

Voraussetzungen für eine vernetzte Versorgung

Ein Diskussionsbeitrag zum Thema Interoperabilität

Kontakt:

Kim Becker

Projektmanagerin

Interoperabilität und Standardisierung

kim.becker@bvitg.de

www.bvitg.de



In einer zunehmend digital unterstützten Gesundheitsversorgung rückt das Thema „Interoperabilität“ vermehrt ins Zentrum der fachlichen und fachpolitischen Diskussion. Entsprechend definiert die jüngste Gesetzgebung Instrumente, um vermeintliche und tatsächliche Probleme der Interoperabilität zu lösen. Häufig genug entstehen auf diese Art und Weise jedoch Lösungen, die nicht den Anforderungen des Marktes entsprechen bzw. grundsätzliche Herausforderungen nicht adressieren und somit nur bedingt wirken.

Der Begriff Interoperabilität wird häufig interessengetrieben interpretiert, bzw. mit pauschalen Anforderungen an einen für jedermann nutzbaren Zugriff auf Daten in einem Programm gleichgesetzt. In der Definition der Informatik beschreibt Interoperabilität die Fähigkeit zweier informationstechnischer Systeme zur gemeinsamen Be- und Verarbeitung von Daten. Voraussetzung hierfür ist, dass durch die miteinander interoperablen Systeme Daten erfasst, aufbereitet, übertragen, empfangen und nach Empfang weiterverarbeitet werden können. Interoperabilität ist somit weit mehr als der bloße Austausch von Daten selbst.

Damit eine so verstandene Interoperabilität zuverlässig und mit einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis funktionieren kann, sind für alle Beteiligten verbindliche eindeutige Vereinbarungen und Regeln notwendig. Für einen verlässlichen Austausch von Informationen werden Funktionsbeschreibungen für die Erfassung und Verarbeitung der Daten ebenso benötigt wie Standards für Syntax und Semantik der Datenaustauschformate. Ebenso sind einheitliche Vereinbarungen zur Authentifizierung, Signatur, Verschlüsselung und zum Übertragungsweg zu treffen.

Internationale Standards und Profile

Digitalisierung macht nicht an nationalen Grenzen halt. Daher arbeiten Expertinnen und Experten seit vielen Jahren über Landesgrenzen hinweg, basierend auf verständlichen und transparenten Prozessen, an Interoperabilitätsprofilen und Standards mit. Der bvitg ist Mitglied bei HL7 Deutschland und IHE Deutschland, wo sich auch eine Vielzahl an Expertinnen und Experten – vornehmlich aus Industrie und Wissenschaft – aktiv einbringen. Die im Ergebnis dieser Standardisierungsprozesse entstandenen Interoperabilitäts-Profile beweisen weltweit im täglichen Einsatz ihre Praxistauglichkeit.

IHE

Integrating the Healthcare Enterprise kurz IHE ist eine Initiative von Anwendern und Herstellern, die das Ziel verfolgt, den Datenaustausch zwischen IT-Systemen zu harmonisieren und standardisieren. Es werden Anforderungen aus der Praxis in Use Cases definiert, technische Leitfäden entwickelt und relevante Standards identifiziert. Die Interoperabilität der Systeme kann bei internationalen Connectathons getestet werden. Die Schwerpunkte von IHE liegen auf der Entwicklung von Profilen und Prozessen. Dabei werden keine eigenen Standards entwickelt, sondern auf etablierte Standards, wie z.B. HL7, DICOM usw. zurückgegriffen.

HL7

Health Level 7 kurz HL7 ist eine internationale Organisation, die Standards für den elektronischen Austausch von Daten zwischen Organisationen im Gesundheitswesen und deren IT-Systemen entwickelt. Es gibt mehrere HL7 Standards: **HL7 Version 2** zum Austausch von Daten. Version 2 findet überwiegend Anwendung in Krankenhäusern. **HL7 Version 3** basiert auf XML und dient dem sektorübergreifenden Nachrichtenaustausch. **CDA** ist ein Teil der Version 3 und dient der Definition von Strukturen und Inhalten medizinischer Dokumente. **FHIR** beschreibt Datenformate und Elemente und bietet eine API zum Datenaustausch zwischen Softwaresystemen an.

In der Bundesrepublik werden international wissenschaftlich erarbeitete, allseits akzeptierte, auch unter deutscher Beteiligung definierte Standards regelhaft durch für Hersteller verpflichtende Vorgaben des Gesetzgebers und der Selbstverwaltung ignoriert, proprietär verändert oder sogar vollständig neu definiert. Dies hat zur Folge, dass die technischen, funktionalen und wirtschaftlichen Vorteile eines standardisierten Ansatzes nicht zum Tragen kommen. Ebenfalls entstehen dadurch zusätzliche Kosten für das Gesundheitssystem sowie für die Unternehmen, insbesondere, wenn diese auch in anderen Ländern agieren. Ohne bzw. nur unter formaler Beteiligung der Industrie entwickelte Vorgaben können keine ausreichende Praxisreife erlangen.

Durch eine aktive, verbindliche und transparente Einbindung aller Beteiligten könnte dies vermieden werden.

Mehrwerte durch strukturierte Daten

Für die Transformation der heute zumeist in unstrukturierter Form – als einfaches PDF oder gar auf Papier – vorliegenden behandlungsrelevanten Dokumente muss es Konzepte geben. Eine weiterhin regelhaft analoge Kommunikation bzw. der Versand von Dokumenten per Post oder per Fax werden eine konsequente und erfolgreiche Digitalisierung massiv verzögern. In der Praxis besteht heute vielfach keine Motivation, Daten strukturiert zwischen Systemen auszutauschen, solange ein PDF die vermeintlichen Anforderungen der Anwender „ist druckbar“ und „ist faxbar“ erfüllt. Die Bereitschaft in strukturierte Datenerfassung zu investieren ist gering, da die damit verbundenen Mehrwerte der digitalen Kommunikation allein bereits durch die aktuellen Vergütungsstrukturen und fehlende Anreizmodelle konterkariert werden.

Industrie liefert bereits interoperable Lösungen

Durch die wachsenden Anforderungen an eine kollaborative Kommunikation gibt es jedoch bereits diverse Initiativen zur Entwicklung standardkonformer Lösungen bei den Unternehmen und etablierte Prozesse. Der Vorwurf, Systeme seien nicht interoperabel, kann in seiner Grundsätzlichkeit nicht aufrechterhalten werden. Das enge Netz der Zusammenarbeit einer Vielzahl hoch komplexer Systeme macht die Kooperation zwischen Herstellern zwingend nötig. Es gibt schon heute funktionierende Interoperabilität zwischen Systemen und es besteht die Möglichkeit, Daten zwischen Systemen auszutauschen.

Patientnutzen von Interoperabilität

Nur Daten, die vollständig und ohne Verluste ausgetauscht werden und deren Bedeutung und Interpretation eindeutig geregelt sind, können den Versorgungsprozess optimieren und zur Patientensicherheit beitragen:

- Erhöhung von Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung sowie der Effizienz der Prozesse.
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen reduziert Kosten.
- Entscheidungsunterstützung des Arztes zur optimalen Behandlung der Patienten.

Aktivitäten des bvitg

Der bvitg setzt sich für die Nutzung internationaler Standards ein. Dazu zählen frühe Initiativen, wie der VHitG-Arztbrief aus dem Jahr 2006, der in Zusammenarbeit mit den Standardisierungsorganisationen entwickelt wurde. Jüngere Initiativen, wie die Handlungsempfehlungen des bvitg bei der Implementierung von Aktenschnittstellen, werden von den verantwortlichen Stellen nur in Teilen berücksichtigt. Darin werden Lösungen aufgezeigt, um Aktensysteme der Versicherungen unter Nutzung von einheitlichen, interoperablen Schnittstellen, zeitnah und mit vertretbarem finanziellem Aufwand an Primär- und Sekundärsysteme anzuschließen. Die Industrie unterbreitet ebenfalls zu anderen digitalen Geschäftsvorfällen konstruktive Vorschläge, etwa bei der Umsetzung des elektronischen Rezepts sowie der elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung. Hier entwickeln jedoch Akteure der Selbstverwaltung im Wettbewerb zueinander unterschiedlichste technische und prozessuale Modelle, die nicht kompatibel zueinander sind. Die von der Industrie vorgeschlagenen, auf internationalen Standards beruhenden Konzepte werden selten übernommen bzw. derart verändert, dass der standardisierende Charakter abhandenkommt und eine proprietäre Lösung daraus entsteht. Die Expertise aus Industrie, Wissenschaft und der Selbstverwaltung muss bei der Digitalisierung auf Augenhöhe verbindlich und transparent zusammengeführt werden, wenn Interoperabilität erfolgreich gefördert werden soll.

www.bvitg.de

gematik und Vesta

Der gematik kommt bei der Vernetzung des Gesundheitssystems eine zentrale Rolle zu. Die jüngst erfolgte Übernahme von 51% der gematik durch das Bundesgesundheitsministerium sorgt für klare Verantwortlichkeiten und birgt damit große Chancen. Auch eine konsequente Umsetzung der Planungsstudie Interoperabilität aus dem Jahr 2014 und eine entsprechende Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnis Vesta sind dringend nötig. Insbesondere die Vorgaben der gematik zur Umsetzung der elektronischen Patientenakte der gematik sind maßgeblich für viele weitere darauf aufsetzende Dienste und müssen trotz aktueller Herausforderungen schnellstmöglich auf den Weg gebracht werden; mit einem klaren Bekenntnis zu internationalen Standards.

Finanzierung

Eine häufig wahrnehmbare Behauptung ist, dass zwar Schnittstellen existierten, unverhältnismäßig hohe Preise dieser Schnittstellen Interoperabilität dennoch verhindern würden. Interoperabilität zum Nulltarif jedoch kann und wird es nicht geben, da selbst die Investitionen in standardisierte Schnittstellen ein kontinuierliches Engagement in Gremien einerseits und Entwicklungs- und Pflegeaufwand andererseits benötigt. Bei konsequenter Nutzung internationaler Standards und der damit verbundenen Wiederverwendbarkeit bereits bestehender Lösungen werden die Kosten mittelfristig geringer sein als bei immer neuen, proprietären Vorgaben.

Fazit

Interoperabilität ist kein Selbstzweck, sondern dient dem Ziel, Gesundheitsversorgung zwischen Behandlern, Einrichtungen und Sektoren wirtschaftlich gewährleisten zu können. Damit dies geschieht, müssen die dazu nötigen Regularien verbindlich für alle Akteure gelten. Bei deren Spezifikation müssen die Anforderungen des Marktes und bestehende Spezifikationen berücksichtigt und Anreize für die Nutzer geschaffen werden, in interoperable Systeme zu investieren. Schnittstellen in den Systemen verpflichtend vorzugeben, zahlt alleine nicht auf das Ziel ein, eine vernetzte Versorgung tatsächlich zu ermöglichen. Um eine gesamtheitliche Datennutzung tatsächlich zu etablieren, sind die Versorgungsprozesse und deren Vergütungsmodelle auf eine patientenzentrierte, ganzheitliche Sichtweise auszurichten.

Folgende Thesen bietet der bvitg als Grundlage für weitere Diskussionen an:

Thesen

1. Die Selbstverwaltung und alle weiteren durch die Gesetzgebung beauftragten Organisationen sowie geförderte Projekte sollten verpflichtend auf verfügbare, nach Möglichkeit praxiserprobte Standards auf der Basis internationaler Erfahrungswerte zurückgreifen.
2. Sofern international existierende Lösungen noch nicht vollständig auf den deutschen Anwendungsfall passen, sollten im Rahmen der etablierten Prozesse der Standardisierungsorganisationen einheitliche deutsche Erweiterungen entwickelt und verpflichtend genutzt werden.
3. Die Bundesregierung sollte das Engagement in den Standardisierungsorganisationen finanziell fördern und gemeinsam mit der Industrie an europäischen Projekten (z. B. Empfehlungen der Kommission zur Patientenakte) mitwirken. Gleichzeitig müssen die weltweit etablierten und bewährten Prozesse einer qualitätsgesicherten Entwicklung von Standards respektiert und die Rahmenbedingungen der Standardisierung in dem jeweiligen nationalen Projekt berücksichtigt werden.
4. Die operative Ebene der gematik muss insbesondere in Bezug auf die Praxistauglichkeit ihres Handelns gestärkt werden und die Gesellschafterversammlung ihren Fokus künftig auf ausschließlich strategische Entscheidungen legen.
5. Die Industrie und die Standardisierungsgremien müssen in der gematik – auch organisatorisch – eine deutlich stärkere Stimme erhalten. Die aktuelle Ausgestaltung der Partizipation der Industrie im Beirat der gematik ist unzureichend und daher zeitnah zu reformieren.
6. Die künftigen Spezifikationen der gematik müssen prinzipiell auf internationalen Standards aufsetzen und in internationalen Gremien mitentwickelt werden.
7. Die Verfahren rund um Vesta müssen neu gefasst werden. Die Selbstverwaltung darf nicht länger ohne Bewertung und Validierung der Experten proprietäre Eigenentwicklungen in das Verzeichnis einstellen dürfen.
8. Der Prüfauftrag an die Vesta-Experten sollte neben einer Konsistenzprüfung auch die Anschlussfähigkeit an international etablierte Lösungen und Standards beinhalten.
9. Vesta soll einen Überblick über die zurzeit existierenden Schnittstellen und Standards bieten. Hierfür müssen die eingereichten Profile und Leitfäden zeitnah veröffentlicht und zur Kommentierung freigegeben werden. Der derzeitige Prozess zur Aufnahme und Veröffentlichung muss schneller und transparenter werden.
10. Vorgaben der Selbstverwaltung müssen konsequent auf eine rein digitale Dokumentation und Kommunikation umgestellt werden. Dies betrifft sowohl den ambulanten, den stationären als auch den pflegerischen Bereich. Das Ziel sollte es in diesem Zusammenhang sein, strukturiert Daten zu erfassen, die dann mithilfe semantischer Terminologien und einheitlicher Kommunikationswege zusammengeführt, verarbeitet und ausgewertet werden können.
11. Bei der Entwicklung von semantischen Modellen sind nationale Alleingänge zu vermeiden und europäische/internationale Wege zu bevorzugen.
12. Systemische Anreize für den Einsatz von interoperablen Systemen unter Berücksichtigung von Marktmechanismen und der tatsächlichen Nachfrage von interoperablen Lösungen nach Vorbild des Meaningful Use-Programms in den USA müssen in Deutschland geschaffen werden.

13. Für die Anwender der Systeme müssen Anreizmodelle geschaffen werden, die eine digitale, strukturierte Erfassung von Daten belohnen und den Austausch dieser Daten vergüten. Ohne Anreize für die nutzenstiftende intersektorale Vernetzung von Daten fehlt die Motivation aller Beteiligten, in diese zu investieren.
14. Neue Vorhaben bei der digital unterstützten Versorgung müssen an internationalen Standards ausgerichtet werden. Dies muss auch für Ausschreibungen und die Erstellung von Spezifikationen durch die Selbstverwaltung gelten. Nur so können Anwendungen entwickelt werden, die auch in internationalen Märkten Anklang finden können.
15. Die Akteure des Systems brauchen eine gemeinsame Vorstellung von den nächsten Schritten der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung sowie eine stringente Koordination der Maßnahmen – zwischen den Ressorts, zwischen Bund und Ländern sowie zwischen den Akteuren der Selbstverwaltung und der Forschung. Eine „Kordinierungsstelle eHealth“ ist daher unabdingbar und sollte zügig aufgebaut und damit betraut werden, eine nationale eHealth-Strategie zu entwickeln sowie deren Umsetzung zu überwachen.
16. Die Eingriffe/Vorgaben der Selbstverwaltung bzw. der gematik sollten auf ein Minimum begrenzt sein, um einheitliche Standards als Grundlage für marktwirtschaftliches Handeln bei den umsetzenden Unternehmen zu schaffen.