

eEPA Düren



Der eArztbrief in der intersektoralen
Kommunikation

Am Beispiel eEPA Düren

HELI

eEPA Düren - Zielsetzung

- Projekt
 - Entwicklung und Betrieb einer einrichtungsübergreifenden elektronischen **Fallakte** (eEPA)
 - Vertrag zur integrierten Versorgung
 - Für alle Patienten, die einen DAGIV-Arzt konsultieren und dazu bereit sind, können Daten in der eEPA angelegt werden
 - Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises (HBA) als Signaturwerkzeug
- Start
14. Juli 2010
- Partner
KVNO, KV Nordrhein Consult, Duria eG, DGN, Krankenhaus Düren, Fresenius Netcare GmbH, Tieto Deutschland GmbH



eEPA Düren - Reichweite



Am Projekt beteiligt

- ca. 180 von 200 Arztpraxen
- 3 Krankenhäuser

Testregion umfasst

- etwa 250.000 Einwohner

Beispielszenario des eArztbriefes

Das Dokument enthält die Informationen des Patienten, die für die Behandlung notwendig sind. Es ist ein Dokument, das zwischen dem Arzt und dem Patienten ausgetauscht wird. Es ist ein Dokument, das zwischen dem Arzt und dem Patienten ausgetauscht wird. Es ist ein Dokument, das zwischen dem Arzt und dem Patienten ausgetauscht wird.



VHITG Initiative
Intersektorale Kommunikation
Verband der Hersteller von IT-Lösungen
für das Gesundheitswesen e.V.



ARZTBRIEF

**AUF BASIS DER
HL7 CLINICAL DOCUMENT
ARCHITECTURE
RELEASE 2**

**FÜR DAS DEUTSCHE
GESUNDHEITSWESEN**

– Implementierungsleitfaden –

Version 1.50
Stand: 12.05.2006



Projektphasen der Intersektoralen Kommunikation

Analysephase

- I. Einigen auf den fachlichen Inhalt
Welche Daten sollen ausgetauscht werden
- II. Evaluieren der Standards
Wo und welche Standards existieren (CDA, HL7, ICD, ICD-10, ICD-9, ICD-8, ICD-7, ICD-6, ICD-5, ICD-4, ICD-3, ICD-2, ICD-1, ICD-0)



Designphase

- I. Entwurf der Grobarchitektur

Implementierungsphase

- I. Adaptieren der fachlichen Inhalte
Welche Daten sollen ausgetauscht werden
gewählten Format (eArztbrief, Diagnosekodierung)
→ Implementierungsleitfaden
- II. Integration der Schnittstelle in die bestehende IT-Landschaft

Inhaltsverzeichnis

- 2 -

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	5
Änderungshistorie.....	6
Zweck dieses Dokumentes.....	7
CDA –Allgemeiner Aufbau.....	8
2.5.1 CDA-Struktur.....	8
2.5.2 CDA- Wurzelement.....	10
2.5.3 CDA-Header.....	10
2.5.4 CDA-Body.....	11
CDA - Implementierung.....	13
3.1 Allgemeines zur Implementierung.....	13
Zeichencodierung des CDA.....	13
Required.....	13
Legende der Optionalitäten.....	14
Textinhalte.....	14
Zahlenwerte.....	14
Statuscode.....	14
Instance Identifier (II).....	14
Einfaches Zeitelement TS.....	15
Intervall-Zeitelement IVL_TS.....	16
Zeitzonenbehandlung.....	16
Elemente der Personen – Klasse.....	16
Namen - Elemente von Personen.....	17
Adress-Elemente von Personen und Organisationen.....	18
Telecom – Format Konventionen für Telekom-Daten.....	19
funktionCode.....	20
3.2 Implementierung des Header (Dokumenten - Metadaten).....	22

	Hausnr	addr:houseNumber
	Patienten-ID Krankenhaus	Patient: <providerOrganization>/id
	Fallnummer	id
	Beruf	
Aufenthalt	Entlassende Fachabteilung	location/healthCareFacility/serviceProviderOrganization
	Ambulant	EncompassingEncounter.code
	Stationär	EncompassingEncounter.code
	Virtuell	EncompassingEncounter.code
	Aufnahmedatum	effectiveTime / low value
	Entlassdatum	effectiveTime / high value
	Entlassart	
Versicherungsdaten	Kassenart (=Art der Versicherung s.u.?)	
	Kassenname	UnderwriterOrganizationName bzw UnderwriterId
	KassenIK	UnderwriterId
	Zusatzversicherung (=Versicherungsumfang?)	CoveredService/code
	Versichertennummer	CoveredParty/id (5)
	Versichertenart im Rahmen der Versicherung	CoveredParty/code (5)
		CoveredParty/code (5)
		CoveredParty/code (5)
	Adresse des Versicherten	CoveredParty/addr (5)
	Versicherungsnummer	PolicyOrProgramm/id (5)
	Art der Versicherung	PolicyOrProgramm/code (5)
		PolicyOrProgramm/code (5)
		PolicyOrProgramm/code (5)
	Befreiungsvermerk (=Begrenzungswert?)	CoveredService/FinancialLimitation
	Zuzahlungsvermerk	CoveredService/code==CoveredServiceTy



Ergebnisse

- Implementierungsleitfaden für die breite Öffentlichkeit zugänglich machen
 - Ein Standard ist immer so gut wie seine Verbreitung
- Level2 für die intersektorale Kommunikation erst einmal ausreichend
- Anleihen im VHitG-Arztbrief V1.5 schwierig
 - Bestimmte Informationen die fast immer benötigt werden (z.B. „Einweisender Arzt“) finden sich nicht im VHitG-Arztbrief
 - Implementierungsleitfaden muss konkreter sein als der VhitG Arztbrief V1.50
- Standardisierungsgremien in Deutschland müssen mutigere Entscheidungen treffen, das dient auch zum Vereinheitlichen der Projekte
 - Festes ValueSet der LOINC-Codes für den Body (abhängig vom Kontext)
- ELGA-Ansatz dienlich
 - Klare Vorgaben bei den Headerdaten
 - Definieren einzelner Templates (z.B. Diagnoseleitfaden)

Weiteres Vorgehen

→ Quintessenz: Es muss im Bereich CDA etwas in DE getan werden

Einfacher Einstieg in CDA und damit eine Verbreitung von CDA. Der Einstieg in CDA muss mit einem Dokument möglich sein, welches 90 Prozent der Fälle abdeckt und sich sukzessive erweitern lässt

- Entlassbrief (eArztbrief) → eArztbrief 2.0 bzw. Implementierungsleitfaden
- Überweisung
- Dadurch fallen die ersten Projektphasen weg und eine Implementierung solcher Projekte wird für die Hersteller attraktiver

Weiteres Vorgehen

- Erarbeiten der Deltas zum ELGA CDA Implementierungsleitfaden (11.10.2011 offiziell verabschiedet)
- Veröffentlichen des Implementierungsleitfadens auf der HL7-Seite als Initialzündung für einen eArztbrief 2.0

Struktur eArztbrief

Sektionen

Anamnese

Jetzige Anamnese

Hier wird die jetzige Anamnese in Textform beschrieben

Bisherige Krankheiten

Hier werden die bisherigen Krankheiten in Textform beschrieben

Sozial-Anamnese

Hier wird die Sozial-Anamnese in Textform beschrieben

Befunde

Allgemeine Befunde

Abdomen: weich, Peristaltik: +++Muskulatur: atrophisch Mundhöhle: Soor, Haarleukoplakie

Laborbefunde

Laborwerte

Test	Beschreibung	Wert	Einheit	Normbereich
HB	Hämoglobin	„12.6“	g/dl	14-18
HB	Hämoglobin	„12.6“	g/dl	14-18

Medikation

Jetzige Medikation

Hier wird die jetzige Medikation in Textform beschrieben

Vormedikation

Hier wird die Vormedikation in Textform beschrieben

Diagnosen

Codierte Diagnosen

Datum der Feststellung	Diagnosentyp	Diagnosecode	Diagnose in Textform	Sicherheit	Lokalisation
25.03.11	Aufnahmediagnose	A25.1	Allergisches Asthma mit leichter Tendenz zur Besserung	Gesichert	links

Diagnosen in Freitext

Hier werden die Diagnosen in Freitext beschrieben

Pflege (Sozialrechtliche Informationen)

Bestellung eines gesetzlichen Betreuers

Bereiche der Betreuung in Textform beschrieben

Pflegestufe

im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI) in Textform beschrieben

Patientenverfügungen

Vollmachten etc. in Textform beschrieben

Cave

Medikationsallergien

Medikationsallergien in Textform beschrieben. Z.B. "Patient xy ist gegen folgende Medikamente allergisch"

Allergien

Allgemeine Allergien in Textform beschrieben

Prozeduren

Prozeduren

Prozeduren in Textform beschrieben

Epikrise

Epikrise

Epikrise in Textform beschrieben

Anhänge

Bilder



Von der Vorlage zum eArztbrief

Erzeugung des eArztbriefes
aus dem iMedOne-Editor

Die bisherigen Entlassbriefe können mit
geringem Aufwand in die neue Struktur
überführt werden

ADRESSATARZT: Anrede
ADRESSATARZT: BezeichnungArzt
ADRESSATARZT: Strasse
ADRESSATARZT: Plz ADRESSATARZT: Ort

ADRESSATARZT: Nachrichtlich

ALLGEMEINES: SchreibDatum ABSENDERARZT:
HandZeichen/ALLGEMEINES: KuerzelSP

PATIENT: TitelPATIENT: NamensZusatzPATIENT: NamensVorsatz
Vorname, * Patient: GeburtsDatum, Patient: Strasse, Patient: Plz P
Fall: FALL: FallNr

ADRESSATARZT: Briefanrede.

wir berichten über ALLGEMEINES: PatientAnrede5, ALLGEMEINES
ALLGEMEINES: Aufnahme bis zum ALLGEMEINES: Entlassung in un:
Behandlung befand.

Diagnosen:
DIAGNOSEKURZ: Diagnose

Maßnahmen:
VERFAHRENKURZ: Verfahren

MTRADIO: MedTextDok
MTENDO: MedTextDok
MTSono: MedTextDok
MTUNTER: MedTextDok

~Tabelle: (UDLABORGRUP)

Epikrise:

Medikamentöser Therapievorschlag:

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. K.

Chefarzt

#Textbaustein: Visor ohne
TitelVISORARZT: KurzName
VISORARZT: Name

VISORARZT: Position

#Textbaustein: Arzt ohne
TitelABSENDERARZT:
KurzName ABSENDERARZT:
Name
ABSENDERARZT: Position

Diagnosen
Maßnahmen
Befunde
Labor

Diagnosen:
DIAGNOSEKURZ: Diagnose

Maßnahmen:
VERFAHRENKURZ: Verfahren

MTRADIO: MedTextDok
MTENDO: MedTextDok
MTSono: MedTextDok
MTUNTER: MedTextDok

~Tabelle: (UDLABORGRUP)

Quellen

- [\[1\] Leitfaden-VHitG-Arztbrief-v150.pdf](#)
- [\[2\] Leitfaden_ELGA_CDA_Dokumente_1.00.pdf](#)
- [\[3\] Diagnoseleitfaden-v1.1.pdf](#)
- [\[4\] Addendum-Lab-v100.pdf](#)

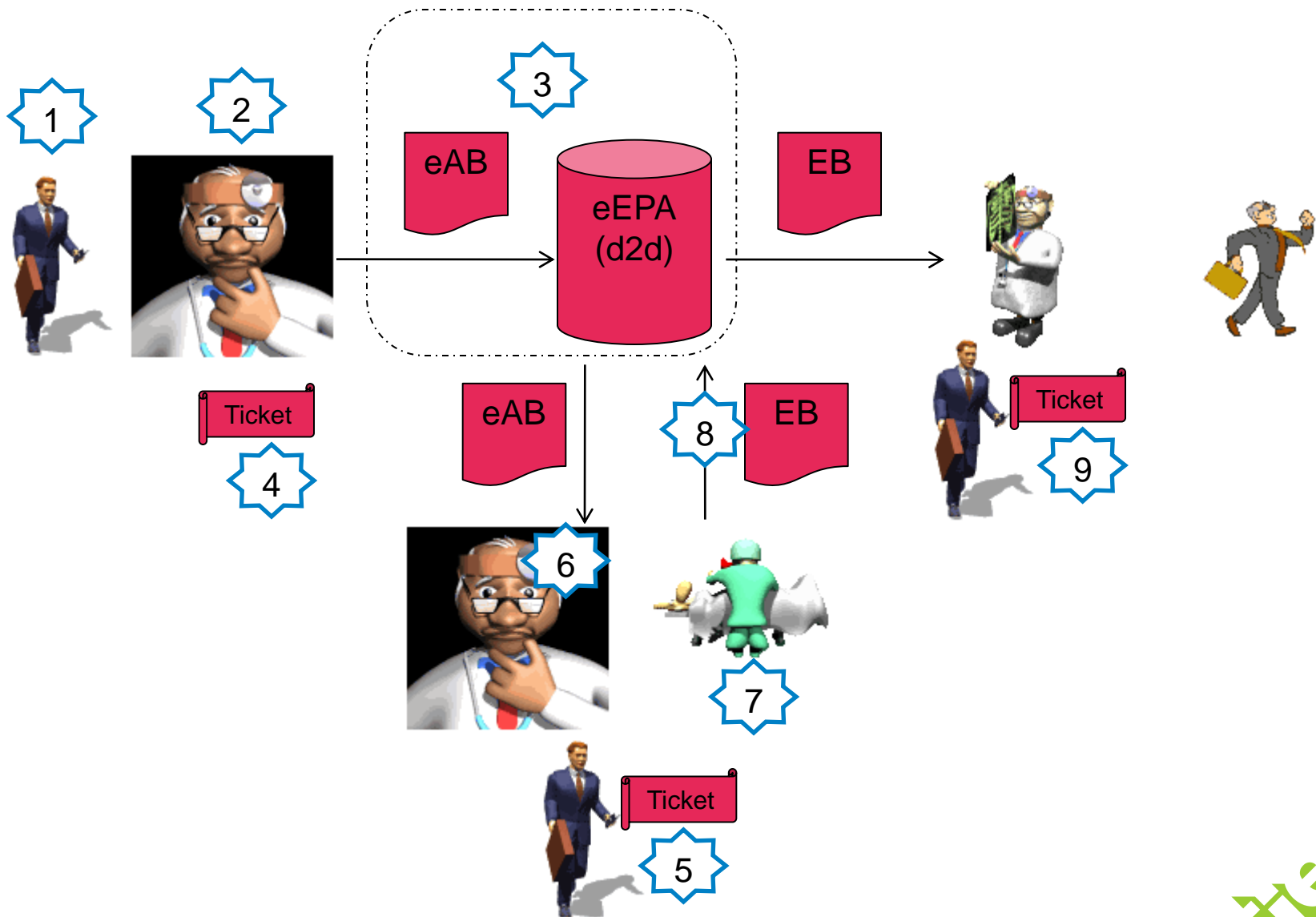


**Knowledge.
Passion.
Results.**

Daniel Hellmuth
System Business Analyst
Tieto, Business unit Medicine & Care
daniel.hellmuth@tieto.com



Beispielszenario des eArztbriefes



Beispielszenario des eArztbriefes

- 1) Patient erscheint bei niedergelassenem Arzt , weil er den Tag zuvor die Treppe heruntergefallen ist
- 2) Arzt untersucht den Patienten und überweist den Patienten zur weiteren Behandlung zum Radiologen (KH)
- 3) Mit dem Einverständnis des Patienten legt der Arzt eine eEPA an und speichert dort den eArztbrief
- 4) Gleichzeitig erstellt der Arzt ein personalisiertes Ticket (Papierformat + Barcode) für den Patienten und dessen Akte
- 5) Der Patient geht in das KH seiner Wahl und übergibt bei der Aufnahme das Ticket
- 6) Über das Ticket erhält der behandelnde Arzt Zugriff auf die eEPA
- 7) Der Patient wird im KH behandelt
- 8) Bei der Entlassung aus dem KH wird ein Entlassbrief erstellt und in der eEPA gespeichert
- 9) Der Patient erscheint zur Nachuntersuchung beim niedergelassenen Arzt und übergibt diesem das Ticket, damit der Arzt Zugriff auf den Entlassbrief hat (KH)

