



## Übertragbarkeit

### Zielgruppe

Für wen ist das Projekt zur  
Nachnutzung interessant?

Durch den standardisierten technischen Ansatz ist die Lösung in andere Regionen, landes- und bundesweit, übertragbar. Der besondere Innovationswert besteht nicht nur in der praxistauglichen Anwendung modernster Informationstechnologie-Standards, wie zum Beispiel IHE, sondern darin, dass alle maßgeblichen Gesundheitsdienstleister einer Region in die zu schaffende digitale Infrastruktur integriert sind, denn damit wird die Arbeitsteilung zwischen den stationären und ambulanten Leistungserbringern entlang der Wertschöpfungskette verbessert und die Basis für eine deutlich effizientere, regional zentrierte Gesundheitsversorgung geschaffen. Zudem wird während des Projektverlaufes im Rahmen des Innovationsmanagements die Erweiterung des Use Case Portfolios geprüft, um die Einbindung neuer Partner nach Ende des Projektes, wie zum Beispiel Rettungsdienste, zu unterstützen.

Die Nachnutzung der Projektergebnisse ist demzufolge besonders interessant für:

- Krankenhäuser
- Arztpraxen oder Praxisnetzwerke/Praxisverbund
- Reha-Einrichtungen
- Rettungsdienste
- Apotheken



Wer profitiert aus Sicht des Projektbüros am meisten von diesem Projekt? (*Bürger:innen, Behörde, Institutionen wie Schulen etc., Wirtschaft, weitere Akteure*)

Die Digitale Gesundheitsplattform OWL wird zuerst im Kreis und in der Stadt Paderborn aufgebaut. Somit profitieren im ersten Schritt über 300.000 Bürgerinnen und Bürger von dem Projekt. Die am Projekt beteiligten Partner behandeln aktuell jährlich über 80.000 Patienten stationär und über 200.000 Patienten ambulant. Durch direkte Unterstützung der Arbeitsteilung zwischen den Akteuren in der ambulanten und stationären Versorgung und die massive Verbesserung der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern wird die medizinische Versorgung in der Stadt und im ländlichen Raum des Kreises Paderborn verbessert und die digitale Transformation (e-Health) forciert. Mitarbeitende der Einrichtungen profitieren außerdem von Zeiteinsparungen durch einen schnellen und sicheren Datenaustausch.

Von den Projektergebnissen profitieren insbesondere:

- Bürger:innen
- Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha-Einrichtungen, Rettungsdienste und weitere Gesundheitsakteure für die eine Implementierung der Plattform infrage kommt (Digitalisierungsschub)
- Mitarbeitende der Gesundheitsakteure (schnellere Abläufe durch digitale Prozesse)



## Praktische Übertragbarkeit



Welche Konzepte sind  
nachnutzbar?

Herzstück der Digitalen Gesundheitsplattform ist ein zentraler Patienten- und Dokumenten-Index, welcher Meta-Informationen speichert und bereitstellt. Die Dokumente und Informationen selbst verbleiben dezentral bei ihren Erzeugern, in diesem Fall bei den Krankenhäusern und Praxen (bzw. dem Praxisnetz). Für das Praxisnetz trifft das nicht zu. Die Praxen laden ihre Daten auf die gemeinsame Plattform hoch, weil sie im Gegensatz den Krankenhäusern keine durchgängige Erreichbarkeit ihrer Systeme garantieren können. Dieser innovative Ansatz gewährleistet die aktuellen Datenschutz- und Datensicherheitsstandards der Konsortialpartner und ist zudem für die Erweiterung neuer Partner oder ganzer Regionen sehr gut skalierbar. Aufgrund dieser strikten Orientierung an Standards (insbesondere IHE), wird die in diesem Projekt erarbeitete Plattform mit der bundesweiten Patientenakte zusammenarbeiten können, welche ebenfalls auf dem Standard IHE basiert. Dies gilt auch für die in jüngster Zeit veröffentlichten Patientenakten der Krankenkassen, welche durch IHE-Konnektoren bereits heute angebunden werden können. Das gilt im besonderen Maße auch für das geplante eRezept, dass sich idealerweise mit dem Use Case „Medikationsplan“ koppeln lässt. Die gemeinsame Basis zum Informationsaustausch und die Befähigung der Partner diese zu nutzen, senkt in der Region die Hürde zur Einführung weiterer digitaler Dienste signifikant. Ferner wird die Anbindung von neuen - auch überregionalen - Partnern durch die konsequente Nutzung von Standards und die Skalierbarkeit der Lösung bereits bei der Gestaltung der Architektur berücksichtigt, so dass in Zukunft das Partner-Netzwerk und die genutzten Dienste konsequent weiterentwickelt werden können. Außerdem nutzbar sind die im Projektverlauf erstellten Workflows zu den Anwendungsfällen, die beschriebene Personas sowie die Schnittstellendefinitionen.

Im Laufe des Projektes wird ein offen gestaltetes Format zur Anbindung weiterer Akteure aus dem Gesundheitswesen getestet und zum weiteren Nutzen angeboten. Die Lösung ist somit auch auf andere Regionen übertragbar. Weiterhin werden Best Practice Beispiele zum digitalen Arztbrief, zum digitalen Medikamentenplan zur digitalen Übertragung von Bilddaten und zur digitalen Überweisung zur Verfügung gestellt.



<p>Lösungsumfang (Welche frei verfügbaren Lösungen werden im Zuge des Projektes bereitgestellt?)</p>	<p>Die Skalierung und der Transfer von den erarbeiteten Ergebnissen, insbesondere in die anderen Modellregionen, wird in dem dedizierten Arbeitspaket 7 bearbeitet und ist zentraler Bestandteil des Projekts.</p> <p>Konkret werden folgende Elemente zur Nachnutzung bereitgestellt oder wurden für eine Nachnutzung im Rahmen des Projektes erarbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Blaupause auf technischer und organisatorischer Ebene</li><li>• Best Practice-Konzept wie niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser in einer Region vernetzt werden können</li><li>• IT-Architektur</li><li>• Rollen- und Rechtekonzept der Plattform</li><li>• Technische Schnittstelle zur Anbindung der Gesundheitsakteure an die Plattform</li><li>• Best-Practice-Anwendungsfälle in Bezug auf die Umsetzung dieser sowie der benötigten technischen Voraussetzungen (digitaler Arztbrief, digitaler Medikamentenplan, digitale Übertragung von Bilddaten, digitale Überweisung)</li></ul> <p>Angestrebt wird eine Anbindung weiterer Regionen in NRW an die Digitale Gesundheitsplattform.</p>
<p>Wann werden welche Elemente zur Verfügung gestellt?</p>	<p>Die Erfahrungen werden fortlaufend in Beratungs- und Austauschgesprächen oder im Rahmen von Fachveranstaltungen an Interessierte Gesundheitsakteure weitergegeben.</p> <p>Alle Konzepte bzw. übertragbaren Elemente werden nach Projektabschluss zur Nachnutzung zur Verfügung gestellt.</p>



Wie geschieht die Zur-Verfügung-Stellung? (Links z.B. der Stadthomepage, oder weiteren Onlineportalen github)

Die Transferoptionen werden schriftlich in Form der entsprechenden Abschnitte des Projektabschlussberichtes und der jährlichen Sachberichte dokumentiert. Die technische Integration von weiteren Partnern, die nicht Teil des Konsortiums sind, wird durch das Arbeitspaket TestLab realisiert. Damit wird eine Anlaufstelle zur Verfügung stehen, um die im Projekt genutzten Schnittstellen, Standards und Strukturen zum Testen für externe Interessenten bereitzustellen. Die Konsortialpartner werden die auf Grundlage der Förderung erzielten Ergebnisse und/oder entwickelten Produkte dem Land NRW und sämtlichen Einrichtungen im Gesundheitsbereich unabhängig von eigenen Rechten (insbesondere Lizenz-, Marken- und Urheberrechte) in Form einer Projektdokumentation zur Verfügung stellen. Die Pflicht zur unentgeltlichen Bereitstellung wird jeweils beginnen, wenn ein Ergebnis bzw. ein Produkt so weit fortgeschritten ist, dass ein herausgabefähiges Stadium erreicht ist, jedoch spätestens mit Abschluss der Förderung.



## Voraussetzungen bei Übertragung – Worauf baut das Projekt auf?

Welche Beteiligungsrechte sind zu bedenken? (z.B. Welche Infrastruktur muss bereits vorhanden sein?)

Der Aufbau der IT-Architektur richtet sich nach dem Digitalisierungsgrad der einzelnen Einrichtungen.

Die Grundlage der technischen Architektur wird von den Integrationsprofilen der Initiative „Integrating the Healthcare Enterprise“ (IHE) gebildet. Von grundlegender Bedeutung ist hierbei das Profil „Cross-Enterprise Document Sharing (XDS.b)“. Hier werden die Komponenten beschrieben, die für einen Austausch von medizinischen Patientendokumenten notwendig sind. Dazu gehören die „Document Sources“ (erzeugen Dokumente), „Repositories“ (speichern diese Dokumente), eine Datenbank („Registry“) und Anwendungen, um die Dokumente zu einem Patienten („Document Consumer“) abrufen, verarbeiten bzw. anzeigen zu können. Transaktionen zwischen den einzelnen Akteuren werden ebenfalls definiert und spezifiziert. Die „Patient Identity Source“ schließlich übermittelt Patientenstammdaten an die Registry. Das Netzwerk, das durch die Anwendung einer solchen Architektur entsteht, wird „Affinity Domain“ genannt.

Alle Konsortialpartner müssen sich bei dieser Infrastruktur auf bestimmte Regeln bei der Übermittlung und Verarbeitung der Dokumente einigen. So muss geklärt werden, welche Dokumentenformate zugelassen sind und wie strukturierte Dokumente sowie Metadaten inhaltlich codiert werden. Standard dafür ist die HL7 Clinical Document Architecture (CDA) 2.0. Außerdem zu beachten sind datenschutzrechtliche Vorgaben, z. B. Regelungen im Zusammenhang mit der Einwilligung des Patienten und mit Zugriffsberechtigungen.

Organisatorische Voraussetzungen (z.B. Welche Gremien müssen dem Projekt zustimmen?)

- Geschäftsführung
- Ethikrat
- IT-Abteilung



Kosten bei Übertragung (ggf. Spannbreite)	
Kosten der Einführung	Das Fördervolumen lag in diesem Fall bei 4,8 Mio. € und wird voraussichtlich ausgeschöpft werden. Die Höhe der Kosten richtet sich allerdings nach der Anzahl der teilnehmenden Gesundheitsversorger und dem Reifegrad der bereits bestehenden IT-Infrastrukturen sowie dem Umfang der geplanten Anwendungsfälle.
Kosten des Betriebs ( <i>Angabe jährlicher Kosten</i> )	Ca. 500.000 € pro Jahr für den Betrieb der gesamten Infrastruktur für alle Konsortialpartner zzgl. Personalkosten.
Personalaufwand bei Einführung ( <i>Personentage und Zeitraum</i> )	Der Personalaufwand ist abhängig von der Anzahl und der Unternehmensgröße der zu vernetzenden Konsortialpartner. Kosten exemplarisch für eins der Akutkrankenhäuser: Für fünf IT-Mitarbeitende, die gemeinsam 654,25 Stunden in einem Jahr gearbeitet haben, erstrecken sich die Kosten auf 31.450,00 €. Diese Summe muss auf einen voraussichtlichen Einführungszeitraum von zwei Jahren und vor allem bei der Erweiterung auf weitere Akteure (Krankenhäuser, Praxen, u.a. Leistungserbringer) hochgerechnet werden. Des Weiteren fallen ggf. Personalkosten für Beratungsleistungen an.
Personalaufwand bei Betrieb ( <i>Angabe jährlicher Kosten</i> )	Vor Projektende nicht abzuschätzen.
Welche spezifischen Kenntnisse sind hierzu erforderlich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IT-Kenntnisse (Gesundheitswesen)</li> <li>• Projektmanagement-Kenntnisse</li> <li>• Prozessmanagement-Kenntnisse</li> </ul>
Mögliche Finanzierungsquellen	Finanzierung aus Eigenmitteln oder öffentliche Förderprogramme.





## Nutzen bei Übertragung

### Direkter Nutzen / Einsparungen

Übergreifend bringt die Verbesserung des sektorübergreifenden Übergangs zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung sowie der Beseitigung von Schnittstellenproblemen bei der Überweisung einen direkten Nutzen. Einerseits im Rahmen der Einweisung in das Krankenhaus durch Zugriff auf die notwendige Patientendokumentation des niedergelassenen Arztes und andererseits gezielte Bereitstellung der Unterlagen des Krankenhauses zur nahtlosen Fortführung der ambulanten Behandlung nach stationärem Aufenthalt des Patienten. Dies bedingt die Erhöhung der Patientensicherheit durch zeitnahe Vorlage der Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse und insbesondere der Medikation. Zudem wird die Vermeidung von unnötigen, kostentreibenden Doppeluntersuchungen und damit unnötigen Belastungen des Patienten erreicht. Multimorbide Patienten profitieren von der durchgängigen und digitalen Dokumentation besonders, da diese unter Umständen viele verschiedene Leistungserbringer konsultieren müssen. Hierdurch entsteht ein hoher Aufwand für die Informationslogistik, welcher durch die geplante Lösung reduziert wird.

Darüber hinaus ist die analoge Übertragung von Daten kosten- und personalintensiver als die Übertragung in digitaler Form. Durch die Digitale Gesundheitsplattform wird ein sicherer und medienbuchfreier Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erzielt. Zudem ist ein Datenaustausch zwischen unterschiedlichen Quell- und Zielsystemen möglich. Dadurch wird die Kommunikation z. B. (wie im Projekt erprobt) zwischen den Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen oder sonstigen Leistungserbringern gefördert. Mit dem Projekt wird eine bedeutende Verbesserung der Versorgungsqualität in der Region OWL bewirkt.



<p>Indirekte Einsparungen</p>	<p>Auf Basis des zentralen Patienten- und Dokumentenindex, in dem Daten standardisiert in einem weltweit gültigen Format (HL7) ausgetauscht und in den dezentralen, bestehenden und funktionierenden IT-Systemen abgelegt werden können, ist die digitale Gesundheitsplattform OWL offen für alle anderen standardisierten IT-Anwendungen in der Gesundheitswirtschaft. Es werden dafür bestehende, funktionierende Datenbanken genutzt.</p> <p>Der Einsatz solcher Standards befähigt die beteiligten Partner und die Patienten zusätzlich zum Austausch mit flankierenden Diensten, wie zum Beispiel den persönlichen Patientenakten der Krankenkassen oder privaten Gesundheitsakten von Drittanbietern.</p>
<p>Langfristiger Nutzen (z.B. Welche Folgeprojekte werden ermöglicht?)</p>	<p>Es können weitere Softwarekomponenten in die Plattform integriert werden und weitere Einrichtungen angebunden werden. Die Projektergebnisse sind einfach um zusätzliche Use Cases (z.B. Hinterlegen einer Patientenverfügung) zu erweitern.</p> <p>Die geschaffene Infrastruktur und Prozesse können auch von anderen Einrichtungen, wie z. B. Reha- und Pflegeeinrichtungen oder Rettungsdienste gemeinsam genutzt werden.</p>
<p>Nutzen für Stakeholder (z.B. Nutzen, der nur für Bürger:innen / Unternehmen / ... anfällt)</p>	<p>Die Qualität und Effizienz des gesamten Gesundheitssystems wird deutlich gesteigert, indem der Informationsfluss von Patientendaten signifikant beschleunigt und qualitativ verbessert wird. Gleichzeitig kann so die Versorgungsqualität der Patienten optimiert und nachhaltig gesichert werden. Außerdem wird die Arbeitsteilung der ambulanten und stationären Versorgung unterstützt, während die Akteure im Gesundheitswesen enger vernetzt werden und die Kooperation so gefördert werden kann.</p>



## Hinweise

### Rechtliche Rahmenbedingungen

Welche rechtlichen Rahmenbedingungen wurden analysiert (z.B. hinsichtlich Lizenzierungsüberlegungen, Genehmigungsverfahren, etc.)

Zunächst müssen die rechtlichen Gegebenheiten in Form einer Kooperationsvereinbarung zwischen den Konsortialpartnern festgelegt werden. Weiterhin müssen gesetzliche Anforderungen (u.a. KRITIS, DSGVO) im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Außerdem müssen Vergabeverfahren entsprechend Oberschwellen- und Unterschwellenbereich eingehalten werden. Die Aspekte „Datenschutz“ und „Datensicherheit“ sind insbesondere bei sensiblen Gesundheitsdaten (v.a. Psychiatrie) von enormer Wichtigkeit. Das dazugehörige zertifizierte Rechenzentrum befindet sich in Deutschland und wird von einem der Konsortialpartner verwaltet.

Welche rechtlichen Hürden sind aufgetreten? Wie konnten diese gelöst werden?

Um die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren zu sichern, wurde eine Kooperationsvereinbarung getroffen. Diese regelt die Zusammenarbeit der Projektpartner und bildet damit die Grundlage für die Dauer der Projektlaufzeit sowie darüber hinaus eine Basis zur Fortführung der Plattform. Der Aufbau umfasst dabei insbesondere die Punkte Schutz- und Urheberrechte vor, während und nach der Projektlaufzeit sowie Entwicklungen innerhalb des Projekts und eine Verpflichtung für einen Rechtsrahmen der Plattform nach dem Projekt.

### Sonstige Erfahrungswerte

Best Practices (Was kann anderen Anwendern empfohlen werden?)

Ein regelmäßiger Austausch aller beteiligten Konsortialpartner und verschiedener Stakeholder ist zu empfehlen. Im Rahmen der digitalen Gesundheitsplattform wurden vor allem Termine mit Entscheidungsträgern, Personen in der operativen Umsetzung und zukünftigen Anwendern auf Klinik- und Praxisseite durchgeführt. So konnte die digitale Gesundheitsplattform maßgeblich hinsichtlich der erwarteten Nutzung entwickelt werden.



Lessons Learned (Was kann nicht empfohlen werden? Was sollte vermieden werden?)

Herausforderungen während der Umsetzung traten vor allem in Zusammenhang mit der Pandemie und einhergehenden Unsicherheit der Lage auf. Aktivitäten zum laufenden Projekt wurden reduziert und Personal ist häufiger ausgefallen. In Abstimmung mit allen beteiligten Parteien konnten hier Maßnahmen und Lösungen gefunden werden, um das Projekt und den Verlauf nicht zu gefährden. Die Hardwarebeschaffung hat aufgrund von Ressourcenengpässen (wie Personal, Material) zu einem Zeitverzug geführt. Hier war der enge Austausch mit den Lieferanten sehr wichtig.



## Umsetzung

Projektbestandteile	
Welche Teilprojekte gibt es und hat sich diese Einteilung bewährt?	<p>Arbeitspaket 1: Definition Use Cases Arbeitspaket 2: Ausschreibung und Auswahl Plattform- und Integrationsanbieter Arbeitspaket 3: Implementierung zentrale Plattform Arbeitspaket 4: Implementierung der Use Cases und Anbindung der Konsortialpartner an die Plattform; Arbeitspaket 5: Projektmanagement Arbeitspaket 6: Innovationsmanagement Arbeitspaket 7: Skalierung und Transfer Arbeitspaket 8: Akzeptanzerhebung</p> <p>Die Abfolge hat sich bewährt, weil die Ergebnisse aus den Arbeitspaketen 1 bis 4 aufeinander aufbauen und die Grundlagenarbeit für die weiteren Schritte ermöglichen. Arbeitspakete 5 bis 8 sind laufende Aktivitäten während des gesamten Projekts gewesen, um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu etablieren und schnell auf Anpassungen und Änderungen reagieren zu können.</p>
Zeitschiene	
Gesamtzeitübersicht des Projektes (ggf. Zeitplan im Anhang)	Zeitplan in der Anlage (A1)



<p>Projektphasen und Meilensteine</p>	<p>M1: Abschluss Detaillierung Use Cases (29.02.2020)  M2: Abschluss Auswahl Plattformanbieter (30.09.2020)  M3: Abschluss Implementierung zentrale Plattform (31.01.2022)  M4: Abschluss Anbindung der Konsortialpartner an die zentrale Plattform (30.11.2022)  M5: Abschluss Implementierung Use Case Digitale Arztbriefschreibung (30.11.2022)  M6: Abschluss Erhebung Ist- und Soll-Zustand (Lösungen) (30.11.2022)  M7: Abschluss Implementierung aller Use Cases (30.11.2022)  M8: Maßnahmenkatalog zu Umsetzung von Ergebnissen (30.11.2022)  M9: Fertigstellung Aufbau TestLab und Übergabe an zukünftigen Rechtsrahmen zur Sicherstellung und Fortführung (tbd.)  M10: Abschluss der Anwenderschulungen (tbd.)  M11: Fertigstellung Akzeptanzerhebung sowie Abschluss- und Nachhaltigkeitsbericht (tbd.)</p>
<p>Dauer von erster Überlegung zu Beschluss über Projektbeginn bis hin zu Projektabschluss / Betriebsaufnahme</p>	<p>Erstes Konzept: Q4 2018  Projektantrag: Oktober 2019  Bewilligungsbescheid: Dezember 2019  Projektbeginn: Dezember 2019  Projektende &amp; Überführung in Regelbetrieb: voraussichtlich 31.8.2022</p>
<p><b>Stakeholder (ggf. Stakeholderübersicht im Anhang)</b></p>	
<p>Wie ist das Projektteam aufgebaut? (ggf. Projektorganigramm im Anhang)</p>	<p>Die fünf Akutkrankenhäuser im Raum Paderborn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brüderkrankenhaus St. Josef</li> <li>• Ev. Krankenhaus St. Johannisstift</li> <li>• St. Vincenz-Krankenhaus mit den Standorten in Paderborn und Salzkotten</li> <li>• Karl-Hansen-Klinik Bad Lippspringe</li> <li>• LWL-Klinik Paderborn)</li> <li>• Praxisnetz Paderborn</li> <li>• ZIG</li> <li>• UNITY AG</li> </ul>



<p>Welche Rollen gibt es im Projekt?</p>	<p>Die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte binden ihre IT-Systeme an die Digitale Gesundheitsplattform an.</p> <p>Die technische Umsetzung der digitalen Plattform wird von der Firma UNITY koordiniert. Die UNITY mit Sitz in Büren, ist eine Managementberatung mit langjähriger Erfahrung bei der Einführung von neuen Technologien, Prozessen und IT-Systemen in der Gesundheitswirtschaft.</p> <p>Aufgabe des achten Partners, dem Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL, Bielefeld, (ZIG) ist die Akzeptanzerhebung und wissenschaftliche Begleitung des Digitalprojekts.</p>
<p>Welche spezifischen Kenntnisse sind erforderlich?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektmanagement</li> <li>• IT-Branchenkenntnisse</li> <li>• Prozessverständnis für die Anwendungsfälle</li> </ul>
<p>Wie hoch ist der Personalaufwand? (VZÄ für wie viele Monate aufgeschlüsselt nach Akteuren)</p>	<p>Direkt in den Akutkrankenhäusern wurde die haushaltstechnische Projektabwicklung und Dokumentation geleistet. Der Stellenumfang lag dabei im ersten Projektjahr für die IT-Teams der Häuser bei 1,17 VZÄ (2439 Stunden im Jahr 2020). Die Projektbegleitung sowie die Konzeption und Implementierung der Softwarelösung wurde an externe Dienstleister übergeben, weshalb die finale Aufteilung der Kostenbausteine nicht bekannt ist.</p>
<p>Wie verändern sich die Personalanforderungen beim Übergang von Projekt zu Regelbetrieb?</p>	<p>Die Übergabe der Verantwortung in die jeweiligen Häuser senkt die Personalanforderungen an externe Dienstleister für die Implementierung, davon sind Supportleistungen, Betrieb und Wartung ausgenommen. Um eine kontinuierliche Verbesserung und Erweiterung der Plattform zu gewährleisten, müssen die IT-Abteilungen der jeweiligen Akteure kontinuierlich personelle Ressourcen bereitstellen.</p>
<p>Welche Verwaltungsebenen/Stellen müssen einbezogen werden?</p>	<p>Bezirksregierung als Verwaltungsinstanz der Fördermittel, Projektbüro zur Unterstützung sowie diverse Stakeholder des Gesundheitswesens (Gesundheitsamt, Kreisverwaltung, etc.)</p>



<p>Wie sieht das Modell zur Beauftragung bzw. zur Zusammenarbeit zwischen privatwirtschaftlichen Akteuren und Mandanten(z.B. <i>Kommune aus</i>)</p>	<p>Konventionelle Beschaffung</p>
<p>Im Falle von konventioneller Beschaffung</p>	<p>Verhandlungsverfahren, offenes Verfahren, beschränkte Ausschreibung, Direktvergabe (Rechtsanwälte)</p>
<p><b>Herausforderungen bei der Umsetzung</b></p>	
<p>Ex Ante(<i>Welche Hürden müssen vor Projektbeginn überwunden werden? Welche Lösungsansätze wurden gewählt?</i>)</p>	<p>Die zentrale Herausforderung für die Integration einzelner Gesundheitsdienstleister in eine Gesundheitsplattform ist die Überwindung von technischen und organisatorischen Hürden. Die Zusammensetzung des Projektkonsortiums spiegelt in dieser Hinsicht die heterogene Ausstattung bezüglich Informationsverarbeitender Systeme im gesamten Bundesgebiet und insbesondere benachbarter Regionen wider. Die Konsortialpartner weisen stark unterschiedliche Digitalisierungsgrade auf. Zudem werden von den Partnern unterschiedliche Krankenhaus-Informationssysteme oder Praxisverwaltungssysteme genutzt. Dementsprechend erfolgt der Aufbau der IT-Architektur individuell je nach Digitalisierungsgrad.</p>
<p>Laufend(<i>Welche Herausforderungen gab es während des Projektverlaufs? Welche Lösungsansätze wurden gewählt?</i>)</p>	<p>Die Vergabeverfahren der einzelnen Komponenten führten aufgrund von Abhängigkeiten von Dritten zu Verzögerungen, die sich im Projektverlauf durch Vorziehen anderer Aspekte jedoch aufholen lassen.</p> <p>Bedingt durch die Corona-Pandemie entstanden große Herausforderungen und personelle Engpässe. Um pandemiebedingte Verzögerungen zu vermeiden, wurde regelmäßig der Status in den Häusern erfragt, wodurch sich Risiken rechtzeitig erkennen und vorbeugen ließen.</p>





<p>Ex Post (Welche Herausforderungen mit Hinblick auf den Betrieb sind aufgetreten, z.B. Akzeptanz der Lösung, Betriebsverantwortlichkeit, Finanzierung des Betriebs? Welche Lösungsansätze wurden gewählt?)</p>	<p>Wird derzeit erarbeitet.</p>
<p><b>Alternativen</b></p>	
<p>Gab es zu den gewählten Lösungswegen betrachtete Alternativen?</p>	<p>Nein. Die in diesem Projektkonsortium angestrebte Lösung bietet Gesundheitsversorgern eine sichere Basis, um Gesundheitsdaten untereinander auszutauschen und diese anschließend miteinander zu kombinieren. Das Projekt grenzt sich bewusst davon ab, eine weitere (patientengeführte) Gesundheitsakte zu sein, sondern bietet den professionellen Gesundheitsdienstleistern eine Informationsdrehscheibe. Im Gegensatz dazu orientiert sich die bundesweite elektronische Patientenakte, deren Einführung für das Jahr 2021 vorgesehen war, primär an der direkten Interaktion mit den Patienten. Patienten können Daten in die bundesweite Akte hochladen und diese dort betrachten. Zudem dürfen Versicherungen in einem „wettbewerblich gestaltbaren Bereich“ der Akte Leistungen anbieten. Ein weiterer Bereich der geplanten Patientenakte wird medizinischen Daten vorbehalten sein. Die bundeseinheitliche digitale Patientenakte wird nach aktuellem Kenntnisstand nicht die Kommunikationsherausforderungen zwischen medizinischen Leistungserbringern lösen, sondern wird zusätzliche Vernetzungslösungen zur Verbesserung der Versorgung, wie die Lösung in diesem Projekt, benötigen.</p>
<p>Welche Alternativen sind für Mandanten (z.B. Kommunen) empfehlenswert?</p>	<p>Derzeit existiert keine Alternative, für den sicheren Austausch von Bilddaten, Überweisungen und medizinischen Dokumenten für eine longitudinale, intersektorale Sicht auf die Gesundheitsdaten von Patienten in einer Region.</p>

## Sonstiges



## Anmerkungen

Haben Sie weitere Kommentare  
oder Anregungen?

Keine Kommentare oder Anregungen.