

# Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier

## Arbeitsgruppe eAustrittsbericht

---

## 2. Bericht

---

### Teilnehmerinnen und Teilnehmer

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Dominik Aronsky                | Mandat FMH, Co-Leitung/Moderation                                     |
| Esther Bättig                  | Spitex Verband Schweiz  |
| Susanna Bürki Sabbioni         | SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| Susanne Leu                    | SHV Schweizerischer Hebammenverband                                   |
| Claudine Leuthold              | pharmaSuisse  |
| Gaby Millasson                 | physioswiss   |
| Roxanne Maritz (ab. 1.10.2015) | EVS ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz                                |
| Christelle Progin              | SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| Daniel Ratschiller             | H+ Die Spitäler der Schweiz   |
| Florine Riesen                 | SVDE Schweizerischer-Verband der Ernährungsberater/innen              |
| Judith Wagner                  | FMH, Co-Leitung   |
| Ina Zienteck (bis 1.10.2015)   | EVS ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz                                |

Bern, 18. Dezember 2015

## Inhaltsverzeichnis

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1.</b> | <b>Zusammenfassung .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2.</b> | <b>Einführung .....</b>  | <b>5</b>  |
| 2.1       | Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier..... | 5         |
| 2.2       | Empfehlungen aus dem 1. Bericht der IPAG eAustrittsbericht .....       | 5         |
| 2.3       | Workshops .....  | 6         |
| <b>3.</b> | <b>Behandlungsübergänge („Transition of Care“) .....</b>               | <b>7</b>  |
| 3.1       | Überweisungsbericht („Transition of Care“ Dokument) .....              | 7         |
| 3.2       | Strukturierung des eTransition of Care Dokuments.....                  | 8         |
| 3.4       | Bezeichnung und Optionalität der vier prioritären Datenmodule .....    | 11        |
| 3.5       | Modul Problem / Diagnose.....  | 11        |
| 3.6       | Modul Medikation .....   | 14        |
| 3.7       | Modul Behandlungen .....   | 17        |
| 3.8       | Modul Nachfolgebehandlungen („Follow-up“) .....                        | 18        |
| 3.9       | Zusätzliche Datenmodule des eToC Dokuments .....                       | 21        |
| <b>4.</b> | <b>Strukturierung und Ordnungssysteme .....</b>                        | <b>22</b> |
| 4.1       | Probleme .....   | 22        |
| 4.2       | Medikamente.....   | 23        |
| 4.3       | Behandlungen .....   | 23        |
| <b>5.</b> | <b>Empfehlungen .....</b>  | <b>25</b> |
| <b>6.</b> | <b>Weitere Schritte.....</b>   | <b>26</b> |

### Anhang

- I Interprofessionelles Fallbeispiel eTransition of Care Dokument
- II Beispiel Medikation bei Spitalaustritt

## 1. Zusammenfassung

Im 2. Bericht der Interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) eAustrittsbericht werden Empfehlungen für den interdisziplinären Gebrauch der bei Behandlungsübergängen wichtigsten Informationsmodule formuliert. Diese sollen in elektronischen Dokumenten der „Transition of Care“ (eToC) (Übertritte, Behandlungsübergänge) für die interprofessionelle Kommunikation angewendet werden. Die vorliegenden Datenmodule können unabhängig voneinander in verschiedenen Dokumenten wie beispielsweise Austrittsberichten zur Anwendung kommen.

### 1. Datenmodule

- a) Für die interne Repräsentation (Kommunikation und Datenaustausch) der vier prioritären Datenmodule werden die folgenden Begriffe verwendet: „Probleme“, „Behandlung“, „Medikation“, „Empfehlungen und weitere Massnahmen“.
- b) Die Datenelemente innerhalb der Module können strukturiert oder kodiert sein, und von bestehenden Ordnungssystemen und „value sets“ Gebrauch machen. Freitext soll immer möglich sein.
- c) Die Einträge sollen mit der erfassenden Berufsgruppe versehen werden.
- d) Der Gebrauch von lokalen, berufsgruppen- oder fachspezifischen Bezeichnungen für die jeweiligen Module, sowie spezifischer Terminologien innerhalb dieser Module soll möglich sein.

Die möglichen Strukturen für diese Module wurden diskutiert.

- „Probleme“ und „Behandlungen“ können noch weiter nach Typen unterteilt, freitextlich oder mit einer Standard-Terminologie erfasst werden, und mit zeitlichen Referenzen (Datumsangabe) versehen werden.
- Das Modul „Medikation“ kann stark strukturiert werden; es soll interoperabel mit den Strukturierungsvorgaben von Medikationen der IPAG eMedikation sein.
- Beim Modul „Empfehlungen und weitere Massnahmen“ wurde eine bisher nicht übliche Strukturierung angedacht, die die weiteren Abläufe und insbesondere die Planung der nächsten Schritte der Behandlung und längerfristigen Massnahmen (z.B. Prävention) unterstützen können.

## 2. Medikamente

- a) Die Medikationsrekonziliation ist Bestandteil des eToC Dokuments.
- b) Medikationsverordnungen sollen (1) Präparatename und/oder Wirkstoffname, (2) Dosis pro Einheit, (3) galenische Form, (4) Verabreichungsweg, (5) Anwendungsschema einschliesslich eindeutiger Dosierung, (6) Anwendungsdauer (inkl. Startdatum), (7) Behandlungsgrund, (8) Hinweise, und (9) Statusbezeichnung der Medikation beinhalten.
- c) Die Datenelemente der Medikation sollten zu einem hohen Grad strukturiert und kodiert sein und von bestehenden Ordnungssystemen und „value sets“ Gebrauch machen.

## 3. Strukturierung und Ordnungssysteme

- a) Die Elemente des eToC Dokuments sollen wenn möglich von Ordnungssystemen (Standardterminologien) und existierenden „value sets“ Gebrauch machen:
  - Probleme: ICD-10, ICPC-2, ICF, NCPT, BESA, ePA-AC, ICNP, NANDA, PLAISIR, RAI-HC, MedDRA, etc.
  - Einheiten und Masse: UCUM
  - Medikamente: MedDRA
  - Behandlungen: CHOP, BESA, ICNP, LEP, LOINC, NIC, PLAISIR, PRN, RAI-HC, etc.
- b) Der Einsatz von SNOMED CT als Referenzterminologie sollte jeweils geprüft werden. Bei Anwendbarkeit sollte SNOMED CT immer eingesetzt werden.

Zusätzlich zu den prioritär bearbeiteten vier Modulen („Probleme“, „Behandlung“, „Medikation“, „Empfehlungen und weitere Massnahmen“) wurde eine nicht abschliessende Liste weiterer Module der eToC Dokumente erstellt. Die rasche Verfügbarkeit von relevanten Informationen ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal im Behandlungsprozess verschiedener Akteure. Sie müssen systemunabhängig sichergestellt werden können. Die IPAG eAustrittsbericht betrachtet die bisherigen Arbeiten als Grundlage für eine erste technische Umsetzung (technische Spezifikation).

Die Arbeitsgruppe schlägt die Weiterführung der IPAG eAustrittsbericht vor um das gemeinsame Prozessverständnis weiterhin zu fördern, die Standardisierung der verschiedenen eToC Dokumente und insbesondere der elektronischen Austrittsberichte weiter voran zu treiben (Interoperabilität und Integration) und die angeführten weiteren Module zu vertiefen.

## 2. Einführung

### 2.1 Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier

Die nationalen Verbände der Gesundheitsberufe haben sich zu einer „Interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier“ (IPAG EPD) zusammengeschlossen. Die Arbeitsgruppen verfolgen eine berufsgruppen-übergreifende und prozessorientierte Zusammenarbeit, um die klinischen Inhalte des elektronischen Patientendossiers zu harmonisieren und den elektronischen Datenaustausch zwischen den verschiedenen am Behandlungsprozess Beteiligten zu unterstützen. Die IPAG EPD hat ihre Arbeit mit den zwei Themen „eMedikation“ und „eAustrittsbericht“ 2014 aufgenommen. Die ersten Empfehlungen wurden im Juli 2015 von den Verbänden der teilnehmenden Berufsgruppen verabschiedet und eHealth Suisse übergeben <sup>1</sup>.

### 2.2 Empfehlungen aus dem 1. Bericht der IPAG eAustrittsbericht

Im 1. Zwischenbericht (6. Juli 2015) wurden zusammenfassend die folgenden Empfehlungen von den teilnehmenden Berufsverbänden gemacht:

- Der Spitalaustrittsbericht ist ein Spezialfall eines allgemeinen Überweisungsberichts („Transition of Care“ Dokument); Aspekte verschiedener Fachdisziplinen und prozessorientierter Berichtsvarianten sollen entsprechend den Überweisungsmodellen berücksichtigt werden.
- Der interdisziplinäre Austrittsbericht soll den aktuellen Gesundheitszustand, die Behandlung und erforderliche Folgehandlungen seitens aller Gesundheitsfachpersonen beschreiben; berufsgruppen-spezifische Aspekte sollen sowohl modular und flexibel, als auch strukturiert und in Freitext für die Unterstützung der intra- und interdisziplinären Kommunikation dargestellt werden können.
- Die komplexen klinischen Prozesse sollen berücksichtigt werden und die Datenerfassung durch Wiederverwendung von Primärinformationen („most knowledgeable information source“) minimiert werden.
- Ein stufenweises Vorgehen für die Harmonisierung und Standardisierung wird verfolgt: (1) Identifikation von meistgebräuchlichen Modulen innerhalb der Berufsgruppen, (2) Definition und Umschreibung der Module, mit Vorschlag möglicher Bezeichnungen und Vorzugsbezeichnungen,

<sup>1</sup> <http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00252/index.html?lang=de>

(3) Identifikation der Inhalte, die von den meisten Berufsgruppen benötigt und häufig verwendet werden (Informationsproduzent und -konsument),  
(4) Identifikation von Modulen und Informationen, die einer Strukturierung zugänglich sind, und deren Strukturierung für eine Weiterverwendung sinnvoll, zweckmässig, und ökonomisch ist, wobei freitextliche Beschreibungen immer möglich sein sollen.

- Im Sinne eines „minimal data set“ sollen vier Module prioritär angegangen werden: (1) Medikamente/Austrittsverordnung; (2) Diagnoseangaben; (3) Behandlungen; (4) Nachbehandlungen.
- Die Informationen für die Medikamentenverordnung sollen mit der IPAG eMedikation abgestimmt werden und beinhalten die folgenden Elemente: (1) Präparatename und/oder Wirkstoffname, (2) Dosis pro Einheit, (3) galenische Form, (4) Verabreichungsweg, (5) Anwendungsschema (inkl. Startzeitpunkt und Dauer), (6) Behandlungsgrund, und (7) Hinweise.

### 2.3 Workshops

Die IPAG eAustrittsbericht hat in dieser zweiten Phase folgende vier Workshops in Bern durchgeführt:

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| - 8. September 2015 | halber Tag |
| - 1. Oktober 2015   | ganzer Tag |
| - 8. Oktober 2015   | halber Tag |
| - 25. November 2015 | halber Tag |

Das Ziel der Workshops war die Weiterführung der Arbeiten, insbesondere die Detaillierungen und Strukturierung der vier prioritären Module, so dass entsprechende Empfehlungen bis Dezember 2015 an eHealth Suisse mittels eines weiteren Berichtes abgegeben werden können.

Die IPAG eMedikation und eAustrittsbericht haben sich während der Berichtsperiode mehrmals für eine inhaltliche Abstimmung getroffen.

## 3. Behandlungsübergänge („Transition of Care“)

### 3.1 Überweisungsbericht („Transition of Care“ Dokument)

Im Rahmen der Arbeiten des 1. Berichts vom 6. Juli 2015 wurde unter den Parteien mehrheitlich erkannt, dass es sinnvoll ist die Aspekte des „eAustrittsbericht“ im Rahmen eines übergreifenden Überweisungsberichts zu betrachten. Die Begriffe „Überweisung“ oder „Transition of Care“ widerspiegeln die interdisziplinären und berufsgruppenübergreifende Prozesse besser und erlauben eine allgemeinere Darstellung der Kommunikations- und Informationsbedürfnisse. Der „Transition of Care“ Begriff beschreibt allgemein die Prozesse bei Behandlungsübergängen innerhalb und zwischen Gesundheitsinstitutionen. Der Begriff schliesst somit für die Behandlungsprozesse wichtige Kommunikationsinstrumente mit ein. Beispiele sind der Notfall-Austrittsbericht, Pflegeaustrittsbericht, Zuweisungs-, oder Überweisungsbericht (im engeren Sinn).

In diesem Sinne hat die IPAG eAustrittsbericht sich darauf geeinigt, den Begriff eAustrittsbericht durch „eTransition of Care“ Dokument (eToC Dokument) zu ersetzen.

- (a) Der Austrittsbericht dient als gutes Arbeitsmodell und -beispiel des eToC Dokuments, dessen interdisziplinäre Inhalte primär ausgestaltet werden sollen.
- (b) Im Rahmen des eToC sollen die klinischen Prozesse und Informations-/Kommunikationsbedürfnisse betrachtet werden.
- (c) Der Begriff des „Dokuments“ oder „Berichts“ ist herkömmlich an eine papier-orientierte Form gebunden.

Es ist wichtig, dass die nachfolgend beschriebenen Lösungsansätze „Informationselemente“ oder „Informationsmodule“ im Rahmen eines eToC Dokumentes gesehen werden, die eine elektronische Ausprägung haben und sich an sehr unterschiedlichen klinischen und dynamischen Prozessen orientieren. Sie sollen prinzipiell eigenständig sein und den aktuellen Zustand des Patienten jederzeit wiedergeben können. Obwohl dieser Anspruch hoch ist, ist es wichtig, die Module im Rahmen eines „Informationsaustausches“ zu sehen, und losgelöst von ihrer Ausprägung (elektronisch, papier-basiert, etc.) anzugehen. Daher wird hier der Begriff „Dokument“ oder „Bericht“ unabhängig vom übermittelnden Medium (Papier, elektronisch) gebraucht.

### 3.2 Strukturierung des eTransition of Care Dokuments

Das eToC Dokument beinhaltet neben klinischen Daten und Informationen auch administrative und weitere Angaben zur Informationsübermittlung. Diese nicht-klinischen Informationen werden hier nicht betrachtet, da diese im Rahmen des Elektronischen Patientendossiers (EPD) festgelegt werden.

Es sollen hier die interdisziplinären Elemente resp. Module eines eToC Dokuments festgelegt werden, wobei anfänglich auf die vier prioritären Module eingegangen wird, um danach die weiteren Module aufzuführen. Ein Modul (z.B. Diagnose, Medikation, Behandlung) wird als ein „Gefäss“ oder „Datenquelle“ betrachtet. Um die Interoperabilität zu ermöglichen wird eine Standardbezeichnung festgelegt, welche dieses Modul eindeutig identifiziert (auf technischer Ebene). Die Bezeichnung des Moduls kann jedoch individuell und nach Berufsgruppen oder Fachspezialitäten festgelegt werden. Mittels festgelegter „Listen“ werden die unterschiedlichen Ausprägungen an die Standardbezeichnung gebunden.

Im Anhang I wird ein interprofessionelles Fallbeispiel mit einer interdisziplinären Sicht für einen Spitalaustritt gezeigt. Es illustriert gut die verschiedenen Informationen, welche für eine holistische Behandlung des Patienten notwendig sind. Eine vollständige Darstellung aller relevanten Aspekte der involvierten Berufsgruppen resultiert in einem langen und unübersichtlichen Dokument. Mittels dynamischer, berufsgruppen-spezifischer und lokal ausgeprägter Darstellung, kann der interprofessionale Spitalaustrittsbericht für die Bedürfnisse des Anwenders flexibel gestaltet und mit dynamischen Komponenten versehen werden (siehe beispielsweise die dynamische Designbeispiele für einen pflegerischen<sup>2</sup> und ärztlichen<sup>3</sup> Austrittsbericht bei ELGA, der elektronische Gesundheitsakte von Österreich).

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen am Beispiel der Ärzte und Pflegefachpersonen verschiedene interprofessionelle Sichten eines eToC Dokuments, wie z.B. eines Spitalaustrittsberichts. Die erste Sichtweise beinhaltet die unter der Ärzteschaft gebräuchlichen Module und Überschriftsbezeichnungen. In diesem Beispiel werden zusätzlich die Informationen der übrigen Gesundheitsberufe zugänglich gemacht (in zusammengeklappter Form). Die pflegerische Sichtweise zeigt neben den ärztlichen Informationen ebenfalls die Pflegeinformationen. Die Informationen der übrigen Berufsgruppen bleiben zugänglich und sind dynamisch einsehbar. Variationen und Darstellungspräferenzen sollen eine größtmögliche Flexibilität ermöglichen. Zusätzliche Informationen sind im Anhang I zu finden.

<sup>2</sup> [http://www.elga.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Dokumente\\_PDF\\_MP4/CDA/Design-Beispieldokumente\\_151116/ELGA\\_Pflege-Entlassungsbrief.htm](http://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/CDA/Design-Beispieldokumente_151116/ELGA_Pflege-Entlassungsbrief.htm)

<sup>3</sup> [http://www.elga.gv.at/fileadmin/user\\_upload/Dokumente\\_PDF\\_MP4/CDA/Design-Beispieldokumente\\_151116/ELGA\\_Entlassungsbrief\\_AErztlich.htm](http://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/CDA/Design-Beispieldokumente_151116/ELGA_Entlassungsbrief_AErztlich.htm)

**Einweisungsgrund:**  
Sturz bei Besuch von Tochter

**Diagnose**  
**Ärztliche Diagnose:**  
Mediale Schenkelhalsfraktur links, disloziert  
St. n. Pneumonie mit Pleuraempyem, vor 10 Tagen (DD.MM.2015)

**Pflege** ▼ **Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

**Anamnese**  
**Persönlich Anamnese:**  
Diabetes Typ 2, mit leichter diabetischer Neuropathie  
Hypertonie  
Leichte Demenz  
Schlafstörungen  
St. nach rezidivierenden Harnwegsinfekten  
St. nach RUL Pneumonie (MM/2014)  
Rückenschmerzen, St. n. Wirbelkörperfraktur MM/2013  
St. nach Appendektomie (vor 40 Jahren)  
St. nach Cholezystektomie (2004)

**Anamnese (Übrige Elemente der Anamnese)**  
[Auflistung der übrigen Anamnese Elemente; im Interesse der Darstellung weggelassen]

**Pflege** ▼ **Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

**Therapien**  
**Ärztlich:**  
DD.MM.2015: Femurkopf-Prothese links (monopolarer Kopf 44M, Konus 12/14, Schaft Centris Stem 252, Zementstopper 3,5mm), Dr. X

**Pflege** ▼ **Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

**Verlauf**  
**Ärztlich**  
Die Patientin stürzte bei Besuch ihrer Tochter in XXX. Sturz erfolgte 3 Tage nach Spitalausritt (Spital XYZ) infolge Pneumonie mit Pleuraempyem, antibiotisch behandelt, Evakuierung mit Thorax-Drainagen und Dekortikation der Pleura.  
Bei medialer Schenkelhalsfraktur besteht trotz erhöhtem Infektionsrisiko die Indikation zur operativen Versorgung, welche am DD.MM.2015 erfolgte. Perioperative Antibiotikaprophylaxe. Intraoperativ kam es zu einem Spannungspneumothorax, so dass die Patientin eine Thoraxdrainage durch die Kollegen der Anästhesie erhielt. Im weiteren Verlauf erfolgte die Mobilisation der Patientin. Die Thoraxdrainagen konnten schrittweise gezogen werden.  
Verlegung mit reizlosen Wundverhältnissen nach [auswärtiges Spital].

**Pflege** ▼ **Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

**Austrittsmedikation**  
Bei Austritt am XX.YY.2015

**Weiteres Procedere**  
**Ärztlich:**  
Mobilisation mit Belastung nach Massgabe der Beschwerden. Wir bitten um regelmäßige Wundkontrolle sowie Fadenentfernung 14 Tage postoperativ. Klinisch-radiologische Nachkontrolle 6 Wochen postoperativ. Die OAK kann aus orthopädischer Sicht bei gesicherter Wundheilung erfolgen. Die Patientin sollte intensive Atemphysiotherapie durchführen. Analgesie nach Bedarf. Klinisch-radiologische Nachkontrolle 6 Wochen postoperativ in der Poliklinik.  
Eine Abklärung bezüglich der Osteoporose mit einer Osteodensitometrie ist bereits für den DD.MM.2015 organisiert  
Pneumokokken-Impfung bei letzter Hospitalisation, nächste Impfung in 5 Jahren  
Grippe-Impfung, 2015 nicht erfolgt, nach Austritt bei Hausarzt  
Sigmoidoskopie, fällig 2016

**Pflege** ▼ **Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

Abbildung 1: Ärztliche Sicht eines Austrittsberichts

**Einweisungsgrund:**  
Sturz bei Besuch von Tochter

**Probleme / Phänomene**  
**Ärztliche Diagnose:**  
Mediale Schenkelhalsfraktur links, disloziert  
St. n. Pneumonie mit Pleuraempyem, vor 10 Tagen (DD.MM.2015)

**Pflege**  
Sturzrisiko  
Beeinträchtigte körperliche Mobilität  
Beeinträchtigt Selbstversorgungsdefizit  
Akuter Schmerz  
Chronische Verwirrtheit  
Chronische Schmerzen  
Schlafstörungen  
Infektionsgefahr

**Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

**Anamnese**  
**Persönlich Anamnese:**  
Diabetes Typ 2, mit leichter diabetischer Neuropathie  
Hypertonie  
Leichte Demenz  
Schlafstörungen  
St. nach rezidivierenden Harnwegsinfekten  
St. nach RUL Pneumonie (MM/2014)  
Rückenschmerzen, St. n. Wirbelkörperfraktur MM/2013  
St. nach Appendektomie (vor 40 Jahren)  
St. nach Cholezystektomie (2004)

**Anamnese (Übrige Elemente der Anamnese)**  
[Auflistung der übrigen Anamnese Elemente; im Interesse der Darstellung weggelassen]

**Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

**Interventionen und Behandlungen**  
**Ärztlich:**  
DD.MM.2015: Femurkopf-Prothese links (monopolarer Kopf 44M, Konus 12/14, Schaft Centris Stem 252, Zementstopper 3,5mm), Dr. X

**Pflege:**  
Wunde: Fäden entfernen am DD.MM.2015  
Verbandwechsel und Wundkontrolle  
Hüftprotektoren Körperpflege unterstützen  
Förderung des Sicherheitsgefühls  
- Kontinuität der Pflege- u. Bezugspersonen.  
- Einheitliche Abläufe und Realisierung der Pflegetätigkeit.  
Verabreichung des Schmerzmedikamentes (siehe Medikamentenliste) 30 Minuten vor der Pflege  
Evaluation der Wirkung der Schmerzmedikation mittels Schmerzprotokoll  
Lebens- und Wohnform nach Spitalaufenthalt klären

**Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

**Verlauf**  
**Ärztlich**  
Die Patientin stürzte bei Besuch ihrer Tochter in XXX. Sturz erfolgte 3 Tage nach Spitalausritt (Spital XYZ) infolge Pneumonie mit Pleuraempyem, antibiotisch behandelt, Evakuierung mit Thorax-Drainagen und Dekortikation der Pleura.  
Bei medialer Schenkelhalsfraktur besteht trotz erhöhtem Infektionsrisiko die Indikation zur operativen Versorgung, welche am DD.MM.2015 erfolgte. Perioperative Antibiotikaprophylaxe. Intraoperativ kam es zu einem Spannungspneumothorax, so dass die Patientin eine Thoraxdrainage durch die Kollegen der Anästhesie erhielt. Im weiteren Verlauf erfolgte die Mobilisation der Patientin. Die Thoraxdrainagen konnten schrittweise gezogen werden.  
Verlegung mit reizlosen Wundverhältnissen nach [auswärtiges Spital].

**Pflege**  
Die Patientin hat sich gut erholt von der Operation und ist erleichtert, dass die Thoraxdrainage entfernt werden konnte. Die Schmerzen sind mit der aktuellen Medikation gut erträglich. Beide Wunden trocken, nicht gerötet kein Verband erforderlich. Mit den neuen Schuhen fühlt sich die Patientin beim Gehen sicherer. Sie freut sich, dass sie bald wieder Besuch empfangen kann.  
Die Patientin wirkt ruhiger mit einem strukturierte Tagesablauf und Kontinuität durch die Behandelnden. Sie hört gerne Musik.

**Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

**Aktuelle Medikation**  
Bei Austritt am XX.YY.2015

**Weitere Massnahmen**  
**Ärztlich:**  
Mobilisation mit Belastung nach Massgabe der Beschwerden. Wir bitten um regelmäßige Wundkontrolle sowie Fadenentfernung 14 Tage postoperativ. Klinisch-radiologische Nachkontrolle 6 Wochen postoperativ. Die OAK kann aus orthopädischer Sicht bei gesicherter Wundheilung erfolgen. Die Patientin sollte intensive Atemphysiotherapie durchführen. Analgesie nach Bedarf. Klinisch-radiologische Nachkontrolle 6 Wochen postoperativ in der Poliklinik.  
Eine Abklärung bezüglich der Osteoporose mit einer Osteodensitometrie ist bereits für den DD.MM.2015 organisiert  
Pneumokokken-Impfung bei letzter Hospitalisation, nächste Impfung in 5 Jahren  
Grippe-Impfung, 2015 nicht erfolgt, nach Austritt bei Hausarzt  
Sigmoidoskopie, fällig 2016

**Pflege**  
Wundpflege nach Verordnung  
Wunde: Fäden entfernen am XX.YY.2015  
Wohnverhältnisse und Unterstützungsbedarf abklären: Medikamentenmanagement sicherstellen. Die Patientin lebt alleine in ihrem Haus. Die Nachbarin bringt ihr hier und da das Mittagessen, kauft ein und dachte der Patientin während dem Spitalaufenthalt die Wäsche. Sie erzählte, dass die Patientin die Hausarbeiten nicht mehr regelmässig macht und Unterstützung benötigen würde.  
Schmerztherapie  
Sturzprävention: Fr. X hat Teppich zu Hause  
Mitarbeit der Patientin sicherstellen  
Instruktion Patientin und Angehörige  
Abklärung zuhause  
Patienten Sicherheit gewährleisten durch regelmässigen Besuch durch die diplomierte Pflegefachperson mit dem Ziel Prophylaxe (Sturz, Obstipation, Thrombose, Pneumonie, Immobilität, Dekubitus) zur Früherkennung.

**Physiotherapie** ▼ **Ergotherapie** ▼ **Ernährung** ▼ **Apothek** ▼

Abbildung 2: Pfliegerische Sicht eines Austrittsberichts

### 3.3 Optionalitäten

Im Rahmen ihrer Arbeiten hat die Arbeitsgruppe Optionalitäten festgelegt. Die Optionalitäten legen fest, ob ein Datenmodul oder -element obligatorisch, wünschenswert, oder nicht anwendbar ist. Diese Kategorisierung wurde mit der IPAG eMedikation abgesprochen. Die Optionalitäten wurden für alle teilnehmenden Berufsgruppen diskutiert und entsprechend der Tabelle 1 festgelegt.

Tabelle 1: Optionalitäten.

| Optionalität                   | Kommentar                      |
|--------------------------------|--------------------------------|
| obligatorisch, wenn anwendbar  | kann keine Nullwerte enthalten |
| empfohlen („state-of-the-art“) | kann Nullwerte enthalten       |
| möglich                        | Möglichkeit vorsehen           |
| nicht anwendbar                |                                |

Bei einem obligatorischen Datenelement muss immer ein Wert angegeben werden. Falls keine Information vorliegt, muss „keine“ oder „nicht bekannt“ angegeben werden. Durch diese explizite Formulierung wird die Mehrdeutigkeit von leeren Feldern vermieden. Als Beispiel dient das Element „Allergien“:

- (a) wenn die Optionalität für Allergieinformation „empfohlen“ ist, kann keine Angabe („leeres Feld“) interpretiert werden als „Der Patient hat keine Allergien“ oder „Der Patient konnte bezüglich seinen Allergien nicht befragt werden“;
- (b) wenn die Optionalität für Allergieinformation „obligatorisch“ ist, muss explizit festgehalten werden, ob der Patient nicht befragt werden konnte oder ob der Patient keine bekannten Allergien hat.

Ein analoges Beispiel gilt für pendente Laboruntersuchungen, deren Ergebnisse erst nach dem Austritt des Patienten eintreffen. Wird explizit erwähnt dass „keine pendenten Untersuchungsergebnisse“ bestehen, ist die Situation für den Nachbehandelnden klar. Wird dies nicht erwähnt, bleibt die Situation unklar.

### 3.4 Bezeichnung und Optionalität der vier prioritären Datenmodule

Der Konsens für die konzeptionelle bzw. technische (interne) Bezeichnung der vier prioritären Datenmodule wird in Tabelle 2 aufgelistet. Die Bezeichnungen dienen lediglich der internen Repräsentation und erlauben die Darstellung berufsgruppen-spezifischer oder lokal bevorzugte Begriffe, welche mittels einer Zuordnungsfunktion ermöglicht wird.

Tabelle 2: Bezeichnung der vier prioritären Datenmodule

| Datenmodul                          | Optionalität  |
|-------------------------------------|---------------|
| Probleme                            | obligatorisch |
| Medikation                          | obligatorisch |
| Behandlungen                        | obligatorisch |
| Weitere Massnahmen und Empfehlungen | empfohlen     |

### 3.5 Modul Problem / Diagnose

Die konzeptionelle Bezeichnung lautet „Probleme“.

#### Ärzte

Traditionell und aus ärztlicher Sicht wird der Abschnitt „Diagnose“ in Berichten, insbesondere Austrittsberichten, verwendet. Der Begriff deckt jedoch nicht die ganze Breite der berufsübergreifenden Kommunikation und klinischen Prozesse zum Thema Gesundheitsprobleme ab.

Der Begriff „Diagnose“ ist dem ärztlichen Gebrauch vorbehalten. Er beschreibt den Prozess aus Anamnese, Symptomen und Befunden eine zugrundeliegende Krankheit zu bestimmen. Aus ärztlicher Sicht setzt eine „Diagnose“ eine gesicherte Befundung voraus, welche einen aktuellen Gesundheitszustand untermauert. Temporale und prozessrelevante Aspekte werden durch den Begriff nur ungenügend abgedeckt.

So werden noch ungesicherte Diagnosen oft als „Verdacht auf ...“ ausgedrückt, oder eventuell als klinisches Symptom, welches ohne Erhärtung der Diagnose behandelt werden. Der Begriff „Differentialdiagnose“ oder „Arbeitsdiagnose“ ist ebenfalls prozess-orientiert und beschreibt die Krankheitsbilder, welche noch in Erwägung sind und mit den Patienteninformationen vereinbar sind, jedoch noch zusätzlicher Untersuchungen bedürfen. Die üblichen Begriffe „Einweisungsgrund“, „Konsultationsgrund“ („reason for visit“), „Jetziges

Leiden“ charakterisieren ebenfalls einen zeitlichen Aspekt der medizinischen Diagnoseprozesse. Ebenso gebräuchlich sind Diagnosebegriffe, die den Status nach einer Behandlung abdecken, wie z.B., „Status nach Cholecystektomie“ oder „Status nach Basalzell-Melanom“. Um diesen Aspekten Rechnung zu tragen, hat der Begriff „Probleme“ oder „Problemliste“ im ärztlichen Gebrauch Eingang gefunden und erweitert die Möglichkeiten, die diversen Aspekte der Patientenzustände zu beschreiben und erlaubt eher die Bezeichnung „Diagnose“ für ihren eigentlichen Zweck, d.h., der Beschreibung eines möglichst mit Befunden gesicherten Gesundheitszustands.

Im ärztlichen Gebrauch werden oft Diagnosen noch weiter unterteilt um gewissen prozessorientierten Umständen Rechnung zu tragen. Weitere gebräuchliche Unterscheidungen und Abgrenzungen im ärztlichen Bereich beinhalten (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Aktive und passive Diagnosen
- Primäre und sekundäre Diagnosen
- Haupt- und Nebendiagnosen
- Diagnosen und Komorbiditäten
- Diagnosen und „weitere Diagnosen“

Der Begriffsgebrauch ist lokal unterschiedlich und wird oft von fach- und institutsspezifischen Präferenzen geprägt. Eine mögliche Standardisierung auf dieser Ebene steht aktuell nicht zur Diskussion, wobei die Heterogenität der Begriffe die Kommunikation und den Informationsaustausch nicht fördert.

Die nicht-ärztlichen Berufsgruppen verwenden den Begriff „Diagnose“ um die ärztlichen Befunde darzustellen. Neben den ärztlichen Diagnosen gibt es jedoch andere relevante Aspekte, die den Gesundheitszustand der Patienten beschreiben und die Behandlung beeinflussen. Diese Gesundheitszustände müssen auch charakterisiert werden können.

### Pflege

Pflegefachpersonen verwenden unter anderem den Begriff „Pflegediagnose“. Die Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der individuellen, familiären oder gemeinschaftlichen Erfahrungen und Reaktionen auf gegenwärtige oder potenzielle Gesundheitsprobleme und Lebensprozesse. Eine Pflegediagnose stellt die Grundlage für die Auswahl an Pflegeinterventionen hinsichtlich der Erzielung von Outcomes dar, für die Pflegefachpersonen verantwortlich sind (NANDA-I). Der erste Schritt im Problemerkennungs- oder Diagnoseprozess wird mit Pflegeassessments oder Pflegeanamnesen eingeleitet. Pflegediagnosen und -phänomene werden mit Problem, Ursache, Symptom und Risiko beschrieben. Ressourcen werden dabei mitberücksichtigt. Bei Bedarf wird die Lokalisation, die Häufigkeit, Dauer, Intensität oder Qualität ergänzt.

Auch bei Pflegefachpersonen ist der Begriffsgebrauch unterschiedlich, so werden auch Begriffe wie Probleme, Problembereiche oder Phänomene verwendet, um Gesundheitszustände zu beschreiben.

### Ernährungsberatung

Die Ernährungsberater/-innen verwenden „Ernährungsdiagnosen“. Die Ernährungsdiagnose beinhaltet die Identifikation und Benennung eines Ernährungsproblems mit einem PES-Statement (Problem, Etiology, Signs & Symptoms). Die Ernährungsdiagnosen sind nach der IDNT (International Dietetics and Nutrition Terminology, eine gemeinsame standardisierte Sprache in der Ernährung und Diätetik, entworfen und etabliert von der American Dietetic Association) verfasst. Nach dem Ernährungs-Assessment ist das Formulieren der Ernährungsdiagnose ein wichtiger Schritt im ernährungstherapeutischen Prozess. Die Behandlung der Ernährungsdiagnose fällt in die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit von Ernährungsberater/-innen.

### Hebammen:

Die Diagnose einer Hebamme ist eine Beurteilung, die von einer Hebamme nach einem Assessment gemacht wird, und aus Beobachtung, Interview, körperlicher Untersuchung, und Ressourceneinschätzung besteht. Diese Aussage bezieht sich auf die Art, die möglichen Einflussfaktoren und die Merkmale oder Risikofaktoren für aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und Entwicklungspotenziale von Frauen, Kindern, Partner und Familie zu benennen. Dies ist in Situationen von Bedeutung, in welchen deren Unabhängigkeit hinsichtlich Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) - während Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett - beeinträchtigt oder unfähig sind. Die Beurteilung einer Hebamme bildet die Grundlage, um nötige Massnahmen durchführen zu können, und um gemeinsam vereinbarte Ziele und Ergebnisse erreichen und bewerten zu können (Georg & Cignacco, 2006).

Darüber hinaus ist der Begriff „Probleme“ bei den meisten nicht-ärztlichen Berufsgruppen gebräuchlich. Es ist ebenfalls wichtig festzuhalten, dass Begriffe wie „Probleme“ oder „Phänomene“ bei den verschiedenen Berufsgruppen eine unterschiedliche Interpretation haben.

Tabelle 3: Modul Probleme. Die Tabelle zeigt Beispiele der unterschiedlichen Ausprägungen innerhalb des Begriffs „Probleme“ (Berufsgruppen alphabetisch geordnet)

| Berufsgruppe       | Berufsgruppen-spezifische und lokale Präferenzen                                  |
|--------------------|---|
| Ärzte              | Diagnose, Probleme, Problemliste, Symptome  |
| Apotheke           | Behandlungsgrund, Probleme, Symptome  |
| Ergotherapie       | Ergotherapeutische Problemstellungen, Einschränkungen, Behandlungsgrund, Symptome |
| Ernährung          | Assessment, Ernährungsdiagnose  |
| Hebamme            | Diagnose, Probleme  |
| Physiotherapie     | Behandlungsgrund, Befund, Probleme  |
| Pflegefachpersonen | Assessment, Probleme, Pflegediagnose, Phänomene                                   |

Darüber hinaus sollte es immer möglich sein einen „Verdacht auf [Diagnose]“ dokumentieren zu können.

### 3.6 Modul Medikation

Die konzeptionelle Bezeichnung lautet „Medikation“.

Bei einer Patientenüberweisung sind verschiedene Aspekte der Medikation und der Medikationsprozesse zu berücksichtigen, wie z.B. die „Aktuelle Medikation“ (Medikationsplan, Medikamentenverordnung, etc.), die Medikationshistorie und die Medikationsrekonziliation. Die IPAG eMedikation befasst sich primär mit diesen Themen und bearbeitet die Grundlagen und Informationen, die für eine Darstellung der Medikation notwendig sind. Die Informationen des eToC Dokuments müssen ein Format annehmen, welches einen bi-direktionalen Austausch mit den Informationen der eMedikation erlaubt. Die eToC Informationen stellen eine Untermenge dar und die Vorgaben der eMedikation werden auf diese angewendet.

Weitere wichtige Informationen entstehen aus der Medikationsrekonziliation bei Behandlungsübergängen wie z.B. Spitaleintritt und -austritt. Ebenfalls sollten die Arbeiten und Vorgaben der Arbeitsgruppe „eImpfdossier“ berücksichtigt, koordiniert und integriert werden.

a) Medikamentenverordnung:

In Absprache mit der IPAG eMedikation beinhaltet die Medikationsverordnung die in Tabelle 4 aufgelisteten Datenelemente.

Tabelle 4: Medikationsinformationen bei Behandlungsübergängen.

| Element                                      | Optionalität  |
|--|---------------|
| Präparatename und/oder Wirkstoffname         | obligatorisch |
| Dosis pro Einheit                            | obligatorisch |
| Galenische Form                              | obligatorisch |
| Verabreichungsweg                            | obligatorisch |
| Anwendungsschema inkl. eindeutiger Dosierung | obligatorisch |
| Anwendungsdauer inkl. Startdatum             | obligatorisch |
| Behandlungsgrund                             | empfohlen     |
| Hinweise                                     | möglich       |
| Status der Medikation                        | empfohlen     |

Gemäss den Vorgaben der IPAG eMedikation werden bei Bedarf zusätzliche Informationen für die Erstellung einer Liste der „Aktuellen Medikation“ („current medication“) und von Rezepten notwendig sein, um die Medikation für Behandlungsübergänge zu kommunizieren.

Prinzipiell sind die Medikamentenverordnungen ein Teil der allgemeinen Austrittsverordnungen, welche oft unter „Empfehlungen und weitere Massnahmen“ erscheinen. Die Gruppe hat diesen Aspekt diskutiert und entschieden, dass die Medikation als eigenständiges Modul beibehalten werden und die übrigen Verordnungen bei Behandlungsübergängen im Modul „Empfehlungen und weitere Massnahmen“ erscheinen sollen.

b) Medikationsrekonziliation

Im Rahmen des eToC Dokuments ist die Medikationsrekonziliation ein wichtiges Datenelement. Die Rekonziliation beschreibt einen komplexen Prozess, der die aktuellen Wirkstoffe und Präparate erfasst, welche vom Patienten eingenommen werden oder verordnet sind. Dies erfolgt idealerweise bei Episodenbeginn und -ende. Die Informationen der Medikations-

rekonziliation werden nach Abschluss für die Aktualisierung der „Aktuellen Medikation“ des Patienten benutzt.

Um einen interoperablen Prozess zu ermöglichen, wird ein hoher Grad an strukturierter oder kodierter Information angestrebt. Ebenfalls sollte eine strukturierte Statusbezeichnung in Erwägung gezogen werden, um dem Nachbehandelnden Hinweise zur Weiterführung der Medikation geben zu können.

Einige Beispiele von prozessorientierten Statusbezeichnungen sind:

|                            |  |
|----------------------------|--|
| „neu“                      | neu verordnetes Medikament   |
| „abgesetzt, permanent“     | permanent abgesetztes Medikament/Wirkstoff   |
| „abgesetzt, temporär“      | Medikament, das zwischen Episodenbeginn und –<br>ende abgesetzt wurde, aber zu einem späteren<br>Zeitpunkt wieder eingenommen oder verabreicht<br>wird.                  |
| „substituiert“             | Präparat, das durch ein anderes Präparat mit<br>gleichem Wirkstoff ersetzt wurde   |
| „angepasst“                | Medikament, bei welchem ein<br>Verabreichungsparameter geändert wurde, wie<br>z.B. Dosis, galenische Form, Verabreichungsweg,<br>oder Anwendungsschema                   |
| „in Reserve“/„nach Bedarf“ | Medikament, das verordnet, aber nur unter<br>bestimmten Bedingungen eingenommen wird<br>(„Bedarfs-Medikament“)   |
| „konditionell“             | Medikament, das nur bei einer bestimmten<br>Abweichung (z.B. Gewichtszunahme bei<br>Herzinsuffizienz) eingenommen oder verabreicht<br>werden soll („Limiten-Medikament“) |

Offen bleibt aktuell, ob die Medikationsrekonziliation mit den Verordnungen verbunden wird oder als eigenständiges Modul erscheint. Im Weiteren sollen standardisierte Medikations-Terminologien eingesetzt werden.

### c) Impfungen

Ein eToC Dokument kann Impfinformationen beinhalten, die entweder den aktuellen Impfstatus/-plan des Patienten wiedergeben, oder neue Impfungen dokumentieren. Die Informationen des Impfstatus-/plan werden gemäss den Vorgaben des „eImpfdossier“ in ein eToC Dokument integriert. Da Impfungen eine Kategorie von Medikationen darstellt, werden die Informationen einer während der aktuellen Episode verabreichten oder verschriebenen Impfung gemäss den Vorgaben der IPAG eMedikation berücksichtigt. Die Integration

von Impfinformationen müssen noch betrachtet und entsprechend berücksichtigt werden, so dass die Interoperabilität zwischen eImpfdossier, eMedication, und eToC gewährleistet werden kann.

### 3.7 Modul Behandlungen

Die konzeptionelle Bezeichnung lautet „Behandlungen“.

Analog den Problemen sollten die Elemente unter „Behandlungen“ berufsgruppen-spezifische und lokale Präferenzen berücksichtigen. Zu jedem Eintrag wird die erfassende Berufsgruppe, die für die Behandlung zuständig ist, beschrieben. Ausserdem sollte eine Datumsreferenz angegeben werden können.

Tabelle 5: Behandlungen. Die Tabelle zeigt Beispiele der unterschiedlichen Ausprägungen innerhalb des Terms „Behandlungen“ (Berufsgruppen in alphabetischer Reihenfolge)

| Berufsgruppe     | Berufsgruppen-spezifische und lokale Präferenzbegriffe   |
|------------------|--|
| Ärzte            | Behandlung, Intervention, Untersuchung, Operation, Prozedur, etc.  |
| Apotheke         | Intervention, Abklärung, Edukation, Massnahmen, Beratung, Prävention, Behandlung   |
| Ergotherapie     | Intervention: Abklärung, Befunderhebung, Beratung, Behandlung, Edukation, Instruktion, Massnahmen  |
| Ernährung        | Interventionen: Ernährungs-Empfehlung, Versorgung mit Lebensmitteln und/oder Nährstoffen, Ernährungs-Edukation, Ernährungs-Beratung, Koordination der Ernährungs-Behandlung, Abklärung, Massnahmen |
| Hebamme          | Unterstützung, Beratung, Massnahmen, Intervention, Edukation, Prävention   |
| Physiotherapie   | Intervention: Befunderhebung, Beratung, Behandlung, Instruktion, Edukation, Massnahmen   |
| Pflegeschwestern | Interventionen, Massnahmen: Behandlung, Beratung, Instruktion, Edukation, etc.   |

Die Aufzählungen sind für die meisten Berufsgruppen exemplarisch und nicht abschliessend. Zum aktuellen Zeitpunkt wurden keine weiteren Untersektionen erarbeitet.

### 3.8 Modul Nachfolgehandlungen („Follow-up“)

Die konzeptionelle Bezeichnung lautet „Empfehlungen und weitere Massnahmen“.

Auch bei der Kommunikation zu Nachbehandlungen besteht eine heterogene Begriffslandschaft. Mögliche berufsgruppenspezifische oder lokale Begriffe sind:

- Nachbehandlungsinformationen
- Nachbehandlung
- Folgebehandlung
- Follow-up
- Weitere Massnahmen / weitere empfohlene Massnahmen
- Entlassungsmanagement
- (Weiteres) Procedere / Vorschlag für weiteres Procedere
- Weitere Massnahmen und Nachbehandlung

In diesem Element werden jegliche Informationen erfasst, die für die Nachbehandlung der Patienten, der Kommunikation oder der Dokumentation von wichtigen Umständen relevant sind. Dies beinhaltet ganz unterschiedliche Aspekte wie z.B. Termine, ausstehende Untersuchungsergebnisse, Präventionsmassnahmen, oder soziale und arbeitsrelevante Abklärungen. Eine nicht abschliessende Liste von Datenmodulen erscheint in Tabelle 6

Tabelle 6: Empfehlungen und weitere Massnahmen. Die Tabelle zeigt Beispiele von Sektionen.

| Sektion   | Optionalität                  |
|---|-------------------------------|
| Weitere Verordnungen  | empfohlen                     |
| Überwachungsinformationen zu Hause (vom Patienten)              | möglich                       |
| Pendente Informationen (Resultate von Untersuchungen, etc.)     | obligatorisch, wenn anwendbar |
| Termine (inkl. Status: geplant, vereinbart, konditionell, etc.) | empfohlen                     |

|   |         |
|---|---------|
| Empfehlungen (Medikamente, Untersuchungen, Therapien, Massnahmen, Prävention, etc.) | möglich |
| Patientenverfügungen (vorhanden/nicht vorhanden/unbekannt)                          | möglich |
| Hilfsmittel   | möglich |
| Abgegebene Dokumente/Informationen an Patient/Vertrauensperson                      | möglich |
| Erwartungen des Patienten, Zielvereinbarung   | möglich |

Eine tabellarische Darstellung zumindest eines Teils des Datenmoduls „Empfehlungen und weitere Massnahmen“ mit optionalen Strukturierungen ist denkbar. Dieser Ansatz hätte den Vorteil, dass z.B. Datumsreferenzen für automatische Erinnerungsmeldungen an Patienten oder Behandelnde elektronisch strukturiert übermittelt werden und somit das Verpassen von nachfolgenden Terminen und Behandlungen verhindert werden kann (häufiges Beispiel: es wird eine Nachkontrolle beim Hausarzt innerhalb von wenigen Tagen empfohlen, diese Empfehlung aber erst zur Kenntnis genommen, wenn der Patient in der Arztpraxis ist und der Austrittsbericht gelesen wird). Dieser Ansatz bedingt weiterführende Arbeiten.

Tabelle 7: Modul „Empfehlungen und weitere Massnahmen“. Möglichkeiten einer tabellarischen und teilweise strukturierten Darstellung.

| Thema        | Ausführend              | Massnahme/ Empfehlung          | Datum/ Zeitraum  | Kommentar/ Hinweis/Ziel |
|--------------|-------------------------|--------------------------------|------------------|-------------------------|
| <b>Ärzte</b> |                         |                                |                  |                         |
| Behandlung   | Spital                  | Fadenentfernung                | 10 Tage postop.  | Op. am DD.MM.2015       |
| Behandlung   | Physiotherapie          | Intensive Atemphysiotherapie   | DD.MM.2015       |                         |
| Behandlung   | Pflegefachperson        | Verbandswechsel, Wundkontrolle | ab DD.MM.2015    |                         |
| Termin       | Ambulatorium Orthopädie | Nachkontrolle                  | 6 Wochen postop. | Op. am DD.MM.2015       |
| Termin       | Radiologie              | Nachkontrolle                  | 6 Wochen postop. | Op. am DD.MM.2015       |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| Termin   | Universitätspoliklinik für Osteoporose   | Osteodensitometrie                                    | DD.MM.2015   |  |
| Prävention                                     | Gastro-Enter.                            | Sigmoidoskopie  | 2016   | Letze Spiegelung: 2011   |
| Prävention                                     | Hausarzt                                 | Pneumokokken Impfung                                  | 2020   | Impfung bei Austritt: 2015                                     |
| Prävention                                     | Hausarzt                                 | Influenza Impfung                                     | 2015   | jährlich   |
| <b>Pflege</b>                                  |  |   |  |  |
| Behandlung                                     | Pflegefachperson Spital                  | Verbandswechsel, Wundkontrolle                        | ab 23.12.2015                                      |  |
| Interdisziplinären Zusammenarbeit/Koordination | Pflegfachperson, Tagesklinik Psychiatrie | Coloc => Bezugsperson                                 | Ab 28.12.2015                                      | Fallbesprechung  |
| Koordination                                   | Pflegefachperson, Spital                 | Telefon an die Ernährungsberatung                     | 29.2.2016  | Unterstützung bei multimorbide Patient bzgl. Diabetes Beratung |
| <b>Physiotherapie</b>                          |  |   |  |  |
| Behandlung                                     | Physiotherapie                           | Instruktion -Gehen                                    | DD.MM.2015   | Erlaubte Belastung   |
| Abklärung                                      | Physiotherapie                           | Sturzanamnese   |  |  |
| <b>Ergotherapie</b>                            |  |   |  |  |
| Abklärung                                      | Ergotherapie                             | ADL & iADL  | DD.MM.2015   |  |
| Behandlung                                     | Ergotherapie                             | Selbstpflege-Training                                 | 3 Tage postoperativ                                |  |
| Abklärung                                      | Ergotherapie                             | Wohnsituation   | DD.MM.2015   | Siehe sep. Bericht & Empfehlungen                              |
| Beratung                                       | Ergotherapie                             | Kleinhilfsmittel                                      | DD.MM.2015   | Bestellt, noch nicht abgegeben                                 |
| <b>Ernährungsberatung</b>                      |  |   |  |  |
| Ernährungs-Edukation                           | Ernährungsberatung                       | Mahlzeitenzusammenstellung Aufnahme von Kohlenhydrate | Ab 05.10.15: 6 Konsultationen                      | gesundheitsförderliche Essgewohnheiten                         |
| <b>Apotheke</b>                                |  |   |  |  |
| Instruktion/Edukation                          | Apotheke                                 | Erstellen des Patienten-Medikationsplans              | Bei nächstem Apothekerbesuch, oder vor XX.YY. 2015 | Abgabe Wochenschema für die Patienten-Medikation               |

### 3.9 Zusätzliche Datenmodule des eToC Dokuments

eToC Dokumente beinhalten eine Vielzahl an möglichen Datenmodulen, welche zur Vollständigkeit der übermittelten Informationen beitragen. Die vier prioritären Datenmodule „Probleme“, „Medikamente“, „Behandlungen“ und „Empfehlungen und weitere Massnahmen“ sind nur im Kontext einer gesamtheitlichen Darstellung des aktuellen Gesundheitszustandes möglich. In Tabelle 8 werden Datenelemente angeführt und deren Optionalität angegeben, die zur Vollständigkeit beitragen.

Tabelle 8: Weitere Datenmodule für ein eToC Dokument (in alphabetischer Reihenfolge, nicht abschliessend)

| Datenmodule   | Optionalitäten                |
|---|-------------------------------|
| Allergien, Intoleranzen (inkl. Schweregrad)   | obligatorisch, wenn anwendbar |
| Anamnese (persönliche Anamnese, Familienanamnese, Systemanamnese, Sozialanamnese, etc.)                 | empfohlen                     |
| Arbeitsunfähigkeit, Atteste und Dispensationen  | empfohlen                     |
| Befunde (Labor, Pathologie, Bildgebung, etc.)   | möglich                       |
| Genetische Informationen (z.B., slow metabolizers)  | möglich                       |
| Hilfsmittel für Patienten   | möglich                       |
| Implantate / implantierte Geräte  | möglich                       |
| Impfplan/Impfstatus; verabreicht und geplant/fällig   | empfohlen                     |
| Konsilien   | möglich                       |
| Noxen (Tabak- und Alkoholgenuss, etc.)  | möglich                       |
| Präventionsmassnahmen   | möglich                       |
| Risiken (Sturzgefahr, Blutungsgefahr, etc.), medical alerts, Fahrtüchtigkeit                            | empfohlen                     |
| Schwangerschaft/Geburten  | möglich                       |
| Status bei Eintritt/Austritt (inkl. Autonomie, Invalidität, kognitive & funktionelle Kapazitäten, etc.) | empfohlen                     |
| Verlauf   | möglich                       |
| Zusammenfassung (Aufenthalt, klinische Entscheidungsfindung, etc.)                                      | empfohlen                     |

## 4. Strukturierung und Ordnungssysteme

Die Strukturierung der Informationen des eToC Dokuments und der Gebrauch von Ordnungssystemen werden empfohlen, damit Daten automatisch und ohne Medienbrüche weiterverwendet werden können (Interoperabilität). Wie bereits erwähnt ist es wichtig, dass der Gebrauch von Freitext jederzeit möglich ist.

### 4.1 Probleme

Tabelle 9: Ordnungssysteme für „Probleme“ (Berufsgruppe in alphabetischer Reihenfolge)

| Berufsgruppe       | Kodierung   | Optionalität |
|--------------------|---|--------------|
| Ärzte              | ICD-10, ICPC-2, ICF, (Tessiner Code), etc.                    | möglich      |
| Apotheke           | Aktuell kein Ordnungssystem in Anwendung; MedDRA <sup>4</sup> | möglich      |
| Ergotherapie       | ICF   | möglich      |
| Ernährungsberatung | NCPT  | empfohlen    |
| Hebamme            | ICD-10, NANDA (Pflege diagnosen)                              | möglich      |
| Pflege             | BESA, ePA-AC, ICNP, LOINC, NANDA, PLAISIR, RAI-HC, u.a.       | möglich      |
| Physiotherapie     | ICF   | möglich      |

Unterschiedliche Ordnungssysteme sind im Bereich der Problemstellung in den verschiedenen Fachbereichen im Einsatz. Es wird sich zeigen, inwiefern sich mittels der Referenzterminologie SNOMED CT eine Harmonisierung unterschiedlicher Systeme realisieren lässt.

<sup>4</sup> MedDRA (Medical Dictionary for Regulatory Activities) wird für die Kodierung von Problemen im Bereich der Medikamenten-Nebenwirkungen in Spitalapotheken angewendet.

## 4.2 Medikamente

Die Literatur über die verschiedenen Aspekte der Medikation ist umfangreich und es bestehen unterschiedliche Ordnungssysteme (Terminologie, Vokabularien, Klassifikationen) und Wertetabellen („value sets“), welche eine hohe Strukturierung dieser Informationen erlaubt. In der Schweiz soll der bisher verbreitete, aber proprietäre Pharmacode (Barcode nach Strichcode-Standard) durch GTIN (Global Trade Item Number, Produkt-Code) abgelöst werden. Der ATC (Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikationssystem) ist eine internationale Klassifikation für Arzneistoffe, basierend auf den folgenden drei Kriterien: Anatomisch, Therapeutisch und Chemisch. ATC wird von der WHO empfohlen. Der ATC Code ist nicht eindeutig und ein Wirkstoff kann mehrere ATC-Codes haben, je nach therapeutischer Indikation und Verabreichungsform. Im Ausland kommen zudem andere Ordnungssysteme wie RxNorm (USA) oder NDF-RT (USA) zur Anwendung.

Die Verwendung weiterer Ordnungssysteme, wie z.B. UCUM (Unified Code for Units of Measure) oder vorhandener strukturierter Listen, wie diejenige für den Verabreichungsweg („HL7 v3 Code System RouteOfAdministration“), oder die Medikamentencodes von SNOMED CT (<https://www.hl7.org/fhir/valueset-medication-codes.html>) sollten im Rahmen der Medikationsinformation in Erwägung gezogen werden.

Die IPAG eMedikation wird sich mit der Bestimmung für anwendbaren Ordnungssysteme befassen, welche die Grundlage für die eToC Dokumente gelten werden.

## 4.3 Behandlungen

Tabelle 10: Ordnungssysteme für „Behandlungen“ (Berufsgruppe in alphabetischer Reihenfolge)

| Berufsgruppe | Kodierung                                | Optionalität    |
|--------------|--|-----------------|
| Ärzte        | CHOP                                     | empfohlen       |
| Apotheke     | Aktuell kein Ordnungssystem in Anwendung | nicht anwendbar |
| Ergotherapie | ICF, (ICHI: noch nicht veröffentlicht)   | möglich         |

|                    |   |         |
|--------------------|---|---------|
| Ernährungsberatung | NCPT  | möglich |
| Hebamme            | CHOP  | möglich |
| Pflegefachperson   | BESA, ICNP, LEP, LOINC, NIC, PLAISIR, PRN, RAI-HC, etc. | möglich |
| Physiotherapie     | ICF   | möglich |

Unterschiedliche Ordnungssysteme sind im Bereich der Behandlungen in den verschiedenen Fachbereichen im Einsatz. Es wird sich zeigen, inwiefern sich mittels der Referenzterminologie SNOMED CT eine Harmonisierung unterschiedlicher Systeme realisieren lässt.

#### 4.4 Weitere Massnahmen und Empfehlungen

Für die verschiedenen Elemente des Moduls „Weitere Massnahmen und Empfehlungen“ bestehen aktuell keine Strukturierungen oder Ordnungssysteme.

#### 4.5 Einsatz von SNOMED CT

Dem Schweizer Gesundheitswesen wird ab 2016 SNOMED CT<sup>5</sup> als Referenzterminologie zur Verfügung stehen. SNOMED CT ist eine Terminologie, die die Kodierung von gesundheitsrelevanten Daten anstrebt und erlaubt. Ihre Rolle wird vor allem als „gemeinsame Basisterminologie“ gesehen, auf die verschiedene berufs- und fachspezifische Terminologien abgebildet werden können. Im Rahmen des eToC Dokument sollte der Einsatz von SNOMED CT geprüft werden, und wo immer möglich sollte SNOMED CT auch eingesetzt werden. Dies hat ebenfalls Relevanz in Zusammenhang mit der zukünftigen ICD-11 Klassifizierung, deren Verknüpfung mit SNOMED CT in Arbeit ist. Im Pflegebereich wurden bereits erste Erkenntnisse bezüglich eines exemplarischen Abgleich zwischen ICNP und SNOMED CT gewonnen und publiziert.

<sup>5</sup> SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine--Clinical Terms)  
The International Health Terminology Standards Development Organisation, IHTSDO  
<http://www.ihtsdo.org/>

## 5. Empfehlungen

### 1. Datenmodule

- Für die interne Repräsentation (Kommunikation und Datenaustausch) der vier prioritären Datenmodule werden die folgenden Begriffe verwendet: „Probleme“, „Behandlung“, „Medikation“, „Empfehlungen und weitere Massnahmen“.
- Die Datenelemente innerhalb der Module können strukturiert oder kodiert sein, und von bestehenden Ordnungssystemen und „value sets“ Gebrauch machen. Freitext soll immer möglich sein.
- Die Einträge sollen mit der erfassenden Berufsgruppe versehen werden.
- Der Gebrauch von lokalen, berufsgruppen- oder fachspezifischen Bezeichnungen für die jeweiligen Module, sowie spezifischer Terminologien innerhalb dieser Module soll möglich sein.

### 2. Medikamente

- Die Medikationsrekonziliation ist Bestandteil des eToC Dokuments.
- Medikationsverordnungen sollen (1) Präparatename und/oder Wirkstoffname, (2) Dosis pro Einheit, (3) galenische Form, (4) Verabreichungsweg, (5) Anwendungsschema einschliesslich eindeutiger Dosierung, (6) Anwendungsdauer (inkl. Startdatum), (7) Behandlungsgrund, (8) Hinweise, und (9) Statusbezeichnung der Medikation beinhalten.
- Die Datenelemente der Medikation sollten zu einem hohen Grad strukturiert und kodiert sein und von bestehenden Ordnungssystem und „value sets“ Gebrauch machen.

### 3. Strukturierung und Ordnungssysteme

- Die Elemente des eToC Dokuments sollen wenn möglich von Ordnungssystemen (Standardterminologien) und existierenden „value sets“ Gebrauch machen:
  - Probleme: ICD-10, ICPC-2, ICF, NCPT, BESA, ePA-AC, ICNP, NANDA, PLAISIR, RAI-HC, MedDRA, etc.
  - Einheiten und Masse: UCUM
  - Behandlungen: CHOP, BESA, ICNP, LEP, LOINC, NIC, PLAISIR, PRN, RAI-HC, etc.
- Der Einsatz von SNOMED CT als Referenzterminologie sollte jeweils geprüft werden. Bei Anwendbarkeit sollte SNOMED CT immer eingesetzt werden.

Die IPAG eAustrittsbericht betrachtet die bisherigen Arbeiten als Grundlage für eine erste technische Umsetzung (technische Spezifikation).

Die Arbeitsgruppe schlägt die Weiterführung der IPAG eAustrittsbericht vor um das gemeinsame Prozessverständnis auch weiterhin zu fördern, die Standardisierung der verschiedenen eToC Dokumente und insbesondere der elektronischen Austrittsberichte weiter voran zu treiben und die angeführten weiteren Module weiter zu vertiefen.

## 6. Weitere Schritte

Der aktuelle Bericht legt die Grundlage für ein interdisziplinäres eToC Dokument, das bei Behandlungsübergängen verwendet werden soll, einschliesslich Behandlungsübergänge vom Spital (z.B. Spitalaustrittsbericht) oder Notfall (Notfallaustrittsbericht) zu nachbehandelnden Gesundheitsfachpersonen. Die IPAG eAustrittsbericht betrachtet die bisherigen Arbeiten als Grundlage für eine erste technische Umsetzung (technische Spezifikation).

### a) Prozessanalyse und Fallbeispiele

Die aktuellen Empfehlungen basieren auf einer interdisziplinären Diskussion und Konsensfindung unter den Berufsgruppen und –verbänden. In einem nächsten Schritt sollten die komplexen Prozesse im Detail mit Mithilfe von interdisziplinären Fallbeispielen beschrieben werden. Ein erstes, illustratives Fallbeispiel, welches sich auf die interprofessionelle Darstellung der Module beschränkt, ist in diesem Bericht bereits eingeschlossen, benötigt jedoch weiterer Arbeiten und Vertiefungen.

### b) Strukturierung von Informationen

Die rasche Verfügbarkeit relevanter Informationen ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal im Behandlungsprozess verschiedener Akteure. Sie müssen systemunabhängig sichergestellt werden können. Die Arbeiten haben aufgezeigt, dass einige Datenelemente im eToC beziehungsweise bei Behandlungsübergängen weiterverwendet werden. Um die Wiederverwendbarkeit und Interoperabilität zu fördern, sollten diese Elemente strukturiert und wenn möglich kodiert werden. Ein gutes und illustratives Beispiel beinhaltet die Allergieinformationen eines Patienten, die aktuell nicht strukturiert sind. Patienten würden von einer solchen jedoch profitieren, da relevante Informationen zu Allergien, Intoleranzen und Ausprägungen bei jeder Interaktion des Patienten mit dem Gesundheitssystem benötigt werden und eine standardisierte und strukturierte Erfassung dieser Informationen die Patientensicherheit erhöhen kann.