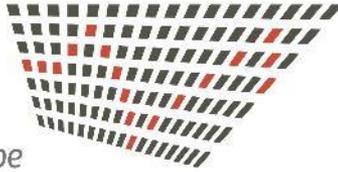


eHEALTH
SUMMIT
AUSTRIA

 HIMSS Europe



In Kooperation mit



23. – 24. MAI 2017

Schloß Schönbrunn, Wien
Apothekertrakt und Orangerie

Patient Summary & Co – Pläne für die Weiterentwicklung der Dokumente in ELGA

Dr. Stefan Sabutsch, Leiter Standards & Usability, ELGA GmbH

 @HL7Austria

Präsentiert von



UNIT

ELGA-DOKUMENTE / CDA IMPLEMENTIERUNGSLEITFÄDEN

- **Bereits umgesetzt**

– Ärztlicher Entlassungsbrief	über ELGA verfügbar (Stand 5/2017)
– Pflege-Entlassungsbrief	1.0 Millionen
– Laborbefund	0.4 Millionen
– Radiologiebefund	3.1 Millionen (>90% LOINC-codiert)
– eMedikation (4 Typen)	1.4 Millionen
– Pflegesituationsbericht	
- **Außerhalb von ELGA**
 - Meldepflichtige Krankheiten - EMS Labormeldung
 - Meldepflichtige Krankheiten - EMS Arztmeldung

ELGA: STANDARDISIERUNG MEDIZINISCHER DOKUMENTATION

- ELGA setzt Mindeststandards für Dokumentenstruktur
 - CDA als Dokumentenstandard
 - Einheitliche Metadaten (Dokumentenklassifizierung, Schlagworte, Fachrichtung, ...)
 - Einheitliche Dokumentenstruktur (Gliederung, Reihenfolge)
 - ELGA Interoperabilitätslevels (EIS) ermöglichen eine schrittweise Verbesserung
 - Ab 1.1.2018 ist *EIS Full Support* vorgeschrieben (ELGA-G; ELGA-VO 2015)
Einheitliche Codierung von:
 - Diagnosen, Vitalparameter
 - Medikation
 - Laborparameter (Analysen, Einheiten)
 - Radiologie: Modalität, Anatomie, Lateralität, Prozedur (APPC)

EIS ENTSPRECHEN NICHT DEN CDA-LEVELS!

<p>ELGA Interoperabilitätsstufen</p> <p>„BASIC“ und</p> <p>„STRUCTURED“</p>	<p>Einheitlicher CDA-Header. Verwendung der Dokumente in ELGA (Aufnahme in Dokumentregister, Anzeige für Berechtigte). Minimale Anforderungen an erstellende Systeme („eingebettetes PDF“ oder XML ohne Templates)</p> <p>EIS „Structured“ erfüllt die fachlich-inhaltlichen, aber nicht die technischen Vorgaben für den Aufbau und die Gliederung des Dokuments aus den speziellen Leitfäden.</p>	<p>Seit 2015</p> <p>(nur EIS Structured)</p>
<p>EIS</p> <p>„ENHANCED“</p>	<p>Einheitliche Dokumentation (Strukturierung, Gliederung), barrierefreie Darstellung. Minimale Anforderungen an Level-3 Codierung, gemäß den speziellen Leitfäden. (Maschinenlesbarkeit für einige Elemente möglich)</p>	<p>Seit 2017</p>
<p>EIS „FULL SUPPORT“</p>	<p>Maschinenlesbare Inhalte wo vorgesehen, automatische Übernahme der Daten in ein medizinisches Informationssystem möglich.</p> <p>Volle Unterstützung der Level 3-Codierung, gemäß den speziellen Leitfäden.</p>	<p>Ab 2018</p>

- Bestehende Dokumente werden nicht in höhere EIS überführt

HIERARCHIE DER IMPLEMENTIERUNGSLEITFÄDEN

- Allgemeiner Implementierungsleitfaden

- CDA Header, „ELGA Spielregeln“
- Eigenständige Spezifikation
- Wiederverwendbare Templates
- Grundlage für alle Dokumente



- Spezielle Implementierungsleitfäden

- Entlassungsbrief Ärztlich, Entlassungsbrief Pflege, Pflegesituationsbericht, Laborbefund (incl Mikrobiologie), Befund bildgebende Diagnostik („Radiologiebefund“), e-Medikation

GEPLANTE ÄNDERUNGEN BESTEHENDER LEITFÄDEN (HAUPT-VERSION 2.07)

- Geplante Änderungen und Korrekturen werden im „Erratum“ veröffentlicht:
www.elga.gv.at/CDA
- „Ballot“ - Technisches Abstimmungsverfahren HL7 Austria im Herbst 2017
- Verordnung durch das BMGF, gültig frühestens ER2018
- Einige Änderungen:
 - Klare Kennzeichnung der Leitfadenversion im Dokument
 - Vereinfachter Umgang mit DisplayNames von Codes
 - Codierung von Allergien im Entlassungsbrief (optional)
 - Codierung von Blutgruppen im Laborbefund (optional)
 - Mikrobiologiebefund (Laborbefund): Codierung von Keimen/Erregern, Keimwachstum, Antibiotika, Antibiotika-Resistenzen

LEITFÄDEN ALS WIKI MIT ART-DECOR

- Ziele:
 - Einfache Zugänglichkeit über Internet
 - Vereinfachung der Erstellung und Publikation
 - Streamlining der Spezifikation
 - Verringerung der technischen Spezifikationsfehler (modellbasiertes Tool)
 - Verknüpfte und kontextabhängige Informationen (Springen zwischen den Templates)
 - Ein PDF kann aus dem Wiki erstellt werden
- Proof-of-Concept:
Leitfaden Patient-Summary
- Sukzessive Umstellung der bestehenden Leitfäden

GEPLANTE NEUE IMPLEMENTIERUNGSLEITFÄDEN

- In Arbeit:
 - Patient Summary (Ballot 2017)
- In Vorbereitung
 - „Outpatient Report“ – für Ambulanzen und niedergel. Ärzte (Wenn möglich Ballot 2017)
 - Pathologie-Befund (in Arbeit, derzeit keine Aktivität)
- Offen
 - Patientenverfügung (in Planung)
 - elmpfpass (offen)

Außerhalb von ELGA

- Krebsstatistik-Meldung

DEFINITION PATIENT SUMMARY

- Zusammenfassung grundlegender medizinischer Daten zu einem Patienten
 - Es soll Angehörigen von Gesundheitsberufen im Rahmen der geplanten medizinischen Versorgung (z.B. im Fall von intersektoral übergreifender Betreuung), aber auch bei ungeplanten Behandlungen (Unfall, Notfall) einen schnellen Überblick über die wesentlichen Informationen zu einem Patienten ermöglichen.
 - Typische Daten eines Patient Summary sind allgemeine Informationen über den Patienten (z.B. Name, Geburtsdatum, Geschlecht), eine Zusammenfassung der für die weitere medizinische Behandlung wesentlichen Erkenntnisse und Inhalte aus den Krankenakten des Patienten (z.B. Allergien, aktuelle medizinische Probleme, medizinische Implantate, größere chirurgische Eingriffe) sowie die aktuelle Medikation.
 - Auch: **Notfalldatensatz**, notwendige Informationen im Notfall
 - **Erstellung**: Automationsunterstützt, ggf. ärztlich editiert/vidiert.

PATIENT SUMMARY

- AG Patient Summary
 - 60 aktive Teilnehmer
- Zeitplan
 - Draft Standard im Herbst 2017
- Ziele
 - CDA Leitfaden für ein hochgradig codiertes / maschinenlesbares Patient Summary
 - Verwendbar im europ. Kontext (eHDSI, eHealthNetwork)
 - HL7 IPS und CEN kompatibel
 - Nicht Ziel: Umsetzung
- Neue Herausforderungen
 - Neue Codierungen + SNOMED CT
- **Geplante Inhalte**
 - Allergien & Intoleranzen
 - Gesundheitsprobleme & Risiken (Diagnosen)
 - Medikation
 - Medizinische Geräte und Implantate
 - Impfungen
 - Durchgeführte Eingriffe und Therapien
 - Autonomie & Invalidität
 - Diagnostische Resultate (Blutgruppen, Laborwerte, Vitalparameter...)
 - Patientenverfügungen
 - “Sozialanamnese”

OUTPATIENT REPORT

- **Ziel**
 - Generische Abbildung von Befunden im ambulanten Bereich
 - Baukasten für verschiedene Fachrichtungen und Anwendungen
 - Spezialisierbar für fachspezifische Dokumentation
 - Inhalte kompatibel zum Patient Summary
- **Grundlagen**
 - Bereits definierte Bausteine werden wiederverwendet
 - Struktur vorgeschlagen im HL7 CDA ILF Augenbefund
 - Überarbeitet mit Erkenntnissen aus Patient Summary und „Arztbrief Plus“ (HL7 Deutschland)
- **AG startet demnächst!**
 - Interessenten an cda@elga.gv.at