



KÜNSTLICHE INTELLIGENZ KANN
SOFTWARE ÄRZTLICHE KUNST?
KARDIO APPS WAS DIGITALE
TOOLS LEISTEN UND WAS NICHT
CHINA CHANCEN UND HERAUS-
FORDERUNGEN FÜR START-UPS



INHALT

- 69** Medical Device Regulation
- 70** bvitg-Mitgliederversammlung
- 71** EPA/TSVG
- 72** Kernthema Interoperabilität
- 73** Digitalisierung in der Pflege
- 74** Interview DMEA 2019



Der **BVITG-MONITOR** auf den Seiten 66 bis 75 dieser Ausgabe von **E-HEALTH-COM** wird verantwortet vom Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V., Friedrichstraße 200, 10117 Berlin.

v. i. S. d. P.: Sebastian Zilch

DEUTSCHLAND BRAUCHT EIN eHEALTH-ZIELBILD

Die rasch fortschreitende Digitalisierung ist weltweit ein umfangreiches Querschnittsthema, das in der Regel mehrere Gesellschafts- bzw. Regulierungsbereiche berührt.

Kurze Innovations- und Produktzyklen fordern alteingesessene und traditionsgeprägte Prozesse heraus, eine gesellschafts- und branchenübergreifende Vernetzung eröffnet neue Geschäftsmodelle und die „Plattformisierung“ der Wirtschaft durchdringt und prägt alle Bereiche der Gesellschaft. Dies gilt auch für den Gesundheitsbereich, bei dem neben klassischen gesundheitspolitischen Fragen auch wirtschafts- und forschungspolitische Themen betroffen sind. Die Digitalisierung des Gesundheitssystems führt aktuell von einer Veränderung einzelner Versorgungsprozesse bis hin zur grundlegenden Transformation der Versorgung selbst: u. a. Aufhebung der Sektorengrenzen, individualisierte Behandlung oder Präzisionsmedizin. Im Mittelpunkt steht dabei der Patient, der von einer passiven Teilnahme im Gesundheitssystem nunmehr ins Zentrum der Versorgung rückt und durch die Frei- und Weitergabe seiner Daten aktiv die eigene Behandlung steuert.

DAS eHEALTH-ZIELBILD ALS STRATEGISCHE BASIS

Um diese weitreichenden Transformationsprozesse aktiv zu gestalten, haben bereits verschiedene Staaten ein sogenanntes eHealth-Zielbild und, daraus abgeleitet, eine umfassende eHealth-Strategie erarbeitet und implementiert. Die Regierungen von Estland, Dänemark und den Vereinigten Staaten von Amerika haben erkannt, dass es zur Digitalisierung im Gesundheitssystem neben einzelnen Gesetzesanpassungen und -änderungen, die auf Teilbereiche oder -branchen abzielen, einer klaren Vision sowie

einer eindeutigen Zielbeschreibung bedarf, die gemeinsam von allen an der Versorgung beteiligten Stakeholdern mitentwickelt wird. In anderen Bereichen gibt es vergleichbare Strategien und Zielbildprozesse bereits in Hülle und Fülle: Das „Grünbuch Digitale Plattformen“, das „Weißbuch Arbeiten 4.0“, „Industrie 4.0“ und die Hightech-Strategie der Bundesregierung sind Paradebeispiele für Dialogprozesse, durch die ressortübergreifend ordnungspolitische Handlungsempfehlungen zur erfolgreichen digitalen Transformation erarbeitet wurden. So wurde zum Beispiel im Rahmen des Dialogprozesses rund um das „Grünbuch Digitale Plattformen“ per gemeinsamer Workshops im Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) mit allen Beteiligten ein Anpassungsbedarf des Wettbewerbsrechts identifiziert, bei dem die bestehenden Gesetze an den Wettbewerb in der digitalen Wirtschaft angeglichen werden. Das „Grünbuch“ war letztendlich der Impulsgeber für die im Jahr 2017 verabschiedete Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB).

eHEALTH-ZIELBILD FEHLT BISHER

Laut dem vor einigen Monaten veröffentlichten Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft (DESI), belegt Deutschland im Bereich „digitale Gesundheitsdienstleistungen“ einen „ruhmlosen“ vorletzten Platz. Es bleibt die offene Frage, wieso ein derartiges eHealth-Zielbild bzw. ein Dialogprozess angesichts des offensichtlichen Bedarfs für die Digitalisierung des Gesundheitssystems noch immer nicht existiert. So

schreibt die Bundesregierung im Koalitionsvertrag zwar: „Wir werden das bestehende E-Health-Gesetz im Zuge technologischer Innovationen im Dialog mit allen Akteuren weiterentwickeln und einen konkreten Aktionsplan bis 2020 mit Maßnahmen und Meilensteinen aufstellen“, doch bis dato wurde davon noch nichts umgesetzt. Den Bedarf einer Dialogplattform zur Gestaltung eines eHealth-Zielbildes hat zuletzt das Bundesministerium für Bildung und Forschung in seiner Hightech-Strategie 2025 ausformuliert: in der „Roadmap“ zur Entwicklung und Umsetzung innovativer eHealth-Lösungen und Etablierung einer Dialog-Plattform „Digitale Gesundheit“. Zusätzlich hat im Januar eine branchenübergreifende Verbändeinitiative aus Medizintechnik, Diagnostik, Pharma und IT ein gemeinsames Diskussionspapier veröffentlicht, in dem die Fachverbände zu einer ressortübergreifenden und moderierten Dialogplattform eHealth aufrufen.

Fazit: Da das zuständige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) derzeit unter Hochdruck am Referentenentwurf für das angekündigte Digitalisierungsgesetz arbeitet, eröffnet dies die einzigartige Chance, bereits jetzt den eHealth-Dialogprozess zu initiieren. Die Erarbeitung eines Zielbildes bedarf einer dauerhaften Plattform und den kontinuierlichen Dialog mit allen Beteiligten. Je früher dieser Prozess gestartet wird, desto schneller können die Weichen für eine erfolgreiche Digitalisierung gestellt werden und den Versorgungsalltag der Patienten spürbar entlasten und verbessern. ■



DMEA – ALLES BLEIBT ANDERS!

Die häufigste Frage zum neuen Namen DMEA lautet: Warum? Ganz einfach, weil genau jetzt der richtige Zeitpunkt war und ist, um Konzept, Ausrichtung und Zukunftstauglichkeit einer seit elf Jahren erfolgreichen Fachveranstaltung einer signifikanten Weiterentwicklung zu unterziehen. Ein Jahrzehnt ist in der Zeitrechnung der IT-Welt eine halbe Ewigkeit: 2007 wurde das iPhone eingeführt, heute messen Smartwatches jede Menge Vitaldaten ihrer Träger und Apple ist das am höchsten bewertete Unternehmen der Wirtschaftsgeschichte. Gesundheits-IT ist immer mehr ein ökonomisches und politisches Top-Thema, global und auch in Deutschland. Während also auf allen Ebenen von der Digitalisierung, ihren Folgen, den Vor- und Nachteilen gesprochen wird, präsentieren wir auf der DMEA funktionierende Lösungen und bieten Raum für eine zielführende Diskussion nah an der Versorgung. WIR sind die Branche, setzen Trends und arbeiten schon heute nah an und in der Versorgung. Wir verknüpfen alle Beteiligten und ermöglichen mit unserer Arbeit, unseren Produkten und unseren Ideen eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Auf der DMEA zeigen wir diese Expertise in vielfältigen Anwendungsszenarien. Dabei haben wir die Zukunft fest im Blick, mit der DMEA als einzigartiger Plattform für einen vielfältigen und vernetzten Dialog: von Spezialist zu Spezialist, von Sektor zu Sektor und letztlich immer auch von Mensch zu Mensch. ■

JENS NAUMANN

Vorstandsvorsitzender des bvitg

Neue Mitglieder 2018

Auch im zweiten Halbjahr stieg die Anzahl der Verbandsmitglieder weiter an.

Der bvitg freut sich, mit der Med-Vision AG, der Tiani Spirit GmbH und der Intel Deutschland GmbH weitere Mitglieder im Verband begrüßen zu können.



Die MedVision AG steht als international tätiges Systemhaus für medizinische Datenverarbeitung seit über 25 Jahren für Qualität und Innovation bei der Entwicklung von effizienten und wirtschaftlichen Lösungen im Bereich Standardanwendungssoftware für den medizinischen Sektor.



Die Tiani Spirit GmbH ermöglicht allen Akteuren im Gesundheitswesen einen Orts- und zeitunabhängigen Zugriff auf die medizinischen Daten und verbessert die Entscheidungsgrundlage für Diagnose und Behandlung.



Intels Portfolio an Spitzentechnologie versetzt führende Innovatoren im Gesundheitswesen in die Lage, neue datengesteuerte Lösungen zu entwickeln: Zahlreiche Anwendungsfälle zeigen das Potenzial der optimierten Abstimmung von Hardware und Software.

DMEA 2019 Call for Papers

Noch bis zum 16. November 2018 können sich interessierte Akteure der Healthcare IT für Vorträge in einer der sechs Sessions des DMEA Kongresses 2019 bewerben.

Der „Call for Papers“ richtet sich an interessierte Teilnehmer, die sich ab sofort für die folgenden zehn Kongresssessions bewerben können:

- Innovative Healthcare IT
- Standards und Interoperabilität für Patientensicherheit und innovative Diagnostik und Therapie
- EPA – Nutzen für Ärzte oder Nutzen für Patienten?
- Digitale Transformation in der Pflege – Was ist der Mehrwert?
- Pflege im intersektoralen und interprofessionellen Versorgungsprozess
- Telematikinfrastruktur: aktueller Stand und Perspektive
- Künstliche Intelligenz für Ärzte und Patienten: Chancen und Herausforderungen für die praktische Anwendung
- mHealth – Die Mobile Revolution im Produktivbetrieb
- IT-Sicherheit in der Gesundheitswirtschaft
- Perspektivwechsel: Wer gestaltet morgen die Health IT?

Die Bewerbungsfrist läuft vom 15. Oktober bis zum 16. November 2018. Alle Voraussetzungen und wichtige Hinweise zu einer Bewerbung finden Sie in deutscher und englischer Sprache unter www.dmea.de

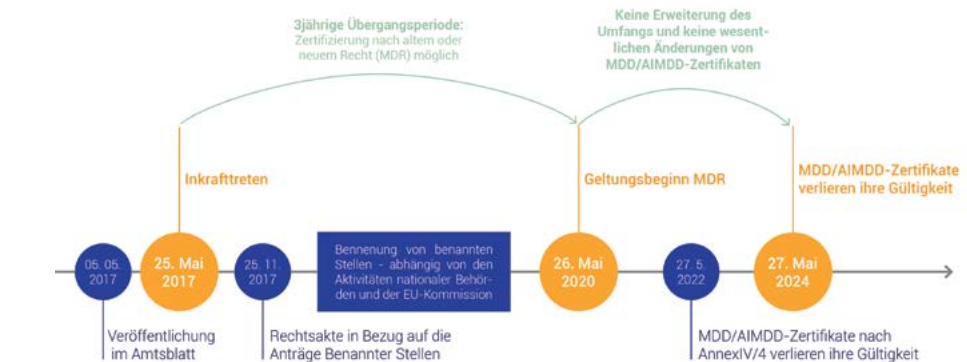
MEDICAL DEVICE REGULATION – DA STEH' ICH NUN...

Im Mai letzten Jahres ist die europäische Medizinprodukte-Verordnung, die Medical Device Regulation (MDR), in Kraft getreten. Gemeinsam mit der EU-Verordnung über In-vitro-Diagnostika (IVDR) ersetzt die MDR die bestehenden Medizinprodukte-Richtlinien.

Fast die Hälfte der dreijährigen Übergangszeit, in der Hersteller ihre Produkte noch nach dem alten Verfahren der geltenden Medizinprodukteverordnung anmelden können, ist bereits verstrichen. Doch nach wie vor unterschätzen viele Softwareanbieter die Tragweite der Verordnung oder ergeben sich abwartend der scheinbaren Übermacht der EU-Legislation.

Dabei ist es wichtig, dass jeder Anbieter von Softwarelösungen im Gesundheitsbereich frühzeitig eine Abschätzung vornimmt, welche Konsequenzen die MDR für seine Produkte hat. So kann beispielsweise ein bloßer Erinnerungsdienst via App als Medizinprodukt definiert werden. Die neue Regel 11 sorgt außerdem dafür, dass die meisten Softwareprodukte in die Klassen IIa oder höher fallen.

Durch die höhere Klassifizierung steigt der Aufwand für Hersteller, weil mehr geplant, geprüft und dokumentiert werden muss, bevor Produkte in Verkehr gebracht werden können. Gleichzeitig sind die Anforderungen an die „Benannten Stellen“ verschärft worden, sodass es nach der neuen



Quelle: TÜV Süd

Rechtsprechung derzeit weniger autorisierte „Benannte Stellen“ gibt – bei gleichzeitig steigendem Zulassungsbedarf für neu als Medizinprodukt eingestufte Softwarelösungen. Zu einem erhöhten finanziellen Aufwand kommt also auch noch ein erhöhter zeitlicher Aufwand, der eine frühzeitige Planung und Auseinandersetzung mit der MDR zwingend notwendig macht.

Softwarehersteller sollten sich daher zeitnah mit der MDR und ihren ökonomischen Folgen auseinandersetzen. Der bvitg wird hierzu im Herbst/Winter dieses Jahres ein Seminar mit einem Fachexperten anbieten, um sich zu relevanten Beispielfällen austauschen zu können. ■

DIE RELEVANZ DER MDR ERGIBT SICH FÜR IHR UNTERNEHMEN U.A. AUS DEN NACHFOLGENDEN FRAGEN:

- 1. Abgrenzung:** Ist mein Produkt ein Medizinprodukt?
- 2. Klasse:** Fällt mein Produkt nach der Klassifizierungsregel 11 in die Klasse IIa oder höher?
- 3. Klinische Bewertung:** Was sind die Anforderungen an Zweckbestimmung, klinischen Nutzen, Wirksamkeitsnachweis etc.?
- 4. Benannte Stellen:** Wer ist mein Ansprechpartner?
- 5. UID:** Welche neuen Anforderungen ergeben sich durch die eindeutige Produktidentifizierungsnummer (UID) für die Etikettierung von Medizinprodukten?

SOFTWARE ALS MEDIZINPRODUKT

- Software ist ein Medizinprodukt, wenn sie einem in der Definition aufgeführten medizinischen Zweck dient und überdies die Hauptwirkung nicht „im oder am menschlichen Körper“ ausschließlich durch pharmakologische oder immunologische Mittel bzw. metabolisch erreicht werden kann.
- Software für allgemeine Zwecke ist kein Medizinprodukt, auch wenn sie in Zusammenhang mit der Gesundheitspflege genutzt wird.
- Software, die ausschließlich zur Datenarchivierung, -sammlung und -übertragung genutzt wird, ist ebenfalls kein Medizinprodukt.

THEMEN, TRENDS UND VORSTANDSWAHLEN

Am 20. September tagten zahlreiche bvitg-Mitgliedsunternehmen im Rahmen der zweiten Mitgliederversammlung des Jahres, um gemeinsam branchenrelevante Themen zu lokalisieren, zu analysieren und zu diskutieren.



bvitg-Vorstand im Amt bestätigt: (v.l.) Uwe Eibich, Andreas Kassner, Winfried Post, Christoph Schmelter und Jens Naumann

Der Spätsommer zeigte sich Ende September noch einmal von seiner besten Seite, als sich zahlreiche Vertreter und Vertreterinnen der bvitg-Mitgliedsunternehmen zur zweiten Jahresversammlung des Bundesverbandes Gesundheits-IT in den Räumen der Agfa HealthCare GmbH in Bonn trafen.

Neben der Beschlussfassung des für 2019 geplanten Budgets berichteten die zuständigen Vorstände gemeinsam mit den Referenten aus der Geschäftsstelle zu den verschiedenen Arbeitsbereichen und -gruppen. Dabei wurden branchenrelevante Inhalte und Themen wie Digitalisierung in

der Pflege, Künstliche Intelligenz, Aktenschnittstellen, ein einheitliches eHealth-Zielbild sowie der aktuelle Stand des Markenrelaunches der DMEA – Connecting Digital Health präsentiert.

Bei der anschließenden Vorstandswahl bestätigten die Verbandsmitglieder den bestehenden Vorstand für ein weiteres Jahr im Amt. Die Arbeitsteilung des Gremiums bleibt ebenfalls erhalten: Jens Naumann (medatixx GmbH & Co. KG) ist somit der aktuelle Vorstandsvorsitzende des bvitg, Andreas Kassner (3M Health Information Systems) stellvertretender Vorstandsvorsitzender, Uwe Eibich

(CompuGroup Medical Deutschland AG) Finanzvorstand, Winfried Post (Agfa HealthCare GmbH) und Christoph Schmelter (DMI GmbH & Co. KG) weitere Mitglieder im Vorstand.

„Mit der Strategie 2021 haben wir klare Ziele für die Zukunft des Verbandes formuliert. Das eindeutige Votum der Mitglieder zeigt nun, dass deren Ausgestaltung bislang überzeugt hat und motiviert uns, diesen Weg konsequent weiterzugehen“, erklärt Jens Naumann, Vorstandsvorsitzender des bvitg.

Am Vortag der Mitgliederversammlung trafen sich bereits die Leiter der bvitg-Arbeitsgruppen zusammen mit dem Vorstand, der Geschäftsführung sowie den zuständigen Referenten, um gemeinsam aktuelle und zukünftige Trends und Themen zu erarbeiten. Hierbei wurden auch inhaltliche Überschneidungen der verschiedenen Arbeitsgruppen ermittelt, bei denen die interdisziplinäre Zusammenarbeit noch weiter verstärkt werden soll. Zum Abschluss erfolgte die umfassende Schulung aller Anwesenden zum Thema kartellrechtskonformer Verbandsarbeit, wie sie im Code of Conduct des bvitg definiert wurde.

Den ebenfalls am 19. September erfolgten bvitg-Kaminabend eröffnete Benno Legler (WifOR GmbH) mit einem kurzen Vortrag über das gemeinsame Marktforschungsprojekt von bvitg und WifOR zur „Analyse des ökonomischen Fußabdrucks von Healthcare IT in Deutschland“. ■

EPA/TSVG

Die elektronische Patientenakte kommt! Ist das deutsche Gesundheitssystem bereit?

Nun endlich soll sie kommen! Die elektronische Patientenakte soll nach dem Willen des Gesetzgebers ab 2021 für jeden gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen und das ehemalige Patientenfach in die Akte überführen. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das derzeit das parlamentarische Verfahren durchläuft, legt somit nach dem E-Health-Gesetz 2015 einen ersten Grundstein für die flächendeckende Einführung und Implementierung der elektronischen Patientenakte. Doch während bei allen Beteiligten in der Gesundheitsversorgung Einigkeit darüber herrscht, dass eine digitalisierte Akte kommen wird, gehen die Meinungen zur Ausgestaltung einer solchen Akte aktuell noch weit auseinander. Nach wie vor ist unklar, wie die Gesundheitsdaten aufbereitet und wo sie in welchem Format gespeichert werden. Zudem ist noch immer ungewiss, wie der Gesetzgeber den freien und fairen Wettbewerb zwischen den bereits etablierten Aktenmodellen und den am Markt verfügbaren Akten in Zukunft gestalten wird. Nur freier Wettbewerb kann auch zukünftig Innovation und Qualität sicherstellen. Eine erst kürzlich „aufgetauchte“ PowerPoint aus dem Bundesministerium für Gesundheit, der überarbeitete Kabinettsentwurf des TSVG und nun der Letter of Intent geben hier einen ersten Einblick.

Die Einführung der Akte in das deutsche Gesundheitssystem ist keine Frage der technischen Umsetzung, sondern ist eng verknüpft mit vitalen Fragen zu: Datenstruktur, Finanzierung, Standards und Zertifizierungen, Datenhoheit sowie der technischen und semantischen Interoperabilität



und der IT-Sicherheit. Des Weiteren gibt es neben den verschiedenen Aktenmodellen auch unterschiedliche Interessen zu deren Ausgestaltung. Konsens herrscht darüber, dass Patienten die Hoheit über ihre eigenen Daten und Wahlfreiheit bei den Aktenanbietern haben sollen. Mit Blick auf den aktuellen Gesetzesentwurf des TSVG hat sich der GKV-Spitzenverband in dieser Hinsicht durchsetzen können. Im überarbeiteten Entwurf wurde den Krankenkassen dazu explizit ein Recht zur weiteren Ausgestaltung von gematik-zertifizierten Akten eingeräumt. Ob der Spitzenverband sich mit seiner Forderung eines alleinigen Anrechts für Kassen, Akten anbieten zu dürfen, durchsetzen kann, bleibt weiterhin offen. Eine derartige Regulierung würde jedoch durch fehlenden Wettbewerb stark zulasten marktwirtschaftlicher Innovationen gehen und den Kassen ein (Quasi-)Monopol ermöglichen. Anstatt den Markt an dieser Stelle einzuschränken, sollte der Gesetzgeber den freien und fairen Wettbewerb fördern und damit die Wahlfreiheit der Patienten stärken.

Mit Blick auf die Zertifizierung fordert die Kassenärztliche Bundes-

vereinigung (KBV) die alleinige Zertifizierungshoheit für alle ärztlichen Befunde und Dokumentationen weit über den vertragsärztlichen Bereich hinaus. Nach aktuellem Informationsstand soll das BMG dieser Forderung der KBV bereits nachgekommen sein. Nun gilt es unbedingt zu vermeiden, dass erneut proprietäre Standards und nationale Insellösungen geschaffen werden. Eine aktive Beteiligung von Industrie und Wissenschaft bei der Erarbeitung dieser Standards muss eine absolute Grundvoraussetzung sein, um eine praxisnahe Implementierung in die Primärsysteme der Ärzte zu ermöglichen.

Fazit: Auch knapp vier Jahre nach der Einführung des E-Health-Gesetzes fehlt es weiterhin an einem einheitlichen Konzept für die flächendeckende Einführung einer elektronischen Patientenakte. Während eine „Step-by-step“-Anpassung der einzelnen Vorschriften voranschreitet, rutscht Deutschland laut der erst kürzlich veröffentlichten Studie der Stiftung München zum Stand der Implementierung der elektronischen Patientenakte in das unterste Drittel ab. Note: mangelhaft. ■

KERNTHEMA INTEROPERABILITÄT

Interoperabilität ist mit Blick auf die Health IT in Deutschland ein zentrales Thema, wenn es um die globale Zukunfts- und Konkurrenzfähigkeit der hiesigen Gesundheitswirtschaft geht.

Kommt ein Berliner in ein Café in Duisburg und bestellt einen Pfannkuchen. Dienstbeflissen zügig wird dem Gast aus der Hauptstadt der Wunsch erfüllt und ein saftiger, dampfender Eierkuchen serviert. Sehr appetitlich, jedoch nicht die Süßspeise, die erwartet wurde. Berliner bestellen eben keine „Berliner“, sondern Pfannkuchen, und der Nordrhein-Westfale brät aus Mehl, Eiern und Milch schmackhafte Pfannkuchen und keine Eierkuchen.

Ein klassisches Interoperabilitätsproblem, wie es auch täglich im deutschen Gesundheitssystem anzufinden ist. Damit Interoperabilität funktionieren kann, sind klare Vereinbarungen und Regeln notwendig, die für alle Beteiligten gleichermaßen gelten. Ähnlich wie in der Entwicklung und Anwendung von Sprache gilt es, je nach Zielsetzung der Kommunikation, möglichst viele Störfaktoren zu neutralisieren, um Ungenauigkeiten, Missverständnisse und Unschärfen und damit Fehler im Informationsaustausch zu vermeiden.

Dass es speziell in der Gesundheitsversorgung noch erheblichen Abstimmungsbedarf gibt, zeigt die aktuell von der KBV spezifizierte Archiv- und Wechselschnittstelle. Als Basis für die Wechselschnittstelle verwendet die KBV zwar den Standard HL7® FHIR®, nutzt aber eine spezielle „digitale Mundart“, die im Gegensatz zu gängigen Entwicklungsparadigmen steht. Generell ist die Verwendung des FHIR-Standards also durchaus wünschenswert und wertvoll, wenn dabei die gängigen Entwicklungsnormen beachtet werden, um proprietäre Lösungen zu verhindern. Der Erstellungsprozess für Schnittstellen muss nach den sogenannten FRAND-Regeln (Offenheit, Transparenz etc.) erfolgen. Für die Archiv- und Wechselschnittstelle wären das die HL7-Entwicklungsparadigmen – nur so kann gewährleistet werden, dass alle Experten Kommentare abgeben und diese im Rahmen der Spezifizierung und Korrektur beachtet werden können. Wir können uns nur vorstellen, wenn wir sowohl die gleiche Sprache sprechen, als auch die dazugehörige Grammatik beherrschen.

Generell beschreibt Interoperabilität die Fähigkeit der Zusammenarbeit von zwei oder mehreren unterschiedlichen heterogenen Systemen. Dabei sollen Informationen und Daten auf effiziente und verwertbare Art und Weise ohne Verlust von Daten ausgetauscht bzw. dem Benutzer zur Verfügung gestellt werden. Es wird zwischen vier verschiedenen Interoperabilitätsstufen unterschieden, der syntaktischen, semantischen, technischen sowie der organisatorischen Ebene.

In der Gesundheitswirtschaft sind die Ebenen der Interoperabilität derzeit unterschiedlich stark ausgeprägt. Im Bereich der technischen/strukturellen Interoperabilität hat sich allgemein das Netzwerkprotokoll TCP/IP durchgesetzt. Über das Netzwerkprotokoll wird somit der Datenaustausch zwischen Computern geregelt. Sowohl bei der semantischen als auch bei der syntaktischen Interoperabilität gibt es bereits positive Beispiele. Im Bereich der semantischen Interoperabilität ist die Nutzung der International Statistical Classification (ICD) ein Beispiel für eine Klassifikation, die in Deutschland verwendet wird. Über die ICD werden durch alle an der (vertragsärztlichen) Versorgung teilnehmenden Ärzte medizinische Diagnosen verschlüsselt. Damit kommt seit über 30 Jahren ein international anerkannter Standard angepasst an die deutschen Erfordernisse in jedem deutschen Krankenhaus und in jeder deutschen Arztpraxis zum Einsatz. Auf der organisatorischen Ebene kann als Beispiel das Ultrakurzformat (UKF) für den bundeseinheitlichen Medikationsplan genannt werden, welches auf dem Standard Fast Healthcare Interoperability (FHIR) basiert und gleichzeitig den Prozess um die Medikation unterstützt. ■

Über die ICD werden durch alle an der (vertragsärztlichen) Versorgung teilnehmenden Ärzte medizinische Diagnosen verschlüsselt. Damit kommt seit über 30 Jahren ein international anerkannter Standard angepasst an die deutschen Erfordernisse in jedem deutschen Krankenhaus und in jeder deutschen Arztpraxis zum Einsatz. Auf der organisatorischen Ebene kann als Beispiel das Ultrakurzformat (UKF) für den bundeseinheitlichen Medikationsplan genannt werden, welches auf dem Standard Fast Healthcare Interoperability (FHIR) basiert und gleichzeitig den Prozess um die Medikation unterstützt. ■

Über die ICD werden durch alle an der (vertragsärztlichen) Versorgung teilnehmenden Ärzte medizinische Diagnosen verschlüsselt. Damit kommt seit über 30 Jahren ein international anerkannter Standard angepasst an die deutschen Erfordernisse in jedem deutschen Krankenhaus und in jeder deutschen Arztpraxis zum Einsatz. Auf der organisatorischen Ebene kann als Beispiel das Ultrakurzformat (UKF) für den bundeseinheitlichen Medikationsplan genannt werden, welches auf dem Standard Fast Healthcare Interoperability (FHIR) basiert und gleichzeitig den Prozess um die Medikation unterstützt. ■

EBENE	AUFGABE	STANDARDS
Syntaktische Ebene	Formulierung von Datenstrukturen	XML, CSV, HL7, FHIR, DICOM, ASCII, JSON usw.
Semantische Ebene	Einheitliches Verständnis der Informationen und des Inhalts	Terminologien wie z.B. LOINC, Klassifikationssysteme wie z.B. ICD-10
Technische/strukturelle Ebene	Austausch von Daten, von einem System zum anderen	Netzwerkprotokolle wie z.B. TCP/IP, FTP, NFS, HTTP usw.
Organisatorische Ebene	Harmonisierte Geschäftsprozesse (Business Architecture)	Kaum Standards

MEHR DIGITALISIERUNG BEDEUTET MEHR ZEIT FÜR MENSCHEN

Die Regierung ist sich der personellen und finanziellen Engpässe des Pflegesektors schon heute bewusst. Zunehmende intersektoral gesteuerte Prozesse entlang der gesamten Versorgungskette werden den Bedarf nach Information, Kommunikation und Dokumentation perspektivisch jedoch noch weiter erhöhen.

Gerade das Thema Pflegebedürftigkeit ist für viele Menschen mit starken Emotionen verbunden. So auch für Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, der in seiner Plenarrede zum Kabinettsentwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) am 27. September 2018 anmerkte: „Diesen Schicksalsschlag, den es bedeutet, pflegebedürftig zu werden, können wir nicht wegreformieren. (...) aber wir können helfen, so gut es geht: durch Unterstützung im Alltag durch ambulante Dienste, durch pflegerische Versorgung, durch finanzielle Anerkennung an so vielen Stellen wie möglich.“

Ein wichtiger Baustein ist hierbei die Digitalisierung in der Pflege. Durch sie lassen sich entscheidende Änderungen effektiv und nachhaltig herbeiführen. Dafür müssen die legislativen Weichen bereits heute im und mit dem PpSG gestellt werden. Investitionen in die digitale Infrastruktur von Pflegeeinrichtungen und Kliniken, Einbeziehung der Anbieter von Gesundheits-IT in die Ausgestaltung interoperabler Prozesse sowie ein festes Datum für den Anschluss der Pflege an die Telematikinfrastruktur sind Grundvoraussetzung für die Schaffung von digitaler Arbeitserleichterung in der Pflege.

Im Rahmen der Expertenanhörung am 10. Oktober im Bundestag erklärte Sebastian Zilch, Geschäftsführer des bvitg, deshalb: „Die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds sehen wir als positives Zeichen, jedoch reicht eine Förderung in Höhe



von 500 Millionen Euro im Vergleich zu einem aktuellen Investitionsstau von über sechs Milliarden Euro nicht aus. Zudem sollte ein regelmäßiger sowie mit Fokus auf Digitalisierung zweckverbundener Mittelzufluss bedacht werden.“ Auch im Bereich der Altenpflege sieht Zilch Verbesserungspotenzial: „Um den komplexen Versorgungsprozess in der Pflege nachhaltig zu digitalisieren und damit Pflegekräfte grundlegend zu entlasten, ist die Verpflichtung zur Umstellung auf elektronische Prozesse notwendig. Gleichzeitig fordern wir eine erhöhte, langfristige und vollum-

fängliche Finanzierung von Digitalisierungsmaßnahmen in der Altenpflege. Eine einmalige Teilfinanzierung wird hier nicht zu nachhaltiger Entlastung führen. Der Gesetzgeber hat bei der Digitalisierung in der Pflege noch ungenutzte Möglichkeiten.“

Nachdrücklich wies der Verband auch darauf hin, dass beim Aufbau von digitalen Versorgungsstrukturen sowie der Definition von Schnittstellen und Terminologien im Bereich Pflege zwingend Standardisierungsgremien und die Industrie einbezogen werden sollten, um proprietäre Lösungen zu vermeiden. ■

DMEA 2019 – So entsteht der Kongress

Juliane Müller, Projekt- und Veranstaltungsmanagerin des bvtig, im Interview mit Prof. Dr. Bernhard Breil, Professor für Gesundheitsinformatik (Systemintegration) im Fachbereich Gesundheitswesen an der Hochschule Niederrhein.



JULIANE MÜLLER

Projekt- und Veranstaltungsmanagerin des bvtig

Eine deiner Hauptaufgaben ist es, dich um den DMEA Kongress zu kümmern. Was wird noch alles passieren, damit wir im April einen tollen Kongress erleben?

Da findet natürlich viel Abstimmung mit dem Lenkungskreis statt. Wir ziehen einen Kongressbeirat und Akademiebeirat zurate, um die Themen festzulegen, daraus werden auch die Verantwortlichen für unsere einzelnen Sessions gewählt. Unseren Lenkungskreis haben wir in diesem Jahr neu eingeführt. Grob gesagt ist der Lenkungskreis den anderen beiden Beiräten übergeordnet und sorgt dafür, dass die verschiedenen Programmelemente ineinandergreifen und mit Themen bespielt werden, die unsere Zielgruppen ansprechen.

Gerade hast du den Lenkungskreis angesprochen. Wer ist denn Mitglied in diesem Lenkungskreis?

Unseren Lenkungskreis haben wir in diesem Jahr neu eingeführt. Die Mitglieder sind Vertreter unserer Kooperationspartner, das heißt bvtig, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V., Chief Information Officers – Universitätsklinik (CIO-UK), der Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter e.V. (KH-IT e.V.) und die Messe Berlin.

Wie kommen wir zu diesen Themen und welche Aufgaben hat dann der Kongressbeirat, wenn der Lenkungskreis da schon einmal grobe Sachen vorgibt?

Der Kongressbeirat ist um einiges größer als der Lenkungskreis und dort haben wir um die 50 Experten aus der Branche, die uns bzw. dem Lenkungskreis erst einmal Input liefern, das heißt dort werden Themen abgefragt, die für das kommende Jahr und auch generell sehr wichtig und interessant für die Branche sind, die zu diesem Zeitpunkt sehr brisant sind oder sein werden und diese gehen dann an den Lenkungskreis und der Lenkungskreis trifft eine Vorentscheidung, und im Kongressbeirat werden dann final die Themen diskutiert und

dort wird auch final entschieden, welche 18 Themen im DMEA Kongress sein werden. Außerdem hat der Kongressbeirat noch die Aufgabe, Kongresssessions zu organisieren, das heißt, dort werden die Verantwortlichen ausgewählt, die sich mit den jeweiligen Themen beschäftigen. Wir nutzen den Kongressbeirat außerdem, um dort auch die einzelnen Sessionverantwortlichen vorschlagen zu lassen, das heißt, wenn es Themen gibt, die sehr speziell sind, werden auch Externe eingeladen, eine Session zu organisieren.

Jetzt hat ja der Kongressbeirat Ende August in Berlin schon getagt. Dürfen wir schon die Themen nennen, die es 2019 ins Kongressprogramm schaffen?

Wir haben weiterhin Themen, die schon seit längerem im Kongress behandelt werden, das wäre z.B. deine Session, die innovative Healthcare IT oder Interoperabilität wird auch wieder Thema sein. Natürlich werden wir auch Themen wie Telemedizin und Homecare haben oder Pflege im digitalen Krankenhaus.

Hören Sie das gesamte Interview unter:
[https://www.ehealth-podcast.de/Folge #62](https://www.ehealth-podcast.de/Folge#62) – DMEA Kongress

TERMINE

DMEA CALL FOR PAPERS

15. Oktober bis 16. November 2018

Noch bis zum 16. November 2017 können sich interessierte Akteure der Healthcare IT für Vorträge in einer der Sessions des DMEA Kongresses 2019 bewerben. Informationen zum Call for Papers stehen online in deutscher und englischer Sprache zur Verfügung.

41. DEUTSCHER KRANKENHAUSTAG

12. – 15. November 2018 | Düsseldorf

www.deutscher-krankenhaustag.de

Der 41. Deutsche Krankenhaustag steht in diesem Jahr unter dem Generalthema „Gemeinschaftsaufgabe Gesundheitsversorgung – kooperativ und effektiv!“

INTEROPERABILITÄTSFORUM

6. – 7. Dezember 2018 | Köln

www.interoperabilitaetsforum.de

Auf dem Forum werden Fragen und Probleme der Interoperabilität in der Kommunikation zwischen verschiedenen Anwendungen vorgestellt, Lösungsansätze dafür eruiert und darauf aufbauend entsprechende Aktivitäten festgelegt.

ZUKUNFT.GESUNDHEIT.DIGITAL DIGITALISIERUNG UND GESUNDHEITSWIRTSCHAFT – WIE WIRD PFLEGE DIGITAL FIT?

20. November 2018 | Berlin

www.bvitg.de

Der bvitg diskutiert gemeinsam mit der Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit die digitale Zukunft der Pflege in Deutschland.

SAVE THE DATE: DMEA 2019 CONNECTING DIGITAL HEALTH

8. – 11. April 2019 | Berlin

www.dmea.de

Die Nachfolgeveranstaltung der conHIT, Europas größtem Event der Gesundheits-IT-Branche, spricht ab sofort noch mehr Ziel- und Fachgruppen aus der Gesundheitsversorgung an. Ziel ist es, in Zukunft die gesamte Versorgungskette in allen Prozessschritten abzubilden.

DISRUPTION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Am 28.09.2018 fand das zweite bvitg-Talente Forum in Berlin statt.



Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen des bvitg-Talente Forum trafen sich in Berlin, um gemeinsam das Thema „Disruption der Gesundheitsversorgung“ zu diskutieren. Dass diese immer schneller voranschreitet, daran ließ Christian Klose (Ständiger Vertreter der Abteilung Digitalisierung & Innovation, BMG) in seinem Impulsvortrag keinen Zweifel. Der Wandel, den das Gesundheitswesen erwarte, sei ähnlich groß wie der des Retailsektors. Dementsprechend sah Christian Lautner (Flying Health Incubator GmbH) dann auch die größte Konkurrenz für eHealth-Unternehmen in den Digitalgrößen: Google, Amazon & Co. drängten immer schneller auf den Markt, den starken Wettbewerb werde letztendlich nur ein Global Player gewinnen. „Am Ende wird Vertrauen ent-

scheiden. Wem vertrauen die Bürger ihre persönlichen Daten an?“ Dass dieses Vertrauen ehrlich verdient sein will, mahnte Dr. Sarah J. Becker, (Institute for Digital Transformation in Healthcare GmbH) bei der Vorstellung ihrer fünf Prinzipien der Datenethik an. Den insgesamt sechs Kurzvorträgen im Pecha-Kucha-Format folgten lebhaftere Diskussionen der Teilnehmer – darunter auch Vertreter aus Politik, Presse und befreundeten Verbänden – und die Wahl des neuen bvitg-Talente Sprechers und seines Stellvertreters. Lucas Fandrey (Philips) löst Monika Rimmele (Siemens Healthineers) auf dieser Position ab, die nach zwei Jahren nicht mehr zur Wahl antrat. Zu seinem stellvertretenden Sprecher der bvitg-Talente wurde Stefan Krebs (Cerner Deutschland) gewählt. ■