

33. Österreichisches Interoperabilitätsforum

Online, am 31. Jänner 2024

<https://hl7.at/home/iopf/>

Österreichisches Interoperabilitätsforum

1. Begrüßung
2. Annahme der Arbeitsergebnisse der letzten Sitzung
3. Berichte der Trägerorganisationen des IOP-Forums
 1. GS1
 2. ONK 238
 3. DICOM
 4. IHE
 5. HL7
4. Fortschrittsberichte der Projekte / Standardisierung
 1. Digital Health Standards Catalogue Austria
 2. Leuchtturmprojekt Linked Care
 3. ELGA Bilddatenaustausch
 4. Anregungen aus der Praxis von Dr. Günther Masser
5. Weitere Termine

Teilnehmer (ohne Reihenfolge, ohne Titel)

Übernommen aus MS Teams – 39 Teilnehmer am Call

Name	E-Mail
Abeto Kiese Poppy	Abeto@gs1.at
Blau Henrik	henrik.blau@dedalus.com
Blauensteiner Karl	karl.blauensteiner@oegk.at
Buchgraber-Schnalzer Bianca	bianca.buchgraber-schnalzer@fh-joanneum.at
Buchmann, Moritz	moritz.buchmann@accenture.com
Bürgmann, Martin	martin.buergmann@hofstaetter.io
Deubner Orissa	Orissa.Deubner@x-tention.at
Dimitrov, Alexander	alexander.dimitrov@elga.gv.at
Federspiel, Moritz	moritz.federspiel@steadysense.at
Freier, Thomas	Thomas.Freier@medavis.de
Gartner, Christopher	christopher.gartner@siemens-healthineers.com
Gartner-Woelfl, Gabriele	Gabriele.Gartner-Woelfl@solve.at
Haller Wilhelm	Wilhelm.Haller@ooeg.at
Helm, Emmanuel	Emmanuel.Helm@elga.gv.at
Hießl Wolfgang	Wolfgang.Hiessl@ooeg.at
Juri Viktoria	viktoria.woelfler@pcs.at
Kollmann, Alexander	
Ledl Christian	Christian.Ledl@A1.at
Leitner Ruprecht	ruprecht.leitner@apoverlag.at
Loidl Herwig	herwig.loidl@fh-burgenland.at
Maierhofer, Jakob	jakob.maierhofer@steadysense.at
Mildschuh Anna	anna.mildschuh@solve.at
Rausch-Schott Stefan	stefan.rausch-schott@vinzenzgruppe.at
Reiter Kristina	kristina.reiter@telbiomed.at
Rieser, Harald	harald.rieser@salzburgresearch.at
Riva Gerhard	Gerhard.Riva@itsv.at
Roessler, Johannes	jroessler@dxc.com
Sabutsch, Stefan	stefan.sabutsch@elga.gv.at
Samhaber, Georg	
Sauermann, Stefan	sauermann@technikum-wien.at
Schanner Alexander	Alexander.Schanner@noe-lga.at
Schenkermayr, Wolfgang	w.schenkermayr@pineit.at
Sonja Leder	
Toluay Ercan	ercan.toluay@wien.gv.at
Urban, Peter	peter.urban@devoteamaustria.onmicrosoft.com
Wassertheurer Bernd	Bernd.Wassertheurer@premiqamed.at
Widler Thomas	Thomas.Widler@premiqamed.at
Winkler, Silvia	
Wöss, Sebastian	Sebastian.Woess@elga.gv.at

Der Ergebnisbericht der 32. Sitzung des Österreichischen Interoperabilitätsforums vom 27. September 2023 wird einstimmig angenommen

Korrekturen: Keine
Einstimmig angenommen.



Berichte der Trägerorganisationen des IOP-Forums

- ❑ **Leitung: Fr. Andrea Redelsteiner**
a.redelsteiner@austrian-standards.at
- ❑ Scope, Businessplan, Projekte, und Spiegelfunktionen des K238 findet man [hier](#)
- ❑ Übersicht zu europäischen/internationalen Standards und laufenden Projekten ist auf den Seiten des [CEN/TC 251](#) & [ISO/TC 215](#) verfügbar
- ❑ Bei Interesse an der Mitarbeit kontaktieren Sie bitte a.redelsteiner@austrian-standards.at

- ❑ **Kein aktueller Bericht**

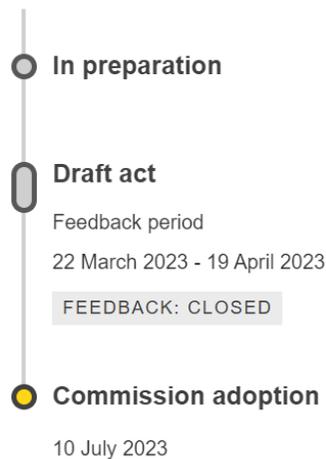
- Bericht: Folien siehe Folgeseiten



Master UDI-DI

Medical devices – single identifier for similar highly individualised devices

[Have your say](#) > [Published initiatives](#) > [Medical devices – single identifier for similar highly individualised devices](#)



About this initiative

Summary EU rules provide for a Unique Device Identification (UDI) system to make the traceability of medical devices easier. However, the wide variety of types and clinical parameter combinations for certain highly individualised devices means that a disproportionately high number of identifiers are being assigned, with few regulatory and safety benefits.

This initiative aims to group highly individualised devices with clear clinical similarities under the identifier called 'Master UDI'.

Topic Public health

Type of act Delegated regulation

Expert group [X03565](#) [↗](#)



Scope

‘6.6. Highly individualised devices

6.6.1 Contact lenses

6.6.1.1 Standard contact lenses

A UDI-DI shall be assigned to standard contact lenses that have the same combination of contact lens design parameters, including at least base curve and diameter (‘Master UDI-DI’).

In addition to the requirement laid down in Section 3.9, a new Master UDI-DI shall be required whenever there is a change in the combination of the design parameters referred to in the first paragraph.

6.6.1.2 Made to order contact lenses

A UDI-DI shall be assigned to made to order contact lenses that have the same combination of contact lens design parameters, including at least base curve and diameter (‘Master UDI-DI’).

In addition to the requirement laid down in Section 3.9, a new Master UDI-DI shall be required whenever there is a change in the combination of the design parameters referred to in the first paragraph.’



General Specification Change Notification (GSCN) – Master UDI-DI



General Specifications Change Notification (GSCN)

WR #	GSCN Name	Effective Date
WR-21-283	AIDC Application Standard Master UDI-DI for registration of certain type of devices within EUDAMED	DD-MM-YYYY

Associated Work Request (WR) Number:

N/A

Background:

The European (EU) Commission requires the development of a "M-UDI" for implementation of a new level of eyewear product identification for standard contact lenses as part of the UDI requirements based on the European Union Medical Device Regulation (MDR). The resulting solution to support these regulations will be focused solely on the Healthcare industry and will not apply to other industries unless a future use case is identified.

GS1 is one of the UDI issuing entities designated by the European Commission and must continue to meet this UDI issuing entity selection criteria. As a result, GS1, like the other UDI issuing entities, has been tasked by the European Commission to provide a solution to implement the "M-UDI". GS1 is the most often used identification system for UDI implementation and as such, our users expect GS1 to offer an appropriate identifier to implement the "M-UDI". Internal analysis of the GS1 standards for identification has concluded that M-UDI requirements would be met by a Global Model Number – M-UDI with a different GS1 Application Identifier from the multi-sector GMI, B-UDI for the healthcare sector. The European Commission will, by means of tertiary legislation as deemed necessary, specify the necessary elements concerning the UDI assignment to highly individualised products.

As a Designated EU issuing entity for UDI, GS1 must develop specifications and rules for the "M-UDI" to enable manufacturers to fulfil their obligations regarding UDI and avoid disproportionate data entries in EUDAMED (which may also affect operability of the system), a specific UDI assignment solution for standard contact lenses needs to be developed to allow grouped reporting of UDI-DI (i.e., GTIN) data to EUDAMED.

Disclaimer:

GS1[®], under its IP Policy, seeks to avoid uncertainty regarding intellectual property claims by requiring the participants in the Work Group that developed this General Specifications Change Notification to agree to grant to GS1 members a royalty-free licence or a RAND licence to Necessary Claims, as that term is defined in the GS1 IP Policy. Furthermore, attention is drawn to the possibility that an implementation of one or more features of this Specification may be the subject of a patent or other intellectual property right that does not involve a Necessary Claim. Any such patent or other intellectual property right is not subject to the licensing obligations of GS1. Moreover, the agreement to grant licences provided under the GS1 IP Policy does not include IP rights and any claims of third parties who were not participants in the Work Group.

Accordingly, GS1 recommends that any organisation developing an implementation designed to be in conformance with this Specification should determine whether there are any patents that may encompass a specific implementation that the organisation is developing in compliance with the Specification and whether a licence under a patent or other intellectual property right is needed. Such a determination of a need for licensing should be made in view of the details of the specific system designed by the organisation in consultation with their own patent counsel.

THIS DOCUMENT IS PROVIDED "AS IS" WITH NO WARRANTIES WHATSOEVER, INCLUDING ANY WARRANTY OF MERCHANTABILITY, NONINFRINGEMENT, FITNESS FOR PARTICULAR PURPOSE, OR ANY WARRANTY OTHERWISE ARISING OUT OF THIS DOCUMENT. GS1 disclaims all liability for any damages arising from use or misuse of this document, whether special, indirect, consequential, or compensatory damages, and including liability for infringement of any intellectual property rights, relating to use of information in or reliance upon this document.

GS1 retains the right to make changes to this document at any time, without notice. GS1 makes no warranty for the use of this document and assumes no responsibility for any errors which may appear in the document, nor does it make a commitment to update the information contained herein.

GS1 and the GS1 logo are registered trademarks of GS1 AISBL.

MTO GTIN (03) a compound GTIN key

- for any customized, personalized, or configurable trade item (bespoke product or service) upon which there is a need to share information and that may be priced, or ordered, or invoiced at any point in any supply chain

Darf nicht in Kombination mit einer GTIN(01) auf der Kennzeichnung benutzt werden.

HIDRI-Highly Individualized Device Registration Identifier

- A Unique Device Identifier used for a consolidated group of products to register made-to-order devices used within EUDAMED

GTIN (01) zu MUDI(8014) = n:1

□ DICOM international

- Neue Releases kommen regelmäßig
 - aktuell: 2024a (<https://www.dicomstandard.org/current>)
 - Zuletzt finalisiert wurde (<https://www.dicomstandard.org/news>):
 - sup235 High-throughput jpeg2000 (HTJ2K) Transfer Syntax
 - sup226 Confocal Microscopy
- Aktuell in den Arbeitsgruppen (<https://www.dicomstandard.org/news>)
 - sup234 DICOMweb Storage Commitment (Status Letter Ballot)
 - sup228 DICOMweb API for Server-Side Volumetric Rendering (Status Before Letter Ballot)
 - sup239 Waveform Annotations SR (Status Public Comment)
- DICOM Austria nimmt als Mitglied des DSC an den Ballots der Erweiterungen (CPs und Supplements) teil – Mitglieder haben die Möglichkeit, alle neuen Standardmaterialien zu kommentieren!
- DICOM [WG-10](#) (Strategic Advisory) und [WG-29](#) (Education, Communication, and Outreach) halten ihr **Frühjahrsmeeting in Wien (4.3.2024)**, ebenso das [DICOM Standards Committee](#) (DSC) **(5.3.2024) – Teilnahme möglich**, Anmeldung bitte an office@dicom-austria.at

□ DICOM Austria

- **KOS-Guideline** ist nun durch BMG verordnet (seit Nov 2023)
- Monatliche Meetings des DICOM Austria TC mit beachtlicher Teilnehmerzahl.
 - Interessenten bitte per email an tc@dicom-austria.at melden!
- **AG DICOMweb**: unterstützt bei der Erweiterung der ELGA-Architektur um Bilddatenabrufe via DICOMweb
- **DICOM Schulung**: geplant als Präsenzveranstaltung im April 2024 (voraussichtlich 15.4. und 16.4.2024)
- Zwei Webinare zur „KOS-Guideline“ wurden in Kooperation mit ELGA GmbH angeboten

□ EEG Standardisierung

- International - DICOM WG-32:
 - Aktuell im Status Public Comment: Waveform Annotations SR (<https://www.dicomstandard.org/comment>)
 - Dieses Supplement ist im Zuge des FFG Projekts Digital EPI (siehe unten) erstellt worden.
 - Die WG-32 arbeitet weiters an der standardisierten Speicherung von Waveform Presentation States (insbesondere für die EEG Montagen)
 - Waveform Compression:
 - In Zusammenarbeit mit der Universität von Messina (I), dem Fraunhofer Heinrich Hertz Institute HHI und in Abstimmung mit ITU (International Telecommunication Union) wurden diverse (Audio-) Codecs zur Waveform Compression evaluiert.
 - Die Entwicklung spezifischer Codes für die Anwendung für bio-Signale ist geplant.

□ Aktivitäten in Österreich:

- Aktuell zwei FFG geförderte Projekte (beide in Zusammenarbeit mit dem AIT und weiteren Partnern)
 - In beiden wird EEG im DICOM Format zum Einsatz kommen
 - **Digital EPI:** EEG Epilepsie-Monitoring als Heimanwendung
 - Die Feasability Study läuft bereits und zeigt erste, sehr schöne Ergebnisse.
 - **EmErGency:** EEG Anwendung im Rettungswagen
 - in Ergänzung zum Standardprotokoll zur Ermittlung des Schlaganfall-Score
 - Ziel: Erkennen von großen Gefäßverschlüssen aus dem EEG

□ Bericht von IHE Europe:

- CAT EU 2024 in Triest (I) (3-7 Juni), +IHE Experience Day 4-5 Juni
- Steering Committee findet am Rande des ERC in Wien im 27. Februar statt (nicht öffentlich)

□ IHE Austria

- IHE Day im November: <https://www.ihe-austria.at/das-war-der-ihe-day-2023/>
- Aktueller Schwerpunkt EHDS
- Standards soll in Unternehmensstrategien eingebettet werden, Ziel Vermeidung von proprietären Systemen
- IHE hat Medienkooperation gestartet: „Success Stories“
 - Erste Story: Telemonitoring-Episodenbericht mit HerzMobil in Tirol
 - Weitere Success Stories bitte gerne melden bei office@ihe-austria.at oder bei Herwig Loidl
 - Später auch Veröffentlichung auch in der ÖKZ geplant, ggf. geblockt
- Patronatspartner der dHealth

□ Österreich plant eine Bewerbung für IHE Connectathon 2025

- Zusätzlich soll ein Projectathon angeboten werden

□ IHE Austria versucht auch auf politischer Ebene mehr Aufmerksamkeit und Verständnis für Standards zu erzeugen – im Schulterschluss mit den anderen MoU Partner

- **HL7 & DICOM Austria Jahrestagung in Wien 11-14. März**
 - 13. März: Konferenz mit Vorträgen zu eHealth in Niederlanden und Slowakei, ELGA, Bilddaten, FHIR Multidomain, EHDS, Diagnosecodierung...
 - 11. März FHIR Hackathon
 - 12 und 14. März: Workshops: FHIR; DICOM, SNOMED, ...

- **eHealth Studienreise Estland (August)**
 - Für Mitglieder von DICOM & HL7 Austria

- **TC CDA**
 - Geplante Ballots:
 - ILF CDA Bildgebende Diagnostik (Hauptversion)
 - ILF CDA eMedikation (Hauptversion), „Dual incl FHIR“ geplant

- **TC FHIR**
 - **HL7 FHIR R6** geplant
 - Mapping CDA2FHIR in Bearbeitung in eigener Sub-Arbeitsgruppe

- **TC Terminology**
 - Ballot „Administratives Geschlecht“ fertig
<https://collab.hl7.at/pages/viewpage.action?pageId=87916575>

- ❑ Mitarbeit in der Work Group **Patient Administration** (Vorgaben für administrative Patienten-daten in den Standards V2, V3/CDA, FHIR): **Co-Chair Reinhard Egelkraut** (seit September 2023)
- ❑ Mitarbeit in der Work Group **Security** (Informationssicherheit und Datenschutzthemen in Bezug auf die Standards V2, V3/CDA, FHIR): Co-Chair Alexander Mense (seit 2015)
- ❑ Mitarbeit in der Work **Arden Syntax**: Klaus-Peter Adlassnig

- ❑ Mitarbeit Sub-Work Group FHIR Workflows: Reinhard Egelkraut, Oliver Krauss
- ❑ HL7 IHE Gemini FHIR MultiDomain: Andreas Schuler, HL7 Austria, Jürgen Brandstätter IHE Austria
- ❑ HL7 IHE Gemini FHIR MedicationWorkflow: Reinhard Egelkraut HL7 Austria, Jürgen Brandstätter IHE Austria

- ❑ „CDA2FHIR“-Abstimmung der Methoden und Tools zur Überführung von CDA in FHIR und umgekehrt: Kooperation mit Italien und Schweiz: Gabriel Kleinoscheg ELGA

□ FHIR

- FHIR entwickelt sich weiter, es steht nunmehr Release 6 (R6) an, welches mehr Stabilität und zusätzliche normative Spezifikationen (z.B. Ressourcen) enthalten soll. FHIR R6 Ballot-for-Comment läuft von 22.12.2023-22.01.2024, Ziel ist die Klärung der Erwartungshaltung für R6.

□ HL7 Europe:

- Die Kommentarchase für den Ballot für HL7 Europe Laboratory Report FHIR IG ist bereits gelaufen, aktuell in der Reconciliation Phase. HL7 Austria hat mit abgestimmt und mehrere Kommentare eingebracht.

□ HL7 IHE Gemini FHIR MedicationWorkflow:

- Dieses internationale Projekt wird durch das österreichische Projekt LinkedCare beeinflusst. Linked Care bildet den Medikationsworkflow für die mobile Pflege sowie Heimpflege ab und verwendet bereits FHIR-Mechanismen, die auch im IHE Profil MDP angewendet werden. Das Projekt wird durch HL7 Austria und IHE Austria gemeinschaftlich unterstützt.
- Die FHIR-Spezifikationen von LinkedCare für den Interdisziplinären Medikamentenbestellprozess für die stationäre und ambulante Pflege wird österreichweit abgestimmt (Ballot).

- Aktuelle Veranstaltungen (jeweils mit österreichischen Vertreter:innen):
 - HL7 Europe WGM 15.01.-19.01., Athen: erstes „Europäisches Meeting“, rund um die Aktivitäten in EHDS und die entsprechenden HL7 (FHIR) Spezifikationen
 - HL7 Int. WGM 29.01.-02.02., virtuell

- ❑ Online-Schulungen SNOMED-CT durch ELGA / NRC – freie Teilnahme
- ❑ Die österreichischen Übersetzungen für die **Allgemeinmedizin** aktuell im Review der German Translation Group (Publikation August-Release)
- ❑ Fachliche Reviews von pflegerischen SNOMED-CT-Konzepten aus dem **ICNP-SNOMED-CT-Mapping** durch eine DACH-Gruppe ist abgeschlossen
 - Mapping von „LEP“ wurde diskutiert, es gibt aber noch Lizenzprobleme
- ❑ **Seltene Erkrankungen:** Die Übersetzung der OrphaNet Codes wurde in die deutsche SNOMED-Version übernommen und wird im Februar-Release in der österreichischen SNOMED-Version publiziert. Das Mapping ist am österr. Terminologieserver bereitgestellt.
- ❑ Drei-Länder-Treffen (D-A-CH) zu Klassifikationen, Terminologien und Standards
 - ICD-11, SNOMED CT (Übersetzung und Mappings), EU Common Semantic Strategy) im eHDSI, Terminologien für Medizinprodukte (European Medical Device Nomenclature) und Operationsklassifikationen.
 - Umsetzungsstatus „TerminoloGit“ in DACH
- ❑ Bewerbung für Ausrichtung der **SNOMED Expo 2025** in Wien: Dreitägige Konferenz mit ca. 100-200 Personen. In Prüfung bei SNOMED Int., Entscheidung wird im April 2024 erwartet

Fortschrittsberichte der Projekte / Standardisierung

- ❑ 2007: Grundsatzbeschluss der Bundesgesundheitskommission (BGK) zur Verwendung von internationalen Standards – seither unverändert ([Link](#)). 15 Jahre später soll dieses Set of Standards aktualisiert werden

- ❑ Ziele:
 - Sicherstellen der Kompatibilität und semantischen Interoperabilität der IT-Systeme im österreichischen Gesundheits- und Pflegesystem sowie der Schnittstellen zum (Sozial)versicherungs- und Meldewesen
 - Sicherstellen der Qualität der Daten und Prozesse im österreichischen Gesundheits- und Pflegesystem sowie an der Schnittstelle zum Sozialversicherungs- und Meldewesen
 - Sicherstellen der Interoperabilität zu internationalen Systemen und Plattformen
 - Erleichterung von Ausschreibungen/ Beschaffungen: Einheitliche Kriterien, auf die bei der Vergabe öffentlicher Aufträge Bezug genommen werden kann
 - Einheitliches Kriterium für die Bewertung und Förderung von eHealth-Projekten
 - Einheitliches Kriterium für ein Anreizsystem zur Forcierung der Nutzung von ELGA & e-Health
 - Selbstverpflichtung der Systempartner zur technischen Konvergenz lt. Zielbild 2030

- ❑ Status:
 - Freigabe durch MoU im April 2023, <https://collab.hl7.at/display/PUBLIC/Digital+Health+Standards+Catalogue+Austria>
 - Wurde in der Fachgruppe eHealth am 25. Mai 2023 berichtet. Die Fachgruppe e-Health
 - 1) nimmt den Bericht zur Kenntnis,
 - 2) beschließt den „Digital Health Standards Catalogue Austria“ zur Anwendung für die von ihnen betriebenen e-Health-Projekte in ihrem Einflussbereich,
 - 3) stimmt einer Publikation des „Digital Health Standards Catalogue Austria“ in der jeweils aktuellen Fassung auf www.elga.gv.at und am Gesundheitsportal zu,
 - 4) reicht den „Digital Health Standards Catalogue Austria 2023“ an die Bundeszielsteuerungskommission weiter, um den Beschluss von 2007 mit aktuellen Standards zu erneuern.Beim Beschluss behält sich die SV die Prüfung die Auswirkungen auf die eigenen Komponenten bis zur BZK vor.
Gegenstimmen: Keine, Enthaltungen: Keine

- ❑ Diskussion
 - Weitere Schritte zum Einbringen in die BZK sind notwendig.
→ **Ziel:** Beschluss der DHSC in der BZK, der Beschluss aktualisierter Versionen soll durch die FGeH erfolgen
 - Eine aktualisierte Version könnte in die nächste FGeH am 14. März eingebracht werden. (A.Kollmann)
 - **Todo:** Sabutsch sendet an die MoU Partner für Feedback per Mail.

- ❑ Bericht Herwig Loidl
- ❑ Kommentar-Ballot des FHIR-IG für LinkedCare wurde gestartet. Das notwendige Quorum wurde erreicht, Kommentare werden nun eingearbeitet.
- ❑ Auch CDA-Dokumente werden generiert, diese sollen in Form eines Pflegesituationsberichtes bereitgestellt werden (für Wunddokumentation, häusliche Pflege)
- ❑ Implementierung der FHIR Umsetzung ist gestartet, an Nachhaltigkeit des Systems wird gearbeitet (Finanzierung)
 - SDK zur Anbindung der Software wird bereitgestellt
- ❑ Zusätzlich wird eine App für eine digitale Rezeptanforderung konzipiert (Patientenapp, per ID Austria)

Linked Care

<https://www.linkedcare.at/de/>

Projektstand

- Medikationsworkflow umgesetzt in FHIR
Pflegeorganisation „bestellt“ neues Rezept
→ (Haus)Arzt erstellt Rezept
→ Abgabe in Apotheke
- FHIR IG → <https://fhir.hl7.at/r5-LinkedCare-main/index.html>
- HL7 Austria Ballot 2023-3 im Laufen, Abstimmungsphase wurde mit 26.1. beendet, Notwendiges Quorum (10%) erreicht
- CDA Spezifikationen zu MyCareInfo und Wunddokumentation in erarbeiten
→ <https://art-decor.org/art-decor/decor-project—linca>

Ziel und Methodik

Ziel: Welchen Einfluss haben Technologien, im Speziellen die Digitalisierung von Kommunikationspfaden, auf derzeitige Guidelines und Handlungsempfehlungen?

- Wie könnten diese neu interpretiert/adaptiert werden? Was wäre hierzu notwendig?

Methode: Sichtung der Handlungsleitlinien **Pflege und Betreuung** für mobile, teilstationäre und stationäre Versorgungsformen (2017, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen) anhand des Beispiels „Mobilität und Sturzmanagement“

Fokus auf **interprofessionelle/intersektorale** Kommunikation

Mobilität und Sturz Management (1/5)

Prozess nach Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung, 2017, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (abgeleitete Fragestellungen in *kursiv*)

- P1a: Die MitarbeiterInnen setzen Maßnahmen zu Pflege und Betreuung der KundInnen zum Thema Mobilität und Sturzmanagement evidenzbasiert um
- P1b: Die MitarbeiterInnen und die Organisation verwalten die Fort- und/oder Weiterbildungsnachweise
- P2a: Die Einschätzung der Mobilität erfolgt anhand einer **einheitlichen** Vorgehensweise **in der Organisation** sowie anhand der fachlichen Expertise durch die Pflegeperson
 - *Wird die Information über die Einschätzung an weitere Beteiligte weitergegeben oder verbleibt diese in der Organisation? Wie unterschiedlich sind diese Einschätzungen/Assessments zwischen den Pflegeorganisationen?*
- P2b: Die Identifizierung von Sturz-Risikofaktoren erfolgt anhand einer **einheitlichen** Vorgehensweise sowie der fachlichen Expertise durch die Pflegeperson
 - Zielsetzung: Sturzrisikofaktoren werden **systematisch** identifiziert und **erfasst**
 - *Wird die Information über die Einschätzung an weitere Beteiligte weitergegeben oder verbleibt diese in der Organisation? Wie unterschiedlich sind diese Einschätzungen/Assessments zwischen den Pflegeorganisationen?*

Mobilität und Sturz Management (2/5)

Prozess nach Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung, 2017, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (abgeleitete Fragestellungen in *kursiv*)

- P3a: KundIn und ggf. An- und Zugehörige werden über die festgestellten Risikofaktoren und die durchzuführenden bzw. gesetzten (Pflege-)Interventionen informiert und nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten einbezogen
 - Der **Auskunftspflicht** wird nachgekommen
 - KundIn und **ggf. An- und Zugehörige** werden im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten über die durchzuführenden bzw. gesetzten (Pflege-)Interventionen **informiert**
 - Der/Die KundIn und ggf. An- und Zugehörige/r kann sich entsprechend den individuellen Möglichkeiten **aktiv einbringen**
 - Der/Die KundIn kann die (Pflege-)Interventionen ablehnen.
- P3b: KundIn und ggf. An- und Zugehörige werden beraten und angeleitet
 - Alleinige Informationsweitergabe scheint **keinen positiven Effekt** auf die Mobilität zu haben.

Mobilität und Sturz Management (3/5)

Prozess nach Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung, 2017, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (abgeleitete Fragestellungen in *kursiv*)

- P4a: Eine individuelle Pflegeplanung wird erstellt
 - **Weitergabe** der Informationen erfolgt **ans multiprofessionelle Team**.
 - *Wie erfolgt diese Weitergabe? Sind unterschiedliche Softwarelösungen betroffen? Beinhaltet diese Information Pflegediagnose, Ressourcen, Zielsetzung, Zeitpunkte, Maßnahmen? Was ist sonst notwendig?*
- P4b: (Pflege-)Interventionen werden fachgerecht durchgeführt
 - Dokumentation: Pflegeplanung, **Durchführungsnachweis ggf. für alle Berufsgruppen**, Sturzprotokoll
 - *In welchem Ausmaß werden diese Dokumente intersektoral kommuniziert?*
- P4b.1: Bewegungs- und Fitnessübungen
- P4b.2: Management der kognitiven Beeinträchtigung
- P4b.3: Angst vor Stürzen und Sturzfolgen
 - Berücksichtigung der Sturzvorgeschichte
 - *Woher kommt diese Vorgeschichte? Aus anderen Betreuungseinrichtungen bzw. von anderen Dienstleistern?*
- P4b.4: Sehbeeinträchtigung
 - Alle mit der Pflege und Betreuung betrauten Personen **leiten** ihre **Beobachtungen** an den/die ÄrztIn bzw. das multiprofessionelle Team **weiter**

Mobilität und Sturz Management (4/5)

Prozess nach Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung, 2017, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (abgeleitete Fragestellungen in *kursiv*)

- P4b.5: Kontinenzmanagement
- P4b.6: Wohnraumanpassung
- P4b.7: Richtiger Bodenbelag/richtiges Schuhwerk
- P4b.8: Medikamentenmanagement
 - Die regelmäßige Überprüfung der Medikation in Hinblick auf Notwendigkeit und Dosierung durch MedizinerInnen (Stärke der Evidenz C) und/oder durch z.B. PharmazeutInnen wird empfohlen
- P4b.9: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen
- P4b.10: Hüftprotektoren

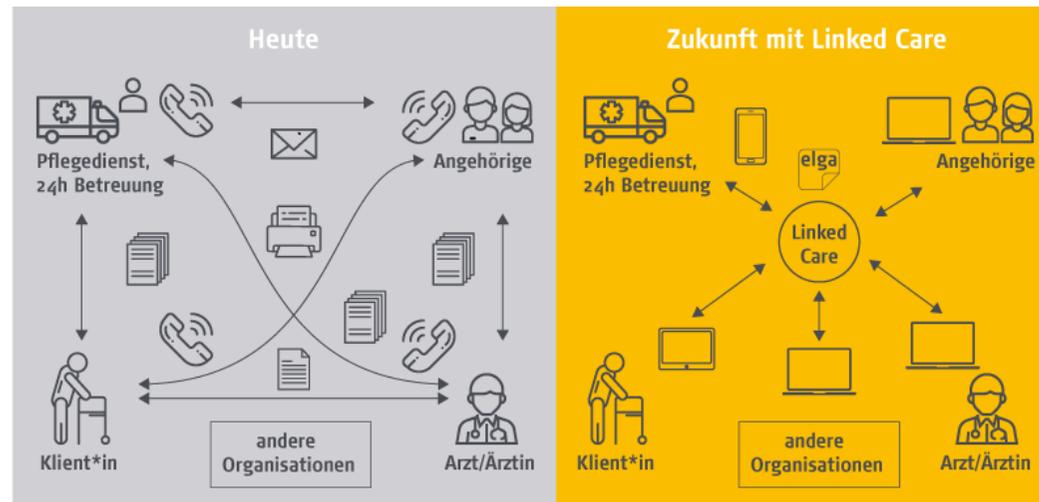
Mobilität und Sturz Management (5/5)

Prozess nach Handlungsleitlinien Pflege und Betreuung, 2017, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (abgeleitete Fragestellungen in *kursiv*)

- P4c: Die ärztlich angeordneten Maßnahmen werden durchgeführt
 - Der/Die ÄrztIn trägt die **Anordnungsverantwortung**. Die Pflegeperson führt im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie die ihr von ÄrztInnen (weiter)übertragenen Maßnahmen und Tätigkeiten lt. Berufsgesetzen i.d.g.F. durch.
- P4d: Die durchgeführten (Pflege-)Interventionen werden bzgl. ihrer Wirksamkeit evaluiert
- P5a: **Alle** mit der Betreuung und Pflege des/der KundIn betrauten MitarbeiterInnen der Organisation und kooperierende Dienste **erhalten** die für sie **relevanten Informationen**
 - **Dokumentation**
 - KundInnenbesprechungen
 - Anlassbezogene direkte mündliche Information
- P5b: Hilfsmittel werden fachgerecht angewendet
 - **Verordnung durch** den/die **ÄrztIn**, ggf. mögliche Weiterverordnung durch Angehörige des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
- P6a: Die durchgeführten (Pflege-)Interventionen werden fachgerecht dokumentiert
- P6b: Sturzdokumentation und Sturzanalyse erfolgen anhand des einheitlichen, systematischen Sturzerfassungsprotokolls

Projekt Eckpfeiler

Projektziel



Personen in Gesundheitsberufen, insbesondere in der mobilen Pflege und Betreuung, arbeiten mit den Betroffenen selbst, deren An- und Zugehörigen, sowie Ärzt*innen, Therapeut*innen und Apotheken online effizient, sicher und niederschwellig direkt mit optimaler IT Unterstützung zusammen.

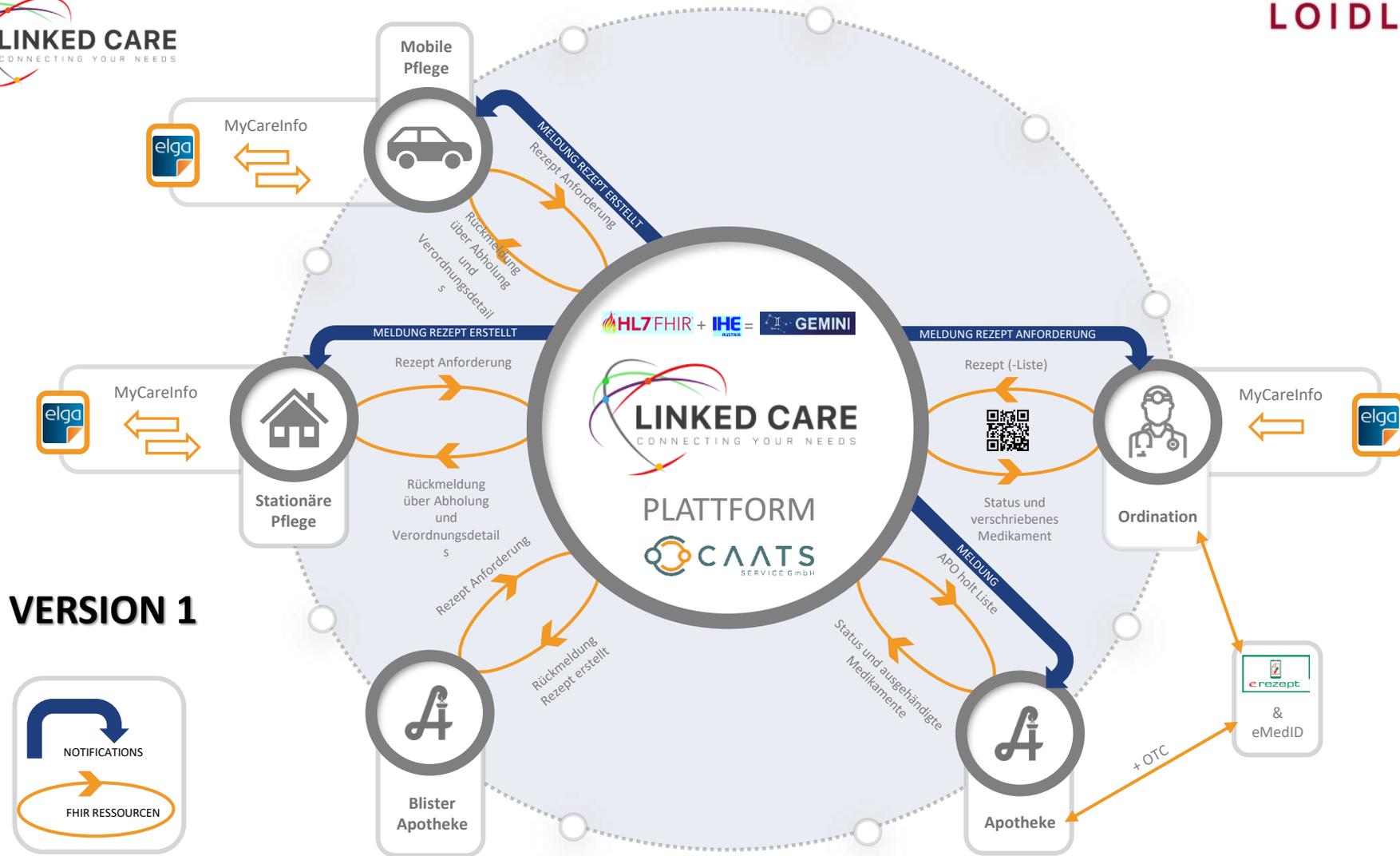
Digitaler Rezeptanforderungs PROZESS FHIR + IHE = GEMINI basierend

Ein TEIL aus dem Linked Care Projekt

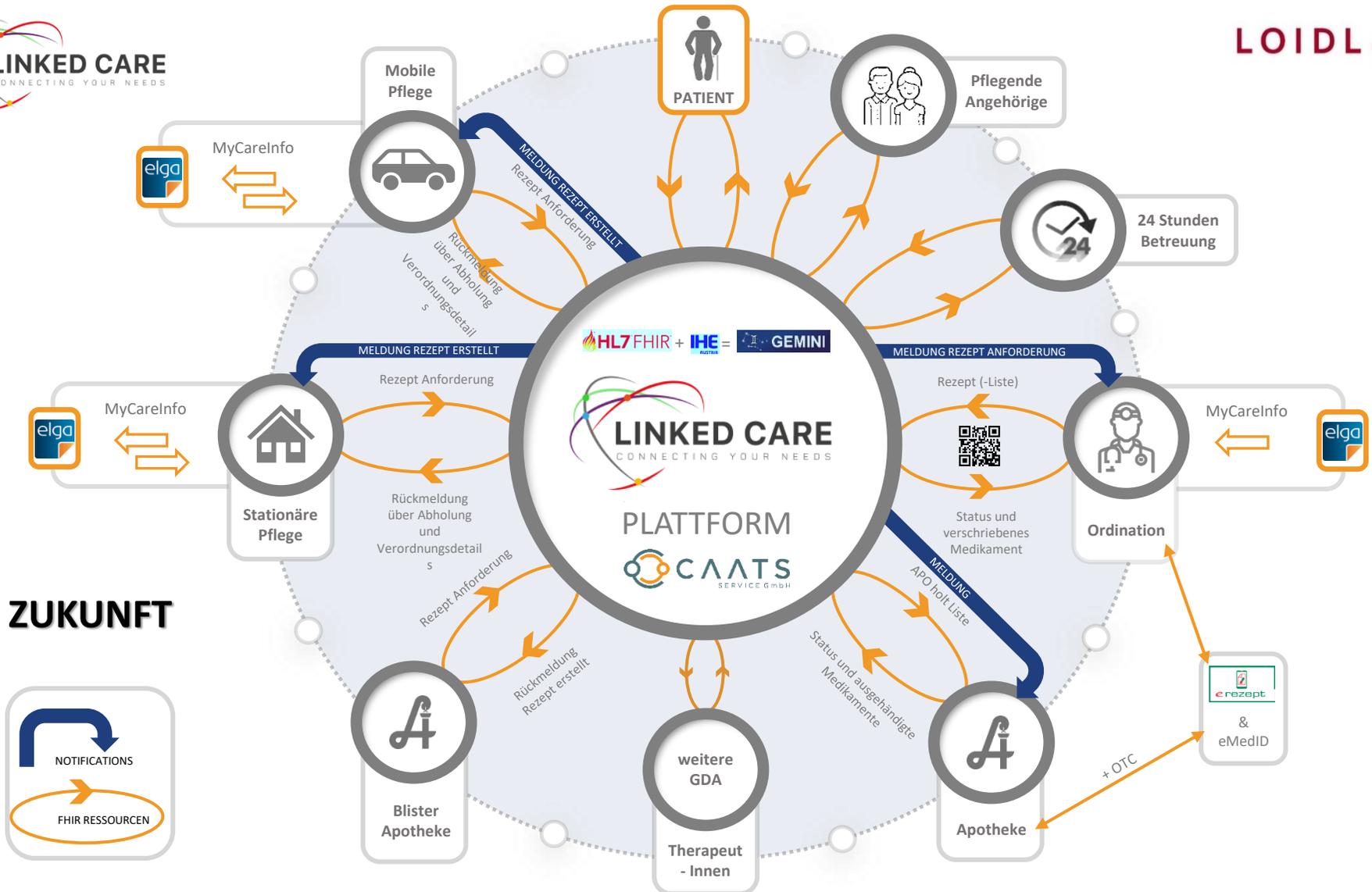
- **Unterstütz ALLE**
 - PFLEGE-Personen (mobil und stationär, selbstständig)
 - ÄRZTE und Ärztinnen
 - APOTHEKEN
 - Angehörige
 - Patient:innen

- **Erhöht massiv die Patientensicherheit**
- **IST ökonomisch und ökologisch ein enormer VORTEIL**
- **Verwendet ausschließlich STANDARDS**

Herwig Loidl loidl@loidl-consulting.at



VERSION 1



ZUKUNFT



ZUKUNFT

- Linked Care auf Basis FHIR ist Basistechnologie für
 - Verordnungen
 - Delegationen (Arzt an Pflege, Arzt an 24h Betreuerin, ...)
 - Medikamentenblatt
 - Termine
 - ...

BENEFITS für Pflege (ambulant und stationär)

- Ein Medikations-Bestellprozess rein digital mit allen Rückmeldungen
 - Präparat Änderung
 - Absetzung
 - Dosierungsänderung
 - Es kann damit das Medikamentenblatt ersetzt werden
 - Abholen erfolgt mit eRezeptID oder eMedID oder eLCID (unsere ListenID)
 - Erhöhung der Patientensicherheit durch starke Qualitätsverbesserung
 - Kontaktlose Bestellung
- ➔ KEIN TELFONIEREN!
- ➔ Ersparnis **nur für Wien** laut Kalkulation NUR ambulante Dienste (15-17%)
pro Jahr für FSW ca. 5 Mio EURO oder ca. 80 Planstellen!!
- ➔ **CO2 Einsparung!!**

BENEFITS für Ärzte und Ärztinnen:

- Es kann die vorhandene Medikation mit einem „click“ übernommen bzw. die veränderten automatisch bis zur Pflege zurück gespielt werden.
- Es werden sämtliche Medikamente übermittelt (Privatrezept, ...)
- Es werden die eMEDID und eRezeptID an Linked Care zurück übermittelt
- Arzt bekommt auch eine ganze Liste aus dem Pflegeheim
- Medikationsänderungen werden automatisch rückübermittelt
- Medikamentenblatt Unterzeichnung kann entfallen
- KEIN TELEFONIEREN bei Änderungen notwendig
- Kontaktlose Bestellung
- **ZUKUNFT:** Angehörige und Patient:innen können selbst genormt, datensicher Medikamente nachbestellen
 - KEIN Telefonanrufbeantworter abhören und Missverständnisse klären
 - KEIN Mail nachfragen und beantworten

BENEFITS für Apotheken

- Bekommt bei Pflegeheimen eine Liste in den Warenkorb die vom Arzt verordnet ist oder einer ambulanten Pfleger:in
- Bei Abgabe wird automatisch die Meldung an die Pflege (abholbereit) gesandt
- Einzelrezepte werden einfach aus der PflegeAPP mit eRezeptID abgeholt oder als Privatrezept übernehmbar (mittels eLCID)
- Bei Blisterapotheken kann direkt wie bei der Pflege nachbestellt werden
- Änderungen (nach Telefonat mit Arzt) können direkt rückübermittelt werden
- Freie Apothekenwahl wird unterstützt

PFLEGENDE Angehörige und Patient:innen (z.B: mit eID)

- Könnten mit einem System die Linked Care Prozesse genauso verwenden wie die Pflege

ALLGEMEIN

- *Das FHIR - Messagesystem der Linked Care Plattform kann auch für andere Informationen außerhalb des reinen Medikamentenbestellprozesses verwendet werden die beim Arzt, der Ärztin oder Apotheke landen sollen.
Z.B: Magistralien die fertig sind, ...*
- *Weitere Prozesse die geplant sind*
 - *Verordnungen / Anordnungen (Wundversorgung, ...)*
 - *Termine*

- ✓ **Standard basierend**
- ✓ **Skalierbar**
- ✓ **Qualitätsgesichert**
- ✓ **Zukunftssicher**
- ✓ **Erweiterbar**
- ✓ **International abgestimmte Standardprozesse (GEMINI)**

Öffentlicher Standard für Entwickler

Implementation Guide

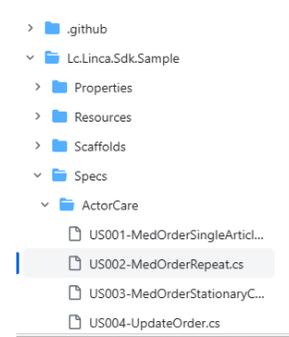
IG [LINKEDCARE.HL7.AT\Table of Contents - FHIR® v5.0.0](#)

Software Development Kit

SDK <https://github.com/loidl-consulting/lica-sdk>

Status:

- FHIR Server ist fertig
- SDK ist fertig
- Ballot startet in den nächsten Tagen
- CDA Dokumente fertig
 - myCareInfo
 - myCareInfo Wunde



Q & A

Herwig Loidl loidl@loidl-consulting.at

□ Status

- ELGA-VO für KOS-Leitfäden seit 28.November in Kraft
- Im Dezember wurden zwischen A1, AURA, Wien und eGOR gesamt ca. 30GB an Bilddaten von 20 verschiedenen GDAs abgerufen.
- Die Anzahl der neuen Anbindungen steigt. Insbesondere für Einrichtungen in Niederösterreich wurden in den letzten Wochen mehrere CDA-Abnahmen durchgeführt

□ Ausblick auf 2024

- Integrationstests DICOMweb-Lösung
- Streaming von Bilddaten kommt mit nächsten ELGA-Release (März 2024)
- Ausrollung von XCA-I im niedergelassenen Bereich
- Abschluss der Integrationstests für WIA, nachfolgende Pen-Tests
- Start der Pilotierung von WIA
- Vergleichstests, um Performance bei XCA-I (+Streaming) und WIA zu messen
- Analyse neuer Anwendungsfälle für einrichtungsübergreifenden Bilddatenaustausch (Ausarbeitung und Umsetzungsempfehlung)
- Optimierung von Kennzahlen zur Steuerung und Überwachung des Betriebs
- Vorbereitung der Anzeige von Bilddaten am ELGA-Portal
- Erstellung eines Lösungskonzeptes für GDA außerhalb der Gesundheitsnetze in Abstimmung mit dem Architekturprojekt
- Klärung offener rechtlicher und organisatorischer Fragen

□ Leistungskataloge / Abrechnung

- Eine Arbeitsgruppe SV mit Instituten soll angebl eingerichtet werden?

- **Zeichensatz Unicode**
 - In den Dame Befunden (Labor, Radiologie) sind mir bis jetzt nur 8-Bit Zeichensätze untergekommen, welche öfters zu mühsamen Fehlern in der Befundübermittlung geführt haben.
 - Es wäre daher spannend die Option von Unicode-Zeichensätzen in den Befunden zu ermöglichen, um diese Kategorie von Fehlern zu verhindern.
 - Hr. Ledl (A1) nimmt das Thema mit
- **FHIR-Schnittstellen und Befundexportmöglichkeit in den medizinischen Geräten**
 - EKG, 24h-EKG, Spirometrie, Labor, Audiometrie, Laborgeräte (Point of care), Blutzuckermessgeräte, Insulinpens, kontinuierliche Blutzuckermessgeräte
 - Man könnte diese Teilbefunde dann standardisiert weiterleiten, in Fremdsystemen semantisch importieren, und besser in Facharzt /CDA Befunde integrieren
 - Die aktuelle Anbindung von Subsystemen in den Ordinationen mittels GDT-Schnittstelle ist nicht ausreichend leistungsfähig
 - Z.B. ist die Übernahme der Dauermedikation im 24h-EKG, im 24h-Blutdruck nicht möglich
 - Bei Anlage eines EKGs erfolgt die Zuweisung der Stammdaten an das EKG-System.
 - Das EKG, mit einen nicht vidierten Befund, wird als PDF statt CDA übermittelt.
 - Im Arztsystem wird nochmals ein Befund diktiert, da der halbautomatische Befund nicht immer stimmt.
 - Eine Korrektur des Primärbefundes ist nicht interaktiv in beiden Systemen möglich. Es muss der Befund im EKG-System korrigiert und neu exportiert werden.
 - In Spirometrie-Befunden ist eine Verlaufsbeurteilung der Atemfunktion (FVC, FEV1, FEV1/VC..) immer sehr spannend und hilfreich,
 - Wenn alle Vorbefunde als ELGA-Befund vorliegen würden, dann könnte man diesen Befund im jeweiligen Spirometriesystem der Ordination automatisch importieren.
 - Point-Of-Care Laborgeräte sind meist nur unidirektional mit dem Ordinationssystem verbunden.
 - Es wird die Patienten-ID am Laborgeräte eingegeben und der Befund ans Ordinationssystem übermittelt.
 - Dadurch ist dem Laborgerät das Alter und das Geschlecht des Patienten nicht bekannt und es werden nur Unisex-Normwerte verwendet.
 - Eine Anbindung dieser Subsysteme über FHIR könnte in den beschriebenen Beispielen mehr Möglichkeiten bieten.
 - **Sauermann: Wäre zwischenzeitlich mit dem TME-CDA Befund lösbar. Wie können Hersteller für Standards motiviert werden? Geräte können oft über viele Jahre entwickelt. Schnelle Erfolge sind nur serverseitig (nach der Übertragung vom Gerät) möglich. Top-Down-Lösungsansatz?**
 - **Schanner: Muss in der Beschaffung berücksichtigt werden, Vendor-Lock-In!**
 - **Winkler: Für Kardiologie gibt es schon lange Standards bzw. IHE-Profile, aber keine Marktdurchdringung erreicht. Workflow-Lösungen sind notwendig**
 - **Buchgraber-Schnalzer: die FHs könnten eine Problem- und Markt-Analyse anbieten**
 - **Blauensteiner: EU-Vorgaben müssten helfen.**
 - **Sauermann: myHealth@EU bzw EHDS wäre der richtige Kanal für die EU-Vorgaben**
 - **Schanner: Marktanalyse wäre interessant, auch für Ausschreibungen**
 - **Reiter @ Buchgraber-Schnalzer: AIT und Telbiomed bieten Erfahrungsaustausch bei der Anbindung von mobilen Messgeräten an. → Technikum Wien (Sauermann, Frohner) ebenso!**
 - **Bürgmann: GDT Schnittstelle ist komplett veraltet, sollte auch bei höherer Marktdurchdringung eliminiert werden**

- **Umstellung der vielen PDF-Formulare in HL7-Formulare**
 - In der Medizin werden sehr viele Formulare, Fragebögen, Überweisung und VU-Bögen digital ausgefüllt und ausgedruckt (digital analoger Systembruch)
 - Ein Teil der Formulare wird sogar noch eingescannt und dieser Scan als Druckvorlage verwendet. Die entsprechenden Datenobjekte der Arztsoftware müssen graphisch an der richtigen Position des Formulars positioniert werden.
 - Wenn man diese Formulare in ein HL7 Format umwandeln könnte, dann würden daraus einige Vorteile resultieren.
 - Wenn die Eingabefelder mit den Daten aus dem Patient Summary befüllt würden, dann wäre die Anpassung an neue Formulare viel weniger aufwendig.
 - Die Arztsoftware müsste nur sukzessive ihre Datenstrukturen (Bezeichnungen) in ELGA-Terminologien mappen / umwandeln.
 - Dann könnten viele Formulare automatisch befüllt werden und man hätte einen Anreiz die Strukturen des Patient-Summary schneller in der Ordinationssoftware zu implementieren.
 - ELGA / CDA Formulare könnte man elektronisch weiterleiten und in Fremdsystemen automatisch importieren oder später aus in die ELGA hochladen.
 - Wenn wir in Zukunft, so wie Deutschland vielleicht auch einen medizinischen Messenger zum sicheren Datenaustausch bekommen, dann könnten wir Fragebögen vor dem Ordinationsbesuch an den Patienten übermitteln
 - **Kollmann: Standardisierung von Formularen ist derzeit in Salzburg in Diskussion**
 - **Reiter & Buchgraber-Schnalzer: FHIR Questionnaires sind schon projektmäßig umgesetzt worden**
 - **Bürgmann: Auch die SV hat angebl schon Überlegungen dazu.**
 - **Sabutsch: Ein Projekt ist für 2024 geplant, um die VU standardisiert in Richtung Patient Summary abzubilden**
- **Patient-Summary: Umstellung von CDA auf FHIR**
 - Ich glaube, dass man Teilkomponenten des Patient-Summary früher umsetzen könnte, wenn man die Möglichkeiten des Einzelparameteraustauschs in FHIR nutzen kann.
 - So könnte man die Datenstrukturen für Allergien, Diagnosen, Ausschlussdiagnosen, Vorerkrankungen, Dauermedikation in den Ordinationssoftwareprodukten früh auf HL7 Strukturen migrieren und später zum Upload ins Patientsummary nützen.
 - **Sabutsch: Genau das ist der Plan**

□ GDA Verzeichnisdienst

- Der Stolperstein betrifft den fehlenden, alle GDAs umfassenden, Verzeichnisdienst.
- Im beiliegenden Fall hatte ich in meinem Adressstamm für das LKH Weiz noch nicht die korrekte Dame-NR hinzugefügt, wodurch beim Import der Absender nicht korrekt umgeschlüsselt worden ist:
- Die Benennung des Befundabsenders sollte eigentlich eindeutig, korrekt und zuverlässig sein, den ansonsten entsteht eine schlecht sortierte Datenablage, in der vieles nicht gefunden wird.
- Noch verhängnisvoller wird diese Situation, wenn diese nicht eindeutig bezeichneten Befunde weitergeleitet oder über den Normdatenexport exportiert werden.
- Wir bräuchten daher eindeutige moderne Mechanismen zur Benennung von Befunden (Absender, Inhalt, Fachgebiet, Datum, Patient). Dafür wäre ein eindeutiges Verzeichnis aller GDAs hilfreich.
- Da das Verzeichnis aber nur beim Import & Export hilfreich ist, sollte die Stammdaten des Befundes (Absender, Inhalt, Fachgebiet, Befund-Datum, Patientendaten) eindeutig in semantischer Form aus dem Befund extrahierbar sein, auch wenn dieser als Edifact Befund versendet worden ist.
- Wahrscheinlich könnte man hierfür als Befundcontainer ein CDA1 oder CDA2 Format verwenden. Wenn möglich, wäre aber wahrscheinlich zumindest ein CDA2 Format sinnvoller, da dieses semantisch besser verarbeitbar ist und hoffentlich ohne Verwendung des Acrobat-Readers lesbar ist.
- ➔ **Sabutsch: Für Dokumentbezeichnungen gibt es einen HL7 Standard**
- ➔ **Hießl: der eHealth Verzeichnisdienst wäre das geeignete Instrument, die Befüllung ist zu organisieren (incl ÄK, SV, 1450...)**

- **GDA Verzeichnisdienst** Problemfelder in der Verwendung der aktuellen unvollständigen GDA-Verzeichnisse :
 - Die frei verfügbaren Vertragspartnerverzeichnisse der Hauptverbands sind nicht vollständig
 - Es sind nicht alle Ärzte, Wahlärzte, Krankenhäuser aufgelistet
 - Es fehlt im Allgemeinen die DAME-Nr, das Telefon, das Email, die Öffnungszeiten
 - Kontaktdaten zu nicht ärztlichen Berufen fehlen.
 - In jeder Ordination müssen daher folgende Daten manuell gepflegt werden DAME-NR, Telefon-NR, Fax, Email, Öffnungszeiten
 - In meiner Software kann ich jedem Kontakt nur eine DAME-Nr. hinzufügen.
 - Manche GDAs haben mehrere DAME-Nr. (Edifact, PDF)
 - Krankenanstalten haben oft eine noch größere Anzahl an DAME Nummern
 - Alle Kontaktdaten von Physiotherapeuten, Apotheken, Orthopädiegeschäften, Altersheimen
 - Schwierigkeiten in der Adressstruktur, welche sich aufgrund der historischen Entstehung & Kompatibilität (Formulare, Überweisungen, Abrechnung) nicht einfach individuell in einer Arztsoftware ändern lassen
 - Es fehlen Möglichkeiten eine Gruppenpraxen korrekt anzulegen.
 - Bsp.: Einzelordination
 - Bsp: Gruppenpraxis Radiologie
 - Im Namensfeld werden daher 2 Ärzte eingetragen. Das ist kein Standard, sondern eine nichtstandardisierte Notlösung

 - Unvollständige Kontaktlisten des DAME-Dienstes
 - Es kann nur eine Liste mit der DAME-Nr. und einer Bezeichnung importiert werden, obwohl der DAME-Dienst z.B. auf komplexere Daten aus dem LDAP-Service der Ärztekammer (EVGA) übernehmen könnte.
 - Aufgrund der Länge dieses Feldes ist Inhalt von „Bezeichnung“ für Abrechnungen und Adressfelder nicht verwendbar; sondern erleichtert nur die Suche von GDAs
 - ME589309;Röntgen am Kai Dr. Günter Porsch & Dr. Konrad Uranitsch Fachärzte f. Radiologie OG;
 - ME328311;MEDIUS - Korsatko Muchitsch Strobl-Gobiet-Allgemeinmedizin OG;
 - ME532777;Radiologie am Fleischmarkt Dr.Breitenhuber & Dr. Celedin OG;
 - ME224293;Röntgen Mirabell Dr. Kainberger & Dr. Fritzenwallner Gruppenpraxis Radiologie GmbH;
 - KH833397;LKH Rottenmann-Bad Aussee;
 - KH957056;LKH Weststeiermark;
 - KH833461;LKH Südsteiermark;
 - KH833308;LKH Hartberg;
 - KH834370;LKH Weiz;
 - KH833329;LKH Hörgas-Enzenbach;
 - KH833195;LKH-Univ. Klinikum Graz;
 - KAGES;LKH-Univ. Klinikum Graz;
 - KH331427;LKH Graz II;
 - Krankenhausverbände
 - Im Rahmen der Zusammenfassungen verändern sich die oft Adressen, Bezeichnungen, DAME-Nummern
 - Die eindeutige Benennung des Befunds aus dem eigenen Adressverzeichnis ist daher oft zum Scheitern verurteilt

□ **GDA Verzeichnisdienst Hoffnungsschimmer:**

- Verzeichnisdienst der ELGA mit allen GDAs und allen relevanten Kontaktdaten
- Übernahme von Konzepten aus dem deutschen Verzeichnisdienst der Gematik: Der Verzeichnisdienst der gematik: E-HEALTH-COM
- Basis für sicheres Email: KIM | gematik
- Basis für medizinischen Messenger: gematik Fachportal
- Verwendung eines Verzeichnisdienstes in folgenden Fällen:
- Suche nach Kontaktdaten von GDAs
- Geographische Suche nach GDAs im Umfeld des Wohnortes des Patienten (Physiotherapie, Apotheke, Arzt)
- Verwendung in Telefonanlagen:
- Identifikation des Anrufers
- Bevorzugte Reihung von GDAs vor Patienten
- Durchschalten von GDAs außerhalb von Sekretariatszeiten für Patienten
- Sicherheit durch Identifikation des Gesprächspartnern
- Größere Sicherheit bei Fax-Versand
- Rückruf des GDAs, da die Nummer erkannt worden ist
- Verwendung beim Versand von Dokumenten
- Partielles Selbstmanagement der Stammdaten wie in der BRD: Öffnungszeiten, Homepage, Urlaub

□ Medikation:

- Apotheke: die Signatur & die Anmerkungen werden überall manuell übertragen
 - Schnittstelle & verpflichtende Ausdruck der Rezeptsignatur
- Signatur allgemein:
 - Zu liberal, zu wenig leistungsfähig, daher werden oft Medikamente ohne Signatur rezeptiert
 - Eine präzise Signatur ermöglicht eine bessere Synchronisation von Verordnungsplänen und die Einrichtung von darauf aufbauenden Prüfregele / Erinnerungen
 - Es fehlt:
 - Verpflichtende Signatur
 - Angabe zum Zeitraum der, auf welchen sich die Signatur bezieht: Tag, Woche, Monat, Jahr, alle x Jahre (z.B. bei Impfungen)
 - Angaben zur Form der Medikation (Tbl, Kps., Ampulle, Dosieraeroso,...)
 - Angabe zum Verabreichungsort (oral, rektal, subkutan)
 - Angabe zur Dauer der Medikation: (Dauertherapie, für x Tage, bei Bedarf)
 - Manche Dosierungen (z.B. 1/3) lassen sich nur als Freitext angeben
- Verfügbarkeit von Medikamenten
 - Die aktuellen Meldungen zur Verfügbarkeit stimmen oft nicht. Es werden z.B. Medikamente als verfügbar eingestuft und sind dann in der Apotheke nicht lieferbar.
 - Apotheken haben daher z.T. aktuelle lokale Verfügbarkeitslisten angeboten, welche aber nicht praktikabel sind.
 - Seit kurzem melden Apotheken den Verfügbarkeitsstatus ihrer Medikamente auf ein Webportal: MEDCHECK.info - Die einfachste Lösung. Finde deine Medikamente in deiner Region!
 - es wäre spannend wenn man ein ähnliches Service zentral im ehealth System integrieren könnte
 - Vorschlag:
 - Option zur Rückmeldung des Apothekenlagerstands an die AGES
 - Verpflichtende Rückmeldung von zentral definierten Mangelpräparaten über diese Schnittstelle
 - Dadurch hätte die AGES, das Gesundheitsministerium und die Ärzte immer einen Überblick über Mangelsituationen

□ Befundformate

- Wir tauschen zu viele nicht maschinenlesbare Informationen in der Medizin aus und fügen diese Information in nichtstandardisierten Datenfeldern ein. Dadurch entsteht nur mehr Arbeit und mehr Fehler.
- Es wäre spannend, möglichst viele medizinische Informationen in ein maschinenlesbares HL7 zu verpacken, um folgende Ziele zu erreichen.
- Automatisch maschinell korrekter Import von Daten in das Arztinformationssystem / ELGA / das Patientsummary
- Inhalt und Metadaten des Befundes (Patient, Datenquelle,.etc.) sollten automatisch richtig zugeordnet werden
- Portabilität der Befunde: Eine Weiterleitung & ein Import im Zielsystem sollte ohne Spezialanpassung möglich sein
- Anwendung dieser Prinzipien in folgenden Kontexten:
 - Befunde (Labor, Facharzt, Krankenaus)
 - Medizin-Technik-Subsysteme
 - EKG, Spirometrie
 - POC-Laborgeräte
 - Ultraschall
 - Blutzuckermessgeräte
 - Blutdruckgeräte
 - Verordnungspläne
 - Medikamentenbestellung / Rezeptierungswunsch
 - Formulare
 - Überweisung, Zuweisung, VU-Blatt, Kurantrag
 - Formulare zum Selbsterfassen von Beschwerden / Anamnesen des Patienten
 - Terminabstimmungen
 - Einbindung von personal health devices

□ Medizin-Technik Integrationsplattform

- Bisherige Programme und Services werden individuell am Server installiert
- Individuelle Installation
- Kein Standardschnittstellen zur Arztsoftware
- Keine Rückmeldung in der Anwendersoftware
- Fehlererkennung und Meldung daher nur durch einen Administrator möglich
- Alte schlechte Sicherheitskonzepte (Passwörter)
- Ziel
 - Medizin-Integrationsplattform / Bus-System
 - Klare Schnittstellen für Medizinsoftware & ehealth-Dienste: Anmeldung, Integration, Sicherheit, Befundübermittlung, Fehlermeldung

Nächstes Interoperabilitätsforum:

- **21. Mai 2024 14:00-16:00 Uhr**
- Ort: Online MS Teams ([Link](#)) + **physisch**: Technikum Wien
- Anmeldung folgt per: <https://hl7.at/events>

□ Weitere Termine



- **11-14. März 2024** <https://event.hl7.at/e/jt2024>
HL7 & DICOM Jahrestagung & FHIR Hackathon – Programm:
 - **11. März FHIR Hackathon & HL7 TC FHIR**
 - **12. März Workshops:**
 - FHIR Arsonists (FHIR für Fortgeschrittene)
 - HL7 FHIR for Executives - Ein FHIR-Server, was ist das eigentlich?
 - SNOMED CT Basics - Grundlagen von SNOMED CT
 - FHIR IG Infrastructure
 - HL7 TC Terminology, DICOM TC
 - **13. März: Konferenz** incl NL, SK, ELGA, EHDS, MTD, Codierung, FHIR Multidomain, Gemini Medication, Bilddaten, VDASonFHIR, ...
 - **14. März: Workshops**
 - DICOMweb und IHE WIA/WIC
 - HL7 FHIR Clinical Quality Language für Sekundärdatennutzung
 - DICOM Viewer für ELGA