

HL7
Deutschland 

Mitteilungen

Offizielle Mitteilung der HL7-Benutzergruppen

Mehr Terminologie bitte! – Lösungen mit FHIR

FACHBEITRÄGE

**Erfolgsmodell der
elektronischen
Arztvernetzung in
Baden-Württemberg**

RÜCKBLICK AUF DEN DIT 2020

**Interoperabilisiert euch! –
Durch die Krise
aus der Krise.**





HL7 Deutschland e. V.

Vorsitzende

Prof. Dr. Sylvia Thun (Krefeld, Berlin)
Hochschule Niederrhein
E-Mail: sylvia.thun@web.de

Stellvertretender Vorsitzender

Mathias Aschoff
RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH
E-Mail: aschoff@rzv.de

Herausgeber

HL7 Deutschland e.V.
Prof. Dr. Sylvia Thun (Krefeld, Berlin)
V.i.S.d.P.

Postanschrift

HL7 Deutschland e.V.
Anna-Louisa-Karsch-Str. 2
10178 Berlin
Telefon: (0700) 7777-6767
Telefax: (0700) 7777-6761
E-Mail: info@hl7.de
Internet: www.hl7.de

Redaktion

Kim Becker
HL7 Deutschland e.V.
Anna-Louisa-Karsch-Str. 2
10178 Berlin

Referentin für Öffentlichkeitsarbeit

Kim Becker
Bundesverband Gesundheits-IT –
bvitg e. V.
Aufgang A, 1. Stock
Friedrichstraße 200
10117 Berlin

HL7-Benutzergruppe Schweiz

Präsident

Roeland Luykx
E-Mail: info@hl7.ch

Vizepräsidentin

Helen Loosli

Textbeiträge in dieser Ausgabe

Simone Heckmann, Dr. med. Kai U. Heitmann,
Simon Beuerle, Carmen Gaa, Daniel Susenburger,
Hanna Pfenning, Lars Treinat, Horst Kakuschke,
Dr. med. Thies Eggers, Prof. Dr. med. Sylvia Thun,
Adrian Schmid, Jürg Bleuer

Fotos

p1: © New Africa – stock.adobe.com,
p5: © Dilok – stock.adobe.com
p6: © New Africa – stock.adobe.com,
© aga7ta – stock.adobe.com,
p12: © docqueen – elements.envato.com,
p14–19: © nmann77, © Xuejun li,
© WavebreakmediaMicro, © Elnur,
© utah778 – stock.adobe.com,
p21: © Production Perig – stock.adobe.com,
p22–25: © Deutscher Interoperabilitätstag (DIT)
p28 © Iakov Kalinin – stock.adobe.com

Layout, Satz und Druck

LUP AG
Filzengraben 15–17
50676 Köln

Verlag, Vertrieb, Verbreitung

Eigenverlag und Eigenvertrieb
Die „HL7-Mitteilungen“ erscheinen für
die Mitglieder von HL7 Deutschland,
Schweiz, Österreich und Luxemburg.

HL7-Anwendergruppe Österreich

Präsident

Dr. Stefan Sabutsch
ELGA GmbH
E-Mail: office@hl7.at

Präsident-Stellvertreterin

DI Herlinde Toth
eHealth Koordinatorin der Stadt Wien a.D.

Auflage

1.000 Stück

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung der Redaktion.

Erscheinungsweise

etwa halbjährlich

Manuskripte

Senden Sie Zuschriften direkt an die Redaktion.
Für unverlangt eingesendete Beiträge gehen wir
keine Verpflichtung zur Veröffentlichung ein und
wird keine Haftung übernommen. Die Redak-
tion behält sich vor, aus technischen Gründen
Kürzungen oder Veränderungen vorzunehmen.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die
Meinung der Verfasser wieder.

Anzeigen

Anfragen nach Anzeigen für Produkte und Dienst-
leistungen sowie Stellenanzeigen richten Sie
bitte an die Redaktion. Es gilt die Preisliste vom
17.07.2007.



Was Sie in dieser Ausgabe erwartet

Editorial	04
Mehr Terminologie bitte! – Lösungen mit FHIR	06
DMEA auf Juni 2021 verschoben	11
Termine 2021	11
Alles neu macht der Mai Oktober: HL7 Deutschland Website mit neuem Gewand und mehr Gestalt.....	12
Innovation durch Standards – das Erfolgsmodell der elektronischen Arztvernetzung in Baden-Württemberg.....	14
Ergebnis der Vorstandswahlen vom Oktober 2020	20
Das Nationale Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin einigt sich auf einen standardisierten Datensatz für die COVID-19-Forschung.....	21
Interoperabilisiert euch! – Durch die Krise aus der Krise.....	22
Rückblick Projektathon 2020 für das schweizerische Elektronische Patientendossier.....	25
Förderer/ Korporative Mitglieder	26



Adé 2020, hallo 2021

Das Jahr 2020 liegt gerade hinter uns. Es wird allen in Erinnerung bleiben, daran mag es keinen Zweifel geben. Doch auch jenseits der Pandemie sind viele Dinge in Deutschland passiert. Mehr Wegebahn für Digitalisierung beispielsweise, weiter voran im Digitalisierungsprozess des deutschen Gesundheitswesens.

Da möchte ich gar nicht so weit ausholen: Im Dezember 2019 trat das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) in Kraft. Apps auf Rezept ist nur ein Highlight daraus, einzigartig in Europa. Dann kam Corona und Videosprechstunden machten Arzt-Patientenkontakte digitaler. Das Krankenhauszukunftsgesetz (KhZG) soll samt Richtlinie die Digitalisierung unserer Krankenhäuser fördern. Das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) mit E-Rezept und weiteren Regelungen zur elektronischen Patientenakte (ePA) ist seit September in Kraft. Die Medizinischen Informationsobjekte (MIO) legten 2020 so richtig los, basierend auf HL7 FHIR, den deutschen Basisprofilen, in Kooperation mit der Medizininformatik-Initiative (MII) und vielen Stakeholdern. Die ersten vier inhaltlichen Festlegungen für die ePA wurden, wie vorgesehen, angegangen, weitere sind im nächsten Jahr in

Vorbereitung. Schließlich liegt nun auch der Referentenentwurf des Digitale Versorgung und Pflege Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) auf dem Tisch. Und ich kann hier gar nicht alles nennen.

Bei diesen und weiteren Vorgaben und Vorlagen der vergangenen zwölf Monate ist das Thema „Interoperabilität“ wesentlicher Bestandteil. Internationale Standards, Profile und Leitfäden werden verpflichtend. SNOMED-CT konnte in 2020 dank der MII und der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF) als koordinierende Instanz sinnvoll evaluiert werden. Nun geht das in Deutschland lang ersehnte Terminologie-System zusammen mit LOINC ins Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) über und wird von dort für ganz Deutschland verfügbar gemacht. Sicherlich alles schrittweise, doch der erste Schritt ist ja bekanntlich zunächst der wichtigste.

Mit dem DVPMG-Referentenentwurf werden für diese Vorhaben zusätzlich strukturelle Verbesserungen im Gesundheitswesen anvisiert: eine Koordinierungsstelle für Interoperabilität wird



eingrichtet, um einen definierten Raum für Innovationen zu schaffen. Experten werden in konsensbasierte Verfahren einbezogen, ein Expertengremium wird Interoperabilität für die Zukunft gestalten und strategisch ausrichten.

Interoperabilität ist Teamwork. Unter diesem Motto haben im zurückliegenden Jahr zwei Positionspapiere mit dem Titel „Interoperabilität 2025“ das Licht der Welt erblickt. Noch sind nicht alle, die was zu sagen haben, bei den Inhalten dabei, doch musste ja jemand mal den ersten „Stein in den Teich flippert“. Alle konnten jedoch in der ersten Abstimmungs- und Kommentierungsrunde mitreden, deren Ergebnisse samt angepasster Dokumente für Januar 2021 zu erwarten sind. Vor allem sind hier die Beschreibung der Prozesse und die Vorschläge zu Regeln zur Erlangung von Interoperabilitätsvereinbarungen zu nennen. Alles in allem sehe ich darin einen weiteren Beitrag zu dem, was wir im health innovation hub gerne „interoperables IT-Ökosystem“ nennen. „Leitplanken“ im Sinne von Interoperabilitäts-Regeln, innerhalb derer sich Innovationen entfalten können. Die MIOs passen da schon ganz gut rein, Hersteller von digitalen Gesund-

heitsanwendungen warteten darauf. Vielleicht geht's mit der Digitalisierung einfacher in unseren Krankenhäusern.

Ich freue mich, wenn alle verstehen, dass Interoperabilität Teamwork ist und in dieser Community mitmachen. Denn schließlich ist ein Ökosystem laut Wikipedia eine „Lebensgemeinschaft von Organismen mehrerer Arten“ – anders ausgedrückt: eine Community von Menschen mit verschiedenen Kenntnissen, Erfahrungen, Hintergründen, Beweggründen. Lassen Sie uns also darin leben und weiter vorankommen mit der Digitalisierung. Die Signale stehen auf „Fahrt“.



Dr. Kai U. Heitmann
health innovation hub



Mehr Terminologie bitte! – Lösungen mit FHIR

In der Vergangenheit wurde in Projekten, die den Austausch und die Speicherung von Gesundheitsinformationen zum Gegenstand hatten, der Begriff „Terminologie“ nicht wirklich berücksichtigt. Schon gar nicht wurde ein Platz für einen Experten im Projekt vorgesehen. Wenn etwas codiert werden musste, hat man sich „etwas ausgedacht“. Und das war dann auch beinahe schon alles zu diesem Thema.



Mittlerweile hat man vielerorts erkannt, wie wichtig zielführende Terminologien sind. Immer häufiger werden terminologisch geschulte Experten hinzugezogen, z. B. weil man erkannt hat, dass die Verwendung internationaler Terminologien von großem Vorteil ist.

Fachgerechter Einsatz fordert allerdings Expertise. Dieser Beitrag soll – vor dem Hintergrund der HL7® FHIR® Terminologielösungen – einen Einblick in Konzepte und Begrifflichkeiten geben und ein Bild davon vermitteln, was notwendig ist, um einheitliche Benennungen von den medizinischen Konzepten zu erreichen, die man speichern oder kommunizieren will.

Terminologie-Server und Terminologie-Services

Um Terminologie-Server besser zu verstehen, sollte man sich gedanklich vorstellen, dass vollständige Terminologie-Server grundsätzlich zwei Funktionsgruppen bedienen.

Die eine zielt auf die Erstellung und sorgfältige Anwendungsbeschreibung, das Review, Statusbehandlung, Versionierung, Pflege und Veröffentlichung von terminologischen Artefakten ab. Solche Artefakte sind codierte Konzepte, unterschiedliche Zusammenstellung davon und Mappings zwischen codierten Konzepten. Diesen Teil eines Terminologie-Servers hat „Gestaltung und Kuratierung“ zum Gegenstand.

Einmal kuratiert und freigegeben, müssen die terminologischen Lösungen veröffentlicht und als Service „angeboten“ werden. Man muss beispielsweise fragen können, ob ein Code überhaupt gültig ist, was er bedeutet, welche Zusammenhänge er mit anderen Codes hat oder auf welcher Stufe in einer Hierarchie (Kontext) er steht. Dieser Teil zielt auf den „Terminologie-Service“ ab.

Natürlich sind auch Terminologie-Server denkbar und existent, die nur gestalten und kuratieren oder nur Terminologie-Services anbieten.

FHIR, die dritte Generation der HL7 Standardfamilie, hat besonders das einfache Implementieren im Blickfeld. Welche Strukturen und Lösungen bietet FHIR beim Thema Terminologien?

Technische Umsetzung in FHIR

CodeSystem und ValueSet

Als Interoperabilitätsstandard liefert FHIR zunächst einmal die einheitlichen Strukturen für

einzelne Datenobjekte (Ressourcen), die eine syntaktische Interoperabilität erlauben. So gibt es zum Beispiel klinische Ressourcen für Diagnosen, Prozeduren, Medikationen, Allergien etc., aber auch administrative



Ressourcen zur Abbildung der Eigenschaften von Patienten, Organisationen oder Geräten. Semantische Interoperabilität wird durch die Verwendung codierter Elemente in diesen Ressourcen und deren Bindung an eine Terminologie erreicht.

Um Interoperabilität nicht nur für klinische und administrative, sondern auch für terminologische Informationen zu ermöglichen, werden Terminologien in FHIR ebenfalls als standardisierte Ressourcen dargestellt.

Erwähnenswert sind hier zunächst die beiden Ressourcen „CodeSystem“ und „ValueSet“. Während erstere die Aufgabe hat, die verschiedenen Codes innerhalb eines Namensraumes aufzuzählen und deren Bedeutung und deren Eigenschaften zu definieren, dient letztere dazu, eine Auswahl geeigneter Codes aus einem oder mehreren Codesystemen für einen konkreten Kontext zu treffen.

ValueSet: Binding

Die Bindung eines codierten Elementes in FHIR erfolgt daher stets an ein für den jeweiligen Kontext geeignetes ValueSet. In Abb.1 ist die Bindung des Elementes „gender“ an das ValueSet „AdministrativeGender“ ersichtlich, das die Codes „male, female, other, unknown“ enthält. Insgesamt kennt FHIR vier verschiedene Stärken für solche Bindungen:

- **required** (das Element muss einen Code aus dem angegebenen ValueSet verwenden.)

Name	Flags	Card.	Type	Description & Constraints
Patient	N		DomainResource	Information about an individual or animal receiving health care services Elements defined in Ancestors: id, meta, implicitRules, language, text, contained, extension, modifierExtension
identifier	Σ	0..*	Identifier	An identifier for this patient
active	? Σ	0..1	boolean	Whether this patient's record is in active use
name	Σ	0..*	HumanName	A name associated with the patient
telecom	Σ	0..*	ContactPoint	A contact detail for the individual
gender	Σ	0..1	code	male female other unknown AdministrativeGender (Required)
birthDate	Σ	0..1	date	The date of birth for the individual
deceased[s]	? Σ	0..1		Indicates if the individual is deceased or not
deceasedBoolean			boolean	
deceasedDateTime			dateTime	
address	Σ	0..*	Address	An address for the individual

Abbildung 1: Ausschnitt aus Spezifikation der Ressource „Patient“ mit dem codieren Element „gender“ (→ build.fhir.org/patient.html)

- **extensible** (das Element muss einen Code aus dem angegebenen ValueSet verwenden, sofern dies einen geeigneten Code für das zu codierende Konzept enthält. Ist dies nicht der Fall, kann das ValueSet um zusätzliche Codes erweitert werden.)
- **preferred** (das Element sollte einen Code aus dem angegebenen ValueSet verwenden, sofern eine internationale Interoperabilität angestrebt wird. Das ValueSet kann jedoch auch durch ein nationales oder lokales ValueSet ersetzt werden.)
- **example** (das angegebene ValueSet dient nur der Verdeutlichung und muss bei der Implementierung durch ein geeignetes nationales oder lokales ValueSet ersetzt werden.)

In FHIR verfügen alle codierten Elemente über ein ValueSet-Binding, häufig hat dies jedoch nur die Qualität einer Empfehlung. Für den konkreten UseCase geeignete Terminologien festzulegen ist ein wichtiger Bestandteil der „Profilierung“. Darunter versteht man den Vorgang der (maschinenlesbaren) Festlegung, wie einzelne FHIR-Ressourcen in einem konkreten Anwendungskontext verwendet werden, zum Beispiel durch die Festlegung von Pflichtfeldern, Extensions (zusätzliche Elemente, die

nicht Bestandteil der FHIR Kernspezifikation einer Ressource sind), aber vor allem auch durch die verbindliche Auswahl geeigneter Terminologien.

Solche Festlegungen bilden in FHIR die Grundlage für die Erstellung von Implementierungsfäden und die Validierung konkreter Instanzen. Die Möglichkeit, jede Instanz einer Ressource gegen ein maschinenlesbares Profil zu validieren (einschließlich der Prüfung aller Codes) ist einer der wichtigsten Aspekte des Standards. Die entsprechenden Tools sind fester Bestandteil aller FHIR-Bibliotheken.

ValueSet: Composition und Expansion

Da die CodeSystem-Ressource die Abbildung der Strukturen und Eigenschaften von Codes maschinenlesbar standardisiert, verfügt FHIR über die Möglichkeit, ValueSets implizit, aber dennoch berechenbar zu definieren, so zum Beispiel durch die Regel „wähle alle SNOMED-Codes, bei denen es sich um Infektionskrankheiten handelt, die sich in der Lunge manifestieren“.

Die Menge maschinenlesbarer Regeln, die den Inhalt eines ValueSets beschreiben, bezeichnet man in FHIR als „Composition“, die explizite Liste von Codes, die diese Bedingung erfüllen, als die „Expansion“ des ValueSets.

Da ValueSets Codes aus mehreren Codesystemen auswählen und Codesysteme in unterschiedlichen Intervallen aktualisiert werden können, wird häufig nur die ValueSet-Composition persistiert, während die Expansion erst zur Laufzeit erzeugt wird. Viele ValueSets enthalten so viele Codes, dass die Erstellung einer Expansion oft auch erst dann sinnvoll möglich ist, wenn weitere Filterkriterien bekannt sind.

Man stelle sich zur Verdeutlichung hier die „Procedure“-Ressource vor, deren Element „code“ an ein ValueSet gebunden ist, dessen Composition einzig aus der Regel besteht „wähle alle Codes aus dem CodeSystem „OPS“. Es wäre unsinnig hierfür eine vollständige Expansion zu erzeugen, um damit eine Drop-Down-Liste in der Benutzeroberfläche zu bestücken. Stattdessen würde man warten, bis der Benutzer einen Teil der gesuchten Prozedur in ein Eingangs-

ANZEIGE

Gefyra – Die FHIR®-Experten

Schulung und Beratung rund um
HL7® FHIR®, den neuen eHealth-Standard.



Unser Angebot

- Beratung und Unterstützung bei FHIR-Projekten
- In-House-Schulungen
- Online-Seminare
- Erstellung und Review von FHIR-Spezifikationen

Weitere Informationen und Schulungstermine finden Sie unter www.gefyra.de



befehl schreibt (z. B. „Append...“) und dann eine gefilterte Vorschlagsliste einblenden, die hier einer Expansion des ValueSets mit dem zusätzlichen Filter „wähle alle Codes aus dem CodeSystem „OPS“, die den Text „Append“ enthalten“, um damit zu einer übersichtlichen Vorschlagsliste von Appendektomie- und Appendikostoma-Prozeduren-Codes zu kommen.

In vielen Fällen ist es aber mit dem einfachen Austausch nicht getan. Viele Applikationssysteme tun sich schwer mit der Verwaltung der teils sehr umfangreichen und komplexen Terminologien (ICD-10, OPS, LOINC, SNOMED...), deren regelmäßigen Aktualisierung und der Unterstützung der Anwender bei der Suche nach und der Auswahl von geeigneten Codes. Daher wird diese Aufgabe gerne an externe Codier-Tools delegiert.

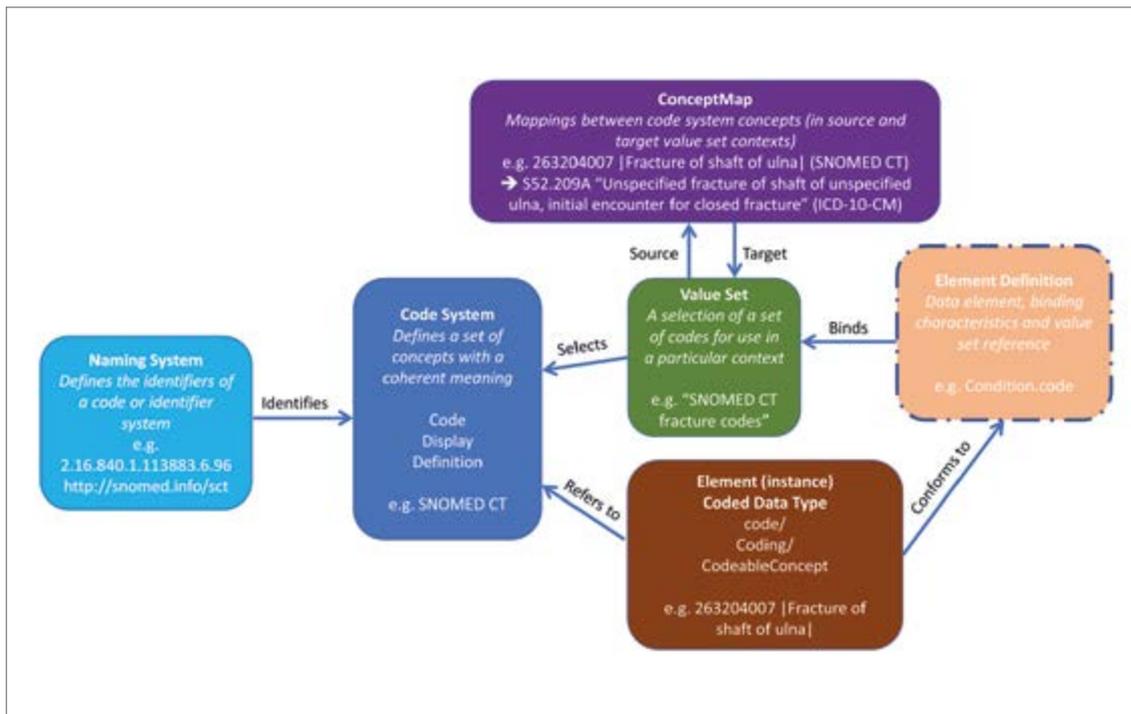


Abbildung 2: Zusammenspiel der Terminologie-Ressourcen in FHIR
(→ build.fhir.org/terminology-module.html)

ConceptMap: Übersetzungen zwischen unterschiedlichen Terminologien

Eine weitere interessante FHIR-Ressource ist in diesem Kontext die „ConceptMap“, die es erlaubt, die Relationen zwischen Codes aus verschiedenen ValueSets darzustellen. Oder einfacher gesagt: Die ConceptMap übersetzt Codes, im einfachsten Fall zum Beispiel die in HL7 Version 2 üblichen Geschlechtskennzeichen „M, F, O, U“ in die FHIR-Codes „male, female, other, unknown“. Aber auch zum Mapping von anwenderspezifischen Hauskatalogen in international interoperable Terminologien, oder zur Übersetzung von ICD-10 nach SNOMED kann die ConceptMap dienen.

Terminologie API

FHIR erlaubt es also, alle in einem konkreten Szenario benötigten terminologischen Informationen standardisiert abzubilden und auszutauschen.

FHIR füllt mit der standardisierten Programmierschnittstelle (API) zu Terminologie-Services eine Lücke, denn bislang fehlte eine geeignete API, um diese in Applikationssysteme integrieren zu können.

Sie ermöglicht es, die Verwaltung und Pflege der zuvor genannten CodeSysteme, ValueSets und ConceptMaps an einen Terminologie-Server zu delegieren und die von einem Applikationssystem benötigten terminologischen Funktionalitäten dort bei Bedarf abzurufen.

Während die reguläre FHIR REST API lediglich CRUD Interaktionen (create, read, update, delete) bietet, erweitert die Terminologie-API diese um sogenannte „Operations“, wohldefinierte Funktionsaufrufe mit einem standardisierten, HTTP-basierten Interface. Der Aufruf solcher Operations erfolgt stets durch den Namen der Operation mit vorangestelltem „\$“ auf einem

Server-Endpunkt, der diese Funktionen implementiert, zum Beispiel

→ [mein-terminologieserver.de/
CodeSystem/icd-10/\\$lookup](https://mein-terminologieserver.de/CodeSystem/icd-10/$lookup)

Im Folgenden wollen wir die Funktion der typischen Terminologie-Operations `$lookup`, `$validate-code`, `$expand` und `$translate` näher erläutern:

Die **\$lookup**-Operation ermöglicht es einem Applikationssystem, Details (z.B. die Definition, Eigenschaften oder Displaywerte) eines Codes nachzuschlagen.

Mit Hilfe der **\$validate-code**-Operation kann ein Applikationsserver durch einen Terminologieserver prüfen lassen, ob ein Code innerhalb eines bestimmten ValueSets bzw. im Kontext eines bestimmten Elementes einer FHIR-Ressource gültig ist.

Mit der **\$expand**-Operation fordert eine Applikationssystem ein expandiertes ValueSet (also das Ergebnis der Anwendung sämtlicher Regeln einer Composition auf die zugrunde liegenden CodeSystems) an. Insbesondere bei der Expansion großer ValueSets kann die Anzahl der Ergebnisse durch die Verwendung von kontext-spezifischen Filter-Parametern auf eine sinnvolle Menge begrenzt werden.

Die **\$translate** Operation kann genutzt werden, wenn ein System einen codierten Wert antrifft, der in eine andere Terminologie umcodiert werden muss, indem diese Aufgabe an den Terminologie-Server delegiert wird, der über die erforderlichen ConceptMaps verfügt.

Zusammenfassung

Sicher werden einige der Leser heute Begriffe gehört haben, die ihnen bislang verborgen blieben. Das gute an FHIR: die Terminologie-Services erlauben eine einfache schrittweise Migration hin zur „Kunst“ der Nutzung von Terminologien mit allen Optionen. Wer zuvor noch mit Schlüsselstabellen hantieren musste, wird nun wissen, dass dies im Prinzip ValueSets sind, dass es aber noch viel mehr Möglichkeiten gibt.

Zentrale Terminologie-Server bieten bei der Gestaltung und Kuratierung von Terminologien große Vorteile: Man kann effizient zusammenarbeiten, Reviews durchführen und schließlich – nach vereinbarten Regeln – ValueSets, Code-

Systems und ConceptMaps veröffentlichen. Der Service-Teil bietet dann immer einen aktuellen Zugriff darauf, für alle Applikationen in einer Organisation oder natürlich auch, entsprechend skaliert, organisationsübergreifend oder gar landesweit konsistent und einheitlich. Und wenn diese Services standardisiert angeboten werden, ist eine sichere, herstellerneutrale und diskriminierungsfreie Umgebung für alle Teilnehmenden gewährleistet.

Hinweis: *dieser Beitrag ist zuerst in der mdi Forum der Medizin Dokumentation und Medizin Informatik, 3/2020, S. 72ff erschienen.*

Autoren



Simone Heckmann

(Dipl. Inform-Med.)
Leiterin des technischen Komitees für FHIR
bei HL7 Deutschland e.V.,
FHIR Core Team Member



Dr. med. Kai U. Heitmann

Director Interoperability,
health innovation hub Bundesministeriums
für Gesundheit

DMEA auf Juni 2021 verschoben

Angesichts der aktuellen Entwicklung der Corona-Pandemie haben sich der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e.V. und die Messe Berlin dazu entschlossen, die DMEA – Connecting Digital Health auf den 8. bis 10. Juni 2021 zu verschieben.

„Die Corona-Lage in Deutschland bleibt weiterhin ernst. Dies zeigt auch die kürzlich beschlossene Verlängerung des Teil-Lockdowns bis Anfang Januar“, sagt bvitg-Geschäftsführer Sebastian Zilch. „Um unseren Ausstellern, Partnern, Besucherinnen und Besuchern größtmögliche Planungssicherheit zu bieten, haben wir uns daher schon jetzt – rund vier Monate vor Veranstaltungstermin – für eine Verschiebung entschieden. Wir sind zuversichtlich, dass sich das Infektionsgeschehen bis zum Frühsommer entspannt und wir die DMEA wie geplant als Präsenzveranstaltung hier in Berlin durchführen können.“

Vom 8. bis 10. Juni 2021 wird die DMEA auf dem Berliner Messegelände stattfinden. Vor Ort gewährleisten umfangreiche Hygienemaßnahmen die Sicherheit von Ausstellern sowie Fachbesucherinnen und -besuchern gleichermaßen. Die Präsenzveranstaltung wird durch digitale Elemente ergänzt, wie beispielsweise digitale Messerundgänge. Da die Vernetzung und Kontaktpflege zur DNA der DMEA gehören, soll dies live vor Ort möglich sein. Der neue Termin im Frühsommer wird dabei eine Verlagerung einzelner Netzwerk-Formate ins Freie ermöglichen.

Weitere Informationen und Antworten auf häufige Fragen (FAQ) sind auf der DMEA-Webseite abrufbar.

→ www.dmea.de/Aussteller/FAQVerschiebung.html

Termine 2021

18.01 – 19.01	FHIR Kompakt-Workshop (virtuell), gefyra GmbH
25.01 – 29.01	HL7 Working Group Meeting (virtuell), HL7 International hl7.org
09.03 – 11.03	LOINC Conference (virtuell), loinc.org/meetings
15.03 – 16.03	Interoperabilitätsforum (virtuell), interoperabilitaetsforum.de
17.05 – 19.05	FHIR Connectathon (virtuell), HL7 International
24.05 – 28.05	HL7 Working Group Meeting (virtuell), HL7 International
29.05 – 31.05	Medical Informatics Europe Conference (virtuell), efmi.org
07.06 – 10.06	HL7® FHIR® DevDays (virtuell), devdays.com
08.06 – 10.06	DMEA – Connecting Digital Health, dmea.de
17.06 – 18.06	Interoperabilitätsforum (virtuell), interoperabilitaetsforum.de
13.09 – 14.09	Interoperabilitätsforum (Berlin), interoperabilitaetsforum.de
08.09 – 10.09	FHIR Connectathon (virtuell), HL7 International
20.09 – 24.09	Annual Plenary & Working Group, HL7 International
28.10 – 29.10	SNOMED CT Expo, snomed.org/news-and-events/events
02.12 – 03.12	Interoperabilitätsforum (Köln), interoperabilitaetsforum.de

Alles neu macht der Mai Oktober: HL7 Deutschland Website mit neuem Gewand und mehr Gestalt

Viel früher als erst im nächsten Mai 😊, nämlich schon in diesem Oktober zur Mitgliederversammlung im Rahmen des 5. Deutschen Interoperabilitätstags (DIT), hat HL7 Deutschland seine neue Website veröffentlicht.



Mit frischen Farben, Informationen auf dem neuesten Stand, mehr Details und einem Responsive Design geht HL7 Deutschland nun in die mittlerweile vierte Generation der Website des Vereins.

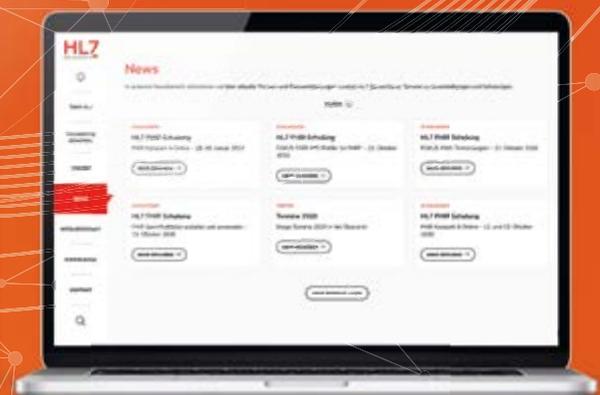
Nach den ersten händischen Realisierungen ab März 2000 wurden verschiedene Content-Management-Systeme verwendet, um die HL7 Website zu gestalten. Nach WebEdition und Typo3 ist HL7 nun bei WordPress gelandet, das die bestmögliche Flexibilität gewährt.

Verschiedene Mitglieder des Vorstands wurden als Redaktionsteam geschult, so dass Informationen auf dem Laufenden gehalten werden können.

Dies betrifft vor allen Dingen Neuigkeiten, Ausgaben der HL7-Mitteilungen, Schulungen und Veranstaltungen. Alles ist nun zentral im „News“ Bereich zusammengefasst und kann gefiltert werden.

Außerdem finden sich die Verweise auf das Interoperabilitäts-Wiki, als HL7-TV und die Subskriptionsmöglichkeiten für unsere Newsletter an prominenter Stelle.

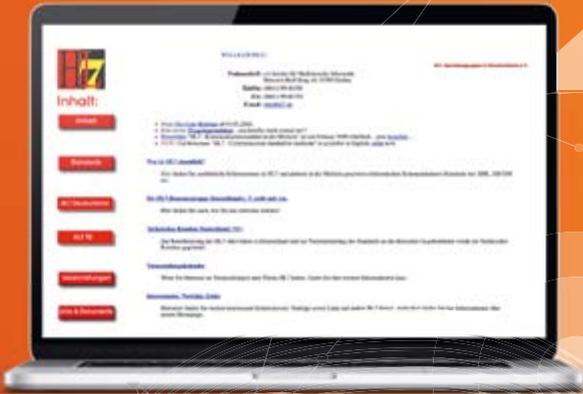
Bestimmt fallen hier und da noch Dinge auf, die Sie uns melden möchten, z. B. weil sie noch



nicht richtig funktionieren? Dann nutzen Sie doch gerne unser neues Kontaktformular unter

→ hl7.de/kontakt

2000



Die erste Website von HL7
Deutschland aus dem Jahr 2000

2014

Ab Januar 2014 wird
HL7 multimedialer.



2015

HL7 im Juni 2015: Typo3 wird als neues CMS
genutzt, um die Informationen für Mitglieder
und Interessierte ansprechend aufzubereiten.



Innovation durch Standards – das Erfolgsmodell der elektronischen Arztvernetzung in Baden-Württemberg

Digitale Qualitätsoffensive in Haus- und Facharztverträgen geht erfolgreich in die nächste Runde mit intersektoraler Kommunikation und dermatologischen Telekonsilen

Die langjährigen Partner AOK Baden-Württemberg, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und MEDIVERBUND AG haben mit der elektronischen Arztvernetzung (eAV) als neuem Bestandteil ihrer selektivvertraglichen Versorgung seit dem 1. Juli 2019 eine digitale Qualitätsoffensive gestartet¹ und weiten das bestehende Angebot im ersten Halbjahr 2021 um weitere innovative Versorgungslösungen aus. Was mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) 2019 begann, wurde im dritten Quartal dieses Jahres um eine hausärztlich kontrollierte Gesamtmedikationsübersicht (HAUSKOMET²) ergänzt. Im ersten Halbjahr des kommenden Jahres wird die eAV dann mit der Einführung elektronischer Einweisungs- und Entlassbriefe (eEE) und dermatologischer Telekonsile (TeleScan Dermatologie) weiter ausgebaut.



Grundlage dieser Fachanwendungen sind die entsprechenden CDA-Implementierungsleitfäden, welche den strukturierten Datenaustausch zwischen den Ärzten und auch zur AOK erst ermöglichen. Der konsequente Einsatz dieser HL7-Standards hat einen wichtigen Beitrag geleistet, damit die elektronische Arztvernetzung letztlich zu einem Erfolgsmodell in Baden-Württemberg wurde.

Akzeptanz der Fachanwendungen in Zahlen

Bereits über 2000 Haus- und Fachärzte nehmen an der eAV als Erweiterung zur hausarztzentrierten Versorgung sowie der Facharztverträge freiwillig teil, und es werden täglich mehr. Gerade die Nutzung der eAU zeigt eindrucksvoll, wie schnell die papierbasierten Prozesse ersetzt werden, denn es sind bereits über 400.000 eAUs bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen.

Wie bei jeder Vernetzungslösung sind alle Anwendungen von hohem Interesse, bei denen Ärzte untereinander Daten austauschen können. Mit dem eArztbrief ist bei derzeit über 1700 Briefen noch „Luft nach oben“, die starke Zunahme der versendeten Briefe in den letzten Wochen und Monaten zeigt aber auch hier in die richtige Richtung. Beim derzeitigen „Nachzügler“, der Fachanwendung HAUSKOMET, bewegt man sich noch im Hunderterbereich (aktuell rund 250), aber aufgrund der Produktivstellung seit dem 01. Juli 2020 ist die Nutzungsdauer auch noch nicht weit fortgeschritten.

Der konsequente Einsatz der HL7-Standards und das aktive Mitwirken in den Kommentierungsverfahren der CDA-Implementierungsleitfäden hat zu einer hohen Akzeptanz bei Herstellern von Praxisverwaltungssystemen (PVS) geführt.

¹ Wir berichteten in den HL7-Mitteilungen 42/2019 zur eAU.

² HAUSKOMET: **HAUS**ärztlich **KONT**rollierte **ME**dikamentöse Therapie

Diese profitieren von der Wiederverwendbarkeit der gewählten Datenaustauschformate und der entsprechenden Abbildung der dortigen strukturierten Daten in ihren jeweiligen Systemen. Eben diese strukturierte Datennutzung wird auch seitens der nutzenden Ärzte als großer Vorteil gesehen, da insbesondere auch die Weiternutzung so im eigenen PVS stark vereinfacht wird.

Der Weg dahin war nicht einfach und erforderte einen umfangreichen Dialog zwischen Projektpartnern und den Herstellern. Der Erfolg kann sich sehen lassen: Hatten zu Beginn der eAV noch wenige Hersteller von PVS mitgemacht (Abdeckungsquote³ 14 %), konnte in den ersten beiden Quartalen dieses Jahres der Großteil der Hersteller die Zusatzfunktionen in ihren Systemen anbieten (aktuelle Abdeckungsquote 97 %)!

Erfahrungsberichte zu eAU und Co.

Die Übermittlung der **eAU** ist quasi die „Brot-und-Butter“-Anwendung in der eAV. Aktuell erreichen täglich über 5000 digitale Krankmeldungen die Kasse. Alle können komplett automatisiert in den AOK-internen IT-Systemen weiterverarbeitet werden und tragen somit stark zu einer Optimierung der Verwaltungsprozesse bei.

Davon profitieren in besonderem Maße die am Haus- und Facharztprogramm der AOK teilnehmenden Versicherten, da in bereits über 65.000 Fällen sie die Vorteile der taggleichen Krankengeldzahlung erfahren konnten.

„Die eAU in der elektronischen Arztvernetzung – das bedeutet, sie ist die schnellste Krankengeldzahlung der Welt.“

– Daniel Susenburger, AOK Baden-Württemberg

Mit einem **eArztbrief** haben sich schon viele Projekte beschäftigt und setzen diesen teilweise schon seit Jahren ein. Für die Haus- und Fachärzte in Baden-Württemberg waren aber von Anfang an zwei Faktoren insbesondere wichtig, die die derzeitigen Lösungen unberücksichtigt lassen. Zum einen sollten möglichst viele Daten aus dem Brief heraus in das PVS übernommen werden können, was über die auf CDA-Level 3 übermittelten Diagnosen und Medikationsinformationen realisiert wurde. Zum anderen sollte der Aufbau der Briefe selbst einer bestimmten Struktur und Reihenfolge der Informationen folgen, die für das schnelle Erfassen der medizinischen Inhalte durch den Leser wichtig sind.

Die positiven Rückmeldungen seitens der Ärzte bestätigen den tatsächlichen Nutzen dieser Mehrwerte im Praxisalltag, die gleichzeitig auch unmittelbare Vorteile für die Patienten selbst beinhalten.

„Die nutzerzentrierte Weiterentwicklung und die Schulung der Ärzte ist mir als Product Owner wichtig. Denn nur durch rege Nutzung ergibt sich ein Mehrwert für alle Ärzte.“

– Hanna Pfenning, MEDIVERBUND AG

„Hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie“ (**HAUSKOMET**) als jüngste Fachanwendung innerhalb der elektronischen Arztver-



Abbildung 1: Elektronische Arztvernetzung

³ Unter Abdeckungsquote versteht man den Gesamtmarktanteil der Praxisverwaltungssysteme, die in Baden-Württemberg neben den Haus- und Facharztverträgen selbst auch die elektronische Arztvernetzung umgesetzt haben.

netzung bildet ein Zusammenarbeitsmodell von Haus- und Fachärzten bei der medikamentösen Behandlung von Patienten ab. Es definiert als Zielsetzung die Vermeidung von Therapierisiken, Arzneimittelinteraktionen und Doppelverordnungen. HAUSKOMET erreicht dieses durch die vom Hausarzt eingenommene Rolle als Kurator der gesamten Medikation des Patienten. Dieses folgt dem Wesen der Hausarztverträge, welche den Hausarzt als zentralen Ansprechpartner gegenüber den Patienten sehen.



In Abgrenzung zu existierenden Umsetzungen von Medikationsplänen beschreibt das HAUSKOMET-Modell eine Kollaboration zwischen Behandlern mit definierten Zuständigkeiten. Die Basis hierfür bildet die zentrale Bereitstellung einer behandlerorientierten, verlässlichen Dokumentation medizinisch relevanter Informationen in einer durchgehend strukturierten digitalen Form.

Informationen in einer durchgehend strukturierten digitalen Form.

Intersektorale Kommunikation und Telekonsile heben weiteres Innovationspotenzial

Durch die neuen Fachanwendungen „elektronischer Einweisungs- und Entlassbrief“ und „TeleScan Dermatologie“ werden ab dem ersten Halbjahr 2021 weitere, innovative Mehrwertlösungen in der eAV entstehen.

Elektronischer Einweisungs- und Entlassbrief

Im Bereich der intersektoralen Kommunikation besteht hoher Handlungs- und Modernisierungsbedarf. Mit der Fachanwendung elektronischer Einweisungs- und Entlassbrief (eEE) wird die digitale Vernetzung von stationärem und niedergelassenem Sektor in der elektronischen Arztvernetzung vorangetrieben. Die Vorteile liegen auf der Hand: eine direkte, sichere und verlässliche Kommunikation zu Patienten über die konsequente Nutzung strukturierter Daten. Für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser kann der eEE also wertvolle Zeit einsparen, den Informationsfluss verbessern und dazu beitragen, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Der Go-live ist mit zwei Pilotkliniken zum 01. April 2021 mit einer flächendeckenden Umsetzung in den PVS-Systemen ab 01. Juli 2021 geplant.

TeleScan Dermatologie

Nach der erfolgreichen Durchführung des vom Innovationsfonds geförderten Vorhabens Telederm mit ca. 56 Hausärzten, 7 Dermatologen und über 550 Konsilen werden die dermatologischen Telekonsile 2021 im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung als Fachanwendung „TeleScan“ ausgerollt.

Besonders bei TeleScan ist die bewusste Wahl des asynchronen „doctor 2 doctor“ Konsiltauschtes. Anders als in synchronen Videokonsilverfahren findet die Ersterhebung beim Hausarzt statt. Der Hausarzt übermittelt dem Dermatologen qualitativ hochwertige Bilder sowie eine strukturierte Anamnese und sorgt so für eine gesteuerten Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen. Die asynchrone Kommunikationsform entlastet die Praxen und gibt den Ärzten die Möglichkeit, die Befundung flexibler in den Praxisalltag einzubauen. Teledermatologie gewinnt immer mehr an Bedeutung, gerade bei zunehmenden Terminengpässen der Dermatologen, insbesondere auch für immobile und geriatrische Patienten im Rahmen von Haus- und Pflegeheimbesuchen oder in strukturschwachen Regionen mit einem Mangel an Facharztpraxen vor Ort.

Der Go-live in der elektronischen Arztvernetzung steht zum 1. April 2021 an.

CDA-Leitfäden: gelebte Standards in den HL7-Kommentierungsverfahren

In Summe leisten die vorgestellten Fachanwendungen einen Innovationsbeitrag, der über die Selektivversorgung hinausgeht. Der konsequente Einsatz von CDA-Implementierungsleitfäden und die aktive Mitarbeit als auch die öffentliche Kommentierung entsprechen den Vorgaben von HL7 und bilden dabei die Basis für diesen Erfolg.

Einsatz von CDA-Leitfäden in der EAV

Jede einzelne Fachanwendung innerhalb der elektronischen Arztvernetzung verwendet CDA-basierte Datenaustauschformate, die durch entsprechende CDA-Implementierungsleitfäden spezifiziert werden.



Nach Möglichkeit wurden hier bereits existierende Implementierungsleitfäden verwendet, in einigen Fällen aber auch neue unter Verwendung bereits existierender Templates erstellt. Im Einzelnen werden folgende Implementierungsleitfäden verwendet:

- **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**
(→ wiki.hl7.de/index.php?title=IG:Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)
- **Arztbrief PLUS**
(→ wiki.hl7.de/index.php?title=IG:Arztbrief_Plus)
- **Medikationsmanagement**
(→ wiki.hl7.de/index.php?title=IG:Medikationsmanagement)
- **eEinweisungsbefehl**
(→ wiki.hl7.de/index.php?title=IG:EEinweisungsbefehl)
- **Entlassmanagement**
(→ wiki.hl7.de/index.php?title=IG:Entlassmanagementbrief)
- **Dermatologisches Konsil**
(→ wiki.hl7.de/index.php?title=IG:DermaKonsilAnfrageBericht)

Für die Beteiligten hat sich der Einsatz dieser Implementierungsleitfäden gelohnt: Für das Projekt wurden Aufwände zur Definition und Publikation verringert, da zum Teil fertig ausgearbeitete Lösungen für die Abbildung medizinischer Sach-

verhalte aus den Implementierungsleitfäden von HL7 Deutschland übernommen werden konnte.

Für PVS-Hersteller relevant ist die Nutzung der Implementierungsleitfäden – hier mit besonderem Augenmerk auf die Wiederverwendung vieler identischer Templates über Implementierungsleitfäden hinweg, was den Implementierungsaufwand beim PVS-Hersteller beim Einsatz mehrerer Fachanwendungen relevant vermindert.

CDA-Leitfaden TeleScan Dermatologie

Für die Fachanwendung „TeleScan Dermatologie“ wurde ein eigener Implementierungsleitfaden „Dermatologisches Konsil“ entwickelt, da hier eine spezifische Abbildung eines zwischen Vertretern von Hausärzten und Dermatologen abgestimmten Konsilerfassungsbogens gewünscht war.

Aber auch hier konnte auf bestehende Vorarbeiten zurückgegriffen werden: So existiert bereits ein Implementierungsleitfaden zur nephrologischen Konsilanfrage und -bericht, aus dem viele Konzepte übernommen werden konnten. Abschnitte zu Vorerkrankungen, Medikation und weitere Gesundheitsangaben finden sich zudem bereits im Implementierungsleitfaden zum Arztbrief und wurden unverändert von dort übernommen.

Interoperable Standards schnell und nutzerzentriert in die Fläche tragen

Wie keine andere Versorgungsform ist die Selektivversorgung geeignet, interoperable Standards in der Praxis zu etablieren. Verschiedene Aspekte spielen hier eine Rolle.

CDA-Leitfäden in die Versorgung bringen

Datenaustauschformate spielen eine besondere Rolle dabei, Akzeptanz von Anwendern und Industrie zu erreichen. Während sich CDA-Leitfäden als Austauschformate international in vielen Ländern wie Österreich (ELGA), Schweiz (Patientendossier) oder Niederlande (Nicitz) bereits durchsetzen konnten, führten diese in Deutschland lange ein Schattendasein. Es blieb überwiegend Forschungs- und Pilotprojekten überlassen, zu demonstrieren, dass hochwertige und strukturierte Austauschformate einen Mehrwert für die Versorgung bringen können.



Eine der elementaren Zielsetzungen des Projektes „elektronische Arztvernetzung“ ist der Austausch von hochstrukturierten Daten zwischen den an der medizinischen Versorgung eines Patienten beteiligten Gesundheitsdienstleistern (hier Haus- und Fachärzten). Unter Einbeziehung der jeweiligen Quell- und Zielsysteme soll hier nicht nur ein Austausch textueller Informationen erreicht werden, sondern ein Austausch maschinenles- und -verwertbarer Daten zwischen den Beteiligten erfolgen.

Anders als PDF bieten die HL7-Standards wie CDA die ideale Basis für einen Datenaustausch, da auch hier konzeptuell neben rein textueller Darstellung die Abbildung von maschinenlesbaren Informationen formuliert werden. Dies ermöglicht eine Transformation von unstrukturiertem textuellem Austausch zwischen Behandlern („ich schicke einen Arztbrief per Fax“) zu einem gleichzeitigen Austausch eindeutiger, maschinell verwertbarer Informationen mit anschließender Persistierung im Zielsystem.

Die Akzeptanz bei der Industrie war nicht von Anfang an gegeben, da der Erstaufwand in der Umsetzung erst einmal über dem eines reinen „PDF-Exports“ liegt. Letztlich überzeugt hat die Nachhaltigkeit des Ansatzes: In Folgeanwendungen kann mit deutlich geringerem Aufwand darauf aufgebaut werden. Entscheidend aber ist die Zustimmung der Anwender, welche als Kunden der PVS-Hersteller diese Prozessverbesserung nicht mehr missen möchten, wenn sie erst einmal verfügbar ist.

In der angestrebten Breite innerhalb der Versorgungsprozesse ist das ein Novum. Der Grad der Strukturierung und die Verlässlichkeit der Inhalte gehen weit über das normale Maß in der Regelversorgung hinaus. Erstmals wird damit ein Grundstein für weitergehende datengestützte Prozesse innerhalb der Versorgung von Patienten gelegt.

„Selektivverträge bilden die ideale Voraussetzung, damit in kürzester Zeit Interoperabilitätsvorgaben wie die elektronische Arztvernetzung in die Versorgungsrealität überführt werden – lange bevor dies in der Regelversorgung zum Standard wird.“
– Dr. med. Thies Eggers, _beta GmbH

Entscheidend ist letztendlich der offene und transparente Diskurs, den die drei Vertragspartner AOK Baden-Württemberg, HÄVG und MEDIVERBUND AG über zehn Jahre zu den Versorgungsinhalten der hausarztzentrierten Versorgung erfolgreich geführt haben. Diese gelebte Organisationsfähigkeit war einer der Gründe, dass innerhalb von zwei Jahren die ersten Fachanwendungen zur Vernetzung von Ärzten die Teilnehmer erreichten – noch vor den jetzt in den Produktivbetrieb einziehenden Digitalisierungsanwendungen der gematik.

Grundsätzlich werden die öffentlich transparenten Kommentierungsverfahren als großer Vorteil angesehen. Im Falle des HAUSKOMET wurde

dafür sogar die Entscheidung zu einem verzögerten Produktivstart getroffen. Sie sorgen für die erwähnte Nachhaltigkeit und überzeugen die Industrie durch die Möglichkeit zur Partizipation. Entgegen anderer Ansätze im Gesundheitswesen wird hier nicht im „stillen Kämmerlein“ gearbeitet oder „von oben herab“ etwas als Standard deklariert.

„Basis für eine erfolgreiche Kommunikation ist ein gemeinsames Vokabular. Die elektronische Arztvernetzung trägt den Einsatz der hierfür notwendigen Terminologien auch in den Bereich der ambulanten Versorgung.“
– Mathias Aschhoff, HL7 Deutschland

Ausblick – Standards als Innovationstreiber

Die Bedeutung der elektronischen Arztvernetzung geht über Baden-Württemberg hinaus und kann durchaus als Blaupause verstanden werden, wie Innovation dezentral schnell und nutzbar umgesetzt werden kann.

Das Setzen auf einen (hoch)strukturierten Datenaustausch über standardisierte Formate samt öffentlich transparenter Kommentierungsverfahren, die Ausrichtung auf die ärztliche Nutzerexpertise sowie das Erreichen einer Umsetzungsakzeptanz seitens der PVS-Industrie hat der eAV einen deutlichen Vorteil verschafft. Gespannt beobachten die Partner der eAV die derzeitigen Entwicklungen in diesem Zusammenhang.

Vielleicht ergeben sich auf dieser Grundlage auch für weitere Akteure Gedankenansätze oder gar Alternativen anhand des Erfolgsbeispiels der eAV.



Autoren

Simon Beuerle

AOK Baden-Württemberg



Carmen Gaa

AOK Baden-Württemberg



Daniel Susenburger

AOK Baden-Württemberg



Lars Treinat

Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG



Dr. med. Thies Eggers

_fbeta GmbH



Hanna Pfenning

MEDIVERBUND AG



Horst Kakuschke

Kakuschke Informationstechnologie

Ergebnis der Vorstandswahlen vom Oktober 2020

Jedes Jahr im Oktober wird auf der Mitgliederversammlung (MGV) von HL7 Deutschland über den neuen Vorstand entschieden. Häufig ändert sich auch die Zusammensetzung des Vorstands. So auch auf der jüngsten MGV, die dieses Jahr wieder im Zusammenhang mit dem Deutschen Interoperabilitätstag Ende Oktober stattfand.



Christof Geßner (gematik GmbH) fungierte in den letzten zwölf Monaten als stellvertretender Vorsitzender, der so genannte Outgoing Chair. Er gehörte viele Jahre zuvor der Riege der Vorsitzenden an. Christof schied im Oktober als stellvertretender Vorsitzender aus, bleibt dem Vorstand an sich aber weiterhin erhalten: er ist seit September Leiter des technischen Komitees CDA und V3/XML.



Als neuer stellvertretender Vorsitzender, gleichzeitig der Incoming Chair, wurde von der Mitgliederversammlung **Mathias Aschhoff** (RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH) gewählt. Mathias ist schon seit einigen Jahren Schriftführer im Vorstand, mit seiner Wahl zum stellvertretenden Vorsitzenden verjüngt sich nun auch die Riege der Vorsitzenden.



Vorsitzende bleibt **Sylvia Thun** (Hochschule Niederrhein und Berliner Institut für Gesundheitsforschung), satzungsgemäß wird Mathias im nächsten Jahr automatisch zum Vorsitzenden für zwei Jahre, Sylvia dann stellvertretende Vorsitzende. Mit diesem bewährten Mechanismus wird eine große Kontinuität in der Führung der Vorstandsarbeit erreicht.



Kim Becker (Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V.), die Referentin für Öffentlichkeitsarbeit, wurde wiedergewählt und will ihre Arbeit zwei weitere Jahre gerne fortsetzen.



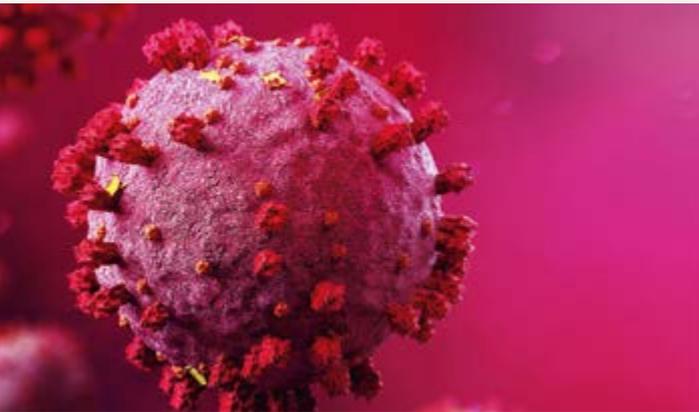
Auch zwei Beisitzer standen zur Wahl an. **Thomas Liebscher** (Philips GmbH Market DACH), seit zwei Jahren als Beisitzer im Vorstand, wurde wiedergewählt.



Neu im Vorstand als Beisitzer ist **Axel Biernat** (Cerner Health Services Deutschland GmbH).

Wir begrüßen alle Neuen im Vorstand und bedanken uns bei den scheidenden Mitgliedern für ihre jahrelange Mitwirkung.

Das Nationale Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin einigt sich auf einen standardisierten Datensatz für die COVID-19-Forschung



Um Forschungsdaten zu COVID-19 optimal nutzen zu können, ist es wichtig, diese Daten nach einheitlichen Formaten und Standards zu erheben. Das Nationale Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin im Kampf gegen COVID-19 (NFN) einigte sich daher auf den German Corona Consensus (GECCO) Datensatz, einen standardisierten Datensatz für die COVID-19-Forschung. In enger Zusammenarbeit mit einer multidisziplinären Expertengruppe wurde GECCO an der Core Unit „eHealth und Interoperabilität“ des Berlin Institute of Health (BIH) entwickelt und verwendet internationale Terminologien und IT-Standards für eine studienübergreifende, interoperable Datenverarbeitung. GECCO besteht aus einem Kerndatensatz von etwa 80 Datenelementen mit knapp 300 Antwortmöglichkeiten, mit denen unter anderem Daten zu Demographie, Symptomen, Risikofaktoren, Therapien oder Laborwerten von COVID-19-Patienten erfasst werden können. Terminologien, Nomenklaturen und Klassifikationssysteme – z. B. die ICD-10, LOINC, ATC und SNOMED CT – stellen sicher, dass Daten semantisch eindeutig interpretiert werden können. Für den syntaktisch interoperablen Datenaustausch verwendet GECCO den HL7-Standard Fast Healthcare Interoperability

Resources (FHIR). Der Datensatz und zugehörige FHIR-Profile sind auf den Plattformen ART-DECOR und Simplifier veröffentlicht (siehe Referenzen). Um die Interoperabilität zu verbessern und eine breite Akzeptanz des Datensatzes zu gewährleisten, arbeitet GECCO eng mit Standardisierungsorganisationen wie HL7 und Initiativen wie der Medizininformatik-Initiative (→ www.medizininformatik-initiative.de), NFDI4Health (→ www.nfdi4health.de) und den Corona Component Standards (→ cocos.team) zusammen. Derzeit ist die Entwicklung fachspezifischer Zusatzmodule für GECCO geplant, um die Anwendbarkeit des Datensatzes zu erweitern und auf diese Weise zu einer weiteren Harmonisierung von COVID-19-Studiendaten beizutragen.

Referenzen

J. Sass, A. Bartschke, M. Lehne, A. Essenwanger, E. Rinaldi, S. Rudolph, K. U. Heitmann, J. J. Vehreschild, C. von Kalle, S. Thun (2020). The German Corona Consensus Dataset (GECCO): A standardized dataset for COVID-19 research. medRxiv 2020.07.27.20162636; → <https://doi.org/10.1101/2020.07.27.20162636>
 → GECCO Dataset: <https://art-decor.org/art-decor/decor-datasets--covid19f->
 → GECCO FHIR-Profile: <https://simplifier.net/ForschungsnetzCovid-19>

Autorin



Prof. Dr. med. Sylvia Thun

Charité Visiting Professor und Direktorin der Core Unit „eHealth und Interoperabilität“, Berlin Institute of Health (BIH)
 Professorin für Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen, Hochschule Niederrhein

Interoperabilisiert euch! – Durch die Krise aus der Krise.

Unter diesem Leitsatz fand am 27. und 28. Oktober 2020 der fünfte Deutsche Interoperabilitätstag (DIT) erstmals als Onlineformat statt. So diskutierten am 27. Oktober namhafte Gäste aus Politik, Selbstverwaltung, Wissenschaft und Industrie zu aktuellen politischen Themen wie Interoperabilität, Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), digitale Leitlinien, PROMS und Terminologien. Weiter ging es mit dem Tag der Praxisanwendungen am 28. Oktober, an dem die Standardisierungsszene unter dem Motto „Community-a-thon“ ihr Können unter Beweis stellte. Mit insgesamt etwa 400 Teilnehmenden verzeichneten die Veranstalter Bundesverband Gesundheits-IT e.V., HL7 Deutschland e.V., IHE-Deutschland e.V., der Spitzenverband IT-Standards im Gesundheitswesen und das Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH einen großen Erfolg. Auch wird deutlich, dass sich das Thema Interoperabilität auf dem Vormarsch befindet.



Dr. med. Markus Leyck Dieken (gematik):
„gematik ist Koordinierer.“ (Bild: ZTG GmbH)

Digitalisierung in den Turbomodus bringen

„Wir wollen die Digitalisierung in Deutschland deutlich in den Turbomodus bringen. Es besteht der dringende Bedarf an übergreifendem, koordiniertem Vorgehen mit einer gemeinsamen Zielsetzung aller Expertinnen und Experten für Interoperabilität, nämlich die der nachhaltigen Standards, die sowohl in Deutschland als auch in Europa lange Bestand haben werden und die Nutzerfreundlichkeit im Fokus haben“, eröffnet

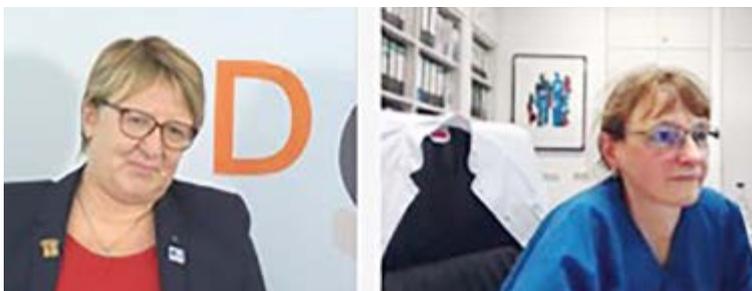


nete gematik-Geschäftsführer Dr. med. Markus Leyck Dieken den 5. DIT mit Blick auf Interoperabilität. Dabei sei auch wichtig, Insellösungen und redundante Systeme abzuschaffen, um ein wirtschaftlicheres Gesundheitssystem zu realisieren. In der daran anknüpfenden Diskussionsrunde betonte Dr. Falk Schubert vom Bundesministerium für Gesundheit, dass sowohl Kommunikation als auch Abstimmung zwischen allen Beteiligten wichtig seien. „Interoperabilität ist etwas Soziales“, ergänzte Dr. Kai Heitmann vom Health Innovation Hub (hih). Nicht einer solle alles allein entscheiden, sondern Stakeholder, Experten und andere involvierte Akteure die Entscheidung maßgeblich mitbegleiten. Dafür werde derzeit ein Strategiepapier erarbeitet, an dem öffentlich mitgewirkt werden kann, um hier ein Best-Practice zu erzielen.

Das Gesundheitswesen erlebt eine Zeitenwende

Heiß diskutiert ist auch das Thema der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Seit Anfang Oktober können Ärztinnen und Ärzte Apps auf Rezept verschreiben. Besonders jetzt während der Corona-Pandemie sei deutlich geworden, wie digitalaffin die deutsche Bevölkerung sei, so Prof. Jörg Debatin vom hih in seinem Impulsvortrag. Die Corona Warn App habe mittlerweile über 20 Mio. Downloads und über eine Mio. Testresultate dank der Mithilfe der App-User. Drei DiGA seien bisher gestartet.

Diese fokussierten darauf, den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Weitere sollen folgen. „Entscheidend bezüglich der Interoperabilität ist, dass die DiGA Teil einer gesamten Digitallandschaft sind, mit der elektronischen Patientenakte als Fundament. Die DiGA sollen mit der ePA kommunizieren können und Teil der medizinischen Dokumentation der Patientendaten werden“, schloss Prof. Debatin seinen Vortrag zum Einsatz der DiGA in der Gesundheitsversorgung. Dass DiGA eine große Chance für die Digitalisierung sind, darin waren sich die Teilnehmenden der anschließenden Diskussionsrunde einig. „Das Gesundheitswesen erlebt eine Zeitenwende“, sagte Inga Bergen von „Visionäre für Gesundheit“. Doch noch seien Handlungsfelder offen, beispielsweise in der Krankenhauslandschaft, so Dr. Anke Diehl vom Uniklinikum Essen. Die Technik müsste mit dem medizinischen Dienst vernetzt und der Kulturwandel in allen Bereichen der Versorgung umgesetzt werden. Interoperabilität bei DiGA werde verstärkt zum wichtigen Prüffaktor, bevor es zu einer Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis kommen kann, betonte Wiebke Löbker vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Dabei werde vor allem auf die Verwendung international anerkannter, offener Schnittstellen bzw. auch Semantikstandards sowie Transparenz der verwendeten Profile geachtet.



Eine gemeinsame Sprache finden

Bei der Gesundheitsversorgung stehen der Patient und die Patientin im Vordergrund. Wie also ist es um deren Rückmeldung zu persönlichem Befinden, Symptomen und Therapietreue im Rahmen digital unterstützter Behandlung bestellt? Und wie lässt sich die Kommunikation zwischen behandelndem Arzt und den Patienten optimieren? Mit Hilfe von Patient Related Outcomes (PROMs) kann das bestmögliche Resultat für den Patienten ermittelt werden. Prof. Dr. med. Claudia Spies von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) e.V., Charité – Universitätsmedizin Berlin, erläuterte Näheres zu den Einsatzgebieten von PROMs und zeigte, wie die gemessenen Qualitätsindikatoren den Behandlungserfolg nachhaltig mitgestalten können, auch bei Televisiten. Prof. Dr. med. Gernot Marx, FRCA, Direktor der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care an der Uniklinik RWTH Aachen und Mitglied im Präsidium der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), ergänzte: „Ich glaube, dass ganz wichtig ist, dass sich der Patient nicht nur als Datengeber empfindet, sondern einen fühlbaren Benefit bekommt“. Die Diskussionsrunde widmete sich daher der Schaffung standardisierter, technischer und semantischer Beschreibungen der Workflows und Parameter und die anvisierte Festlegung auf eine einheitliche Sprache mit SNOMED CT oder LOINC.

Eine gemeinsame Kodierungssprache muss her, wenn die Zukunft wirklich interoperabel sein soll. Anwärter auf diesen Posten ist die internationale medizinische Terminologie SNOMED CT. Ein Beispiel dafür, wie in der Schweiz SNOMED CT bereits erfolgreich in interopera-

blen Systemen im Bereich der Telemedizin zum Einsatz kommt, präsentierte Dr. Sang-Il Kim von der Abteilung Digitale Transformation beim Bundesamt für Gesundheit BAG in der Schweiz. Dabei konnte sich HL7 FHIR standardmäßig als Austauschformat für Daten durchsetzen. Die gesammelten Erfahrungen aus der Schweiz könnten somit als Vorbild für Deutschland dienen. Der 5. DIT schloss mit einer Diskussionsrunde zum künftigen Einsatz von SNOMED CT und mögliche Einsatzfelder. So böte sich SNOMED CT unter anderem für den elektronischen Impfpass oder für die Dokumentation von Allergien und allergieauslösende Substanzen an, sagte Heike Dewenter vom bvitg e.V. Geraten andere Terminologien künftig ins Aus? SNOMED CT hat zwar besondere Stärken für den Einsatz im klinischen Bereich, andere Terminologien werden jedoch nicht abgelöst, so Dr. Danny Ammon von der Medizininformatik-Initiative des Universitätsklinikums Jena. Beispielsweise sei LOINC besonders für den Laborbereich geeignet. Bereits jetzt gebe es Mappings zwischen den Terminologien, die auch in Zukunft parallel zueinander agieren können, schloss Ammon.

Ab in die Praxis

Nach dem Prinzip „Rein-FHIRen“ startete der zweite Tag zum Thema demografische Patientendaten. Zunächst erzeugten die Teilnehmenden Patienten-Ressourcen, die anschließend gegen verschiedene Patienten-Profile, z.B. der International Patient Summary (IPS) getestet wurden. So konnten die Teilnehmenden beispielsweise prüfen, ob ihre Implementierungen



Dr. Sang-Il Kim

konform zur FHIR-Spezifikation sind. Anschließend folgten parallel zwei Sessions: Während sich der eine Teil der Teilnehmenden mit dem Symptom-Monitoring bei Covid-19 und geeigneten FHIR-Profilen, z. B. zur Körpertemperatur auseinandersetzte, stand bei dem anderen Teil die Einwilligung von Patienten zur Nutzung ihrer medizinischen Daten für die klinische Forschung im Vordergrund. Dabei wurde die Umsetzung der Einwilligung mit ihren einzelnen Items als FHIR-Consent-Ressource durchgeführt und der Consent dem Patienten zugeordnet. Mögliche Umsetzungen der im FHIR Consent hinterlegten Zugriffsberechtigungen, z.B. über IHE Basic Patient Privacy Consent (BPPC) wurden hierbei untersucht.

Weitere Informationen sowie die Aufzeichnung des ersten Tags finden Sie unter

→ www.interop-tag.de



Rückblick Projektathon 2020 für das schweizerische Elektronische Patientendossier

Der vierte Projektathon zum Elektronischen Patientendossier (EPD) fand vom 21. bis zum 25. September 2020 im Eventforum Bern statt. Dank einem entsprechendem Schutzkonzept konnte der Projektathon physisch abgehalten werden.

Der diesjährige Slogan lautete „IHE on #FHIR“: Neue eMedikations- und mHealth-Spezifikationen wurden erstmals anhand neuer FHIR-Profile getestet. Ein zweites Ziel der Testveranstaltung war es, die Gruppentests weiter voranzutreiben, um sich auf die Markteinführung des EPD vorzubereiten.

Dieses Jahr nahmen 16 Firmen teil. Insgesamt wurden 172 Tests mit der Testumgebung (no peer), mit einem Testpartner (peer-to-peer) und in Gruppen (use cases) durchgeführt. Die Übermittlung von strukturierten eMedikations-Dokumenten war ein zentraler Schwerpunkt der Testwoche.

Neben der Vorbereitungsunterstützung für Anbieter zielte der Projektathon auf folgende weitere Punkte ab:

- Identifizieren von potenziellen Problemen in den Testwerkzeugen und den Testplänen,
- Identifizieren von potenziellen Problemen in den grundlegenden Spezifikationen,
- Stärkung der Umsetzungsrichtlinien (wie IHE) und Standards (wie HL7) im Gesundheitssektor,
- Kommunikation zum EPD über On- und Offline-Medien (z. B. soziale Medien und Öffentlichkeit, Führungen).

Der 5. EPD Projektathon ist auch schon geplant: 20.–24. September 2021 in Bern.

Autoren



Adrian Schmid
eHealth Suisse



Jürg Bleuer
HL7 Benutzergruppe Schweiz



Liste der Förderer, korporativen Mitglieder und Ehrenmitglieder HL7 Deutschland

Förderer

- Agfa HealthCare GmbH
- Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V.
- Doctolib GmbH
- Health-Comm GmbH
- Klinisches Krebsregister Niedersachsen
- Wort & Bild Verlag
Konradshöhe GmbH & Co.KG
- x-tention Informationstechnologie GmbH

Korporative Mitglieder

- Aachener Medizin Systemberatung
AMS GmbH
- Abbott GmbH
- ACD Elektronik GmbH
- ADVANOVA GmbH
- ANregiomed
- apenio GmbH & Co. KG
- Asklepios Kliniken Hamburg GmbH
- astraia software gmbh
- Avaya GmbH & Co KG
- AVOXA-Mediengruppe Deustcher
Apotheker GmbH (ABDATA)
- AYCAN Digitalsystem GmbH
- BARMER
- BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH
- BG-Kliniken Bergmannsheil
- Bluepoint Medical GmbH & Co.KG
- Carestream Health Deutschland GmbH
- Carl Zeiss Meditec AG
- Cerner Deutschland GmbH
- CGM Clinical Deutschland GmbH
- Charité - Universitätsmedizin Berlin
- CHILI GmbH
- Cibait AG
- CiBS Gesellschaft für Technische
Dokumentation und Archivierung mbH
- COD Project GmbH
- CompuGroup Medical Deutschland AG
- Computer konkret AG
- Consulting & Coaching
- Conworx Technology GmbH
- COPRA System GmbH
- CORTEX Software GmbH
- cusanus trägergesellschaft trier mbH
- custo med GmbH
- DATAPEC GmbH
- dc-systeme Informatik GmbH
- Deutsches Herzzentrum Berlin
- DIAKOVERE gGmbH
- DIMDI
- Dion Global Solutions GmbH

- DMI GmbH & Co KG
- DocMorris N. V.
- DoctorBox GmbH
- Dorner GmbH & Co KG
- Dr. Christof Gessner
- Drägerwerk AG & Co KGaA
- DRK Kinderklinik Siegen gGmbH
- Dt. Krankenhausgesellschaft e. V.
- Dt. Rentenversicherung Nordbayern
- DURIA eG
- DYNAMED GmbH
- easy-soft GmbH Dresden
- eHealth-Tec GmbH
- eHealth.Business GmbH
- EKF diagnostik GmbH
- emineo AG
- ERGO-FIT GmbH & Co KG
- European Campus Rottal-Inn der
Technischen Hochschule Deggendorf
(THD-ECRI)
- Evang. Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
- Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH
- FAC'T IT GmbH
- fBeta GmbH
- Fleischhacker GmbH & Co KG
- Forschungskolleg der Universität Siegen
- Fraunhofer FOKUS
- Fraunhofer ISST
- Fresenius Netcare GmbH
- GE Healthcare Information
Technology GmbH & Co.KG
- Gefyra GmbH
- gematik GmbH
- Geratherm Respiratory GmbH
- getemed AG
- Getinge IT Solutions GmbH
- gevko GmbH
- Gronau IT Cloud Computing GmbH
- GSG Consulting GmbH
- Haux-Life-Support GmbH
- HÄVG
- Healthcare X.0 GmbH
- Helios Kliniken GmbH
- Hochschule Niederrhein
- i-SOLUTIONS Health GmbH
- ifasystems AG
- IMAGIC Bildverarbeitung AG
- IMESO-IT GmbH
- INDAMED GmbH
- INFORM GmbH
- Ing.-Büro Joachim Nüß
- InnKlinikum Altötting und Mühldorf
- InterComponentWare AG
- InterSystems GmbH
- INVITEC GmbH & Co KG

- ISG Intermed Service GmbH & Co KG
- IT-Choice Software AG
- itech Laborlösungen GmbH
- ITZ Medicom GmbH
- ixmid Software Technologie GmbH
- J&P Medical Research Ltd.
- Johanniter Competence Center GmbH
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdÖR
- Klinik Dr. Hancken GmbH
- Klinikum Augsburg
- Klinikum der Uni Regensburg
- Klinikum Ingolstadt
- Klinikum Nürnberg
- Klinikum Offenbach GmbH
- Klinikum Oldenburg AÖR
- Klinikum rechts der Isar
- Klinikum St. Marien
- Klinikum Stuttgart
- Klinikverbund Südwest gGmbH –
Kliniken Sindelfingen
- knowledgepark GmbH
- KompAS IT-Service GmbH
- Krankenhaus Itzehoe
- Krebsregister Rheinland-Pfalz gGmbH
- LabKom
Biochemische Dienstleistungen GmbH
- Labor Berlin
- Labor Dr. Wisplinghoff
- Leopoldina-Krankenhaus GmbH
- Limbach Gruppe SE
- LIMETEC Biotechnologies GmbH
- LMU München, Medizinische Fakultät
- Löwenstein Medical GmbH & Co KG
- Magrathea Informatik GmbH
- Malteser Deutschland gGmbH
- MARIS Healthcare GmbH
- Martin-Luther-Universität
- März Internetwork Services GmbH
- MDK Rheinland-Pfalz
- Med. Medien Informations GmbH
- MEDAT GmbH
- medatiXX GmbH & Co KG
- medavis GmbH
- Mediaform Informationssysteme GmbH
- MedicalCommunications GmbH
- mediDok Software-Entwicklungs-GmbH
- medisite Systemhaus GmbH
- MediTec GmbH
- Medizinische Hochschule Hannover
- MEDLINQ Softwaresysteme GmbH
- medVISION AG
- medzapp GmbH
- Meierhofer AG
- MESO GbR
- Meta IT GmbH
- metek Medizin Technik Komponenten GmbH
- MEYTEC GmbH Informationssysteme
- MIPS Deutschland GmbH & Co KG
- MOLIT Institut gGmbH
- NEXUS AG
- NUVIA Instruments GmbH
- OFFIS e. V.
- Olympus Winter & Ibe GmbH
- OPTIMAL SYSTEMS
Vertriebsgesellschaft mbH Berlin
- OSM AG
- PENTA Services GmbH & Co KG
- Philips GmbH Market DACH
- Qiagen Lake Constance GmbH
- QIT Systeme GmbH & Co. KG
- Rechenzentrum Volmarstein GmbH
- Redline Data GmbH
- Rhön-Klinikum AG
- Ringholm bv
- RpDOC Solutions GmbH
- S+T Software Technic GmbH
- SAP AG
- Sarstedt AG & Co. KG
- SBMC Solutions GmbH
- Schön Klinik
- Schwarzer Cardiotek GmbH
- seca GmbH & Co KG
- Sectra Medical System GmbH
- SER HealthCare Solutions GmbH
- Siemens Healthcare GmbH
- SMATOS UG & Co KG
- soffico GmbH
- softgate GmbH
- Sonic Healthcare Germany
- Sorin Group Deutschland GmbH
- SQL Projekt AG
- St.-Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH
- Städt. Klinikum Karlsruhe
- Städt. Klinikum München
- Städtisches Klinikum Braunschweig
- SWISLAB DITS GmbH
- SYNIOS Document & Workflow
Management GmbH
- SysTek GmbH
- T-Systems International GmbH
- TDA-HR-Software-Entwicklungs GmbH
- Thieme Compliance GmbH
- TMF e. V.
- Trion Visual Concepts GmbH
- Uniklinikum Gießen und Marburg GmbH – GB IT
- Universitätsklinikum Dresden
- Universitätsklinikum Düsseldorf
- Universitätsklinikum Erlangen
- Universitätsklinikum Essen
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Universitätsklinikum Heidelberg
- Universitätsklinikum Köln
- Universitätsklinikum Münster
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- Universitätsklinikum Würzburg
- Universitätsmedizin Göttingen
- VISUS Health IT GmbH
- vitagroup corporate service GmbH
- VITEC GmbH
- Vivantes Netzwerk für die Gesundheit GmbH
- Vyaire Medical GmbH
- X3.Net GmbH
- Zimmer MedizinSysteme GmbH
- ZTG GmbH

Ehrenmitglieder

- Blobel, Bernd, Prof. Dr.
- Mollerus, Bernd, Dr.

Das Interoperabilitäts- forum

*Seit 2009. Forum und Community für
Standardisierung von IT im Gesundheitswesen.*

interoperabilitaetsforum.de

HL7
Deutschland 

HL7[®] 
Affiliate | Switzerland

HL7
AUSTRIA

**Wollen Sie Mitglied in der HL7-Benutzergruppe
Deutschland, Österreich oder Schweiz werden?**

Informationen finden Sie im Internet unter
www.hl7.de, www.hl7.at, www.hl7.ch