring die Grenze des Erlaubten? Könnte eine Krankenkasse Patienten ein Telemonitoring vermitteln und den behandelnden Arzt einfach nur knapp darüber informieren?

Telemonitoring unter Einbeziehung von Servicezentren ist grundsätzlich erlaubt. Wichtig ist, dass im Hintergrund zu jedem Zeitpunkt ein behandelnder Arzt steht, der dann im Notfall auch physisch eingreifen kann. Das werden im Normalfall die Ärzte sein, die den Patienten kennen und mit dem Telemedizinzentrum in Kontakt stehen. Unser Modellszenario sieht deswegen eine Abstimmung zwischen behandelndem Arzt und Servicezentrum ausdrücklich vor. Das ist für die berufsrechtliche Bewertung letztlich der entscheidende Faktor.

Papierlos versichert

KRANKENKASSEN-IT **Als erste Krankenkasse in Deutschland bietet die AOK Nordost ein komplett digitales Prämienprogramm. Dabei wird es auch die viel diskutierte Anbindung an Fitness-Apps geben. Konkret können Versicherte Prämienpunkte sammeln, wenn sie fitness- und gesundheitsbezogene Tracking-Daten aus Health-Apps von Google und Apple sowie aus der neuen AOK App „FitMit AOK“ einfließen lassen. Andere erlaubte Datenquellen sind aussagekräftige digitale Fotografien, eingescannte QR-Codes sowie Bluetooth-Daten aus Health Beacons. Was die AOK Nordost nicht macht, ist eine Beitragssenkung bei Nachweis eines gesunden Lebensstils. Das wird in Deutschland von Daten- und Verbraucherschützern mehrheitlich abgelehnt. Stattdessen können Versicherte Sachprämien erwerben, im Gesamtwert von immerhin bis zu 375 Euro pro Jahr. Aufseiten der privaten Krankenversicherungen baut die AXA ihr Digitalportfolio aus. Gemeinsam mit der CompuGroup Medical wurde das Joint Venture „MGS“ gegründet, das ein elektronisches Portal entwickelt, in das Ärzte private Abrechnungen einspielen können. Der Patient kann diese Abrechnungen verwalten und bei Bedarf an die Versicherung weiterleiten. Damit werde erstmals im deutschen PKV-Markt ein komplett papierloses Rechnungsmanagement aufgebaut, so die AXA.**

FOTO: LINKS: PRIVAT; RECHTS: ZTM BAD KISSINGEN

GUTER DRAHT ZU FLÜCHTLINGEN *Digitale*

Hilfe beim Flüchtlingsdrama: Das ZTM Bad Kissingen startet TeleAid. Und in Syrien helfen Intensivmediziner aus aller Welt per Datenleitung bei der Versorgung.

Die Zahl der Flüchtlinge steigt. Medizinisch stellen sich dabei diverse Herausforderungen, auf die jetzt auch die Healthcare-IT-Community reagiert. Anfang Januar startete das ZTM Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen gemeinsam mit der Neurologischen Klinik Bad Neustadt in der Region Main-Rhön das Programm TeleAid für Flüchtlinge (TAF). Hochausgebildete Ärzte mit relevanten Sprachkenntnissen werden per Telemedizin in die Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen eingebunden. Den Anfang machen Ärzte mit Arabischkenntnissen.

Die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge bleibt dagegen mühsam. In Schleswig-Holstein wird sie ausgegeben, nachdem die dafür nötige Rahmenvereinbarung zwischen Krankenkassen und Kommunalregierungen per Erlass eingeführt wurde. In Rheinland-Pfalz ist die Rahmenvereinbarung mittlerweile verhandelt. Den Kommunen soll es hier freigestellt werden, ob sie der Vereinbarung beitreten oder nicht. Andere Bundesländer sind von derartigen Vereinbarungen dagegen noch weit entfernt.

Healthcare-IT hilft auch bei der Versorgung jener Menschen, die in Syrien bleiben. So berichtet die Januarausgabe der Annals of the American Thoracic Society über ein Tele-ICU-Programm für derzeit fünf zivile Intensivstationen in Syrien. 20 Arabisch sprechende Intensivmediziner aus Nordamerika und Europa stehen rund um die Uhr als telemedizinische Ansprechpartner zur Verfügung. Das Projekt nutzt Web-Video, eine Cloud-basierte EPA, virtuelle Chaträume und bietet außerdem ein Teletraining.

ANZEIGE

KÖPFE & KARRIEREN

1 Mit Wirkung zum 1. Januar kooperiert arvato CRM Healthcare noch stärker mit den Gesundheitsforen Leipzig und hat dazu die arvato health analytics GmbH gegründet. **ROLAND NAGEL** übernimmt gemeinsam mit Dr. Jens Härtel die Geschäftsführertätigkeit. Er bleibt den Gesundheitsforen Leipzig als Geschäftsführer weiterhin erhalten. Allerdings wurde im Zuge dessen eine personelle Verstärkung notwendig: die Geschäftsführung der Gesundheitsforen Leipzig GmbH ist zu Jahresbeginn um **AXEL SCHMIDT** erweitert worden. **2** Ebenfalls zum neuen Jahr hat **HEIKO MANIA** die Position des Geschäftsführers der NursIT Institute GmbH übernommen und leitet gemeinsam mit Stoyan Halkaliev das Unternehmen. **3 MATHIAS REDDERS**, Referatsleiter im nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, übernimmt die Rolle des Beirat-Sprechers der gematik. Er löst Prof. Dr. Peter Haas (FH Dortmund) ab, der das Amt seit 2005 innehatte und nicht wieder zur Wahl antrat. **4** Eine weitere Personalie bei der gematik: Die Gesellschafter haben den früheren Bundesdatenschutzbeauftragten **PETER SCHAAR** zum 1. Januar als Vorsitzenden der Schlichtungsstelle berufen. Als unparteiischer Vorsitzender der Schlichtungsstelle wird er die Entscheidungen über Regelungen, Aufbau und Betrieb der Telematikinfrastruktur mit voranbringen. **5 TOBIAS NOWOCZYN** ist neuer Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer (BÄK). Er tritt die Nachfolge von Dr. Bernhard Rochell an, der die BÄK im September 2014 verlassen hat. **6** SHL Telemedicine hat **YUVAL SHAKED** zum Chief Executive Officer ernannt. Er tritt ab 2. März die Nachfolge der amtierenden Co-CEOs Erez Alroy und Yariv Alroy an, die am 15. Januar zurücktraten, um sich neuen Herausforderungen zu widmen.

Murks

TELEMEDIZIN-ERSTATTUNG Schön ist das schon: KBV-Chef Dr. Andreas Gassen lässt sich mit dem Satz zitieren, dass mit der Herzschrittmacherkontrolle ab dem zweiten Quartal 2016 eine erste telemedizinische Leistung den Weg in den EBM gefunden habe. Das ist vier Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Gesetzes schon mal eine Nachricht wert. Nur stimmt es nicht uneingeschränkt. Denn mitnichten lassen sich ab April telemedizinische Schrittmacherabfragen abrechnen. Die neue Ziffer 13554 bezieht sich nur auf die viel selteneren Defibrillatoren. Mehr noch: Die alte Ziffer 13552 wird so abgeändert, dass sie nicht mehr für Fernabfragen genutzt werden kann. Das bisherige Schlupfloch wird gestopft. Fernabfragen gibt es vorerst nur für ICD/CRT. Schrittmacherpatienten und innovative Kardiologen, die bisher die Ziffer 13552 auch für Tele-Abfragen von Schrittmachern genutzt haben, schauen in die Röhre. Und die Gesundheitspolitik verkauft das Ganze als Erfolg. Unglaublich.

Kein Murks

ONLINE-KONSULTATIONEN Während sich die Spitzenverbände von Ärzten und Krankenkassen mit telemedizinischen EBM-Ziffern schwertun, preschen einzelne Kassen und willige Ärzte munter vor. Die BARMER GEK und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte etablieren mit PädExpert ein Online-Konsil für Kinderärzte, die Rat von spezialisierten Kollegen benötigen, unter anderem bei rheumatischen, dermatologischen und seltenen gastrointestinalen Erkrankungen. Der anfragende Arzt erhält innerhalb von 24 Stunden Rückmeldung. Gemeinsam kann dann entschieden werden, ob das Kind dem Spezialisten „live" vorgestellt werden sollte. In einer dreijährigen Pilotphase in Bayern hat das gut funktioniert: Es dauerte im Schnitt 16 Tage weniger bis zur definitiven Diagnose. Bei BARMER-GEK-Patienten in Bayern können Pädiater die Online-Konsultation jetzt regulär als Teil des Kinder- und Jugendprogramms der Kasse abrechnen. Eine Ausweitung ist vorgesehen.

IN BEWEGUNG

Es tut sich was im KIS-Markt. Doch Nachholbedarf bleibt.

Die Entscheidung ist gefallen: Der Münchner Mittelständler MEIERHOFER AG wird künftig mit seinem Produkt MCC das KIS des Universitätsklinikums Greifswald stellen. In dem von Cerner (ehemals Siemens) und Agfa dominierten Markt der Universitäts-KIS darf das als Überraschung gelten. Zu den Kernanforderungen gehörte der effiziente Umgang mit den Forschungsdaten, die das vorpommersche Klinikum produziert, unter anderem für die Nationale Kohorte. Für MEIERHOFER ist Greifswald das erste deutsche Universitäts-KIS, nicht aber der erste Großauftrag. So ist man in Hamburg für die Asklepios-Häuser zuständig. Mit einem Aktienanteil von 40 Prozent ist Asklepios jetzt als Großinvestor bei dem Unternehmen eingestiegen.

Auch bei der Konkurrenz gibt es Neuigkeiten: Agfa HealthCare übernimmt den österreichischen Business Intelligence (BI)-Spezialisten TIP GROUP. Damit wird den Orbis-Kunden künftig eine Microsoft-basierte BI-Plattform mit größerem Funktionsumfang als bisher angeboten. Durch die Übernahme wird Agfa HealthCare aber auch unabhängig von seinem eigenen KIS zu einem der führenden BI-Anbieter im deutschsprachigen Raum.

Wie sieht es überhaupt mit der Digitalisierung im deutschen Krankenhaussektor aus? Die auf Supply Chain Management spezialisierten Berater von INVERTO haben sich das in einer neuen Studie genauer angesehen und bescheinigen den deutschen Häusern einen noch niedrigen Reifegrad, wobei Universitätskliniken und DRG-Kalkulationshäuser besser abschneiden. Festgemacht wird das vor allem an der begrenzten Verfügbarkeit von Schnittstellen zwischen KIS und MaWi-System (rund 50 Prozent in nicht universitären Häusern gegenüber 67 Prozent in universitären Häusern). Entsprechend niedrig sei in Deutschland die Durchdringung mit Unique Device Identifiern (UDI).

FOTOS: LINKS OBEN: ARVATO, GESUNDHEITSFOREN LEIPZIG, NURSIT INSTITUTE, PRIVAT, GEMATIK, AXENTIS, SHL TELEMEDICINE

Wissenschaftsticker

+ + + Kardiales Telemonitoring bei Herzinsuffizienz bleibt schwierig: Die bei der Jahrestagung der American Heart Association von **MICHAEL ONG** aus Los Angeles vorgestellte BEAT-HF-Studie ist eine weitere randomisierte Studie ohne Zusatznutzen für ein körpergewichtsbasiertes Telemonitoring bei Herzinsuffizienz. Schriftlich publiziert ist die Studie noch nicht. Eingeschlossen wurden Patienten nach Hospitalisierung, allerdings war die telemedizinische Betreuung nicht sehr intensiv, sodass Fragezeichen bleiben. + + + Italienische Pneumologen um **FABRIZIO MURGIA**, Rom, ziehen eine positive Bilanz nach zehn Jahren telemedizinischem FEV1-Monitoring von Patienten mit Mukoviszidose (Clin Ter 2015; 166:e384-8). Exazerbationen würden klar früher erkannt. Die historische Kontrollgruppe ist bei dieser Arbeit allerdings ein Problem, da sich auch die Therapien verändert haben dürften. + + + Aus den USA gibt es mittlerweile mehrere Studien, die zeigen, dass eine intensive telemedizinische Anbindung von Seniorenresidenzen die Häufigkeit von Notaufnahmebesuchen senken kann. Eine neue Untersuchung von **SUZANNE GILLESPIE** aus Rochester zeigt jetzt, dass die Abnahme der Notaufnahmebesuche gut mit der Inanspruchnahme des Telemedizinzentrums korreliert (Telemed J E Health; 7. Januar 2016). Ergo: Nur wenn die telemedizinische Versorgung „gelebt" wird, sinken die Raten, dann aber auch um stattliche 28 Prozent. + + + Was beim Asthma-Telemonitoring überwacht werden sollte, ist nach wie vor etwas strittig. Die meisten Studien schauen primär auf die Adhärenz. Eine pragmatische Kohortenstudie von **RAJAN MERCHANT**, Kalifornien, hat jetzt den Einsatz kurz wirksamer Betaagonisten (SABA) überwacht und damit gute Erfahrungen gemacht: Ein darauf fußendes Telemonitoring führte zu einer signifikanten Erhöhung der SABA-freien Tage (J Allergy Clin Immunol Pract; 8. Januar 2016). + + + Niederländische Sportmediziner um **MIRIAM VAN REIJEN** haben in einer randomisierten Studie die App „Strengthen Your Ankle" evaluiert, die Patienten nach Knöchelverletzungen dazu anhalten soll, es mit dem Training etwas genauer zu nehmen (Br J Sports Med; 18. Januar 2016). Ergebnis: Kein Unterschied im Vergleich zu jenen Patienten, die ein Papier-Booklet erhielten. + + + Norwegische und schwedische Rehabilitationsmediziner um **HARALD ENGAN** aus Røros, Norwegen, haben in einer kleinen Studie 183 Patienten in ambulanter Rehabilitation die Möglichkeit gegeben, bei den täglichen Fragebögen zur Selbstauskunft zwischen papier- und webbasierter Version zu wählen. 78 Prozent bevorzugten den Online-Fragebogen. Folge: 60 Prozent geringere Kosten und Zahl der Tage ohne Dokumentation um 75 Prozent geringer (Disabil Rehabil 2016; 22:1-7). + + +

Pharma ante Praxis-PC

eHEALTH-SPONSORING Das Sponsoring von eHealth-Anwendungen durch Big Pharma kommt ins Rollen. Eines der bisher größten pharmainitiierten eHealth-Projekte hat der Konzern AstraZeneca Mitte Januar öffentlich gemacht. Die Chroniker-Anwendung „Chronic Care Application", die sich seit Februar 2014 in einem bayerischen Ärztenetz in der Indikation „akutes Koronarsyndrom" in der Testphase befindet, soll jetzt über ein Lizenzmodell breiter ausgerollt werden. Zielgruppen sind Ärztenetze, andere Leistungserbringergemeinschaften und Krankenkassen. Die Anwendung nutzt vorhandene Standards inklusive der S3C-Schnittstelle. Sie ist als Medizinprodukt Klasse 1 angemeldet und vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz (ULD) in Schleswig-Holstein zertifiziert. Auch andere Konzerne können sich für eHealth erwärmen. Industrieunterstützten Diabetiker-Apps blieb

bisher freilich der große Durchbruch versagt: Die Apps unabhängiger Anbieter werden deutlich häufiger heruntergeladen, wie die Analysten von Research2Guidance Jahr für Jahr belegen können. Dass sich Big Pharma mit eHealth direkt in die Arztpraxis begibt, ist neu, aber auch nicht mehr einzigartig. In Deutschland bietet Berlin-Chemie das webbasierte Kommunikations-Tool TheraKey® an, das niedergelassenen Ärzten die Beratung und das Management chronisch kranker Patienten erleichtern soll. Was steckt hinter diesen Aktivitäten? Direkte Produktvermarktung ist es nicht. So betont AstraZeneca, dass es weder Zugriff auf Daten habe, noch Einfluss auf die Algorithmen nehme. Und Berlin-Chemie informiert mit seiner Lösung über Indikationen, nicht über Medikamente. Trotzdem sind solche Engagements natürlich nicht selbstlos: Es geht oft darum, in jenen Indikationen die Umsetzung von Leitlinien zu verbessern, in denen das jeweilige Unternehmen kommerziell relevante Produkte am Start hat. So hat AstraZeneca nicht zufällig ein starkes Interesse am akuten Koronarsyndrom. Und Berlin-Chemie startet sein TheraKey® nicht umsonst mit Indikationen wie Diabetes, Hypertonie und Ejaculatio praecox.

BILDER: LINKS: MAKSIM KABAKOU - FOTOLIA.COM; RECHTS: ARROW - FOTOLIA

INTRANSPARENT

Die Bertelsmann Stiftung fühlt Digital-Health-Anwendungen auf den Zahn. Sie sieht große Chancen für Patienten, beurteilt das derzeitige Angebot aber noch kritisch.

Gesundheits-Apps sind mittlerweile fast täglich in der Presse. Auch Studien dazu gibt es viele, doch sind diese oft marketinggetrieben und von zweifelhafter Aussagekraft. Die Bertelsmann Stiftung hat sich jetzt viel Mühe gemacht und in der Studie „Digital-Health-Anwendungen für Bürger“ den Markt systematisch analysiert. Dazu haben Experten eine Stichprobe von 106 Anwendungen für PC und/oder Smartphone umfassend getestet und das Ergebnis in mehrere Thesen gegossen.

Grundsätzlich seien digitale Gesundheitsanwendungen demnach sehr gut geeignet, um die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen zu stärken. Eingelöst werde dieser Anspruch bisher aber nur selten. Einer der Gründe: Die Entwicklung ist bisher überwiegend anwendergetrieben und auf Gesunde fokussiert, statt sich am tatsächlichen Bedarf zu orientieren. Dies führe unter anderem dazu, dass Lifestyle-Anwendungen deutlich überrepräsentiert sind. Viele Digital-Health-Anwendungen seien für die Gesundheitsversorgung oder auch aus Public-Health-Sicht schlicht irrelevant.

Kritisiert wird auch, dass die technischen Möglichkeiten nicht ausreichend genutzt werden: Eine stärkere Personalisierung von Information und mehr Interaktivität werden empfohlen. Für den Transfer innovativer Anwendungen in die Regelversorgung fehle es zudem auf regulatorischer Seite an adäquaten Verfahren zur Nutzenbewertung sowie aufseiten der Anbieter am Willen, für gute medizinische Evidenz zu sorgen.

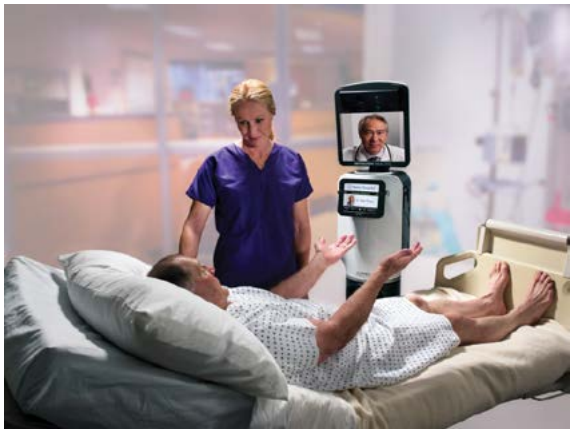
Die von der Stiftung beauftragten Experten haben auf Basis ihrer Recherchen auch ein Klassifizierungssystem entwickelt. Das soll den als sehr intransparent empfundenen Markt der Digital-Health-Anwendungen besser strukturieren. Unterschieden werden konkret Anwendungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur Analyse und Erkenntnis, zur direkten und indirekten Intervention und zur reinen Dokumentation, außerdem Prozess-Anwendungen wie etwa Online-Geschäftsstellen und Terminplaner sowie Online-Shops, etwa die von Apotheken.

► **www.der-digitale-patient.de**

ANZEIGE

Telepräsenzmedizin

24 Stunden vor Ort, von überall.



RP-Vita
Telepräsenzgerät

Vorteile auf einen Blick

Messbare Qualitätssteigerung

Sicherung der med. Versorgung

Gesteigerte Expertenkonsultationen

Senkung der Komplikationsraten

Verkürzung der Krankenhausverweildauer

klassifiziert und zugelassen gem. Klasse 2a MPG

European Logistic Partners
Nützenberger Str. 359
42115 Wuppertal

T: +49 202 69894-0
F: +49 202 69894-10

elp@elp-gmbh.de
www.medical.elp-gmbh.de

InTouch Health

DURCHSTARTER?

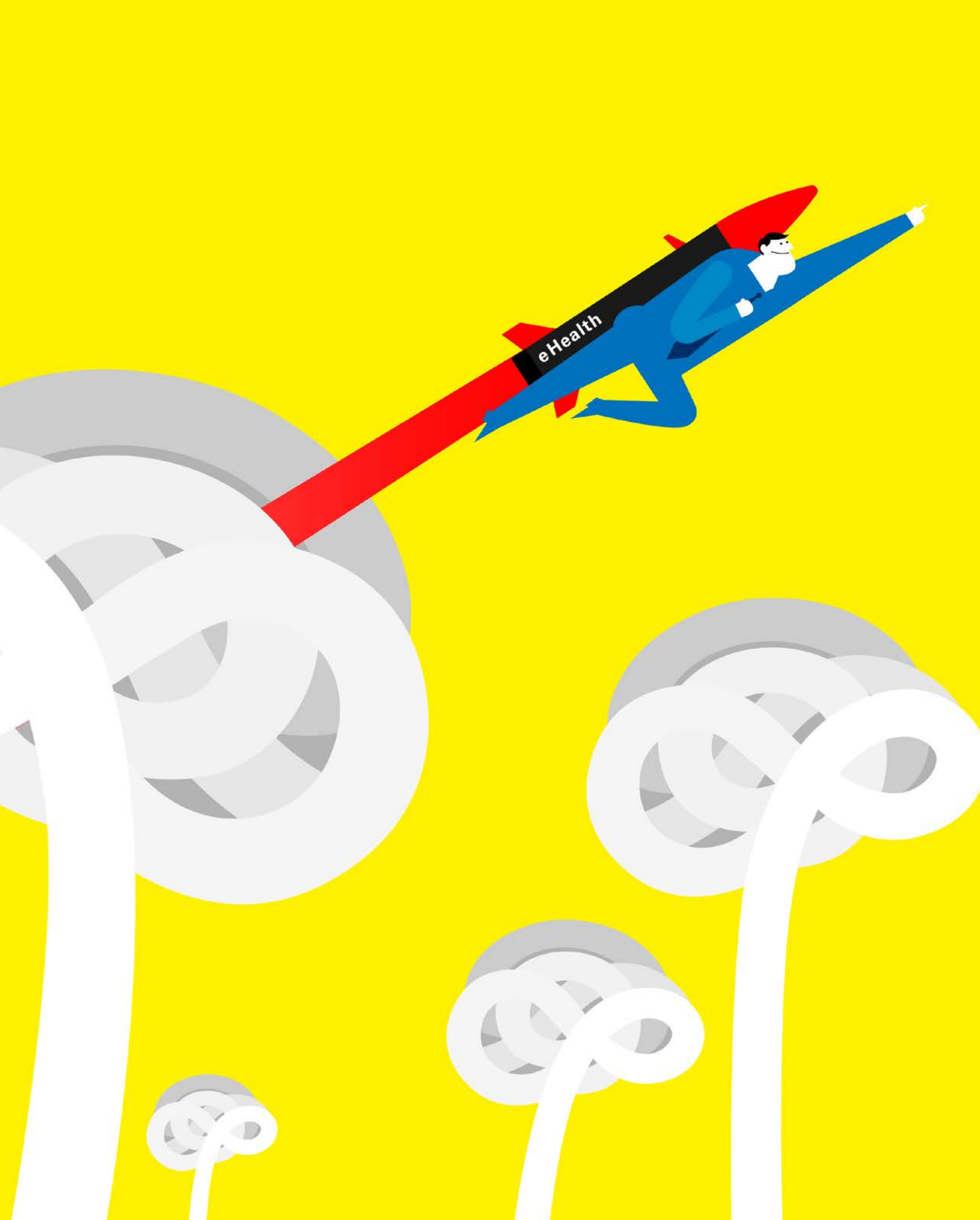
AM 1. JANUAR 2016 IST DAS VIEL DISKUTIERTE eHEALTH-GESETZ IN KRAFT GETRETEN. AUF DEN LETZTEN METERN ERFUHR ES NOCH DIVERSE ERWEITERUNGEN. DOCH WAS BRINGT ES GERADE FÜR DIE ÄRZTE? ES EBNET DEN WEG FÜR DIE DIGITALE MEDIZIN, ABER ES DROHEN AUCH SANKTIONEN BEI VERWEIGERUNG.

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Man kann das schon als Frechheit gegenüber dem Gesetzgeber empfinden: Kurz vor Weihnachten teilte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit, dass sie sich mit den Krankenkassen auf die erste echte digitalmedizinische EBM-Ziffer geeinigt habe, nämlich die telemedizinische „Herzschrittmacherkontrolle" (KBV-Chef Dr. Andreas Gassen). Vier Jahre nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes am 1.1. 2012 hat die Selbstverwaltung damit einen gesetzlichen Auftrag erfüllt, zu dessen Umsetzung sie eigentlich schon vor drei Jahren verpflichtet gewesen wäre.

Aber es kommt noch besser: Die neue EBM-Ziffer 13554 bezieht sich gar nicht auf die Fernabfrage von Schrittmachern, wie Gassen suggerierte, sondern nur auf die von ICD-/CRT-Geräten. Gleichzeitig wurde die bisher für Implantatabfragen stillschweigend genutzte Ziffer 13552 dahingehend geändert, dass Fernabfragen über diese Ziffer >

Bild: © PANJJ – FOTOLIA (M)


eHealth

»Prozesse in der Arztpraxis im Fokus«

Mit Jahresbeginn ist das eHealth-Gesetz in Kraft getreten. Was das für die gematik in Bezug auf das bevorstehende Online-Update bedeutet und welche Entwicklungen dort im Fokus stehen, erläutert gematik-Geschäftsführer Alexander Beyer im Gespräch mit E-HEALTH-COM.

Das eHealth-Gesetz enthält klare Fristen und Sanktionen für die Einführung des Online-Updates. Was entgegnen Sie einem Arzt, der sagt, er will nicht Erfüllungsgehilfe der Krankenkassen sein?

Zum einen denke ich, dass es den Ärzten schon auch Aufwand erspart, wenn die Daten der Patienten stets aktuell sind. Der zweite Punkt ist, dass das Online-Update ein gutes Vehikel für eine flächendeckende Vernetzung ist. Es wird vollständige Verzeichnisse aller Einrichtungen geben, und die können dann effizient und sicher kommunizieren. Mit der Vernetzung werden zukünftig Anwendungen bereitgestellt, die von den Ärzten gewünscht werden, wie etwa eine elektronische Fallakte. Auf der Gesundheitskarte werden dann elektronische Notfalldaten oder auch ein elektronischer Medikationsplan zur Verfügung stehen.

Eine der Überraschungen des eHealth-Gesetzes war, dass die Förderung der elektronischen Arztbriefe jetzt doch an eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) mit elektronischem Heilberufsausweis gekoppelt wurde. Braucht es das? Im KV-Netz geht es doch auch ohne.

Natürlich kann man Dokumente ohne QES versenden. Man kann auch offene E-Mails versenden. Aber das wollen wir im Gesundheitswesen ja genau nicht. Was die QES zusätzlich bringt, ist eine Rechtsverbindlichkeit nach den gesetzlichen Vorgaben. Bei einer gerichteten Kommunikation zwischen Partnern, die sich kennen, kann man diskutieren, ob eine QES zwingend ist. Sicher muss nicht jedes Dokument, das ausgetauscht wird, per QES signiert werden. Aber bei manchen ist das schon angebracht. Und unverzichtbar wird die QES in der ungerichteten Kommunikation. Klassisches Beispiel Notfalldaten: Da muss der Notfallarzt sicher wissen, wer sie niedergeschrieben hat.

Klappt das denn mit der Integration des KV-Netzes in die Telematikinfrastruktur, oder stehen am Ende doch mehrere Router und Konnektoren in der Arztpraxis?

Ziel ist es, die existierenden Netze zu integrieren, sodass es am Ende nur eine Anbindung für den Arzt geben wird. Wenn die TI kommt, wird idealerweise nur der Router in der Arztpraxis ausgetauscht, und die Ärzte merken überhaupt nichts davon. Je nach Anwendung wird es dabei unterschiedliche Integrationsgrade geben. Die eine Anwendung nutzt Konnektoren und Verzeichnisdienste, die andere wird vielleicht nur durchgeleitet. Das eHealth-Gesetz gibt der gematik auf, sichere Verfahren zur Datenübertragung zu entwickeln. Zudem erhalten Ärzte mit der Telematikinfrastruktur auch einen sicheren Internetzugang.

Das eHealth-Gesetz öffnet die Infrastruktur explizit auch für andere Akteure im Gesundheitswesen. Macht das die Sache nicht unnötig komplex?

Wir begrüßen diese Öffnung ausdrücklich, weil wir glauben, dass die digitale Infrastruktur ihre Stärken umso besser ausspielen kann, je mehr Akteure vernetzt werden. Ziel ist, dass wir zeitgleich mit dem Start des Online-Updates die Möglichkeit bieten, weitere Anwendungen auf die Infrastruktur zu bringen. Das können auch Anwendungen sein, die gar nicht den Versicherten im Fokus haben. Ein häufig genanntes Beispiel ist die Hilfsmittelversorgung, wo es um die Vernetzung von Ärzten, Sanitätshäusern und gesundheitstechnischen Berufen geht. Natürlich wird die Infrastruktur dadurch komplexer, aber wenn die Anforderungen von uns klar definiert werden, kann man damit umgehen, und dann wird es auch nicht unsicher.

Eine große Sorge der Ärzte ist ja, dass das alles nicht praktikabel ist. Können Sie diese Sorge nehmen?

Die Prozesse in der Arztpraxis stehen diesmal sehr stark im Fokus. Nur ein Beispiel: Die Notfalldaten wurden von den Ärztekammern entwickelt, und die schauen sehr genau darauf, was im Alltag nötig ist und funktioniert. Wir haben außerdem externe Mediziner eingebunden. Und zusätzlich werden wir in der Region Münster unter dem Namen NFDM-Sprint eine erneute prozessuale Analyse der Anlage von Notfalldaten in Arztpraxen durchführen. Da achten wir wirklich sehr drauf.

künftig ausgeschlossen sind. Mit anderen Worten: Zwar gibt es jetzt eine erste echte telemedizinische EBM-Ziffer. De facto abrechnen können die kardiologischen Ärzte aber weniger Telemedizin als vorher, weil das Schlupfloch Ziffer 13552 gestopft wurde.

MIT DEM NEUEN eHealth-Gesetz hat das alles insofern zu tun, als viele seiner Passagen durch die Erfahrungen des Gesetzgebers mit dieser Blockadehaltung der Selbstverwaltung erklärbar sind. Dazu gehört auch, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte plötzlich klappte, als nicht nur eine Frist im Gesetz stand, sondern diese mit finanziellen Sanktionen für Krankenkassen hinterlegt wurde. Das Ergebnis dieser Lernprozesse ist jenes Nebeneinander aus Fristen, finanziellen Anreizen und recht schmerzhaften Sanktionen, das für das eHealth-Gesetz so charakteristisch ist.

Ein Bereich, in dem das die niedergelassenen Ärzte unmittelbar tangiert, sind die schon angesprochenen EBM-Ziffern für telemedizinische Leistungen. Hier hatte es nach dem ersten Gesetzentwurf Anfang 2015 viel Kritik gegeben dahingehend, dass lediglich eine Frist für die Einführung einer EBM-Ziffer für das teleradiologische Konsil gesetzt wurde. Das Bundesgesundheitsministerium hat auf diese Kritik reagiert und mit der Online-Videosprechstunde eine zweite telemedizinische Anwendung in das Gesetz aufgenommen, für die ebenfalls eine EBM-Ziffer geschaffen werden muss. Konkret muss der Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 eine EBM-Ziffer für die konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen schaffen. Bei der Videosprechstunde sind es jeweils drei Monate später.

Werden diese Fristen nicht eingehalten, werden die Haushaltsausgaben des Spitzenverbands der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf 99 Prozent der Ausgaben des Jahres 2014 eingefroren, und zwar so lange, bis die entsprechenden Ziffern geschaffen wurden. Das sind schon relevante Beträge, zumal das Bezugsjahr 2014 ist und die Sanktionen kumuliert werden können: Werden mehrere Deadlines gerissen, gibt es entsprechend weniger Geld. Kleines Schlupfloch: Das Bundesgesundheitsministerium kann die Fristen per Rechtsverordnung verlängern.

Neben den telemedizinischen EBM-Ziffern sind die Maßnahmen zur Einführung digitalmedizinischer Anwendungen der Telematikinfrastruktur der zweite Bereich des eHealth-Gesetzes, der Ärzte sowohl praktisch als auch finanziell unmittelbar betrifft: Die jetzt für Sommer 2016 avisierten Tests der Infrastruktur (siehe Seite 7) sollen relativ nahtlos in den bundesweiten Rollout der ersten Anwendung übergehen, nämlich des elektronischen Versichertenstammdatenmanagements, auch „Online-Update“ genannt. Das ist der Zeitpunkt, ab dem das eHealth-Gesetz einsetzt.

KONKRET NENNT DAS Gesetz weiterhin den 30. Juni 2016 als Deadline für den Beginn des Rollouts. Wird dieser Termin gerissen, drohen Haushaltskürzungen nach dem genannten Schema ab 2017. Diese Frist gilt als unrealistisch, aber auch hier gilt: Das Ministerium kann sie durch Rechtsverordnung verlängern. Relevanter für die Ärzte ist eine zweite Frist zwei Jahre nach Beginn des Rollouts, derzeit der 1. Juli 2018: Ab diesem Zeitpunkt darf den Ärzten die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent gekürzt werden, wenn die Online-Prüfung der Versichertenstammdaten verweigert wird.

DAS ONLINE-UPDATE der Versichertenstammdaten ist eine Krankenkassenanwendung und bei Ärzten entsprechend unbeliebt. Trotzdem halten es die „Macher“ der Telematik für sehr wichtig, weil es ein Vehikel ist, das dazu beiträgt, ein flächendeckendes Kommunikationsnetzwerk zu etablieren (siehe Interview S. 8). Interessant aus ärztlich-medizinischer Sicht und nicht zuletzt aus Sicht der Patienten wird es allerdings erst danach, wenn die medizinischen Anwendungen kommen. Im Vordergrund stehen dabei die elektronische Kommunikation der Leistungserbringer, die elektronischen Notfalldaten und der elektronische Medikationsplan.

Bei der elektronischen Kommunikation der Leistungserbringer setzt das Gesetz auch auf Anreize.

Bei der elektronischen Kommunikation der Leistungserbringer setzt das Gesetz nicht nur auf Sanktionen, sondern auch auf Anreize. Vorgesehen war hier ursprünglich, dass Ärzte und Krankenhäuser für das Versenden beziehungsweise Entgegennehmen elektronischer Arzt- und Entlassbriefe einen Zuschlag erhalten, der >

auch dann bezahlt wird, wenn die Dokumente noch nicht über die Telematikinfrastruktur, sondern über das KV-Netz versandt werden.

DIESER FÖRDERANSATZ findet sich jetzt auch in der endgültigen Formulierung des Gesetzes. Er wurde allerdings deutlich ausdifferenziert. So wird bei Einsatz eines elektronischen Arztbriefs in der vertragsärztlichen – aber nicht in der vertragszahnärztlichen – Versorgung ein Zuschlag in Höhe von 55 Cent auf die sonstigen telematikbezogenen Zuschläge bezahlt, die derzeit noch ausgehandelt werden müssen. Wie genau dieser Zuschlag zwischen sendendem und empfangendem Arzt verteilt wird, müssen KBV und Krankenkassen ebenfalls noch aushandeln.

Anders als ursprünglich vorgesehen, wird es dagegen keine Zuschläge für Versand oder Empfang elektronischer Entlassbriefe aus Krankenhäusern geben. Und noch eine wichtige Einschränkung bei der Arztbrieffördersignieren. Ob das dazu führen wird, dass sich elektronische Arztausweise rascher als bisher verbreiten, muss sich zeigen.

Grundsätzlich werden die Fördergelder für die Arztbriefe unabhängig von der Telematikinfrastruktur bezahlt. Wer die genannten Anforderungen im KV-Netz erfüllt, erhält seine Zuschläge. Allerdings muss die gematik schon bis Ende 2016 ein Verfahren für die sichere Befund- und Briefübermittlung über die Telematikinfrastruktur vorlegen, und bis Ende März 2017 muss alles so weit sein, dass Unternehmen Zulassungen beantragen können. Mittelfristiges Ziel aller Beteiligten bleibt es, das KV-Netz in die Telematikinfrastruktur zu integrieren. Ärzte sollen also nicht mit mehreren Routern und Konnektoren nebeneinander hantieren müssen.

AUS MEDIZINISCHER SICHT beziehungsweise aus Patientensicht sind die elektronischen Notfalldaten und der elektronische Medikationsplan

EBM-Ziffern für digitalmedizinische Leistungen dürften nicht mehr aufzuhalten sein.

rung hat es auf den letzten Metern ins Gesetz geschafft: Der Zuschlag wird nur im Jahr 2017 gezahlt, und er ist unmissverständlich gekoppelt an eine qualifizierte elektronische Signatur mit einem elektronischen Heilberufsausweis. Mit anderen Worten: Anders als bei den Zuschlägen für elektronische Arztbriefe, die die Kassenärztlichen Vereinigungen ab 2016 bezahlen, müssen Ärzte, die 2017 einen Arztbriefzuschlag nach eHealth-Gesetz einstreichen wollen, mit der Arztkarte die beiden Anwendungen, die es zuerst auf die Telematikinfrastruktur schaffen dürften. Beide Anwendungen sind im eHealth-Gesetz mit definitiven Fristen hinterlegt, und für beide Fristen gelten Sanktionen für KBV und GKV-Spitzenverband gemäß der geschilderten Ein-Prozent-Regelung.

Die elektronischen Notfalldaten folgen inhaltlich dem von der Bundesärztekammer entwickelten Notfalldatensatz. Ab 2018 sollen die Patienten ein Recht darauf haben, dass die Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Der Notfalldatensatz ist nicht nur für Notfälle gedacht, sondern auch als eine Art Basispatientenakte mit wichtigen Informationen zu beispielsweise Allergien und Vorerkrankungen. Das eHealth-Gesetz sieht in diesem Zusammenhang vor, dass Ärzte und auch Pflegekräfte auf die Notfalldaten in Notfallsituationen ohne Autorisierung zugreifen dürfen. In allen anderen Fällen muss das Einverständnis der Versicherten nachprüfbar protokolliert werden.

ANDERS ALS BEI DEN Notfalldaten wird beim Medikationsplan zunächst eine Papierversion eingeführt: Bereits ab dem 1. Oktober 2016 haben Versicherte, die mindestens drei verordnete Arzneimittel einnehmen, einen Anspruch darauf. Die im ersten Gesetzesentwurf noch vorgesehene Beschränkung auf ältere Versicherte entfällt. Inhaltlich handelt es sich um den Medikationsplan des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, der unter Federführung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft entwickelt wurde. Um die Datenübernahme zu erleichtern, enthält dieser Medikationsplan einen 2D-Barcode, der in Arztpraxen und Apotheken eingelesen werden kann, sofern die technischen Voraussetzungen dafür gegeben sind.

Erstellt werden kann der Medikationsplan von jedem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, also nicht nur, wie ursprünglich vorgesehen, vom Hausarzt. Aktualisierungen erfolgen zunächst auf ärztlicher Seite nur durch den ausstellenden Arzt oder aber durch den Apotheker, der ein Arzneimittel abgibt. Ein Anspruch auf Aktualisierung gegenüber allen Ärzten, die Medikamente vertragsärztlich verordnen, besteht erst ab 2019.

Ab 2018 soll der Versicherte einen Anspruch darauf haben, dass der Medikationsplan mittels elektronischer

FOTO: © DPULLMAN – FOTOLIA.COM

Gesundheitskarte gespeichert wird. Freiwillig können die Versicherten bei dieser Anwendung auf das Erfordernis einer Zugriffsautorisierung verzichten. Das würde dann PIN-Eingaben ersparen. Nicht ganz unwesentlich aus ärztlicher Sicht ist, dass es sowohl für die Erstellung beziehungsweise Änderung eines Notfalldatensatzes als auch für die Nutzung des elektronischen Medikationsplans nutzungsbezogene Zuschläge geben wird, auf die sich die Selbstverwaltung bis zum 30. September 2017 verständigen muss.

FÜR EINIGE FAUSTDICKE Überraschungen hat das eHealth-Gesetz auf den letzten Gesetzesmetern auch in den Telematikparagrafen noch gesorgt. So muss die gematik schon bis Ende 2016 prüfen, inwieweit mobile und stationäre Endgeräte der Versicherten geeignet sind, die Zugriffsrechte auf die persönlichen Daten wahrzunehmen. Dass der Patient und seine Rechte auf Zugriff beziehungsweise Kontrolle der Zugriffe nicht ausreichend Berücksichtigung findet, war einer der Hauptkritikpunkte an dem Gesetz vonseiten der Patientenvertreter und Verbraucherschützer. Dem wird jetzt Rechnung getragen. Zu den denkbaren Optionen zählt eine drahtlose Kommunikation zwischen Gesundheitskarte und einer Patienten-App, die es dem Patienten ermöglichen würde, Daten per Smartphone anzusehen.

Fest steht hier allerdings noch nichts, Szenarien wie das genannte sind spekulativ. Die Kopplung des Patientenzugriffs an eine Signaturkarte mit qualifizierter Signatur wurde allerdings gestrichen. Relevant ist das vor allem für das sogenannte Patientenfach, für das die gematik bis Ende 2018 die Voraussetzungen schaffen muss. Der Patient soll hier eigene Daten und Dokumente einspielen und seinen Ärzten zur Verfügung stellen können, von Vitaldaten über Organspendeausweis bis Patientenverfügung. Überraschend kommt schließlich auch, dass der Begriff der elektronischen Patientenakte im eHealth-Gesetz nun doch noch auftaucht: Ebenfalls bis Ende 2018 sollen dafür die Voraussetzungen geschaffen sein. In weiser Voraussicht wurde diese Frist allerdings nicht mit Sanktionen hinterlegt.

Fazit: Der Entwurf des eHealth-Gesetzes hat intensive Diskussionen losgetreten, die zu einigen auch für Ärzte relevanten Änderungen im Gesetzestext geführt haben. EBM-Ziffern für digitalmedizinische Leistungen dürften jetzt nicht mehr aufzuhalten sein. Die digitale Umsetzung des Medikationsplans wird deutlich beschleunigt, und die Position des Patienten wird gestärkt. Dafür bleibt es bei scharfen Sanktionen für jene Ärzte, die sich dem Online-Update der Gesundheitskarte verweigern. ■

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

Cerner

Mehr als 21.000 kreative und engagierte Mitarbeiter weltweit leisten täglich einen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitswesens. Mit der Entwicklung integrierter und vernetzter IT-Lösungen erhöht Cerner auch in Deutschland die Sicherheit, Leistungsfähigkeit und Kosteneffizienz in der Gesundheitswirtschaft. Seit über 35 Jahren ist Cerner rund um den Globus mit innovativen Ideen und Lösungen erfolgreich.

Sie sind Mediziner oder haben langjährige Erfahrung in einem medizinisch-pflegerischen Bereich und sind technik- oder IT-affin?

Dann bietet Cerner Ihre nächste Karrierechance!

Werden Sie Teil unseres international aufgestellten Teams und bereichern Sie unser Unternehmen und unsere Lösungen als:

- Consultant (m/w) für i.s.h.med / IS-H
- Technical Support Engineer (m/w) für medico
- Softwarentwickler (m/w) Klinische Systeme SAP / i.s.h.med
- uvm...

Alle Stellenausschreibungen finden Sie unter www.cerner.de.

Wir bieten Ihnen eine verantwortungsvolle Tätigkeit in einem global agierenden Unternehmen mit Standorten in über 30 Ländern, unser Unternehmenstraining in unserem World-Headquarter in Kansas City und spannende Entwicklungsmöglichkeiten sowie eine attraktive Vergütung.

Sie sind interessiert?

Dann freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung im Karriereportal auf unserer Website www.cerner.de. Wenn Sie weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an GermanyRecruitment@cerner.com.

Schwerbehinderte Bewerber werden bei gleicher Eignung besonders berücksichtigt.

GesundheIT im Wandel
Gemeinsam. Vorausschauend. Ganzheitlich.

Besuchen Sie uns unter www.cerner.de

Cerner

ÜBERZEUGEND

Dänemark ist ein Vorreiter in Sachen eHealth. Das Land hat die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen in den vergangenen zwanzig Jahren Stück für Stück vorangetrieben. Davon profitieren heute alle Einwohner. Und die Entwicklung geht weiter: Die Infrastruktur wird zurzeit neu geordnet.

TEXT: MICHAEL LANG

Andere Länder, andere Sitten. Wenn zum Beispiel ein Deutscher, nennen wir ihn Hans Meier, nach Dänemark umzieht, wird er schnell die Unterschiede zwischen dem deutschen und dänischen Gesundheitswesen feststellen. Hält er sich länger als drei Monate im Land auf, bekommt er die gleiche einfache, nichtelektronische Gesundheitskarte wie alle dänischen Einwohner. Mit ihr kann er die medizinische Versorgung eines öffentlichen, über Steuern finanzierten Gesundheitswesens nutzen.

Doch zuvor muss sich Hans Meier beim Bürgerservice seiner Gemeinde anmelden. Dadurch wird er in das zentrale Personenregister (CPR) des Landes eingetragen und erhält – wie alle dänischen Bürger bei ihrer Geburt – eine zehnstellige unverwechselbare Sozialversicherungsnummer. Sie ist so etwas wie ein Ausweis, >

© XTOCK – FOTOLIA

eHEALTH

den man zur Kommunikation mit den Behörden, fürs Internetbanking oder für das Gesundheitswesen verwendet. Auf der Gesundheitskarte sind die CPR-Nummer sowie Name und Adresse des Hausarztes vermerkt, mehr nicht.

Wenn Hans Meier krank wird oder einen Unfall hat, muss er seinen Hausarzt aufsuchen. Wie 98,5 Prozent aller Dänen hat er sich für das vom Staat angebotene Hausarztmodell entschieden. Der Hausarzt ist Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Versorgung. Nur er darf den Patienten zum Facharzt schicken oder in ein Krankenhaus einweisen. Eine freie Wahl des Facharztes gibt es nur bei HNO- und Augenärzten. Ihr (staatliches) Krankenhaus können dänische Patienten seit 1993 selbst aussuchen. Die Versorgung im ambulanten und stationären Sektor wird zu achtzig Prozent von der staatlichen Krankenversicherung übernommen. Eigenleistungen fallen beispielsweise beim Zahnarzt oder Physiotherapeuten an. Hätte sich Hans Meier gegen das Hausarztmodell und für die freie Arztwahl entschieden, müsste er in Vorkasse treten und die Arztrechnung bei der staatlichen Krankenversicherung einreichen. Er bekäme aber nur den Kostenanteil erstattet, den der Arzt im Hausarztmodell in Rechnung stellen darf.

Mit starken Schmerzen im Knie macht sich Hans Meier auf zu seinem Hausarzt. Zuvor hat er über eine Smartphone-App einen Termin gebucht. Der Hausarzt verschreibt ihm ein Schmerzmittel und überweist ihn zum Facharzt. Hans Meier erhält aber weder ein gedrucktes Rezept noch ein Überweisungsformular. Das Rezept wird per E-Mail an seine Apotheke geschickt, wo das Medikament zur Abholung bereitliegt. Auch die Überweisung an den Facharzt erfolgt auf elektronischem Weg. Haus- und Fachärzte kommunizieren schon lange elektronisch. Sie sind deshalb – wie ihre Patienten – immer online.

DIE DÄNEN SIND bekannt für ihre IT-Affinität. Sie gehören stets zu den ersten, die neue Technologien einsetzen. Nicht nur die IT-Industrie profitiert von diesen „early adopters", indem sie dort ihre neuen Produkte testen lässt. Ohne diese Mentalität wäre die Vernetzung im dänischen Gesundheitswesen gewiss anders verlaufen. Alles begann 1990 auf der Insel Amager, als es einem Hausarzt erstmals gelang, Verordnungen auf elektronischem Weg an die örtliche Apotheke zu schicken. Dieser Erfolg beflügelte IT-begeisterte Ärzte, die erste Projekte zur elektronischen Übertragung von Textnachrichten auf den Weg brachten. Die Ärzte konzentrierten sich dabei auf die Dokumente, die ihnen damals am wichtigsten erschienen: Entlassbriefe, Laborberichte und Verordnungen. Parallel dazu schafften sich immer mehr Ärzte Praxissysteme an. Bereits 1992 hatten 60 Prozent aller dänischen Hausarztpraxen eine elektronische Patientenakte. Nur untereinander kommunizieren konnten sie damals noch nicht. Was fehlte, waren einheitliche Standards für die Datenübertragung.

Haus- und Fachärzte kommunizieren in Dänemark schon lange elektronisch.

Eine Gruppe engagierter Haus- und Krankenhausärzte begann zusammen mit Vertretern von rund 60 IT-Unternehmen mit der Entwicklung der ersten Standards. Wie sich dieses Projekt entwickeln würde, war damals nicht absehbar. Zur Koordination der Aufgaben und der Projektgruppen wurde 1994 die unabhängige Projektorganisation MedCom geschaffen. MedCom hatte bei der Entwicklung den Hut auf und sorgte dafür, dass die IT-Industrie ihre Lösungen im Sinne der Ärzte entwickelte. 1999 wurde die ursprünglich nur für ein Projekt ins Leben gerufene MedCom in eine Dauereinrichtung überführt. Seit 2011 ist MedCom für die intersektorale Kommunikation verantwortlich. Deshalb konzentriert sie sich heute auf die großen Projekte, die eine engere Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, staatlichen und privaten Krankenhäusern, medizinischen Laboren, Apotheken und Telemedizinbetreibern vorantreiben sollen. Als staatliche Einrichtung gibt MedCom bei allen eHealth-Vorhaben den Ton an.

DIE SMARTPHONE-APP, mit der Hans Meier seinen Hausarzttermin gebucht hat, kann noch viel mehr. Sie stammt von sundhed.dk (sundhed, auf deutsch „Gesundheit"), dem landesweiten Gesundheitsportal, das 2001 als Non-Profit-Organisation vom dänischen Gesundheitsministerium, den dänischen Regionen und Gemeinden sowie dem dänischen Apothekerverband gegründet wurde. Seit 2003 stellt das Portal landesweit sogenannte e-Services bereit. sundhed.dk wird aktuell, wie MedCom, vom dänischen Gesundheitsministerium, den fünf dänischen Regionen und der Interessenvertretung der dänischen Kommunen betrieben. Es hat 40 Mitarbeiter und ein jährliches Budget von 8 Millionen Euro. Das Gesundheitsportal soll den

Patienten einen Zugang zu Gesundheitsinformationen ermöglichen und die Kommunikation zwischen den Beschäftigten im Gesundheitswesen, aber auch mit den Patienten, verbessern.

Hans Meier kann im Portal Informationen einsehen und in einem geschützten Bereich die e-Services nutzen. Zum Einloggen verwendet er „NemID", eine Log-in-Lösung, mit der er sich auch bei allen Behörden und fürs Internetbanking einloggen kann. Die Idee: Wenn der Zugang für Bankgeschäfte sicher ist, sollte er auch für Patientendaten sicher sein. Das Verfahren funktioniert nach dem Zwei-Schlüssel-Prinzip mit öffentlichen und privaten Schlüsseln. Der Benutzer loggt sich mit seiner CPR-Nummer oder einem frei gewählten Nutzernamen ein und gibt danach einen privaten Schlüssel ein, der aus einer Nummernfolge besteht. Ähnlich wie beim deutschen TAN-Verfahren für das Internetbanking werden dem Nutzer Listen mit privaten Schlüsseln für den Einmalgebrauch zugeschickt. In der Kritik steht dieses System, weil die privaten Schlüssel auf einem zentralen Server im Internet gespeichert sind. Die Kritik war offenbar nicht ganz unberechtigt: Am 11. April 2013 legten Hacker das NemID-System (mit einer sogenannten DDOS-Attacke) lahm. Während des Ausfalls war im ganzen Land kein Internetbanking mehr möglich, und auch der Zugriff auf sundhed.dk war eingeschränkt. Nur die frei zugänglichen Informationen waren während der Zeit des Systemausfalls verfügbar.

Hans Meier kann auf seiner geschützten Seite im Portal persönliche Daten bearbeiten, beispielsweise eine Patientenverfügung und Angaben zu den nächsten Angehörigen oder einer Organspendeverfügung einstellen. Medizinische Inhalte darf jedoch nur ein Arzt ändern. Der Patient kann aber seine Vitaldaten einpflegen. Insbesondere Patienten, die auf kleinen Inseln leben und einen langen Weg zum nächsten Arzt haben, messen zum Beispiel ihren Blutdruck und übertragen die Werte elektronisch an ihren Arzt. Das Portal bietet darüber hinaus die Möglichkeit, wiederkehrende Rezepte für Medikamente zu erneuern und die Termine mit dem Hausarzt zu vereinbaren. Außerdem kann der Patient seine Behandlungsgeschichte einsehen und Abrechnungen überprüfen. Unter „My log" erfährt er, welcher Angehörige eines Gesundheitsberufs wann auf seine Daten zugegriffen hat.

DAS PORTAL ENTHÄLT ein Patientenhandbuch, in dem 3000 Artikel über Krankheiten und deren Behandlungen gespeichert sind. Und es bietet einen Zugang zu Patientennetzwerken, in denen sich Patienten über ihre Krankheiten austauschen können. Angaben über Wartezeiten sowie Patientenbewertungen der staatlichen Krankenhäuser sind ebenfalls enthalten. Das dänische Gesundheitsministerium stellt die aktuellen Wartezeiten der staatlichen Krankenhäuser für die meisten Behandlungen seit 1998 ins Internet. Die Wartezeiten zwischen den einzelnen Krankenhäusern schwanken erheblich, bei Meniskusoperationen sollen schon bis zu 23 Wochen vorgekommen sein. Das Problem mit den langen Wartezeiten besteht schon lange, weshalb die Patienten sich seit 2002 auch in einem privaten Krankenhaus operieren lassen dürfen, falls die Wartezeiten in den staatlichen Einrichtungen zu lang sind. >

© XTOCK – FOTOLIA

»Ziel ist Echtzeit-Gesundheitssystem«

Das Online-Portal sundhed.dk ermöglicht den elektronischen Datenaustausch der dänischen Gesundheitsdienste. Welche Weiterentwicklungen der IT-Infrastruktur für die nächsten Jahre geplant sind, erläutert Morten Elbæk Petersen, CEO des Gesundheitsportals sundhed.dk.

MORTEN ELBÆK PETERSEN
ist CEO des dänischen Gesundheitsportals sundhed.dk

Wie ist der aktuelle Stand bei den großen eHealth-Projekten in Dänemark?

Das nationale eHealth-Portal sundhed.dk ist das offizielle Portal für die dänischen Gesundheitsdienste. Innerhalb des Portals gibt es den sektorübergreifenden Dienst Sundhedsjournalen (Electronic Health Record). Der Dienst ist einzigartig, weil er Zugriff auf ein breites Spektrum von persönlichen Gesundheitsdaten und Lösungen bietet, wie zum Beispiel Online-Patientenakten aus Krankenhäusern, sektorübergreifende persönliche elektronische medizinische Profile, eine Übersicht über die persönliche Krankengeschichte seit 1977 durch eine Liste der Kontakte mit Krankenhäusern, eine Übersicht der Kontakte mit Einrichtungen des Primärsektors, eine Online-Organspenderregistrierung sowie die Online-Patientenverfügung.

Welche weiteren Funktionen werden Sie in das Portal integrieren?

Zu den größten und tiefgreifendsten Veränderungen in den kommenden Jahren gehören die Echtzeit-Gesundheitssysteme. Kurz gesagt, Patienten können Zugriff auf Testergebnisse, Scans oder Eintragungen erhalten, in Echtzeit – also zur selben Zeit, wie Gesundheitsfachkräfte auf die Daten zugreifen. Die Patienten können so eine viel proaktivere und informiertere Rolle einnehmen und bei ihrer Behandlung mitarbeiten. Im September 2015 ist sundhed.dk diesen Echtzeit-Gesundheitssystemen einen großen Schritt nähergekommen, indem wir den verzögerten Zugriff der Patienten auf die Daten von zwei Wochen auf 72 Stunden verkürzen konnten. Die politische Zielsetzung besteht darin, diese 72 Stunden Verzögerung auch noch zu beseitigen. Ein weiterer wichtiger Meilenstein ist die Fähigkeit, auf diese Daten nicht nur von einem Desktop-PC oder Laptop aus zuzugreifen, sondern von einem Tablet-PC oder Smartphone.

Wie sorgen Sie für den notwendigen Datenschutz?

Es liegt auf der Hand, dass Datenschutz unbedingt erforderlich ist. Der Hauptfaktor allerdings – um die Interessengruppen und die Bürger zum Engagement für eHealth zu überzeugen – ist eine Vertrauenskultur. Einer der Hauptgründe unseres Erfolgs in Dänemark ist das große Vertrauen in den öffentlichen Sektor allgemein und in das öffentliche Gesundheitswesen. Dänemark hat ein Personenerkennungssystem, bei dem alle Bürger eine Sozialversicherungsnummer haben. Diese Nummer können sie bei allen Kontakten mit dem öffentlichen Sektor für das Log-in – über ein System mit persönlicher Kennung, genannt NemID – verwenden. NemID ist das generelle, sichere Log-in ins Internet, das von allen öffentlichen Einrichtungen genauso wie von der Privatwirtschaft, beispielsweise für Online-Banking und Online-Shopping, genutzt wird. Darüber hinaus haben wir mit My log einen Dienst, der Patienten einen Einblick gibt, welche Beschäftigten im Gesundheitswesen auf ihre persönlichen Daten zugegriffen haben.

Welchen Stellenwert hat die Telemedizin in Dänemark und wo liegen die Schwerpunkte?

Zunächst einmal gibt es viele unterschiedliche Definitionen des Begriffs Telemedizin. Ich glaube, dass alle Arten von digital gesammelten Daten, die einen Dialog, ein Treffen oder eine Behandlung zwischen einem Patienten und einer Gesundheitsfachkraft unterstützen, als Telemedizin definiert werden können. In diesem breiteren Verständnis würde ich sagen, dass die meisten – wenn nicht alle – unserer Lösungen als Telemedizin definiert werden können. Bezogen auf die traditionellere Bedeutung des Begriffs würde ich unsere Lösungen für Patienten mit besonders chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes hervorheben, die es den Patienten erlauben, sich zu überwachen, zu handeln und mit den Gesundheitsfachkräften zu kommunizieren.

Auch niedergelassene Ärzte nutzen sundhed.dk ausgiebig. Sie finden dort alle Daten zu ihren Patienten, die nicht in ihrem Praxis-PC gespeichert sind. In diesen zentral gespeicherten elektronischen Akten – den „e-journalen“ – stehen die Einträge der Krankenhäuser zu Diagnosen und Behandlungen. Zwischen 30 und 40 Prozent der staatlichen Krankenhäuser stellen außerdem Informationen zu Medikationen und Laboruntersuchungen in die e-journalen ein. Ende 2014 waren darin Informationen zu über 85 Prozent der dänischen Bevölkerung gespeichert. Krankenhausärzte nutzen dieses System nicht über das Gesundheitsportal, sondern über ihre vernetzten Patientenakten. Jeder Datenzugriff eines Arztes auf die e-journalen wird mit Datum, Uhrzeit sowie dem Namen der Einrichtung genau protokolliert.

DÄNEMARK HAT SICH bereits früh mit der Arzneimittelsicherheit befasst. 2003 wurde ein Medikationsserver in Betrieb genommen, der alle Verordnungen zentral speichert. Dadurch bekamen alle Patienten Zugriff auf ihre Verschreibungsdaten. Die Apotheken wiederum erhalten seitdem Informationen über die Medikamente, die von anderen Apotheken an Patienten abgegeben wurden.

Trotz der gewaltigen Fortschritte deckt die dänische eHealth-Struktur nicht alle Anwendungen ab. Dies liegt insbesondere daran, dass die Dänen ihre Infrastruktur Stück für Stück aufgebaut haben. „Als wir vor über 20 Jahren angefangen haben“, sagt Jan Petersen, der Leiter des International Departments bei MedCom, „war es uns wichtig, den Austausch derjenigen Informationen zu unterstützen, die für die Patientenversorgung essenziell sind.“ Das waren die Textnachrichten. Deshalb kann heute jeder Arzt elektronische Nachrichten austauschen.

Dabei hat MedCom keine Einheitslösung implementiert, sondern eine sogenannte Multivendor-Strategie verfolgt, bei der es mehrere Anbieter gibt. MedCom hat aber die Standards und Schnittstellen zum Datenaustausch entwickelt. Dabei haben sich die Hausärzte stark engagiert. 15 verschiedene Praxissysteme können heutzutage ihre Daten untereinander austauschen. Die Krankenhäuser hatten sich hier schwerer getan. 2007 zählte man noch 27 verschiedene, vernetzungsfähige elektronische Patientenaktensysteme in den dänischen Krankenhäusern. Durch die geschaffenen Schnittstellen aber sind die Daten austauschbar. Seit 2011 können alle dänischen Hausärzte über das internetbasierte Gesundheitsnetz Informationen sektorübergreifend austauschen.

Bereits 2010 einigten sich die Verantwortlichen darauf, die dänische eHealth-Struktur neu zu ordnen. Zur neuen Struktur gehören eine landesweite zentrale Datenbank, welche die e-journalen aller Krankenhäuser in den fünf Regionen sammelt, sowie eine ebenfalls landesweite zentrale Datenbank mit den „p-journalen“ – den elektronischen Patientenakten in den Hausarztpraxen. Allerdings ist diese Datenbank zurzeit nicht zugänglich, weil die rechtlichen Grundlagen hierfür noch fehlen, erklärt Petersen. Zur neuen Struktur zählt auch die Datenbank Shared Medication Record, die patientenbezogene Informationen über alle jemals verschriebenen Medikamente und Impfungen enthält, sowie das sundhed.dk-Portal, über welches diese Datenbankinformationen zur Verfügung gestellt werden. Ebenfalls landesweit verfügbar im Gesundheitsdatennetz sind alle Laboraufträge und -ergebnisse. 2014 wurde die Kommunikation im Gesundheitswesen auf die Psychiatrie und den Sozialbereich ausgeweitet.

ZURZEIT BEREITEN SICH die Dänen auf den demografischen Wandel vor. Bereits landesweit implementiert wurde die Teleinterpretation, bei der während einer Videokonferenz eine Übersetzung für diejenigen Patienten erfolgt, die kein Dänisch sprechen. Ebenfalls realisiert wurde die Tele-Wunddokumentation, bei der eine Pflegekraft zu Hause den Wundverlauf mit Fotos festhält und diese an den behandelnden Arzt übermittelt. „Das nächste Telemedizinprojekt, das wir in ganz Dänemark ausrollen werden, unterstützt die Versorgung von COPD-Patienten“, erklärt Petersen. Auch Assistenzsysteme für ältere Menschen haben die Dänen im Blick. Hans Meier überlegt deshalb ernsthaft, seinen Ruhestand in Dänemark zu verbringen. ■

Zurzeit bereiten sich die Dänen auf den demografischen Wandel vor.

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

FOKUS AUF INNOVATION

„Innovation is the Key to Our Future" – so lautete das Motto des 101. Jahrestreffens der Nordamerikanischen Röntgengesellschaft RSNA, die ihr hundertjähriges Bestehen feierte. Kongresspräsident Dr. Arenson forderte seine Kollegen dazu auf, sich innovative Technologien im Sinne einer besseren Patientenversorgung zunutze zu machen.

TEXT: RALF BUCHHOLZ

Wie im vorvergangenen Jahr gab es Ende November/Anfang Dezember auch im letzten etwas zu feiern im Chicagoer McCormick Place. Wurde 2014 die 100. Jahreskonferenz der Nordamerikanischen Röntgengesellschaft bejubelt, war es diesmal das hundertjährige Bestehen der Radiological Society of North America (RSNA) selbst. Ob alle erwarteten etwa 55 000 Besucher gratuliert haben, weiß man nicht, beim wissenschaftlichen Programm waren sie auf jeden Fall gut aufgehoben.

In seiner Eröffnungsrede widmete sich Kongresspräsident Dr. Ronald L. Arenson den kommenden technischen Neuerungen, die auf die Radiologie zukommen. Treffend war dann auch das Motto des 101. Jahres- >

FOTO: RSNA

INNOVATION
IS THE KEY TO OUR FUTURE
RSNA® 2015

Auf der Industrieausstellung bestimmte der Begriff „Vendor Neutral Archive“ das Geschehen.

treffens der RSNA: „Innovation is the Key to Our Future.“ Dr. Arenson forderte seine Kollegen auf, Innovationen nicht nur anzunehmen, sondern sie sich vielmehr für bessere Arbeitsabläufe und eine optimierte Patientenversorgung zunutze zu machen. Beispielhaft nannte er die wachsende Nachfrage nach personalisierter Medizin, integrierte Behandlungsangebote, Erwartungen der Kostenträger, ein massiver Zuwachs an Daten, die Zunahme telemedizinischer Angebote sowie eine alternde Gesellschaft als kommende Herausforderungen.

UM DIES ZU MEISTERN, wünschte er sich fünferlei von seinen Kollegen:

- Werdet technologische Vorreiter!
- Seid patientenorientiert – richtet den Fokus auf persönliche Beziehungen!
- Beteiligt euch am Bilddatenaustausch und an IHE!
- Beteiligt euch an der quantitativen Bildgebung!
- Geht mutig dahin, wo vorher noch niemand war!

Dr. Burton P. Drayer, Vorsitzender der RSNA Research & Education Foundation, rief dazu auf, mit allen Mitteln die Forschung in der Radiologie zu unterstützen. „Wenn wir als professionelle Gemeinschaft sicherstellen wollen, dass unsere radiologischen Kollegen auch künftig führend sind im Gesundheitswesen, müssen wir agieren und investieren.“

Zwei interessante Vorträge gab es zu einer immer wieder – oder stets – aktuellen Diskussion in Deutschland, dem Mammografie-Screening. Eine Untersuchung des norwegischen Brustkrebs-Screeningprogramms zum Sterblichkeitsrückgang und Überdiagnosen ergab, dass für jede Frau, deren Leben gerettet werden kann, zwei überdiagnostiziert werden. Anhand ihrer Studie will Dr. Solveig Hofvind ein Balance Sheet von Vor- und Nachteilen – Gegenstand regelmäßiger Diskussionen – erarbeiten. Dr. Hofvind geht davon aus, dass bei 10000 mammografierten Frauen im Screening zwischen 53 und 61 Leben gerettet werden können, während zwischen 45 und 162 Frauen eine Überdiagnose erhalten. Darüber hinaus würden 1590 falsch-positive Befunde mit nichtinvasiver und 410 mit invasiver Behandlung gestellt. Daraus errechnete sie einen „Nutzen-Koeffizienten“, stellt den aber selber infrage. „Welches Verhältnis erwarten wir und welches würden wir akzeptieren? Ist es überhaupt angemessen, ein Verhältnis zwischen geretteten Leben und epidemiologischen Überdiagnosen vorherzusagen?“, fragte Dr. Hofvind.

In einer anderen Untersuchung arbeitete Dr. Hannah Perry, Radiologin am Beth Israel Deaconess Medical Center in Boston, heraus, dass veröffentlichte Daten zu Brustkrebs und falsch-negativen Mammogrammen nicht das gängige Verfahren in den USA widerspiegeln, sondern dieses eher einem europäischen Screening-Modell folgt. In ihrer Studie beobachteten Dr. Perry und Kollegen Patientinnen mit einer Brustkrebsdiagnose, die während der 15 Monate davor einen negativen Befund hatten. Die Fälle wurden klassifiziert als entweder richtig-negativ oder falsch-negativ, basierend auf dem Konsensus von fünf ausgewiesenen Fachärzten. Von 125 Patientinnen wurden 97 Fälle als richtig-negativ und 28 als falsch-negativ eingestuft.

MIT GAMES-SOFTWARE Röntgenaufnahmen verbessern. Was sich erst mal seltsam anhört, hat ein Team aus St. Louis wahrgemacht. Die Forscher haben eine Software für die Microsoft Kinect Gaming Konsole entwickelt, die den Körper vermisst, Bewegungen erkennt und darauf achtet, dass die Röntgenröhre korrekt positioniert ist.

„Patienten, MTRA und Radiologen wollen die beste Bildqualität bei der geringst möglichen Dosis ohne die Gefahr von Wiederholungsaufnahmen“, sagte Dr. Steven Don, außerordentlicher Professor für Radiologie am Mallinckrodt Institute of Radiology der Washington University School of Medicine in St. Louis. „Mit dieser Technologie können diese Ziele erreicht werden. Patienten profitieren von einer geringeren Strahlendosis und höherer Bildqualität, die eine sicherere Diagnostik ermöglicht.“

Microsoft Kinect wurde ursprünglich als Bewegungssensor sowie Gesichts- und Spracherkennung für die Xbox entwickelt, die ein Spielen ohne Controller ermöglichen sollte. Für ihre Untersuchung kombinierten Dr. Don und seine Kollegen die Microsoft Kinect 1.0 mit proprietärer Software. Durch ein Monitoring in Echtzeit warne die Software den Anwender, wenn sich einer der definierten Parameter für eine Röntgenuntersuchung ändert.

Auf der Industrieausstellung bestimmte der Begriff „Vendor Neutral Archiv“, kurz VNA, das Ausstellungsgeschehen rund um die IT. Nach dem Kauf des US-Anbieters TeraMedica baut Fujifilm das Synapse VNA kontinuierlich aus. Die nächste Generation des einrichtungsweiten medizinischen Informations- und Bildmanage-

mentsystems wurde nach Unternehmensangaben noch einmal weiterentwickelt, die Qualitätssicherung, die Bedienoberfläche und rollenbasierte Dashboards komplett neu programmiert. Darüber hinaus sei die Version internationalisiert worden und unterstütze nun auch ideografische phonetische Charakteristika für den japanischen Markt. Aktuell kommt Synapse VNA bei INTEGRIS Health in Oklahoma City zum Einsatz, wo es die Daten aus verschiedenen PACS und Archivsystemen zusammenführt, so Fujifilm.

Dass medizinische Bildarchive heutzutage exponentiell wachsen – ebenso wie uneinheitliche radiologische IT-Systemumgebungen und die Herausforderungen, denen große Klinikunternehmen bei der Verwaltung mehrerer Standorte gegenüberstehen – hat Siemens Healthcare bewogen, entsprechend spezielle Archivierungslösungen anzubieten, von einer herstellerunabhängigen DICOM-Archivierung bis hin zu kliniküberg reifenden Lösungen. Diese Optionen würden durch die nahtlose Anbindung an andere Siemens- oder Drittanbieter-Produkte realisiert. Damit könnten die Nutzer Daten aus klinischen und radiologischen Abteilungen in einer zentralen Datenbank zusammenführen, so das Unternehmen.

HERSTELLERNEUTRALE Archive hat VISUS sich mit dem JiveX Medical Archive bereits lange auf die Fahnen geschrieben. „Wir haben unsere Lösung bereits in den letzten Jahren auf dem RSNA präsentiert, aber erst in diesem Jahr haben wir einen regelrechten Run erlebt. Das Thema Archivkonsolidierung ist also endgültig in der Radiologie angekommen. Hier sind wir im Vorteil, weil die Ursprünge unseres Systems in der Radiologie liegen und weil wir bereits seit einigen Jahren an der Umsetzung eines Medizinischen Archivs arbeiten und mittlerweile eine sehr ausgereifte Lösung präsentieren können“, so Willi Lohrke, verantwortlich für den internationalen Vertrieb beim Bochumer IT-Dienstleister. Der wesentliche Vorteil: Anwender könnten mit einem einheitlichen Viewer von jedem Arbeitsplatz aus auf den konsolidierten Datenbestand – Videos, Befundbriefe, Fotos, EKG-Daten und mehr – zugreifen.

Auch Agfa HealthCare bietet eine VNA-Lösung, dort stand in Chicago jedoch das Dosismanagement im Fokus des Besucherinteresses aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Viele Röntgen-, CT-, nuklearmedizinische und anderen Untersuchungen wirken sich zwar positiv auf die Patientengesundheit aus, führen aber auch zu einer steigenden Strahlenbelastung bei den Patienten. „Unser automatisches Dosismanagementsystem tqm|DOSE hilft, die steigende Strahlenbelastung zu kontrollieren. Das System bietet leistungsstarke Funktionen, um die verabreichte Strahlendosis zu erfassen und statistisch aufzubereiten – ein erster Schritt zur Minimierung“, so der Geschäftsführer und Vertriebsleiter Michael Strüter. Die Lösung ließe sich durch ihre webbasierte Programmierung direkt in bestehende PACS-Umgebungen integrieren. Über Dosis- und Metadateninformationen könne die Strahlendosis patienten-, modalitäten- und untersucherspezifisch dokumentiert, verwaltet und analysiert werden, so der Anbieter.

Dosismanagement war auch ein Schwerpunkt von Philips. So verspricht DoseWise das Erfassen und die Auswertung der Strahlendosis für Patienten und Mitarbeiter über die verschiedenen radiologischen Bereiche hinweg. Daneben zeigte das Unternehmen sein Portfolio an datenorientierten Lösungen für die Radiologie, etwa aus den Bereichen diagnostischer Bildgebung, klinischer Informationssysteme und bildgeführter Therapien. „Mit den Fortschritten in der datenorientierten digitalen Technologie hat die Radiologie Möglichkeiten, die Art der Patientenversor- >

gung maßgeblich voranzubringen und eine entscheidende Rolle bei der Entscheidungsfindung zu spielen“, sagte Robert Cascella, Geschäftsführer der Imaging Business Groups. „Durch die Integration diagnostischer Bildgebungs- mit spezialisierten Informationstechnologien unterstützt Philips seine Anwender bei der Verbesserung der Prozesse, der Etablierung einer reibungslosen Zusammenarbeit und der Steigerung der Effektivität.“

Eine Investition in die Zukunft stellte GE Healthcare mit seiner neuen Health Cloud vor, einem skalierbaren, dynamischen und sicheren Ökosystem, das Softwareanwendungen „as a service“ über das Internet verfügbar machen soll. Auch im deutschsprachigen Raum verfügbar sind heute bereits die neuen Modalitäten. Der Revolution CT etwa läuft nach Herstellerangaben bereits im Uniklinikum Jena, Bad Neustadt a. d. Saale, in Kassel und in Zürich in der Schweiz. Im Bereich MR konzentriert sich GE Healthcare zunehmend auf die Implementierung innovativer Software in seine Geräte. Dank der Silent-Technologie etwa verursacht das System keinen ohrenbetäubenden Lärm mehr, sondern hört sich bei der Aufnahme an wie ein Tintenstrahldrucker. Magic sorgt laut Unternehmen für schnellere Aufnahmen und so eine höhere Effizienz. ViosWorks, Verfügbarkeit erwartet für 2016, schließlich nimmt bei einem Kardio-MRT sieben Dimensionen von Daten auf, drei räumliche, eine zeitliche und drei Geschwindigkeiten. Mit der Technologie sollen Untersuchungen, die bisher 45 bis 60 Minuten gedauert haben, in etwa zehn Minuten abgeschlossen sein.

Samsung stellte im McCormick Place mit dem NExCT 7 seinen ersten Premium-CT vor. Mit einer hohen zeitlichen und örtlichen Auflösung soll er eine verlässliche Diagnostik fördern, sowohl bei Routine- wie auch Spezialuntersuchungen. Nach den ersten klinischen Patientenuntersuchungen erwartet Samsung eine Dosisreduzierung gemäß dem ALARA-Prinzip („As Low As Reasonably Achievable“) sowie einen schnellen und effizienten Workflow. Mit dem BodyTom und dem CereTom hatte das Unternehmen auch seine portablen Systeme mit nach Chicago gebracht. Sie kommen in verschiedenen Abteilungen zum Einsatz, etwa mobilen Stroke Units, in der Brachytherapie, Protonen-Therapie-Zentren oder bei der Tiefenstimulation des Gehirns.

Die 102. Jahreskonferenz der Nordamerikanischen Röntgengesellschaft findet in diesem Jahr vom 27. November bis 2. Dezember in Chicago statt. ■

Die Radiologie hat Möglichkeiten, die Art der Patientenversorgung maßgeblich voranzubringen.

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

FOTO OBEN: RSNA

ANZEIGE

conhIT 2016
19.-21. April
Halle 1.2
Stand B.112

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

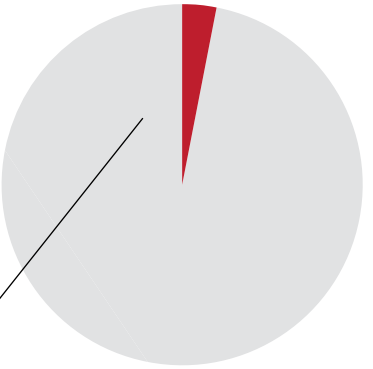
TRENDS IN DER GESUNDHEITS-IT

Es gibt weltweit zahlreiche Studien, die interessante Hintergründe und Trends im Bereich Health IT aufzeigen. Bernhard Calmer (Cerner) und Andreas Kassner (Geschäftsführer amego GmbH) scannen solche Studien innerhalb der AG Marktforschung des bvitg und filtern im Dialog mit anderen Gruppenmitgliedern spannende Informationen daraus. Diese bereiten sie auf und stellen sie mit kurzen Kommentaren versehen in einem regelmäßigen, umfangreichen Trendreport exklusiv den bvitg-Mitgliedern zur Verfügung. E-HEALTH-COM präsentiert einige Highlights – diesmal mit Schwerpunkt auf der Marktentwicklung in Deutschland, der Nutzungsbereitschaft für die Video-Sprechstunde und Pharma goes IT.

Wachstum der deutschen Gesundheitswirtschaft

Der Monatsbericht „Schlaglichter der Wirtschaftspolitik" des Bundeswirtschaftsministeriums widmete sich in seiner Septemberausgabe dem Schwerpunkt Gesundheitswirtschaft. Die Analysen bescheinigen ein überdurchschnittliches Wachstum.

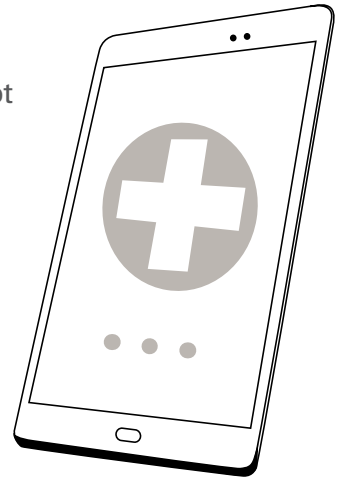
Laut Gesamtrechnung des BMWi wuchs der Sektor zwischen 2000 und 2014 mit 3,3 % genau 1,1 % über dem durchschnittlichen Wirtschaftswachstum.



Der Anteil an der gesamtwirtschaftlichen Bruttowertschöpfung erhöhte sich um 15 %.

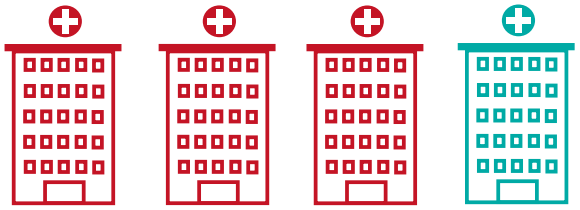
Quelle:www.bmwi.de/Dateien/BMWi/PDF/Monatsbericht/schlaglichter-der-wirtschaftspolitik-09-2015,property=pdf,bereich=bmwi2012,-sprache=de,rwb=true.pdf

„Wächst damit auch der IT-Markt? Für diesen Markt gibt es weiterhin keine belastbaren Daten über einen längeren Zeitraum."



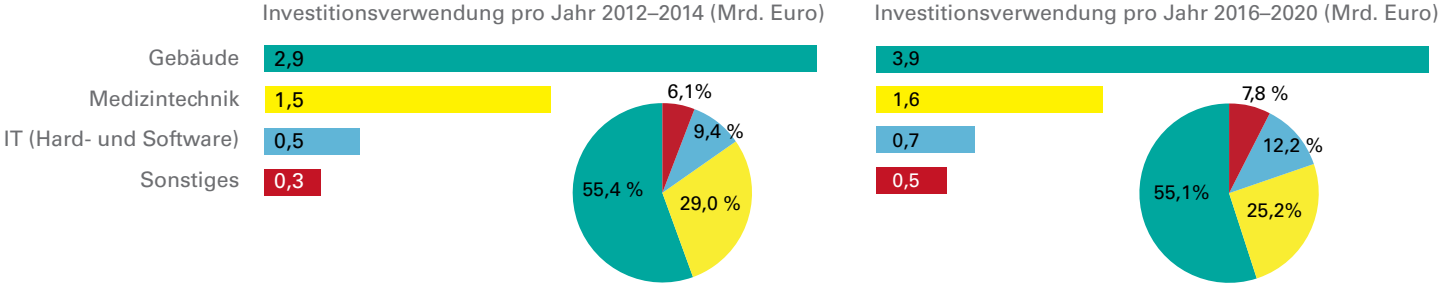
Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser

Die Investitionsbereitschaft deutscher Klinikmanager in IT-Systeme wächst, wie die Analysen des BMWi zeigen. Allerdings sieht es nach wie vor nicht gut für die Investitionsfähigkeit deutscher Krankenhäuser aus.



- 3 von 4 Krankenhäuser sind nicht ausreichend, 12 % gar nicht investitionsfähig
- Großer Nachholbedarf im IT-Bereich
- Verdoppelung der IT-Investionen geplant

„Die Erkenntnis über den Investitionsbedarf in IT ist im Management vorhanden, bei der Umsetzung darf man kritisch bleiben. Denn ob das IT-Budget wirklich steigen wird, ist fraglich. Wo die Gelder ankommen, bleibt spannend – man darf nicht davon ausgehen, dass in die klassischen Systeme und Unternehmen investiert wird."



Quelle:www.bmwi.de/Dateien/BMWi/PDF/Monatsbericht/schlaglichter-der-wirtschaftspolitik-09-2015,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf

Digitale Strategie in deutschen Kliniken

Die Studie wurde in Kooperation mit dem 11. Gesundheitswirtschaftskongress durchgeführt. Deutlich wird – wieder einmal – der große Nachholbedarf bei der Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern.

- 28 % der deutschen Krankenhäuser besitzen eine „Digitale Strategie"
- 49 % der Führungskräfte sehen mit Blick auf die Digitalisierung in den kommenden fünf bis zehn Jahren eine starke bis sehr starke Veränderung der Arbeitsabläufe
- Patientenverwaltung 85 %
- administrative Tätigkeiten 62 %
- ärztliche Versorgung 57 %
- pflegerische Tätigkeiten 45 %
- zwei Drittel wollen unbedingt in einem stärker digitalisierten Umfeld arbeiten
- 27 % wünschen sich die Digitalisierung in kleinen Schritten
- für jede vierte medizinische und nahezu jede zweite kaufmännische Führungskraft seien Kenntnisse zum Thema Digitalisierung in Zukunft Pflicht

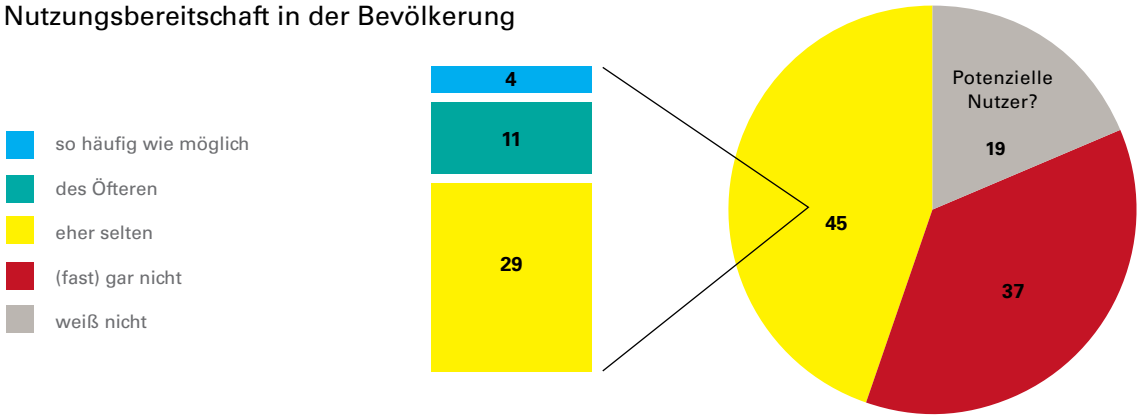
„Die Digitalisierung wird von Experten als vierte industrielle Revolution gewertet. Hiervon ist keine Branche und kein Fachbereich ausgeschlossen. Höchste Zeit, dass diese Erkenntnis in die Ausbildung der Gesundheitsberufe Einzug findet."

Quelle: www.rochusmummert.com/downloads/news/150917_FINAL_PI_RM_Digitalisierung_Healthcare.pdf

Interesse an Video-Sprechstunde

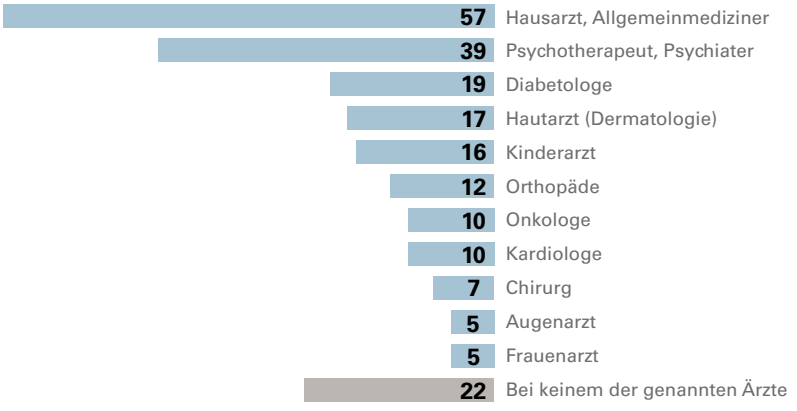
In der repäsentativen Befragung der Bertelsmann Stiftung wurde die Bereitschaft zur Nutzung der Video-Sprechstunde erhoben. Insgesamt ist bei den Deutschen Interesse an der Telekonsultation vorhanden, vor allem um lange Wartezeiten zu verhindern.

Nutzungsbereitschaft in der Bevölkerung

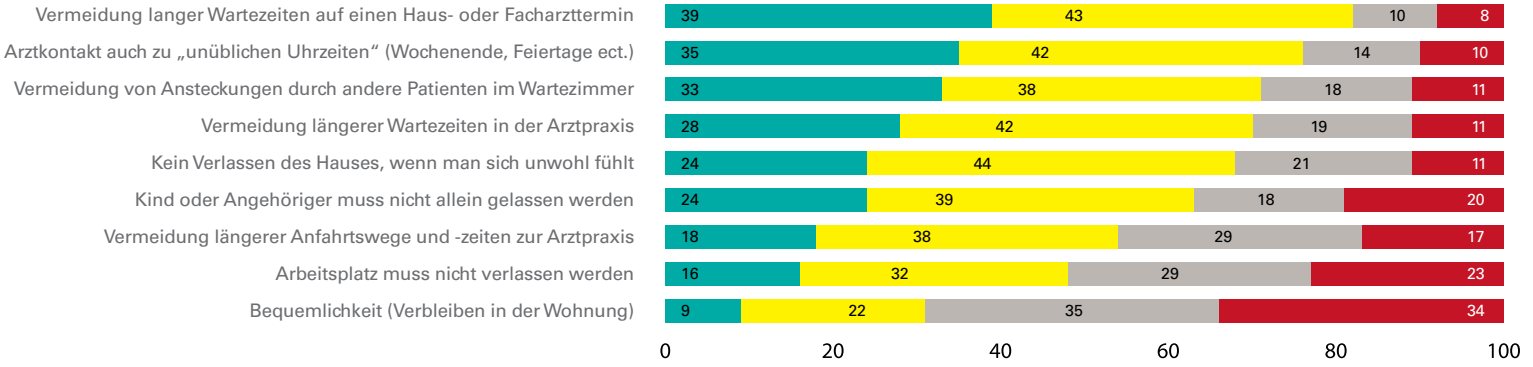


„Bei der Auswertung entstand ein noch diffuses Bild über die Behandlungsanlässe, wobei allgemeine Fragen und Standardberatungsgespräche überwogen."

Aus Patientensicht sind primär Hausärzte geeignet für den Video-Kontakt



Gründe für die Nutzung von Video-Sprechstunden: Favorit ist die Vermeidung langer Wartezeiten

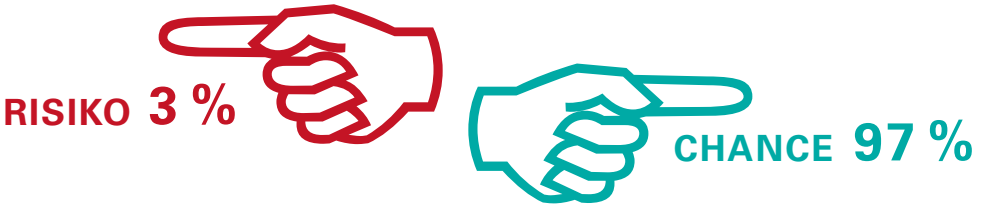


Quelle: www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/43_Weisse_Liste/IN_Video-Sprechstunden_Bevoelkerungsbefragung-2015.pdf

Digitalisierung in der Medizin und Pharmabranche

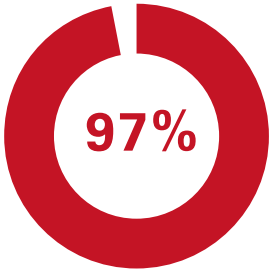
Die repräsentative Studie präsentierte Bitkom bei der hub conference Mitte Dezember in Berlin. Dazu wurden 102 Geschäftsführer und Vorstände von Pharmaunternehmen rund um das Thema eHealth befragt.

Fast alle Pharmaunternehmen sehen die Digitalisierung als Chance

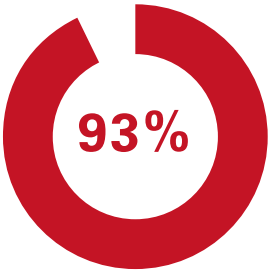


„Pharmaunternehmen stellen sich als IT-Dienstleister auf. Den bestehenden IT-Markt sehen sie in dem sich neu entwickelnden mHealth-Markt nicht als größten Wettbewerber, aber Start-ups. Um erfolgreich zu sein, kooperieren sie mit heutigen Wettbewerbern."

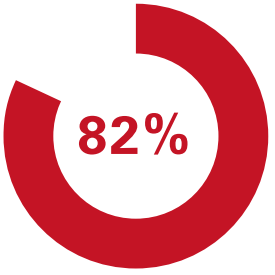
Pharma 4.0: Viel Zustimmung für zukünftige Geschäftsmodelle „beyond the pill"



Lifestyle-Produkte machen einen bedeutenden Umsatzanteil bei Pharmaunternehmen aus.

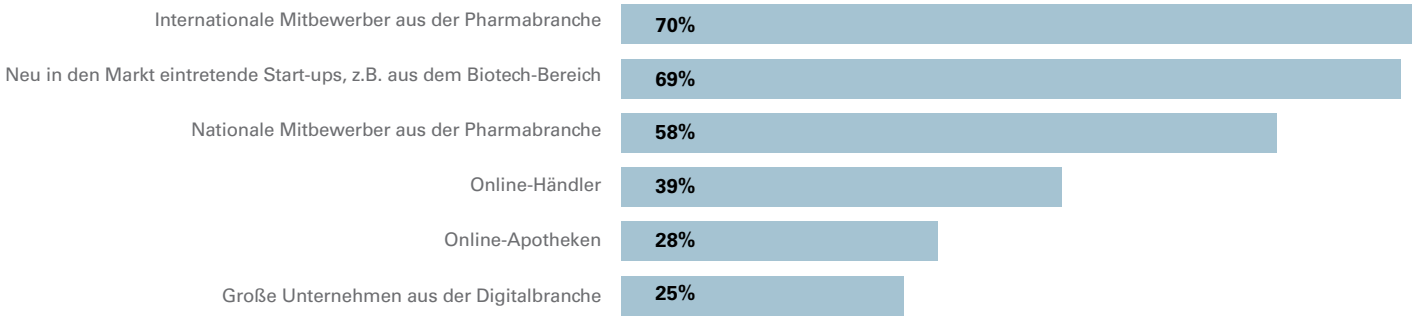


Pharmaunternehmen bieten **digitale Zusatzangebote** an, z.B. Apps, die bei der Medikamenteneinnahme unterstützen.



Pharmaunternehmen werden zunehmend von **Produzenten zu Dienstleistern**, z.B. für die Auswertung von Gesundheitsdaten.

Start-ups und internationale Unternehmen werden als Konkurrenz für disruptive Neuentwicklungen in der Pharmabranche gesehen



Quelle: www.bitkom.org/Presse/Anhaenge-an-Pls/2015/11-November/Bitkom-Pressekonferenz-Digitalisierung-in-der-Medizin-und-Pharmabranche-05-11-2015-Praesentation-final.pdf

TRENDS DER HERZMEDIZIN

Mehr Herzkatheter, mehr Kunstherzen, bessere Versorgung dank innovativer Medizintechnik. Das ist die Quintessenz des Deutschen Herzberichts 2015. Doch wie können die noch immer erheblichen regionalen Unterschiede abgemildert werden?

TEXT: PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

Kaum eine andere medizinische Disziplin in Deutschland bemüht sich so konsequent um Transparenz wie die Kardiologie. Und so wurde auch in diesem Jahr von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR) unter Federführung der Deutschen Herzstiftung der Deutsche Herzbericht 2015 herausgegeben. Er trägt dazu bei, wichtige Trends in der kardiologischen Versorgung und nicht zuletzt beim Einsatz innovativer medizintechnischer Verfahren zu identifizieren.

»Ein waschechter Trend ist der zunehmende Einsatz von Unterstützungssystemen des Herzens.«

Aus medizintechnischer Sicht mit am interessantesten sind sicherlich auch in diesem Jahr die Daten zu den Eingriffen bei Patienten mit Herzklappenerkrankungen. Sah es im letzten Jahr noch so aus, als könnte bei den katheterbasierten Aortenklappenimplantationen (TAVI) ein Plateau erreicht sein, stellt sich das jetzt doch deutlich anders dar. Bei 13 264 Patienten wurde im Jahr 2014 eine TAVI durchgeführt, fast 3 000 mehr als ein Jahr zuvor. Dabei handelte es sich überwiegend um Patienten, die ohne TAVI wahrscheinlich nicht behandelbar gewesen wären. Darauf deutet die Zahl der chirurgischen Aortenklappenersatzoperationen (AKE) hin, die mit rund 10 000 Eingriffen pro Jahr noch immer konstant ist.

ES WIRD DEN Herzchirurgen also bisher kaum ein Patient weggenommen. Zwei von drei TAVI-Patienten waren im Jahr 2014 jenseits der 80 und damit in einem Alter, in dem sich die Chirurgen schon sehr stark zurückhalten. Ob das so bleibt, ist offen. Die chirurgischen Bypassoperationen haben sich nach Einführung der Herzkatheter annähernd halbiert. Und neue Studien, die der TAVI auch bei Patienten mit mittlerem Operationsrisiko gleichwertige Ergebnisse im Vergleich zum AKE bescheinigen, sind noch zu jungen Datums, um sich schon in den Statistiken niederzuschlagen.

Etwas überraschend weiterhin im Aufwind sind die Kathetereingriffe bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung. Mit weit über 800 000 Linksherzkatheter-Untersuchungen und über 300 000 perkutanen Interventionen an den Herzkranzgefäßen ist Deutschland hier schon seit Jahren einer der Spitzenreiter weltweit. Das sehen nicht wenige kritisch, auch innerhalb der Kardiologie, und vor diesem Hintergrund war zumindest mit einer Stabilisierung auf hohem Niveau gerechnet worden.

Dafür gibt es allerdings weiterhin keinen Anhalt: Die Zahl der Linksherzkatheter-Untersuchungen legte um hochgerechnet 2,4 Prozent zu und knackte damit im Jahr 2014 erstmals die Marke von 900 000 Untersuchungen. Noch deutlicher ging es bei den perkutanen Interventionen nach oben: Ein Plus von 5,4 Prozent steht in den Büchern, womit die Marke von 360 000 Eingriffen gerissen wurde.

Kein Trendchen mehr, sondern ein waschechter Trend, der unumkehrbar sein dürfte, ist der zunehmende Einsatz von Unterstützungssystemen des Herzens. Fast 1 000 dieser hochinnovativen (und sehr teuren) Systeme wurden im Jahr 2014 bei Patienten mit Herzversagen im Endstadium eingesetzt. Dabei handelte es sich überwiegend um Systeme, die jeweils nur eine Herzkammer, meist die linke, unterstützen. Zweikammersysteme und „echte" Kunstherzen, die das Herz komplett ersetzen, sind dagegen auf dem Rückzug. Hauptgrund dafür ist der Erfolg

© PESHKOVA – FOTOLIA

der Ein-Kammer-Unterstützungssysteme, bei denen die Lebensqualität für die Patienten wesentlich besser ist.

Die große Frage bei den Herzunterstützungssystemen lautet weiterhin, ob sie früher oder später die Herztransplantationen überflüssig machen werden. Noch ist es nicht so weit, aber Tatsache ist, dass im Jahr 2014 mit deutschlandweit nur 304 Transplantationen erneut ein langjähriger Negativrekord aufgestellt wurde. „Das liegt nicht nur an fehlendem Vertrauen in die Transplantationsmedizin, sondern auch daran, dass es weniger Todesfälle nach Verkehrsunfällen und bei Hirnblutungen gibt", betonte DGTHG-Präsident Professor Dr. Armin Welz.

Mit anderen Worten: Es ist nicht nur eine durch Skandale bedingte Glaubwürdigkeitskrise, es sind auch die Fortschritte der Medizin, die der Transplantationschirurgie das Leben schwermachen. Hauptproblem der Herzunterstützungssysteme war bisher, dass sie, anders als transplantierte Herzen, nicht lange hielten. Doch das ändere sich, so Welz: „Wir setzen diese Verfahren heute in ausgewählten Fällen als definitive Therapie ein. Es gibt Patienten, die damit bereits seit fünf Jahren leben und in ihr normales Umfeld zurückkehren konnten."

Interessanterweise ist trotz aller therapeutischen Erfolge die Gesamtsterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen jetzt zum zweiten Mal in Folge wieder leicht angestiegen, nachdem sie vorher zwei Jahrzehnte lang gesunken war. Die Gründe dafür sind nicht ganz klar. Es könnte eine Folge des demografischen Wandels sein, allerdings ist die Korrelation zwischen Alter und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den statistisch interessanten Bereichen jenseits des achtzigsten Lebensjahrs längst nicht so ausgeprägt wie bei anderen Erkrankungsgruppen.

AUFFÄLLIG IST, DASS in der Detailanalyse vor allem die Sterblichkeit wegen Herzklappenerkrankungen und die Sterblichkeit wegen Herzrhythmusstörungen stark steigt. Beides ist nicht besonders plausibel, sodass es sich bei der steigenden Mortalität möglicherweise um ein statistisches Artefakt handelt, das indirekt auf die Fortschritte in der Kardiologie zurückgeführt werden kann: Herzklappenerkrankungen und auch Herzrhythmusstörungen erhalten heute dank der therapeutischen Innovationen der letzten Jahre deutlich mehr Aufmerksamkeit. Vielleicht erscheinen sie einfach deswegen häufiger auf den Todesscheinen, auf denen die Mortalitätsstatistiken beruhen.

Erschwert wird die Beurteilung speziell der Todesfälle durch Herzrhythmusstörungen dadurch, dass in diesem stark wachsenden Segment die Statistiken der Kardiologen nur sehr unzureichend sind. Während sich bei den Linksherzkathetern die realen Zahlen in etwa abschätzen lassen, ist das bei den elektrophysiologischen Untersuchungen und den Katheterablationen der Rhythmologen bisher praktisch nicht möglich, weil diese Untersuchungen im Qualitätssicherungssystem des AQUA-Instituts beziehungsweise künftig IQTIG-Instituts nicht separat erfasst werden.

Der DGK-Vorsitzende Professor Dr. Karl-Heinz Kuck will das ändern: „Wir werden als DGK einen Antrag stellen, um auf dem Gebiet der Katheterablationen zu einer ähnlichen Qualitätssicherung zu kommen wie bei der TAVI. Wir planen außerdem, zumindest bei der Katheterablation von Vorhofflimmern zertifizierte Zentren einzuführen, um eine hohe Qualität flächendeckend sicherzustellen." Nur Freunde wird sich die Fachgesell- >

schaft damit nicht machen. Anders als die TAVI ist die Ablation von Vorhofflimmern ein Verfahren, das auch sehr viele kleinere Einrichtungen anbieten, nicht selten wird es intern als Cashcow angesehen. Die DGK scheint sich zu sorgen, dass das der bisher guten Reputation des Eingriffs auf Dauer nicht dienlich sein könnte.

Die zunehmende Sterblichkeit bei kardiovaskulären Erkrankungen sollte freilich auch nicht überinterpretiert werden. Die Gesamtsterblichkeit liegt noch immer rund ein Fünftel niedriger als vor zwanzig Jahren. Wesentlichen Anteil daran hat neben der Herzinfarktversorgung die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Herzfehlern. Hier ist die Mortalität innerhalb von 20 Jahren um 60 Prozent und bei Säuglingen sogar um 71 Prozent zurückgegangen. „Die Gründe dafür sind eine bessere Bildgebung, schonendere Operationen, eine bessere kinderkardiologische Intensivmedizin und zahlreiche Herzkatheterinnovationen", betonte Professor Dr. Brigitte Stiller, Vizepräsidentin der DGPK.

JENSEITS DER REINEN Leistungszahlen für medizintechnische Verfahren aller Art ist der diesjährige Herzbericht auch noch aus einem anderen Grund spannend: Die Autoren listen diesmal sehr detailliert auf, wie sich Krankheitslast und Sterblichkeit bei kardiovaskulären Erkrankungen zwischen den Bundesländern unterscheiden.

Und hier gibt es nach wie vor immense Unterschiede. Am besten illustrieren lässt sich das anhand der Sterblichkeit beim akuten Herzinfarkt. Die diesbezügliche Sterbeziffer beträgt beispielsweise in Sachsen-Anhalt 99 und in Thüringen 81 pro 100 000 Einwohner. In Schleswig-Holstein ist sie halb so hoch, und auch in Süddeutschland ist sie deutlich geringer. Bei der (chronischen) koronaren Herzerkrankung sind die geografischen Verteilungen ähnlich. Auch hier schneiden die östlichen Bundesländer schlecht ab, außerdem der Stadtstaat Bremen sowie das Saarland.

Etwas anders ist die Verteilung bei der Sterblichkeit durch Herzinsuffizienz. Auch hier sind Sachsen-Anhalt, Thüringen und Bremen weit vorn, aber auch Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen gehören zu den Bundesländern mit hohen Sterbeziffern. In Summe freilich findet sich ein klares Ost-West- beziehungsweise Nordost-Südwest-Gefälle, mit Inseln einer besonders guten Versorgung im Norden und Osten, insbesondere in Hamburg und Berlin, sowie dem Saarland als Ausreißer nach unten im südwestlichen Deutschland.

Professor Dr. Andreas Stang, Leiter des Zentrums für Klinische Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen, diskutierte in Berlin mögliche Gründe für diese doch eindrucksvollen Unterschiede. Die Demografie scheidet als Erklärung aus, da die Statistiken allesamt altersbereinigt wurden. Auch die unter anderem von SPIEGEL ONLINE thematisierte bessere Versorgungslage in einigen Regionen Deutschlands überzeugt als alleiniger Grund nicht.

»Krankheitslast und Sterblichkeit kardiovaskulärer Erkrankungen unterscheiden sich zwischen den Bundesländern immens.«

Zwar ist die Zahl der Kardiologen und Chest Pain Units in Hamburg und Berlin in der Tat höher als anderswo. Aber in Flächenstaaten zeigt der Deutsche Herzbericht keine gute Korrelation zwischen Versorgungsdichte und Patienten-Outcome. Und bei den Stadtstaaten gibt es mit Bremen einen Komplettausfall: Hier werden pro Bevölkerung mit Abstand die meisten perkutanen Interventionen durchgeführt, und trotzdem ist die Herzinfarkt- und KHK-Sterblichkeit auf Rekordniveau.

Plausibler scheint da der auch von Stang vertretene Zusammenhang zwischen kardiovaskulärer Erkrankungslast und dem sozialen Gefälle in Deutschland. Stang zeigte in Berlin, dass unterschiedliche soziale Parameter wie Arbeitslosigkeit oder auch der relative Anteil höherer Bildungsabschlüsse sehr viel besser mit der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit korrelieren als alle anderen immer wieder genannten Parameter.

Das Bindeglied ist dabei die breite Palette an kardiovaskulären Risikofaktoren vom Rauchen über die Bewegungsarmut bis zu Übergewicht und Diabetes, bei denen sich ebenfalls sehr gut zeigen lässt, dass sie in den Regionen häufiger vorkommen, die in Sachen kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität schlechter abschneiden. „Das Soziale geht unter die Haut", fasste Stang diese Daten zusammen. Und er verband sie mit einem Plädoyer für umfassendere, auch soziale Bedingungen einschließende Präventionsbemühungen: „Wir können Prävention nicht allein den Ärzten reindrücken."

Trotzdem: Auch die regionale Versorgungslage hat bei Morbidität und Mortalität kardiovaskulärer Erkrankungen ein Wörtchen mitzureden. Es gibt Ausreißer wie etwa Bremen, aber im Großen und Ganzen schneiden in Deutschland gut versorgte Regionen und speziell die Ballungszentren besser ab als dünn besiedelte Gegenden. Dass sich hier ein Ansatz bietet, mithilfe des Telemonitorings für etwas mehr Versorgungsgleichheit zu sorgen, ist offensichtlich, auch wenn das im Deutschen Herzbericht nicht explizit thematisiert wird. ■

■ PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ

eHEALTH GIGANTISCH

In Dubai denkt man in Superlativen: Hier steht das höchste Gebäude der Welt, es leben mehr verschiedene Nationen in dem Emirat, als es deren Vertreter bei den Vereinten Nationen gibt und auch bei der Gesundheitsversorgung bleibt das Emirat seinem Ruf treu, nicht zu kleckern sondern eher zu klotzen.

TEXT: MIRIAM MIRZA

In einer Freihandelszone auf einem Areal von mehr als 4,1 Millionen Quadratmetern sind unter dem dann auch passenden Namen „Dubai Healthcare City“ mehr als 300 Firmen und Healthcare Provider vertreten. Es gibt englische, deutsche oder amerikanische Krankenhäuser. Unzählige Institute, Kliniken und Gesundheitszentren decken die gesamte Bandbreite medizinischer Therapie und alternativer Heilkunde wie Akupunktur oder Osteopathie ab. Mehrere Luxushotels bieten Medizintouristen, die vor allem aus dem arabischen Raum kommen, eine luxuriöse Unterbringung. Natürlich wurde auch an Apotheken, Supermärkte und Restaurants und Bistros gedacht. Das Areal ist wahrlich eine kleine Stadt in sich. Und die City wächst weiter. An vielen Stellen werden weitere glänzende Paläste der Hochglanzmedizin nach neuestem Stand der Technik erbaut.

Eines der kürzlich abgeschlossenen Bauprojekte befasst sich mit der medizinischen Ausbildung. Ab September 2016 soll der erste Jahrgang von Medizinstudenten ein Studium in Dubai Healthcare City beginnen. Fester Bestandteil des Studiums wird der regelmäßige Besuch des „Khalaf Ahmad Al Habtoor Medical Simulation Center“ sein. In dem Center sind ganze klinische Behandlungspfade in einem virtuellen Krankenhaus trainierbar. An voll automatisierten Dummies können die Studenten unzählige medizinische Szenarien, von Unfallszenarien über Operationen bis hin zu Geburten, simulieren. Die Puppen werden mit einer Software geliefert, die mehr als hundert Simulationen bereithält. Sie erlaubt jedoch auch den Entwurf eigener Szenarien. Die Simulationen sind inzwischen Teil des Curriculums.

„In Dubai Healthcare City bieten wir die gesamte medizinische Versorgung. Da lag es nur nahe, dass wir uns auch der medizinischen Ausbildung widmen“, sagt Dr. Amer Ahmad Sharif, Managing Director Education, Dubai Healthcare City. Und auch in diesem Bereich macht man in Dubai keine halben Sachen. Die Hörsäle des Simulation Centers sind nach neuestem technischen Standard multimedial ausgestattet. Die Studenten können Übungsszenarien ihrer Kommilitonen im Nebenraum live verfolgen. Und es gibt Liveübertragungen von Vorlesungen oder medizinischen Eingriffen mit kooperierenden Krankenhäusern aus Indien und anderen Ländern. „Die Welt schaut auf uns und erwartet von uns, dass wir die Nummer eins sind. Wie bei der Fluglinie Emirates: Die hat mit ein paar Charterflugzeugen angefangen und jetzt ist sie die größte Fluglinie der Welt. Wir wollen quasi die Emirates in der medizinischen Versorgung und Ausbildung werden“, >

FOTO: BADAHOS - FOTOLIA

„Es fehlt an einheitlichen Standards“

Das Emirat hat gute Grundvoraussetzungen, in Sachen eHealth auf internationaler Ebene ganz oben mitzuspielen, findet Ann-Marie Edgerton, Vice President Marketing, Region Europe North, Region Middle East Africa (interim) bei Drägerwerk AG & Co. KGaA.

Auf welchem Stand befindet sich Dubai in Bezug auf eHealth?

Obwohl Dubai die treibende Kraft in Sachen eHealth in der Golfregion ist, liegt es hinter seinem Nachbarn Abu Dhabi zurück. Nur in Krankenhäusern des Gesundheitsministeriums sind voll integrierte IT-Lösungen im Einsatz. Private Krankenhäuser in den UAE haben ihre eigenen Systeme, aber keine integrierten Lösungen. IT-Infrastrukturen für Bereiche wie Klinik, Apotheke und Buchhaltung sind noch stärker getrennt. Der Übergang zu eHealth steht in Einklang mit Sheikh Mohammeds Vision für Dubai. Demnach soll Informationstechnologie dabei unterstützen, das bestmögliche Angebot für die Menschen in Dubai und den UAE bereitzustellen. Gleichzeitig haben die Gesundheitsämter ein Interesse daran, die Attraktivität für ausländische Investitionen in Gesundheitseinrichtungen zu steigern – vor allem auch im Hinblick auf den lukrativen Gesundheitstourismus.

Was sind die wesentlichen Unterschiede zu Deutschland?

Auch in Deutschland ist die Infrastruktur heterogen. Doch es gibt hier starke Bestrebungen, die Interoperabilität mithilfe von standardisierten Schnittstellen herbeizuführen. In Dubai müssen keine klaren Bestimmungen oder Standards für eHealth erfüllt werden, die für alle Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen gelten.

Was könnte Deutschland von Dubai in Bezug auf eHealth lernen?

Dubai hat eine günstige Ausgangsposition für die Einführung einer modernen Infrastruktur und Technologie. Die Zeichen stehen auf Wachstum. Aktuelle und künftige Trends der Digitalisierung können in die IT-Strukturen einfließen und dabei auch die Gesundheitsprophylaxe berücksichtigen. Beispielsweise nutzen mehrere Krankenhäuser gemeinsam einen dezentralen Serverraum für gemeinschaftlich genutzte IT-Ressourcen. Vielleicht könnte Deutschland sich von diesen Erfahrungen etwas abgucken.

Was haben beide Länder gemeinsam?

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens schreitet immer schneller voran. In beiden Ländern müssen Anstrengungen unternommen werden, um standardkonforme Strukturen bei der intersektoralen Zusammenarbeit zu etablieren, respektive zu nutzen.

Stellen Kunden aus Dubai besondere Anforderungen an die Hersteller? Worauf legen Kunden aus Dubai wert?

Da es keine Bestimmungen oder Standards gibt, erwartet jeder Kunde eine kundenspezifische Anpassung des Systems. Im Gespräch mit Kunden haben wir unter anderem folgende Anforderungen erhalten: Die Einrichtung automatisierter Statistik- und Management-Reporting Tools, Integration des islamischen anstelle des gregorianischen Kalenders, die Bereitstellung von Schnittstellen zur Anbindung sekundärer Bereiche wie Logistik, Buchhaltung oder Apotheke, mobile IT-Lösungen beziehungsweise Remote-Access-Möglichkeiten.

Wie schätzen Sie den Markt in Dubai für Health-IT-Unternehmen ein?

Der Markt ist vor allem attraktiv für Anbieter von Krankenhausinformationssystemen. Er ist nicht stark reguliert, folgt eher US- als europäischen Standards, und ist bereit und in der Lage, in moderne Technologien zu investieren.

so Sharif weiter. Ob sich dieses Vorhaben auch umsetzen lässt, wird die Zeit zeigen.

DABEI HELFEN DÜRFTE allerdings, dass das Emirat ein Anziehungspunkt für viele finanziell gut gestellte Investoren ist. So eröffnete in Juni 2015 das „Dr. Sulaiman Al Habib Hospital", das erste digitale Krankenhaus. Die Klinik gehört zur Dr. Sulaiman Al Habib Medical Group, einem saudischen Unternehmen. Die Vernetzung innerhalb des Hauses ist weit vorangeschritten. Patientendaten werden digital erhoben – vom Anamnesebogen, über Einverständniserklärungen, bis hin zu Vitaldaten. Bereits in der Notaufnahme setzt das Konzept der umfassenden Digitalisierung an. Rückt beispielsweise der Krankenwagen aus, ist einer der Sanitäter mit einer Google-Brille ausgestattet. Diese überträgt ein Live-Video in die Notaufnahme zum diensthabenden Arzt, der dann schnell Anweisungen zur Behandlung des Patienten geben kann.

KLINIKINTERN SETZT DAS Dr. Sulaiman Al Habib Hospital auf ein eigens programmiertes Klinikinformationssystem und elektronische Patientenakten. „Alle gesammelten Daten werden von uns auch in unserer Cloud gespeichert", berichtet Mohamed Al Badri, Assistant Executive Director, Administrative Affairs. „Patienten können diese über eine App und mittels eines PINs von überall abrufen oder anderen Ärzten Zugang gewähren." Das ist besonders für die zahlreichen Medizintouristen interessant, die in dem Krankenhaus absteigen. „Wir nutzen die IT auch, um unseren Patienten so viel Service wie möglich zu bieten", sagt Badri. So können Mütter, die ihr Kind per Kaiserschnitt geboren haben und sich noch nicht rund um die Uhr um das Neugeborene kümmern können, ihren Nachwuchs per Videoüberwachung ständig sehen. In der Radiologie können Patienten wählen, bevor ein CT oder MRT gemacht wird, welche Musik sie hören wollen oder welche Farbe das Licht im Raum haben soll.

Das Dr. Sulaiman Al Habib Hospital ist jedoch nicht das einzige Krankenhaus, das weit digitalisiert ist. Laut einer Bekanntmachung des Gesundheitsministeriums Dubai Health Authority (DHA) arbeiteten seit Anfang des Jahres 2014 bereits 96,7 Prozent der Kliniken in Dubai weitestgehend digitalisiert. Das klingt sehr vielversprechend. Dennoch gibt es noch genug zu tun auf dem Weg zur vollständigen Digitalisierung. Denn sowohl in staatlichen als auch in privaten Krankenhäusern verwenden die Einrichtungen verschiedene Systeme, die nicht integriert sind und kein einheitliches geschlossenes System bilden. Die fehlende Interoperabilität macht eine reibungslose Kommunikation sowie den Datenaustausch schwierig.

Das hat die Regierung auch erkannt und 2012 das eClaimLink-Projekt gestartet, um Kommunikationsstandards im Gesundheitswesen zu implementieren, die in den gesamten Vereinigten Emiraten (UVA) gelten sollen. Die Basis bildet ein zentralisiertes Data-Tracking-System, das den Austausch von Finanz- und Medizindaten zwischen Leistungserbringern, Leistungserstattern, Patienten und Gesundheitsinstitutionen erleichtern soll.

ERSTE ERFOLGE KONNTE das Projekt bereits verzeichnen: So wurde vor zwei Jahren ein IT-System eingeführt, mit dem die Arzneimittelsicherheit erhöht werden soll. Will ein Patient ein verschreibungspflichtiges Medikament kaufen, muss er seinen Ausweis und einen PIN vorlegen. Damit greift der Apotheker auf das System per sicherer Internetverbindung zu und bekommt direkt angezeigt, ob zu der angegebenen Medikation eine Kontraindikation vorliegt und welche Arzneimittel der Kunde sonst noch nimmt. „Ich kann dann im Fall der Fälle sofort mit dem Arzt Rücksprache halten", sagt Raida Tamer. Die Pharmazeutin ist Besitzerin einer Apotheke. „Als das System eingeführt wurde, war ich wie viele meiner Kollegen sehr skeptisch. Vor allem, weil es Anfangsschwierigkeiten wie häufige Systemausfälle gab. Aber inzwischen bin ich sehr zufrieden damit." Besonders froh sei sie, weil sich dadurch die Patientensicherheit deutlich verbessert habe, so Tamer weiter. „Es gab viele Todesfälle, weil Patienten Medikamente eingenommen haben, die Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln hatten." Diese seien seit Einführung von eClaimLink deutlich zurückgegangen.

»Bereits Anfang 2014 arbeiteten 96,7 Prozent der Kliniken in Dubai weitestgehend digitalisiert.«

DIE DUBAIER HABEN die Vorteile und den Nutzen von Health IT in der Gesundheitsversorgung erkannt und die Förderung von eHealth liegt klar im Interesse des Scheichs Muhammad bin Raschid Al Maktum. Das Emirat hat zwar schon entscheidende Schritte hin zum digitalen Gesundheitswesen vollzogen, es gilt jedoch noch ein paar Hürden zu überwinden, bevor sich Dubai als die eHealth-Nummer eins der Welt bezeichnen kann. Dass das Land jedoch bald ganz oben mitspielen kann, ist durchaus nicht unrealistisch – am Willen und finanziellen Ressourcen mangelt es jedenfalls nicht. ■

■ **MIRIAM MIRZA**
Die Journalistin ist Redakteurin bei E-HEALTH-COM.
Kontakt: m.mirza@e-health-com.eu

FOTO: IRINA SCHMIDT - FOTOLIA

IN DIE ERSTE IT-LIGA

Das luxemburgische Centre Hospitalier du Nord stellte sich – aufgrund regulatorischer Neuerungen – der Herausforderung, rund 120 autarke Subsysteme in einem medizinischen Archiv zusammenzuführen. Grundvoraussetzung dabei ist ein hoher Standardisierungs-Grad. Gerade damit überzeugte das JiveX Medical Archive von VISUS.

Über 20 Jahre lang kamen im luxemburgischen Centre Hospitalier du Nord fast ausschließlich IT-Systeme zum Einsatz, die von der hauseigenen IT-Abteilung konzipiert und programmiert wurden. Mit der Einführung des Gesetzes zur digitalen Datenspeicherung 2015, dem Medizinproduktegesetz 2009 und der bis 2018 geplanten Umsetzung der EU-Richtlinie zur Datensicherheit ließ sich dieses autarke Szenario nicht länger aufrechterhalten.

AUSGANGSLAGE

Bis jetzt sind die medizinischen Daten des Belegkrankenhauses komplett heterogen in verschiedenen Subsystemen hinterlegt. Das im vergangenen Jahr in Kraft getretene Gesetz zur digitalen Datenspeicherung stellt nun jedoch spezielle Anforderungen an die Datenhaltung in Krankenhäusern, beispielsweise, dass die Daten historisiert und Datenzugriffe dokumentiert werden. Spätestens mit der Gesetzeseinführung war der Zeitpunkt gekommen, auf das Know-how spezialisierter Gesundheits-IT-Anbieter zu setzen, um den Anforderungen an die sichere Datenhaltung gerecht zu werden. Dabei bestand die Philosophie des Hauses darin, die Daten künftig möglichst strukturiert zu archivieren, um sie mittelfristig in das hausinterne Dossier Patient Informatisé (KIS) oder andere medizinische Systeme integrieren zu können.

Und genau darin besteht die große Herausforderung. Denn die Vereinheitlichung von rund 120 Subsystemen und deren Überführung in ein zentrales IT-System, das in der Lage ist, die zahlreichen unterschiedlichen Formate strukturiert abzubilden, ist definitiv eine Königsdisziplin der Gesundheits-IT. Die grundsätzliche Voraussetzung dafür ist ein hoher Grad an Standardisierung, weshalb ein Partner gesucht wurde, der in der Welt der Standards, wie HL7 oder IHE zu Hause ist.

UMSETZUNG

Im Vergleich zu den anderen begutachteten Systemen überzeugte das JiveX Medical Archive als herstellerneutrale Archivlösung des Bochumer Herstellers VISUS vor allem durch die disziplinierte Verwendung international anerkannter Standards sowie durch einen exzellenten Viewer, der in der Lage ist, alle medizinischen Daten patientenzentriert und gemäß den individuellen Vorgaben des Krankenhauses darzustellen. Für die Lösung sprach aber noch ein weiterer Grund: Das JiveX Medical Archive ist CE-zertifiziert und erfüllt die Anforderun-

FOTO: CENTRE HOSPITALIER DU NORD

gen an ein Medizinprodukt gemäß des Medizinproduktegesetzes. Im Zusammenhang mit Haftungsthemen spielt dieser Aspekt eine maßgebliche Rolle und VISUS war der einzige Anbieter, der diesbezüglich die notwendige Sicherheit bieten konnte.

Derzeit wird ausgelotet, welche Daten von welcher Modalität in welchem Format künftig in JiveX einfließen werden. Konkret wird das medizinische Archiv alle anfallenden Daten unabhängig von ihrem Ursprungsformat annehmen und wenn nötig umwandeln, um sie zu vereinheitlichen. So gelangen etwa Bilddaten im DICOM-Format direkt ins Medical Archive, Befunde werden über HL7 MDM integriert. Kurz gesagt wird künftig alles, was Bestandteil der Patientenakte ist und der Dokumentationspflicht unterliegt, im medizinischen Archiv zu finden sein.

Eine Besonderheit der Installation sind die hohen Anforderungen an die strukturierte Befundeinbindung, die – wo immer möglich – auf dem HL 7 CDA Level 3 stattfinden soll. Statt relativ statischer Befunde beispielsweise im PDF-Format sollen nach Möglichkeit auch Informationen beispielsweise zur Medikation künftig semantisch ausgewertet werden können. So gut dies möglich ist, soll die Datenhaltung so aufgestellt sein, dass sie für die künftigen Anforderungen gerüstet ist. Und diese sehen mittelfristig eine strukturierte Bereitstellung der Patientendaten im hausinternen KIS sowie in Systemen anderer Gesundheitsanbieter vor.

Innerhalb des Krankenhauses spielt die Integration von JiveX in das ebenfalls neu zu installierende KIS des französischen KIS-Herstellers Medasys eine wichtige Rolle. Der JiveX Viewer soll automatisch im KIS verwendet werden, ohne dass hierfür ein separater Systemaufruf nötig wäre. Auf der Medizintechnikseite hat das Krankenhaus in den vergangenen Jahren bereits eine gute Basis geschaffen und nur solche Modalitäten angeschafft, die sich in die IT-Infrastruktur einfügen. DICOM-fähige Geräte, wie etwa OP-Türme oder Ultraschallgeräte kommunizieren künftig direkt über den Standard mit JiveX. Im Falle von Non-DICOM-Geräten kommt ein Gateway zum Einsatz, das in der Lage ist, deren Objekte in ein Standardformat umzuwandeln.

Die parallele Einführung eines externen KIS stellt hohe Anforderungen an die Datenmigration und auch in diesem Punkt wird das medizinische Archiv eine Rolle spielen, nämlich als Migrationstool: So werden aus den verschiedenen Altsystemen Berichte erzeugt, die dann im JiveX Medical Archive landen und durch die tiefe KIS-Integration aus diesem heraus abrufbar sein werden.

LESSONS LEARNED

Eine Herausforderung ganz anderer Art ist die Gewinnung der Mitarbeiter für die neue IT-Infrastruktur, denn der erstmalige Einsatz externer Systeme bringt nicht nur Änderungen an der Oberfläche und der Bedienung mit sich. Bisher sind es die Mitarbeiter gewohnt, dass Wünsche an die Software 1:1 von den hauseigenen Informatikern umgesetzt werden. Das wird sich ändern. Natürlich werden auch künftig die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt. Im Mittelpunkt stehen jedoch bestimmte Prozesse, die nachweislich zu einer Versorgungsverbesserung führen, und nicht die individuellen Wünsche einzelner Anwender.

Und das ist durchaus gewollt, denn die mittelfristigen Ziele in Sachen IT sind ambitioniert: So soll die Infrastruktur an die hohen Anforderungen der Joint Commission International angelehnt werden und auch einer ISO-27k-Zertifizierung standhalten. Darüber hinaus ist geplant, beim HIMSS EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) in den kommenden Jahren mindestens Stufe sechs zu erlangen und damit eine der höchsten Auszeichnungen des Stufenprogramms. Das bisherige Fazit des Projekts ist, dass ein ambitioniertes Projekt wie dieses nur mit einem Partner zu realisieren ist, der einerseits über das notwendige Know-how in Bezug auf Standards und deren Umsetzung in der Praxis verfügt und der darüber hinaus intensiv mit den Prozessen und Abläufen in einer Klinik vertraut ist. Denn nur die Kombination aus beidem stellt sicher, dass die IT-Architektur langfristig sowohl den rechtlich-formalen Anforderungen als auch den Bedürfnissen der Anwender gerecht wird. ■

► PROJEKTNAME
Einführung eines herstellerneutralen, medizinischen Archivs

► KUNDE
Centre Hospitalier du Nord, Luxemburg

► BESONDERHEITEN
Bis dato kommen in dem Haus fast ausschließlich Systeme zum Einsatz, die hausintern entwickelt und programmiert wurden. Die Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern auf einem umfangreichen Niveau ist Neuland für die Klinik. Rechtliche Anforderungen verlangen nun, die medizinischen Daten strukturiert und konsolidiert aufzubereiten.
Eine weitere Besonderheit ist die gleichzeitige Einführung des KIS eines externen Anbieters.

► UMSETZUNG
Die Konsolidierung der medizinischen Daten aus rund 120 Subsystemen erfolgt in einem herstellerneutralen medizinischen Archiv. Dabei werden ausschließlich international anerkannte Standards verwendet, um den aktuellen und auch den künftigen Anforderungen an eine moderne Datenhaltung gerecht zu werden. Ziel ist eine möglichst umfassende strukturierte Datenablage, wo möglich auf HL7 CDA Level 3.

► DAUER DES PROJEKTS
Anfang 2015 ging es in die Evaluierungsphase, der Echtstart für das System ist für spätestens Anfang 2016 geplant.

■ **TOM HEMMEN** ist CIO des Centre Hospitalier du Nord, Ettelbruck, Luxemburg.
Kontakt:
tom.hemmen@chdn.lu

AUF EIN GLAS MIT...

DEM GESCHÄFTSFÜHRER DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSNETZES (DGN) ARMIN FLENDER

TEXT: HANS-PETER BRÖCKERHOFF

Wir sitzen im Bistro Bellini – direkt am schönen Marktplatz von Weinheim. Der Wandschmuck wie auch der Name Bellini deuten eher auf ein italienisches, der Blick auf die Speisekarte und die Bezeichnung Bistro aber auch auf ein französisches Restaurant hin. Es hat wohl von beidem etwas.

Mein Gesprächspartner ist heute Armin Flender, einer der beiden Geschäftsführer der DGN Deutsches Gesundheitsnetz Service GmbH. Er hat, erfahre ich, seinen beruflichen Werdegang hier in der Gegend, „im tiefsten Odenwald“, begonnen und lange in Weinheim gearbeitet. Er habe hier immer noch ein Büro, geht er auf die heutige Situation ein, arbeite aber mittlerweile öfter in seiner Geburtsstadt Düsseldorf, wo das DGN seinen Hauptsitz hat. Oder er sei unterwegs, bei einer der Firmen der Unternehmensgruppe, bei Kunden oder auf Veranstaltungen.

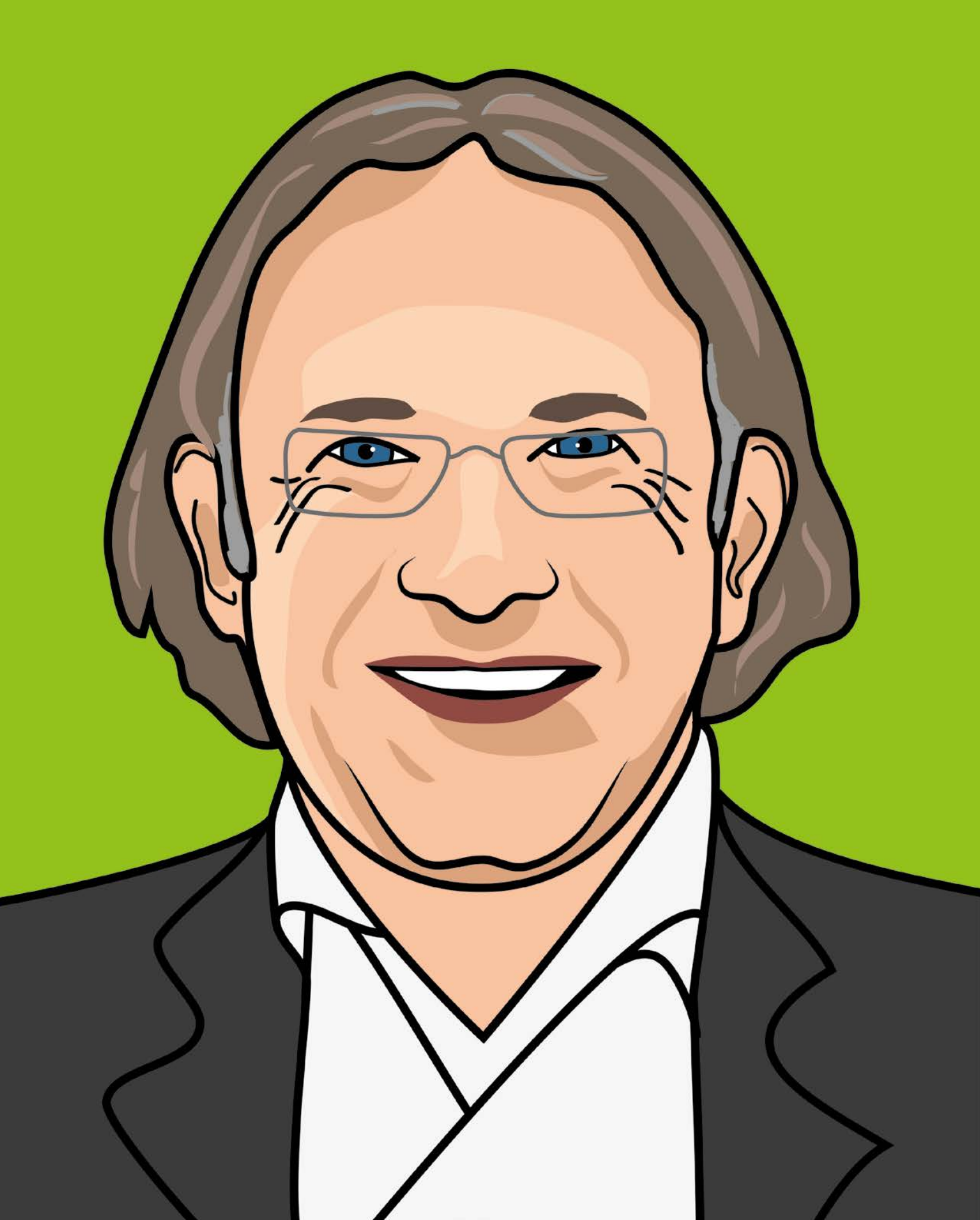
»Ich bin in der glücklichen Situation, ein breites Blickfeld auf das Gesundheitswesen zu haben.«

Nachdem die freundliche Kellnerin unsere Bestellung aufgenommen und uns je ein Glas Nero d’Avola gebracht hat, erfahre ich mehr über die berufliche Laufbahn meines Gegenübers. Er arbeitete nach seiner kaufmännischen Ausbildung zunächst bei dem IT- und Technik-Unternehmen Olympia, wo er auch für den Verkauf des ersten Personal Computers „Olympia BOSS“ zuständig war. Der Zufall wollte es dann, vor mittlerweile 25 Jahren, dass einer seiner Kunden, der aus dem Medizintechnikbereich kam, ihn dafür begeisterte, sich selbstständig zu machen und die S3 Praxiscomputer GmbH mitzugründen. Das Unternehmen, das seinen Sitz noch heute in Weinheim hat, ist mittlerweile Teil der DGN-Gruppe und wird von Flender weiterhin mitgeleitet.

„DIE GESUNDHEITS-IT“, berichtet mein Gesprächspartner, „erschien mir damals als Zukunftsmarkt, obwohl gerade bei den Ärzten die Entwicklung noch sehr am Anfang war. Zu der Zeit wurden noch Aufkleber für die Abrechnung auf den Schein geklebt.“ S3 habe mit einem Praxisverwaltungssystem begonnen, fährt er fort, dann seien ein Zahnarztprogramm und nach und nach noch andere Produkte hinzugekommen – einfach weil sie dazu gepasst hätten. Er sei deshalb heute in der glücklichen Situation, ein breites Blickfeld auf die Vielfalt des Gesundheitswesens zu haben – auf die Ärzte, die Zahnärzte, die Apotheker und auch auf die Körperschaften dieser Gruppen, da ein Gutteil des DGN-Geschäfts mittlerweile mit diesen Organisationen abgewickelt werde. Vor zehn Jahren habe er dann seine Unternehmensanteile an die Frey ADV GmbH verkauft, die heute Eigentümer der gesamten DGN-Gruppe sei. Seitdem arbeite er als angestellter Geschäftsführer.

Ein besonders wichtiger Moment seiner beruflichen Aktivität sei der Kauf des DGN von der apoBank gewesen, unterstreicht Flender. Die Bank habe ihr Engagement im Bereich Vernetzungstechnologie 1997 durch die Gründung des DGN vor dem Hintergrund des Projekts elektronische Gesundheitskarte erwartungsvoll begonnen. Im Rahmen einer Konsolidierung habe sie es aber wieder beendet und 2010 das DGN zum Kauf angeboten. „Wir waren damals“, erinnert er sich, „der Meinung, dass die Vernetzungstechnologie und das dazugehörige Geschäft gut zu uns passen und dass beides auch Zukunft hat.

ILLUSTRATION: KATHARINA DOERING



Wir haben das DGN also gekauft, saniert und zum Dach unserer kleinen Firmengruppe gemacht, die heute mit einem Umsatz von circa 11 Millionen Euro und circa 100 Mitarbeitern sicher nicht zu den ganz Großen, aber auch nicht mehr zu den Kleinen am Markt gehört."

Die Vorspeisen, Feldsalat und überbackener Ziegenkäse, kommen und fordern für einen Moment unsere Aufmerksamkeit. Dann wenden wir uns den heutigen Aktivitäten des DGN zu, und ich erfahre, dass das Unternehmen zurzeit der einzige Produzent von Heilberufsausweisen ist. „Ein eher zähes Geschäft", fügt Flender hinzu, „bekanntlich seit Jahren schleppend. Aber dafür laufen andere Bereiche gut. So betreiben wir zum Beispiel den Breitband-Backbone für das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen und sind einer der drei großen Provider für das KV-SafeNet." Auf die Frage, ob vor diesem Hintergrund die Telematikinfrastruktur für sein Unternehmen eher bedrohlich sei, lacht mein Gegenüber und entgegnet, dass ihm da nicht bange sei. Schließlich bestehe das KV-SafeNet ja auf jeden Fall weiter, selbst wenn die TI dann endlich einmal fertig würde. Die Router würden zwar ausgetauscht, aber das Backbone bleibe bestehen. Und das Providergeschäft könne eher noch wachsen. „Und mehr noch", fügt er hinzu, „wir werden natürlich versuchen, auch in dem dann neu entstehenden Markt der TI-Zugangsbetreiber mit einzusteigen – ob alleine oder gemeinsam mit Partnern, wird sich weisen." Er sehe dort gute Chancen, schließlich habe sein Unternehmen ja langfristige Kundenbeziehungen, an die angeknüpft werden könne – allein zum Beispiel zu mehr als 10 000 niedergelassenen Ärzten.

KV-SafeNet habe, betont mein Gesprächspartner, in der letzten Zeit sogar einen regelrechten Schub erlebt. Das habe sicher auch mit den Verzögerungen beim TI-Projekt zu tun. Die KBV nutze diese Situation und forciere den Ausbau des eigenen Netzes deutlich. Manchmal komme es ihm vor wie in der Geschichte von dem Hasen und dem Igel, in der Letzterer immer wieder ruft: „Ich bin schon da!".

»Grund für den schleppenden Aufbau der TI ist auch der deutsche Perfektionismus.«

Dass mein Gegenüber dem eGK- und TI-Projekt nicht gerade mit großem Enthusiasmus begegnet, wird schnell deutlich. „Für 1,1 Milliarden Euro hätte man", betont er, „schon lange zu einer weitgehenden Vernetzung des deutschen Gesundheitswesen kommen müssen." Dass diese immer noch nicht da sei, fährt er fort, läge sicher teils an den Interessengegensätzen in der Selbstverwaltung. Aber ein wichtiger Grund sei auch der deutsche Perfektionismus. Da werde der höchste Sicherheitsstandard gefordert, den man überhaupt bekommen könne. Das mache die ganze Sache nicht nur hochkomplex, der einzelne Leistungserbringer werde dadurch auch schnell überfordert. Denn Sicherheit heiße immer auch, dass es komplizierter und pflegeaufwendiger werde. Bei ihm stelle sich da die Frage, ob sich der höchste Sicherheitsaufwand immer auch lohne. Einen elektronischen Arztbrief jedenfalls könne man auch einfacher und dennoch sicher von A nach B bringen. Und vieles andere auch.

Der dem Konstrukt TI innewohnende Anspruch auf höchste Sicherheit und die damit verbundene hohe Komplexität mache ihn auch ein wenig skeptisch, ob der manchmal prognostizierte große Schub an Anwendungen, den die fertiggestellte TI künftig bringen solle, auch wirklich realisiert werden könne. Wenn all diejenigen Anwendungen, die die TI nutzen wollen, erst einmal von der gematik zertifiziert werden müssen, sei für ihn ein schnelles Wachstum fraglich. Die Problematik der zähen und langsamen Entwicklung von Zulassungskriterien werde auch aktuell schon deutlich, wenn man betrachte, dass für Unternehmen, die, wie auch das DGN, VPN-Zugangsprovider für die TI werden wollen, die Kriterien immer noch nicht vollständig vorlägen. Man hoffe jetzt, dass sie bis zum Ende dieses Quartals endlich veröffentlicht werden.

DIE KOMPLEXITÄT des Ganzen werde an vielen Stellen den Umgang mit der TI nicht gerade einfach gestalten. Eins von vielen Beispielen dafür sei die Vorschrift, dass die Konnektoren und Lesegeräte nur durch zertifizierte Logistikpartner ausgeliefert werden dürfen. Dies sei aus dem Sicherheitsaspekt heraus verständlich, könne aber, wenn ein Gerät defekt sei und ausgetauscht werden müsse, für den Arzt das Handeln komplizierter und teurer machen. „Sicherheit ist teuer" setzt er hinzu, „ob die zurzeit von der Kassenseite als Zielmarke genannten circa 400 Euro Erstattung pro Konnektor eingehalten werden können, sehe ich deshalb durchaus skeptisch."

Nachdem wir uns für die Hauptspeise, gebratene Doradenfilets auf Ratatouille, eine kleine „Auszeit" genommen haben, komme ich auf den eher kritischen Blick meines Gesprächspartners auf die TI zurück und möchte wissen, wie er denn vor diesem Hintergrund das eHealth-Gesetz bewerte. „Ohne Zuckerbrot und Peitsche

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, den es vorzustellen gilt, seinem Denken und Tun erfahren, . 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.

geht es nicht“, ist die prompte Antwort. Insofern fände er es grundsätzlich sehr positiv, dass das Gesetz jetzt diesen Weg gehe. „Dass das Ganze weiterhin so komplex bleibt“, fügt er hinzu, „stört mich dennoch. Denn Vernetzung zwischen Ärzten geht heute, ich wiederhole es, viel einfacher, als es die TI vorsieht – und auch immer sicherer.“ Hundertprozentige Sicherheit gebe es sowieso nicht, weil da immer auch die Schwachstelle Mensch sei. Das Beispiel der Kanzlerin, die nicht immer ihr verschlüsseltes Handy genutzt habe, mache deutlich, dass Sicherheit, wenn sie kompliziert und wenig praktikabel sei, gerne auch umgangen werde.

„WIR IN DEUTSCHLAND wollen“, fügt mein Gegenüber an, „viel zu oft hundert Prozent, nicht nur bei der Sicherheit, auch beim Funktionsumfang. Das führt nicht selten dazu, dass in Wirklichkeit nichts passiert.“ Er halte viel davon, Schritt für Schritt voranzugehen. Das Beispiel elektronischer Arztbrief mache das deutlich. Da es weitgehend noch keine strukturierten Behandlungsdaten bei den Ärzten gebe, gehe der KV-Connect-Arztbrief einen pragmatischen Weg, indem er hauptsächlich noch auf das PDF-Format setze und nur ein Mindestmaß an Strukturierung fordere. „Das ist für mich“, betont Flender, „ein guter Anfang. Darauf kann man aufbauen. Und damit ist schon jetzt ein breiter Einsatz möglich.“

Damit wolle er nicht, fügt er hinzu, einem langsamen Vorantreiben der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens das Wort reden, wohl aber einem realistischen und pragmatischen. Er sehe natürlich auch den zunehmenden Druck und die Notwendigkeit zur Digitalisierung. Das sei bei der Telemedizin überdeutlich, die für die ärztliche Versorgung in vielen Gebieten, auch hier im nahen Odenwand, bald unerlässlich werde. Und es sei auch in vielen anderen Bereichen deutlich. Hinzu käme noch der Druck durch Google, Apple und Co.

„Auch wenn diese neuen Anbieter“, so Flender, „für uns als Dienstleister für Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser zunächst keine direkte Konkurrenz sind, werden die ganzen Daten aus den mobilen Geräten auch unser Geschäft irgendwann betreffen. Es wird ein Druck entstehen, diese Daten in die bestehenden Systeme zu integrieren, ein massiver Druck.“ Aber, schränkt er ein, dafür müsse es Finanzierungsmodelle geben. Die Gesellschaft, speziell die Krankenkassen, müssten bereit sein, entsprechende Dienste zu finanzieren.

»Für mich ist das Ganze kein Stress – jedenfalls kein negativer.«

Auf meine „Standardfrage“ nach seinem Ausgleich für den Alltagsstress als Manager kommt die spontane Antwort: „Da müssen Sie meine Frau fragen. Für mich ist das Ganze kein Stress, jedenfalls kein negativer. Mir macht es Spaß, Firmen zusammenzubringen und neu aufzustellen. Wenn die Ergebnisse nachher gut sind, dann macht es noch mehr Spaß.“ Er habe, räumt er ein, auch andere Zeiten erlebt in den 25 Jahren seiner Arbeit in der Branche, so richtig harte Zeiten, wo man nicht mehr so recht gewusst habe, wie es weitergehen soll. Schon wegen dieser Erfahrungen könne er sich heute ganz und gar nicht beschweren. Zudem versuche er, sich aus dem Tagesgeschäft mehr und mehr zurückzuziehen. Das funktioniere zunehmend gut, da es Kollegen und Mitarbeiter gebe, auf die er sich verlassen könne. Er selbst nehme vor allem die Kontakte nach außen wahr, kümmere sich um die Finanzen und gehe immer noch gerne einmal mit in die konkrete Entwicklungsarbeit.

Wenn meine Frage jedoch, fügt Flender an, auf ein Hobby im klassischen Sinne abgezielt habe, müsse er mich enttäuschen. Er treibe zwar Sport, um sich fit zu halten, mache gerne Yoga und fahre gerne Ski und Motorrad, aber ein Hobby im eigentlichen Sinne habe er nicht. „Ich koche auch gerne“, setzt er noch hinzu, „auch das ist ein gewisser Ausgleich. Leider bekommt man aber hier nicht alle Zutaten so gut und frisch wie in Spanien.“ Auf meine erstaunte Nachfrage, warum gerade Spanien, erfahre ich, dass mein Gegenüber oft, und zwar deutlich über die normalen Urlaubszeiten hinaus, auf Mallorca weilt – und von dort auch arbeitet. Wie klein doch die Welt ist und wie parallel manchmal die Lebensentwürfe! Ich erzähle von meiner Zweitheimat Sardinien und meiner Arbeit aus der Ferne. Beim Espresso tauschen wir unsere Erfahrungen aus. Reden über unsere Internetbandbreiten auf den jeweiligen Inseln und stellen übereinstimmend fest, dass eine solche Fernarbeit heute durchaus gut möglich ist. Auf dem Weg zum Parkplatz reden wir noch weiter über die Erfahrungen mit dem Arbeiten von der jeweiligen Zweitheimat auf Mallorca beziehungsweise Sardinien aus. Wir bestätigen uns, dass ein solches Arbeiten nicht nur Vorteile hat, aber auch, dass wir es nicht mehr missen möchten und die Zeit auf den jeweiligen Inseln gerne noch weiter ausdehnen würden. ■

„Auf ein Glas mit …“ im Weinheimer Bistro „Bellini“: Armin Flender (r.) und E-HEALTH-COM-Herausgeber Hans-Peter Bröckerhoff

DIE „BLICKWINKELKANONE“ WIRKT

Der zweite Tag der ersten E-HEALTH-KLAUSUR, veranstaltet von E-HEALTH-COM in Kooperation mit der conhIT, war dem Dialog zwischen Industrie, Selbstverwaltung und Politik gewidmet. Vor allem wurde das Thema eHealth-Strategie diskutiert – ganz ohne den sonst oft üblichen konfrontativen Schlagabtausch.

TEXT: BRITTA BÖCKMANN UND HANS-PETER BRÖCKERHOFF

Zwischen Industrie, Politik und Selbstverwaltung fehlt oft der intensive und offene Diskurs über die Rahmenbedingungen und die strategische Ausrichtung von eHealth in Deutschland. Deshalb war der zweite Tag der E-HEALTH-KLAUSUR unter dem Obertitel „Was muss noch geregelt werden? Und was besser nicht?“ genau diesem Diskurs gewidmet. Hier kam es zur intensiven Begegnung der Teilnehmer, allesamt Spitzenmanager der eHealth-Branche, mit Vertretern aus Politik und Selbstverwaltung. Anders als oft üblich, standen die Referenten nach ihren Eingangsstatements für eine intensive und ergebnisoffene Diskussion zur Verfügung. Insbesondere die nach dem Modell des „World-Cafés“ gestalteten kleinen Gesprächsrunden, Thementische, machten einen sehr intensiven Dialog möglich.

Insbesondere die kleinen Gesprächsrunden, die Thementische, machten einen intensiven Dialog möglich.

Nachdem das eHealth-Gesetz die Frage der Regelung von Rahmenbedingungen für die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen stärker in den Fokus gestellt hat, wird vermehrt auch wieder die Notwendigkeit einer umfassenden eHealth-Strategie für Deutschland diskutiert. Vor diesem Hintergrund sollten, das machten die beiden Moderatoren (die Autoren dieser Zeilen) einführend deutlich, die Gespräche an diesem Vormittag zu mehr gemeinsamem Verständnis beitragen.

Die Eingangsstatements der Referenten machten schon die sehr unterschiedlichen Sichtweisen auf das Thema deutlich. Norbert Paland, der im Bundesgesundheitsministerium seit vielen Jahren das Thema eHealth betreut, blickte auf das bisher Erreichte und kündigte weitere Regelungsschritte an, die das Ministerium nach dem ersten eHealth-Gesetz angehen will. Seine Botschaft: Es gibt eine eHealth-Strategie und sie wird, wenn auch teilweise gegen Widerstände und mit Schwierigkeiten, umgesetzt. Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands und zuvor lange Jahre Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, räumte das Fehlen einer umfassenden nationalen eHealth-Strategie ein und ging stark auf die Schwierigkeiten bei der Entwicklung einer solchen, vor allem auf die Interessenkämpfe der Selbstverwaltung untereinander und mit der Politik ein. Dabei bezog er seine Erfahrungen aus beiden Akteursbereichen, aus dem Bereich Krankenkasse und aus dem Bereich Politik, in seine durchaus (selbst-)kritische Betrachtung ein. Dr. Thomas Kriedel, Vorstand der KV Westfalen-Lippe und Sprecher der Leistungserbringerseite in der Gesellschafterversammlung der gematik, betonte die Notwendigkeit einer sorgfältigen und die Interessen der Akteure beachtenden Vorgehensweise bei der Regelung der Rahmenbedingungen. Strategische Überlegungen, die auch er ausdrücklich einforderte, müssten immer auch die Praktikabilität im Alltag insbesondere der Ärzte berücksichtigen. Dr. Axel Wehmeier, Sprecher der Geschäftsführung der Telekom Healthcare Solutions und Vorstandsmitglied des bvitg, unterstrich nicht nur den Mangel einer wirklichen eHealth-Strategie, er forderte auch ein neues Herangehen an innovative Prozesse. Bei den strategischen Vorgaben für die eHealth-Entwicklung sollte mehr Raum für das Ausprobieren von Ideen und innovativen Ansätzen geschaffen werden.

DEN EINGANGSSTATEMENTS folgten Gespräche mit den drei Referenten aus Politik und Selbstverwaltung in kleinen Gruppen. Norbert Paland, Franz Knieps und Dr. Thomas Kriedel stellten sich den Fragen und Argumenten der Teilnehmer jeweils für 20 Minuten. Dann wechselten die Teilnehmer den Tisch und ein Moderator fasste kurz die schon besprochenen Themen zusammen. Die folgenden notwendigerweise stark zusammengefassten Einblicke in die Diskussionsrunden unterstreichen nochmals die sehr verschiedenen Herangehensweisen an das Thema eHealth-Strategie.

Der Thementisch mit Dr. Thomas Kriedel fokussierte sich auf die Rolle

Einer der drei Thementische, hier mit dem Vorstand des BKK-Dachverbandes Franz Knieps und dem Moderator Ekkehard Mittelstaedt

der Ärzte bei der Gestaltung einer eHealth-Strategie. Um Ärzte, so ein Diskussionsstrang, aktiver an der Gestaltung einer Strategie zu beteiligen, fehle es an Wissen über das Potenzial von eHealth, an mehr Dialog mit Industrie und Wissenschaft.

Spannend diskutiert wurde auch die Frage, was es denn bedeuten würde, den Patienten, den Bürger wirklich in den Mittelpunkt einer solchen Strategie zu stellen – „einfacher Patientenalltag" statt „einfacher Arztalltag". Damit wären einige Ziele selbstverständlich gesetzt – so die Erhöhung der Patientensicherheit durch einen elektronischen Medikationsplan oder auch die bessere Nutzung verfügbaren medizinischen Wissens zur Entscheidungsunterstützung. Der Wunsch an die Ärzteschaft dabei lautete klar, diese Veränderungen aus Sicht ihrer Patienten mitzudenken und mit zu gestalten, sich an die Spitze der Bewegung zu setzen, die medizinische Ausbildung zu verändern und sich einem veränderten Berufsbild zu stellen.

Als systemimmanent schwierig wurden die Möglichkeiten eingeschätzt, Innovationen gerade im ambulanten Bereich auszuprobieren und in der Breite zu testen. Hier komme, so wurde festgestellt, im ambulanten Bereich sicher den KVen eine zentrale Rolle zu.

DER TISCH MIT Norbert Paland beschäftigte sich zunächst mit der Frage, ob es eine gemeinsame Definition von eHealth-Strategie und eine gemeinsame Vision gebe und ob es Letztere überhaupt geben könne. Dabei blieben die unterschiedlichen Einschätzungen bestehen. Ebenfalls ergebnisoffen wurde die Frage diskutiert, ob eine Strategie nicht weit über die bisherigen Themen der Vernetzung und der Telemedizin hinausgehen müsse.

Norbert Paland bekräftigte, dass das Ministerium nach einer weit gehenden Strategie handle und unterstrich, dass die Verantwortung für die Entwicklung einer Strategie beim Parlament und für die Umsetzung bei der Regierung liege. Die Transparenz solcher politisch-strategischer Prozesse, räumte er ein, könne und solle erhöht werden. Auch die Notwendigkeit eines stärkeren gesellschaftlichen Konsenses wurde diskutiert.

Die Frage, ob es eine gemeinsame Definition von eHealth-Strategie geben könne, blieb ohne übereinstimmende Einschätzung.

Ein weiterer Diskussionsstrang rankte sich um die Frage, wie konkret die Ziele und Vorgaben in einer Strategie sein sollten. Dabei wurde aus Industriesicht mit der These „Innovation geht heute anders!" weniger umsetzungs- und verwaltungsorientiertes >

FOTO: E-HEALTH-COM

E-HEALTH-KLAUSUR – EIN NEUES DIALOG-FORMAT

Es war ein Schritt auf Neuland – sowohl für E-HEALTH-COM als auch für den Kooperationspartner conhIT. Das neue Veranstaltungsformat für Spitzenmanager von Unternehmen und Organisationen aus dem eHealth-Bereich bot Gelegenheit zur intensiven Beschäftigung mit übergeordneten Themen und Zukunftsfragen.

Die E-HEALTH-KLAUSUR im Rheingauer Kloster Eberbach wurde von diesem Magazin in Kooperation mit der conhIT im Januar dieses Jahres erstmals veranstaltet. Sie bot die Möglichkeit, sich mit den wesentlichen Herausforderungen des kommenden Jahres, mit strategischen Fragen der Branche und mit Zukunftsthemen auseinanderzusetzen. Ganz im Sinne einer Klausur geschah dies abseits der Öffentlichkeit und des Tagesgeschäfts in einer Atmosphäre, die geprägt war von offenen Diskussionen im kleinen Kreis und intensiven Begegnungen mit spannenden Referenten, Spitzenvertretern aus Politik und Selbstverwaltung und natürlich mit Manager-Kolleginnen und -Kollegen aus der Branche.

Auf dem Podium (v.l.): Martin Große-Kracht, Vorstand ATEGRIS Regionalholding, Prof. Christopher Baum, Präsident der Medizinischen Hochschule Hannover, Thomas A. Kräh, Geschäftsführer der Kreiskliniken Esslingen und Moderator Hans-Peter Bröckerhoff, Herausgerber der E-HEALTH-COM

Auch der Veranstaltungsort unterstrich den Anspruch und den Charakter der Veranstaltung. Die E-HEALTH-KLAUSUR fand im Mönchsrefektorium des Klosters Eberbach statt, mitten im früheren Klausur-Bereich, wo die Mönche unter sich blieben.

Der Blogger und Querdenker Sascha Lobo bei seinem Impulsvortrag

Der erste Tag begann mit einem Vortrag des Geschäftsführers des bvitg Ekkehard Mittelstaedt zum Thema „Die Themen und Herausforderungen der Branche 2016". Danach ging es um die Rolle von IT und Vernetzung im strategischen Gesamtkonzept in Kliniken. Chefs verschiedener Krankenhäuser (siehe Bild links) präsentierten in Eingangsstatements ihre strategischen Vorstellungen und stellten sich dann den Fragen der Teilnehmer. Ein weiterer Höhepunkt des ersten Tages war das Gespräch mit dem Blogger und Querdenker Sascha Lobo, der die viel gelobte Keynote auf der conhIT 2015 gehalten hat. Hier diskutierte er nach einem kurzen Impulsvortrag mit den Teilnehmern über die gesellschaftlichen Implikationen der Digitalisierung im Gesundheitsbereich.

Der zweite Tag stand gänzlich im Zeichen des Gesprächs mit Spitzenvertretern aus Selbstverwaltung und Politik. Auch hier kam, wie intendiert, ein echter Dialog in Gang (siehe großer Beitrag).

Vorgehen und mehr Freiraum für das Ausprobieren von Neuem gefordert.

Die Runde um Franz Knieps startete den Diskurs mit der Forderung an eine eHealth-Strategie, Antwort zu geben auf die Frage, was eHealth dazu beitragen kann, das Gesundheitswesen in die digitale Welt zu transformieren. Von diesem Punkt aus müsse eine Strategie eingebunden sein in ein Gesamtkonzept der digitalen Agenda, für Orientierung und Steuerung im Sinne einer langfristigen Ausrichtung sorgen und die nötigen Anreize auch im Sinne der Klärung von Finanzierungsfragen liefern.

UM DAS ERFÜLLEN zu können, sahen die Beteiligten es als erforderlich an, sich deutlich mehr zu positionieren. Es sollte quantifizierbare Vorgaben geben, klare Handlungsempfehlungen an Bürgerinnen und Bürger, zum Beispiel zur Nutzung der elektronischen Patientenakte, und deutliche Anreize, diesen Empfehlungen auch zu folgen. Politik solle den Bürgern zwar die Wahlfreiheit belassen, sich aber eindeutiger für die Ziele engagieren, die man sich im Rahmen der Digitalisierung gesetzt hat. Wenn diese Zielsetzung deutlich ist, könne darauf aufbauend dann definiert werden, wo es Regelungen und Festlegungen braucht, zum Beispiel im Sinne internationaler Standards, und wo nicht.

Die Abschlussdiskussion mit den vier Referenten (v.r.) Dr. Axel Wehmeier, Franz Knieps, Norbert Paland und Dr. Thomas Kriedel sowie Prof. Britta Böckmann, die den Vormittag gemeinsam mit Hans-Peter Bröckerhoff moderierte

Nach den Berichten aus den drei Gruppen wurde das gesamte Thema nochmals im Plenum mit allen vier Referenten diskutiert. Dieser Austausch rund um eine eHealth-Strategie für Deutschland kann, die Diskussionen an den Thementischen einbeziehend, im Wesentlichen auf drei Ebenen zusammengefasst werden. Zunächst ging es um die Frage, was eine Strategie überhaupt ist und welche Bereiche sie umfassen sollte. Das Ministerium arbeitet entlang einer Strategie, die sich Stück für Stück am jeweils Machbaren und Notwendigen orientiert und zunächst den Aufbau der TI als gemeinsamer Infrastruktur fokussiert. Dagegen steht die Auffassung, dass eine Strategie an mittel- bis langfristigen Zielen ausgerichtet sein sollte und anhand messbarer Größen zum Beispiel zu Digitalisierungsgrad oder auch definierten Versorgungszielen regelmäßig überprüft werden sollte. Dieser Idee folgend müssten zunächst konkrete Ziele entwickelt und konsentiert werden.

Und wer sollte das tun? Die zweite Ebene beschäftigte sich genau mit dieser Frage. Es wurde deutlich, dass die lang gewachsenen Entscheidungsstrukturen, die eingespielten Rituale der Akteure der Selbstverwaltung, der Industrie und des Ministeriums, nicht mehr zeitgemäß sind und einer Entwicklung bedürfen. Ansätze dafür gab es bereits – so wurde übereinstimmend festgestellt, dass sich Industrie und Selbstverwaltung erheblich angenähert haben und sich deutlich besser verstehen als noch vor fünf Jahren. Offen blieb dabei zunächst die Frage, wie sich die Ärzteschaft stärker gestaltend in die Formulierung von Zielen und Strategien einbringen könnte. Dass es eine Notwendigkeit dafür gibt, wurde nicht mehr bestritten, so konstatierte Axel Wehmeier in seinem Schlussstatement: „Ich bin froh, dass wir nicht mehr über das Ob einer eHealth-Strategie reden, sondern über das Wie." Einen interessanten Aspekt warf Franz Knieps auf mit der Frage, ob es denn eigentlich adäquat sei, dass lauter Menschen älter als sechzig diese Fragen diskutieren.

DER DRITTE STRANG, der sich durch die Diskussion zog, war die Frage nach Innovation und den Möglichkeiten des Systems, Innovation voranzutreiben. Dabei wurde der Innovationsfonds trotz einiger Schwächen als vielversprechender Ansatz sehr gelobt. Das Spannungsfeld liegt zwischen der Sorge der Kostenträger, „alles bezahlen zu müssen, was als Innovation daherkommt", und dem seitens der Industrie thematisierten „administrativen Stillstand". Diese möchte eine Art Innovationslabor etablieren, damit ein Klima für Innovation entstehen kann. Hier ist sicher der bestehende rechtliche Rahmen zu überprüfen. So stehen beispielsweise der Verbotsvorbehalt im ambulanten Bereich und auch immer wieder unklare Regelungen zur Umsetzung des Datenschutzes im Wege.

In der Abschlussrunde wurde die Wichtigkeit eines solchen Austauschs auf einer Metaebene jenseits der alltäglichen Regelungsprobleme deutlich. Zwar wurde keine systematische Strategiediskussion geführt, wie man sie in vielen Unternehmen und anderen Organisationen gewohnt ist, aber dieser Freitagvormittag im Kloster Eberbach hat doch, wie intendiert, einen produktiven Diskurs der Vertreter der Gesundheits-IT-Anbieter mit den anwesenden Vertretern der Selbstverwaltung und der Politik über die eHealth-Strategie in Deutschland ermöglicht. Denn alle Referenten und viele Teilnehmer betonten, etwas gelernt und dabei Einsichten aus jeweils anderen Perspektiven gewonnen zu haben. Die „Blickwinkelkanone" aus „Per Anhalter durch die Galaxis", die das jeweilige Gegenüber dazu bringt, den Blickwinkel des anderen zu übernehmen und die sich Norbert Paland eingangs als Wunderwaffe für diesen Diskurs gewünscht hatte, hat offenbar gute Dienste geleistet. ■

Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass Industrie und Selbstverwaltung sich erheblich angenähert haben.

■ **PROF. DR. BRITTA BÖCKMANN**
Fachhochschule Dortmund
britta.boeckmann@fh-dortmund.de

■ **HANS-PETER BRÖCKERHOFF**
Herausgeber und Chefredakteur von E-HEALTH-COM,
hp.broeckerhoff@health-care-com.de

FOTOS: E-HEALTH-COM

ENGAGIERT FÜR TELEMEDIZIN

Die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed) ist zehn geworden. Sie hat sich zu einem wichtigen Stichwortgeber für telemedizinische Debatten entwickelt und sorgt für eine bessere Verständigung zwischen Tele-Menschen und Medizin-Menschen.

Medizinische Fachgesellschaften werden von Ärzten gegründet und haben Ärzte als Mitglieder. Branchenverbände werden von Industrieunternehmen aus der Taufe gehoben, und die Mitgliedsbeiträge kommen von Firmenkonten. Die DGTelemed passte noch nie gut in dieses vertraute Raster. Sie trägt die Medizin im Namen, ist aber keine Fachgesellschaft in dem Sinne, dass sie ein etabliertes medizinisches Fach vertreten würde. Umgekehrt sind Unternehmen zwar unverzichtbare Beitragszahler und Kongress-Sponsoren. Aber schon die Tatsache, dass lediglich 14 Prozent der DGTelemed-Mitgliedschaften Firmenmitgliedschaften sind, zeigt, dass wir es definitiv auch nicht mit einem klassischen Industrieverband zu tun haben.

Beide Funktionen, die einer Plattform und die eines Sprachrohrs, hat die DGTelemed in den letzten Jahren mit Leben erfüllt.

Doch was ist die DGTelemed dann? Seit ihrer Gründung im Dezember 2005 ist sie ein Zwitter im besten Sinn des Wortes, angesiedelt irgendwo zwischen einem Verein Gleichgesinnter, einem Branchenverband, einer Lobbygruppe und einer Fachgesellschaft. Sie wird getragen von dem langjährigen Engagement einzelner Personen. Ihr Rückgrat sind weniger die 14 Prozent Firmenmitglieder und auch gar nicht so sehr die acht Prozent wissenschaftliche Einrichtungen, Behörden und Verbände, sondern vielmehr die 78 Prozent Einzelmitglieder, ein bunter Haufen von Ärzten, Wissenschaftlern, Technikern, Beratern, Medienschaffenden und anderen Interessierten, denen die Telemedizin in Deutschland am Herzen liegt.

Wäre die DGTelemed ein Einzelhändler, dann hätten Unternehmensberater in Existenzgründer-Workshops von einer solchen Gründung vermutlich abgeraten. Dass die Gesellschaft jetzt das Teenager-Alter erreicht, gibt den elf Gründern um Hans-Jochen Brauns, Gerhard W. Meyer, Wolfgang Loos und Hans Weber nachträglich recht. Die Telemedizin ist ein Zukunftsmodell der medizinischen Versorgung, aber sie hat es als Querschnittsfach schwer, in einer von Partikularinteressen geprägten Versorgungslandschaft angemessen wahrgenommen zu werden. Was für die Telemedizin ein Problem war und ist, wurde für die DGTelemed ironischerweise ein Glücksfall: Sie wird gebraucht, als Plattform des Austauschs und als gemeinsames Sprachrohr bei Fragen, die nicht nur einzelne Fachgebiete oder Versorgungssektoren betreffen, sondern von übergreifender Bedeutung sind.

Beide Funktionen, die einer Plattform und die eines Sprachrohrs, hat die DGTelemed in den letzten Jahren mit Leben erfüllt. Ganz vorne steht dabei die Ausrichtung des Jahreskongresses der DGTelemed („Nationaler Fachkongress Telemedizin“), der unmittelbar nach der Gründung im Jahr 2006 als „Erste Fachtagung der DGTelemed“ seinen Anfang nahm. Der Kongress hatte es nicht einfacher als die Telemedizin selbst. Allianzen wurden eingegangen und wieder gelöst. Aber durch alle Wirren hindurch hat sich die Veranstaltung etabliert und bringt regelmäßig im Herbst rund 300 Interessierte in Berlin zusammen, ergänzt um eine kleine, aber stets feine Industrieausstellung.

MEHR NOCH: IM FÖDERAL strukturierten deutschen Gesundheitswesen hat der Kongress sogar Nachwuchs produziert, bester Beleg dafür, dass in der Telemedizin nicht mehr nur theoretisiert, sondern konkret, und das heißt bei der Telemedizin in der Regel auf regionaler Ebene, umgesetzt wird. Seit 2011 trifft sich die bayerische Telemedizinszene einmal im Jahr zu der von der DGTelemed mitveranstalteten Telemedizin-Fachtagung Bayern, deren Teilnehmerzahlen zuletzt kontinuierlich gestiegen sind. Gleiches gilt für die seit 2011 stattfindende Frühjahrstagung Telemedizin.

Großes Verdienst der DGTelemed-Kongresse und insbesondere der Jahrestagung ist die Einbindung der „echten“ medizinischen Fachgesellschaften, beispielsweise der Deutschen

10 Jahre 2005 - 2015 DGTelemed

Gesellschaft für Nephrologie, der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie oder der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Das fand als eigener Programmpunkt zum ersten Mal im Jahr 2009 statt und war zum damaligen Zeitpunkt ein absolutes Novum. Seither sind Fachgesellschaften Stammgäste in Berlin, und noch immer ist der DGTelemed-Jahreskongress einer der wenigen Orte, an denen telemedizinische Fragen von und mit Ärzten über die Fachgrenzen hinweg diskutiert werden.

ENG MIT DEM Jahreskongress verknüpft ist der mit insgesamt 5 000 Euro dotierte Telemedizinpreis, der Institutionen, Einzelpersonen, Projekte oder Initiativen auszeichnet, die sich um die Telemedizin in Deutschland verdient gemacht haben. Durchweg ging der seit 2007 verliehene Preis bisher an innovative Projektgruppen, und nicht wenige der ausgezeichneten Projekte haben sich mittlerweile fest oder relativ fest in der Versorgung etabliert, etwa der Preisträger 2007, Haemoassist (heute: smart medication), der Preisträger 2008, TEMPiS oder der Preisträger 2013, TKmed.

Was die Funktion der DGTelemed als Sprachrohr der Telemedizin in Deutschland angeht, ist zu berücksichtigen, dass bei der recht heterogenen Zusammensetzung der Gesellschaft sicherlich nicht in allen Punkten stets ein vollständiger Konsens erzielt werden kann. Trotzdem konnten zu zahlreichen Anlässen und Gesetzesvorhaben der letzten Jahre Stellungnahmen verfasst werden. Seit 2009 ist die DGTelemed als Verband beim Deutschen Bundestag offiziell registriert.

Zu den grundlegenden Dokumenten, auf die auch heute noch Bezug genommen wird, gehören die im Jahr 2010 im Rahmen eines Positionspapiers formulierten Prinzipien für die Umsetzung telemedizinischer Dienstleistungen im deutschen Gesundheitswesen. Hier finden sich viele Dinge wieder, die seither Konsens geworden sind, etwa die Forderung nach der Einrichtung föderaler Strukturen für die Umsetzung telemedizinischer Dienstleistungen, die Betonung der Bedeutung von Qualitäts- und Prozessstandards sowie die Anregung, Telemedizin in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der medizinischen Fachberufe angemessen zu berücksichtigen.

Zuletzt hat sich die DGTelemed im Sommer 2015 kritisch zum Entwurf des eHealth-Gesetzes geäußert mit dem Hinweis, dass es zwar auf den Aufbau der Telematikinfrastruktur, weniger dagegen auf die Umsetzung telemedizinischer Leistungen ziele. Dass im endgültigen Gesetz jetzt außer dem teleradiologischen Konsil auch noch die Video-Sprechstunde auftaucht und dass die Bundesärztekammer fast zeitgleich das Fernbehandlungsverbot als Begriff abgeschafft und die Bedingungen, unter denen Fernbehandlungen erbracht werden können, deutlich präzisiert hat, das sind Ergebnisse jener oft zähen und langwierigen Überzeugungsprozesse, an denen sich die DGTelemed jetzt seit einem Jahrzehnt beteiligt. Herzlichen Glückwunsch! ■

■ **PHILIPP GRÄTZEL VON GRÄTZ**

BILD: VEGE – FOTOLIA

INTEROPERABLE DOKUMENTE

Anlässlich des IHE Europe Connectathons, der Mitte April in Deutschland stattfindet, erscheint in E-HEALTH-COM eine Artikelserie. Im zweiten Beitrag der Reihe stellt **Stefan Müller-Mielitz** die „Konsolidierte Dokumenten-Liste (KDL)" vor, die Benennungen für die Kern-Dokumente in der medizinischen Dokumentation bereithält und damit einen wichtigen Beitrag zur Standardisierung leistet.

IHE CONNECTATHON 2016
TEIL 2

Die Benennung von Dokumenten in Krankenhäusern erfolgt sehr heterogen. Unterschiedliche Namen bezeichnen aus unterschiedlichen Sichten ein Dokument. Unterschiedliche Krankenhäuser und ihre Abteilungen nutzen unterschiedlichste Bezeichnungen für die Dokumente in der Papierakte (pAkte), am Klinischen Arbeitsplatzsystem (KAS) und im Dokumentenmanagementsystem (DMS). Die Unterschiede erschweren Nutzern und angeschlossenen IT-Systemen gleichermaßen die eindeutige Zuordnung für die effiziente und effektive Weiterverarbeitung der Dokumente.

Für die automatische und interoperable Dokumentenübertragung zwischen elektronischen Akten (eAkte) wird daher eine Standardliste der Dokumentenbezeichnungen benötigt, die von vielen akzeptiert wird. Da die Anzahl von Verbindungen in den zukünftig angeschlossenen IT-Systemen gegen unendlich gehen wird, da viele Tausende Akteure über die Gesundheitstelematik-Infrastruktur vernetzt sind, ist es um so dringlicher, eine Liste an Standarddokumentennamen konsentiert zu haben.

Der Kern an Dokumenten

Mit der Konsolidierten Dokumenten-Liste (KDL) liegt der Kern der medizinischen Dokumente in deutschen Krankenhäusern vor. Unterschiedlichste Benennungen in den Häusern können auf diese Kernliste gemappt werden. Es wurden pDokumente und eDokumente in einer Liste zusammengeführt – ohne durch das Mapping die individuellen Bezeichnungen der Krankenhäuser zu verlieren. Mit der Nutzung der KDL wird eine technische Standardisierung im Hintergrund erreicht, die der Nutzer am Frontend nicht mitbekommt. Das Mapping findet im produktiven Betrieb seit Ende 2015 im DMI Anwendung.

Nutzen für Krankenhäuser

Die Frage des Nutzens von IT-Projekten wird noch zu selten von den Verantwortlichen im Krankenhaus gestellt. Nutzen von eHealth betrifft viele Akteure: Anwender und Nutzer, die aus ihrer jeweiligen Sicht diesen Nutzen bestimmen, bewerten und damit eine Entscheidungsgrundlage für die Anwendung des eHealth-Produktes haben müssen.

Von den IT-Systemen her sind Krankenhäuser so aufgestellt, dass die elektronisch generierten Daten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) stammen, in eine zentrale KIS-Datenbank einfließen und dann über das Klinische Arbeitsplatzsystem (KAS) einzusehen sind beziehungsweise auch dort generiert werden können (z.B. durch eFormulare). Die aus der Papierakte verfügbare digitalisierte Akte wird wiederum in einem Dokumentenmanagementsystem (DMS) angezeigt. Damit sind mindestens zwei IT-Systeme von Ärzten, Pflegern und Medizin-Controllern zu nutzen. Diese Aufteilung ist sehr oft in Krankenhäusern vorzufinden.

Die Situationsbeschreibung zeigt auf: Digitalisierte und elektronische Dokumente werden parallel bearbeitet, was mögliche Effizienzreserven nicht hebt und zur Unzufriedenheit bei den Nutzern führt. Ein negativer Einfluss auf die Effektivität der Prozesse (Behandlung, Abrechnung, Erlösmanagement) kann vermutet werden. Diese Situation ist als digitaler Medienbruch zu beschreiben. Dieser digitale Medienbruch – also das Auseinanderklaffen in der Verarbeitung von originär elektronischen Dokumenten und digitalisierten – gescannten – Dokumenten wird im ersten Schritt durch eine einheitliche Benennung von dDokumenten und von eDokumenten aufgebrochen: eDaten zusammengefasst in eDokumenten werden mit einer einheitlichen Namensgebung durch eine Konsolidierte Dokumenten-Liste mit den pDokumenten (die als gescannte Dokumente digitalisiert als dDok bereitstehen) zusammengeführt.

Nutzen für IHE-Projekte

Integrating the Healthcare Enterprise (IHE) ist eine von Anwendern und Herstellern von IT-Systemen im Ge-

sundheitswesen gemeinsam vorangetriebene Initiative, um technische Interoperabilität zwischen IT-Systemen zu erreichen. Durch die technischen Profile, die durch die IHE-Gremien beschrieben werden, ist es möglich, in regionalen Verbünden und auch intersektoral Daten auszutauschen. Den zu Dokumenten zusammengeführten Daten fehlt es aber an einer einheitlichen Nomenklatur, sodass jedes IHE-Projekt genötigt ist, Dokumentenbezeichnungen und dafür ein Code-System zu erarbeiten. Die Situation ist ähnlich heterogen, wie auch in jedem Krankenhaus unterschiedliche Dokumentenbezeichnungen genutzt werden.

Sollen die damit aufgebauten lokalen Netze in übergeordneten Netzen (IHE-Affinity-Domänen) zusammengeführt werden, ist wieder ein Abgleich der Dokumentenbezeichnungen notwendig. Die KDL kann diese Arbeiten wesentlich vereinfachen, da sie einen Vorschlag an Kern-Dokumenten bereithält, auf die die Projekte ihre Dokumente mappen können oder die Bezeichnungen sogar direkt benennen können.

Die IHE-Arbeitsgruppe „ValueSets“ und eine Arbeitsgruppe des eFa-Vereins erarbeiten aktuell eine Systematik für eine einheitliche Benennung von Dokumenten (sog. ClassCode und TypeCode). Als Diskussionsgrundlage für beide Arbeitsgruppen hat DMI die erarbeitete Konsolidierte Dokumenten-Liste zur Verfügung gestellt. Im aktuellen Diskussionsstand wird die KDL als Reference TypeCode Liste / Reference Terminologie von IHE-Deutschland empfohlen.

Unterschiedlichste Benennungen in den Krankenhäusern können auf die Kernliste gemappt werden.

Ergebnis

Die Liste wurde im Interoperabilitätsforum vorgestellt. In diesem „Interopforum“ werden alle Interoperabilitätsprojekte in Deutschland gebündelt. Sind die Dokumentenbezeichnungen im Hintergrund durch Codes vereinheitlicht, lassen sich Mehrwerte der digitalisierten und elektronischen Dokumente nutzen, wie die Anwendung von Regeln für die Vollzähligkeitsprüfung der Dokumente in einer Akte, was die Qualifizierung der digitalen Akte unterstützt.

Kern der Zusammenführung von dDokumenten und eDokumenten mittels KDL ist die einheitliche Benennung der Dokumente im Hintergrund für die IT-technische Verarbeitung. Dadurch können die Dokumente einer Akte zusammengeführt werden und Dubletten erkannt werden. Eine Akte ohne Dubletten wird dann zu einer „konsolidierten Akte“, die in weiteren Schritten qualifiziert werden kann (z.B. Vollzähligkeitsprüfungen). Die nächste Version der KDL wird die vertragsärztlichen Dokumente beinhalten. Damit ist für interregionale und intersektorale Projekte eine zentrale Grundlage gegeben für den Austausch elektronischer Dokumente über Institutsgrenzen hinweg. ■

Für die Zusendung einer aktuellen Konsolidierten Dokumenten-Liste (KDL) wenden Sie sich bitte an: fmd-leisnig@dmi.de. Die Mitarbeiter der DMI Fachdienste Medizinische Dokumentation senden Ihnen die Version zu und informieren Sie über neue zukünftige Versionen der KDL.

■ **STEFAN MÜLLER-MIELITZ**
ist bei DMI Archivierung verantwortlich für die Angewandte Forschung. Er ist Geschäftsführer des Instituts für Effizienz Kommunikation Forschung GmbH und Mitglied bei IHE, BVMI, GMDS und DGGÖ.
Kontakt: stefan.mueller-mielitz@dmi.de

BILD: FOTOLIA © DOOMU

HANDLUNGSBEDARF BEI IT-SICHERHEIT

Vertreter von bvitg-Mitgliedsunternehmen trafen sich zum Thema IT-Sicherheitsgesetz.

Am 7. Dezember 2015 trafen sich bvitg-Mitglieder zu einem Workshop, um die Auswirkungen des IT-Sicherheitsgesetzes für die Branche zu diskutieren.

Viele deutsche Unternehmen hängen heute von Internetdienstleistungen ab, wodurch IT-Sicherheit zunehmend an Bedeutung gewinnt. Um den Schutz datenverarbeitender Systeme zu erhöhen, beschloss der Bundestag am 12. Juni 2015 das sogenannte IT-Sicherheitsgesetz. Das Gesetz legt besonderen Fokus auf die Betreiber kritischer Infrastrukturen. Ende 2016 soll für den Bereich Gesundheit eine Rechtsverordnung vorliegen, die definiert, wer unter die Regelungen des Gesetzes fällt und welche Maßnahmen umzusetzen sind. Es ist zu erwarten, dass Kunden von bvitg-Mitgliedsunternehmen von den Regelungen betroffen sein werden.

Absicht des Gesetzgebers ist, IT-Sicherheit auf den „aktuellen Stand der Technik“ zu bringen und zu halten. Dafür ist eine Zusammenarbeit von Industrie, Betreibern und rechtsgestaltenden Institutionen zwingend erforderlich.

Die Workshop-Teilnehmer diskutierten in diesem Zusammenhang auch Fragen der Finanzierung. Um IT-Sicherheit herzustellen, werden Investitionen auf angemessenem Niveau notwendig. Jedoch können die Kosten nicht durch die Industrie getragen werden.

Zudem war man sich einig, dass eine aktive Mitarbeit des bvitg in der Allianz für Cybersicherheit und eine konstruktive Zusammenarbeit mit dem UP KRITIS zu einer hohen IT-Sicherheit im Gesundheitswesen beitragen wird. ■

INHALT

58 **eARZTBRIEF VIA KV-CONNECT**
Gemeinsamer Workshop

60 **IHE-LEISTUNGSVERZEICHNIS**
Bedeutungsgewinn

62 **UMFRAGE BVITG-SEMINARE**
Nicht nur Fachthemen

63 **„SAFE HARBOR“-URTEIL**
Empfehlungen der Verbände

bvitg

Der **BVITG-MONITOR** auf den Seiten 56 bis 65 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: © PUTILOV_DENIS - FOTOLIA

ARZTBRIEF 2014/2015

Empfehlung des bvitg zur Nutzung der neuen Version des eArztbriefs

Im Rahmen von Ergänzungen und Ableitungen wurde in diesem Jahr von HL7 Deutschland die grundlegende Arztbrief-Spezifikation *Arztbrief 2006* vollständig überarbeitet und steht ab sofort den Herstellern als abgestimmter *Arztbrief 2014/2015* zur Verfügung. Die neue Spezifikation zielt auf die Harmonisierung der in den letzten Jahren entstandenen Spezifikationslandschaft ab und berücksichtigt die neuen Entwicklungen und Methodiken in der Erstellung von Leitfäden. Davon können andere Datenaustauschspezifikationen, wie z. B. für den Medikationsplan, profitieren. Zudem werden interoperable Anwendungen gemäß dem eHealth-Gesetz standardkonform gefördert.

Im Kontext der neuen Spezifikation weist der bvitg darauf hin, dass die alte *Arztbrief-Version 2006* als veraltet anzusehen ist und ab sofort die neue Version genutzt werden sollte. „Der bvitg begrüßt ausdrücklich die hervorragende Arbeit sowie das offene und transparente Verfahren der Standardisierung-Community bei der Weiterentwicklung der Arztbrief-Spezifikation. Der *Arztbrief 2014/2015* ist ein weiterer großer Schritt auf dem Weg zur Adaption internationaler Standards im deutschen Gesundheitswesen“, so Verbandsgeschäftsführer Ekkehard Mittelstaedt.

Der elektronische Arztbrief wurde 2006 auf Initiative des bvitg-Vorgängerverbands VHitG auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture Realease 2 entwickelt und zur allgemeinen Nutzung zur Verfügung gestellt. Zuletzt fungierte die deutsche Arztbrief-Spezifikation als Vorlage für die ELGA in Österreich. In Deutschland bildete der *Arztbrief 2006* eine der Grundlagen des eArztbrief-Dienstes der KV Telematik. ■

Die vollständige Stellungnahme unter:
www.bvitg.de/positionspapiere.html

GEMATIK-BEIRAT

bvitg-Geschäftsführer zum stellvertretenden Sprecher gewählt

Der Geschäftsführer des bvitg Ekkehard Mittelstaedt wurde zum stellvertretenden Sprecher des Beirats der gematik gewählt. Er wird gemeinsam mit dem ebenfalls neu gewählten Beiratsvorsitzenden Mathias Redders, Telematik-Verantwortlicher im NRW-Gesundheitsministerium und Vorsitzender der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik im Gesundheitswesen, den Beirat für die nächsten zwei Jahre repräsentieren.

Der Beirat unterstützt die gematik in ihrer Arbeit, indem er sie in fachlichen Belangen von grundlegender Bedeutung berät. Zu den Mitgliedern des Beirats zählen Vertreter der Länder, des Bundes, der Wissenschaft, der Industrie, der Patienten sowie weitere Interessengruppen.

Mit der Wahl des Verbandsgeschäftsführers an die Spitze des gematik-Beirats konstatiert der bvitg, der die führenden Anbieter von Gesundheits-IT in Deutschland vertritt, seinen Stellenwert in der Diskussion über die Vernetzung des Gesundheitswesens. „Nicht erst seit dem eHealth-Gesetz wissen wir, wie bedeutend der Aufbau der Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen ist und welche großen Herausforderungen es dabei für alle Beteiligten zu bewältigen gilt. Es ist nur konsequent, dass in diesem Prozess die Gesundheits-IT-Industrie ihre Verantwortung verstärkt wahrnimmt und sich durch den Verband aktiv in die Arbeit des Beirats der gematik einbringt“, betont Mittelstaedt. ■

KOLUMNE

MATTHIAS MEIERHOFER
Vorstandsvorsitzender
des bvitg

Investitionsrealität

In den kommenden Jahren soll der Anteil für IT an den geplanten Investitionen von Krankenhäusern auf gut 12,2 Prozent steigen. Das geht aus den Ergebnissen neuester Umfragen des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) und der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO hervor. Bei jährlichen Gesamtinvestitionen in Höhe von 6,8 Mrd. Euro werden das immerhin rund 700 Mio. Euro jährlich sein. Das ist eine sehr deutliche Steigerung gegenüber dem bisherigen Zustand.

» Auf den erste Blick Anlass zur Freude, auf den zweiten Ausdruck der katastrophalen Krankenhausfinanzierung.«

Treiber dieses Trends sind die medizinischen Führungskräfte in den Kliniken – was angesichts der Entscheidungsstrukturen in den Einrichtungen nicht verwundern darf. Verwundern muss aber, dass diese Steigerung der Mittel so lange auf sich warten ließ. Und außerdem: Was auf den ersten Blick Anlass zur Freude geben könnte, macht auf den zweiten Blick das ganze Ausmaß der nicht nur im IT-Bereich, aber dort besonders katastrophalen Krankenhausfinanzierung deutlich. Denn jahrelang wurden dringend notwendige Investitionen verschoben oder erst gar nicht getätigt – auch und gerade im Bereich IT. Der Investitionsstau liegt bei circa 6 Mrd. Euro. Knapp 10 Prozent entfallen dabei auf die IT-Investitionen (DKG 2014). Von den prognostizierten 700 Mio. bleiben vor diesem Hintergrund noch knapp 100 Mio. für wirkliche Innovationen. Bei 2 000 Kliniken sind das rund 50 000 Euro pro Haus – demnach kein Grund für Freudentänze. ■

Ihr Matthias Meierhofer

eArztbrief via KV-Connect
GEMEINSAMER WORKSHOP BESTÄTIGT INTEROPERABILITÄT

Beim „Interoperabilitätsworkshop eArztbrief“ von KV Telematik (KVTG) und bvitg wurde der Austausch von elektronischen Arztbriefen (eArztbrief) umfangreich getestet und erfolgreich bestätigt. Dem bundesweiten Rollout des eArztbriefes via KV-Connect in 2016 steht damit nichts mehr im Weg.

Bislang war es Ärzten nicht ohne Weiteres möglich, die in ihren Praxisverwaltungssystemen (PVS) angelegten Patientendaten und -befunde systemübergreifend elektronisch auszutauschen. Der eArztbrief via KV-Connect soll hier Abhilfe schaffen. Im Rahmen des „Interoperabilitätsworkshop eArztbrief“ am 13. November letzten Jahres wurde deshalb der Austausch zwischen den PVS getestet, die das KVTG-Audit für den eArztbrief via KV-Connect erfolgreich absolviert haben. Die 16 beteiligten Systeme unterschiedlicher Hersteller zeigten dabei einen reibungslosen Datenversand mit KV-Connect untereinander. Dazu wurden Test-Arztbriefe erzeugt und versendet beziehungsweise empfangen. Demnach wurde das Ziel, Interoperabilität unter Beweis zu stellen, erreicht.

Nachdem alle Sessions des Workshops durchgeführt wurden, erfolgte die Auswertung des Workshops durch die Workshop-Leitung mit einer anschließenden Diskussion aller Teilnehmer. Jedes teilnehmende Softwaresystem erhielt nach dem Abschluss des Workshops ein Teilnahmezertifikat. Dieses Zertifikat wurde von der KV Telematik GmbH und dem bvitg e.V. ausgestellt.

Beim gemeinsamen Abendessen am ersten Tag spendeten Dr. Florian Fuhrmann (l.) von der KV Telematik und Ekkehard Mittelstaedt (r.) nicht nur Lob für die intensive Arbeit, sondern es gab auch kleine „Preise", u.a. für die längste Anreise und für die erste Anmeldung.

„Die beteiligten Unternehmen haben bei diesem Workshop bewiesen, dass sie den eArztbrief via KV-Connect professionell umgesetzt haben und die Systeme miteinander interoperabel funktionieren. Somit können die Ärzte, die diese PVS einsetzen, im vollen Umfang mit den Kollegen elektronisch kommunizieren und Befunde austauschen“, erklärt Ekkehard Mittelstaedt, Geschäftsführer des bvitg e. V.

„Aufgrund des medizinischen Fortschritts wird die Versorgung von Patienten immer komplexer und der interdisziplinäre Austausch dadurch wichtiger. Der eArztbrief via KV-Connect bietet Haus- und Fachärzten in Praxen sowie Ärzten in Krankenhäusern herstellerunabhängig die Möglichkeit, sich elektronisch auszutauschen. Unser Interoperabilitätsworkshop hat gezeigt, dass sich die Softwarehersteller auf die gesetzliche Forderung und die Nachfrage der Ärzte vorbereitet haben“, betont Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der KV Telematik GmbH.

Der Interoperabilitätsworkshop eArztbrief bildet einen wichtigen Vorstoß im Hinblick auf das eHealth-Gesetz. Denn gemäß Gesetz wird die Online-Übermittlung von elektronischen Arztbriefen über sichere Netze gefördert. ■

So sieht ein funktionierender Workshop aus. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren mit Engagement dabei.

»Eine Stimmung des intensiven Austauschs«

Drei Fragen an Gottfried Antpöhler (IT-Leiter KVHB) zum Ablauf des Interoperabilitätsworkshops eArztbrief

Gab es es am Anfang des Interoperabilitätsworkshops zum eArztbrief Schwierigkeiten?

Anfangs herrschte eine gewisse Skepsis unter den Teilnehmern, ob eine gute Zusammenarbeit entstehen würde. Hinzu kamen noch einige technische Probleme. Im Tagesverlauf lösten sich die Schwierigkeiten und Bedenken jedoch schnell auf. Am Anfang des Workshops wurde man noch zurückhaltend gefragt, ob der andere auf das eigene System mal schauen darf. Schnell folgte aber dann die Erkenntnis, dass man an den gleichen Problemen arbeitet. Gemeinsam ließen sich dann Möglichkeiten zur Verbesserung des eigenen Systems entdecken. Spätestens am Nachmittag herrschte überall an den Tischen eine Stimmung des intensiven Austausches vor. Einige programmierten direkt ihre Verbesserungen ein und testeten erneut. Gemeinsam freuten sich dann die Teams über die erfolgreichen Problemlösungen.

Welche Vorteile bietet so ein Interoperabilitätsworkshop?

Diese einmalige produktive Situation bot allen Teilnehmern die Chance, ihre Systeme zu testen und zu „härten“. Dabei war es von der Situation viel angenehmer, als wenn man auf Kundenmeldungen wartet und erst dann reagiert – vor allem da diese nicht immer verständlich formuliert werden. Man konnte sich unter Fachleuten auf Augenhöhe austauschen, wozu auch die entspannte Atmosphäre im alten Gemeindesaal in Moabit beitrug.

Der Interoperabilitätsworkshop eArztbrief war also ein voller Erfolg. Wie soll es weitergehen?

Spätestens bei der Abendveranstaltung am ersten Tag formulierten viele Teilnehmer den Wunsch: „Im nächsten Jahr wieder!“ Klasse wäre dann ein Workshop für systemübergreifende Anwendungen, wie z. B. dem eEntlassbrief aus den Krankenhäusern. ■

Gottfried Antpöhler

FOTO: BVITG, PRIVAT

IHE-Leistungsverzeichnis NEUER GEWINN AN BEDEUTUNG

Durch den EU-Beschluss vom 28. Juli 2015 zur Nutzung von IHE-Profilen in öffentlichen Ausschreibungen und das eHealth-Gesetz gewinnt das IHE-Leistungsverzeichnis an neuer Relevanz. Das beschreiben hier **Peter Geibel, Daniel Hellmuth, Ralf Brandner und Andreas Kassner** anschaulich.

Die Interoperabilität eines Systems steht bei Neuanschaffungen von Krankenhaus-IT mittlerweile ganz vorne im Pflichtenheft. Bei der konkreten Ausgestaltung von Interoperabilität in der Praxis und den damit verbundenen Anforderungen reden Anbieter und Kunden allerdings nicht selten aneinander vorbei – mit entsprechend negativen Auswirkungen für den weiteren Projektverlauf.

Von zentraler Bedeutung bei solchen Projekten ist zunehmend das Thema IHE (Integrating the Healthcare Enterprise). IHE ist eine Initiative von Anwendern und Herstellern mit dem Ziel, den Datenaustausch zwischen IT-Systemen im Gesundheitswesen zu standardisieren und zu harmonisieren. IHE entwickelt technische Spezifikationen, die Arbeits- und Kommunikationsabläufe im Gesundheitsbereich abbilden und die im Zusammenspiel mit weit verbreiteten Standards, beispielsweise HL7 und DICOM, die verschiedenen Interoperabilitätsebenen zwischen technischer Übermittlung und inhaltlicher Bedeutung der ausgetauschten Daten beschreiben.

» Hauptziel des deutschen Cookbooks waren „nationalisierte" IHE-Profile.«

Für die im Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg e. V.) organisierten Hersteller stellen Interoperabilität und Standardisierung – und damit IHE – herausragende Zukunftsthemen für den digitalen Gesundheitsmarkt dar. Bereits heute finden sich deshalb IHE-konforme Komponenten in den Portfolios vieler Unternehmen, die sich darüber hinaus auf Verbandsebene in der AG Interoperabilität sowie in Standardisierungsgremien von IHE Deutschland e.V., HL7 Deutschland e.V. und im Interoperabilitätsforum engagieren.

Um Diskrepanzen zwischen Erwartungen und Umsetzungen bei IHE-Projekten zu vermeiden, hat eine Kerngruppe des bvitg e. V. gemeinsam mit IHE-Deutschland ein Leistungsverzeichnis erstellt, das allen Krankenhäusern und Praxisverbünden kostenfrei zur Verfügung steht, die eine IHE-konforme Plattform für den einrichtungsübergreifenden Datenaustausch beschaffen oder erweitern wollen. Mit dem Leistungsverzeichnis soll dem Markt und dem Vertrieb ein Instrument an die Hand gegeben werden, mit dem sich Käufer und Verkäufer verständigen können, sodass nach dem Abschluss eines IHE-Projekts die Erwartungen mit den Leistungen im Einklang stehen.

Der Leistungskatalog bezieht sich hauptsächlich auf die einrichtungsübergreifende Kommunikation (IHE Domain „IT Infrastructure"). Typische Anwendungsszenarien sind der Aufbau von Fall- und Patientenakten. Im Leistungsverzeichnis werden neben allgemeinen Anforderungen IHE-Leistungskataloge für die Bereiche Dokumentenverwaltung, Master Patient Index, Protokollierung und Berechtigungssteuerung zur Verfügung gestellt. Diese Leistungskataloge können von Krankenhäusern, Praxen und deren Beratern kostenfrei – auch in Auszügen – genutzt werden, um ihre Anforderungen zu beschreiben.

Das Leistungsverzeichnis war eine konsequente Entwicklung von bvitg e. V. und IHE-Deutschland, um die Themen IHE und Standardisierung in Deutschland nach der Veröffentlichung des sogenannten „Cookbooks" weiter voranzubringen. Das Hauptziel der Erarbeitung des deutschen IHE-Cookbooks war die „Nationalisierung" der internationalen IHE-Profile und damit der Anpassung eines internationalen Standards auf die spezifisch deutschen Gegebenheiten. Das Cookbook richtet sich vor allem an Hersteller und Gremien und enthält Umsetzungsempfehlungen für die drei in Deutschland gängigsten Architekturmodelle für einrichtungsübergreifende Akten.

Dass man mit diesem Vorgehen auf dem richtigen Weg ist, sieht man an der Nutzung des Leistungsverzeichnisses in ersten Ausschreibungen in Deutschland sowie am Beschluss der EU-Kommission vom 28. Juli 2015 zur Nutzung von IHE-Profilen in öffentlichen Ausschreibungen der Mitgliedsstaaten. Durch den Beschluss der EU-Kommission kann bei der Vergabe öffentlicher Aufträge in der Ausschreibung nun offiziell explizit auf 27 IHE-Profile Bezug genommen werden – hierdurch wird dem IHE-Leistungsverzeichnis, welches die Formulierung von Ausschrei-

bungen im IHE-Bereich unterstützt, große Bedeutung zugeschrieben.

IHE-Profile wie XDS.b zum Cross-Enterprise Document Sharing werden bereits erfolgreich in deutschen Kliniken eingesetzt, von allen einrichtungsübergreifenden Aktenmodellen genutzt und sind Bestandteil der internationalen eHealth-Initiativen, wie z.B. der österreichischen ELGA.

Durch die Einbeziehung nichtstaatlicher Normungsaktivitäten könne laut Kommission die gesamte Bandbreite von technischen Spezifikationen im IKT-Bereich bei der Beschaffung von Hardware, Software und IT-Dienstleistungen verwendet werden. Es werde für Interoperabilität gesorgt und der Wettbewerb gestärkt, indem die Bindung öffentlicher Auftraggeber an einen einzigen Anbieter vermieden werde. Bei den im Beschluss genannten 27 IHE-Profilen können Auftraggeber laut EU-Kommission mit Gewissheit davon ausgehen, dass sie im Einklang mit den Grundsätzen der Offenheit, Fairness, Objektivität und Nichtdiskriminierung erstellt wurden, die die Welthandelsorganisation in der Normung anerkannt hat.

Das Leistungsverzeichnis, das Cookbook und die im Beschluss der EU-Kommission genannten IHE-Profile sind auch mit Blick auf das eHealth-Gesetz von großer Bedeutung. Zentrale Themen des Gesetzes sind unter anderem die Schaffung eines Interoperabilitätsverzeichnisses sowie die Etablierung von Patientenakten und Medikationsplänen. IHE-Profile, HL7-Standards wie CDA und für nationale Belange angepasste Implementierungsleitfäden müssen unbedingt Bestandteil des Interoperabilitätsverzeichnisses werden – zusammen mit eindeutigen Empfehlungen hinsichtlich der Nutzung für bestimmte Anwendungsszenarien, wie sie beispielsweise eine sinnvolle Ausgestaltung von elektronischen Patientenakten und Medikationsplänen darstellen könnte.

Die deutsche IHE- und HL7-Community, die sich mehrmals jährlich trifft, hat für die im eHealth-Gesetz genannte intersektorale Kommunikation bereits eine Vielzahl von Leitfäden entwickelt, die Interoperabilität unterstützen und demonstrieren. Beispiele hierfür sind der gerade von HL7 Deutschland freigegebene Arztbrief 2014/2015, der patientenbezogene Medikationsplan (PMP) sowie die aktuellen Arbeiten der IHE XDS Value Sets Arbeitsgruppe zu Metadaten für den Daten- und Dokumentenaustausch in Deutschland.

» Die deutsche Community hat bereits eine Vielzahl an Leitfäden entwickelt.«

Allgemein eignet sich das Leistungsverzeichnis im großen Umfang, im Sinne des Gesetzgebers die Qualität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und Europa zu stärken und langfristig zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen beizutragen. ■

Leistungsverzeichnis:
www.ihe-d.de/fuer-ausschreibungen

Umfrage bvitg-Seminare
NICHT NUR FACHTHEMEN

Eine bvitg-Umfrage macht großes Interesse an den bvitg-Seminaren deutlich. Sowohl Personalverantwortliche als auch Mitarbeiter sind für das Thema Fortbildung und dessen Nutzen sensibilisiert.

Um das Seminarprogramm 2016 entsprechend den Bedürfnissen der Mitgliedsunternehmen auszubauen, wurden die Personalleiter der Mitgliedsunternehmen befragt.

Von den 24 teilnehmenden Unternehmen kannten 87,5 Prozent das bvitg-Angebot. Hauptinformationsquelle waren mit 70 Prozent interne Mailings. Zusätzlich war das Feedback seitens ehemaliger Teilnehmer auschlaggebend, die größtenteils mit den Seminaren zufrieden waren.

Bei der Frage nach interessanten Themen für Seminare (s. Abb. 1) wurden zum einen IT-bezogene Themen als wichtig charakterisiert. Zum anderen zeigte sich ein entsprechendes Interesse an dem Themenschwerpunkt „Gesundheitswesen und Ordnungspolitik“. Zusätzlich offenbarte sich ein gewisses Interesse an Seminaren, die Soft Skills vermitteln.

Das Interesse an Inhouse-Seminaren erwies sich als gering (s. Abb. 2). Die Mehrzahl der Unternehmen hält eine Entfernung von bis zu 300 Kilometern zum Seminar-Veranstaltungsort als zumutbar. Es zeigte sich aber auch ein wachsender Zuspruch für Webinar-Formate (35 Prozent).

Hervorzuheben ist auch, dass viele Mitarbeiter sich eigenständig über Seminarangebote informieren (s. Abb. 3). Gleichzeitig sprechen aber auch viele Personalverantwortliche selbst die Mitarbeiter aktiv auf mögliche Seminarangebote an. ■

ABB. 1 Welche Seminar-Themenbereiche wären für Sie interessant? (Mehrfachnennungen möglich)

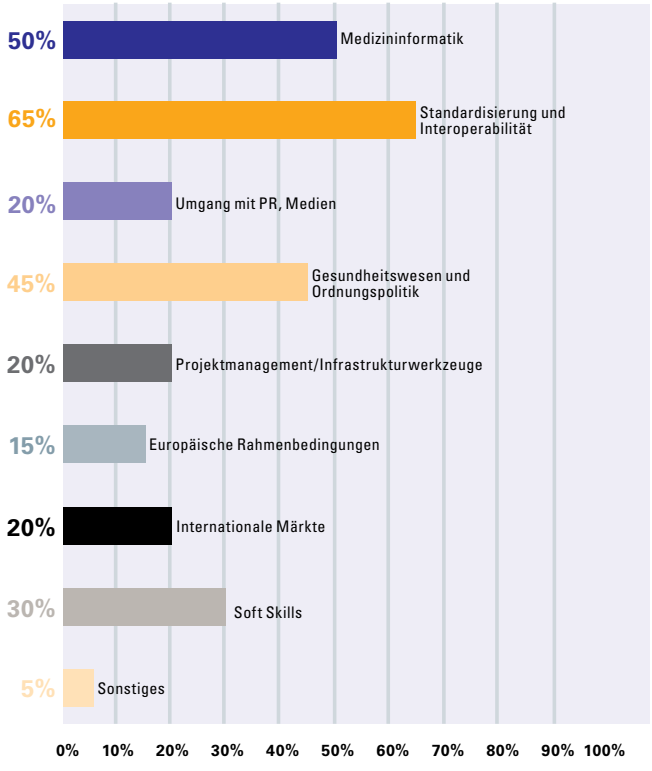


ABB. 2 Welche Seminarformen würden Sie in Zukunft am ehesten nutzen?

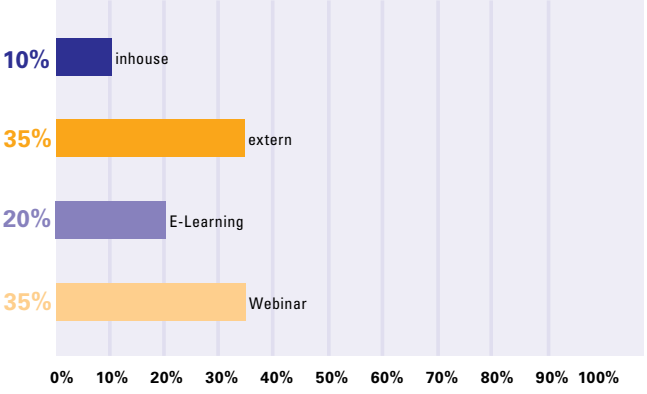
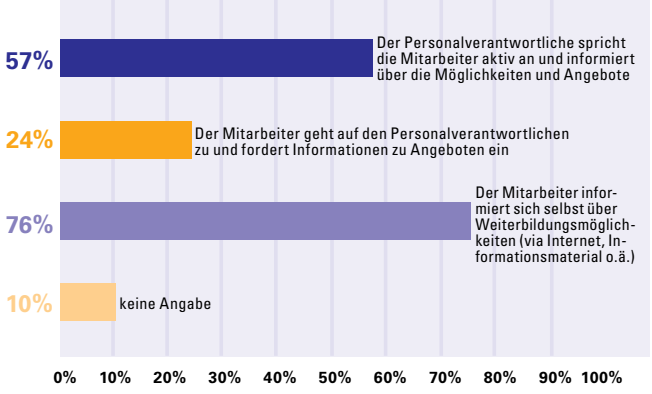


ABB. 3 Wie erhalten Ihre Mitarbeiter generell Informationen zu Seminarangeboten und Fortbildungsmöglichkeiten? (Mehrfachnennungen möglich)



»Safe Harbor«-Urteil
EMPFEHLUNGEN DER VERBÄNDE

Datenschutz-Arbeitsgruppen von bvitg, GMDS und GDD empfehlen Arztpraxen und Krankenhäusern, vor dem Hintergrund des EuGH-„Safe Harbor"-Urteils Verträge kritisch zu prüfen.

Im Rahmen der Fragestellung, welche Relevanz das „Safe Harbor"-Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 6. Oktober 2015 (C-362/14) für die Hersteller und Anwender von Gesundheits-IT hat und inwiefern Handlungsbedarf besteht, haben sich die Arbeitsgruppe Datenschutz des Bundesverbandes Gesundheits-IT e.V. (bvitg), der Arbeitskreis „Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen" der Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherheit (GDD) und die Arbeitsgruppe „Datenschutz und IT-Sicherheit im Gesundheitswesen" der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) zusammengetan und eine gemeinsame Stellungnahme erarbeitet.

Das Urteil zum „Safe Harbor"-Abkommen, das seit dem Jahr 2000 seinen Bestand hatte und den Datentransfer zwischen US-Unternehmen und europäischen Anbietern regelte, wurde am 6. Oktober 2015 vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) für ungültig erklärt. Nach einer Klage eines Facebook-Nutzers aus Österreich kam der EuGH zum Ergebnis, dass US-Unternehmen nicht garantieren können, dass amerikanische Behörden keinen uneingeschränkten Zugriff auf übertragene personenbezogene Daten haben.

Im Hinblick auf die Gesundheits-IT betrifft die Entscheidung des Gerichts alle, die einen Auftragsdatenverarbeitungsvertrag („ADV-Vertrag") abgeschlossen haben und mindestens einer der (direkten oder indirekten) Auftragnehmer einen Sitz in den USA hat. „Konkret heißt das für Kunden der Gesundheits-IT-Unternehmen, beispielsweise Arztpraxen und Krankenhäuser, dass sie ihre Verträge, die sie mit den Unternehmen abgeschlossen haben, auf Bezugnahme des „Safe Harbor"-Abkommens überprüfen sollten und gegebenenfalls dann die Verträge abändern müssen. Denn: Die Leistungserbringer fungieren als Dateninhaber und müssen sich im Klaren sein, dass die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Mindeststandards bei auf „Safe Harbor" basierenden Verträgen nicht gegeben ist, wofür sie unbeschränkt haftbar gemacht werden können", so Pierre Kaufmann, Leiter der AG Datenschutz des bvitg.

Verträge, die auf EU-Standardvertragsklauseln oder Binding Corporate Rules (BCR) basieren, sind von der Unwirksamkeit des Abkommens nicht betroffen. Jedoch: Folgt man der Urteilsbegründung des EuGH, gibt es in den USA kein dem europäischen Datenschutzrecht entsprechendes angemessenes Datenschutzniveau. Zum Beispiel besteht auch bei anderen Möglichkeiten einer Datenübertragung unter Anwendung der Standardvertragsklauseln der EU-Kommission oder BCR die nahezu unbeschränkte Zugriffsmöglichkeit von US-Behörden auf diese Daten. ■

Wie Betroffene bezüglich der aufgezeigten Problematik handeln sollten, finden Sie in der vollständigen Stellungnahme unter:
www.bvitg.de/positionspapiere.html

BILD: © THORSTEN SCHIER - FOTOLIA

UNTERNEHMEN & KÖPFE

Zum 1. Januar 2016 sind zwei neue bvitg-Mitglieder zu begrüßen:
Die **IFAP SERVICE-INSTITUT FÜR ÄRZTE UND APOTHEKER GMBH** mit Sitz in Martinsried/München ist einer der führenden Hersteller von digitalen Arzneimitteldatenbanken mit dem Anspruch, allen Beteiligten im Gesundheitswesen sichere, umfassende und aktuelle Arzneimittelinformationen zur Verfügung zu stellen. Zu den Anwendern und Kunden der ifap zählen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kliniken im Akut- und Reha-Bereich, die pharmazeutische Industrie, Apotheken, weitere Institutionen der Gesundheitsbranche wie Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen und Gesundheitsämter sowie Patienten und Verbraucher. Die ifap wird im Verband vertreten durch **DR. MATHIAS SCHINDL**.

Die **SIEMENS HEALTHCARE GMBH**, die nach dem Verkauf der IT-Sparte an Cerner für kurze Zeit nicht mehr im Veband war, ist dem bvitg wieder beigetreten. Das Unternehmen ist ein führender Anbieter bildgebender medizinischer Geräte wie Computertomographen und Magnetresonanztomographen, in der Labordiagnostik und anderen klinischen Bereichen, in denen Daten produziert und verarbeitet werden. Siemens Healthcare wird im Verband durch **THORSTEN KOOPMANN** vertreten.
Auch in der Geschäftsstelle des bvitg gibt es weitere Veränderungen. Verbandsgeschäftsführer **EKKEHARD MITTELSTAEDT** fungiert seit dem 1. Januar 2016 auch als Geschäftsführer der bvitg Service GmbH. Davor

hatte **ANDREAS KASSNER** die Funktion inne, der sich mit der Unternehmensberatung amego GmbH sebstständig gemacht hat. Andreas Kassner bleibt dem Verband und der Service GmbH allerdings noch weiterhin als Berater verbunden.
DOREEN SELLMANN verlässt zum 14. Februar 2016 den Verband. Ihre Position einnehmen und in Zukunft den Bereich Events verantworten wird **JULIANE MÜLLER**, die seit November 2015 beim bvitg als Elternzeitvertretung tätig ist. Für die Stelle von Juliane Müller wird ab sofort eine Nachfolge gesucht. ■

DIE FRAU FÜR ZAHLEN

An dieser Stelle werden die Menschen vorgestellt, die in der Berliner Geschäftsstelle des bvitg, in der Taubenstraße 23, die Verbandsarbeit organisieren und koordinieren. Dieses Mal ist es Françoise Zwicker.

TAUBENSTRASSE 23

Sie ist eine der „Neuen". Am 1. November 2015 hat Françoise Zwicker ihre Arbeit als Finanzbuchhalterin begonnen. In der bvitg- Geschäftsstelle ist sie für die Einführung der eigenen Finanzbuchführung mit DATEV zuständig, also für alles rund um das Thema Finanzbuchhaltung, vom Stellen der Rechnungen, über das Kontieren und Buchen der Belege, bis hin zum Jahresabschluss. Zudem kümmert sie sich um das Controlling und das Mahnwesen.

Françoise Zwicker ist in Berlin geboren, hat bei der Berliner Bank AG ihre Ausbildung zur Bankkauffrau gemacht und bei der Ortec GmbH, der G+H Innenausbau und dem VdZ – Spitzenverband der Gebäudetechnik ihre Berufserfahrung ausgebaut.

Sie lebt mit ihrem Partner und ihrer 13-jährigen Tochter in Berlin, liest („querbeet alles aus der Belletristik") und reist gerne, vor allem auf ihre Lieblingsinsel Mallorca. ■

Françoise Zwicker

AG AMTS

Hier stellen sich regelmäßig bvitg-Arbeitsgruppen vor. Dieses Mal die Arbeitsgruppe Arzneimitteltherapiesicherheit – kurz AG AMTS.

Zwei der drei Leiter der AG AMTS: (v.l.) Frank Ladendorf und Andreas Rehermann (der Dritte im Bunde ist Dr. Daniel Diekmann, der beim Fototermin leider verhindert war)

Die bvitg-Arbeitsgruppe AMTS betrachtet das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit aus der Perspektive der IT. Die Arbeit der Arbeitsgruppe soll den Beitrag von Software zur Qualitätsverbesserung der Arzneimitteltherapie hervorheben.

Die Arbeitsgruppe formuliert auch Voraussetzungen für die EDV-basierte Nutzung von Arzneimittelinformationen mit dem Ziel einer Harmonisierung grundlegender Datenformate und Schnittstellen, um Medikationsprozesse im Sinne verbesserter AMTS zu unterstützen. Ebenso stellt die Arbeitsgruppe politische Kontakte zu Ministerien und anderen Verbänden her.

Aktuelle Themenschwerpunkte und Projekte der AG sind:

- Bundeseinheitlicher Medikationsplan gemäß eHealth-Gesetz
- Informationsaustausch für Mitglieder zur Securpharm-Initative („Schutz von gefälschten Arzneimitteln“)
- Vorbereitung einer AMTS-Session im Rahmen der „focus health IT“ auf der conhIT ■

MEHR INFOS UNTER WWW.BVITG.DE

DATEN & FAKTEN

MITGLIEDER: 3M Health Information Systems, Aescudata GmbH, Agfa HealthCare GmbH, CompuGroup Medical Deutschland AG, ID GmbH & Co. KGaA, ifap GmbH, medatixx GmbH & Co. KG, MEIERHOFER AG, MMI GmbH, NEXUS AG, Telekom Healthcare Solutions; **LEITUNG:** Andreas Rehermann (Sprecher), Frank Ladendorf (stellv. Sprecher), Daniel Diekmann (stellv. Sprecher); **BISHERIGE ARBEITSERGEBNISSE:** Beteiligung (Kommentierung) an Spezifikationserstellung zum bundeseinheitlichen Medikationsplan im Rahmen des Aktionsplan AMTS vom BMG, Beteiligung an den Aktivitäten zur Standardisierung, Beteiligung an der Diskussion zur Einführung der Telematikinfrastruktur; **ARBEITSWEISE:** Neben ein bis zwei Präsenztreffen pro Jahr werden in regelmäßigen Abständen und nach Bedarf Telefonkonferenzen durchgeführt. ■

TERMINE

BVITG-REISE ZUR HIMSS 2016 + STUDIENPROGRAMM IN WASHINGTON D.C. **2. – 9. März 2016** **Las Vegas + Washington D.C.** **www.bvitg.de**	Im ersten Teil der Reise erfolgt der Besuch der HIMSS 2016 in Las Vegas mit thematischen Führungen und Hintergrundgesprächen. In Washington wird dann das Studienprogramm umgesetzt. Dieses wird, wie gewohnt, mit Workshops, Hintergrundgesprächen, Networking-Events und Besuchen diverser Einrichtungen gefüllt sein.
INTEROPERABILITÄTS-FORUM **7. / 8. März 2016** **Berlin** **www.interoperabilitäts-forum.de**	Auf den ersten Treffen des Interoperabilitätsforums 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.
INTEROPERABILITÄTSKONGRESS BEIM IHE-CONNECTATHON **13./14. April 2016** **Bochum** **www.ihe-d.de/connectathon**	Von Interoperabilität aus politischer Sicht, über Interoperabilität in europäischen Projekten, bis hin zu konkreten Nutzererfahrungen – Strategien und Entwicklungen auf europäischer Ebene stehen beim „Joint European Symposium“ im Fokus. Es referieren Vertreterinnen und Vertreter aus der Politik, Selbstverwaltung sowie Anwender und Industrie über ihre Ansätze zur Schaffung von Interoperabilität. Seien Sie dabei, wenn die Weichen für Interoperabilität in Deutschland gestellt werden!
CONHIT 2016 **19. – 21. April 2016** **Berlin, Messe Süd** **www.conhit.de**	Der große Branchentreff des Jahres 2016 nimmt mehr und mehr Gestalt an. Das Programm ist mittlerweile erschienen und die Vorbereitungen laufen auf vollen Touren.

VERSICHERTE BRAUCHEN DIGITAL HEALTH LITERACY

Die Techniker Krankenkasse richtete ein interaktives InnovationsCafé auf dem BMC-Kongress 2016 aus. Im Fokus standen dabei die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Gesellschaft.

Die Digitalisierung verändert unsere Gesellschaft. Von welchen Innovationen können wir profitieren? Wie meistern wir Anforderungen an Technik und Umgang mit Daten? Zu diesen Fragen lud Dr. Susanne Klein, Techniker Krankenkasse (TK), Besucher des BMC-Jahreskongresses 2016 in das InnovationsCafé ein.

BMC
Bundesverband Managed Care e.V.

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

Einige hatten sich bei Kongressbeginn ein sogenanntes „Wearable" in Form einer hochwertigen Fitnessuhr ausgeliehen. Nach einer Einführung teilten Klein und ein weiterer Teilnehmer ihre Daten in der InnovationsCafé-Community. Keine Selbstverständlichkeit und etwas ganz anderes, als Daten im Netz anonym zu teilen!

Diese konkrete Erfahrung lieferte den Impuls für die anschließende Diskussion: Was bedeutet es, Daten zu teilen, Daten zu schützen und Daten zu nutzen – aus Sicht der Wissenschaft, der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Pharmahersteller und auch aus Sicht der Bürger?

Reihum präsentieren die Themenverantwortlichen anhand der Mitschrift auf der Tischdecke ihre „message to take home".

Dr. Susanne Klein, Leiterin Versorgungsmanagement-Entwicklung bei der Techniker Krankenkasse, erläutert den Teilnehmern das World-Café-Format: je Tisch eine Perspektive, nach jeder Runde ein Perspektivwechsel.

Therapiebegleitende Apps könnten Compliance fördern – dafür können die Daten entweder beim Patienten bleiben oder im Arzt-Patienten-Kontakt genutzt werden –, so hieß es am Tisch der Pharmaindustrie. Aber Daten können auch helfen, Diskussionen zu versachlichen. Wissenschaftliche Auswertungen von anonymisierten Daten könnten klassische Arzneimittelstudien sinnvoll ergänzen und einen Beitrag zur Diskussion über die Chancen der Digitalisierung leisten. Deutlich wurde aber auch, dass die Antwort auf die Frage, welche Daten genau welchen Nutzen oder Erkenntnisgewinn bringen (sollen), oft nicht klar ist. Genau darin aber liegt ein Schlüssel für die Balance zwischen Datenschutz und Nutzengewinn für die Patienten.

Eine Verankerung der persönlichen Einwilligung zur Datennutzung in den AGB, an die auch Auflagen für digitale Anwendungen geknüpft werden können, wurde aus Sicht der Wissenschaft gefordert – auch mit dem Ziel, bei Menschen über einen individuellen Nutzen hinaus altruistische Motive zu aktivieren und Daten für den gesellschaftlichen Erkenntniszugewinn bereitzustellen. Dafür braucht es „Digital Health Literacy" – so die Bürger-Sicht. Freiwilligkeit und Mündigkeit im Umgang mit dem Thema Daten ist von zentraler Bedeutung. Digitale Angebote könnten genau das fördern, wenn die Konzepte transparent sind und der Nutzen erfahrbar ist, zum Beispiel durch Benchmarks in relevanten Vergleichsgruppen. Krankenkassen sollten vor allem berücksichtigen, dass es ganz verschiedene Einstellungen – von Sorglosigkeit über Skepsis bis hin zu Ängsten – zum Umgang mit Daten gibt, wenn sie versuchen wollen, Potenziale digitaler Anwendungen nicht nur für die Fitnessförderung, sondern auch für besseres Selbstmanagement von Chronikern zu erschließen.

Am Tisch der Ärzteschaft waren Chancen für mehr Evidenz aus digital gewonnenen Daten sowie die – noch zu erreichende – erforderliche Kompetenz im Umgang damit bei Arzt und Patient Schwerpunkt. Wichtig sei darüber hinaus die praktische Abbildbarkeit im Praxisalltag, angefangen von technischen Schnittstellen zwischen Patienten- und Praxis-Anwendung über die Abrechnungsmöglichkeit eines digital erweiterten Behandlungsauftrags bis hin zur Vermeidung von Fehleinschätzungen wegen mangelnden Kontextinformationen.

Fazit: Das interaktive Format des Forums hat den Teilnehmern nicht nur gut gefallen, sondern ermöglicht, das Thema Digitalisierung gleichzeitig breit und dennoch praxisnah zu bearbeiten.

2016 FEIERT DER KH-IT 20-JÄHRIGES JUBILÄUM

Das neue Jahr 2016 steht für den KH-IT unter besonderen Vorzeichen: Der Bundesverband feiert sein 20-jähriges Jubiläum. In der ersten Jahreshälfte bietet er wieder viele spannende Veranstaltungen.

Wir wünschen allen Mitgliedern, Freunden und Partnern des KH-IT ein gesundes und glückliches Jahr 2016. Für den Verband steht der erste große Erfolg bereits fest: Er feiert 2016 sein 20-jähriges erfolgreiches Arbeiten seit der Gründung 1996. In dieser Ausgabe geben wir einen kurzen Ausblick auf das kommende erste Halbjahr.

Die Frühjahrstagung des KH-IT widmet sich unter anderem dem Thema eHealth-Gesetz und Wirkungen – oder auch nicht – auf die Krankenhäuser sowie dem Thema Interoperabilität. Viele haben die Hoffnung ja noch nicht aufgegeben, dass sich Telematik und Interoperabilität zum Nutzen aller Gesundheitsversorger erfolgreich zusammenfinden. Im Fokus wird die kritische Würdigung des verabschiedeten Gesetzeswerkes stehen und dessen Wirkungen in der Krankenhauslandschaft. Die sich daraus ableitenden flankierenden Themen werden ebenfalls aufgenommen.

Die Vortragsreihe „Health-IT-Talk" für die Region Berlin-Brandenburg wird 2016 in der bestehenden Kooperation KH-IT/BVMI/SIBB fortgeführt und eröffnet im Februar mit dem Interoperabilitätsthema IHE.

Ebenfalls im Februar startet das erfolgreiche Rechtsseminar des KH-IT ins neue Jahr und fokussiert auf die aktuellen Gesetzesänderungen zum IT-Sicherheitsgesetz, eHealth-Gesetz sowie der EU-Datenschutzverordnung. Ebenfalls betrachtet werden Fragen rund um das Patientenentertainment im Kontext der Vorratsdatenspeicherung. Zwei Workshops runden das kompakte Programm ab.

Im Rahmen der conhIT 2016 (19. – 21.4.) in Berlin werden sich verschiedene Veranstaltungen (Kongress, Networking) unter Beteiligung des KH-IT mit KRITIS, ITSiG und anderen Themen beschäftigen. Nutzen Sie die Gelegenheit, aktuelle Themen in Live-Veranstaltungen und Diskussionen zu verfolgen.

Termine und Anmeldemöglichkeiten finden Sie mit Vorlauf auf die Veranstaltungen auf der Website des KH-IT, in der XING-Gruppe des Verbandes oder lassen Sie sich für einen Newsletter (nur Health-IT-Talk) eintragen. Siehe Kontaktdaten.

Veranstaltungstermine 2016
08.02.2016
Health-IT-Talk Berlin-Brandenburg zum Thema IHE
08.02.2016
Digitale Gesundheit IT im Krankenhaus, URANIA Berlin
16.02. – 17.02.2016
Rechtsseminar: Compliance in der Krankenhaus-IT
14.03.2016
Health-IT-Talk Berlin-Brandenburg
06.04. – 07.04.2016
Frühjahrstagung in Leipzig
11.04.2016
Health-IT-Talk Berlin-Brandenburg
21.04.2016
conhIT-Networking: 13-14 h AK Benchmarking Anwenderzufriedenheit
21.09. – 22.09.2015
Herbsttagung in Kassel – 20 Jahre Bundesverband KH-IT

Regionalveranstaltungen
– in Baden-Württemberg (nach Ankündigung)
Alle Termine und Inhalte auf der Website des KH-IT und der XING-Gruppe.

Der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V., kurz KH-IT, ist der führende Berufsverband der Krankenhaus-IT-Führungskräfte.

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

2016 feiert der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V. sein 20-jähriges Jubiläum.

FOTOS: LINKS: BMC; RECHTS: VECTORLIA – FOTOLIA

FERNBEHANDLUNG ERLÄUTERT

In dem von der Bundesärztekammer veröffentlichten Papier zum sogenannten Fernbehandlungsverbot sieht die DGTelemed einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Patientenversorgung.

Die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin begrüßt das im Dezember veröffentlichte Papier zum sogenannten Fernbehandlungsverbot. Damit liegt erstmalig eine Erläuterung aus Sicht der deutschen Ärzteschaft zu § 7 Absatz 4 MBO-Ä vor. Die Bundesärztekammer hat Hinweise und Erläuterungen zur Fernbehandlung (§ 7 Absatz 4 der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä) veröffentlicht. Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Einsatzes telemedizinischer Methoden in der Patientenversorgung wird in dem Papier der Passus zur Fernbehandlung detailliert erläutert und ausgelegt. „Ärztinnen und Ärzte können sich hier informieren, welche telemedizinischen Versorgungsmodelle mit der aktuellen Berufsordnung für Ärzte vereinbar sind“, so Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender der Projektgruppe der Bundesärztekammer, die die Erläuterungen gemeinsam mit Juristen und Telemedizin-Experten erarbeitet hat. „Die Hinweise und Erläuterungen zeigen, dass ein sehr weites Spektrum telemedizinischer Versorgung mit der Berufsordnung vereinbar ist.“

In der Veröffentlichung werden die Voraussetzungen des § 7 Absatz 4 MBO-Ä und der Regelungszweck erläutert sowie die Auslegung der Norm anhand telemedizinischer Versorgungsmodelle dargestellt. Die Modelle wurden von der Arbeitsgruppe Telemedizin der Bundesärztekammer erarbeitet und beschreiben schematisch unterschiedliche Gruppen telemedizinischer Methoden in der Patientenversorgung. Das Dokument bietet einen Überblick über die rechtlich zulässigen und unzulässigen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten nach § 7 Absatz 4 MBO-Ä. Abgestimmt wurden die Hinweise und Erläuterungen mit dem für die Auslegung der (Muster-)Berufsordnung zuständigen Ausschuss in der Bundesärztekammer. Die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin hatte in den vergangenen Jahren mehrmals eine Liberalisierung der Fernbehandlung angemahnt, denn neue Technologien ermöglichen auch neue Formen der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Die Anwendung digitaler medizinischer Leistungen wird die Patientenversorgung nachhaltig verbessern.

WOLFGANG LOOS, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der DGTelemed

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

AUSBLICK 2016

Die DGTelemed wird im Jahr 2016 bewährte Veranstaltungen fortsetzen und neue Formate einführen:

Juni
5. Frühjahrstagung, Düsseldorf
September
4. Bad Kissinger Telemedizinkongress und 6. Telemedizin-Fachtagung Bayern, Bad Kissingen
Oktober
Fachtagung Telemedizin, Mainz
November
6. Nationaler Fachkongress Telemedizin, Berlin

Veranstaltungstermine werden zeitnah veröffentlicht. Darüber hinaus wird die DGTelemed an weiteren Veranstaltungen als Partner beteiligt sein.

PATIENTENVERSORGUNG DEUTLICH VERBESSERN

Der neue Expertenbericht „Biomedizinische Technik" der DGBMT im VDE zeigt, wo wesentliche Innovationsfelder liegen und wie deren Potenzial für eine bessere Versorgung voll erschlossen werden kann.

Schonendere Operationen durch intelligente Eingriffe, bessere Patientenbetreuung durch smartes medizinisches Monitoring, höhere Lebensqualität durch innovative Implantate: Die Biomedizintechnik entwickelt sich in schnellem Tempo weiter und schafft die Grundlage für optimierte Medizinprodukte und eine präzisere Medizin. Umso wichtiger ist, neue Technologien so schnell wie möglich nutzbar zu machen. Wo die wesentlichen Innovationsfelder liegen, wie deren Potenzial voll erschlossen und wie damit die Patientenversorgung deutlich verbessert werden kann, zeigt der neue Expertenbericht „Biomedizinische Technik" der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE. In dem Kompendium, das in Kooperation mit dem Themennetzwerk Gesundheitstechnologien der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften (acatech) entstand, geben 58 namhafte ExpertInnen einen detaillierten Einblick in aktuelle Forschungsfragen und Herausforderungen der Biomedizintechnik. Die größten Innovationspotenziale sehen die Experten bei modernen OP-Verfahren, in der konsequenten Digitalisierung der Patientenversorgung und bei Hightech-Implantaten.

Um den technologischen Fortschritt schneller für die Patienten nutzbar zu machen, fordern die Experten eine Reihe von Maßnahmen. Es bedürfe innovations- und kooperationsfreundlicher Rahmenbedingungen und aufeinander abgestimmte Ausbildungsgänge und Anreizsysteme.

Hinter dem kompakten Begriff „integrierte Intervention" verbirgt sich der Ansatz, Patienteninformationen, Diagnostik und Assistenztechnologien bei Operationen konsequent miteinander zu verknüpfen. Hierbei können Eingriffe mittels dreidimensionaler Patientenmodelle präzise geplant und begleitet werden. Intraoperative, bildgebende Diagnoseverfahren navigieren den Chirurg durch den Eingriff, insbesondere bei anspruchsvollen anatomischen Verhältnissen. Die Verwendung (teil)autonomer Assistenzsysteme oder minimalinvasiver OP-Techniken erlaubt schonende und damit nebenwirkungsarme Eingriffe. Allerdings gibt es noch erheblichen Forschungs- und Entwicklungsbedarf, beispielsweise bei der exakten intraoperativen Differenzierung von pathologischem Gewebe.

Die gesamte medizinische Patientenversorgung wird gegenwärtig digitalisiert. Ein zentraler Ansatzpunkt ist das medizinische Monitoring von Patienten, dessen Leistungsfähigkeit durch verbesserte Biosignalverarbeitung, Softwarealgorithmen und Computerhardware stetig zunimmt. Neue Patientenmodelle werden Diagnosen und Therapieentscheidungen schneller und sicherer machen. Die Nutzung der in immer größerem Umfang erzeugten Daten („Big Data") muss aber hinsichtlich Datensicherheit und medizinischem Nutzen sorgfältig abgewogen werden.

Innovative Implantate werden indes immer wichtiger. Das ultimative Ziel der Bioimplantatforschung ist der regenerative Ersatz von Organen oder Geweben. Die Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten bei den „elektrischen" Implantaten zielen neben neuen Einsatzmöglichkeiten vor allem auf Langzeitstabilität und Implantatvernetzung ab. Allerdings gehören Implantate zu den anspruchsvollsten Medizinprodukten überhaupt. Hier besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf, um das therapeutische Potenzial vollständig zu erschließen.

Der Expertenbericht Biomedizinische Technik kann unter www.vde.com/infocenter kostenlos heruntergeladen werden.

DGBMT im VDE
Dr. Cord Schlötelburg
Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE
Stresemannallee 15
60596 Frankfurt
Tel.: +49 69 6308-208
Mail: cord.schloetelburg@vde.com
www.vde.com/dgbmt

EU-DATENSCHUTZ-GRUNDVERORD-NUNG

Am 15. Dezember 2015 wurde im sogenannten Trilog-Verfahren, das von Mitgliedern der Kommission, des Rates und des Parlamentes geführt wurde, ein finaler Text der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DS-GVO) erarbeitet. Die TMF hat den Text, für den keine weitreichenden Änderungen mehr durch das Parlament erwartet werden, geprüft und am 23. Dezember 2015 eine vorläufige Einschätzung darüber abgegeben, welche Auswirkungen die Regelungen im Bereich der (bio)-medizinischen Forschung voraussichtlich haben werden. Die gesamte Tragweite aller Änderungen konnte allerdings in der Kürze der Zeit nicht im Detail analysiert werden.

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

Grundsätzlich hat die erste Prüfung ergeben, dass die medizinische Forschung mit der Verordnung in der aktuellen Form recht gut arbeiten können wird. Der aufgrund verschiedener Entwurfsfassungen befürchtete Schaden für die biomedizinische Forschung scheint nicht einzutreten. Allerdings sind durch die EU-DSGVO auch keine nennenswerten Harmonisierungen oder Erleichterungen im Umgang mit personenbezogenen Daten in der medizinischen Forschung zu erwarten.

2014 hatte die TMF gemeinsam mit dem KKS-Netzwerk, mitgezeichnet und unterstützt von Wissenschaftsorganisationen in Deutschland, eine ausführliche Stellungnahme zum derzeitigen Entwurf der Verordnung veröffentlicht.

Ansicht und Download des Infobriefs unter: www.tmf-ev.de/News/Stellungnahmen

TMF-TERMINE 2016

TMF-Tutorials
15. März 2016 in Oldenburg
Themen: Datenschutz, eArchivierung, OpenClinica

8. TMF-Jahreskongress
16./17. März 2016 in Oldenburg
Themen: Qualität und Effizienz medizinischer Forschung, E-Health, GCP und IT, Medizinprodukte, Terminologien und Standards, Archivierung von Forschungsdaten und Kohorten.

ISBER 2016 – National Biobanking Day
5. April 2016 im Rahmen der ISBER-Tagung in Berlin (5.–8. April 2016)

TMF School
20.–22. Juni 2016 in Fulda
Schwerpunktthema: IT-Unterstützung und Qualitätsmanagement

TELEMED
4./5. Juli 2016 in Berlin
Thema: E-Health-Rahmenbedingungen im europäischen Vergleich: Strategien, Gesetzgebung, Umsetzung

Alle TMF-Termine unter: www.tmf-ev.de/Termine.

SEKUNDÄRNUTZUNG KLINISCHER DATEN

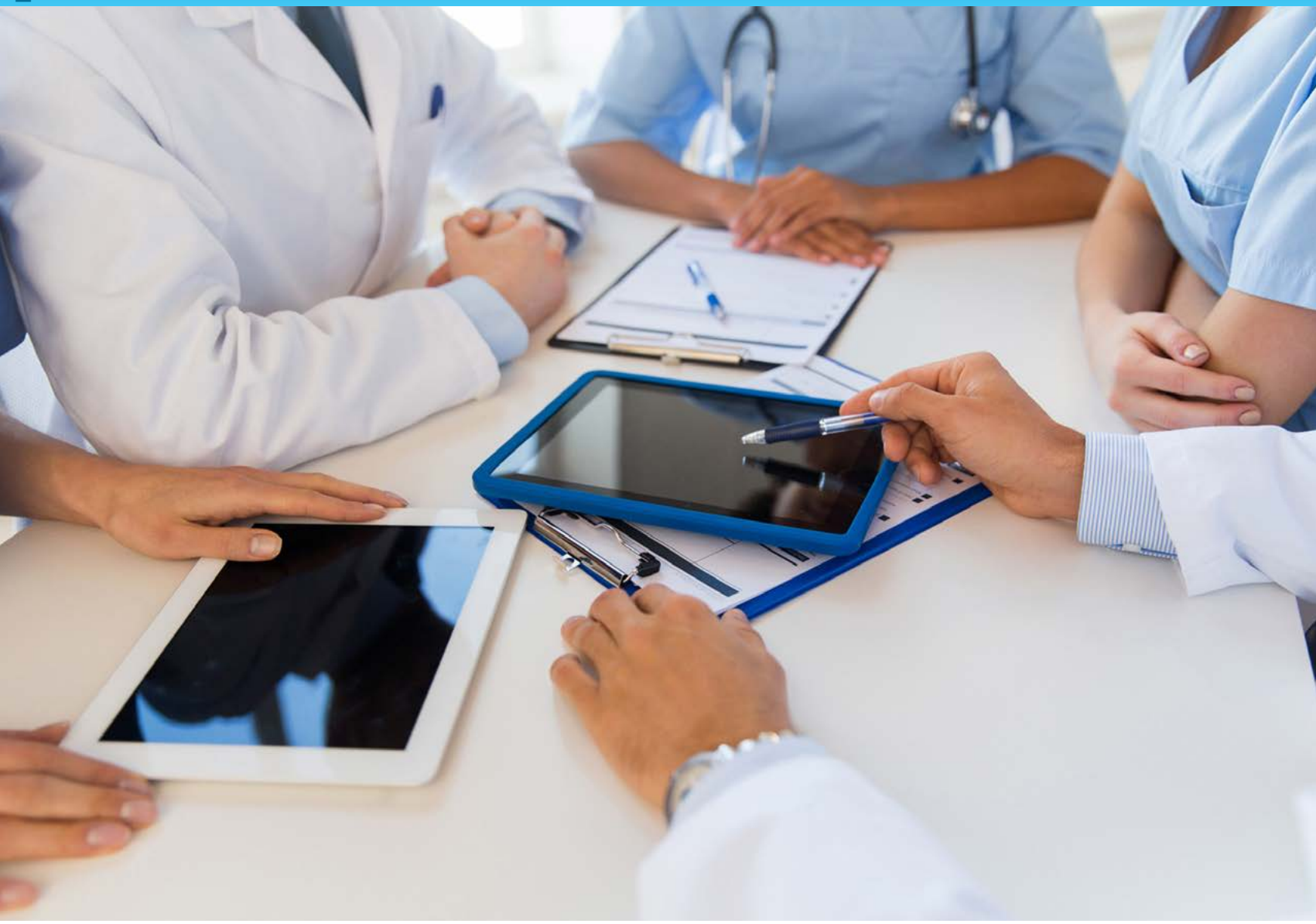
Forschung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen greifen immer häufiger auf klinische Daten aus dem Behandlungskontext zurück. Die Rechtslage für die Sekundärnutzung klinischer Daten ist in Deutschland allerdings sehr komplex und kann sich je nach Sitz und Art der behandelnden Einrichtung sowie Zweck der Datennutzung deutlich unterscheiden. Die TMF hat jetzt ein Online-Tool bereitgestellt, mit dem Forscher und Krankenhausbetreiber sich schnell darüber orientieren können, welche rechtlichen Grundlagen in ihrem speziellen Fall einschlägig sind.

Das Tool basiert auf einem Rechtsgutachten, das die TMF kürzlich in ihrer Schriftenreihe veröffentlicht hat. Das Buch bietet erstmals eine detaillierte Übersicht über die spezifischen rechtlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern und berücksichtigt auch die jeweils unterschiedliche Trägerschaft und Rechtsform der behandelnden Institution. Auch übergreifende Fragen, wie beispielsweise die nach der datenschutzrechtlichen Bewertung pseudonymer Daten, werden verständlich beantwortet. Per Filterfunktion nach Bundesland, Art der Einrichtung und Zweckbestimmung der Datennutzung listet das Online-Tool das jeweils anwendbare Datenschutzrecht und verweist für eine Vertiefung auf die entsprechende Seite im Rechtsgutachten.

Weitere Informationen: www.tmf-ev.de/irene

EHEALTHCOMPASS

Frühjahr 2016



DAS VERNETZTE KRANKENHAUS

Ressourcenplanung mit der Krankenhausleitwarte ·
OR.NET: Integration und Vernetzung von Medizintechnik im OP ·
Risikomanagement mit CIRS · Digitale Prozesse via App

EHEALTHCOM

RESSOURCEN IM BLICK MIT DER KRANKENHAUSLEITWARTE

Wissenschaftler des Fraunhofer ISST entwickeln eine Lösung, die das Wissen über alle wichtigen Informationen im Krankenhaus intelligent bündelt: die Krankenhausleitwarte. Im Fokus steht eine verbesserte Ressourcenplanung – vom Personal über Raumplanung und Medizintechnik bis zu Materialien.

TEXT: WOLFGANG DEITERS

Zur Patientenbehandlung in einem Krankenhaus wird eine Vielzahl verschiedener Ressourcen benötigt: Die wichtigste und sicherlich auch teuerste Ressource ist das Personal – und zwar nicht nur die medizinischen und pflegerischen Mitarbeiter. Auch das Personal aus der Verwaltung, Technik und Medizintechnik sowie dem Service ist für das Funktionieren des komplexen Systems Krankenhaus unabdingbar. Weitere wichtige Ressourcen im Klinikbetrieb stellen daneben diverse Gerätschaften und Medizintechnik, räumliche Ressourcen wie OP-Räume, Intensivstation oder Funktionsräume sowie Materialien wie zum Beispiel Implantate und Medikalprodukte dar.

Viele dieser Materialien werden im Krankenhaus grundsätzlich vorgehalten, jedoch nicht ständig benutzt. Weil der tatsächliche Verbrauch der Utensilien nur schwer lange im Voraus geplant werden kann, verfällt immer wieder ein Teil des bevorrateten Materials. Es muss dann entsorgt werden.

Um diesen Missstand lösen zu können, müsste der tatsächliche Verbrauch besser geplant werden. Eine optimierte Lagerhaltung ist dabei schon aus rein finanziellen Gesichtspunkten sinnvoll: Der Lagerbestand der einzelnen Materialien sollte im Idealfall so gering wie möglich gehalten werden, ohne jedoch eine Unterbrechung des laufenden Betriebs durch unvorhergesehene Ereignisse zu riskieren oder aber teure Direktbestellungen tätigen zu müssen. In Bezug auf teures Equipment oder vorgehaltene Infrastruktur wie OP- oder Intensivkapazitäten muss eine kontinuierliche Auslastung gewährleistet sein, um eine Refinanzierung des Investitionsaufwands sicherzustellen.

Auch für den Einsatz der personellen Ressourcen ist eine bessere Planbarkeit von Vorteil für den laufenden Betrieb. So wird etwa bei einer Vielzahl von pflegebedürftigen Patienten auf einer Station oder vielen anstehenden Operationen mehr pflegerisches Personal benötigt als bei nur leicht pflegebedürftigen Fällen und unkritischen Untersuchungen.

Die Vogelperspektive fehlt

Das Wissen über alle zeitnah benötigten Ressourcen fehlt in den meisten Krankenhäusern jedoch völlig. Jeder Ressourcenverantwortliche richtet oft nur den Blick auf seine eigenen Verantwortlichkeiten. Am Gesamtüberblick im Sinne einer Vogelperspektive mangelt es. Gerade weil keine vorausschauende Planung der Patientenbehandlung umgesetzt wird, scheitert auch eine vernünftige Ressourcenplanung. Denn jeder Behandlungsschritt bedarf ganz bestimmter Ressourcen – vom durchführenden Arzt oder Pfleger bis hin zum geeigneten Behandlungsraum und den richtigen Materialien wie OP-Besteck oder Medikamenten.

Dabei wäre es gar nicht so schwierig, das benötigte Wissen für eine solche Planung bereitzustellen. Als hilfreiche Unterstützung dafür eignet sich ein technisches System, welches mithilfe von Algorithmen zum Beispiel für eine optimierte Raumauslastung sorgt, Materialbedarfe feststellt und wichtige Informationen zu geplanten Terminen an das Klinikpersonal weitergibt – also quasi die Vogelperspektive einnimmt und alles Wichtige im Blick behält. Ein solches System übernimmt auf diese Weise notwendige Abstimmungsprozesse, die normalerweise zeitaufwendig und kostenintensiv sind, da sie Personalressourcen binden und auch zur Mitarbeiterunzufriedenheit beitragen.

Informationen intelligent bündeln

Wissenschaftler des Fraunhofer ISST entwickeln derzeit eine solche Lösung: die Krankenhausleitwarte. Sie bündelt das Wissen über alle wichtigen Informationen im Krankenhaus und stellt es dem Personal zur Verfügung. Eine verbesserte Ressourcenplanung durch eine technische Unterstützung gelingt jedoch nur, wenn Mitarbeiter nicht unnötig mit Informationen versorgt werden. Irrelevante Daten im Sinne eines „information overload“ müssen ausgeblendet werden. So möchte eine Pflegekraft auf der Station beispielsweise nicht wissen, wie gut das Röntgengerät ausgelastet ist, sondern nur, wann der nächste Patient zur radiologischen Untersuchung angemeldet ist und welche Vorbereitungen dafür noch zu treffen sind. Die Auslastungsinformation ist wiederum für den Finanzcontroller interessant – oder auch für den Techniker, der möglicherweise anstehende Wartungsschritte organisieren muss.

Die Krankenhausleitwarte besteht deshalb aus mehreren Modulen, die alleine, aber auch mit weiteren hausinternen Systemen interagieren und Informationen auf einer Art Dashboard je nach Anwendertyp sinnvoll zusammenstellen. Auf diese Weise erhält jeder Mitarbeiter genau die – und nur die – Information, die er für einen reibungslosen Ablauf seiner Tätigkeit im Klinikalltag benötigt. Die komplexen Vorgänge im Krankenhaus werden so für den einzelnen Akteur transparenter und überschaubarer.

Auf Akteursgruppen zugeschnitten: Die Module der Leitwarte

Die Krankenhausleitwarte des Fraunhofer ISST hilft dabei, Ressourcen besser zu planen und auf diese Weise die Abläufe im Klinikalltag zu optimieren. Damit alle Akteure im Krankenhaus von der Leitwarte profitieren können, ohne in einer Informationsflut unterzugehen, wird die Komplexität des Systems durch einzelne Module reduziert und separiert. Sie sind als lernende, sich weiterentwickelnde Systeme konzipiert, die eine Echtzeit-Überwachung ermöglichen und die Zusammenhänge zwischen Ressourcen, Auswirkungen auf die Kosten und die Tätigkeiten des Einzelnen verstehen.

Folgende Module sollen die Informationsbedarfe der einzelnen Akteurs- >

FOTO (S. 71): SYDA PRODUCTIONS - FOTOLIA GRAFIK: FRAUNHOFER ISST

gruppen im Krankenhaus bedienen: Care Plan Cockpit, Cost & Revenue Cockpit, Task Manager, Hospital Ressource Manager und Transparenzserver. Erst die Komposition dieser Module ermöglicht die gewünschte Echtzeit-Ressourcensteuerung sowie eine optimale Transparenz des gesamten Klinikbetriebs. Jedes Modul kann aber auch schon einzeln eingesetzt einen bedeutenden Mehrwert in der jeweiligen Fachabteilung bieten.

Transparenzserver: Das Fundament der Leitwarte

Der Transparenzserver bildet das Fundament der diversen Module der Leitwarte. Viele Informationen, die im Rahmen des Leitwarten-Projektes benötigt werden, sind bereits in diversen IT-Systemen des Krankenhauses vorhanden: Die Aufnahme eines Patienten ist durch das Anlegen seines Falles im Krankenhausinformationssystem (KIS) terminiert, die Dokumentation eines CTs wird im Radiologieinformationssystem (RIS) abgeschlossen. Doch oft mangelt es an der Kommunikation zwischen den Systemen, sodass keine Zusammenhänge hergestellt und daraus Konsequenzen gezogen werden könnten. Der Transparenzserver übernimmt diese Kommunikation. Er dient als Schnittstelle zwischen den existierenden Systemen des Krankenhauses sowie den Elementen der Leitwarte des Fraunhofer ISST.

Care Plan Cockpit: Der individuelle Pfad des Patienten

Das Care Plan Cockpit ermöglicht eine anwendergerechte Modellierung von individuellen Behandlungsplänen für den Patienten. Dabei kann der Anwender auf bereits vordefinierte Maßnahmen zurückgreifen und diese per „Drag & Drop“ in den Behandlungspfad des Patienten einfügen. Für jede Maßnahme können die benötigten Ressourcen wie Personal, Räume und Materialien bereits mitgeplant werden. Berücksichtigt werden auch die einer Maßnahme vor- und nachgelagerten Schritte. So sind Transportzeiten, besondere pflegerische Maßnahmen nach einer Operation, zum Beispiel nach einer Herzkatheteruntersuchung, bereits fest eingeplant. Dadurch erhält der Anwender eine maximale Übersicht mit minimalem Aufwand pro Fall.

Das Care Plan Cockpit kann zu Beginn als eigenständiges Modul genutzt werden. Eine Anbindung an die weiteren Module bringt jedoch einen klaren Mehrwert. So wird durch die Verbindung mit dem Task Manager etwa automatisch eine Aufgabe für die Pflegekraft generiert, wenn eine Maßnahme neu geplant wird, der eine pflegerische Tätigkeit wie eine Rasur vorausgeht. Dabei werden zeitliche Abhängigkeiten und Qualifikationsgrade (wer darf was?) berücksichtigt.

Cost & Revenue Cockpit: Die Kosten im Blick behalten

Wenn alle Behandlungsmaßnahmen im Care Plan Cockpit eingetragen sind, was liegt da näher, als diese auch für eine Kalkulation der Kosten auf Basis der eingeplanten Ressourcen zu verwenden? Mit dem Cost & Renvenue Cockpit können jeder Maßnahme direkt die jeweiligen Kosten zugeordnet werden. So kann in Echtzeit ein Abgleich zur DRG (Diagnosis Related Group) erstellt und der tatsächliche Erlös im Auge behalten werden: Wie viele Kosten sind bereits entstanden, welche Kosten fallen aufgrund der vorab geplanten Maßnahmen für die weiteren Behandlungsschritte noch an und wie hoch ist der erwartete Gewinn? Oder kurz gesagt: Ist es sinnvoller, das CT noch heute durchzuführen, damit der Patient zeitnah entlassen werden kann, oder hat die Untersuchung Zeit bis morgen?

Wie genau die Kosten berechnet werden sollen, kann das Krankenhaus selbst definieren: Von festen Kostensätzen pro Behandlungsschritt bis hin zur genauen Zuordnung von Personenzeiten und Kosten je nach Qualifikationsgrad des Personals und der tatsächlich verwendeten Materialien sind verschiedene Detailgrade möglich. Die Einführung des Moduls ermöglicht dadurch eine verbesserte finanzielle Übersicht über die einzelnen Behandlungsfälle.

Taskmanager: Die Aufgabenplanung besser gestalten

Der Taskmanager ermöglicht eine verbesserte Aufgabenplanung verbunden mit klaren Zuordnungen, um zeitaufwendige Abstimmungsprozesse zu vermeiden. Mit dem separaten Modul können Aufgaben direkt erstellt und Personen oder Personengruppen zugewiesen werden. Eine automatisch generierte Erinnerung verhindert, dass Aufgaben vergessen und Abläufe gestört werden.

Weitere Vorteile bringt jedoch erst eine Anbindung an das Care Plan Cockpit mit sich. Sind durch die modellierten Behandlungspfade die Vorgänge auf den verschiedenen Stationen bekannt, können viele der Nebenprozesse direkt und automatisiert in Form von Aufgaben für das Personal abgebildet werden: Der Transportauftrag, der direkt auf dem mobilen Endgerät erscheint, oder der Hinweis auf die nächste Umlagerung des immobilen Patienten: Eine situationsangepasste Erinnerung oder Auflistung in Form einer To-do-Liste vereinfacht die Situation für den Anwender. Wichtig ist hierbei aber auch, dass die Realität auf der Station abgebildet werden kann: Die gesammelte Übergabe von Aufgaben am Ende der Schicht muss genauso einfach umzusetzen sein wie das Delegieren einzelner Aufgaben an die Kollegen oder das Ablehnen einer Aufgabe, wenn einfach keine Kapazitäten mehr verfügbar sind. Dass auch nicht pflegerelevante Kleinigkeiten wie eine defekte Glühbirne direkt vom mobilen Gerät mit wenigen Klicks als Aufgabe an die Technik gemeldet werden können und nicht mehr im allgemeinen Stress verloren gehen, entspannt die Lage auf der Station zusätzlich.

GRAFIK: FRAUNHOFER ISST

Hospital Ressource Manager: Die Gerätenutzung vereinfachen

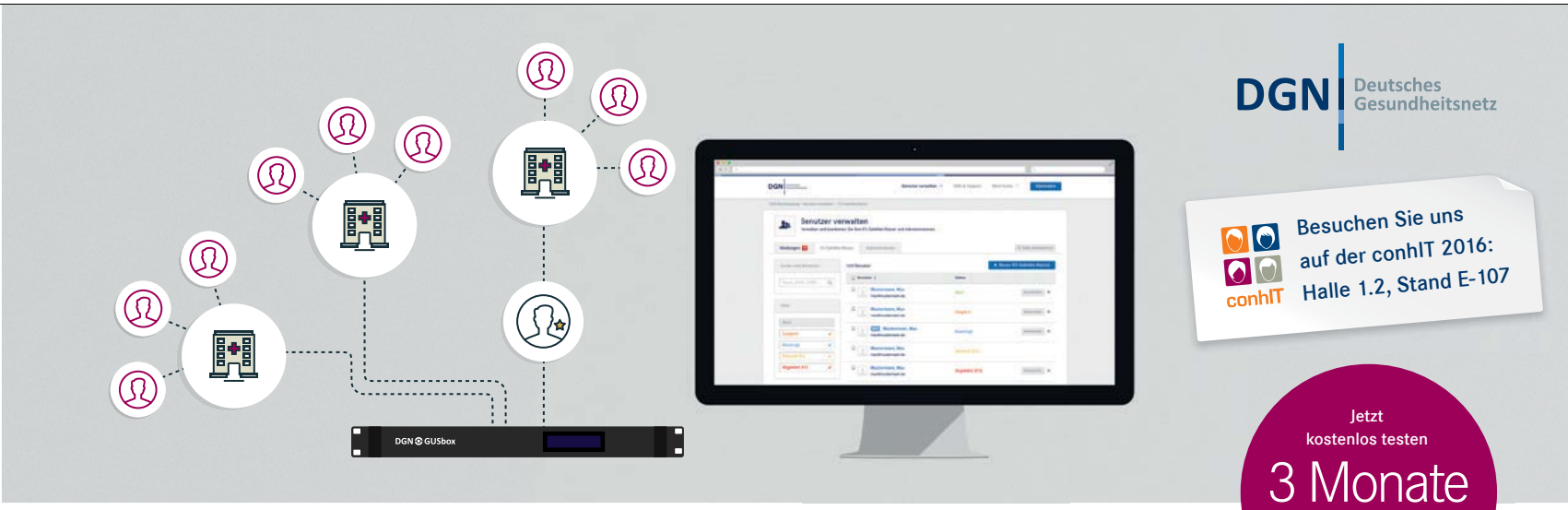
Zu einer effizienten Patientenversorgung gehört auch, dass die Pflegekraft zum Beispiel die benötigte Vakuumpumpe nicht erst suchen und dafür bei mehreren Stationen nachfragen muss. Der Verleih von Geräten zwischen benachbarten Stationen ist gelebte Realität, aber wird in der Regel nicht dokumentiert. Dabei hilft ein gutes Ressourcenmanagement an vielen Stellen: Die Pflegekraft kann am Stations-PC oder mit ihrem mobilen Endgerät direkt sehen, auf welcher Station sich ein Gerät befindet und in welchem Status es ist: einsetzbar, defekt oder zum Beispiel in Wartung. Eine Ausrüstung mit Barcodes an den Geräten ermöglicht den situationsbezogenen Zugriff auf relevante Gerätedaten: Die Pflegekraft scannt und kann das Gerät mit einem Klick als defekt oder verliehen melden oder aber einen Blick auf die Kurzanleitung werfen. Der Techniker kann auf dieselbe Weise ein Gerät für den Wartungsprozess außer Betrieb nehmen oder die technischen Daten einsehen. Dass auch die Medizintechnik davon profitiert, zu wissen, wo die Geräte sich in der Regel befinden – zum Beispiel um eine Neuverteilung auf die einzelnen Stationen oder Neubeschaffungen bei erkannten Engpässen anzustoßen –, versteht sich von selbst.

Mehr Zeit für Kernaufgaben

Ob Krankenpfleger, Mediziner, Techniker, Logistiker oder Verwaltungsangestellter – die einzelnen Module der Leitwarte sind in der Lage, die jeweiligen Informationsbedarfe des Personals sinnvoll abzudecken. Dargestellt werden die relevanten Daten auf übersichtlichen Dashboards, die Informationen in Echtzeit zur Verfügung stellen. Die Krankenhausleitwarte hat dabei nicht das Ziel, sämtliche Prozesse im Krankenhaus zu automatisieren und dabei den Menschen zu vergessen – im Gegenteil: Final geht es darum, jedem Mitarbeiter des Krankenhauses die Unterstützung zukommen zu lassen, die er benötigt, um seine Aufgabe bestmöglich zu erfüllen – und ihm unnötigen, zeitraubenden Mehraufwand zu ersparen. Denn die Hauptaufgabe eines Krankenhauses liegt letztendlich in der medizinisch und pflegerisch hochwertigen Patientenversorgung. Und die kann mit den Modulen der Leitwarte reibungsloser gelingen. ■

■ **DR. WOLFGANG DEITERS**
ist Director Business Development Digital Health am Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik ISST.
Kontakt:
wolfgang.deiters@isst.fraunhofer.de

ANZEIGE



DGN Deutsches Gesundheitsnetz

conhIT Besuchen Sie uns auf der conhIT 2016: Halle 1.2, Stand E-107

Jetzt kostenlos testen
3 Monate
inkl. Miete, Netzkopplung & KV-SafeNet

Eine flexible KV-SafeNet-Lösung für alle Standorte.

Verwalten Sie KV-SafeNet-Teilnehmer an mehreren Klinik- oder MVZ-Standorten papierlos über unsere komfortable und mandantenfähige Web-Administrationsoberfläche. Ihre registrierten Nutzer versenden Abrechnungen, Arztbriefe und Dokumentationen über D2D, KV-Connect und SafeMail sicher online. Außerdem: Die vorkonfigurierte und für KV-SafeNet sowie Netzkopplung zertifizierte DGN GUSbox 19" im professionellen Rack-Format integriert sich ganz einfach in Ihr Klinik- oder MVZ-Netzwerk – und das zu günstigen Konditionen.

KV Connect · ISO 27001 datenschutz cert · KV-SafeNet zertifizierter Provider

0211 77008-396 · www.dgn.de/19

MEDIZINGERÄTE NAHTLOS KOMMUNIZIEREN LASSEN

Medizingeräte herstellerunabhängig, ohne individuell zu programmierende Schnittstellen zuverlässig in ein klinisches Netzwerk integrieren: Dies könnte bald Realität werden. Im Rahmen des BMBF-geförderten Projekts OR.NET arbeiten seit einigen Jahren Vertreter von Kliniken, Wissenschaft, Industrie und Organisationen an der Integration und Vernetzung von Medizingeräten.

Herr Dr. Schlichting, wie haben sich die Anforderungen an medizinische IT-Netzwerke in den letzten Jahren verändert?

Medizingeräte stellen mehr und mehr Datenschnittstellen bereit und müssen dabei herstellerübergreifend kommunizieren. Dies ist zum einen der Tatsache geschuldet, dass weitaus mehr Informationen in die klinischen IT-Systeme fließen. Zum anderen sind viele Innovationen im Bereich der vernetzten Medizingeräte entstanden. So möchte ein Arzt im OP oder auf der Intensivstation heute alle Patientendaten an einem Gerät abrufen – von Vitaldaten, die gerade am Patienten während der Überwachung erhoben werden, über Labordaten, bis hin zu Anamnese-Informationen. Hierzu müssen die Daten, die in unterschiedlichen Systemen erfasst werden, so konsolidiert werden, dass sie beispielsweise auch am Monitor eines Anästhesiegeräts ausgegeben werden können. Die steigende Anzahl an Geräten mit inkompatiblen Datenschnittstellen erhöht jedoch die Komplexität bei der Entwicklung klinischer Applikationen. Dies erhöht wiederum das Risiko für Störungen beim Betreiben solcher Anwendungen.

Dr. Stefan Schlichting arbeitet bei Dräger an der Entwicklung von Kommunikationsstandards in der Medizintechnik. Im Rahmen einiger Forschungsprojekte hat er die Referenzimplementierung OpenSDC (Open Smart Device Connect) als Open-Source-Software im Team federführend entwickelt. Er kennt die Anforderungen beider Seiten, der Klinikbetreiber und der Hersteller. Darüber hinaus arbeitet er auch am derzeit viel beachteten neuen HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) Standard.

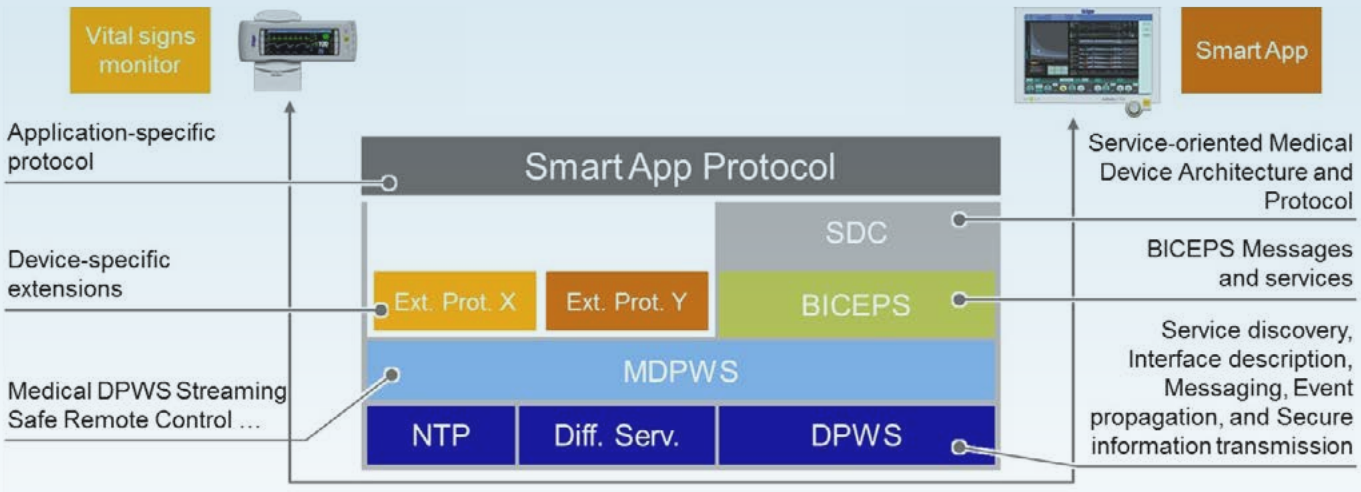
Geht es bei der Vernetzung nur um optimierte Abläufe?

Nein, auch die Patientensicherheit spielt eine wichtige Rolle. Manchmal ist es schwierig, die Relevanz einer Gefährdungssituation aus den Daten nur eines Geräts zu bestimmen. Hier kann eine Applikation, die sich die Daten aus mehreren Geräten zunutze macht, mehr erreichen. Zudem gibt es das Phänomen der „Alarmmüdigkeit“. Geräte geben zu viele nicht relevante Alarme aus, da sie aus ihren eigenen Daten nicht erkennen können, ob eine Situation gerade wirklich gefährlich ist. Im Laufe der Zeit könnte diese Überinformation und die damit verbundene Gewöhnungssituation dazu führen, dass wichtige Alarme zu spät erkannt werden. Dies könnte beispielsweise durch eine Kombination von Geräteinformationen verbessert werden: Die Daten des einen Gerätes könnten zur automatischen Validierung des Alarms eines anderen Gerätes genutzt werden. Um dies zu erreichen, müssten sich aber Daten aus unterschiedlichen Quellen wie beispielsweise den Akutmedizinischen Geräten, aber auch dem LIS (Laborinformationssystem) oder einem PDMS (Patientendatenmanagementsystem) einheitlich zusammenführen lassen. Daran arbeiten wir mit dem neuen Standard.

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang ist das Alarmmanagement. So sollte der Alarm beispielsweise eines Beatmungsgeräts nicht nur im Patientenzimmer vernehmbar, sondern auch auf mobile Endgeräte wie einen Pager oder ein Smartphone übertragbar sein. Vor dem Hintergrund der potenziell zunehmenden Bedrohung durch Epidemien könnte es zudem darum gehen, Patientenzimmer auf Intensivstationen teilweise fernsteuerbar zu machen. Dazu müssten wiederum Komponenten unterschiedlicher Hersteller am Krankenbett nahtlos zusammenspielen.

Für den innerklinischen Datenaustausch stehen bereits bewährte Standards wie HL7 zur Verfügung. Welchen zusätzlichen Nutzen bringt die SDC-Standardfamilie?

Insbesondere die HL7 V2 Standards sind für die Kommunikation von Informationen zwischen unterschiedlichen IT-Systemen in den Bereichen einer Klinik ausgelegt. HL7 kann dabei nicht nur zur Übertragung administrativer Daten, sondern auch für Rohdaten aus Geräten oder aber auch die Alarmkommunikation genutzt werden. Zusätzlich geht es aber auch darum, die Medizingeräte selbst besser untereinander kommunizieren zu lassen und Informationen aus angrenzenden IT-Systemen diesen vernetzten Medizingeräten zur Verfügung zu stellen. Und darin liegt die Pro-



SDC-Protokollstapel (Entwurf) zur IEEE 11073

blematik. Denn bis dato haben sich in diesem Anwendungsbereich noch keine Standards international durchgesetzt. Was wir brauchen, ist sozusagen die Brücke zwischen den Medizingeräten und den etablierten Kommunikationsstandards wie HL7. Dies steht im Fokus des BMBF- Forschungsprojekts OR.NET, zu dem wir unseren Beitrag als assoziierter Partner beisteuern. Aus diesem Grund haben wir auch das im Rahmen des Projekts entwickelte SDC-Protokoll bei der IEEE als Normungsprojekt vorgeschlagen. Diese Webservice-basierte, standardisierte Lösung wird uns dem Ziel der Interoperabilität innerhalb der Kliniknetzwerke einen großen Schritt näher bringen. Wir arbeiten gerade intensiv daran, dass SDC bis Ende 2016 zu einem anerkannten IEEE-Kommunikationsstandard wird.

Wie ist der SDC-Standard aufgebaut?

Dies lässt sich gut anhand der Referenzimplementierung OpenSDC erläutern. Sie folgt dem Prinzip der Service-Oriented Architecture (SOA), welche die Anordnung und Zusammenarbeit verschiedener Applikationen in einem IT-System so organisiert, dass diese auch komplexere Aufgaben beziehungsweise Service-Anfragen erfüllen können. Auf die klinischen Anforderungen bezogen sprechen wir von der Service-Oriented Medical Device Architecture (SOMDA). Wenn wir an der Basis des Protokollstapels von SDC beginnen, haben wir zunächst die Kommunikationsebene mit DPWS (Devices Profile for Web Services) und dem darauf aufbauenden Medical Devices Profile for Web Services (MDPWS). Dies ist der erste Baustein in der SDC-Normungsreihe. Hierdurch ermöglichen wir, dass Geräte Dienste in einem IP(Internet-Protokoll)-basierten Netzwerk anbieten oder in Anspruch nehmen können. Oberhalb dieser Transportebene definiert die Spezifikation Basic Integrated Clinical Environment Protocol Specification (BICEPS) die Informationen, die im Netzwerk ausgetauscht werden können sowie gerätebezogene Services innerhalb eines klinischen Arbeitsplatzes im OP, auf der Intensivstation oder in der Neonatologie. BICEPS ermöglicht also die Gerätekommunikation auf Applikationsebene, beispielsweise zwischen einem Vitaldaten-Monitor und einer Geräteanwendung oder einem Beatmungsgerät und stellt so Interoperabilität her. Zuletzt ist dann noch die eigentliche SDC-Norm zu nennen. Sie beschreibt zum einen, wie die Datenelemente aus BICEPS mit dem Transportmechanismus aus MDPWS verbunden werden, um in einer SOA für die Kommunikation genutzt werden zu können. Zum anderen beschreibt sie aber auch Aspekte wie Zeitsynchronisation oder Qualitätsaspekte bei der Netzwerkübertragung auf Basis von bereits vorhandenen Standards.

Wird der voranschreitende übergreifende Austausch von Informationen aus unterschiedlichen Netzwerken (intern oder extern) noch mehr bewegen?

HL7 oder die aktuelle Version HL7 V2 ist zunächst einmal eine Spezifikation für Nachrichtenformate auf Applikationsebene im innerklinischen Bereich, sodass beispielsweise unterschiedliche Informationssysteme wie KIS, LIS oder RIS Daten austauschen können. Beim Blick auf den neuen HL7-Standard FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources), der auf bekannten Web-Technologien basiert, sieht die Sache schon ganz anders aus. Dieser erlaubt unter anderem den erleichterten Austausch von Informationen in mobilen Anwendungen, aber auch zwischen Kliniken und anderen Versorgungseinrichtungen. Damit soll dem geänderten Anwenderverhalten, alle Daten jederzeit und an jedem Ort – innerhalb und außerhalb der Klinik – zur Verfügung zu haben, besser Rechnung getragen werden.

Wo können Interessierte die neue Architektur anschauen?

Referenzimplementierungen von SDC finden sich bereits heute im Internet. Beispielsweise bietet Dräger mit OpenSDC eine Software als Open Source auf Sourceforge an (http://goo.gl/JOvKkc). Es gibt jedoch auch andere Implementierungen, die im OR.Net-Projekt entwickelt wurden. Diese werden im Rahmen einer Demo auf der conhIT 2016 vom 19.-21. April in Berlin zu sehen sein. ■

FOTO + GRAFIK: DRÄGER

KRITISCHE EREIGNISSE – VON CHANCEN UND RISIKEN

Kritische Zwischenfälle kommen – leider – in jedem Krankenhaus vor. Doch nur, wenn sie gemeldet und analysiert werden, birgt jeder Fehler auch eine Chance. Risikomanagement-Systeme wie ein CIRS („Critical Incident Reporting System") bieten Kliniken hierbei effiziente Unterstützung.

Der alte Hut, die Wörter „Krise" und „Chance" seien im Chinesischen identisch, beruht auf einer etwas zu laxen Übersetzung. Der Zusammenhang wird dafür an einem Beispiel aus der Medizin umso deutlicher. So wird doch schließlich der Punkt, ab dem eine Fieberkurve wieder sinkt, als „(Fieber-)Krise" bezeichnet. Eine zentrale Aufgabe des Qualitätsmanagements in Kliniken ist es, kritische Ereignisse auszuwerten und aus ihnen nützliche Erkenntnisse für die Zukunft zu ziehen.

Ein „Critical Incident Reporting System" (CIRS) dient als Frühwarnsystem und ist ein Baustein eines umfassenden Risikomanagements in Kliniken. Risikorelevante Meldungen fallen unter den verschiedensten Bedingungen und an unterschiedlichen Stellen an. Jede Art von Ereignis oder Beinahe-Ereignis kann in der CIRS-Applikation gemeldet und analysiert werden, um mögliche Risiken frühzeitig erkennen und ausschließen zu können. Neben dem eigentlichen CIRS gehören u.a. das Beschwerdemanagement, Aggressionsereignismeldungen (SOAS-R), Unfallmeldungen von Mitarbeitern bis hin zum Ticketsystem der IT-Abteilung zum Umfang moderner CIRS-Systeme. Da die Meldeverfahren zum Teil branchenabhängig sind, ist ein modulares System gefragt, mit welchem man schnell und einfach neue Meldeverfahren etablieren kann. Insbesondere im Klinik-Umfeld sind gesetzliche Anforderungen durch die Anzeige- und Aufzeichnungspflicht von Ereignissen zu beachten.

Eine der wichtigsten Anforderungen an ein CIRS ist die Möglichkeit der anonymen Meldung von Beinahe-Ereignissen, ohne dass der Meldende oder Verursacher Sanktionen zu befürchten hat. Beinahe-Ereignisse sind Ereignisse, die noch abgewendet werden konnten – es wurde hier also kein Schaden verursacht. Sie sollten dennoch gemeldet werden, da das Wissen über die Ursachen und den Hergang wertvolle Informationen für zukünftige präventive Maßnahmen liefern kann.

Das Extrakt aus den Meldungen sind Fallbeispiele, welche als Wissensspeicher allen Mitarbeitern zugänglich gemacht werden können und auch sollten. Dies kann etwa als besonderer „CIRS-Fall des Monats" oder als „Fallsammlung" zur freien Recherche geschehen. Ein intuitiv gestalteter Zugang zu den CIRS-Inhalten und der Meldemöglichkeit sind selbstverständlich. Wenn das System webbasierend ist, die Anzeige also per Webbrowser geschieht, kann man es schnell auf jedem Arbeitsplatz und Endgerät bereitstellen. Bei einem klinikinternen Betrieb des CIRS über das Intranet müssen sensitive Daten nicht nach außen gegeben werden. So können die Informationen nicht von Unbefugten abgefangen werden, wodurch selbst dann ein Schaden entstehen könnte, wenn die Daten fachgerecht anonymisiert wurden. In Zeiten von immer zahlreicher auftauchenden Sicherheitslücken ist Datensicherheit ein größeres Thema als je zuvor – daher sollte das gewählte System einen internen Betrieb unterstützen und nicht ausschließlich als externe Cloud-Lösung genutzt werden können.

Eine CIRS-Meldung sollte in ihrer Ursprungsform archiviert werden und die weitere Bearbeitung auf einer Kopie erfolgen. Somit kann das CIRS-Management vor allem die frei erfassten Texte nach personenbezogenen Daten durchsuchen und weiter anonymisieren. Es bestehen technische Möglichkeiten, die Meldungen nach bekannten Namen aus der Benutzerdatenbank oder einer Personalliste zu durchsuchen und diese Klarnamen zu entfernen. Allerdings geraten diese automatisierten Funktionen leider immer wieder an ihre Grenzen. Werden Namen eingetragen, die nicht in einer Liste zum Abgleich enthalten sind, können sie folglich auch nicht gefunden und entfernt werden. Hier ist nach wie vor die gewissenhafte

und sorgfältige Arbeit der verantwortlichen Mitarbeiter erforderlich. Es ist auch die Aufgabe dieser Personen, eine erste Beurteilung des gemeldeten Ereignisses durchzuführen und den Fall einer Reihe von Gutachtern vorzulegen, die ihrerseits den Fall bewerten und Empfehlungen für einzuleitende Maßnahmen abgeben.

Ausgeklügelte Systeme unterstützen die Tätigkeit des CIRS-Verantwortlichen, indem die Meldungen analysiert werden und bereits anhand bestimmter Eingaben wie Häufigkeit oder Folgen eine Einstufung der Priorität erfolgt. Über eine simple Matrix kann ein technischer Prozess diese Einstufung vornehmen und bei hoher Priorität Alarm-E-Mails versenden.

Da nicht jede Klinik vollkommen gleiche Voraussetzungen für den Betrieb eines Meldesystems bietet, müssen die Inhalte der Fragen im Meldebogen weitestgehend individuell konfigurierbar sein. Vor allem die Eingabemöglichkeiten zum Standort (bei Klinikverbünden), Fachdisziplin/Abteilung und Fehlerort müssen anpassbar sein.

Darüber hinaus sollte es möglich sein, eigene Fragen zu konfigurieren, um besondere Anforderungen an die erfassten Meldungen im eigenen Umfeld definieren zu können. Einen großen Vorteil bieten hier diejenigen CIRS-Systeme, bei denen solche Konfigurationen ohne den Einsatz von Programmierern bzw. zusätzlichem Dienstleistungsaufwand möglich sind.

Zusammenfassend muss ein modernes CIRS basierend auf Webtechnologie arbeiten, für alle Beteiligten intuitiv bedienbar, flexibel konfigurierbar und innerhalb kurzer Zeit einsatzbereit sein. Eine statistische Auswertung der erfassten Daten pro Abteilung sowie an einem gesamten Standort sollte wertvolle Informationen zur weiteren Analyse liefern. Technische Möglichkeiten für automatische Anonymisierungsfunktionen sollten ebenso vorhanden sein wie eine automatische Prioritätseinstufung und die Hervorhebung von häufiger auftretenden Beinahe-Ereignissen, die im Ernstfall Schaden am Patienten verursacht hätten. Idealerweise ist das CIRS ein Modul in einem offenen Baukastensystem (Portalsystem), das individuell ausgebaut und mit weiteren Bausteinen des Risikomanagements ergänzt werden kann. ■

■ **ALEXANDER EHLE**
war viele Jahre als Projektmanager am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart. Von 2002 bis 2006 leitete er das Intranet-Projekt des Krankenhauses. Seit 2006 ist er als Senior Consultant für United Planet tätig.
Kontakt: Alexander.Ehle@ unitedplanet.com

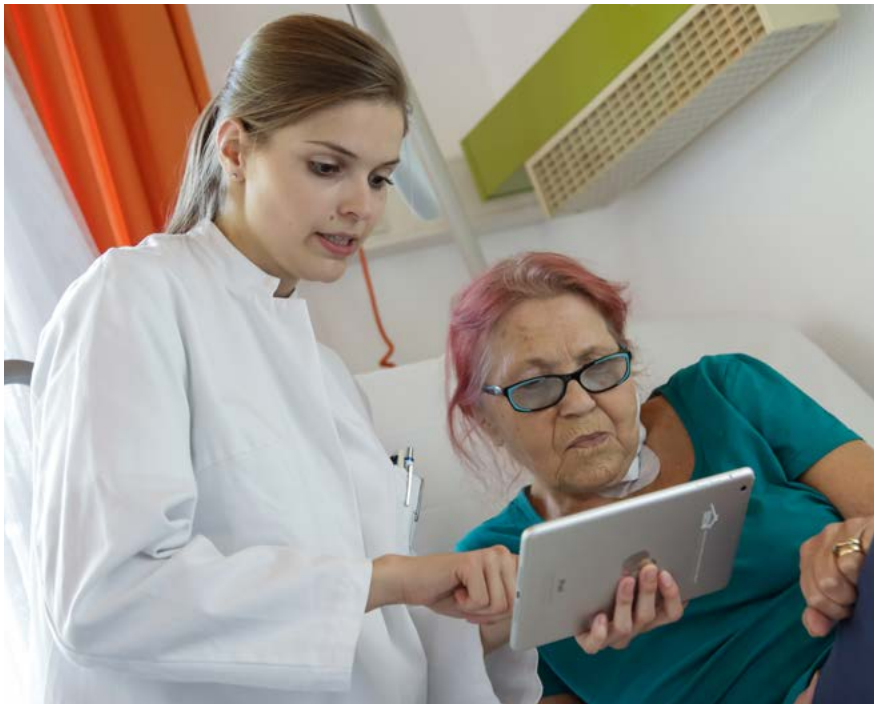
FOTO: DACIANLOGAN - FOTOLIA

DIGITALE PROZESSE DENKEN WEITER

Immer mehr Kliniken setzen auf digitale Prozesse, denn sie reduzieren Kosten und steigern die Arbeitsqualität. Wie das in der Praxis funktioniert, zeigen die App des KIS iMedOne® sowie die neue Entwicklungsplattform für Gesundheits-Apps eHealth Composite der Telekom Healthcare Solutions.

Die Zeiten der schweren Patientenakten sind gezählt. Immer mehr Krankenhäuser setzen auf digitale Prozesse, um so ihre Kosten zu reduzieren und gleichzeitig die Qualität ihrer Pflege zu verbessern. Eigentlich ein Widerspruch, doch nicht so bei digitalen Prozessen wie dem Krankenhausinformationssystem (KIS) iMedOne®. Ausgerüstet mit einem iPad mini statt einer unhandlichen Patientenakte führen Ärzte am Patientenbett die „Visite 2.0“ durch. Direkt im Krankenzimmer können sie und die Pflegekräfte Vitalwerte eintragen, Medikationen anpassen, Befunde ändern, Wunden fotografieren oder Patienten anhand von Röntgenbildern direkt ihren Gesundheitszustand erläutern.

Die Software deckt den kompletten Pflegeprozess ab. Sämtliche Arbeitsschritte finden sich hier wieder: Mit einem Klick wird die jeweilige Pflege-Kategorie mit einem grünen Häkchen versehen. Zweimaliges Tippen hat ein rotes Häkchen zur Folge und bedeutet, dass die Maßnahme nicht nötig oder nicht durchführbar war und daher nicht erbracht wurde. Neben den Vitaldaten enthält die digitale Akte auch alle verfügbaren Informationen wie Labordaten oder lässt sich mit dem Picture Archiving and Communication System (PACS) verknüpfen, um Röntgenbilder auf dem iPad mini anzuzeigen. Beim Anlegen neuer Datensätze wird gleichzeitig festgelegt, welche Person die Daten einsehen darf. Denn die Daten fließen direkt in die digitale Patientenakte und sind dort für alle Beteiligten verfügbar. So befindet sich jeder Mitarbeiter immer auf dem neuesten Stand und sieht die aktuellen Befunde, ohne umständlich nach der Akte suchen zu müssen. Ändert ein Arzt die Medikation eines Patienten, ist diese Information innerhalb weniger Sekunden zugänglich. Wird ein neues Medikament verordnet, können die Mitarbeiter zudem mithilfe eines Arzneimitteltherapie-Sicherheitschecks (AMTS) sofort die möglichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten überprüfen. So hilft der schnelle Datenzugriff Fehler zu vermeiden, erhöht die Qualität der Dokumentation und Pflege und schafft Zeit für die Betreuung der Patienten.



Nicht nur im Lukaskrankenhaus Neuss, auch im Bonner Gemeinschaftskrankenhaus arbeiten die Ärzte bereits mit dem mobilen

Gesundheitsminister informierte sich vor Ort

Erst Ende Januar informierte sich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe über die Visite 2.0 im

Lukaskrankenhaus Neuss – eines der Häuser, die Vorreiter beim digitalen Arbeiten sind und das KIS iMedOne® der Telekom nutzen. Hier sind bereits rund 150 Ärzte und etwa 50 Pflegekräfte mit einem iPad mini ausgestattet und haben so an jedem Ort in der Klinik Zugriff auf alle klinischen Patientendaten. „Die Visite 2.0 im Lukaskrankenhaus in Neuss ist ein tolles Beispiel, wie durch den Einsatz von Informationstechnik die Patienteninformation verbessert und Übertragungsfehler vermieden werden können“, sagte der Bundesgesundheitsminister. Dr. Nicolas Krämer, Kaufmännischer Geschäftsführer des Lukaskrankenhauses ergänzte: „Das System bietet viele Vorteile. Unter anderem entfällt die zeitaufwendige Suche nach Dokumenten, Bildern oder Laborwerten. Deshalb können unsere Ärzte sich jetzt noch besser auf das Wesentliche konzentrieren – nämlich auf die Behandlung des Patienten.“

Die Visite 2.0 überzeugt nicht nur den Gesundheitsminister, sondern auch Fachexperten: Beim Enterprise Mobility Summit erhielt das Lukaskrankenhaus Neuss gleich zwei Auszeichnungen – den Award in der Kategorie Business Process Mobilization und den Publikumspreis.

Damit digitale Prozesse reibungslos und sicher funktionieren, benötigen die Kliniken jedoch ein zuverlässiges und sicheres Netz. Bisher ist die Telekom in Deutschland der einzige Anbieter, der Kliniken aus einer Hand mit einem KIS versorgen und den notwendigen Kommunikationsinfrastrukturen wie WLAN, Managed LAN und Mobile Device Management ausstatten kann.

Entwicklungsplattform für Gesundheits-Apps

Ein anderes Beispiel, wie die Vorteile der Digitalisierung genutzt werden können, ist die eHealth Composite Plattform (eHC) der Telekom Healthcare Solutions. Bei dieser Plattform handelt es sich um einen Baukasten für Programmierer. Ein Portal soll Fitnessdaten sammeln, ein anderes Diabetes-Patienten begleiten. Ein drittes soll den Formularberg für die Krankenhaus-Einweisung abbauen und ein viertes will eine telemedizinische Versorgung aufbauen. Auch wenn es sich dabei um völlig unterschiedliche Projekte handelt, die Herausforderungen beim Entwickeln von Gesundheitslösungen sind ähnlich. Das Rad jedes Mal neu zu erfinden, kostet Zeit und Geld. Deshalb bietet die Telekom Healthcare Solutions mit der eHealth Composite Plattform (eHC) eine Unterstützung, bei der die notwendigen Schnittstellen und Funktionen nach internationalen Standards bereits vorhanden sind.

Die clevere Plattform liefert dem Anwendungsentwickler alle erforderlichen IHE (Integrating the Healthcare Enterprise)-Integrationsprofile und einen „IHE-Komponentenspeicher“ gleich mit. Hinzu kommen noch Funktionen für Formulare, Stammdatenaustausch, Terminologieverwaltung, Oberflächen oder Dokumentenaustausch. So baut sich der Entwickler seine Applikation einfach nach dem Lego-Prinzip zusammen. Der HL7-Standard liefert dabei geeignete, interoperable Kommunikationsschnittstellen und Dokumentenaustauschformate. Wie das in der Praxis funktioniert, zeigt die Telemedizin-Plattform Telehealth Ostsachsen, die am 1. Juli 2015 in Dresden online ging und sich zu dem Vorbild für zukünftige telemedizinische Versorgung und Anwendungen entwickeln könnte. ■

Der direkte Vergleich macht die Handlichkeit von alter und neuer Patientenakte deutlich.

T · · HEALTHCARE SOLUTIONS

- **Jan Ehlting, iMedOne® Mobile**
- **Alexander Ihls, eHC-Plattform**
- **info@telekom-healthcare.com**
- **www.telekom-healthcare.com**

FOTOS: TELEKOM HEALTHCARE SOLUTIONS

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** entwickelt innovative Software für PACS und Telemedizin. Der Einsatz der Lösungen bleibt nicht auf das eigene Haus beschränkt, sondern ermöglicht den Austausch multimedialer medizinischer Daten mit allen am Behandlungsprozess Beteiligten. Beispiele sind der Datenaustausch der Radiologie mit Zuweisern, Teleradiologie nach Röntgenverordnung für den Nacht- und Wochenenddienst. Die CHILI Telemedizinakte ist die Lösung für klinische Studien mit DICOM-Bildern und die intersektorale Vernetzung zwischen medizinischen Einrichtungen.	– PACS (von der Praxis bis zum Enterprise-PACS über mehrere Standorte) – Multimediales Bildmanagement – Teleradiologie – Intersektorale Vernetzung
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 8-165 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 10000 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 D-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** verarbeitet jede dritte stationäre Patientenakte. Leistungen umfassen die intelligente Digitalisierung, Konsolidierung mit originär elektronischen Dokumenten, integrierte Bereitstellung für klinische und administrative Zwecke und revisionssichere beweiskrafterhaltende digitale Langzeitarchivierung. Zu Mehrwerten zählen verbesserte Abläufe im Erlösmanagement, etwa im Rahmen der MDK-Prüfungen.	– Digitalisierung – Konsolidierung – Archivierung
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 250 Mitarbeitern in Deutschland und mehr als 35 Jahren Erfahrung im Gesundheitssektor rund 770 IT-Installationen in Europa. Mit ganzheitlichen Softwarelösungen und IT-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 37 000 Ärzte nutzen Produkte der medatixx und nehmen ihre Dienstleistungen in Anspruch. 15 eigene Standorte 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 – Krankenhaus-informationssystem – Migrationskonzepte
nexus/ag	**NEXUS AG** Irmastraße 1 78166 Donaueschingen Tel.: +49-(0)771-22960-0 Fax: +49-(0)771-22960-999 info@nexus-ag.de www.nexus-ag.de	Die **NEXUS AG** ist ein europaweit führender IT-Lösungsanbieter im Gesundheitswesen mit dem breitesten Produktportfolio am Markt. NEXUS steht für innovative und nachhaltige Softwarelösungen, die es den Anwendern ermöglichen, mit nur wenigen Klicks eine spürbare Erleichterung in der Informationsbeschaffung oder der medizinischen Dokumentation zu erzielen. Die Grundsätze der NEXUS-Produktentwicklung: Einfach anzuwendende Software zu entwickeln, die inhaltlich stark auf den jeweiligen medizinischen Prozess fokussiert ist und dem Anwender hilft, Dokumentationen oder Informationssuche schnell zu erledigen.	– Klinikinformationssysteme – Fachabteilungslösungen – Mobile Lösungen – Dokumentenmanagementsystem – Archivierungslösungen – Qualitätsmanagement
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 GRUPPE	**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 540 Kunden nutzen unsere leistungsstarken Lösungen für das Labor, die Stationskommunikation und die Systemintegration. Mehr als 1 000 Praxen profitieren von einer nahtlosen Anbindung an das Labor. 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: Kommunikation Klinik – ix.connect: Kommunikation Ärzte
/P/C/S/ Weil wir Sie verstehen.	**PCS Professional Clinical Software GmbH** Industriering 11 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Österreich Tel.: +43-(0)463 3003 Fax: +43-(0)463 3003 343 E-Mail: office@pcs.at www.pcs.at	Seit drei Jahrzehnten entwickelt **PCS** erfolgreich digitale Lösungen für Kliniken, Fachbereiche und MVZ in der D-A-CH-Region. Das KIS PATIDOK 2.0 bildet das Kernstück, Module wie Transportmanager, OP-Planung und -Dokumentation, Therapieplanung, Bettenplanung, Pflegedokumentation, mobile Visite, elektronische Fieberkurve, Abrechnung inkl. PEPP und MDK Management u.v.m. runden das PCS-Portfolio ab.	– Krankenhausinformationssystem – Mobile Applikationen – E-Health
promedtheus Informationssysteme für die Medizin AG	**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	**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** ist ein moderner IT-Dienstleister mit Hauptsitz in Wetter an der Ruhr. 650 Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen, dem sozialen und öffentlichen Bereich schätzen die RZV GmbH als kompetenten Ansprechpartner im gesamten IT-Umfeld und gleichzeitig als hochmodernen Rechenzentrumbetreiber. Das Portfolio beinhaltet unter anderem ein Krankenhausinformationssystem mit SAP ERP und SAP IS-H.	– Krankenhaus-IT mit SAP – Klientenmanagement – Personalmanagement – IT-Outsourcing – Beratung
STORZ KARL STORZ — ENDOSKOPE	**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 information technologies	**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
T ... HEALTHCARE SOLUTIONS	**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	**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. Sicherheitsprüfungen sowie Prüfungen der Verträglichkeit bzgl. elektromagnetischer Störgrößen von aktiven Medizinprodukten. Auditierung von Prozessen (Software, Risikomanagement et al.). Prüfungen für den nordamerikanischen Markt (UL, CSA). Weltweiter Marktzugang mithilfe es CB-Zertifikates.	– Anerkannte Stelle nach den Richtlinien 93/42/EWG und 90/385/EWG sowie nach DIN EN ISO /IEC 17025
VISUS	**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** **VISUS** zählt zu den führenden Anbietern von prozessorientierten Lösungen im Bild- und Befundmanagement. Die JiveX Produktfamilie umfasst vom PACS für radiologische Praxen bis hin zu abteilungs- und standortübergreifen Lösungen für Krankenhäuser das gesamte Spektrum der Befundkommunikation.	– Funktionsstark in der Radiologie – JiveX PACS – Einheitliches Bildmanagement – JiveX Integrated Imaging (PACS-II) – Herstellerneutrales Medizinisches Archiv mit JiveX Medical Archive
vitaphone® e-health solutions	**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** bietet telemedizinische Versorgungslösungen mit dem Ziel, die Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern und Medizinischen Fachkreisen Services und Infrastrukturen für ein effizienteres Gesundheitsmanagement bereitzustellen. Das Telemedizinische Service Center ergänzt die Versorgung durch Coaching, Vitaldatenmonitoring und -reporting. Mit diesen Lösungen steigert vitaphone die Lebensqualität der Patienten und vernetzt Mensch und Medizin.	– Monitoring – Telemedizinische Services – Clinical Trial Support – Telemedizinische Infrastruktur – Consulting

Effektiv vom Diktat zum Dokument

GRUNDIG BUSINESS SYSTEMS: HL7-Schnittstelle zum Verknüpfen von Diktaten mit Patientendaten im KIS

Grundig Business Systems (GBS) bietet Krankenhäusern und Ärzten im Bereich der Sprachverarbeitung alles aus einer Hand an: von der Beratung, über die bewährte Diktiergerätehardware, die Software für das Diktatmanagement, bis hin zum Projektmanagement und zum kompletten Lifecycle-Service. Neu ist ein HL7-Service für Krankenhäuser.

HL7-Service mit Anbindung ans KIS

GBS kann mit verschiedenen Schnittstellen für fast alle Anforderungen Lösungen bereitstellen und ein Zusammenspiel mit führenden Applikationen wie zum Beispiel KIS und PACS gewährleisten. Ein aktuelles Beispiel für eine Schnittstelle zum KIS ist der DigtaSoft HL7-Service. Auf Basis dieses Standardprotokolls können Anbindungen an fast alle KIS realisiert werden. Die HL7-Schnittstelle wird dafür genutzt, Patientendaten an das Diktiersystem zu übertragen und Nachrichten über erstellte Diktate an das KIS zu senden. Da mit kann eine eindeutige Patientenzuordnung beim Diktieren und Transkribieren auch über mobile Diktiergeräte sichergestellt werden. Weiterhin ermöglicht der HL7-Service, dass in der Arbeitsliste des KIS Informationen zu den Diktaten angezeigt und schließlich Patienten genau zugeordnet werden können.

Der HL7-Service ist bereits in mehreren Krankenhäusern erfolgreich im Einsatz, darunter in Meschede, siehe www.grundig-gbs.com/referenzen.

GRUNDIG

- **Grundig Business Systems GmbH**
- **Weiherstr. 10**
- **95448 Bayreuth**
- **Tel.: +49-(0)911-4758-1**
- **www.grundig-gbs.com**

ANZEIGE

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

GOLD-Partner
AGFA HealthCare · Cerner · CGM CompuGroup Medical · ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen · medatixx Damit die Praxis läuft. · MEIERHOFER Perspektiven erleben · T-Systems HEALTHCARE SOLUTIONS

SILBER-Partner
3M Science. Applied to Life.™ · D·M·I · EMC² · i-SOLUTIONS HEALTH · PHILIPS · RZV · VISUS

In Kooperation mit: BVMI Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V. · gmds
Unter Mitwirkung von: KHIT · CIO-UK
Veranstalter: bvitg
Organisation: Messe Berlin

TERMINE

KONGRESSE UND MESSEN

Ulmek – Medizin- und Informationstechnik im OP **1. März 2016** **Ulm**	Das Symposium greift die gemeinsamen Themenfelder der Medizin- und Informationstechnik im OP auf. Im konstruktiven Dialog werden die Brennpunkte in der klinischen Praxis aufgegriffen und durch Fachvorträge erfahrener Referenten erläutert. Geplante Themen sind in diesem Jahr: Medizintechnik und IT im Operationssaal sowie die MPBetreibV.	**ulrich medical** **www. euritim.de/symposieneuritim/ulmek.html**
DINK 2016 Interoperabilitätsforum **3. – 4. März 2016** **Koblenz**	Der 7. Deutsche Interdisziplinäre Notfallmedizin Kongress DINK findet nun zum zweiten Mal in den Rhein-Mosel-Hallen in Koblenz statt. Als „Hot topic" stehen beim DINK 2016 die neuen Leitlinien zur Reanimation im Vordergrund. In mehreren Sitzungen werden die Experten alle neuen Aspekte der Leitlinien darstellen und diese diskutieren.	**Rhein-Mosel-Halle** **www.dink2015.de**
Interoperabilitätsforum **7. – 8. März 2016** **Bochum**	Das Interoperabilitätsforum diskutiert und bearbeitet Themen zur Standardisierung der Technischen Komitees der HL7-Benutzergruppe, IHE-Deutschland und anderer Standardisierungsaktivitäten im Gesundheitswesen.	**ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH** **www.interoperabilitaetsforum.de**
8. TMF-Jahreskongress **16. – 17. März 2016** **Oldenburg**	Der diesjährige TMF-Jahreskongress steht unter dem Motto „Technologie in der medizinischen Forschung" und widmet sich im Schwerpunkt den Themen Qualität und Effizienz, Archivierung von Forschungsdaten, eHealth, Kohorten, GCP und IT, Terminologien und Standards sowie Datenschutz. Zudem werden auch regionale Erfahrungen und Expertisen – insbesondere in der Zusammenarbeit zwischen den Universitäten Oldenburg und Groningen – präsentiert.	**Campus Wechloy der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg** **www.tmf-ev.de**
KlinikManagementPersonal **5. – 6. April 2016** **Hannover**	Beim Kongress KlinikManagementPersonal werden unter dem Leitthema „Mehr Qualität mit weniger Personal?"zwei aktuelle Schlüsselfragen der HR-Branche in den Fokus genommen: Qualität und Personal. Der Kongress für Personalgestalter richtet sich an alle Personalverantwortlichen in Kliniken.	**Hannover Congress Centrum** **www.personalkongress-kliniken.de**
MEET OSM GRUPPE **6. April 2016** **München**	in den Veranstaltungen „MEET OSM GRUPPE" wird über neue Innovationen, Produktlinien und Labor-IT-Projekte der OSM Gruppe informiert. Wichtige Lösungen wie z.B. die besondere Darstellung von mikrobiologischen Befunden, die aus Opus::L heraus schätzbaren populationsspezifischen Referenzwerte, das integrierte DRG Benchmarking oder die Vernetzung mit ix.connect zwischen Labor und niedergelassenen Ärzten werden dort vorgestellt und Anwender berichten von ihren Umsetzungen.	**www.osm-gruppe.de**
Med-e-Tel 2016 **6. – 8. April 2016** **Luxemburg**	Die Med-e-Tel wird von der International Society for Telemedicine & eHealth (ISfTeH) veranstaltet und bringt internationale Experten und Anwender zum Austausch über neueste Projekte und Entwicklungen in den Bereichen Telemedizin und eHealth zusammen. Mit dabei ist in diesem Jahr auch Luxemburgs Nationale eHealth-Agentur (Agence eSanté).	**LuxExpo** **www.medetel.eu**
IHE Europe Connectathon 2016 **11. – 15. April 2016** **Bochum**	Das europaweit größte „Testlabor" für IT-Systeme im Gesundheitswesen kommt erstmals nach Bochum in den RuhrCongress. Während des IHE-Connectathons werden jedes Jahr Systeme auf ihre Kompatibilität getestet. So wird sichergestellt, dass sie fehlerfrei miteinander kommunizieren können und für den Praxiseinsatz vorbereitet sind.	**RuhrCongress Bochum** **www.ihe-d.de/connectathon/**
conhIT 2016 **19. – 21. April 2016** **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 der Health-IT-Branche. Der Kongress steht in diesem Jahr unter dem Motto „Patient im Fokus – Innovative Healthcare IT."	**Messe Berlin** **www.conhit.de**

Weitere Termine zum Thema eHealth finden Sie auf unserer Internet-Seite www.e-health-com.eu

VDE VERLAG

Technik. Wissen. Weiterwissen.

Werb-Nr. 160277 / 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/medizin

BÜCHER

WELTWEITE TERMINOLOGIE

Das Feld internationaler medizinischer Terminologien ist komplex. Der Stand der Nutzung im deutschsprachigen Raum ist in einer vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Vorstudie unter Beteiligung vieler Akteure aus Deutschland, Österreich und der Schweiz (D-A-CH) anhand ausgewählter Szenarien (Patientenkurzakte, Medikationsdokumentation, elektronisches Meldewesen zum Infektionsschutz) untersucht worden. In mehreren Expertenworkshops wurden Empfehlungen zu Bedarf an und Auswahl von internationalen Terminologien sowie für mögliche Kooperationen der Länder im deutschsprachigen Raum erarbeitet. Im ersten Teil des Buches werden die erarbeiteten Empfehlungen veröffentlicht, in denen sich die beteiligten Fachexperten für die Verwendung von international gebräuchlichen Terminologien einsetzen, um einen internationalen Informationsaustausch zu gewährleisten. Hier wird insbesondere deutlich, dass man detaillierten Lösungen nur schrittweise näherkommen kann und eine nationale Strategie dringend notwendig ist. Im zweiten Teil geben Experten aus Wissenschaft, Verbänden und Industrie zu einzelnen Themen und Terminologiesystemen die wichtigsten fachlichen Hintergrundinformationen.

Terminologien und Ordnungssysteme in der Medizin – Standortbestimmung und Handlungsbedarf in den deutschsprachigen Ländern
Schriftenreihe der TMF
Prof. Dr. Otto Rienhoff, Sebastian C. Semler (Hg.)
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2015
54,95 Euro

ANZEIGE

ZNA

DINK 2016
gemeinsam. leben. sichern.
präklinisch – Notaufnahme – innerklinisch

Kongress-App ab Januar 2016 online!

DEUTSCHER INTERDISZIPLINÄRER NOTFALLMEDIZIN KONGRESS

3. - 4. März 2016 · 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.dink-kongress.de

FINDEX

NAMEN

Antpöhler, Gottfried	59
Arenson, Ronald L.	26
Badri, Mohamed Al	41
Bartmann, Franz-Joseph	8, 68
Baum, Christopher	50
Beyer, Alexander	16
Böckmann, Britta	51
Brauns, Hans-Jochen	52
Calmer, Bernhard	32
Cascella, Robert	30
Diekmann, Daniel	65
Don, Steven	28
Drayer, Burton P.	28
Edgerton, Ann-Marie	40
Engan, Harald	12
Flender, Armin	44
Fuhrmann, Florian	58
Gassen, Andreas	10, 14
Gillespie, Suzanne	12
Große-Kracht, Martin	50
Halkaliev, Stoyan	10
Härtel, Jens	10
Hofvind, Solveig	28
Kassner, Andreas	10, 64
Kaufmann, Pierre	63
Klein, Susanne	66
Knieps, Franz	48
Koopmann, Thorsten	64
Kräh, Thomas A.	50
Krämer, Nicolas	81
Kriedel, Thomas	48
Kuck, Karl-Heinz	37
Ladendorf, Frank	65
Lobo, Sascha	50
Lohrke, Willi	29
Loos, Wolfgang	52
Maktum, Muhammad bin Raschid Al	41
Mania, Heiko	10
Meierhofer, Matthias	57ff
Merchant, Rajan	12
Meyer, Gerhard W.	52
Mittelstaedt, Ekkehard	49, 57, 64
Müller, Juliane	64
Müller-Mielitz, Stefan	54
Murgia, Fabrizio	12
Nagel, Roland	10
Nowoczyn, Tobias	10
Ong, Michael	12
Paland, Norbert	48
Perry, Hannah	28
Petersen, Jan	25
Petersen, Morten Elbæk	24
Redders, Mathias	57
Rehermann, Andreas	65
Reijen, Miriam van	12
Schaar, Peter	10
Schindl, Mathias	64
Schlichting, Stefan	76
Schmidt, Axel	10
Sellmann, Doreen	64
Shaked, Yuval	10
Sharif, Amer Ahmad	39
Stang, Andreas	38
Stiller, Brigitte	38
Strüter, Michael	29
Tamer, Raida	41
Weber, Hans	52
Wehmeier, Axel	48
Welz, Armin	37
Zwicker, Françoise	64

FIRMEN & ORGANISATIONEN

acatech	54
Agfa HealthCare	11, 29
amego	10, 64
AOK	7, 8
arvato health analytics	10
AstraZeneca	12
AXA	8
BÄK	8, 10
BARMER GEK	10
Berlin-Chemie	12
Bertelsmann Stiftung	13
Bitkom	7
BMC	66
bvitg	10, 56ff
Centre Hospitalier du Nord, Luxemburg	42
Cerner	11
CompuGroup Medical	8
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)	36
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK)	36
Deutsche Herzstiftung	36
DGBMT	54
DGN Deutsches Gesundheitsnetz	44
DGPR	36
DGTelemed	52, 68
DGTHG	36
Dräger	76
Drägerwerk	40
Dr. Sulaiman Al Habib Medical Group	41
Fraunhofer ISST	72
Fujifilm	28
GDD	63
GE Healthcare	30
gematik	10, 16, 57
GeWINO	7
GMDS	63
Grundig Business Systems	85
ifap	64
INTEGRIS Health	29
KBV	10, 14
KH-IT	67
KV Telematik	7, 58
Lukaskrankenhaus Neuss	81
Medasys	43
Medgate	8
medisign	7
MEIERHOFER	11
Neurologischen Klinik Bad Neustadt	9
NursIT Institute	10
Philips	29
RSNA	26
Samsung	30
SHL Telemedicine	10
Siemens Healthcare	29, 64
Stiftung Münch	7
Techniker Krankenkasse	66
Telekom Healthcare Solutions	80
TIP GROUP	11
TMF	72
T-Systems	7
Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz (ULD)	12
VDE	54
VISUS	29, 42
Vodafone Institut	6
ZTM Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen	9

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:
Prof. Dr. Britta Böckmann, Ralf Buchholz, Bernhard Calmer, Dr. Wolfgang Deiters, Prof. Dr. Dr. Christian Dierks, Alexander Ehle, Tom Hemmen, Andreas Kassner, Dr. Michael Lang, Wolfgang Loos, Stefan Müller-Mielitz

BVITG MONITOR (S. 56-65):
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:
Berta Mattern, 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/abo/
Per E-Mail: ehealthcom@vuservice.de
Per Tel.: +49-(0) 6123-92 38-234
Per Fax: +49-(0) 6123-92 38-244
Per Post: vertriebsunion meynen GmbH & Co. KG
Große Hub 10
65344 Eltville am Rhein

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

EINER DIESER KLEINEN MOMENTE

Eines der Ziele der ersten **E-HEALTH-KLAUSUR im Kloster Eberbach** war es, den offenen Diskurs in der Branche und der gesamten eHealth-Community zu fördern. Dem Anspruch dieses Fachmagazins, Diskussionsplattform zu sein, folgend, setzt das neue Veranstaltungsformat stark auf den fruchtbaren Dialog – offensichtlich mit Erfolg.

ES GIBT SIE MANCHMAL, diese kleinen Momente, in denen sich etwas Ungewöhnliches andeutet. Da geschieht nichts Spektakuläres, und dennoch merkt man, hier hat sich was geändert, hier ist etwas Neues. Für mich gab es einen dieser Momente am Ende der Plenumsdiskussion zwischen den Vertretern von Selbstverwaltung, Politik und Industrie auf der E-HEALTH-KLAUSUR im Kloster Eberbach (den ausführlichen Bericht dazu lesen Sie auf Seite 48–51). Die Diskussion über die Gestaltung der Rahmenbedingungen für eHealth und insbesondere über das Thema eHealth-Strategie hatte sich über fast vier Stunden in unterschiedlichen Formen entwickelt und ging ihrem Ende zu. Die letzte Frage aus dem Plenum war direkt und persönlich, richtete sich an alle vier Referenten und läutete sozusagen die Schlussrunde ein: Was haben Sie heute Vormittag gelernt, was nehmen Sie aus der Diskussion mit?

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

Jeder der vier Referenten, allesamt erfahrene Diskussionsredner, hätte jetzt wortreich wenig oder gar nichts sagen können, hätte ins Allgemeine gehen („wichtige Anstöße“, „wertvolle Erkenntnisse“) oder das Grundsätzliche bemühen können („solche Diskussionen sind immer erkenntnisreich“) oder, oder, oder. Aber nein, es kamen sehr konkrete Antworten und es wurden Beispiele für Erkenntnisgewinne angeführt, die sich auf Diskussionsstränge des Vormittags bezogen. Dabei ging es nicht um die großen neuen Erkenntnisse. Aber man spürte, dass alle tatsächlich etwas gelernt hatten und etwas aus der Veranstaltung mitnehmen konnten. Ein wichtiges Ziel der E-HEALTH-KLAUSUR, nämlich einen echten Dialog, einen Erkenntnis fördernden Diskurs zu ermöglichen, war offensichtlich erreicht worden.

Wie gesagt, nichts Spektakuläres war da geschehen, aber etwas, was bei mir diesen Aha-Effekt erzeugte, was für mich einer dieser besonderen Momente war. Denn viele der Diskussionen zwischen Industrie, Politik und Selbstverwaltung sind in unserer Branche, sind im eHealth-Bereich nicht gerade durch Offenheit und wirklichen Dialog gekennzeichnet. Meist geht es um Positionen, um Forderungen, um Angriff und Abwehr oder um taktische Argumente. Meist steht (oft durchaus nachvollziehbar) die Interessenvertretung im Vordergrund und nicht der Dialog. Das wollten wir mit dem neuen Veranstaltungsformat E-HEALTH-KLAUSUR durchbrechen. Wir wollten, in Kooperation mit der conhIT, einen Ort, eine Gelegenheit schaffen, die den offenen, nicht von den Einzelinteressen geleiteten Diskurs ermöglicht und fördert. In dem besagten „kleinen Moment“ im altehrwürdigen Mönchsrefektorium des Klosters Eberbach hatte ich das Gefühl, dass dies gelungen ist.

» Jeder der vier Referenten auf dem Podium, allesamt erfahrene Diskussionsredner, hätte jetzt wortreich wenig oder gar nichts sagen können. «

ALS DISKUSSIONSPLATTFORM versteht sich auch unser Magazin schon seit seiner Gründung. Diese jährt sich übrigens in diesem Frühjahr zum zehnten Mal. Man mag es selbst nicht recht glauben, E-HEALTH-COM hat die erste Dekade hinter sich und ist, so wird uns jedenfalls rückgespiegelt, tatsächlich zu einer Diskussionsplattform für die eHealth-Community geworden. Aber hier geht es nicht um die Zeitschrift selbst und nicht um ihren zehnten Geburtstag, der in der nächsten Ausgabe gebührend gewürdigt und auf der conhIT auch ein wenig gefeiert werden wird. Hier geht es um die mir immer besonders wichtige Funktion als Diskussionsplattform, mit der wir in diesem Januar im Kloster Eberbach erstmals Neuland betreten haben.

Neben dem Printmagazin und dem Internetportal haben wir jetzt auch ein Veranstaltungsformat ins Leben gerufen, das ebenfalls dem Anspruch folgt, den Diskurs, die Verständigung in der Branche und in der ganzen eHealth-Community zu fördern. Ich wünsche mir, dass auch dieses Format wachsen und gedeihen wird. Dann kann ich sicherlich noch öfters solche kleinen Momente erleben, in denen sich ganz unspektakulär etwas Besonderes und Neues ankündigt.

conhIT

Connecting Healthcare IT

19.–21. April 2016

Messegelände Berlin

Industrie-Messe
Kongress
Akademie
Networking

Wissen wird belohnt: conhIT-Nachwuchspreis 2016

Es winken Preisgelder in einer Gesamthöhe von 5.000 Euro!

Noch bis zum **14. März 2016** können sich Studierende mit ihrer praxisorientierten **Bachelor- oder Masterarbeit** bewerben.

Abschlussarbeiten aus den Bereichen:

- E-Health
- Gesundheits-IT
- Gesundheitsmanagement
- Gesundheitsökonomie
- Healthcare Management
- Medizin- und Gesundheitsinformatik

Infos zum Nachwuchspreis und zu weiteren Karriereangeboten der conhIT unter **www.conhit.de**

Sponsoren: CGM CompuGroup Medical · ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen · KYOCERA Document Solutions · medatixx Damit die Praxis läuft.

In Kooperation mit BVMI Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V · gmds

Unter Mitwirkung von KHIT · CIO-UK

Veranstalter: bvitg

Organisation: Messe Berlin

Man kann nicht alles haben.

Wer sagt das denn?

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

Besuchen Sie uns:

conhIT Berlin
19.04.2016 - 21.04.2016
Stand B-104 Halle 1.2

Auf Gesundheit fokussiert agieren

AGFA HealthCare