

Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS)
Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen (ATG)

Planungsworkshop

**Arbeitsstrukturen,
Telematik-Rahmenarchitektur und
Standardisierung**

- Dokumentation -

7./8. Oktober 2003, Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen, Krefeld

3.12. Dezember 2003, Sitzung des Review-Teams, Köln

Oktober/Dezember 2003

Inhaltsangabe

	Seite
Zusammenfassung der Ergebnisse von Krefeld und Köln	3
Kurzdokumentation Workshop Krefeld	
Einführungssitzungen	10
Berichte der Arbeitsgruppen und deren Diskussion	21
Teilnehmerliste	52

Diese Kurz-Dokumentation wurde zusammengestellt von:

Prof. Dr. Otto Rienhoff, Universität Göttingen (Moderation)

In Zusammenarbeit mit:

Sabine Rey, Universität Göttingen

Prof. Dr. Peter Haas, für die GMDS, Fachhochschule Dortmund

Andreas Heinrich, für die Industrieverbände, Heinrich Health Care Consulting, Berlin und

Dittmar Padeken, BMGS, Bonn

Sowie ferner zum 3.12.:

Dr. Ulrich Pluta (BITCOM) und Dr. Frank Krickhahn (svitg) für die Industrie,

Dr. Stefan Schug (ZTG) für die Bund-Länder AG Telematik im Gesundheitswesen,

Frau Anne Strobel (AOK) und Jürgen Albrecht (VdAK) für die Kostenträger,

Herr Reinhold Mainz (KBV) für die Leistungserbringer.

Zusammenfassung der Ergebnisse von Krefeld und Köln

In Nachfolge zu dem Architekturworkshop im Dezember 2002 und der 1. Deutschen Expertenkonferenz in Stuttgart tagte in Krefeld ein eingeladenener Kreis von 50 Teilnehmern am 7. und 8. Oktober 2003. Die Experten aus Selbstverwaltung, ATG, BMGS, Industrie und Wissenschaft erörterten eineinhalb Tage lang Aspekte einer Telematik-Rahmenarchitektur zur Definition und Implementierung realer IT-Systeme für das deutsche Gesundheitssystem. Dabei wurden auch wichtige Schlüsselbegriffe für alle Beteiligten fixiert.

Nach Eröffnungen der Vertreter des BMGS, der Länder, des ATG, der Industrieverbände und der Wissenschaft führten 10 Kurzvorträge in die Thematik ein (Vortragsfolien siehe Anhang).

In drei Arbeitsgruppen (Rahmenarchitektur, Interoperabilität und Infrastruktur) wurde die Materie vertieft. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden nachfolgend im Plenum diskutiert und miteinander verflochten. Es resultierte eine Liste dringender und unabweisbarer Themen, die beim weiteren Vorgehen vorrangig zu bearbeiten sind.

Als *conditio sine qua non* wurde von allen Teilnehmern eine übergreifende Managementstruktur für das Gesamtvorhaben angesehen. Diese soll folgende Elemente beinhalten:

- Koordination, allgemeines Management
- Systemunterstützung für den Managementprozess
- Koordination Expertenthemen
- Expertenarbeitsstrukturen
- Teamassistenz
- Kommunikation der Ergebnisse des Prozesses an alle Beteiligten

Die Nachhaltigkeit der Finanzierung dieser Managementstruktur für das Gesamtprojekt wurde als wesentlich für die bereits in Stuttgart geforderte fortwährende Anpassung aller Prozesse an sich wandelnde Standards und Anforderungen bezeichnet. Verschiedene Modelle wurden dazu diskutiert – eine vom Verband BITKOM eingebrachte Idee, eine Stiftung zu etablieren, wurde immer wieder als eine mögliche Lösung zitiert.

In vielen Diskussionen wurde deutlich, dass der Informationsfluss aus dem Projekt BIT4health und der darauf aufsetzende Entscheidungsprozess noch als ungeklärt angesehen würde. Da diesen beiden Projekten jedoch höchste Aufmerksamkeit zukommt, wurde hier von vielen Teilnehmern Klärungsbedarf gesehen.

Zu Beginn des Workshops waren von Vertretern des ATG Diagramme mit Organisationsstrukturen präsentiert worden. Diese müssten mit den inhaltlichen Ergebnissen des Workshops abgestimmt werden. Diese und eine ähnliche Aufgabe im Hinblick auf bereits bestehende oder geplante Gliederungen innerhalb der Aktivitäten des BMGS sollte auf den folgenden Jour fix von ATG und BMGS geklärt werden. Inzwischen liegen überarbeitete Organisationsvorschläge vor, die am 3.12. vom Review-Team erörtert würden, so dass auf einem Jour Fixé Anfang Januar der endgültige Arbeitsprozess fixiert werden kann.

Glossar des Projektes Deutsche Gesundheitskarte

Im Rahmen des Vorhabens wird ausgehend vom Projekt BIT4health ein Glossar aufgebaut und gepflegt, das wichtige Begrifflichkeiten im Kontext der Einführung der Gesundheitskarte bis 2006 enthält. Es soll Bezüge zu den ISO/DIN Definitionen sowie zu der einschlägigen EU-Terminologie aufweisen.

Expertengruppen

Immer wieder wurden in Krefeld Expertengruppen gefordert, die komplexe Einzelaspekte des Vorhabens zügig aufarbeiten und für Entscheidungsgremien Vorlagen erstellen. Allerdings wurde auch die Gefahr gesehen, dass zu viele Gruppen entstehen und gegebenenfalls ein Eigenleben entwickeln, anstatt sich auf die konkreten Bedürfnisse des deutschen Vorhabens zu konzentrieren. Deshalb wurden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

- Die Zahl der Expertengruppen wird beschränkt.
- Expertengruppen erhalten eine einheitliche Geschäftsordnung.
- Expertengruppen werden für eine befristete Zeit auf der Basis eines konkreten Auftrages eingerichtet.
- Aufträge werden möglichst nur einmal formuliert, so dass die Ressource Experte schonend eingesetzt wird.
- Auftrag, Zusammensetzung und Ergebnis werden projektintern veröffentlicht.
- Experten erhalten für ihre Tätigkeit ein Honorar sofern sie nicht über den Arbeitgeber für die Aufgabe bezahlt werden.

Da der Rat verschiedener Expertengruppen gegebenenfalls aufeinander abgestimmt werden muss oder Ergebnisse im Kontext des Gesamtvorhabens einzuordnen sind, wird im Rahmen des deutschen Vorhabens ein Koordinierungsausschuss eingesetzt, der die Relevanz und Kohärenz des entstehenden Verbundsystems im Sinne der politischen und fachlichen Vorgaben sicherstellt. Er kann aus dem Reviewteam von Stuttgart hervorgehen.

Die Ergebnisse der Diskussionen werden am Ende des Workshops in eine Matrix abgebildet, die verschiedene Themen priorisiert und den Typ des zu bearbeitenden Themas charakterisiert. Diese Arbeit kann nicht mehr im Detail abgeschlossen werden. Allerdings fallen die Priorisierungen entsprechend den Erörterungen auf dem Workshop einheitlich aus: am wichtigsten gelten ein effizientes Projektmanagement und geeignete Finanzierungsmodelle für die Implementierung der Telematikplattform im deutschen Gesundheitswesen.

In den folgenden Wochen wurden diese Zwischenergebnisse in verschiedenen Sitzungen und Konferenzen erneut erörtert. Dabei ergab sich, dass ATG und BMGS eine gemeinsame Arbeitsorganisation für die Einführung der Gesundheitskarte und der Telematikplattform aufbauen werden. Damit bestehen dann auf allen Seiten (Bund, Länder, Verbände, Wissenschaft und Industrie) Arbeitsstrukturen, um die große Aufgabe bis 2006 zu bewältigen.

Nacharbeit des Review Teams in Köln

Offen blieb in Krefeld die Frage nach einer Expertengruppe, die für den Gesamtprozess als Konsentierungsgremium dienen könne. Dieses Detail wurde auf der Basis detaillierter Überlegungen zu den Abläufen am 3.12.2003 in einer gesonderten Sitzung in Köln erörtert. Dazu waren 9 Vertreter verschiedener Verbände und Organisationen eingeladen worden (siehe Tabelle Seite 8). Nach ausführlicher Debatte entschlossen sie sich zu folgenden zwei Empfehlungen auf der Basis umfangreicher Unterlagen:

1. Das Vorhaben sollte geschichtet betrachtet werden.
2. Aufbau eines Review-Teams als Vorläufer einer dauerhaften Initiative für Rahmenarchitektur, Interoperabilität und Standardisierung (IRIS).

Schichtung des Vorhabens

BMGS und Selbstverwaltung haben eigenständige vorbereitende Projekte initiiert (biT4health und GuT) und stimmen deren Arbeit aufeinander ab. Im Umfeld der nachhaltigen Implementierung der Telematikinfrastruktur durch die Selbstverwaltung können drei grundsätzlich verschiedene Aufgabenstellungen voneinander abgegrenzt werden (Abb. 1). In diesen Aufgabebereichen spielen das BMGS und die Bundesländer ebenfalls eine Rolle.

Bei den drei Schichten handelt es sich um die vorbereitende Projektschicht, die auf Dauer zu etablierende Arbeitsgemeinschaft zum produktiven Betrieb des Gesamtsystems sowie die kontinuierliche Anpassung an fortschreitende Standards in der „Initiative Rahmenarchitektur“.

Die drei Aufgabenstellungen liegen in jeweils unterschiedlicher Verantwortung. Die Einführung der Gesundheitskarte kann allerdings nur dann zeitgerecht erfolgen, wenn die Aufgaben und deren Lösungen aufeinander abgestimmt werden.

Abbildung1: Schichtung der Arbeitsgruppen innerhalb der Selbstverwaltung

Aufgabenzuordnung Gesundheitstelematik 2004 – 2007 (Version2, Stand 8.12.2003)

	<i>Verträge</i>	<i>Entwicklung und Test</i>	<i>Betriebsvorbereitung und Betrieb</i>	<i>Standardisierung und Profilbildung</i>	<i>Management (Durchführung und Entscheidung)</i>
<i>Projekt Gesundheitskarte und Telematik-Infrastruktur - GuT -</i>	SGB V § 291a + PKV (Das Projekt GuT initiiert ARGE und IRIS)	Projektbüro (Das Projekt bedient sich des Kompetenzzentrums der ARGE und arbeitet mit der IRIS zusammen)	Labortest Roll-out-Vorbereitung Test Modellregion Roll-out (Das Projekt bereitet dauerhafte Betriebsaufgaben vor und erprobt diese)	Vorschläge Konsensbildung Qualitätsprüfung	(Konzepte) Geschäftsprozesse Architektur Infrastruktur (Planung) Geschäftsplanung Projektplanung Finanzierung (Einführung) Abnahme Roll-out
<i>Arbeitsgemeinschaft Telematik (Entwicklung und Betrieb) - ARGE -</i>	Alle ATG-Partner (+ Förderung durch BMGS + Länder)	Kompetenzzentrum	(Dauerbetrieb) Netzzugang Netz Middleware PKI + Karten Integration	Festlegung Pflege	Planung Finanzierung Konzepte Betrieb
<i>Initiative Rahmenarchitektur, Interoperabilität und Standards - IRIS -</i>	Industrieverbände + alle ATG Partner + BMGS + Länder + Wissenschaftsverbände	Geschäftsstelle Referenzplattform	Zertifizierung	Qualitätssicherung Weiterentwicklung	Geschäftsplan Arbeitsorganisation Finanzierung „Vertrieb“ Qualitätssicherung Interoperabilitätsplattform

Reinhold.A.Mainz@KBV.DE

Review-Team und IRIS

Das Review-Team sollte nach folgendem Schema etabliert werden:

Präambel/Zweck

Die über ein Jahr laufenden intensiven Beratungen darüber, wie eine Telematikplattform im deutschen Gesundheitswesen zügig, wirtschaftlich und nachhaltig realisiert und betrieben werden kann, haben in völliger Übereinstimmung aller Beteiligten ergeben, dass eine unabdingbare Voraussetzung darin besteht, ein sachkompetentes Fachgremium der wichtigsten an der Umsetzung beteiligten Organisationen als Konsens-orientiertes „*Review-Team*“ zur Lösung komplexer Fragen bereit zu halten. Dieses Team soll den Zuständigen gemäß politischem Mandat (Bundesregierung, Landesregierungen), gesetzlichem Auftrag (Organisationen der Selbstverwaltung), der beteiligten Industrie und den weiteren relevanten Akteuren im Gesundheitswesen zuarbeiten. Der organisatorische Aufbau wird gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS) und dem Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen der Selbstverwaltung (ATG) vorbereitet.

Aus dem Review-Team soll nach internationalen Vorbildern bis 2006 eine dauerhafte Einrichtung erwachsen: die *Initiative Rahmenarchitektur, Interoperabilität und Standardisierung* (IRIS). Diese soll nachhaltig sicherstellen, dass in Deutschland auch nach Einführung der Gesundheitskarte die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen zum Nutzen der Patienten effizient und standardisiert weiter entwickelt werden kann.

Aktuelle Aufgaben des Review-Teams

Begleitung des Aufbaus der nationalen Gesundheitstelematik-Plattform bis 2006 durch Beratung von BMGS und ATG - dabei insbesondere durch Stellungnahmen zu folgenden Telematik-Themen:

- Übergreifende Risikoanalyse / Risk Management;
- Vermeidung von Fehlinvestitionen, Sicherung der Nachhaltigkeit;
- Einordnung deutscher Systemlösungen in den internationalen Rahmen (Standards, Initiativen, Strategien);
- Sicherstellung von Interoperabilität innerhalb der Telematikplattform;
- Thesen und Vorarbeiten zur Telematikrahmenarchitektur; kritisches Review vorgeschlagener Modelle; Vorschlag von Interoperabilitätsrichtlinien
- Thesen und Vorarbeiten zum dauerhaften Betrieb einer Telematik-Infrastruktur, wie bit4health, Planungsauftrag der Selbstverwaltung etc.; kritische Review vorgeschlagener Modelle; Vorschlag von Interoperabilitätsrichtlinien
- Identifikation und Empfehlung besonderer Potentiale des Telematik-Einsatzes im Rahmen bestehender bzw. neuer Versorgungsmodelle.
- Empfehlungen zur Fortentwicklung der Rahmenarchitektur und Infrastruktur;
- Internationale Vermarktung der deutschen Telematik-Plattform;

- Zuarbeit zu sonstigen Aufträgen der Steuerungsgruppe Telematik im Gesundheitswesen (STG).

Aufbau der *Initiative Rahmenarchitektur, Interoperabilität und Standardisierung (IRIS)*

Das Reviewteam empfiehlt den Aufbau und die Einrichtung einer dauerhaften Initiative Rahmenarchitektur, Interoperabilität und Standardisierung (IRIS) mit folgenden Aufgaben:

- Entwicklung von Empfehlungen zur Fortschreibung der Gesundheitstelematik-Plattform nach 2006;
- Recherche; Bewertung von neuen nationalen und internationalen Standards im Hinblick auf die Umsetzung in der deutschen Gesundheitstelematik-Plattform;
- Langfristige Garantie von Investitionssicherheit für Investitionen in Informationstechnologie im deutschen Gesundheitswesen;
- Aufbau und Betrieb einer Informationsplattform für gesundheitstelematische Fragestellungen;
- Bewertung von Vorschlägen zu Teilbereichen/Teilaspekten zum Aufbau der Plattform;
- Kooperation mit internationalen Gremien – speziell EU-Kommission und ISO – mit der Zielsetzung einer Harmonisierung nationaler Plattformentwicklungen;
- Moderation und Mitarbeit bei Vereinbarungen zur Anwendung bzw. Entwicklung von technischen und semantischen Standards (nationale und internationale Standards). [d.h. Vereinbarungen über Bezugssysteme für Telematikanwendungen] ;
- Unterstützung bei der flächendeckenden Implementierung von Standards bzw. der Vereinbarungen über verbindliche Bezugssysteme.

Es wird empfohlen, IRIS als eine übergeordnete Instanz zu schaffen, welche Vorschläge für verbindliche Rahmenbedingungen für die Gesundheitstelematik erarbeitet und die fachlichen Vorlagen zur gesetzlichen Verankerung ausgestaltet sowie Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Strategie koordiniert. Darüber hinaus muss diese Instanz Anlaufstelle in allen strategischen Fragen der Gesundheitstelematik sein und eine umfassende Informationsplattform ausbauen, welche die Standards, Verfahrenfestlegungen, und Evaluierungskriterien enthält. Das Review-Team kann im Kontext von IRIS fortgeschrieben werden.

Geschäftsordnung

Das Review-Team erhält eine Geschäftsordnung, in der auch die Abstimmungsmodalitäten geregelt sind. Grundsätzlich gilt, dass das Team nur mit den Gruppen abstimmt, die nicht selbst ein Thema eingebracht haben.

Das Review-Team erhält administrative und redaktionelle Unterstützung durch ein Sekretariat. Zur Vertiefung von Fragestellungen kann es Kurzzeit-Projekte veranlassen. Die Kosten des Teams und Erstattungsmodalitäten für die Experten werden zwischen den Trägerorganisationen (BMGS, Selbstverwaltung und ATG) im Rahmen eines Budgets vereinbart. Die Berufungen der Mitglieder enthalten die entsprechenden Regelungen.

Kosten, Aufwendungen

Die Kosten des Reviewteams und seiner Infrastruktur und Zuarbeiten werden bis 2006 auf der Basis von 12 – 15 Experten, 8 Sitzungen pro Jahr und ca. 10 Vertiefungsprojekten pro Jahr auf etwa 1,42 Mio. € geschätzt.

Zusammensetzung und Berufung

Das Reviewteam wird von BMGS und ATG aus für den Aufbau der Telematikplattform wichtigen Verbänden zusammengestellt. Den Berufenden werden Vorschläge der relevanten Organisationen (s. Präambel) unterbreitet. Die Mitglieder des Review-Teams werden vom BMGS und ATG dann gemeinsam berufen. Das Review Team ist im Dezember 2003 in erster Besetzung wie folgt zusammengestellt worden:

Entsendender	Zahl	Vertretung für	Benannt	Arbeitgeber
BMGS	2	BMGS Projekt BIT4health	Herr Padeken Dr. Fanderl	BMGS IBM
AG Bund-Länder	2	A-Länder B-Länder	Dr. Schug NN	ZTG
Industrie	2	svitg BITKOM	Herr Krickhahn Dr. Pluta	Siemens Med Oracle Corporation
Kostenträger	2	AOK VdAK	Frau Strobel Herr Albrecht	AOK-Bundesv. VdAK
Leistungserbringer	2	Krankenhäuser Niedergel.Ärzte	Dr. Völlink Herr Mainz	DKG KBV
Wissenschaft	2	GMDS TMF e.V.	Prof.Haas Prof.Rienhoff	FH Dortmund Uni Göttingen

Der Sprecher des Review-Teams wird von BMGS und ATG für die Dauer von jeweils drei Jahren ausgewählt.

Die Unterlagen und Ergebnisse des Workshops in Krefeld und der Sitzung des Review-Teams in Köln werden vereinbarungsgemäß u.a. über den DiMDi-Server allgemein verfügbar gemacht.

Einführungssitzungen

Eröffnung und Begrüßung (Session 1)

Moderation

Prof. Dr. Otto Rienhoff

Eröffnet den Workshop und erinnert an Architekturworkshop im Dezember 2002 im BMGS und die 1. Deutsche Expertenkonferenz zur Rahmenarchitektur Anfang September in Stuttgart als unmittelbarer Vorläuferveranstaltung. Gegenüber Stuttgart ist der Krefelder Teilnehmerkreis stärker Experten-orientiert und knüpft diesbezüglich an die Dezember Veranstaltung an.

Der Workshop soll das weitere organisatorische Vorgehen klären und notwendige fachliche Detailarbeit identifizieren.

BMGS

Norbert Paland

Begrüßt die Teilnehmer im Namen des BMGS zum Thema Einführung der Gesundheitskarte und bedankt sich bei dem Land Nordrhein-Westfalen und dem Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) als Gastgebern.

Die Zusammenkunft ist ein Anfang; eine kooperative und konstruktive Zusammenarbeit ist erforderlich und auf gutem Wege.

- Gemeinsame Position zur Einführung der Gesundheitskarte bei ATG und BMGS
- Erzielung eines nationalen Konsenses 2003
- Projektgruppe im BMGS unter Paland
- Einigungen für die Einführung der Gesundheitskarte wurden getroffen
- Entscheidungen hinsichtlich der Steuerung wurden getroffen

Im Weiteren sind von allen Beteiligten alle relevanten Informationen an alle anderen Akteure weiterzugeben, um das gemeinsame Ziel sicher zu erreichen.

Die Entscheidung im Deutschen Bundestag führt zu einem abgestimmten Verfahren der Länder und Parteien und schafft die Grundlage für das Projekt. In Krefeld geht es um folgende wichtige Punkte:

- Doppelarbeit muss vermieden werden
- Klare Arbeitsteilung muss gefunden werden
- Kurz und Mittelfristige Aufgaben müssen definiert werden

- „Pflichtanwendungen“ des Gesetzgebers (eRezept, eArztbrief)
- Die Testprojekte als eine zentrale Aufgabe der Risikoverringering der bundesweiten Einführung der Gesundheitskarte

Ängste und Befürchtungen in der Bevölkerung und unter den Heilberufen erfordern im Hinblick auf Akzeptanz eine intensive Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

Land NRW

**Bund-Länder AG
Telematik im Gesundheitswesen**

Mathias Redders

Begrüßt die Teilnehmer sowohl als Gastgeber - auch im Namen von Ministerin Birgit Fischer - wie als Sprecher der Bund-Länder AG.

Er weist auf die vorbildliche Struktur der gastgebenden Einrichtung, dem Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG) hin. Diese Landesinitiative besteht aus 10 Modulen – von denen zwei Projekte aufgrund der hohen Ressourcen, die in die Projekte gesteckt werden, hervorzuheben sind:

- Projekt 1 :Standardisierungs- und Referenz-Plattform
- Projekt 2: Entwicklung einer sektorübergreifende Patientenakte (für die Bilddiagnostik des Mamakarzinoms); zunächst mit Piloten im Echtbetrieb; Perspektive ist die allgemeine elektronische Kommunikation.

Endgültig sind die angestrebten digitalen Geschäftsprozessen nur zu erreichen; wenn wie in dem genannten Projekt rechtliche (Datenschutz) und organisatorische Klärungen erreicht werden können.

Die Länder haben sich intensiv mit der Materie beschäftigt und beschlossen, sich an der Einführung der Gesundheitskarte zu beteiligen.

Aber sie haben auch klare Bedingungen gesetzt:

- Verbindlich soll festgelegt werden, was mit welcher Technik umgesetzt wird und welche Feldversuche erfolgen müssen.
- Das Konsortium biT4health soll bis Mitte Februar Ergebnisse vorlegen. Die erarbeiteten Ergebnisse sollen dann von der Steuerungsgruppe geprüft werden um zu entscheiden, was umgesetzt werden kann.

Die Länder beteiligten sich gerne an dem geplanten Fachbeirat. Die Berater für Konsortium und BMGS sollten weder eigene Politik machen noch sich instrumentalisieren lassen. Geschäftsgrundlage aller anstehenden Maßnahmen sei völlige Transparenz; Doppelstrukturen sollten vermieden werden.

Das Review-Team von Stuttgart sollte fortgesetzt werden, um eingespielt für weitere Abstimmungsaufgaben zur Verfügung zu stehen.

Es würden bereits jetzt Praxisversuche finanziert und gefördert und damit ein Beitrag z.B. für die Realisierung der Health Professional Card (HPC) geleistet. Je mehr es in Richtung Praxis gehe, desto detaillierter müssten die Ziele und Rahmenbedingungen spezifiziert wer-

den.

ATG

Dr. Manfred Zipperer

Begrüßt als Veranstalter (gemeinsam mit der BMGS) die Teilnehmer und fordert eine „Geschäftordnung des Miteinanders“ entsprechend der Forderung des Moderators in Stuttgart.

Der Bundestag werde wohl am 26.09 das GMG beschließen. Die Informations-, Sicherheits- und Infrastruktur wurde mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten vereinbart.

Die Erwartung an diesen Workshop sei, dass alle Beteiligten eine arbeitsteilige Organisationsstruktur abstimmen. Die konsentierete Beantwortung der Fragen, wer wie und wann was tue sei erforderlich.

Die Arbeitsstrukturen müssten schnell umsetzbar sein. Die Partner benötigen Akzeptanz durch alle Beteiligte (Länder, Wissenschaft, Industrie, Patienten, Heilberufe).

Insgesamt handele es sich um ein sehr anspruchsvolles Vorhaben.

Industrieverbände

Michael Schmitz

Die Industrieverbände erhoffen sich eine Diskussion und eine Entscheidung über die Strukturen, die derzeit nicht mehr klar sind. Es ist zu klären wie die verschiedenen Gremien zusammenarbeiten.

Mit den Ressourcen der Unternehmen muss behutsam umgegangen werden.

Arbeitsfähige Gruppen müssen klein und schlank sein. Das Rollenverständnis muss klar herausgestellt werden (z.B. Fachbeirat berät, Steuerungsgruppe entscheidet).

In der dem BMGS übergebenen Expertise der Industrie ist die Organisation auch im Hinblick auf die Zeit nach der Einführung dargestellt.

Aufgrund der knappen Ressourcen ist die Auswahl der Testprojekte besonders wichtig.

Es stelle sich die Frage, wie wird sichergestellt, dass die am Projekt biT4health beteiligten Unternehmen durch Empfehlung von Lösungen, die genau ihr Angebotsraster passen, nicht bevorteilt werden.

Wissenschaft

Prof. Dr. Peter Haas

Begrüßt als Leiter des Fachbereichs Medizinische Informatik der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) die Teilnehmer. Die GMDS beschäftigt sich bereits seit ca. 10-15 Jahren mit den verschiedenen Themen. Sie erstellte ein Positionspapier zum Thema Gesundheitstelematik mit folgenden Kernpunkten:

1. Nationale Strategie und Lösung wird benötigt
2. Nationale Organisationseinheit zur Umsetzung und Pflege notwendig
3. praktikable Rechtsgrundlagen erforderlich
4. Vergütungsregelungen sind anzupassen

5. Projekte nur bei finanzieller Beteiligung der Nutzer
6. Standards müssen verwandt werden
7. PKI Infrastruktur dringend erforderlich
8. Patienten-Karte mit kryptographischer Funktion ausstatten
9. Semantische Bezugssysteme unbedingt klären
10. eindeutige Patientenidentifikation erforderlich

Bewährte Prinzipien der Med. Informatik (Standards, Modelle) dürfen nicht industriellen Interessen unterworfen werden und sind dringend zu berücksichtigen.

Einführung in das Thema (Session 2)

Zusammenfassung Stuttgart Kurze Zusammenfassung der Veranstaltung Stuttgart. Sie war das Einschwingen in die Einflugschneise des deutschen Projektes auf dem Flug zur Punktlandung 2006.

Prof. Dr. O. Rienhoff

Zur „Geschäftsordnung des Miteinander“: Die Teilnehmer haben die grobe Abstimmung geschafft. Was offen geblieben ist, war die Taktung des Vorhabens.

Es gibt viele Detailprobleme und daher müssen die wenigen Ressourcen, die in Deutschland vorhanden sind, gebündelt werden. Konzentrationsprozesse sind wichtig, es darf keine Doppelung geben. Die Transparenz ist eine unabdingbare Herausforderung und der Erfolg ist abhängig von einer strikten Teststrategie.

Deutschland benötigt einen Managementprozess wie die Beispiel Kanada und England gezeigt haben. Die Akteure wollen sich am Beispiel von UseCases den Modellen nähern, dabei muss die Auswahl der ersten UseCases kommuniziert werden. Der Informationsaustausch kann z.B. über den DIMDI Server erfolgen

Die Zusammenfassung von Stuttgart wird auf dem DIMDI-Server veröffentlicht.

Zielsetzung des WS Zu klären ist, wie zukünftig die Arbeits- und Organisationsstrukturen der Zusammenarbeit gestaltet werden:

Rainhold Mainz (KBV)

- Rahmenarchitektur und Standards müssen geschaffen werden, um eine nationale Standardisierung zu entwickeln und zu organisieren.
- Zwischen den verschiedenen Anwendungen und Lösungen muss Interoperabilität vorliegen. Prozesse und Produkte müssen interoperabel werden.
- Die Infrastruktur hebt sich von dem Begriff Rahmenarchitektur ab. Es muss geklärt werden, wer die Infrastruktur (z.B. in den Arztpraxen) betreibt. Welche Infrastruktur wird in der heterogenen Welt benötigt und wie sieht diese Infrastruktur aus.

Es geht in diesem Workshop nicht um die Inhalte dieser Themen, sondern wie diese Arbeiten zu organisieren sind und welche Arbeitsteams und Prozesse abgebildet werden müssen.

Definitionen:

Rahmenarchitektur sind Services, Komponenten und Werkzeuge und deren Zusammenwirken. Über Uses Cases muss auf ein Abstraktionsniveau abgehoben werden und damit ein Grundgerüst oberhalb der Geschäftsprozesse entwickelt werden. Die **Infrastruktur** be-

schreibt den Betrieb und nicht mehr die Theorie. Entscheidend dabei ist die Betriebsverantwortung zu definieren.

Mainz erläutert abschließend das Gesamtorganigramm zur nationalen Standardisierung. Das Bündeln von Arbeitspaketen sollte über Joint Sessions erfolgen. Das Fach-Sekretariat sollte unter Leitung eines Dipl. Informatikers stehen.

Einführung in das Thema Rahmenarchitektur

Andreas Heinrich (HHCC)

Dudeck: Es gibt Standards in Deutschland, aber es gibt keine Entscheidung welche Standards eingesetzt werden sollen.

Heinrich stellt das Umfeld aus der Industriesicht dar: Es gibt eine Anzahl offener Probleme die geklärt werden müssen: Was (Inhalte), Wie (Prozesse), Womit (Technik)?

Verschiedene Verfahren müssen nach innen und außen kompatibel und interoperable sein. Die Wechselwirkungen müssen organisiert werden. Auf vorhandene Systeme ist Rücksicht zu nehmen.

Eine Telematikrahmenarchitektur besteht aus mehreren Elementen. Die verschiedenen Aspekte müssen geklärt werden.

Der Wettbewerb ist dabei als befruchtendes Element zu sehen. Deshalb wird begrüßt, dass das BMGS lediglich eine Rahmenarchitektur festlegen lassen will, in der Wettbewerber alternative, aber zwingend interoperable Lösungen anbieten können für EPA, e-Rezept, e-Arztbrief usw.

Nicht weitere Modellprojekte sind erforderlich, da sie in großer Zahl vorhanden sind, sondern Entscheidungen müssen getroffen werden; damit die Kompetenzen der Anbieter aus der Industrie wirksam eingesetzt werden können.

Vorsicht vor erneuten Pleiten wie bei den Beispielen §301 und LKW-Maut; Lernen von positiven Beispielen, z.B. IT-Systeme für die DRG-Abrechnung.

Eine Rollenklärung, wer tut was, ist erforderlich. Die wichtigsten Arbeiten führt das Konsortium aus. Es stellt sich die Frage, wer entscheidet und steuert. In diesen Prozessen findet sich die Industrie nicht genügend wieder.

Diskussion der Session

Mainz: Das Projekt bit4health wird aus einer Hand finanziert, dies entspricht nicht den Gesundheitsstrukturen.

Dudeck: Zu den verschiedenen Themen gibt es meist nur 2-3 deutsche Experten, diese können nicht in 15 Gremien gleichzeitig arbeiten.

Zipperer: Was verbirgt sich hinter der Steuerungsgruppe? Wie entscheidet sie? Welche Befugnisse hat sie?

Paland: Es müssen sich alle Beteiligten in der aufgesetzten Struktur wieder finden. Dies ist Ziel dieses Workshops. Dabei müssen aber auch klare Strukturen und Regelungen und klare Verantwortung definiert werden. Die Strukturen sollten schlank gehalten werden (je weniger Org-Kästchen desto besser).

Redders: Ziel der Steuerungsgruppe ist es, auf nationaler Ebene Konsensbildung zu erreichen. Sie ist damit ein sinnvolles Gremium

Völlink: Eine schlanke Organisation wird befürwortet. Deren Vielfalt und Strukturierung sind allerdings noch offen. Es ist vor allem eine effiziente Organisation erforderlich: Die fachlichen Probleme müssen glaubwürdig kurz gehalten werden, so dass jeder weiß, was er zu machen hat.

Haas: Zu jeder Folie/Grafik muss ein Text klar darstellen was macht jedes Organisationsbauteil. Die verschiedenen verwandten Begriffe müssen definiert werden um Konsens zu ermöglichen.

Vorbereitung der Arbeitsgruppenbildung (Session 3)

AG 1

Rahmenarchitektur

Prof. Dr. Peter Haas

(FH-Dortmund)

Rahmenarchitektur ist der Ordnungsrahmen für bestehende und neue Lösungen. Bestehendes darf nicht ignoriert werden. Sie muss auch ein Organisationsrahmen auch zur Investitionssicherung der Industrie sein und sie ist für eine vertrauenswürdige Gesundheits-Telematik erforderlich.

Es müssen Methodologien, Designparadigmen und das organisatorische Zusammenspiel (Organisation, Pflege, Betrieb, Einrichtungen) eingeordnet werden. Ebenso muss die Technik (Hardware, Netze...), und Synchronisationstechniken eingeordnet werden. Eine Rahmenarchitektur soll hohe Allgemeingültigkeit; Verbindlichkeit und Stabilität der Konzepte und damit auch Lösungen gewährleisten.

Eine Verallgemeinerung heißt auch, dass eine Standardisierung erfolgt. Das Vorgehen geht dabei vom Speziellen zum Generellen.

Generische Ansätze sparen anfangs keine Arbeit. Sie sind komplex und wenig selbsterklärend. Weiß man später noch wie man auf die Modelle kam? Daher erfordern sie eine breite Konsentierung und ausführliche Dokumentation.

In der Initialphase verlangt die Entwicklung zunächst hohen Aufwand und hohe Disziplin von allen Beteiligten. Optimale Effektivität ist immer das Balancieren von Generizität und Spezifität.

Jürgen Völlink
(DKG)

Darstellung eines Modells der Arbeitsorganisation zur Erarbeitung der Rahmenarchitektur und Standards einschließlich Darstellung der Strukturierung der Aufgabenteilung innerhalb der ATG: Klarheit über die Entscheidungsstrukturen ist erforderlich. Verbindliche Regelungen erfolgen über Vereinbarungen und gesetzliche Regelungen.

Bei der Festlegung und dem Beschluss von Vereinbarungen sind sowohl interne Abstimmungsprozesse in den Verbänden und externe z.B. bezüglich des Datenschutzes erforderlich. Nationale Standardisierung wird an einer vereinfachten Darstellung der Grafik von Herrn Mainz erläutert. Ein Standard/Konsens definiert sich wenn die Nutzer mit dem Outcome zufrieden sind.

Notwendig wird ein fachlicher Konsens in allen Fragen der beiden Projekte von ATG und BMGS. Erforderlich ist dafür ein gemeinsames Expertenteam, das für weitere Aufträge verantwortlich ist. Bei übergreifenden Expertenteams erfolgt die Abstimmung (gemeinsamer Konsens) in Form von „Joint-Sessions“.

Fachliche und inhaltliche Fragestellungen müssen in Expertenteams erarbeitet werden, wobei Doppelaufgaben vermieden werden müssen. Die einzelnen Arbeitsschritte und Prozesse können nach ISO Norm entwickelt und abgebildet werden. Die Struktur der Expertenteams strukturieren sich in Teams für :

- Standardisierung
- Implementierung
- Projektkontrolle und Qualitätsmanagement

Ein weiteres Expertenteam als Domänen-Expertenteam bezeichnet, ist mit den Aufgabenbereichen Geschäftsprozesse, Realisierungsprozesse, Komponenten und Dienste, Datenmodelle, Datenstrukturen zu beauftragen.

Es handelt sich dabei um einen Migrationsprozess, das heißt die vorhandenen Systeme, mit ihren spezifischen Problemen müssen migriert werden.

Diskussion:

Mainz: Entgegen der Meinung von Herrn Redders, der vorschlägt dem Konsortium bis Februar Zeit zur Vorlage von Ergebnissen zu geben, ist er der Meinung, die Projekte unabhängig von der nationalen Standardisierung durchzuführen

Redders: Projekte und Standardisierung sind zwei verschiedene Sachen. Das Konsortium muss etwas vorlegen, das dann kommentiert werden kann.

AG 2:

Interoperabilität

**Andreas Heinrich
(HHCC)**

Unter Interoperabilität wird mehr die Herstellung und Festlegung von Standards und weniger die Ausführung von Tests und Qualitätssicherung gesehen. Der Begriff Interoperabilität wird damit eher aus technischer und nicht aus organisatorischer Sicht betrachtet. Hauptproblem ist die Kommunikation zwischen den Systemen und damit das Informationsgefälle, das zwischen meinen, sagen, verstehen und dokumentieren besteht.

Um Interoperabilität zu gewährleisten, kann ein Rückgriff auf das OSI Schichtenmodell erfolgen. Weniger technisch orientiert ist dabei die Darstellungsschicht (XML z.B. bei Arztbriefen) oder der Metastruktur Prozess (Nomenklaturen). Objekte (z.B. Rezept, Arztbrief) und Services (Freigeben, Signieren) müssen definiert werden, damit jedes beliebige Unternehmen teilnehmen kann. Verbandsintern Sicherheits- und Kommunikationstechnik in einer Arbeitsorganisation, Anwendungen (Schichten 7-8 weitere Arbeitsorganisationen).

Diskussion:

Mainz: Ist das eine Staatsaufgabe oder freiwillige Aufgabe der Industrie, oder eine Aufgabe zwischen Selbstverwaltung und Industrie

Heinrich: Herstellung und Aufrechterhaltung von Interoperabilität kann mittels einer dauerhaften Standardisierungsstelle als Stiftung- oder als Vereinmodell erfolgen. Dabei muss sich die Industrie beteiligen können.

Prätorius: In welcher Art der Institution solle es zu den Standards kommen? Eine Stiftung wäre der geeignete Weg, diesen Prozess zu institutionalisieren und zu verstetigen.

Bartels: Die Themen Architektur und Standardisierung dürfen nicht

getrennt voneinander betrachtet werden. Es ist keine Liste von Einzelstandards erforderlich. Die Standards müssen Modellen zugeordnet werden und die Architektur eines Modells muss selbst Standard sein. Dies ist Konsens.

AG 3:

Infrastruktur

**Jürgen Albert
(VdAK)**

Das Verständnis des Infrastrukturbegriffes ist subjektiv. Wichtig ist es deshalb, eine geeignete, gemeinsame Definition in dem Workshop zu finden. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Betriebsverantwortung, die auch unter Kostenaspekten zu sehen ist.

**Ingmar Camphausen
(TU-Berlin)**

Erfahrungsbericht zum Aufbau einer Sicherheitsinfrastruktur für das Deutsche Forschungsnetz (DFN): Bei dem Projekt gab es ähnliche Anfangsprobleme, wie kurzfristige Ergebnisse im Gegensatz zu perspektivischen, hohen Anforderungen balanciert werden könnten. Problematisch war die undokumentierte Änderung von Sicherheitslösungen der SW-Hersteller von einer zur nächsten Standardsoftwareversion. Besonders zu erwähnen sind die organisatorischen Probleme in Bezug auf die Aufgabe der Autonomie einzelner Einrichtungen im Sicherheitsbereich und die Einordnung in eine Hierarchie. Wichtig war es, dass Vertrauen in Systeme anderer Einrichtungen (z.B. Zugangssicherheit) aufgebaut werden konnte.

Die Einrichtung einer Kontrollinstanz wurde versäumt. Im Forschungsnetz war keine geeignete Form für den nachfolgenden Betrieb und dessen Finanzierung vorgesehen. Die Nutzung der implementierten Sicherheitsstrukturen war anfangs aufgrund fehlender Anwendungen gering.

Ein hohes Aufkommen an Supportanfragen mit hohem Betreuungsaufwand war zu verzeichnen.

Der Entscheidungsspielraum des Nutzers bei Nutzung von Standards wird eingeschränkt. Änderungen der Betriebspolicies können sich auch auf die Infrastruktur auswirken. Bei einigen Diensten musste der dezentrale Ansatz teilweise wieder auf eine zentrale Dienstleistung zurückgehen.

Diskussion:

Dietzel: Gibt es eine europäische Lösung?

Camphausen. Organisatorische Fragestellungen (z.B. Akzeptanz ausländischer Sicherheitsstrukturen) spielt eine größere Rolle als die technische Lösung.

**Dittmar Padeken
(BMGS)**

Eine Bestandsaufnahme ist erforderlich. Warum benötigen wir welche Infrastruktur?

Was sind Infrastrukturkomponenten: generische Dienste! Sie sind Bestandteile der Rahmenarchitektur und müssen in der Infrastruktur umgesetzt werden. Im Project BIT4health wird gezeigt, dass eine Trennung von logischer Sicht und technologischer Sicht erforderlich ist.

Reinhold Mainz

Wiederholt Definitionen im Hinblick auf Betrieb und Verantwortung. Er verweist auf andere mögliche Sichtweisen zum Thema Infrastruktur (in

(KBV)

Abgrenzung von den Entwicklern) und offenen Fragen: Ist z.B. Internetnutzung als Infrastruktur denkbar? Oder ist sichere Kommunikation nur über eine neues „Intranet“ möglich?

Wer hat die Betriebsverantwortung für welche Komponenten; welche hat der Arzt?

Aufgrund der Heterogenität muss geklärt werden, wer ist zuständig für was und wo liegen die Verantwortlichkeiten bei dem Gesamtvorhaben der nationalen Implementierung wie auch im späteren Betrieb. In der Arbeitsorganisation muss das Thema Verantwortung erörtert und aufgearbeitet werden.

Berichte der Arbeitsgruppen und deren Diskussion

(Session 4)

Die Arbeitsgruppen tagen abends und erstellen einen gemeinsamen Bericht nach vorgegebenem Schema. Die Arbeitsgruppen waren mit durchschnittlich 15 Personen besetzt. Die Berichterstattung erfolgt am Morgen des Folgetages, dem 8.10.2003.

Herr Haas
(Gruppe 1)
Protokoll: Herr Wache,
Herr Fanderl

„Rahmenarchitektur“ (ca. 15 TN)

Herr Heinrich
(Gruppe 2)
Protokoll: Frau Rey,
Frau Siebert

„Interoperabilität“ (ca. 9 TN)

Herr Padeken
(Gruppe 3)
Protokoll: Herr Albert

„Infrastruktur“ (ca. 11 TN)

Haas

An einem Beispiel sollte dargestellt werden, was bildet sich in der Rahmenarchitektur was in der Infrastruktur ab.

Gruppe 1 Rahmenarchitektur

Welche Erwartungen haben die Beteiligten an die Rahmenarchitektur? Wer arbeitet, Stand heute, an dem Thema?

Derzeitig stellt sich das Problem der Transparenz. Die Vorarbeiten müssen Eingang finden. Doppelarbeiten heißt auch vorhandene Arbeiten noch mal machen.

Welche Gremien, Player sind erforderlich?

Es sollte ein Handbuch über die verschiedenen Rollen erstellt werden.

Der Achitektorentwurf muss konkret erstellt werden. Die projektbezogene Fortbildung der Software-Industrie muss speziell auch für kleine Unternehmen ausgelegt werden. Darüber hinaus muss die Rahmenarchitektur allgemein kommuniziert und fortgeschrieben werden. Auch als Grundlage für das „Marketing“ einer Gesundheitstelematik..

Rahmenarchitektur definiert:

- Abstrakte Geschäftsprozesse
- Rahmen für konkrete Realisierung (Datenmodelle, semanti-

sche Bezugssysteme etc.)

- Konformitätsprüfung

Die Rahmenarchitektur sollte sektorübergreifende und erweiterbar sein.

Analytischer Ansatz: bestehende Ansätze müssen gesichtet und die Objekte analysiert werden. Auch die Implementierungshinweise- und Strategien aus anderen Ländern sind zu sichten. Architektur heißt: konzeptionelle Modelle.

Erwartungen an die Erarbeitung der Rahmenarchitektur aus dem Meinungsbild:

- Operationale Erwartungen. Die Rahmenarchitektur muss helfen, konkrete Aspekte des GMG umzusetzen.
- Rahmenarchitektur muss im gesetzten Rahmen umgesetzt werden
- Bei den verschiedenen Playern sind Analysen bzgl. der Erwartungen durchzuführen.
- Nicht zu viele Teams.
- Geschäftsprozesssteams der Rahmenarchitektur kümmern sich um Entities, Beziehungen und Geschäftsprozessmodelle.
- Vertikale Teams kümmern sich in der Tiefe um ein Thema.
- und horizontale Teams kümmern sich um Querschnittsthemen.
- Wichtige Teams:
 - Teams für Kartenmanagement
 - Notfalldatenteam
 - Vertragsmanagementteam

Auf semantischer Ebene:

- Diensteteam
- Teams für Datenmodelle und Datenstrukturen
- Stabstelle aus der Kerninformatik für methodologischen Check der Ergebnisse

Bei allen Arbeiten:

- 4 Augenprinzip (Entwurf und Abnahme)

Diskussion

Völlink: Wo sollen die Experten herkommen? Expertenteams müssen sachbezogen sein. Z.B. auch in Form von Gutachten, fachliche Expertise und sind daher flexibel zu organisieren. Aus konkreten Beispielen der Anwendungsfälle (eRezept u.a.) sind gemeinsame Strukturen zu ermitteln und zu realisieren.

Haas: Bedenken zu viele Teams mit in die Diskussion genommen.

Pretschner: Experten gibt es nicht (elitären) - auf keinen Fall in der Medizin, eher in Luftfahrt u.a.. Bei Studiengängen an den Fakultäten muss das Wahlpflichtfach Informatik einbezogen werden. Wir brauchen Führungskräfte.

Haas: Nicht nur Domänenproblem. Gute Leute wandern ab in die Industrie. Die Industrie kann sie ja zur Verfügung stellen.

Mainz: Einordnung der Rahmenarchitektur. Was in den Teams zu leisten ist, ist die Abstraktion zu schaffen. Es gibt viele vergleichbare Geschäftsprozesse.

Haas: Wir dürfen nicht der Vision anhängen, dass Teams nur auf der theoretischen oder nur auf der praktischen Ebene arbeiten sondern es müssen sich Teams auch vertikal bilden.

NN: Die Rahmenarchitektur muss den Anforderungen von heute und von 2006 gewachsen sein und dementsprechend implementierbar und verwendbar sein.

Heinrich: Muss Herrn Mainz widersprechen. Die Rahmenarchitektur ist als Architektur zu verstehen, d.h. wir müssen ein generisches Modell und auch erste Konkretisierung entwickeln.

Brill: Betrachtet man z.B. analoge Verfahren von denen es ca. 50 formulargebundene Verfahren gibt: Kernkomponente des Rezepttransportes. Alles was sich im Umfeld abbildet ist schwierig vergleichbar. Analogien beziehen sich nur auf einen schmalen Bereich.

Haas: Es wird Dinge geben, die nicht generalisierbar sind, diese tauchen dann in der Rahmenarchitektur auf. Soviel Allgemeinheit wie möglich ist anzustreben.

Mainz: Es sollte ein gesunder Mittelweg gefunden werden. Aber es ist nicht Ziel, Geschäftsprozesse zu realisieren.

Rienhoff: Begriff wird so vielgestaltig verstanden. Der Text der AG ist relativ gut brauchbar. Diese Definition hilft dem Projekt. Sind die TN mit dem Begriff einverstanden? Überwiegend Zustimmung.

Heinrich

Gruppe 2

Interoperabilität

Definition des Begriffs:

Begriffsdefinition erfolgt in Anlehnung an die Definition im IEEE und umfasst allgemein die „Fähigkeit auszutauschen“.

Es soll nicht in die vorhandenen Systeme geblickt werden. Wichtig

ist sowohl eine syntaktische als auch semantische Sicht.

Diskutiert wurde die Aufgabenabgrenzung, d.h., was gehört in die Rahmenarchitektur, was in die Interoperabilität. In der Rahmenarchitektur werden das generische Modell und konkrete Verfahren als Spezifikation niedergelegt.

Dabei stelle sich auch die Frage, was leistet die Rahmenarchitektur, was die Interoperabilität?

Im WS wurden die Aufgaben der Interoperabilität im finanziellen und zeitlichen Rahmen gesammelt.

In der Diskussion wird klar, dass die Interoperabilität nicht wie ein KIS aufzubauen ist. Die Interoperabilität hat zu definieren, wie der Austausch erfolgt, welche Services angeboten werden sollen.

Besonders hervorzuheben ist, dass die Semantik festgelegt werden muss und nicht nur technische Interoperabilität.

Selbstverständlich muss auch eine Geschäftsprozesssichtweise berücksichtigt werden.

Offen bleibt welcher Standard gilt bei Überlappungen.

Standards aus der Rahmenarchitektur muss durch Definition der Profile auf 0-Varianz herunter gebrochen werden. Die Interoperabilität muss vom Ansatz her gewährleistet werden.

Erkannte Probleme:

Es ist erforderlich, eine Zertifizierung der Berufstätigen und Institutionen durchführen und eine Zertifizierungsinstanz zu implementieren.

Es sollten Referenzplattformen und periodisch die ersten Anwendungen z.B. auf der Medica präsentiert werden.

Voraussetzung an die Interoperabilität für die Rahmenarchitektur ist nicht nur die Qualitätssicherung sondern auch eine Review Funktionalität.

Ebenfalls sind neben den heute vernetzen Desktop-Anwendungen auch Visionen wie der HealthRecord oder z.B. Innovationen wie Mobilethemen zu berücksichtigen.

Voraussetzungen: Rahmenarchitektur muss generisches und konkretes Modell entwickeln. Es stellt sich die Frage wie organisieren wir das um das Konsortium herum?

Was vom Konsortium abgeliefert wird muss auf Interoperabilität und Konformität geprüft werden. Beibehalten werden muss die Interface-Sichtweise und damit nicht die Sicht in die internen KIS-Systeme hinein. Die Basisdienste der Sicherheitsstrukturen müssen vorausgesetzt werden.

Vorschläge:

- Interoperabilität spez. Anforderungen an die Rahmenarchitektur
- Erarbeiten von Profiling
- Erarbeiten und vorbereiten sowie Bereitstellen von Testszenarien/Testservern
- Von den konkreten Anwendungen heraus Reviews durchführen.
- Zertifizierung entsprechend einem Gütesiegel (aus SV, Industrie, Beteiligten) durchführen.
- Pädagogisches Element (Medica Vorstellung) berücksichtigen
- Aufstellung eines Zeit- und Budgetplans.

Anfangs sollten diese Aufgaben von einer Fachgruppe ausgeführt werden. Es ist mit hohem Anfangsaufwand zu rechnen. Die Fachgruppe sollte alle Beteiligten und auch politische Vertreter umfassen (ähnlich dem was Herr Haas vorgestellt hat.)

Profiling über die verschiedenen Ebenen.

Zertifizierung wird als permanente Aufgabe (alle Beteiligten) angesehen. Demoworkshops werden von der WS-Gruppe ebenfalls als permanenter Auftrag angesehen. Besonders wichtig ist die Erarbeitung der Termin- und Budgetpläne.

Ziel der Aufgaben:

Interoperabilität muss von Anfang an sichergestellt werden und ein Controlling der Auftragnehmer und Anbieter realisiert werden. Die Zusammenarbeit und Verträglichkeit ist zu gewährleisten. Es könnte sofort mit der deutschen Spezifikation der Interoperabilität, mit Test und Profiling, Zeit- und Budgetplanung sowie einem begleitenden Review begonnen werden.

Das Thema Risikoanalyse wurde nicht im WS diskutiert, sondern von Herrn Heinrich ergänzt. Er hat Sorgen, dass durch die Rahmenarchitektur nicht ausreichend Interoperabilität gewährleistet wird und sieht die Gefahr von Zeitverzögerungen. Er befürchtet aus Industriesicht eine übertriebene Bürokratie, so dass die Zertifizierungsanforderungen Maß halten müssen.

Weiteres Vorgehen:

- Klärung Entscheidungswege
- Schnelle Besetzung der Fachgruppen zur direkten Arbeitsaufnahme.
- Klärung der Intensität und der Finanzierung der Arbeiten
- Einrichtung einer permanenten Gruppe aus Vertretern von

Politik, Wissenschaft, SV und Industrie.

Diskussion

Bartels: Hat sich in dem Ergebnisbericht des WS nicht wieder gefunden. Interoperabilität geht von der Rahmenarchitektur bis zur Implementierung und muss dementsprechend von Rahmenarchitektur bis zur Implementierung sichergestellt werden.

Wir reden nicht nur über Interoperabilität sondern die Interoperabilität muss mit der QS und der Sicherheit zusammengebracht werden.

Bei den prioritären Anwendungen müssen in der Rahmenarchitektur nicht nur Kommunikationsanwendungen, sondern erste Ansätze eines Informationsmanagement berücksichtigt werden.

Die Zertifizierung auch kompletter Dienste ist erforderlich.

Schwartzmann: Als Informatiker erstaunt, dass die WS-Gruppe die Interoperabilität nur auf Schnittstellen bezieht. Eine Risikoanalyse kann man erst durchführen, wenn Rahmenarchitektur feststeht.

Voellink: Das Thema Zertifizierung wurde im Vortrag vorsichtig angegangen. Frage: Ist die Methodik integrated HCEnterprise? Methodisch im Sinne eines essentiellen Bestanteils von Interoperabilität existiert dort ein Bruch. Ist das nicht Zweigleisigkeit?

Heinrich: Kompetenz kann gebündelt werden. Siegel als Mindestanforderung und Praxis wie IHE um Testszenarien praktisch zu erproben und zu beweisen.

Stellungnahme zu Herrn Bartels: Wir denken an QS (Review), wir gehen von einer Telematikplattform aus, die neben Schnittstellen zwischen den Systemen steht.

Fanderl: Bemerkung zur Zertifizierung. Der Versuch über die OSI Protokolle. wäre zu aufwändig, die Komplexität hier ist noch höher.

Rienhoff: Fast alle existierenden Krankenhaussysteme sind nicht interoperabel.

Padeken: KIS –Systeme sind nicht Aufgabe der Plattform. Wurde das thematisiert? Auch im Hinblick auf Zertifizierung ist ein kurzfristiger Aufbau im Hinblick auf nächstes Jahr erforderlich.

Heinrich: Wir müssen Interoperabilität gewährleisten, und nicht nur Kommunikationsproblem betrachten sondern auch Services, u.a. berücksichtigen. Inwieweit man die Infrastruktur zentral aufbauen muss, muss man sehen. Zweifellos werden die Modelle auf die KIS rückwirken, so dass diese mittelfristig kompatibler werden.

Rienhoff: Der Begriff Telematikplattform sollte nicht zementiert werden und ist als Begriff vorsichtig einzusetzen.

Mainz: Thema Betrieb einer Referenzplattform.

Heinrich: Wurde zuvor angesprochen. Die IHE hat Angebote und Server gegen die man testen kann. Server sind zu implementieren.

Rienhoff: Der Erfolg von DICOM und IHE zeigt sich, da eine Plattform vorhanden war. Die Medica sollte man mit deutschem Modell in Verbindung bringen. Ggf. sollte man mit Herrn Fischer in Kontakt treten. Unsere Idee sollte exportiert werden.

Ein weiter Punkt, bei allen internationalen Themen, muss das Semantik Thema beachtet werden. National Library in den USA . In Deutschland gibt es allgemein nicht dieses Problembewusstsein.

Padeken

Gruppe 3

Infrastruktur

Gesetzliche Anforderungen und daraus resultierende Anwendungen (Pflichtteil und freiwillige Anwendungen):

- Erforderliche Komponenten unterteilt:
Werkzeuge (Kartenleser, PC, aber auch Kreditkarte)
- IT-Dienste: Adressupdate, Abrechnung von Notfalldaten, PKI-Dienste, Nutzer und Rollenmanagement nicht weiter diskutiert
- Entwicklungsunterstützung:
- Referenzplattform
- Zertifizierung
- Organisation

Thema wurde unter dem Aspekt des Dauerbetriebs beleuchtet.

Was von den Arbeiten der Expertenteams wird in den beauftragten Konsortien gemacht? Verantwortlichkeiten?

- Wer entscheidet welche
- Was sind die Prioritäten,
- Wer ist zuständig

Für den Betrieb der Infrastruktur ist die Finanzierung entscheidend. Als Basis müssen Geschäftsmodelle entwickelt werden. Gesetzgeber hat die Verantwortung zwar der SV zugewiesen, dennoch ist der gesamtgesellschaftliche Aspekt zu berücksichtigen.

Aufgabenrahmen:

- **Der Fokus eines Expertenteams Infrastruktur sollte auf projektübergreifende Themen ausgerichtet sein.** Z. Zeit nicht transparent, was Stand der Arbeiten ist.
- Wo ist ausreichend Expertenwissen vorhanden, welche Aufgaben müssen ergänzend ausgeführt werden.

Es gibt dringende Aufgaben:

- Spezifikation der Gesundheitskarte ist dringend erforderlich
Wer macht das? Entscheidungen müssen getroffen werden.
- Projektmonitoring (Review) bestehender Projekte ist erforderlich.

Es wurde aus zeitlichen Gründen nicht thematisiert, wie so ein Expertensystem zusammengesetzt sein sollte (projektübergreifend, Entscheidungsvorbereitung für die Steuerungsgruppe).

Diskussion

Rienhoff: Wurde der Begriff Infrastruktur definiert?

Padeken: **Infrastruktur wird als Technische Struktur inklusive Diensten definiert.**

Brill: Wie steht das Projekt im Zusammenhang mit den Heilberufsausweis?

Padeken: Primär im Hinblick auf Interoperabilität.

Redders: Dringend notwendig ist die Spezifikation im Hinblick auf den Harmonisierungsprozess

Mainz: Das Beispiel der Spezifikation der Gesundheitskarte war nur ein Beispiel für das Problem, dass bereits jetzt bei einigen Themen Zeitverzögerungen abgeschätzt werden.

Bedarf an Expertenteams

(Session 5)

In der Abschlussdiskussion wird versucht, auf der Basis einer Tabelle eine erste Annäherung an den tatsächlichen Bedarf an Expertenteams zu erzielen. Die Tabelle entstammt der Arbeit der AG1. Die Diskussion muss jedoch aufgrund der knappen Zeit sehr verkürzt geführt werden. Die detaillierte Ausarbeitung der Tabelle (siehe folgende Seite) gelingt aus Zeitgründen nicht. Allerdings werden in der Diskussion erneut einige wichtige Aspekte angesprochen, die im Folgenden dokumentiert sind.

Nicht wiedergegeben sind die Äußerungen, die direkt in die Tabelle einfließen. Eine endgültige Entscheidung zur Arbeitsorganisation und Rahmenarchitektur soll zwischen BMGS und ATG in Folge von Krefeld vereinbart werden.

Abschlussdiskussion **Was empfinden Sie am dringendsten für das nächste halbe Jahr?**

Pretschner: Informatik-Bildung und Ausbildung im Gesundheitswesen ist sträflich vernachlässigt worden in Deutschland. Diesbezügliche Professionalisierung dringend auf allen Ebenen erforderlich.

Die Themen Nomenklatur/Semantik verlangen größte Aufmerksamkeit und sind nicht kurzfristig bearbeitbar.

Mainz: Interoperabilitätsfragen, Projekt-Übergreifende Infrastruktur.

Götz: Kartenspezifikation, Karteninteraktion und Kartenmanagement sind dringend erforderlich.

Völlink: Finanzierung der Arbeitsgruppe muss auf Dauer gesichert werden. Stiftungsvorschlag sollte verfolgt werden. Thema muss zügig und schnell angegangen werden.

Schwartmann: Sicherheit und Datenschutz sind eminent wichtig.

Mainz: Horizontale Teams fehlen; z.B. Team Einbindung des Projektes in die offizielle Standardisierungsszene. Sicherstellung der Konformität mit Standards.

Schug: Dokumentationsthema muss angesprochen werden. Ferner, wie wird sichergestellt, dass die vielen hunderte Softwareunternehmen in den Entwicklungsprozess einbezogen werden.

Brill: Die Sicherheitsinfrastruktur bedarf konsentierter Policies.

Prätorius: Methodenframework erforderlich. Road Map ist ein Bestandteil. Erster Schritt bei der Umsetzung ist es, die Geschäftsleitung/Projektleitung zu implementieren. Diese braucht geeignete Softwarewerkzeuge, um den komplexen Projektplan beherrschen zu können.

Rienhoff: Das Projekt hängt davon ab ob es gelingt, dass bestimmte Organisa-

tionen bestimmte Dienste anbieten können (Beispiel CA-Dienste).

Die Diskussion zeigt eindeutig, dass die Etablierung der Managementstruktur und deren dauerhafte Finanzierung von fast allen Beteiligten als die wichtigsten Themen der Tabelle angesehen werden. Diese Themen stehen bezüglich ihrer Lösung vor allen Sachthemen.

Anhang:

Tabelle von Expertenthemen als Basis der Abschlussdiskussion

Dedizierte Expertise für die Themenfelder

Verordnungsmanagement (eRezept)

Kartenmanagement

OID-Management (u.a. Patientenummer)

Behandlungsdokumentation, EPA

Notfalldaten

Vertragsmanagement

Realisierungstechnologie-Team

Komponenten, Dienste (Authentifizierung,)

Datenmodelle/ Datenstrukturen-Team

Datenschutzteam

Semantik & Doku-Standards

Domänenintegrationsteam

Interoperabilität

projektübergr. Infrastruktur

Sicherheitsmechanismen, Policy

Standards/Konformität

Sicherheitsinfrastruktur

Kommunikationsinfrastruktur

Projektmanagement/Methodenframework

anwendungsreflektierende Rahmenarchitektur

Kartenspezifikation, Karteninteraktion

Finanzierungsmodelle/Nachhaltigkeit

Authentifizierungsmechanismen

MI-/IT-Professionalisierung (originär, med. Berufsgruppen)

PR / Geschäftsmodelle /

Konformitätsprüfung/Zertifizierung/QM/Referenzplattform

zu bedenken

HTA

Business Cases

Abschluss Statements

Prof. Otto Rienhoff (Moderation):

Der Workshop in Krefeld hat weitere wichtige Punkte klären können, die für eine Punktlandung 2006 notwendig sind. Die Einflugschneise (ein in Stuttgart geprägtes Bild) wird schon enger. Nun müssen BMGS und ATG entscheiden.

MinDir Paland (BMGS):

Dank an Moderatoren und alle Teilnehmer. Zusammenfassend sei festzustellen, es gibt 2 Projekte und gesetzliche Verantwortlichkeiten. Erörterung der Expertenteams wichtig gewesen.

Frage der Bildung eines ReviewTeams/Projektteams, um die geforderten Strukturen aufsetzen zu können, muss seitens BMGS und ATG beantwortet werden.

Bezüglich der Finanzierung erinnert er an die Struktur des Auftrages: Es handelt sich um eine gemeinsame Aufgabe; es geht nicht darum seitens des BMGS gesonderte Aufträge zu vergeben. Die Selbstverwaltung könnte dies leisten oder die Industrie. Es soll keine neue Beauftragung von Projekten erfolgen!

Dr. Manfred Zipperer (ATG):

Dank an Moderatoren. Der Workshop hat sich mit drei Themen beschäftigt (Rahmenarchitektur, Infrastruktur, Interoperabilität). Es hat eine Fülle von Anforderungen und Anregungen gegeben. Damit liegt eine Stoffsammlung zu den Themen und Arbeitsgebieten vor.

Nun muss man sich auf Arbeitstrukturen verständigen: Arbeitsgruppen und deren Besetzung, deren Leitung, Festelegung der Entscheidungswege.

Dies ist ein nicht ganz einfacher Weg. Konkretisierung und Ent-Emotionalisierung muss weiter fortgeführt werden.

Seitens ATG wird alles dafür getan.

Ergebnisbericht Arbeitsgruppe 1: Rahmenarchitektur

Teilnehmerzahl: 15

Moderator: Prof. Dr. Peter Haas

Protokoll: Dr. Heinz Fanderl, Christian Wache

1. Erwartungen an den Workshop:

Zu Beginn wird jeder Teilnehmer gebeten, seine Erwartungen an den Workshop anzugeben, folgende Nennungen erfolgen:

- Es sollen keine konkreten Dienste und Komponenten definiert werden, sondern erarbeitet werden, wie eine grobe Architektur für das Gesundheitswesen aussieht (zentral, dezentral etc.)
- Handlungsablauf für Erstellung Rahmenarchitektur erarbeiten
- Wesentliche Bereiche betrachten, die für GMG modelliert werden sollen
- Erarbeiten eines Vorgehensmodell und Strukturen für Unterstützung des Konsortiums zur Erstellung einer Rahmenarchitektur
- Der Workshop solle ein konkretes Ergebnis bringen
- Beantwortung der Frage, ob eine nationale Standardisierung möglich ist
- Klärung und Abgrenzung der Aufgaben des bit4Health-Projektes und der Gruppen außerhalb des Auftrages
- Welche Architektur wollen wir besprechen, konkreterer Rahmen für den Workshop müsste vorgegeben werden (auch unter Berücksichtigung des GMG)
- Wie kann der enge Zeitplan gem. GMG eingehalten werden und trotzdem eine für zukünftige Anwendungen offene Struktur festgelegt werden?
- Klärung wie es uns gelingt, die Bestandskraft der Architektur zu sichern, Architektur soll auch gültig sein für Bedarf der noch nicht bekannt ist
- Ergebnis müssen Komponenten, Beziehungen und Dienste sein, Vom Status Quo zum Ergebnis--> Vorgehensweise zur Erstellung einer Rahmenarchitektur

- Wie stellen wir Informationen für alle Beteiligten zur Verfügung, und welche sind notwendig?
- Fokussierung auf jetzt konkret bestehende Anwendungen unter Berücksichtigung eines "Lego"-Konzeptes

Auf Basis dieser Nennungen wird beschlossen, folgende Punkte vordringlich in der angegebenen Prioritätsreihenfolge zu besprechen:

- Handlungsbedarf zur Rahmenarchitektur feststellen und auflisten was zu tun ist
- Welche Informationen und auf welchem Weg ist notwendig, um andere Teilnehmer des Prozesses bzw. die Fachöffentlichkeit so zu informieren, dass Transparenz über die Arbeit im bit4health bzw. über drüber hinausgehende Arbeiten geschaffen wird.
- Welche Vorstellungen haben wir von einem "zukunftsorientierten" Legobaukasten?

Es herrscht Übereinstimmung, dass sich alle Aktivitäten zu Rahmenarchitektur daran orientieren müssen, dass einerseits die kurzfristig durch das GMG vorgegebenen Anforderungen erfüllt werden, andererseits eine Rahmenarchitektur schon zukünftige Aspekte wie Verordnungsdokumentation, Elektronische Krankenakte etc. mitberücksichtigen muss und inhaltlich und entwurfstechnisch eine hohe Qualität aufweisen muss.

2. Diskussion der notwendigen Schritte hin zu einer Rahmenarchitektur

Diskussionsbeiträge zum Einstieg in diesen Diskussionspunkt sind:

- Zum Ist-Zustand
 - Definition Rahmenarchitektur und Architektur
 - Wer arbeitet bereits an diesem Thema? Was machen diese Gruppen?
 - Grundfunktionalitäten des Telematik-Konzepts festlegen, die zu erfüllen sind. Welche Erwartungen hat Industrie, Selbstverwaltung, Politiker, Wissenschaft und Patient
- Erstellung Rahmenarchitektur
 - Wer legt was fest? Welche Gremien und Player sind notwendig um eine Architektur festzulegen.
 - Architektur festlegen (iterativer Prozess) unter Einbeziehung der verschiedenen Berufsgruppen (Datenschützer, Informatiker...)
 - Wer hat den Ownership/Verantwortung für welche Komponenten?
 - Architektur erstellen
 - Architektur kommunizieren um Akzeptanz zu schaffen

Auf Basis der Diskussion werden folgende Schritte hin zu einer Rahmenarchitektur („Road-Map“) festgelegt:

1. Definition des Begriffes „Rahmenarchitektur“
2. Erarbeitung eines durchgehenden kleinen Fallbeispiels
3. Festlegung, was muss eine Architektur leisten muss, Bedarfsanalyse, welche Erwartungen die verschiedenen Player daran haben
4. Klärung: Wer arbeitet Stand heute an dem Thema? Klärung der aktiven Gruppen und ihr Miteinander/Nebeneinander/Gegeneinander, die Rolle von bit4health
5. Klärung, welche Gremien und Player notwendig sind, um eine Rahmenarchitektur
 - a. zu definieren, zu spezifizieren
 - b. zu entscheiden (sprich als verbindlich zu deklarieren)
6. Gremien und Entscheidungsstrukturen gemäß 5.einrichten und etablieren
7. Engineering-Methoden zur Erstellung einer Rahmenarchitektur festlegen
8. Architekturentwurf erstellen
9. Verantwortlichkeiten für Themen und „Subsysteme“ erstellen
10. Ausbildung der Software-Szene
11. Architektur kommunizieren und Akzeptanz fördern
12. Architektur fortschreiben

In der Folge werden einige wesentliche Punkte dieser Liste diskutiert, es herrscht Einigkeit, dass eine weitere Arbeit – auch der anderen Gruppen – nur durch eine klare Definition des Begriffes „Rahmenarchitektur“ möglich ist! Dieser Punkt wird ausführlicher als Erstes behandelt.

3. Diskussion einzelner Punkte der Road-Map

Ad 1: Rahmenarchitektur:

Wesentlichster Diskussionspunkt ist das Verständnis für den Begriff, da auf Basis der Ausführungen von Herrn Mainz darunter sowohl eine „Meta-Architektur“ verstanden werden kann im Sinne des Vortrages von Herrn Prof. Haas am Morgen der Veranstaltung oder aber eine „konkrete“ Architektur. Nach einigen Überlegungen wird der Ansatz von Prof. Haas, quasi 2 Architekturschichten vorzusehen, wegen mangelnder Vermittelbarkeit und ggf. Anwendbarkeit verworfen und folgende Fixierungen im Sinne einer Operationalisierung werden vorgenommen:

Architektur = Homonym für ...

- a. die Lehre vom Bau von (je nach Anwendungsbereich Bau von Gebäuden, Städten, Informationssystemen)
- b. Aufbau eines konkretes Objektes (Gebäude, Informationssystem)

Rahmenarchitektur soll sein/leisten:

- beschreibt aus generischer Sicht den Aufbau des Gesundheitstelematiksystems, kann aber auch spezielle unabdingbare Komponenten enthalten (d.h. generelle Vorgabe: So allgemein wie möglich)
- beinhaltet abstrakte Geschäftsprozesse sowie Rollen, wesentliche Entitäten und Dienste sowie den statischen und dynamischen Zusammenhang zwischen diesen
- Beschreibt auch Anforderungen (organisatorisch und rechtlich) an konkrete Implementierungen (z.B. z.B. Zugriffsrechtvergabe, datenschutzrechtliche Vorgaben, Verfahren von Schlüssel- und Nummernvergaben Bsp. Patientennummern, Nutzung von als allgemeingültig definierten semantischen Bezugssysteme etc.) , sowie ein
- Enthält ein Regelwerk für Konformitätsprüfungen
- ist sektorübergreifend und erweiterbar
- Entsteht sowohl aus Generalisierung konkreter Architekturen bzw. Architekturbestandteilen als auch aus eigenständigen Entwurfsteilen als auch durch Analyse der realen Gegebenheiten resultierenden Entwurfsteilen
- Enthält ggf. Implementierungshinweise/-abhängigkeiten (Bsp.: Erst HPC dann Gesundheitskarte dannusw.)
- Eigene Generalisierungshierarchien innerhalb der Rahmenarchitektur sind denkbar und sinnvoll

Sonstige Anregungen und Beiträge zu diesem Diskussionspunkt:

- Rahmenarchitektur hat 3 Säulen (Geschäfts-, Software- und Entwicklungsarchitektur), deren Funktion und sowie die Beziehung dieser Säulen zueinander
- Schwierigkeit allgemeine Rahmenarchitektur und konkrete System-Architektur voneinander abzugrenzen, es sollte ein „Ausschlusskatalog“ erstellt werden
- Gleichzeitig sollten sowohl Bottom-Up als auch Top-Down Prozesse starten und transparent gemacht werden. Eine andere Ansicht ist: Man sollte die

ganzheitliche Sicht behalten und mit kleinen Teilbereichen starten, trotzdem aber das Ganze im Überblick behalten.

- Reihenfolge sollte folgendermaßen sein: Health Professional Card, Security und Infrastruktur schaffen, erst dann kann Gesundheitskarte starten
- Architekturspezifikationen sollen frühzeitig und in weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung gestellt werden

Eine konkrete Systemarchitektur ist sodann eine Spezialisierung der Rahmenarchitektur. Zur Implementierung bestimmter Infrastrukturkomponenten können auch Teile der Rahmenarchitektur spezialisiert und implementiert werden.

Ad 2. Beispiele

Es muss festgelegt werden, wer die Beispiele ausarbeitet. Für eine Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation in der Fachöffentlichkeit kommt den Beispielen große Bedeutung zu.

Ad 3. Wer hat welche Erwartungen an eine Rahmenarchitektur?

Es werden aufgrund des eingeschränkten Teilnehmerkreises punktuell folgende Erwartungen formuliert

- Selbstverwaltung
 - Umsetzung des eRezeptes und eArztbriefes
 - Stufenplan für die Umsetzung der Patientenakte
 - HPC muss berücksichtigt werden
 - Vorhandene Primärsysteme müssen anbindbar an neue Dienste sein (Kommunikation, Sicherheit, Webservices...)
 - Erforderliche Dinge des GMG rechtssicher und effektiv umsetzen
 - Ermöglicht Vernetzung innerhalb des Sektors
- Politik
 - Politik hat Gestaltungsrahmen gesetzt sowohl hinsichtlich Komponenten als auch Datenschutzrahmen
 - Politik erwartet das Überfließen der Vorgaben in die Rahmenarchitektur
 - Verpflichtung und Freiwilligkeit der Karte wurde definiert und sind zu beachten

- Datenschutzrechtlichen Regeln sind zu beachten
- Industrie

Insgesamt herrscht Einigkeit, dass quasi frühzeitig eine Analyse der Erwartungen der verschiedenen Gruppen an eine Rahmenarchitektur durchgeführt werden sollte, z.B. durch schriftliche Befragung mittels Anschreiben mit Fragen zur Erwartung an die Rahmenarchitektur.

Wer? --> Dies sollte durch das Konsortium bit4health durchgeführt werden.

Ad 5. Klärung, welche Gremien und Player notwendig sind, um eine Rahmenarchitektur

a. Zu definieren, zu spezifizieren

Nach einem Vorschlag von Hr. Völlink sollten Domänenexpertenteams (kann auch ein einzelner, ausgewiesener Experte sein) gebildet werden.

Nach Diskussion werden folgende Teams vorgeschlagen

- Geschäftsprozess-Teams
 - Verordnungsmanagement (eRezept)
 - Kartenmanagement
 - OID-Management (u.a. Patientenummer)
 - Behandlungsdokumentation, EPA
 - Notfalldaten
 - Vertragsmanagement
- Realisierungstechnologie-Team
- Komponenten, Dienste-Team
- Datenmodelle/ Datenstrukturen-Team
- Datenschutzteam
- Standards und Semantik – Team

- Domänenintegrationsteam, das auf oberer Ebene den Gesamtprozess und Expertisen konstruktiv zusammenführt und Integrationsleistungen übernimmt

Es wird darauf hingewiesen, dass Teams sowohl vertikale als auch horizontale Aufgaben haben, insofern wird das Team Datenschutz (horizontale Aufgabe) z.B. von anderen Gruppen je nach Fragestellungen angesprochen, das Team Datenmodelle baut auf der Arbeit anderer Gruppen auf bzw. berät diese.

Die Problematik zu vieler Teams und zu weniger Experten stellt sich bei den „Domänen-Teams“ nicht, da es sich ja thematisch um weitgehend disjunkte Gruppen handelt.

Zu beachten: Teams sollten nicht unbedingt statisch als starre Strukturen definiert werden, andererseits ist eine temporäre wahllose situative Zusammenstellung für eine kontinuierliche Arbeit kontraproduktiv. Hier ist ein entsprechender Mittelweg zu finden.

Anmerkung zu Gremien und Expertenteams:

- Matrixorganisation: Expertenteams und Aufgaben/Architekturteile
- Expertenteams
 - gestalten den Aufbau der Rahmenarchitektur mit (.. nehmen also evtl. Einfluss)
 - übernehmen die Qualitätssicherung (Prüfung, Abnahme)--> „Vier-Augen-Prinzip“
 - bereiten durch ihre Arbeit den Konsensprozess vor, dieser kann dadurch beschleunigt werden

Offene Fragen:

- Wer definiert die Teams? Es bestehen ja bereits Facharbeitsgruppen. --> Das BMGS legt zusammen mit ATG Aufgabenspektrum und Anforderungsprofil fest, sodann Teamzusammenstellung
- Transparenz ist oberstes Gebot um Doppelarbeit zu vermeiden
- Allerdings ist die Finanzierung dieser Struktur noch nicht gesichert. Vorschlag der Industrie: Stiftung gründen.

TO 4: Abschluss-Statements der Teilnehmer:

„Es ist Abfolge ist erstellt worden, ich bin zufrieden.“

„Ich bin zufrieden, dass die Begriffsfindung weit gebracht wurde und besprochen wurde wie Experten- und Domänenteams aussehen könnten.“

„Anderes Ziel wäre mir lieber gewesen, und zwar ein Vorgehensmodell und Konstitution, aber Begriffsklärung war am Anfang sehr zeitraubend.“

„Ich fordere alle auf, die Telematikexpertise der Industrie zu lesen und warne davor, den Allheilmitteln XML und UML alles zuzutrauen. Es sollten schnell Expertenteams gebildet werden um eine Konsensbildung im Vorfeld herbeizuführen“

„Datenschutzrechtliche Vorhaben müssen eingehalten werden, sind aber auf konkretere Modelle angewiesen.“

„Es gibt nicht DIE Rahmenarchitektur. Kombination von fachlichen Regeln und Festlegungen. Internationale Perspektive sollte nicht aus dem Auge verloren werden. Datenschützer sollten nicht erst am Ende der Produktentwicklung einbezogen werden.“

Ergebnisbericht Arbeitsgruppe „Interoperabilität“

Moderation:	Herr Andreas Heinrich, VHitG, Berlin
Berichtersteller:	Frau Irmgard Siebert, KZBV, Köln
Weitere Teilnehmer:	Herr Bartels Prof. Dudeck, Frau Rey Herr Schug Herr Siebold H. Sindermann

1. Diskutierte Sachverhalte

Es wurden folgende hauptsächliche Sachverhalte diskutiert:

- Definition der Interoperabilität:

Hierzu wurde auf die entsprechenden Handbücher von IEEE bzw. IHE verwiesen. Sinngemäß wird dort Interoperabilität definiert als Datenaustausch zwischen Systemen (funktionelle/syntaktische Interoperabilität) und Weiterverarbeitung der Daten (semantische Interoperabilität).

- s. Workflow Management Coalition (WfMC): 8 Stufenskala der Interoperabilität
- Abgrenzung der Aufgaben für Interoperabilität und Rahmenarchitektur

Von der Rahmenarchitekturarbeit wird erwartet, dass als Ergebnis Vorgehensmodelle für den Aufbau und die Entwicklung der Rahmenarchitektur geliefert werden. Außerdem die Anforderungsdefinition konkreter Use Cases in möglichst präziser und formalisierter Weise (UML), die Modellierung dieser Use Cases in Modellstrukturen mit Aktoren, Rollen, Prozessen, Messages, Dokumenten, Attributen und Methoden/Services. Sowie die Verallgemeinerung dieser konkreten Modelle in einem generischen, zukunftsfähigen Metamodell. Enthalten sein muss die Referenzierung und Konkretisierung der notwendigen Standards. Es muss - Entwicklung – Implementierung – Qualitätssicherung)

- Aufgaben Interoperabilität und dafür notwendiger Rahmen

Es wurde erarbeitet, was die Aufgaben sind, um Interoperabilität zu gewährleisten und welcher Rahmen in zeitlicher, fachlicher, institutioneller und finanzieller Hinsicht notwendig ist.

2. Erkannte Probleme

- Interface-Sichtweise wird beibehalten

Dies bedeutet, dass weder durch die Rahmenarchitektur noch durch die Interoperabilitätsanforderungen an die internen Strukturen und Arbeitsweisen von Krankenhaus-, Praxis- oder andere einrichtungsinterne Informationssystemen gestellt werden, dass es aber durchaus

erwünscht ist, dass es mittelfristig Rückwirkungen geben wird. Vielmehr sollen nur der Datenaustausch an und zwischen den Schnittstellen für die telematische Kommunikation und Services sowie ggf. notwendige Persistenz- und Infrastrukturelemente und Komponenten dazwischen festgelegt werden.

- Semantik spielt große Rolle

Es reicht nicht, sich bei der Rahmenarchitektur-Spezifikation auf technische funktionale und syntaktische Vorgaben zu beschränken. Es muss auch sehr präzise die Semantik definiert werden, wobei standardkonforme Nomenklaturen, Regeln und Konzepte zu Grunde gelegt werden müssen.

- Prozess-Sichtweise ist prinzipiell erforderlich

Dies unterstreicht, dass nicht nur der Austausch von Dokumenten notwendig ist, sondern dass prinzipiell einrichtungsübergreifende, verbunden mit einrichtungsinternen Prozessabläufen abgebildet werden müssen. Außerdem die für die Durchführung von Arbeitsabläufen ggf. notwendigen Requests, Messages und Services (Anordnen, Freigeben, Unterschreiben, Senden, Empfangen, Vidieren, Kumulieren, Aggregieren usw.)

- Festlegung auf Standards und ihre präzise Interpretation notwendig für Interoperabilität

Es sind präzise Festlegungen notwendig, die keine Freiräume in der Interpretation zulassen. Im Rahmen so genannten Profilings muss dafür auf Standards abgehoben und diese müssen präzise und allgemeinverbindlich interpretiert und eingengt werden. Dieses Vorgehen zeichnet auch IHE aus, die als Konsortium HL7 und DICOM interpretiert und konkretisiert, so dass Null Varianz gegeben ist. Für die erforderlichen, referenzierten Standards ist ein Verzeichnis zu führen. Es soll auch klären, wie weit er gilt und welcher bei Überlappungen.

- Zertifizierung

Die Gruppe hält es für wünschenswert, dass eine Zertifizierungsinstanz geschaffen wird. Sie soll zunächst den Anbietern die Sicherheit bieten, dass ihre Produkte konform sind und hierfür entsprechende Testsszenarien und Testplattformen anbieten. Außerdem soll sie den Kunden eine (ausreichende, nicht vollständige) Sicherheit bieten, dass die Produkte das Erwünschte leisten. Es soll jedoch vermieden werden, dass die Aufwendungen hierfür zu hoch und zu teuer werden und dass die Anbieter aus ihrer prinzipiellen Produkthaftungspflicht entlassen werden. Insofern ist mehr an ein Gütesiegel gedacht, dass erfüllte Mindestanforderungen zertifiziert. Dieses kann zwischen den Beteiligten (SV, Industrie) abgesprochen und gestaltet werden.

- Praktische Erprobung (IHE-Ansatz) entlang verschiedener Szenarien, Aufbau einer Referenzplattform

Als sehr zielführend wird angesehen, dass die Anbieter periodische Gelegenheit (abgefordert) bekommen, die Interoperabilität praktisch zu definieren. Dies muss jeweils konzipiert und organisiert werden.

- Road Map, Aufwands- und Zeitschätzung

Muss erarbeitet werden.

- Was ist Voraussetzung für, was ist parallelisierbar zur Rahmenarchitektur?

Phasen- und Projektplan muss erarbeitet werden.

- Datenschutz-/ Datensicherheitsprüfungen nach Komponenten und Diensten differenziert, Queranerkennung anderer Instanzen

Nach Meinung der Gruppenmehrheit ist eine Gesamtsicherheitsüberprüfung über alle Ebenen, Aspekte und Komponenten zu aufwendig. Zu dessen Minimierung reicht zum Teil komponentenweise Sicherheitsüberprüfung aus, zudem sind Querverweise auf vorhandene Sicherheitszertifikate zu nutzen (z.B. Sicherheit des Netzes)

- Zukunftsfähigkeit einbauen

Es soll im Auge behalten werden, dass innovative neue oder umfassende Elemente wie z.B. mobile Computer oder Electronic Health Record hinzukommen werden.

Voraussetzungen

- Rahmenarchitektur liefert generisches und konkretes Modell für Aktoren, Rollen, Prozesse, Messages, Dokumente, Strukturen (s.o.)
- Interface-Sichtweise wird beibehalten (s.o.)
- Basisdienste der Sicherheitsinfrastruktur sind vorausgesetzt
- Bereitschaft zur ausreichende Finanzierung der Aufgaben ist gegeben

Vorschläge: Was (Aufgaben)?

1. Zunächst müssen als Vorgabe für die Rahmenarchitektur spezifische Anforderungen zur Gewährleistung von Interoperabilität erarbeitet werden. Dabei werden auch Empfehlung von Standards, Nomenklaturen, Regeln usw. gegeben.
2. Durch Profiling müssen die der Rahmenarchitektur empfohlen oder dort schon gebildeten und konkretisierten Standards und Normen weiter so konkret und eng gefasst werden, dass keine Varianzen und Interpretationsspielräume bleiben.
3. Es sollten dann Test-Szenarien (Aktoren, Rollen, Messages) erarbeitet werden.
4. Es sollten Testplattformen (z.B. Testserver) für den Interoperabilitätstest bereitgestellt werden. Während der Testphase und auf Dauer müssen Differenzen bei Interpretationen des Standards und der Rahmenarchitektur geschlichtet werden.
5. Auf die erarbeitete Rahmenarchitektur sollte ein Review durchgeführt werden, ob die IO-Anforderungen tatsächlich erfüllt werden.
6. Für die laufende Zertifizierung sollte eine entsprechende Instanz geschaffen werden. Siehe dazu auch Ausführungen oben.
7. Es sollten periodische Multivendor-IO-Demoworkshops analog IHE veranstaltet werden, erstmalig in 2004 zur Medica.
8. Eine Zeit- und Aufwandskalkulation, muss erarbeitet und ein Budgetplan daraus abgeleitet werden.

Vorschläge: Wer (Strukturen)?

Für

- die Erarbeitung der Anforderungen und
- für die Durchführung der Reviews sowie
- für die Ableitung des Zeit- und Kostenaufwands

ist eine Fachgruppe „Interoperabilität“ aus Industrie, Selbstverwaltung, Wissenschaft, Normierungsgremien gebildet werden. , aber auch aus der Politik

Die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Erarbeitung von Testszenarien ist permanente Aufgabe von Domänenexperten mit hohem Einstiegsaufwand.

Für die Zertifizierung ist permanent eine entsprechende Instanz notwendig. Sie kann wie oben ausgeführt aus den Gremien der Beteiligten (SV, Industrie) in Selbstorganisation heraus gebildet und verantwortet werden.

Die Organisation und Konzeption von Multi-Vendor-Demos ist eine permanente Aufgabe mit großem Fach- und Organisationsaufwand.

Vorschläge: Wozu?

- Zur Gewährleistung der Interoperabilität von Anfang an und auf Dauer
- Als Beitrag zum Gesamterfolg
- Zum ausreichenden Controlling der Auftragnehmer
- Zum Schutz der Telematik-Systemkunden und -anbieter

Vorschläge: Bis wann?

- Sofort kann angegangen werden:
 - Anforderungsdefinition für IO
 - Erarbeitung des Profiling und von Testszenarien
 - Begleitender Review der RA-Ergebnisse
 - Zeit- und Aufwandskalkulation, Budgetbedarf
- Schnell, d.h. bis ca. Mitte 2004 kann angegangen werden kann
 - Aufbau von Testplattformen und Zertifizierungsstrukturen
 - Prüfung bekannter Infrastrukturelemente, z.B. HPC
- Zur Medica 2004 ist anzustreben:

- Multivendor-Demo der ersten Telematik-Anwendung

Risikoanalyse

Eine Risikoanalyse kann erst nach Spezifikation der Rahmenarchitektur vorgenommen werden. Unabhängig davon sind generelle Risiken bei unzureichender Herstellung von IO:

- Rahmenarchitektur ist nicht ausreichend interoperabel designed und/oder präzise
- Erste Systeme werden entwickelt, aber arbeiten nicht zusammen
- Koordinierungs-, Kontroll- und Schlichtungsinstanz für IO fehlt dabei
- IO kann nicht gewährleistet werden
- Zeitverzögerung oder gar Misserfolg bei Aufbau der Telematikplattform
- Bürokratie oder Zertifizierung werden übertrieben

Weiteres Vorgehen

- Klären, an wen Ergebnisse zur Entscheidung gehen sollen
- Besetzung der Fachgruppe zur direkten Aufnahme der Arbeiten
- Klären der Intensität und der Finanzierung der Arbeit
- Gründen einer permanenten Einrichtung/Gruppe

Ergebnisbericht Arbeitsgruppe Infrastruktur

Berichtersteller: Ju. Albert, R. Mainz, D.Padeken

Aufgabenstellung:

Die WS 3-Gruppe "Infrastruktur" hat die Aufgabe übernommen, Empfehlungen für die Bearbeitung des Themenbereichs "Infrastruktur" durch Expertengruppen zu erarbeiten.

Zu Beginn wurden die gesetzlichen Anforderungen gemäß GMG (Version 8.09.2003) bestimmt, die aus fachlicher Sicht für die Gestaltung einer Infrastruktur Bedeutung haben und daraus die resultierenden prioritären und sonstigen Anwendungen abgeleitet:

1. Gesetzliche Anforderungen/Anwendungen

Die Diskussion beschränkte sich auf das „Was“ getan werden muss und ergab folgendes hierarchisch strukturiertes Ergebnis – es wurde betont, dass die Begriffe „Freiwillig“ und „Pflicht“ für den Patienten/Krankenversicherten gelten – aus Sicht der Anwendungsbetreiber sind auch die freiwilligen Anwendungen „verpflichtend“ bereitzustellen. Bei der Diskussion wurde offen gelassen, ob die Daten auf der eGKarte und/oder im Netz gespeichert werden sollen und lediglich der Zugriff über die eGKarte vom Versicherten freigeschaltet wird.

1.1. Prioritäre Anwendungen:

1.1.1. Pflicht:

1.1.1.1. Administration

1.1.1.1.1. Zuzahlungsmanagement, § 62 SGB V

1.1.1.1.2. EU-KVK

1.1.1.2. ERezept

1.1.1.3. Dokumentation der Zugriffe auf die über die Gesundheitskarte verfügbaren Daten

1.1.2. Freiwillig:

1.1.2.1. EArztbrief

1.1.2.2. Einstieg in die ePA

1.1.2.2.1. Fallbezogene einrichtungsübergreifende Akte

1.1.2.2.1.1. Arzneimitteldokumentation

1.1.2.2.1.2. Notfalldaten

1.1.2.2.1.3. DMP's?

- 1.1.2.3. Individualdokumentation des Patienten
- 1.1.2.4. Kostenquittung (Patientenquittung)
- 1.1.2.5. Digitale Signatur

1.2. Andere Anwendungen

1.2.1. *Fallübergreifende einrichtungsübergreifende Akte*

Die Fragen „Wann, Wie, Von wem“ wurden nicht diskutiert, sondern es wurden in einem weiteren Schritt die für die o.g. genannten Anwendungen notwendigen Komponenten einer Infrastruktur bestimmt

2. Infrastruktur - Komponenten

2.1. Komponenten

2.1.1. *Werkzeuge*

- 2.1.1.1. Gesundheitskarte
- 2.1.1.2. Kartenleser
- 2.1.1.3. SMC
- 2.1.1.4. Heilberufsausweis / HPC
- 2.1.1.5. Geld- / Kreditkarte

2.1.2. *IT-Dienste*

2.1.2.1. Netz

2.1.2.1.1. Netzzugang

2.1.2.1.1.1. Firewalls / Intrusion Detection

2.1.2.2. Datenbereitstellungsdienst

2.1.2.2.1. EPA-Dienste

2.1.2.2.2. Rezept

2.1.2.2.3. Arztbrief

2.1.2.3. Synchronisierungsdienste

2.1.2.3.1. Versicherungsvertragsdienste

2.1.2.3.1.1. Zuzahlungsmanagement

2.1.2.3.1.2. Versicherungsstatus

2.1.2.3.1.3. RSA

2.1.2.3.1.4. Adresse

2.1.2.3.1.5. ...

2.1.2.3.2. Notfalldaten

2.1.2.4. Kommunikationsdienste

2.1.2.4.1. Adressierte Kommunikation

2.1.2.4.2. Ungerichtete Kommunikation

2.1.2.4.2.1. Ticketverfahren

2.1.2.4.2.2. Virtuelle Poststelle

2.1.2.5. Authentisierungsdienste

2.1.2.5.1. Personen

2.1.2.5.2. Komponenten

2.1.2.6. PKI-Dienste

2.1.2.7. Informationsdienste / Datenbanken

2.1.2.8. Verbundadressbuch / Verzeichnisdienst

2.1.2.9. Backup-Dienste

2.1.2.10. Komponenten-Download

2.1.2.11. Workflow-Unterstützung

2.1.3. Lokale Systeme

2.1.3.1. Arztpraxis

2.1.3.2. Labor

2.1.3.3. Apotheke

2.1.3.4. Krankenhaus

2.1.3.5. ...

2.2. Entwicklungsunterstützung

2.2.1. Hier wurde auf die AG 2 Interoperabilität verwiesen, die dieses Thema behandeln sollte.

2.3. Organisatorische Services

2.3.1. Registrierung

2.3.2. Hotline

2.3.3. Support

2.3.4. Schulung

2.3.5. Ausgabe von Werkzeugen

In der Diskussion der Gruppe entsteht die Frage, ob durch diese differenzierte Betrachtung von Infrastrukturfragen, die Arbeit der zur Zeit beauftragten Konsortien vorweggenommen wird.

Hieraus entsteht eine Neuaufnahme der Diskussion unter Betrachtung der Verantwortlichkeiten für Aufbau und Betrieb der Infrastruktur. Das Team kam zu dem Fazit, dass der Gesetzgeber die Verantwortung zwar der Selbstverwaltung zugewiesen hat, dass aber dennoch ein gesellschaftlicher Konsens nötig ist, weil eben auch in den aktuellen Projekten gesamtgesellschaftliche Aspekte betroffen sind und insbesondere die Infrastruktur als Grundlage für weitere beliebige Projekte auch außerhalb der (*Zuständigkeit der*) Selbstverwaltung dienen soll. (Bsp.: Forschung, andere Sektoren, ...).

3. Infrastruktur – Verantwortlichkeiten

Die Diskussion macht deutlich, dass es zu neuen Formen der Kommunikation und Kooperation in einem vernetzten Gesundheitssystem noch viele offene Fragen bzgl. Zuständigkeit, Verantwortlichkeit und Entscheidungsfindung gibt. Als Beispiele wurden genannt die Arzt <-> Arzt-Kommunikation (eArztbrief, eÜberweisung) und Arzt <-> Krankenhaus-Kommunikation – hier gibt es offene Fragen bzgl. dem Aufbau und Betrieb der Infrastruktur, der Finanzierung, der Qualitätssicherung, etc.

3.1. Wer entscheidet über die Infrastruktur

3.1.1. Prioritäten

3.2. Wer ist / wird verantwortlich

3.3. Wer finanziert

3.3.1. Geschäftsmodell

3.4. Wer betreibt Infrastruktur...

3.4.1. Implementierung

3.4.2. Betrieb

Diese Diskussion führte schließlich zu dem bei weitem noch nicht abschließenden Ergebnis, dass ein Expertenteam „Infrastruktur“ unter Beachtung des folgenden Aufgabenspektrums (Scope) fortgeführt werden sollte.

4. Infrastruktur - Scope

4.1 Was tun die Konsortien nicht:

4.2 Der **Fokus** eines Expertenteams Infrastruktur sollte **auf projektübergreifende The-**

men ausgerichtet sein, also vorrangig diejenigen Themen bearbeiten, die nicht ohnehin schon von den beauftragten Konsortialpartnern der Projekte des BMGS und der Vertragsgemeinschaft der Selbstverwaltung behandelt werden. In diesem Kontext wird eine Information zum Stand der Arbeiten in diesen Projekten zum nächstmöglichen Zeitpunkt für erforderlich gehalten.

4.3 Was wird an Infrastruktur außerhalb der konkreten Vorhaben benötigt

4.3.1 *Betrachtung von Projektquerschnitten*

4.4 Wo sind Zuständigkeiten unklar

4.5 Hier wird betont, dass es noch eine ganze Reihe offener Fragen bzgl. Zuständigkeiten und Verantwortung für Entwicklung, Implementierung und Betrieb gibt.

4.6 Welche Infrastrukturprobleme sind übergreifender Art

4.7 Welche Infrastrukturprobleme "brennen"

4.8 Neben projektübergreifenden Themen erachtete das Workshop-Team es auch für sinnvoll und notwendig, laufende Projekte zu begleiten, um ggf. auf dringende erfolgskritische Fragen und Probleme aufmerksam zu machen. Aktuell gilt dieses für den folgenden Punkt:

4.8.1 Z.B. Wer spezifiziert (jetzt) die Gesundheitskarte?

4.8.2 Dieses wurde als das vordringlichste Thema angesehen.

4.9 Zeitachsen / Stufenplan

4.10 Parallelarbeit und Review-Tätigkeit

4.11 Parallelarbeit ist hier zu verstehen als gleichzeitiges Bearbeiten von projektübergreifenden Themen und sich aus dem Monitoring laufender Projekte ergebenden akuten Aufgaben – also nicht als Doppelarbeit!

4.11.1 *Review-Tätigkeit für Konsortialarbeit*

4.11.2 *Entscheidungsvorbereitung im Konsens*

4.11.2.1 Wg. Genehmigungsvorbehalt

4.12 Expertenteam "Projektübergreifende Infrastruktur"

4.13 Mitglieder?

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Das Team Infrastruktur spricht sich für die Fortsetzung der Arbeiten unter Fokussierung auf **projektübergreifende Themen** aus.

Dabei sollte aber nicht vernachlässigt werden, dass es „**brennende Probleme**“ gibt (aktuell wurde die Spezifikation der elektronischen Gesundheitskarte für vordringlich erachtet - - auch bzgl. generischer, derzeit noch nicht behandelter Anwendungen), die parallel zu den projektübergreifenden Themen von einem Expertenteam Infrastruktur im Sinne einer Reviewarbeit bei aktuellen Projekten bzw. auch im Sinne eines „**Monitoring**“ - z.B. **Identifikation**

kritischer Entscheidungspfade und dringenden Handlungsbedarfs bearbeitet werden sollten.

Das Workshopteam „Infrastruktur“ empfiehlt die Präsentation von Zwischenergebnissen aus den laufenden Projekten des BMGS und der Vertragsgemeinschaft der Selbstverwaltung zum nächst sinnvollen und möglichen Zeitpunkt.

Das Team „Infrastruktur“ soll Konsensentscheidungen der Steuerungsgruppe Telematik im Gesundheitswesen vorbereiten.

Der erarbeitete Aufgabenrahmen für eine derartige Gruppe ist noch nicht abschließend bestimmt.

Eine konkrete Empfehlung für die Zusammensetzung eines Expertenteams „Infrastruktur“ konnte noch nicht ausgesprochen werden.

Teilnehmerliste

Kategorie	Nr.	Titel	Nachname	Vorname	Institution
TN	1		Albers	Dirk	IBM Deutschland GmbH
REF	2		Albert	Jürgen	Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
TN	3	Dr.	Bales	Stefan	Projektgruppe Telematik Gesundheitskarte
TN	4		Bartels	Erwin	Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN)
TN	5	Dr.	Brenner	Gerhard	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der BRD
TN	6	Dr.	Brill	Claus-Werner	ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
REF	7		Camphausen	Ingmar	Technische Universität Berlin
TN	8	Dr.	Dietzel	Gottfried	Projektgruppe Telematik Gesundheitskarte
ORG	9		Dolle	Jürgen	Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen
TN	10	Prof. Dr.	Dudeck	Joachim	Institut für Medizinische Informatik der Universität Gießen
TN	11	Dr.	Fanderl	Heinz	IBM Deutschland GmbH
TN	12	Dr.	Fassbinder	Elmar	Giesecke & Devrient
TN	13		Franz	Helge	Spitzenverbände d. landw. Sozialversicherung Informatikzentrum
TN	14		Gerd tom Markotten	Daniela	Institut für Telematik und Gesellschaft der Universität Freiburg
TN	15	Dr.	Goetz	Christoph F.-J.	TeleTrusT Deutschland e.V. / Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
REF	16	Prof.	Haas	Peter	Fachhochschule Dortmund
TN	17	Dr.	Hackenberg	Frank	Verband der Angestellten-Krankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
TN	18		Haveresch	Martin	BKK-Bundesverband
REF	19		Heinrich	Andreas	HHCC Berlin
TN	20		Hoff	Stefan	Orga Kartensysteme
TN	21		Holland	Jana	Projektgruppe Telematik Gesundheitskarte
TN	22	Dr.	Hümmelink	Regina	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
ORG	23		Jansen	Anja	Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen
TN	24		Kirn	Stefan	Institut für Informationssysteme, Universität Hohenheim
TN	25		Koch	Oliver	Telematikplattform Medizinischer Forschungsnetze (TMF)
REF	26		Mainz	Reinhold	Kassenärztliche Bundesvereinigung
TN	27		Mangiapane	Nino	Projektgruppe Telematik Gesundheitskarte
TN	28		Müller	Jürgen	Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz
TN	29		Norgall	Thomas	Fraunhofer Institut f. Integrierte Schaltungen
REF	30		Padeken	Dittmar	Projektgruppe Telematik Gesundheitskarte
REF	31		Paland	Norbert	Projektgruppe Telematik Gesundheitskarte
TN	32		Praetorius	Martin	Siemens Business Services GmbH - Siemens Medical Solutions
TN	33	Prof.	Pretschner	Dietrich Peter	Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V.
TN	34		Pütz	Armin	AOK Baden-Württemberg
REF	35		Redders	Mathias	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
TN	36		Reuschel	Peter	InterComponentWare AG
TN	37		Rey	Heinz-Theo	Kassenärztliche Bundesvereinigung
TN	38		Rey	Sabine	Telematikplattform Medizinischer Forschungsnetze (TMF)

REF	39	Prof.	Rienhoff	Otto	Universität Göttingen
REF	40		Schmitz	Michael	Spitzenverband für Informationstechnologie im Gesundheitswesen (SVITG)
TN	41	Dr.	Schug	Stephan	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitstelematik e.V.
TN	42		Schwartzmann	Dirk	Institut für Luft- und Raumfahrtmedizin, DLR
TN	43		Siebert	Irmgard	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
TN	44		Siebold	Horst	Siemens AG Medical Solutions
TN	45		Sindermann	Lutz	Projektgruppe Telematik Gesundheitskarte
TN	46		Stachwitz	Philipp	Bundesärztekammer
TN	47		Strobel	Anne	AOK-Bundesverband
REF	48		Völlink	Jürgen	Deutsche Krankenhausgesellschaft
TN	49		Wache	Christian	Fachhochschule Dortmund
TN	50	Dr.	Zhao	Jun	Universität Bremen
REF	51	Dr.	Zipperer	Manfred	Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen
