



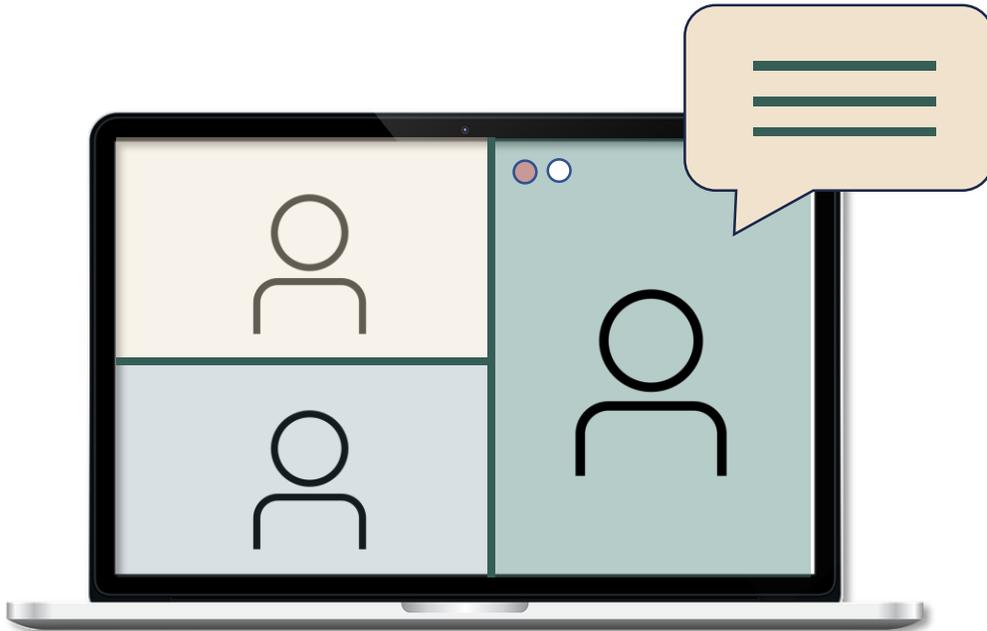
INTEROP COUNCIL
for digital health in Germany

2. öffentliche Interop Council Sitzung 2023

12.09.2023 | Axica in Berlin + Livestream | öffentlich



Willkommen zur 2. öffentlichen Sitzung des Interop Councils 2023



Formelle Eröffnung der Sitzung und Genehmigung der Tagesordnung durch Vorsitzende Fr. Prof. Dr. Thun:

- Anwesenheit und Feststellung der Beschlussfähigkeit
- Feststellung der Ordnungsmäßigkeit der Einladung und der Beratungsunterlagen
- Feststellung der Gewährleistung der Öffentlichkeit der Sitzung
- Offenlegungserklärung
- Protokollierung erfolgt durch: Koordinierungsstelle

2. öffentliche Sitzung 2023

12.09.2023, 13:00 – 17:00 Uhr

1

Begrüßung und Protokoll

2

Updates

3

Impuls zum Digitalgesetz

4

Ergebnisvorstellung und Diskussion
Arbeitskreis „Pflege Journey“



Pause / ca. 14:50 – 15:10 Uhr

5

Ergebnisvorstellung und Diskussion
Arbeitskreis Analyse der Effizienz der Archiv-
und Wechselschnittstelle

6

Vorschlag und Beschluss von zwei neuen
Arbeitskreisen

7

Fazit und Ausblick

Umfrage

Welcher Punkt auf der Agenda ist für Sie am interessantesten?

- a) Updates
- b) Impuls zum Digitalgesetz
- c) Ergebnisse AK Pflege Journey
- d) Ergebnisse AK Archiv- und Wechselschnittstelle
- e) Vorstellung neuer Arbeitskreise

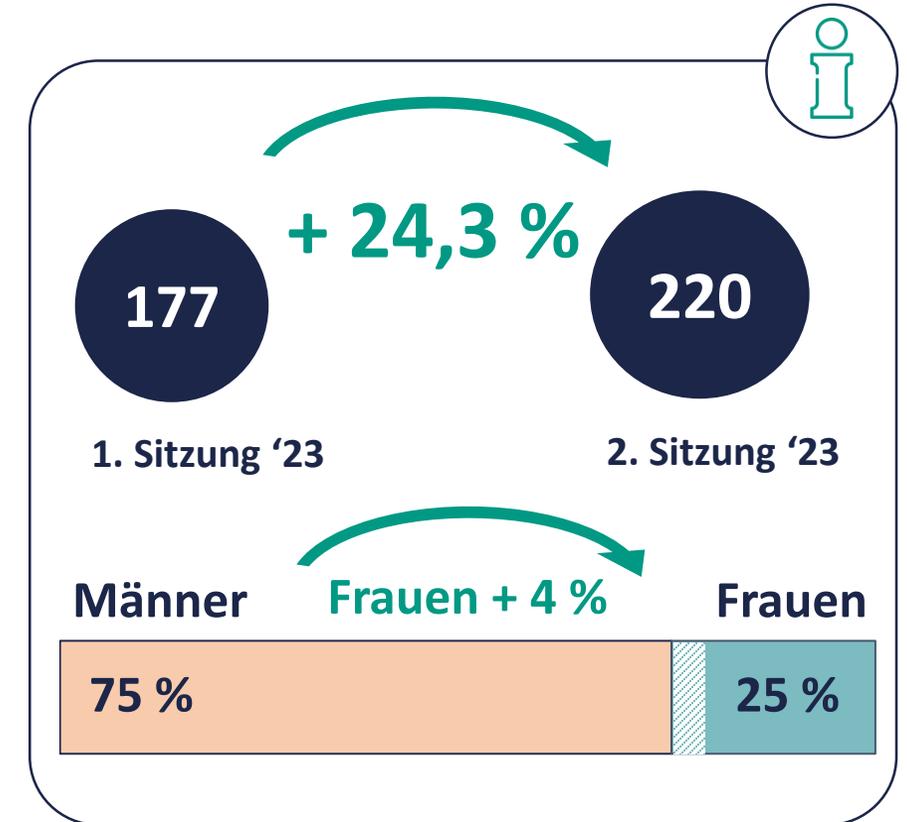
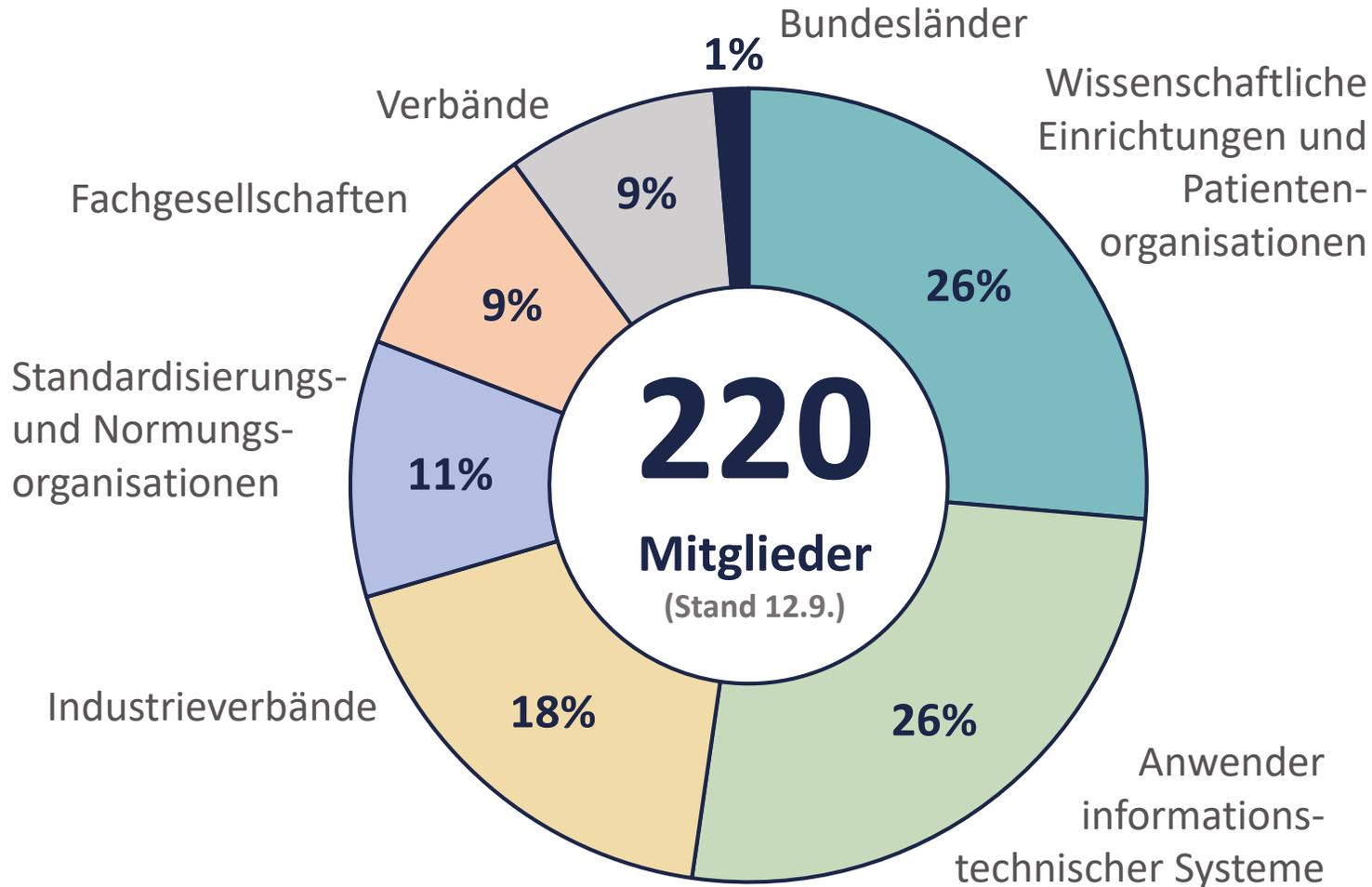


<https://interop-council-sitzungen.de/de/fg342llsd>

2 Updates



Zahlen, Daten & Fakten zu den Mitgliedern des Expertenkreises



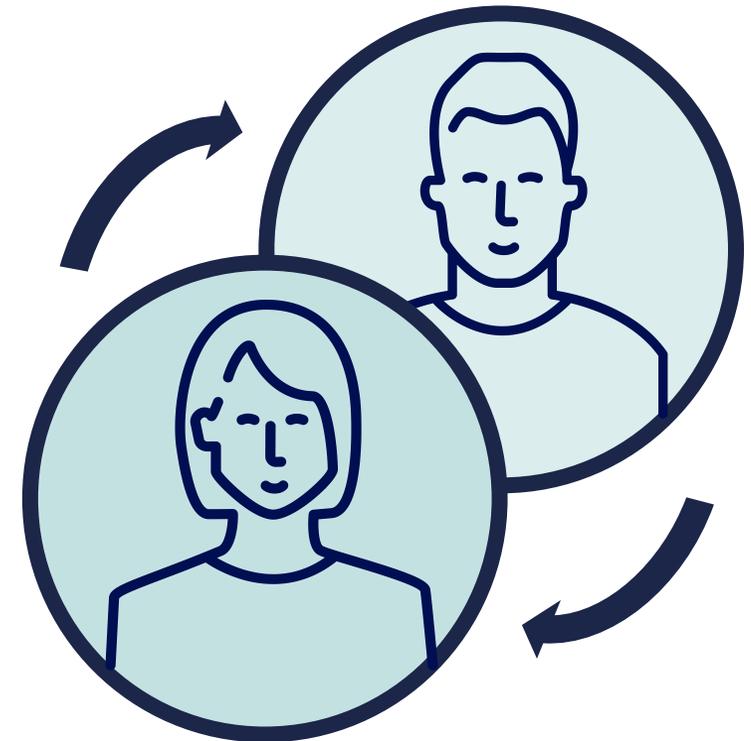
Interop Council wird verstärkt

Warum?

- **zunehmende Aufgaben** bei Umsetzung der Interop-Roadmap
- Tandem unterstützt **fachliches Sparring und sichert Kontinuität**
- **Expertise-Spektrum** kann zielführend ergänzt werden

Wie?

- **Jedes** ordentliche Interop Council **Mitglied benennt** eine Stellvertreterin oder einen Stellvertreter
- Stufenweise **Einführung** der Stellvertreter:innen **bis Ende 2023**



Stellvertretung für breite Fachlichkeit und größere Tragkraft



**Stellvertretende Teilnahme und
Entscheidungsmacht** in öffentlichen Sitzungen
Regelmäßige **Teilnahme** in Arbeitssitzungen



**Vorsitz in
Arbeitskreisen**

Stellvertreter ergänzen die ersten fünf Stakeholdergruppen



Lars Treinat



Verbände



Ralf Degner



Sven Lüttmann



Industrieverbände



Simone Heckmann



Jakob Scholz



Anwender



Dr. Anke Diehl



Dr. Danny Ammon



Wissenschaftliche Einrichtungen



Prof. Dr. Martin Sedlmayr



Dr. Kai Heitmann



Standardisierungsorganisationen



Prof. Dr. Sylvia Thun

3

**Impuls: Digitalgesetz aus der
Perspektive der Interoperabilität**
Thomas Süptitz, BMG Referat 512





Das Digital-Gesetz aus Perspektive der Interoperabilität

12. September 2023

Verbesserung der Interoperabilität



§ 386 SGB V-E (NEU): Recht auf Interoperabilität

- Grundsatz: Austausch von Patientendaten in einem interoperablen Format
- Konkret: Leistungserbringer, Datenverantwortliche für DiGA und DiPA müssen den Versicherten Daten unverzüglich und kostenfrei im interoperablen Format herausgeben
- Unterstützung der Versicherten durch ihre Krankenkasse

PROZESS VORHER



BEDARF IDENTIFIZIEREN

... auf Basis gesetzl. Grundlage

... auf Basis gesetzl. Grundlage

...

... auf Basis gesetzl. Grundlage

PRIORISIEREN

... nach Entscheidung

... auf Basis gesetzl. Auftrags

...

... nach Entscheidung gematik & BMG

SPEZIFIZIEREN

... nach eigener Systematik

... nach eigener Systematik

...

... nach eigener Systematik

FESTLEGEN

... nach eigener Systematik*

... nach eigener Systematik*

...

... nach eigener Systematik*

IMPLEMENTIERUNG

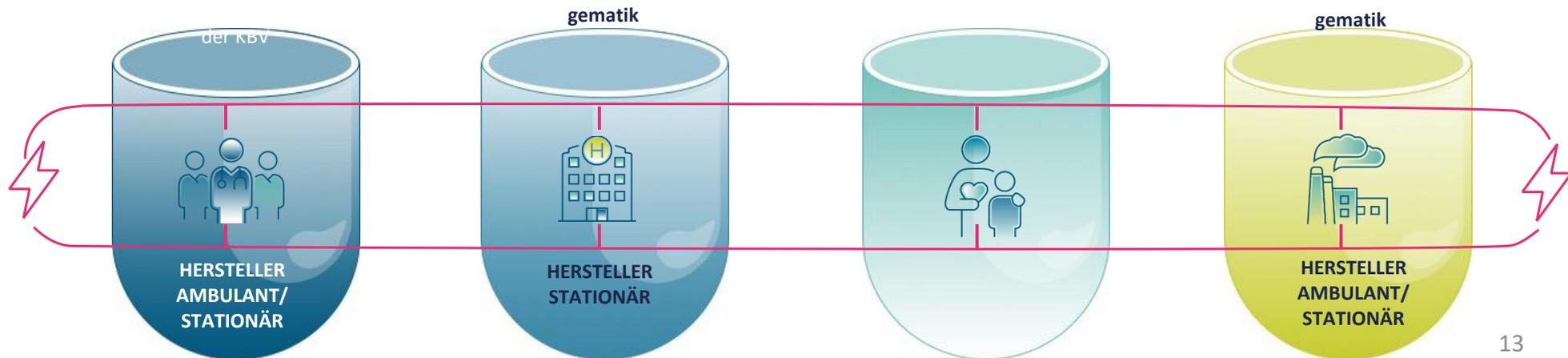
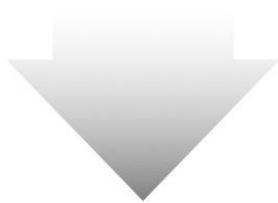
verschiedene Akteure

verschiedene Akteure

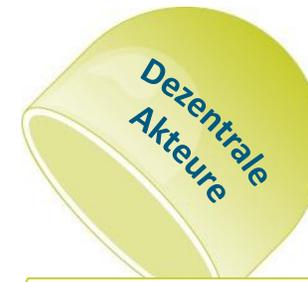
...

verschiedene Akteure

KONFORMITÄT BEWERTEN



NACHHER // SOLL-ZUSTAND



BEDARF IDENTIFIZIEREN

durch das KIG

verschiedene Akteure

PRIORISIEREN

zentral

SPEZIFIZIEREN

Legt fest, wer Spezifikation erstellt

Spezifizieren

FESTLEGEN

Ist die Spezifikation richtig und gut?

IMPLEMENTIERUNG

Signal an Hersteller: Verbindliche Nutzung!

Setzen um

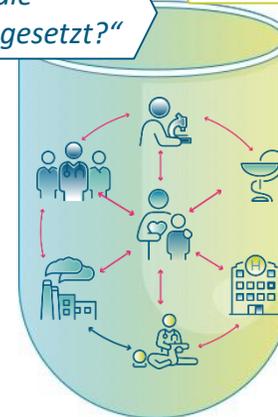
KONFORMITÄT BEWERTEN

Vorgaben für Prüfinstanzen

Prüfen auf Einhaltung der Vorgaben

VERBINDLICHKEIT SCHAFFEN

Prüfung: „Wer hat die Spezifikation konform umgesetzt?“



ambulant & stationär



4

Ergebnis Arbeitskreis
Pflege Journey



Mitglieder des Arbeitskreises: *Pflege Journey*



Leitung:
Prof. Dr. Martin Sedlmayr



Jens Weidner



Dr. Dirk Hunstein



Uta Ripperger



Dr. Florian Fischer



Carola Neugebahren

**Und viele engagierte
Gäste wie
beispielsweise**
Prof. Dr. Daniel Flemming,
Dr. Georg Schulte und
Thomas Bade



Mareike Przysucha



Georg Woditsch



Prof. Dr. Daniela Holle



Bernadette Hosters



Prof. Dr. Dietmar Wolff

Ziele & Methodik



ZIELE

- Erarbeitung einer **Anwender:innen Journey**
- Skizzieren von Anforderungen an den **Kerndatensatz Pflege**
- Identifikation notwendiger **Standardisierungsvorhaben**



Methodik

- **Laufzeit:** 5. April – 5. August 2023; 8+1 Sitzungen
- **Schritt 1:** Erarbeitung BPMN in Untergruppen
- **Schritt 2:** IST-SOLL Datensatz basierend auf Journey
- **Schritt 3:** Glossar und Handlungsempfehlungen
- **Sondersitzung** zu Kerndatensatz

Umfrage

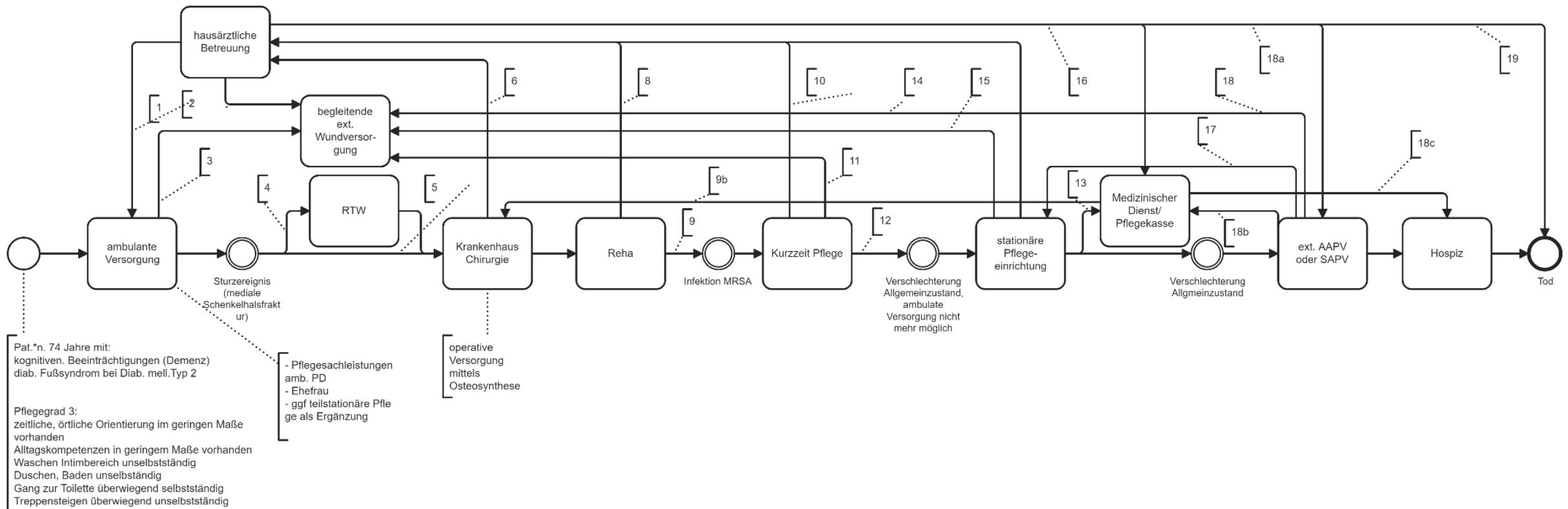
Was sollte das wichtigste Ziel von Digitalisierung und Standardisierung in der Pflege sein?

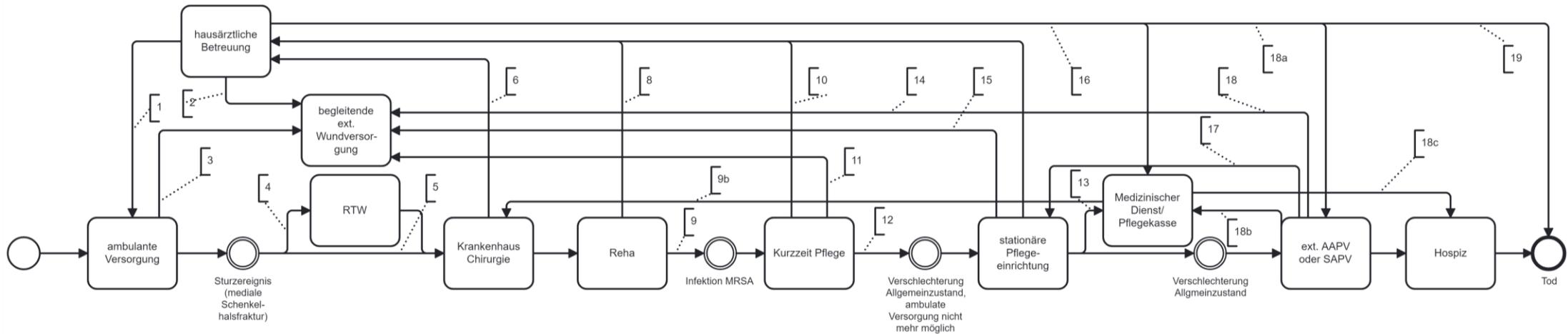
- a) Versorgungskontinuität sichern
- b) Versorgungseffizienz ermöglichen
- c) Mehrarbeit durch Wiedereingabe von Informationen verhindern
- d) Pflege- und Versorgungsforschung ermöglichen



<https://interop-council-sitzungen.de/de/fg342llsd>

Prototypische Journey einer pflegeempfangenden Person: Kommunikationspfade





Ambulant

1 Hausarzt - ambulanter Pflegedienst

2 Hausarzt - ext. Wundversorgung

3 ambul. Pflegedienst - ext. Wundversorgung

Stationär (Krankenhaus)

4 Einsatzprotokoll Rettungsdienst - Klinik

5 amb. Pflegedienst - Krankenhaus

6 Krankenhaus - Hausarzt

Reha

7 Krankenhaus - Rehaklinik

8 Rehaklinik - Hausarzt

Stationäre Pflegeeinrichtung

9a 9 Rehaklinik - Kurzzeitpflege

9b 9b MD-KH bzw. Kostenträger - KH

10 10 Kurzzeitpflege - Hausarzt / Facharzt

11 11 Kurzzeitpflege - ext. Wundversorgung

12 12 Kurzzeitpflege - stationäre Pflegeeinrichtung

13 13 MD - Pflegekasse Pflegeeinrichtung Pflegebedürftige Person

14 14 stationäre Pflegeeinrichtung - Hausarzt

15 15 stationäre Pflegeeinrichtung - ext. Wundversorgung

Palliativversorgung

16 16 Hausarzt / Facharzt - ext. AAPV oder SAPV Versorgung

17 17 ext. AAPV/SAPV - stationäre Pflegeeinrichtung

18 18 ext. AAPV/SAPV - ext. Wundversorgung

18a 18a Hausarzt / Facharzt + Pflege - Kostenträger

18b 18b SAPV - MD

18c 18c MD - Hospiz

19 19 Arzt - Bestattung - Standesamt - Angehörige

**Deep Dive in einzelne Journey
Schritte**



1: Hausarzt – amb. Pflegedienst (Auswahl)

Status Quo der Kommunikation

Papier: Verordnungen von Arzt an Pflegedienst, Pflege- und Unterstützungsbedarf, Abrechnungsdaten

Telefon: Arztmitteilung

Fax: Arztinformation (z.B. Pflegebriefe, Sturzprotokoll)

Digital: Dokumentation im PVS (z.B. Stammdaten...)

Strukturierter Datenaustausch: keiner

Erkenntnisse & Empfehlungen:

- **Voraussetzung:** Anschluss an die TI (+ KIM Nutzung)
- eRezept und eMP/ MIO **Medikation:** Zugriff Pflegedienst mitdenken!
- Austausch **Vitaldaten** (z.B. Blutdruck- / Blutzuckerüberwachung) und Pflegeassessment /-diagnosedaten wichtig
- NEU: E-Verordnung für z. B. Physiotherapie, Ergotherapie → Pflege sollte **informiert** werden
- NEU: MIO **Pflegebrief**
- NEU: **E-Abrechnung** z. B. für HKP Katalog

5: amb. Pflegedienst – Krankenhaus (Auswahl)

Status Quo der Kommunikation

Papier (teilweise digitaler Versand als pdf):
Überleitungsbogen mit länderspezifischen
Vorgaben (-> NRW), Medikationsplan,
Pflegebericht, KH-Einweisung

Verfügbare Standards: Notfalldatensatz und
ggf. bundeseinheitlicher Medikationsplan

Erkenntnisse & Empfehlungen:

- **Identische Datenstrukturen** bei e-Rezept und Medikationsplan wichtig
- Herausforderung: **SNOMED** bildet pflegerelevante Abstufungen in den Findings nur teilweise ab → Referenzterminologie
- NEU: MIO **Hygienebericht + Chronische Wunde**

11: Kurzzeitpflege – stat. Pflegeeinrichtung (Auswahl)

Status Quo der Kommunikation

unstrukturiert, Papier / EDV gestützt:

- Pflegeüberleitung
- Wunddokumentation
- Medikation

Verfügbare Standards: PIO

Überleitungsbogen, eMP, eRezept, NFDS, MIO
Impfpass

Erkenntnisse & Empfehlungen:

- Vollmachten, Betreuungen und Kontaktpersonen sollten in **ePA** hinterlegt werden können
- NEU: Anwendung / MIO für **Patientenverfügung**
- NEU: E-Verordnungen und MIO **Verordnungsübersicht** (Einsicht für alle Beteiligten inkl. Bearbeitungsstatus)

13: MD – Pflegekasse – Pflegeeinrichtung – Pflegebedürftige Person (Auswahl)

Status Quo der Kommunikation

Papier:

- Antrag auf Höherstufung
- Pflegebegutachtung
- Bescheid der Pflegekasse
- Anforderung des Gutachtens
- Einlegen von Widerspruch

Verfügbare Standards: keine

Erkenntnisse & Empfehlungen:

- In der Beantragung und Kommunikation mit **Kostenträgern** besteht enormes Digitalisierungs- und **Effizienzpotenzial**
- NEU: **E-Antrag auf Pflegegrad** (Pflegehöherstufung)

11: Hausarzt – Palliativversorgung (AAPV, SAPV) (Auswahl)

Status Quo der Kommunikation

Formular oder unstrukturiert auf Papier

- Verordnung SAPV (Muster 63) /
Verordnung HkP (Muster 12) für AAPV
- Arztbrief, Medikamentenplan
- Vorsorgeformular (Patientenverfügung,
Vorsorgevollmacht, Notfallverfügung),
PALMA (Patientenanweisung für
lebenserhaltende Maßnahmen)
- Angaben lt. Ehegattenvertretungsrecht /
Angaben zur gesetzlichen Betreuung
- Arztinformationen
- Verordnungen für Medikamente, Heil- und
Hilfsmittel, Labor, Krankentransport

Erkenntnisse & Empfehlungen:

- Verordnungen können **nicht digital**
übermittelt werden
- NEU: **E-Verordnung** für Verordnungen aller
Art inkl. Möglichkeit zur digitalen
Unterschrift durch die Pflegeempfangenden
- NEU: MIO **Palliativbericht**

Was sind die wesentlichen Journey-übergreifende Erkenntnisse?



TI Anschluss ist Grundvoraussetzung



ePA als zentraler Wissenssammelpunkt: Einfacher Zugriff für Pflegepersonal notwendig



Kommunikation mit Kostenträgern ist nicht digital: eAbrechnungen und eAnträge



Verordnungen digitalisieren und übersichtlich darstellen



Bei Medikation muss die Pflege mitgedacht werden

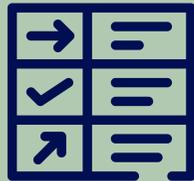


Pflegeterminologie: Weiterentwicklung SNOMED + Mapping Referenzterminologien

**Welche konkreten
Standardisierungselemente sehen wir
für die Pflege? (Auswahl)**



Standardisierungspotential: PIO Pflegebericht/ Pflegebrief



- Fokus auf **Weitergabe** pflegerelevanter **Informationen** an weitere Angehörige der Gesundheitsfachberufe
- Soll kompakten **Überblick** über die pflegerische Situation und den pflegerischen Verlauf geben
- Ggf. **Wiederverwendung** der Inhalte des PIO Überleitungsbogen mit Darstellung in anderer Struktur

Standardisierungspotential: E-Verordnung und Verordnungsübersicht



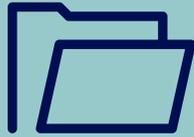
E-Verordnung

- Anwendung der TI, analog zu E-Rezept
- Abbildung digitaler Verordnungsprozesse neben dem der Arzneimittel
- Ziel: schnellere Bereitstellung der verordneten Leistungen/ Heil- und Hilfsmittel, Informationskontinuität

MIO Verordnungsübersicht

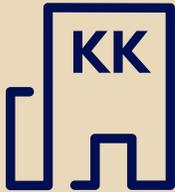
- Übersicht aller nicht-medikamentösen Verordnungen, inklusive Beantragungsstatus und Beschaffungsstatus
- Ziel: Mehrfachverordnungen verhindern, abgestimmte Versorgung ermöglichen

Standardisierungspotential: E-Antrag Pflegegrad



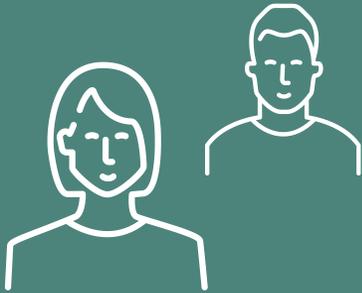
- Anwendung der **TI**, analog zu E-Rezept
- Kommunikation mit **Pflegekassen**, oft iterativer Prozess mit Nachfragen und Nachforderungen
- **Übersicht** aller relevanten Informationen

Standardisierungspotential: E-Abrechnung



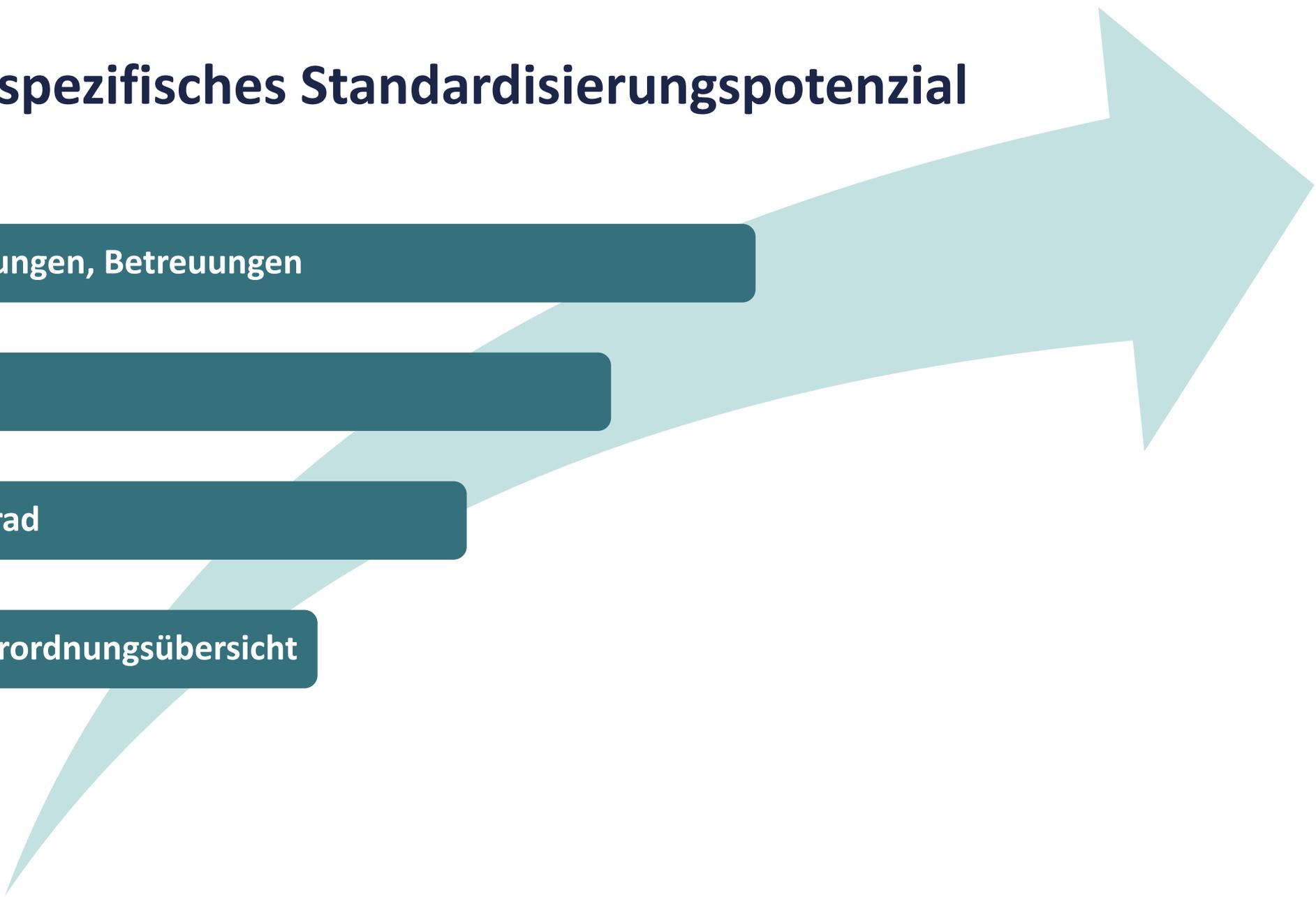
- Pflegeeinrichtungen rechnen mit Pflegekassen UND Krankenkassen ab, aktuell per **Brief**
- Ziel: **automatische Rechnungsstellung** sowie die Übernahme auf Empfängerseite
- Nutzung von XRechnung oder FHIR

Standardisierungspotential: Vollmachten, Vertretungen, Betreuungen



- **MIOs** für Patientenverfügung / Ehegattenvertretung / Vollmachten und Betreuungen
- Vorerst keine strukturierten Inhalte, sondern vorhandene Dokumente **ablegen** und mit strukturierten **Metadaten** versehen
- Herausforderung: **Rechtssicherheit** und Aktualität

Top 5 Pflege-spezifisches Standardisierungspotenzial



Vollmachten, Vertretungen, Betreuungen

E-Abrechnung

E-Antrag von Pflegegrad

E-Verordnung und Verordnungsübersicht

Pflegebericht

Umfrage

Sollten wir in der Digitalisierung der Pflege auf **Prozesse** fokussieren oder die med. & **pflege. Inhalte** standardisieren?

- a) Prozesse digitalisieren
- b) Pflegerische Inhalte standardisieren



<https://interop-council-sitzungen.de/de/fg342llsd>

Spezifische Basisdatensätze statt universeller Kerndatensatz

- Keine universelle Definition von Kerndatensatz
- Nutzung des PIO Überleitung
- **Je nach Use Case Definition von spezifischen Basisdatensätzen**

Grundsätzliche Inhalte eines Basisdatensatzes:

Betriebliche Daten

Fallbezogen

Klinische Daten

Demografische Daten

Pflegerische Datenelemente

Pflegediagnosen

Pflegeinterventionen

Pflegeergebnisindikatoren

Pflegeintensität

Forderungen zur Umsetzung der Standardisierung in der Pflege

- Partizipative Standardisierung mit grundsätzlicher **Nutzerorientierung**
- Einbindung der Hersteller und **Pilotierung**
- **Förderinstrumente** für Pflegeeinrichtungen (ähnlich wie KHZG)
- Digitalisierung in **Gesundheitsfachberufe** integrieren

- **Pflege-Informatik-Initiative aufbauen**



RECAP: Top 5 Handlungsempfehlungen



Diskussion:

Zu welcher Handlungsempfehlung der Pflege Journey sollte der **nächste Arbeitskreis** starten?



2. öffentliche Sitzung 2023

12.09.2023, 13:00 – 17:00 Uhr



Pause / ca. 14:50 – 15:10 Uhr



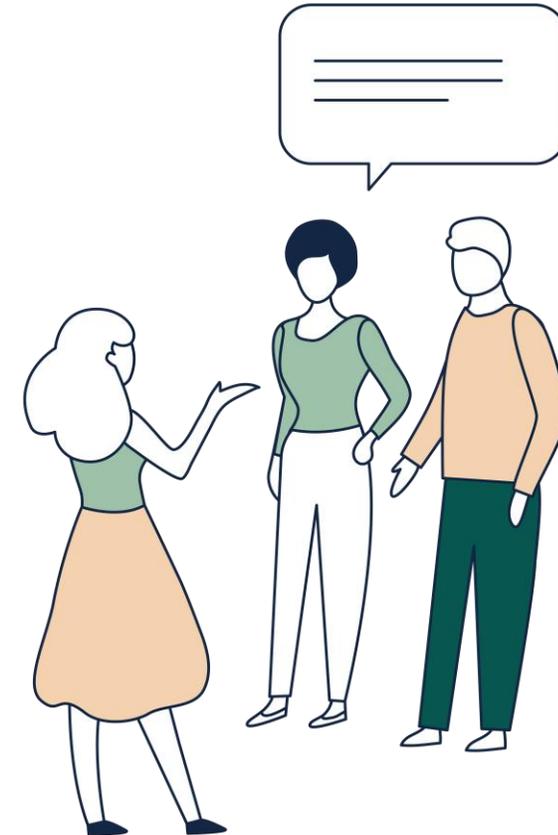
**Ergebnisvorstellung und Diskussion
Arbeitskreis Analyse der Effizienz der Archiv-
und Wechselschnittstelle**



Vorstellung von zwei neuen Arbeitskreisen



Fazit und Ausblick



images: Flaticon.com

Pause



5

Ergebnis Arbeitskreis
***Analyse der Effizienz der Archiv- und
Wechselschnittstelle***



Mitglieder des Arbeitskreises: *Analyse der Effizienz der Archiv- und Wechselschnittstelle*



Leitung:
Simone Heckmann



Jan Meincke



Ralf Franke



Patrick Werner



Andreas Kumbroch



Jakob Scholz



Alexander Wilms



Rudi Kallenberg



Michael Schober



Lars Treinat



Stephan Schug

Zielsetzung

1

Abgleich der Anforderungen einer *Archivierung von Daten* und *Wechsel eines Primärsystems* im ambulanten Bereich mit den Funktionen der aktuellen Version der *Archiv- und Wechselschnittstelle*

2

Betrachtung offener, zu beachtender Aspekte zur **Steigerung der Effizienz** der Schnittstelle

3

Analyse der **Kompatibilität** zu weiteren relevanten Standards

4

Handlungsempfehlungen um primäre Use Cases zu erfüllen und Effizienz der AWS zu steigern

Methodik



Konkretisierung und Analysen der Use Cases



Erkenntnis: unklare Kommunikation und überzogene Erwartungshaltung

Systemwechsel ist mehr als Datenmigration!

- Die Erwartung an einen Systemwechsel "per Knopfdruck" ist **unrealistisch**.
- Viele der Dienstleistungen, die mit dem Einsatz des **xBDT-Formates** assoziiert waren, bleiben weiterhin notwendig.
- **Customizing** von Export und Import bleibt weiter erforderlich, solange PVS-Systeme individuelle Anpassungsmöglichkeiten bieten.

Handlungsempfehlungen

- **Klare Kommunikation** der Zielsetzungen und der Erwartungen, die an die AWS gestellt werden dürfen.
- Schaffung von **Akzeptanz** und **Kommunikation** über notwendige Handlungsschritte bei PVS-Wechsel
- Schärfung des Verständnisses für die Notwendigkeit einer **ges. Regelung** im Hinblick auf Cloud-basierte Systeme oder verschlüsselte Datenbanken.

Erkenntnis: Aufteilung der Use Cases sinnvoll

Herausforderungen

- **PVS-Wechsel** untergliedert sich
 - Datentrennung („Scheidung“)
 - Datenzusammenführung („Hochzeit“)
- **Datenarchivierung** untergliedert sich
 - Langfristige Archivierung
 - Patienten Einzelexport bei Arztwechsel
 - Backup/Restore

Handlungsempfehlungen

- **Vollständige Trennung** der Use-Cases "Archivierung" und „Wechsel“ durch jeweils eigenständige „**Archiv-Schnittstellen-Spezifikationen**“ (AS) und „**Wechsel-Schnittstellen-Spezifikationen**“ (WS)
- Erarbeitung konkreter, **ergänzender AWS-Prozessbeschreibungen** und Funktionen (Filterung, Selektion, Transformation, Löschung, Markierung)

**Probleme bei der aktuellen Nutzung
der AWS: u. a. Effizienz, Komplexität,
Implementierungssupport**



Erkenntnis: Effizienz- und Performancesteigerung erforderlich

Herausforderungen

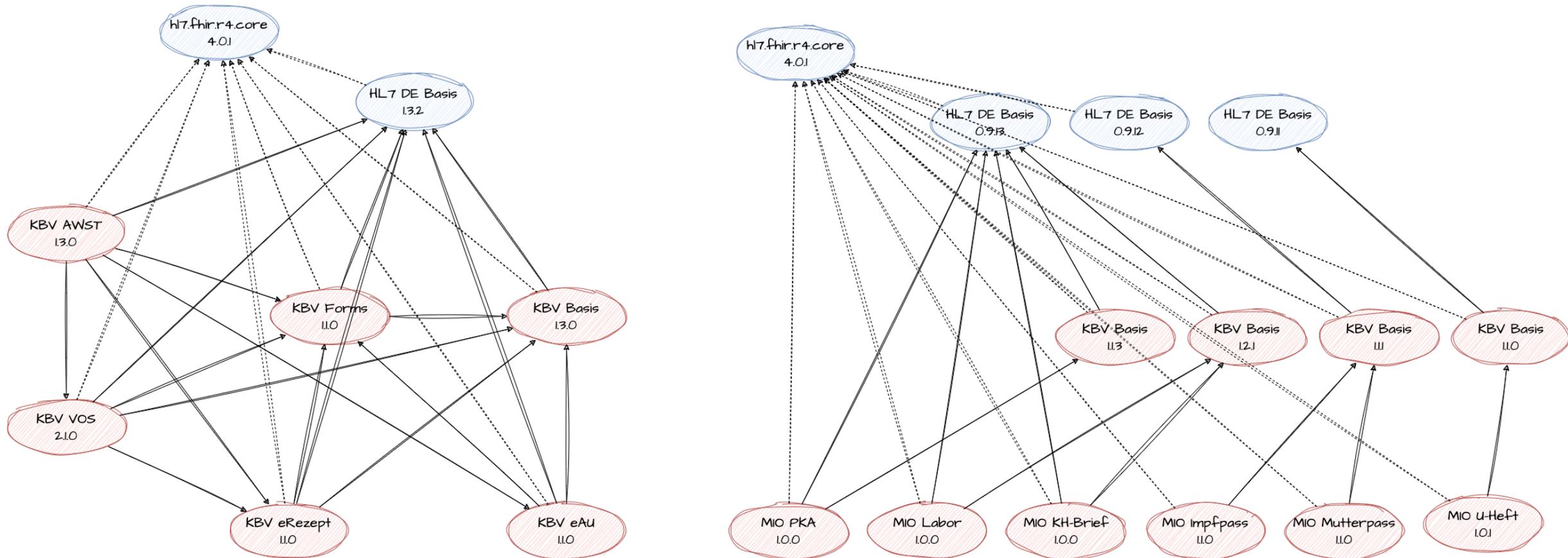
- Bisher **keine erfolgreichen PVS-Migrationen** unter Nutzung der AWS-Implementierungen (Aussagen von Marktteilnehmern)
- Anfallende **Datenmengen zu groß** für vorhandene Praxis-Hardware und notwendige Zeit nicht mit Praxisabläufen vereinbar
- Großer **Implementierungsaufwand**, keine **Wiederverwendbarkeit**

Handlungsempfehlungen

- **Evaluation** ob Exportformat an gängige **internationale Formate** (bspw. FHIR Bulk Data oder FhirProto) angeglichen werden kann
- Untersuchung der Möglichkeit, Patient:innen-Akten in verschiedene **Elemente aufzuteilen**, um die Verarbeitungsmenge zu reduzieren und einen Export/Import von Teilelementen zu ermöglichen, optionalisieren der Historie
- Bessere Unterstützung für native **Subsystem-Formate** (Binärdaten)

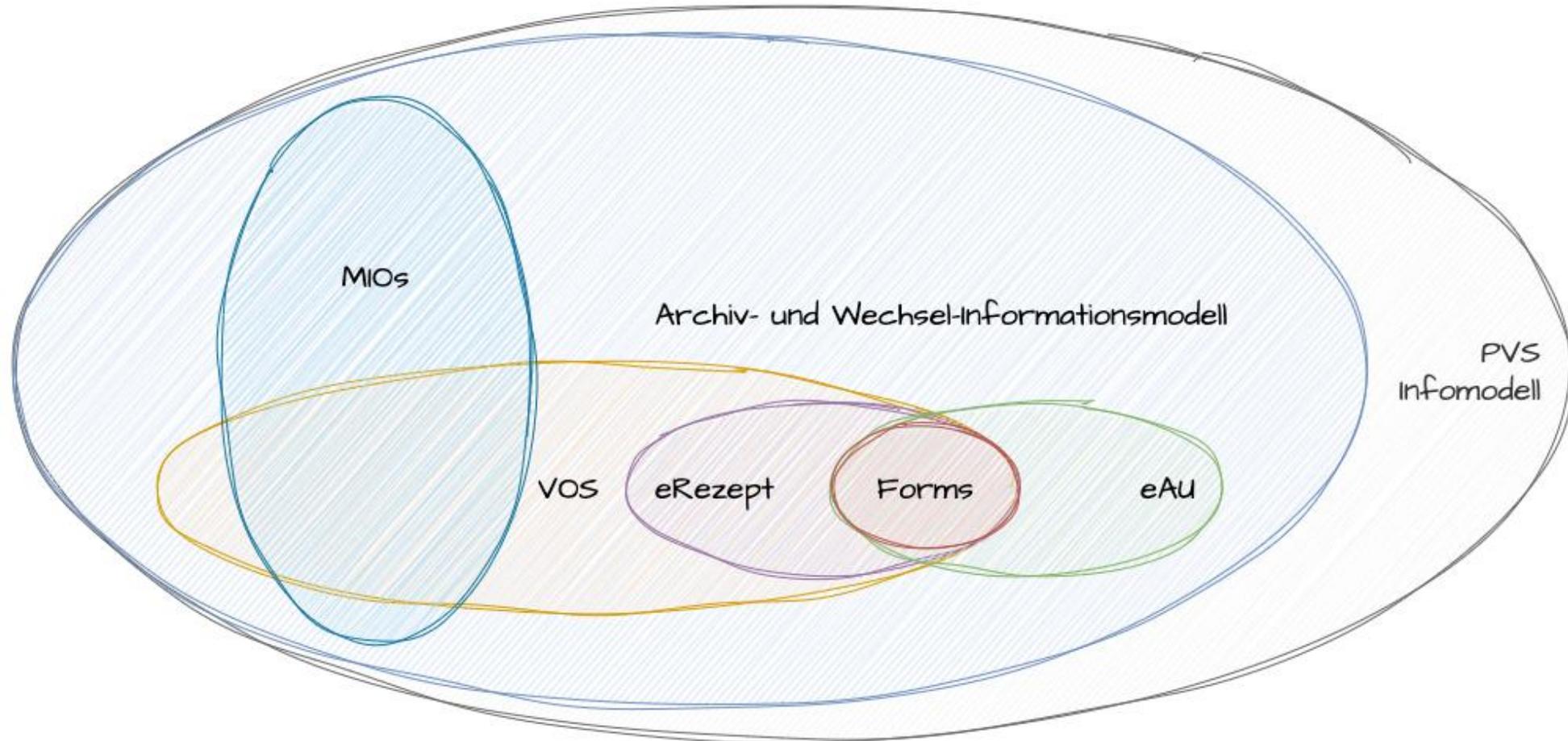
Erkenntnisse – Dateninteroperabilität

Unterschiedliche Datenobjekte - unterschiedliche Abhängigkeiten



Erkenntnisse – Dateninteroperabilität

Fehlende Wiederverwendung aller Informationsobjekte



Erkenntnis: Baukastenprinzip und Versionsmanagement schaffen Klarheit

Handlungsempfehlungen

- Schaffung einer **zentralen, sektorenübergreifenden Verantwortlichkeit** zur Modellierung & Spezifikation eines interoperablen FHIR-Informationsmodelles für die von Primärsystemen verarbeiteten Daten
- Definition eines **interoperablen Informationsmodells**, was in allen Spezifikationen wiederverwendet wird → **LEGO-Kasten Prinzip**: ein einmal spezifiziertes Informationsobjekt wird in allen Datenaustausch-Anwendungsfällen wiederverwendet
- **Einfrieren** des Standes der **AWS** in der **Version 1.2.0** um Entwicklungsaufwände nicht-interoperabler Informationsmodelle zu unterbinden
- **Arbeitskreis** für die Festlegung einer **Versionierungsstrategie** für in Deutschland veröffentlichte FHIR-Spezifikationen unter Berücksichtigung der Implementierungseffizienz

Weitere Handlungsempfehlungen

Bereitstellung von **Tooling zur Gewährleistung der Wiederverwendbarkeit** und **Unterstützung beim Implementieren** voneinander abhängiger Spezifikationen

- Vergleichen von Profilen und Kenntlichmachung von Unterschieden/Inkompatibilitäten
- Automatische Adaptierung von Ressourcen an kontextabhängig unterschiedliche Datenschutzerfordernungen ("Postprocessing", "Universaladapter")
- Vereinfachte und präzisierte Nutzung von Narrativen (HTML-Repräsentationen der Ressourcen) für harmonisierte Darstellung und vereinfachte Betrachtung von Daten
- Open Source Referenzimplementierungen, Libraries, Templates
- Mehr Entwicklerfeedback durch Hack-a-thons, Connect-a-thons, Diskussionsforen, Community

**Weiterentwicklung &
Mehrwertsteigerung**



Erkenntnis: Schaffung von Mehrwerten möglich

Herausforderungen

Zahlreiche weitere gesetzliche Anforderungen bezüglich der Bereitstellung von Patientendaten harren einer Umsetzung, u. a.:

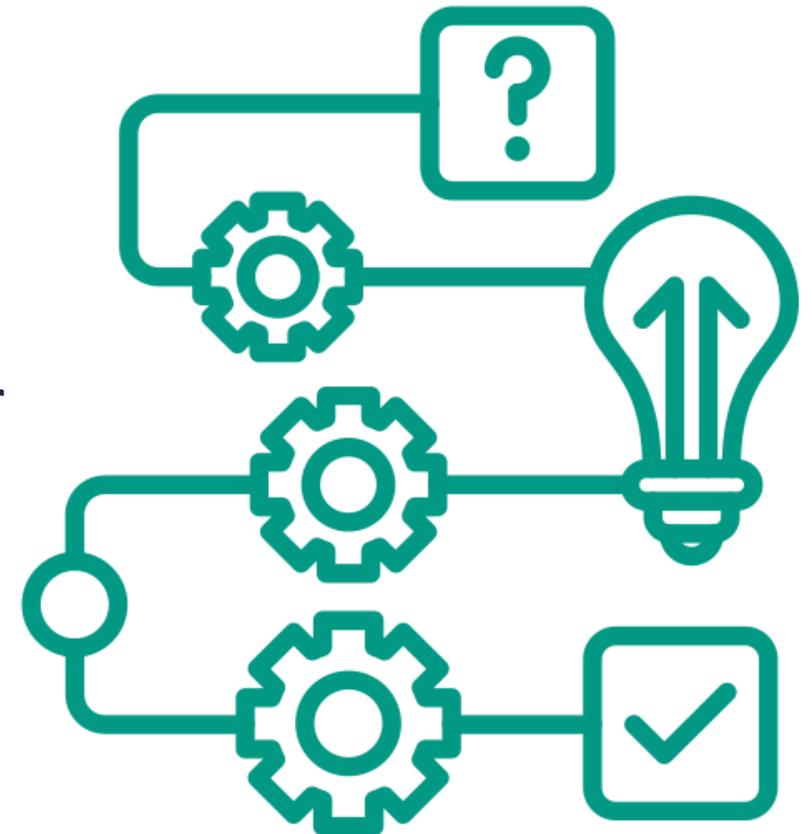
- "ePA für alle"
- DSGVO
- Datenspende
- Live-Schnittstelle für DiGas

Handlungsempfehlungen

- **Erprobung der „AW-Liveschnittstelle„** als Lösungsansatz für die Befüllung der "ePA für alle" in Zusammenarbeit von KBV und gematik
- Erstellen einer **Orientierungshilfe** durch die KBV **für den Umgang mit konkurrierenden Rechtsnormen**, die den (subjektiv) rechtssicheren Einsatz einer AWS (AS/WS) durch die Beteiligten behindern könnten.
- **Beispiel:** unbegrenzte Einsichtsrechte gemäß EU DSGVO und BGB (Patientenrechte) gegenüber Regelungen in StGB und StPO zur ärztlichen Schweigepflicht und Beschlagnahmeschutz

Fazit: Viele Herausforderungen bedürfen einer übergreifenden Lösung

- **Mangelnde Interoperabilität** durch
 - Keine sektoren-/use-case-übergreifend abgestimmte Spezifikationen
 - Heterogene datenschutzrechtliche Anforderungen
 - Fehlende Abstimmung bzgl. der Release-Zyklen
- Hohe Redundanz von Information durch Verwendung einer **objektbasierten Technologie** zur Umsetzung **dokumentenbasierter Prozesse**, ohne die Mehrwerte des objektbasierten Ansatzes nutzbar zu machen
- Nutzung **proprietärer Methoden** anstelle von internationalen, erprobten Ansätzen
- Komplexe **Visualisierung** durch "vernachlässigte" Narrative
- Wenig Tooling, **Entwicklersupport**, Community



images: Flaticon.com

Diskussion:

Sehen Sie in den Handlungsempfehlungen die Chance, die Spezifikationen für eine Archiv- und eine Wechselschnittstelle effizient und performant in den Einsatz zu bringen?



Laufender Arbeitskreis

- Analyse der Medikationsprozesse



6

**Vorschlag und Beschluss von zwei
neuen Arbeitskreisen**



Arbeitskreis „Analyse der Umsetzung von ISiK (Informationssysteme im Krankenhaus)“

PROBLEM

- **fehlender Überblick** über Nutzung von ISiK bei Anwendern
- **Umsetzungsbarrieren** nur teilweise bekannt

LÖSUNG

- Analyse zum **Umsetzungsstand** von ISiK
- Herausarbeitung von **Barrieren** in der Umsetzung
- Identifizierung von **Maßnahmen**, die die Umsetzung von ISiK flächendeckend **beschleunigen** könnten

AKTION

Laufzeit Arbeitskreis
2.11.2023 - 16.02.2024

Bewerbungszeitraum
13.09.2023 bis
27.09.2023



Arbeitskreis „Erstellung eines kardiologischen Basisdatensatzes“



PROBLEM

Im Anwendungsfall der **Patient Journey Herzinsuffizienz** besteht **keine** syntaktische und semantische **Interoperabilität**. Es wurde die **Handlungsempfehlung** entwickelt, einen „**Standard-Herzinsuffizienz-Datensatz**“ auf Basis von **FHIR**-Profilen zu entwickeln.



LÖSUNG

- Entwicklung eines **technologieunabhängigen Datensatzes** unter Beachtung medizinischer Codes und Terminologien
- **Vorbereitung** zur Durchführung eines **Ballotierungsverfahrens** gemäß HL7-Definition



AKTION

Laufzeit Arbeitskreis
ca. Oktober 2023
– Januar 2024

Bewerbungszeitraum
Ca. 19.09. bis
03.10.2023

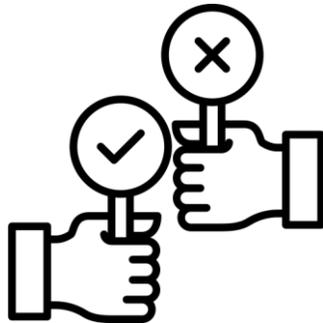
Dr. Kai U. Heitmann



Beschluss zum Einsetzen des Arbeitskreises

Analyse der Umsetzung von ISiK

Ich stimme **für** / **gegen** den
Einsatz des Arbeitskreises



Stimme

...denn, meiner Meinung nach...



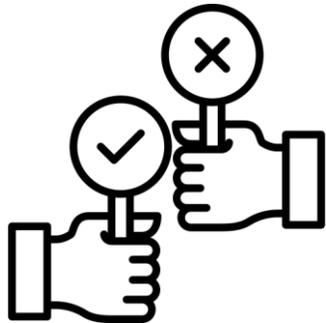
Begründung

images: Flaticon.com

Beschluss zum Einsetzen des Arbeitskreises

Erstellung eines kardiologischen Basisdatensatzes

Ich stimme **für** / **gegen** den
Einsatz des Arbeitskreises



Stimme

...denn, meiner Meinung nach...



Begründung

images: Flaticon.com

7 Fazit & Ausblick



SAVE THE DATE



8. Deutscher Interoperabilitätstag
17.-19.10. in Berlin



3. öffentliche Sitzung 2023
7. November, virtuell

Wir freuen uns auf den Austausch!

Termine 2023

Monat	Datum	Event
September	10.-15.	HL7 Work Group Meeting
	17.-21.	GMDS Jahrestagung
	25.-29.	IHE Connect-a-thon
Oktober	11.	MIO-Vision
	17.-19.	8. Deutscher Interoperabilitätstag
November	7.	3. öffentliche Interop Council Sitzung
Dezember	7.-8.	Interoperabilitätsforum
bvitg Arbeitsgruppe: Interoperabilität & Standardisierung		



INTEROP COUNCIL

for digital health in Germany

Prof. Dr. Sylvia Thun



Ralf Degner



Prof. Dr. Siegfried Jedamzik



Simone Heckmann



Prof. Dr. Martin Sedlmayr



Jörg Studzinski



Dr. Anke Diehl



Vielen Dank.

