



## Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier

### eÜberweisungsbericht (eTransition-of-Care Dokument)

### 3. Bericht

#### Teilnehmerinnen und Teilnehmer (alphabetisch)

Dominik Aronsky	Mandat IPAG, Co-Leitung/Moderation
Esther Bättig (bis Dezember 2017)	Spitex Verband Schweiz
Susanna Bürki Sabbioni	SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Pius Bürki (ab Juni 2017)	FMH
Johannes Gnägi	eHealth Suisse
Edith Hufschmid (ab Januar 2017)	pharmaSuisse; Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker
Michael Kleinknecht (bis Dezember 2017)	SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Susanne Leu (bis Juli 2018)	SHV Schweizerischer Hebammenverband
Barbara Ruf (ab August 2018)	SHV Schweizerischer Hebammenverband
Claudine Leuthold	pharmaSuisse
Monika Lutters (ab Januar 2017)	pharmaSuisse; Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker
Roxanne Maritz	EVS ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
Gaby Millasson	physioswiss
Christelle Progin (ab 18. April 2018)	SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Daniel Ratschiller	H+ Die Spitäler der Schweiz
Florine Riesen	SVDE Schweizerischer-Verband der Ernährungsberater/innen
Reinhold Sojer (ab August 2017)	FMH, Co-Leitung
Dominic Strauss	ChiroSuisse
Judith Wagner (bis Januar 2017)	FMH, Co-Leitung
<u>Ständige Gäste</u>	
Johannes Gnägi	eHealth Suisse
Daniel Ratschiller	H+ Die Spitäler der Schweiz

Bern, den 6. Dezember 2018



# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Einführung</b> .....	<b>5</b>
2.1	eHealth Strategie 2.0 .....	5
2.2	Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier .....	5
<b>3.</b>	<b>Austauschformat «eÜberweisungsbericht»</b> .....	<b>8</b>
3.1	Begriffsbestimmung .....	8
3.2	Zweck des Berichts .....	9
3.3	Vorgehen der IPAG .....	10
3.4	Abschnittsbezeichnungen .....	11
3.5	Bezeichnungen der obersten Abschnittsebene .....	13
3.6	Weitere Inhalte .....	15
3.7	Weitere, untergeordnete Abschnittebenen .....	17
3.8	Reihenfolge der Abschnitte .....	18
3.9	Optionalitäten .....	18
3.10	Existierende und wiederverwendbare Elemente .....	18
<b>4.</b>	<b>Empfehlungen</b> .....	<b>19</b>
<b>5.</b>	<b>Weitere Schritte</b> .....	<b>20</b>

## 1. Zusammenfassung

Im 3. Bericht der Interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) „eAustrittsbericht“ werden Empfehlungen formuliert, die für den interprofessionellen Austausch von Informationen bei Behandlungsübergängen („transition-of-care“<sup>1</sup>) wichtig sind. Die behandlungsrelevanten Informationen sollen in einem Austauschformat beschrieben werden, welches Vorschläge für eine inhaltliche Strukturierung von interprofessionellen Dateninhalten macht. Es ist das Ziel den intra- und interprofessionellen Informationsaustausch bei Behandlungsübergängen zu fördern und die interprofessionellen Dateninhalte vielfältig wiederverwenden zu können.

Der Austrittsbericht beschreibt einen Informationsaustausch zwischen einer stationären Institution und der nachbehandelnden Gesundheitsfachperson. Der Austrittsbericht ist ein Spezialfall eines Berichts, der Behandlungsübergänge von einer vorbehandelnden zur nachbehandelnden Gesundheitsfachperson beschreibt. Die IPAG hat ihre Arbeiten auf den Informationsaustausch jeglicher Behandlungsübergänge erweitert und allgemeiner als „Überweisungen“ („transition-of-care“) bezeichnet. In diesem Sinn wird nicht mehr von einem Austauschformat „eAustrittsbericht“ sondern allgemeiner von einem Austauschformat „eÜberweisungsbericht“ gesprochen.

Die Empfehlungen aus dem vorliegenden Bericht für ein Austauschformat «eÜberweisungsbericht» beinhalten:

- (a) Das ePD Austauschformat „eÜberweisungsbericht“ (ehemals „eAustrittsbericht“) schlägt eine standardisierte Bezeichnung der Inhalte eines Berichts (Abschnittsbezeichnungen) vor, um einen standardisierten Informationsaustausch zu gewährleisten. Die 14 vorgeschlagenen Abschnittsbezeichnungen können auf individuelle und berufsgruppenspezifische Bedürfnisse angepasst und ergänzt werden.
- (b) Sie beabsichtigen eine möglichst vollständige Repräsentation der gebräuchlichsten Informationen eines Überweisungsberichts.
- (c) Sie dienen als Gliederung auf oberster Ebene für einen „eÜberweisungsbericht“. Vorschläge für zusätzliche oder untergeordnete Informationen werden in dieser Phase als unverbindliche Strukturelemente aufgelistet. Diese können bei Eignung in einer weiteren Phase berücksichtigt werden.
- (d) Die Abschnitte können freitextliche, strukturierte und kodierte Informationen beinhalten oder eine Kombination davon. Die Verwendung von freitextlichen Informationen soll jederzeit gewährleistet bleiben.

<sup>1</sup> «Transition of Care» Definition (US Joint Commission): "The movement of a patient from one health care provider or setting to another." [https://www.jointcommission.org/assets/1/6/TOC\\_Hot\\_Topics.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/TOC_Hot_Topics.pdf)



- (e) Das Ausfüllen des Abschnitts „Probleme“ ist in einer ersten Phase obligatorisch. Die weiteren Abschnitte sind in der vorläufigen Phase optional («empfohlen»). Die IPAG Verbände erachten jedoch die Dokumentation der Abschnitte <Medikation>, <Allergien/Unverträglichkeiten>, <Warnungen, Risiken, Hinweise> bei Behandlungsübergängen als „best practices“ und fordern, dass diese zwingend in jedem eÜberweisungsbericht anzugeben sind.
- (f) Die Reihenfolge oder Gliederung der Abschnitte ist frei wählbar und an individuelle Bedürfnisse einer Berufsgruppe oder Institution anpassbar.



## 2. Einführung

### 2.1 eHealth Strategie 2.0

Die drei primären Handlungsfelder der 2018 von Bund und Kantonen verabschiedeten eHealth Strategie 2.0<sup>2</sup> beinhalten:

- (a) die Förderung der Digitalisierung im schweizerischen Gesundheitssystem, insbesondere der Etablierung des elektronischen Patientendossiers,
- (b) die Koordination und Abstimmung digitaler Prozesse, welche die Kommunikation, die elektronische Informationsübermittlung und die Mehrfachnutzung einmal erfasster Daten verbessern soll, und
- (c) die Ausbildung und Befähigung aller im Behandlungsprozess beteiligten Personen, die digitale Informationen optimal für ihre Bedürfnisse nutzen und einsetzen können.

Teile der Umsetzung der eHealth Strategie 2.0 beinhalten die Entwicklung und den Unterhalt von Austauschformaten, welche die Interoperabilität und die Mehrfachnutzung von Informationen zwischen unterschiedlichen eHealth Anwendungen, einschliesslich des elektronischen Patientendossiers (Ziel A5) ermöglichen sollen. Zur Förderung der technischen und semantischen Interoperabilität wird eine Strategie entwickelt, welche den Unterhalt dieser Strukturen unterstützt und verbindliche Vorgaben ausgewählter Standards macht.

Die Verfügbarkeit und Verwendung von elektronischen Austauschformaten sollen einen verbesserten Informationsaustausch ermöglichen und die Wiederverwendung einmal erfasster Daten fördern. Erste Vorgaben von Austauschformaten bestehen für Labordaten (allgemeine Laborbefunde, meldepflichtige Laborbefunde, Laborbefunde im Transplantationsprozess, und Laborbefunde für Qualitätskontrolle), Impfausweis und die Medikation<sup>3</sup>. Weitere Austauschformate sind in Entwicklung und schlagen in der nächsten Phase ein Austauschformat für Austrittsberichte vor. Es ist das Ziel, dass verabschiedete Austauschformate regelmässig weiterentwickelt werden, so dass notwendige Änderungen und mögliche Erweiterungen erfolgen können.

### 2.2 Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier

Die nationalen Verbände der Gesundheitsberufe haben sich 2014 zu einer «Interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier» (IPAG EPD) zusammengeschlossen. Die Arbeitsgruppen verfolgen eine interprofessionelle und prozessorientierte Sichtweise, um die klinischen Inhalte des elektronischen Patientendossiers zu harmonisieren und den elektronischen Informationsaustausch zwischen

<sup>2</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2018/D/180214\\_Strategie\\_eHealth\\_2.0\\_Version\\_Dialog\\_NGP\\_d.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/180214_Strategie_eHealth_2.0_Version_Dialog_NGP_d.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.e-health-suisse.ch/technik-semantik/semantische-interoperabilitaet/austauschformate/bestehende-austauschformate.html>



den verschiedenen am Behandlungsprozess Beteiligten zu unterstützen. Aktuell fokussiert die IPAG EPD ihre Arbeiten auf die zwei Themen «eMedikation» und «eAustrittsbericht» bzw. «eÜberweisungsbericht».

Die IPAG hat 2015 und 2016 zwei Berichte zum eAustrittsbericht verfasst. Im Folgenden werden die daraus hervorgegangenen Empfehlungen aufgelistet. Seit der Publikation dieser Berichte sind neue Erkenntnisse gewonnen worden und die Inhalte der vorgängigen Berichte stellen nicht mehr den letzten Stand der Entwicklungen dar. Insbesondere haben sich Änderungen bei den aufgelisteten Ordnungssystemen ergeben und andere Ordnungssysteme werden in Erwägung gezogen.

### 1. Bericht der IPAG eAustrittsbericht

Im 1. Zwischenbericht (6. Juli 2015)<sup>4</sup> wurden zusammenfassend die folgenden Empfehlungen von den teilnehmenden Berufsverbänden gemacht:

- Der Austrittsbericht ist ein Spezialfall eines allgemeinen Überweisungsberichts («Transition-of-Care» Dokument). Die Aspekte verschiedener Fachdisziplinen und prozessorientierter Berichtsvarianten sollen entsprechend den Überweisungsmodellen berücksichtigt werden.
- Der interdisziplinäre<sup>5</sup> Austrittsbericht soll den aktuellen Gesundheitszustand, die Behandlung und erforderliche Folgehandlungen seitens aller Gesundheitsfachpersonen beschreiben. Die berufsgruppenspezifische Aspekte sollen sowohl modular, flexibel, als auch strukturiert und in Freitext für die Unterstützung der intra- und interdisziplinären<sup>5</sup> Kommunikation dargestellt werden können.
- Die komplexen klinischen Prozesse sollen berücksichtigt werden und die Datenerfassung durch Wiederverwendung von Primärinformationen minimiert werden.
- Ein stufenweises Vorgehen für die Harmonisierung und Standardisierung wird verfolgt:
  - (1) Identifikation der meistgebräuchlichen Module innerhalb der Berufsgruppen
  - (2) Definition und Umschreibung der Module, mit Vorschlag möglicher Bezeichnungen und Vorzugsbeschriftungen,
  - (3) Identifikation der Inhalte, die von den meisten Berufsgruppen benötigt und häufig verwendet werden,
  - (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.

<sup>4</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2015/D/150706\\_eAustrittsbericht\\_Zwischenbericht\\_IPAG\\_D.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2015/D/150706_eAustrittsbericht_Zwischenbericht_IPAG_D.pdf)

<sup>5</sup> Hier sind eher die «interprofessionellen» als die «interdisziplinären» Aspekte des eAustrittsberichts und Kommunikation gemeint.



- Im Sinne eines «minimal data set» sollen vier Module prioritär angegangen werden: (1) Medikamente/Austrittsverordnung, (2) Diagnoseangaben, (3) Behandlungen, und (4) Nachbehandlungen.

## 2. Bericht der IPAG eAustrittsbericht

Im 2. Zwischenbericht (16. Januar 2016)<sup>6</sup> wurden zusammenfassend die folgenden Empfehlungen von den teilnehmenden Berufsverbänden gemacht

### 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 eine Kombination von strukturierten, kodierten oder freitextlichen Informationen sein. Bei Eignung sollen bestehende Ordnungssysteme und «value sets» angewendet werden.
- c) Die Einträge sollen mit entsprechenden Metadaten versehen werden.
- d) Der Gebrauch von lokalen, berufsgruppen- oder fachspezifischen Bezeichnungen für die jeweiligen Module, sowie spezifischer Terminologien innerhalb dieser Module soll möglich sein.

### 2. Medikamente

- a) Der Medikationsabgleich («medication reconciliation») ist Bestandteil des eTransition-of-Care Dokuments.
- b) Medikationsverordnungen sollen sich an dem Austauschformat/Bericht der eMedikation orientieren. [*Anmerkung*: die im 2. Bericht beschriebenen Empfehlungen wurden vor dem eMedikationsbericht publiziert und sind überholt. Empfehlungen für die Medikation sollten sich vollumfänglich nach den Vorgaben des eMedikationsberichtes vom 8. Mai 2018 richten<sup>7</sup>].

### 3. Strukturierung und Ordnungssysteme

- a) Die Elemente des eTransition-of-Care Dokuments sollen möglichst 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 und bei Anwendbarkeit eingesetzt werden.

<sup>6</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2016/D/160119\\_eAustrittsbericht\\_Bericht\\_IPAG\\_D.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2016/D/160119_eAustrittsbericht_Bericht_IPAG_D.pdf)

<sup>7</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2018/D/180508\\_CDA-CH-EMED\\_de.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2018/D/180508_CDA-CH-EMED_de.pdf)





### 3. Austauschformat «eÜberweisungsbericht»

#### 3.1 Begriffsbestimmung

Für die effiziente und effektive Behandlung und Betreuung der Patienten ist ein lückenloser und vollständiger Informationsaustausch zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsfachpersonen an den Behandlungsübergängen erforderlich. Diese Informationen, die in Form von Berichten ausgetauscht werden, tragen unterschiedliche Bezeichnungen, wie «Einweisungsbericht», «Zuweisungsbericht», «Überweisungsbericht», «Notfallaustrittsbericht», «Austrittsbericht» (pflegerisch, ärztlich, etc.), «Übertrittsbericht», oder dergleichen. Sie werden zwischen unterschiedlichen Institutionen, innerhalb einer Institution, zwischen verschiedenen Behandelnden oder anderen, betreuenden Gesundheitsfachpersonen ausgetauscht. In der Praxis weisen diese Berichte eine ähnliche inhaltliche Struktur auf und können neben Fliesstext auch strukturierte oder kodierte Elemente enthalten.

Im englischen Sprachgebrauch werden Behandlungsübergänge oder Überweisungen oft als «transition-of-care» bezeichnet, und dementsprechend wird oft der Begriff «transition-of-care document» verwendet. In diesem Sinne ist die Überweisung («transition-of-care») als Überbegriff der obengenannten, unterschiedlichen Dokumente («Zuweisungsbericht», «Austrittsbericht», etc.) zu verstehen. Im deutschsprachigen Gebrauch<sup>8</sup> kommt der Begriff «Überweisung» der Bedeutung «transition-of-care» am nächsten (französisch: «transition de soins»; italienisch: «transizione di cura»).

Der Begriff «eÜberweisungsbericht» oder «Überweisungsdokument» wird im vorliegenden Bericht für den Informationsaustausch von generellen Behandlungs- und Betreuungsübergängen von Patienten angewendet, die zwischen unterschiedlichen Gesundheitsfachpersonen, Institutionen und dem Patienten erfolgen können (Abbildung 1).

Der «Austrittsbericht» (z.B. aus dem Spital, dem Notfall, der Pflegeinstitution, oder der Rehabilitation) stellt lediglich einen Sonderfall eines «Überweisungsberichts» dar. Er umfasst jene klinischen Informationen, die beim Übergang des Patienten von einer stationären Institution zur nachfolgenden Gesundheitsfachperson oder Institution von Bedeutung sind. Sinngemäss wird von der IPAG vorgeschlagen, das Austauschformat «eAustrittsbericht» in der allgemeineren Formulierung als Austauschformat «eÜberweisungsbericht» zu benennen.

<sup>8</sup> Im deutschen Sprachraum hat der Begriff «Überweisung» oder das damit verbundene Dokument «Überweisungsbericht» eine eingeschränktere Bedeutung. Er wird meistens für eine Weiterleitung der Patienten von einer behandelnden Gesundheitsfachperson, oft aus dem ambulanten Bereich, an eine andere Gesundheitsfachperson oder Gesundheitsinstitution verwendet (englisch: «referral»).



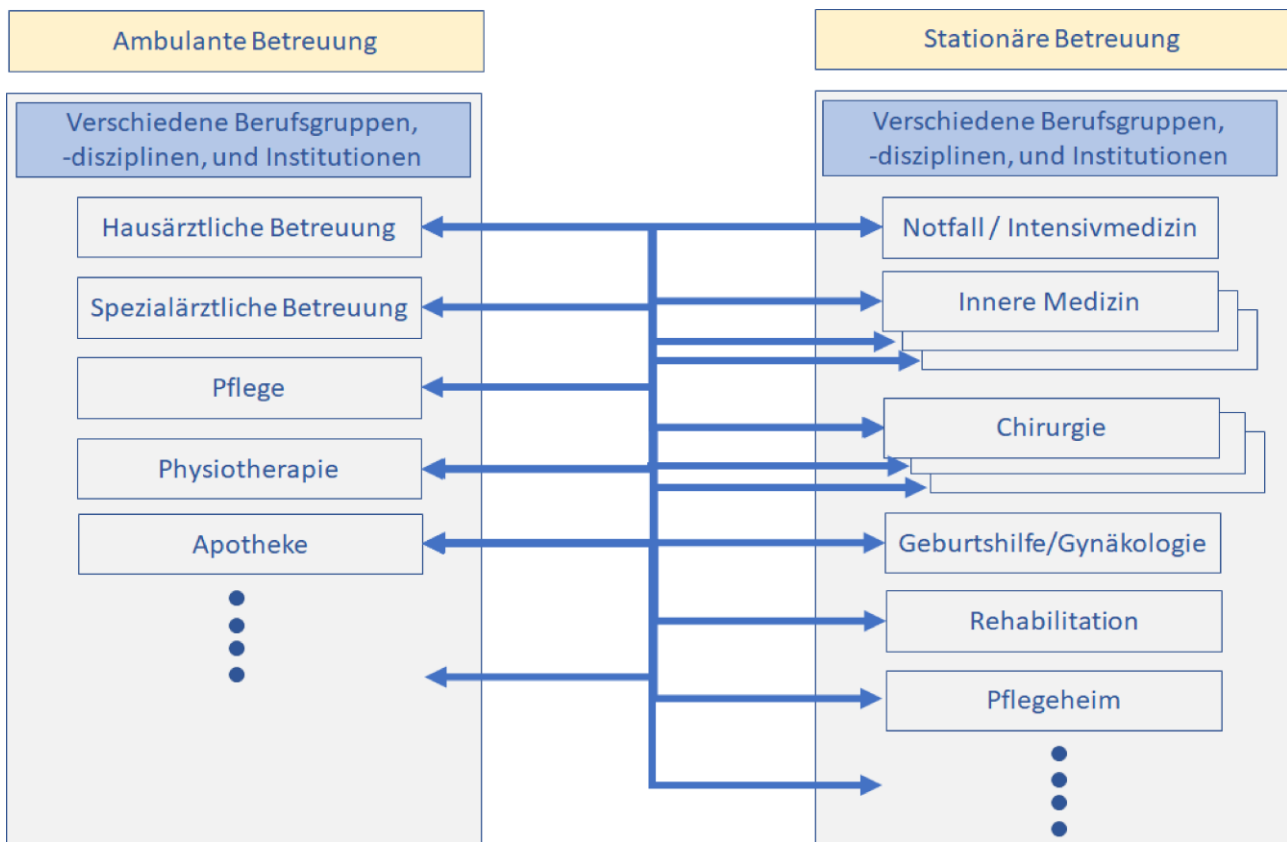


Abbildung 1: eÜberweisungsberichte – Die Abbildung illustriert beispielhaft die vielfältigen Informationsflüsse von Überweisungsdaten zwischen verschiedenen Gesundheitsfachpersonen (nicht vollständiges oder abschliessendes Beispiel von Datenflüssen).

### 3.2 Zweck des Berichts

Das Ziel des vorliegenden IPAG Berichts ist die Empfehlung einer inhaltlichen Strukturierung von interprofessionellen eÜberweisungsberichten sowie eine erste Version eines elektronischen Austauschformates für die Verwendung im elektronischen Patientendossier. Diese Version wird in weiteren Phasen und bei Bedarf durch die IPAG verfeinert und erweitert. Dadurch soll die semantische Interoperabilität gefördert und der elektronische Datenaustausch bei Behandlungs-übergängen vereinfacht und zu einem gewissen Grad vereinheitlicht werden.

Überweisungen zwischen unterschiedlichen Behandelnden können stark voneinander abweichen, sowohl bezüglich Inhalt als auch Struktur. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass gewisse grundlegende Informationsinhalte bei allen Überweisungen in einer gewissen Form und Weise vorhanden sein sollten, da ansonsten Informationslücken entstehen.

Vorerst werden übergeordnete Abschnitte (oberste Ebene) vorgeschlagen, die berufsgruppenübergreifend sind. Dabei hat der interprofessionelle Ansatz ein grosses Gewicht, d.h., dass die obersten Abschnittstrukturen inter- und intraprofessionell verwendet und ausgetauscht werden können.



Die Empfehlungen der IPAG richten sich vordergründig an die Beschreibung der klinischen Inhalte. Falls anwendbar und sinnvoll, können bereits vorhandene, strukturierte Datenblöcke oder kodierte Elemente verwendet werden. Diese sollen in einer späteren Phase verfeinert werden. Initial soll die Akzeptanz der vorgeschlagenen Inhaltsstrukturen und deren Verwendung im Rahmen der Austauschformate priorisiert werden. Mit diesem Ansatz sollen erste Erfahrungen mit einem interprofessionellen Austauschformat für eÜberweisungsberichte gemacht und allen Berufsgruppen grösstmögliche Flexibilität bei der Beschreibung von Inhalten gegeben werden.

*Hinweis:* Der Bericht befasst sich lediglich mit klinischen, behandlungsrelevanten Informationen. Der Austausch von rein administrativen Daten in Bezug auf den Patienten, die Behandelnden oder Versicherungen werden an anderer Stelle definiert (Austauschformat CDA-CH und in EPDG Verordnung).

### 3.3 Vorgehen der IPAG

Die Abschnittsbezeichnungen der obersten Ebene wurden während mehreren Workshops iterativ und unter Berücksichtigung aller in der IPAG vertretenen Berufsgruppen entwickelt. Die IPAG Mitglieder entwickelten eine Aufstellung von möglichen Inhalten basierend auf folgenden Informationen: existierende Beispiele unterschiedlicher Austritts- und Überweisungsberichte der verschiedenen IPAG Berufsgruppen<sup>9</sup>, Beispiele von Austrittsberichten anderer Länder<sup>10,11,12</sup>, Informationen aus der Literatur<sup>7</sup> und Inhalte von verschiedenen Austauschformaten anderer Organisationen, die sich mit dem Thema «transition-of-care» befassen.

Im Sinne einer möglichst umfassenden Erfassung und Weitergabe von interprofessionellen Informationen in Form eines Überweisungsberichts, wurde von der IPAG initial eine Zusammenstellung möglicher Elemente erfasst. Aus dieser Zusammenstellung wurden dann die übergeordneten Abschnitte für die oberste Ebene erstellt. Die übrigen Elemente wurden als eher untergeordnet bezeichnet und im weiteren Prozess zur Bewahrung der Übersicht mitgeführt, aber nicht festgelegt. Diese untergeordneten Elemente sollen in diesem Bericht lediglich exemplarisch aufgeführt werden, so dass ein gewisser Kontext für eÜberweisungsberichte entsteht, der eine möglichst umfassende Sicht von Patientendaten bei Überweisungen ermöglicht. Eine vollständige Sicht aller Aspekte liegt jedoch ausserhalb der Bestrebungen, und die freitextliche Erfassung von weiteren behandlungsrelevanten Patienteninformationen soll jederzeit möglich bleiben.

Die Mitglieder der IPAG haben Beispiele aus ihrer Berufspraxis zu einer initialen Validierung der Abschnittsbezeichnungen auf der obersten Ebene herangezogen. Das Ziel dieser exemplarischen Validierung diente der Überprüfung der Vollständigkeit und

<sup>9</sup> [https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2015/D/150706\\_eAustrittsbericht\\_Zwischenbericht\\_IPAG\\_D.pdf](https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2015/D/150706_eAustrittsbericht_Zwischenbericht_IPAG_D.pdf)

<sup>10</sup> <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/antraege/entlassungsbrief>

<sup>11</sup> <http://download.hl7.de/documents/cdar2-arztbrief/Arztbrief2014-v100.pdf>

<sup>12</sup> <http://www.bvitg.de/arztbrief.html>



zur Identifikation potentieller Aspekte, die im aktuellen Vorschlag nicht oder ungenügend abgedeckt sind.

### 3.4 Abschnittsbezeichnungen

Abschnittsbezeichnungen bezeichnen einen Abschnitt eines Überweisungsberichts und repräsentieren die Strukturierung von spezifischen Überweisungsinformationen in die dafür vorgesehenen Abschnitte. Behandlungsrelevante Daten sollen nicht irgendwo in einem elektronischen Dokument erscheinen, sondern in den dafür vorgesehenen Abschnitten, wobei die interprofessionellen und berufsspezifischen Aspekte zu berücksichtigen sind. Dafür werden in diesem Bericht einheitliche Bezeichnungen der Abschnitte empfohlen, so dass der technische Austausch zwischen verschiedenen Informationsquellen ermöglicht wird.

Vorerst werden Abschnittsbezeichnungen auf der obersten Abschnittsebene empfohlen. Es erscheint wichtig, eine erste Akzeptanz unter den Gesundheitsfachpersonen und Patienten zu erlangen, bevor weitere Vorgaben zu Strukturierungen für untergeordnete Abschnitten in Erwägung gezogen werden. In diesem Bericht werden die unterschiedlichen Bedürfnisse der Berufsgruppen stark berücksichtigt werden, da die inhaltlichen Bedürfnisse sich eventuell bei weiterer Vertiefung von einer interprofessionellen Sicht weiter entfernen und berufsspezifische Abschnitte beinhalten. Diese spezifischeren Abschnitte haben unter Umständen beim inter-professionellen Informationsaustausch eine etwas geringere Bedeutung als beim intraprofessionellen Austausch. Diese Aspekte müssen in einer späteren Phase angegangen werden. Innerhalb der Abschnitte der obersten Ebene sind in der jetzigen Phase jegliche Datenformate nebeneinander möglich, wie z.B. Freitext, kodierte Informationen, weitere strukturierte Datenelemente, etc.

Um lokale Präferenzen und berufsgruppenspezifische Begriffe von Abschnittsbezeichnungen zu berücksichtigen und zu ermöglichen (z.B. innerhalb einer Klinik oder Fachspezialität), beinhalten die Abschnittsebenen zwei unterschiedliche Inhaltsbezeichner, welche einerseits die technische Interoperabilität gewährleistet und andererseits die Verwendung der gewohnten klinischen Begriffe, welche sich als Überschriften bei Institutionen, Kliniken, oder Berufsgruppen eingebürgert haben, ermöglichen. Der technische Begriff (in diesem Bericht mit spitzen Klammern <...> aufgeführt) ist für den Anwender nicht sichtbar und kann nicht verändert werden, da er zur Übermittlung und klaren Identifizierung eines Abschnitts auf technischer Ebene dient. In den verschiedenen Informationsquellen und Berufsgruppen werden jedoch andere klinische Begriffe bei der Darstellung verwendet, wie z.B. «Pflegethemen», «ergotherapeutische Problemstellung», «Diagnose», etc. (in diesem Bericht mit «...» aufgeführt, siehe (Tabelle 1). Bei der Darstellung der Abschnitte im sendenden und empfangenden System können diese berufsgruppen- und klinikspezifischen Bezeichnungen voneinander abweichen, so dass lokale und gebräuchliche Bezeichnungen weiterhin verwendet werden können.



Tabelle 1: Abbildung des technischen Begriffs <Probleme> auf die unterschiedlichen Bezeichnungen in den verschiedenen Berufsgruppen

technische Bezeichnung	fachliche Bezeichnung (pflegerisch)	fachliche Bezeichnung (ärztlich)
< Probleme >	«Pflegeprobleme»	«Diagnosen»

Im Kontext des Austauschformats des ganzen Überweisungsdokuments illustriert Abbildung 2 diesen Prozess nochmals anhand des Abschnitts «Probleme». Institution A verwendet beim Abschnitt mit dem Bezeichner <Probleme> den klinischen Begriff «Pflegediagnose». Sobald ein eÜberweisungsbericht erstellt wird, werden alle Texte, welche «Pflegeprobleme» betreffen, unstrukturiert in der Abschnittsebene <Probleme><Pflege> abgelegt. Falls strukturierte oder kodierte Daten vorhanden sind, wie z.B. kodierte Pflegeprobleme, kann eventuell die Struktur oder Kodierung verloren gehen, da sie im Austauschformat nicht zwingend definiert ist. Die Kodierung der Pflegeprobleme wird zwar dargestellt, jedoch in Freitextformat.

Sobald Institution B das Austauschformat übernehmen möchte, wird dieses in das aktuelle Informationssystem eingelesen. Die Informationen in der Abschnittsebene <Probleme><Pflege> werden im entsprechenden Abschnitt dargestellt, wobei die lokal bevorzugte Bezeichnung nun «Pflegeprobleme» ist, und nicht mehr «Pflegediagnose» wie bei Institution A. Falls die freitextliche Darstellung einer von Institution A kodierten Pflegediagnose vom empfangenden System nicht in der kodierten Form verstanden bzw. eingelesen werden kann, wird dies als Freitext im entsprechenden Abschnitt dargestellt. Das empfangende System stellt die Information dar, kann sie jedoch nicht als kodiertes Datenelement weiterverwenden.

Am Beispiel der ärztlichen Diagnosen (in Abbildung 2 unter <Probleme><ärztlich> dargestellt) wird illustriert, dass gewisse Strukturierungen nicht sinngemäss übermittelt werden können. Institution A unterscheidet in ihrem System eine zusätzliche Strukturierung mit Haupt- und Nebendiagnosen, die im Austauschformat nicht festgelegt ist. Bei der Erstellung des austauschfähigen Dokuments geht diese Strukturierung verloren, und alle Elemente werden als Textblock in der Abschnittsebene <Probleme><ärztlich> abgelegt. Beim Einlesen dieser Abschnitte wird eine Liste ärztlicher Probleme vorhanden sein. Im einlesenden System wird der lokal gebräuchliche Begriff «Diagnosen» verwendet und die eingelesene Liste wird in diesem Block dargestellt. Es ist möglich, dass das empfangende Informationssystem ebenfalls eine Strukturierung erlaubt, z.B. die lokal bevorzugten Begriffe «aktive Diagnose» und «passive Diagnose». Um diesen Strukturierungsgrad wieder zu erreichen, wird eine manuelle Zuweisung beim Einlesen erforderlich sein, da das Austauschformat die lokale Strukturierung nicht kennt.

Werden gewisse Texte in der Abschnittsebene <Probleme> eindeutig mit einer Kodierung versehen, so ist eine direkte Übernahme im empfangenden System möglich. Wird zum Beispiel die Diagnose «Diabetes mellitus Typ 2» mit einem ICD-Kode versehen und der ICD-Kode als Metadatum im Austauschformat erkennbar gemacht, so kann diese Kodierung vom empfangenden System eingelesen und als kodierte Datenstruktur weiterverwendet werden.

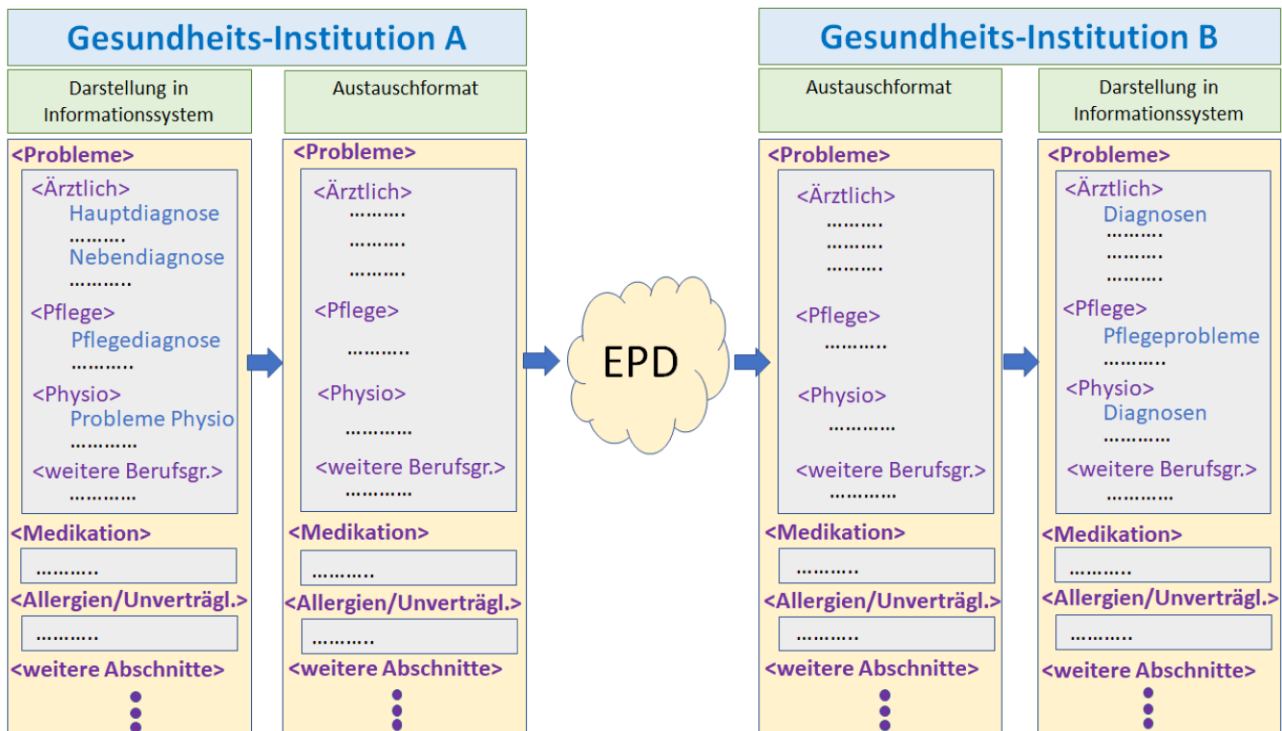


Abbildung 2: Übermittlung von Informationen im «eÜberweisungsbericht»: Das Austauschformat ermöglicht die strukturierte Übermittlung von definierten Abschnitten (oberste Ebene), wobei es möglich ist, dass weiterführende, untergeordnete Datenstrukturierung und -kodierungen bei der Erstellung des Austauschformats «eÜberweisungsbericht» verloren gehen, d.h., als Freitext im Austauschformat dargestellt werden, da diese im Austauschformat nicht festgelegt bzw. definiert sind. Im empfangenden System werden diese Elemente als Freitext dargestellt, ausser wenn das empfangende System die Kodierung interpretieren kann.

### 3.5 Bezeichnungen der obersten Abschnittsebene

Die vorgeschlagenen Abschnittsbezeichnungen (Tabelle 2) definieren eine einheitliche Bezeichnung der gebräuchlichsten Elemente auf der obersten Abschnittebene. Die einheitlichen Bezeichnungen ermöglichen den Informationsaustausch auf technischer Ebene.



Tabelle 2: eÜberweisungsbericht - Technische Abschnittsbezeichnungen auf der obersten Ebene des Austauschformats

Oberste Abschnittsebene (technischer Begriff im Austauschformat)	Beschreibung der möglichen, klinischen Inhalte verschiedener Gesundheitsfachpersonen (exemplarisch und nicht abschliessend)
<b>Überweisungsgrund</b>	Grund für die Ein- oder Überweisung des Patienten
<b>Probleme</b>	Diagnosen und Probleme, einschliesslich aktive/passive, primäre/sekundäre Diagnosen, Haupt-/Neben-Probleme, Verdachtsdiagnosen/-Probleme, Symptome, Gesundheitszustand, Pflegeprobleme, Pflegephänomene, Pflege-diagnosen, ergotherapeutische Problemstellung, o.ä.
<b>Medikation</b>	aktuelle Medikation gemäss der eMedikation oder äquivalenter Informationen; Ein-/Austrittsmedikation, gestoppte/geänderte Medikation
<b>Allergien und Unverträglichkeiten</b>	Bekannte (bestätigte/unbestätigte) Allergien und Unverträglichkeiten des Patienten
<b>Patientenverfügungen</b>	Informationen bezüglich bestehender Patientenverfügungen
<b>Anamnese</b>	Anamnestische Patienteninformationen, z.B. jetziges Leiden, persönliche Anamnese, Systemanamnese, Familienanamnese, Sozialanamnese, Schwangerschaften/Geburten, Impfstatus, Bezugspersonen des Patienten, Beruf/Arbeit, Umweltfaktoren, Prioritäten, Genussmittel, Ressourcen, Medikationsadhärenz, potentielle oder aktuelle Arzneimittelprobleme, Betätigungsanalyse, Betätigungsprofile, etc.
<b>Befunde und Abklärungen</b>	diagnostische Untersuchungen und Abklärungen (z.B., Radiologie, Labor, genetische Tests), einschliesslich Resultate falls vorhanden, kognitive und funktionelle Kapazität/Autonomie, Assessment Resultate, Beobachtungen, Vitalparameter, Hilfsmittelabklärungen, Wohnsituationsabklärung, pharmazeutische Abklärungen, etc.
<b>Behandlungen</b>	therapeutische Interventionen, präventive Massnahmen, Edukation, Beratung, therapeutische Ziele, Implantate, erfolgte Instruktionen zur Anwendung von Arzneimitteln, etc.
<b>Verlauf</b>	Zusammenfassung von verlaufsrelevanten Informationen während Behandlungsabschnitt
<b>Beurteilung</b>	Interpretation der aktuellen Patientensituation
<b>Weitere Massnahmen und Empfehlungen</b>	Relevante Informationen in der weiteren Behandlung der Patienten, einschliesslich Termine, offene Befunde, Vorsorgeuntersuchungen, weitere geplante/nötige Abklärungen, Isolation, Hilfsmittel (Rollstuhl, Sauerstoff), Material, Medikamentenmonitoring, Unterstützungsmassnahmen zur Medikationseinnahme, Therapievereinbarungen, etc.
<b>Weitere Informationen</b>	An den Patienten abgegebene Dokumente und Informationen, die direkt mit der Patientenbehandlung in Verbindung stehen (im Gegensatz zu rein administrativen Datenelementen), wie z.B. Fahrtüchtigkeit, Arbeitsfähigkeit, Versicherungsinformationen, Kontakt-/Ansprechpersonen (Gesundheitsfachperson), hergestellte, importierte oder mitgegebene Medikamente, Lebenswelt der Patienten/-innen, Selbstmanagement, Coping-Strategien
<b>Warnungen, Risiken, und Hinweise</b>	Relevante Informationen, die in der Behandlung der Patienten bedeutend sein könnten, wie z.B., Einflüsse auf Medikamenten-Wirkung (slow-metabolizer, genetische Faktoren), Einfluss auf Medikamenten-Einnahme (Schluckbeschwerden), Sturzgefahr, Stillzeit, Mangelernährung, Infektionen, multi-resistente Keime, Dekubitusrisiko, Interaktionen, Medikamentenadhärenz, etc.
<b>Präferenzen des Patienten</b>	Persönliche Bevorzungen der Patienten



*Hinweis:* Der Abschnitt «Weitere Informationen» bezieht sich auf patienten- und behandlungsrelevante Informationen, und unterscheidet sich von rein administrativen Informationen, die nicht direkt mit der Patientenbehandlung in Verbindung stehen, wie z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum oder Informationen der zuweisenden oder empfangenden Gesundheitsfachperson. Diese Datenelemente werden an anderer Stelle definiert und nicht in diesem Bericht besprochen werden.

### 3.6 Weitere Inhalte

Weitergehende Informationen und Datenelemente von eher untergeordneter Art werden aufgrund der angestrebten, möglichst umfassenden Darstellung der Inhalte exemplarisch erwähnt; ein Anspruch auf Vollständigkeit wird nicht gemacht. Die zusätzlichen Datenelemente und Inhalte sind jedoch aktuell nicht Teil des vorgeschlagenen Austauschformats, sondern dienen als Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung der Inhalte und einer möglichen Strukturierung auf untergeordneten Ebenen. In Tabelle 3 wird ein Beispiel einer denkbaren weiteren Strukturierung auf untergeordneten Ebenen aus ärztlicher Sicht exemplarisch dargestellt.

Jede Berufsgruppe verfügt bereits auf der obersten Ebene über sehr spezifische und voneinander abweichende Begriffe und Strukturierungen. Es ist wahrscheinlich, dass für jede Berufsgruppe eine alleinstehende Strukturierung oder Gliederung ab untergeordneten Ebenen notwendig sein wird. Abbildung 3 illustriert beispielhaft die unterschiedlichen Begriffe für die ärztliche, pflegerische und ergotherapeutische Sicht. Auch auf dieser Ebene sollen lokal gebräuchliche Begriffe verwendet und berufsgruppen-spezifische Codes ausgetauscht werden können.

In Abbildung 3 ist ersichtlich, dass alle Berufsgruppen ihre «Probleme» unter dem gleichen technischen Begriff erfassen (<Probleme>), jedoch trennen die berufsgruppenspezifischen Begriffe (Gesundheitsfachperson 1-3) die jeweiligen Abschnitte voneinander ab. Es ist leicht ersichtlich, dass das Austauschformat eÜberweisungsbericht bei Berücksichtigung aller Aspekte ein sehr langes, elektronisches Dokument werden kann. Der Zweck des Austauschformates ist es, alle relevanten Informationen in einem Austauschformat oder elektronischem Dokument erfassen zu können. Eine geeignete und flexible Visualisierung und intelligente Wiederverwendung der Inhalte müssen den entsprechenden primären Informationssystemen überlassen werden, welche oftmals nur bestimmte Aspekte oder Abschnitte übernehmen bzw. anzeigen werden.



Table 3: Weitere Strukturierungsmöglichkeiten auf untergeordneten Ebenen (exemplarisch und nicht abschliessend).

Oberste Abschnittsebene	Mögliche untergeordnete Elemente und Inhalte
<b>Überweisungsgrund</b>	
<b>Probleme</b>	Haupt-/Nebenprobleme
	Verdachtsdiagnose
<b>Medikation</b>	
	Medikation bei Eintritt
	Medikation bei Austritt
<b>Allergien/Unverträglichkeiten</b>	
<b>Patientenverfügungen</b>	
<b>Anamnese</b>	Jetziges Leiden
	Persönliche Anamnese
	System Anamnese
	Familien Anamnese
	Sozial Anamnese
	Impfstatus
<b>Befunde/Abklärungen</b>	Status
	Konsilien
	Labor
	Bildgebung
	funktionelle/kognitive Kapazität/Autonomie
<b>Behandlung</b>	Therapie
	Behandlungsziele
	Behandlungsressourcen
	Interventionen (diagnostisch/therapeutisch)
	Edukation/Beratung
<b>Verlauf</b>	
	Status bei Austritt
<b>Beurteilung</b>	
<b>Weitere Massnahmen/Empfehlungen</b>	Prozedere
	Pendente Informationen
	Termine
	Präventionsmassnahmen
<b>Administrative Informationen</b>	Abgegebene Dokumente
	Fahrtüchtigkeit
	Arbeitsfähigkeit
	Versicherungs-Informationen
<b>Warnungen, Risiken und Hinweise</b>	
<b>Präferenzen des Patienten</b>	

Oberste Sektionenebene (technischer Term)	Abschnitte für Berufsgruppen			
	Gesundheitsfachperson 1 (z.B. ärztlich)	Gesundheitsfachperson 2 (z.B. Pflege)	Gesundheitsfachperson 3 (z.B. Ergotherapie)	Gesundheitsfachperson (weitere Berufsgruppen)
<Probleme>	Haupt-/Nebenprobleme	Aktueller Gesundheitszustand	Einschränkungen in der Betätigungsperformanz	.....
	Verdacht-Diagnose	Pflegeprobleme, Pflege- phänomene, Pflegediagnosen (Risiko, Ressource)	Einschränkungen in der Partizipation	.....
	Symptome	Bemerkungen		
		Diagnose/Beurteilung andere Gesundheitsfachpersonen		



Oberste Abschnittsebene
<Probleme>
<Ärztlich>
[Freitext] Haupt-/Nebenprobleme Verdacht-Diagnose Symptome
<Pflege>
[Freitext] Aktueller Gesundheitszustand Pflegeprobleme, Pflegephänomene, Pflegediagnosen (Risiko, Ressource) Bemerkungen Diagnose/Beurteilung andere Gesundheitsfachpersonen
<Ergotherapie>
[Freitext] Einschränkungen in der Betätigungsperformanz Einschränkungen in der Partizipation
<weitere Berufsgruppen>
[Freitext] ..... ..... .....

Abbildung 3: Mögliche berufsgruppenspezifische Strukturierung der Abschnittsebenen am Beispiel des Bereichs <Probleme> für drei unterschiedliche Berufsgruppen (Gesundheitsfachperson 1-3). Die schwarzen, technischen Bezeichnungen sind im interprofessionellen Austauschformat vorgegeben; die blauen Begriffe sind mögliche Inhalte, die in diesen Abschnitten erscheinen können, werden aber nicht vorgegeben, sondern können individuell gehandhabt werden. Dabei sind freitextliche Elemente, wie auch strukturierte oder kodierte Formen denkbar, wobei diese im Austauschformat prinzipiell als Freitext abgebildet werden.

### 3.7 Weitere, untergeordnete Abschnittebenen

Die detaillierte Ausarbeitung weiterer Abschnittsebenen ist aktuell nicht sinnvoll. Es gibt jedoch Aspekte der Patientenbehandlung, die sich auf gleichen oder untergeordneten Ebenen darstellen lassen. Als Beispiele dienen «Genussmittel, Tabak- und Alkoholenuss» oder «Diät», die z.B. entweder unter Systemanamnese oder eigenständig unter Anamnese aufgeführt werden können. Dies bedeutet, dass die Gesundheitsfachpersonen im aktuellen Vorschlag des Austauschformats «eÜberweisungsbericht» diese Inhalte (siehe Beispiele in Tabelle 2) an frei wählbarer Stelle freitextlich angeben können.



### 3.8 Reihenfolge der Abschnitte

In den vorherigen Abbildungen und Tabellen ist die Reihenfolge der Abschnittsbezeichnungen arbiträr. Die Reihenfolge kann von allen Beteiligten frei und entsprechend den lokalen Bedürfnissen flexibel angepasst werden.

### 3.9 Optionalitäten

Zur Förderung der Akzeptanz und Erfahrungssammlung wird in der initialen Phase des Austauschformats «eÜberweisungsbericht» lediglich der Abschnitt <Probleme> als obligatorisch anzugeben sein. Dies bedeutet, dass jedes Überweisungsdokument mindestens eine Beschreibung der Probleme beinhalten muss, da das Austauschformat «eÜberweisungsbericht» ansonsten nicht gültig ist.

Es ist empfehlenswert und oft notwendig, dass Überweisungsdokumente mehr Informationen als lediglich die Probleme des Patienten beinhalten. Die IPAG Fachverbände erachten die Angaben der Abschnitte <Medikation>, <Allergien/Unverträglichkeiten>, <Warnungen, Risiken, Hinweise> als «best practices» bei der Dokumentation jeglicher Behandlungsübergänge. Daher wird es dringend empfohlen diese Angaben bei jedem eÜberweisungsbericht anzugeben.

Das Fehlen der Abschnitte <Medikation>, <Allergien/Unverträglichkeiten>, <Warnungen, Risiken, Hinweise> sollte jedoch zum aktuellen Zeitpunkt kein Hindernis darstellen, die Daten des Austauschformats zu erfassen und übermitteln zu können. Sobald Gesundheitsfachpersonen mehr Erfahrungen mit dem Austauschformat «eÜberweisungsbericht» haben, kann in nachfolgenden Phasen evaluiert werden, ob diese und andere Abschnitte zusätzlich unbedingt («obligatorisch») vorhanden sein müssen.

### 3.10 Existierende und wiederverwendbare Elemente

Für einige in diesem Bericht beschriebenen Abschnittselemente bestehen bereits definierte Austauschformate (z.B. Labor, Impfdossier, Medikamente). Es ist zu erwarten, dass zukünftig zusätzliche Abschnittselemente als eigenständige Austauschformate zur Verfügung stehen werden. Abschnittselemente, die auf einem bestehenden Austauschformat basieren, können als Baukastenelemente oder vorstrukturierte Textbausteine im Austauschformat «eÜberweisungsbericht» angewandt werden. Diese Anwendung kann sowohl bei der Erstellung als auch der Ablage eines eÜberweisungsberichts hilfreich sein.

Beispielsweise könnte die aktuelle Medikation von einem existierenden Austauschformat (eMedikation) als strukturierter Baustein eingelesen und als Ausgangspunkt zum Medikationsabgleich verwendet werden. Abänderungen bei der Medikation könnten danach in einer neuen Version der eMedikation abgelegt und eventuell auch direkt im Überweisungsdokument aufgelistet werden.



## 4. Empfehlungen

Die Empfehlungen aus dem vorliegenden Bericht für ein Austauschformat «eÜberweisungsbericht» beinhalten:

- (a) Das ePD Austauschformat „eÜberweisungsbericht“ (ehemals „eAustrittsbericht“) schlägt eine standardisierte Bezeichnung der Inhalte eines Berichts (Abschnittsbezeichnungen) vor, um einen standardisierten Informationsaustausch zu gewährleisten. Die 14 vorgeschlagenen Abschnittsbezeichnungen können auf individuelle und berufsgruppenspezifische Bedürfnisse angepasst und ergänzt werden.
- (b) Sie beabsichtigen eine möglichst vollständige Repräsentation der gebräuchlichsten Informationen eines Überweisungsberichts.
- (c) Sie dienen als Gliederung auf oberster Ebene für einen „eÜberweisungsbericht“. Vorschläge für zusätzliche oder untergeordnete Informationen werden in dieser Phase als unverbindliche Strukturelemente aufgelistet. Diese können bei Eignung in einer weiteren Phase berücksichtigt werden.
- (d) Die Abschnitte können freitextliche, strukturierte und kodierte Informationen beinhalten oder eine Kombination davon. Die Verwendung von freitextlichen Informationen soll jederzeit gewährleistet bleiben.
- (e) Das Ausfüllen des Abschnitts „Probleme“ ist in einer ersten Phase obligatorisch. Die weiteren Abschnitte sind in der vorläufigen Phase optional («empfohlen»). Die IPAG Verbände erachten jedoch die Dokumentation der Abschnitte <Medikation>, <Allergien/Unverträglichkeiten>, <Warnungen, Risiken, Hinweise> bei Behandlungsübergängen als „best practices“ und fordern, dass diese zwingend in jedem eÜberweisungsbericht anzugeben sind.
- (f) Die Reihenfolge oder Gliederung der Abschnitte ist frei wählbar und an individuelle Bedürfnisse einer Berufsgruppe oder Institution anpassbar.

## 5. Weitere Schritte

Die IPAG empfiehlt eine erste Struktur eines Austauschformats zum «eÜberweisungsbericht», die interprofessionellen Aspekte in einem möglichst flexiblen elektronischen Dokument beschreibt. Es wird wichtig sein, erste praktische Erfahrungen im Umgang mit dem Austauschformat zu machen, um dieses weiterentwickeln zu können.

Mögliche weitere Schritte beinhalten:

- a) Erarbeitung des technischen Austauschformates basierend auf den vorliegenden Berichtsinhalten. Die technische Umsetzung liegt in der Verantwortung von eHealth Suisse. Die IPAG und die vertretenen Fachverbände erwarten, dass die Implementierung und Umsetzung des Austauschformats „eÜberweisungsbericht“ unter Einbezug der IPAG Fachverbände und anderer Parteien erfolgen wird.
- b) Die IPAG ist im Begriff ein Fallbeispiel zu erarbeiten, das gewisse Inhalte eines interprofessionellen eÜberweisungsberichts darstellt.
- c) Für die Nutzung des Austauschformates «eÜberweisungsbericht» im EPD ist es unabdingbar, dass seitens eHealthSuisse geeignete Anreize gesetzt werden. So muss insbesondere die technische Möglichkeit der strukturierten Erfassung der Elemente eines «eÜberweisungsberichts» in den Primärsystemen vorhanden sein. Nur so kann verhindert werden, dass mittel- bis langfristig unstrukturierte Dokumente und nicht wiederverwendbare Datenelemente im EPD erfasst werden.
- d) Sammeln von Praxiserfahrungen (z. B. Projectathon) mit den vorgeschlagenen Inhalten bevor diese in einer gesetzlichen Verordnung festgelegt werden (Vorgehen analog eMedikation).
- e) Ausarbeitung weiterer Inhalte des Austauschformates «eÜberweisungsbericht», die auf den untergeordneten Ebenen erscheinen; diese Arbeiten werden sich dann mehr auf intraprofessionelle Inhalte und Prozesse fokussieren.
- f) Integration von Informationen anderer Austauschformate: Datenelemente anderer Austauschformate, wie z.B. Laborbericht, Impfpass, eMedikation, stehen als strukturierte Datenblöcke zur Verfügung. Es ist sinnvoll, derartige Datenelemente oder -module in das Austauschformat «eÜberweisungsbericht» einzubeziehen und darstellen zu können (optional); diese Informationen können als Ausgangspunkt für weitere Anpassungen dienen, und fördern die Interoperabilität der Datenelemente. Als Beispiel dient der Abschnitt «Medikamente» im Austauschformat «eÜberweisungsbericht», welche zukünftigen Informationen aus dem Austauschformat «eMedikation» entweder ganz oder teilweise übernehmen kann, und diese bei Änderungen im eÜberweisungsbericht auch wieder im Austauschformat «eMedikation» ablegen kann.