

DIN EN 17269

ICS 35.240.80

Einsprüche bis 2018-10-17

Entwurf

**Medizinische Informatik –
Die Patienten-Kurzakte für ungeplante, grenzüberschreitende Pflege;
Deutsche und Englische Fassung prEN 17269:2018**

Health informatics –
The Patient Summary for Unscheduled, Cross-border Care;
German and English version prEN 17269:2018

Anwendungswarnvermerk

Dieser Norm-Entwurf mit Erscheinungsdatum 2018-08-17 wird der Öffentlichkeit zur Prüfung und Stellungnahme vorgelegt.

Weil die beabsichtigte Norm von der vorliegenden Fassung abweichen kann, ist die Anwendung dieses Entwurfs besonders zu vereinbaren.

Stellungnahmen werden erbeten

- vorzugsweise online im Norm-Entwurfs-Portal von DIN unter www.din.de/go/entwuerfe bzw. für Norm-Entwürfe der DKE auch im Norm-Entwurfs-Portal der DKE unter www.entwuerfe.normenbibliothek.de, sofern dort wiedergegeben;
- oder als Datei per E-Mail an named@din.de möglichst in Form einer Tabelle. Die Vorlage dieser Tabelle kann im Internet unter www.din.de/go/stellungnahmen-norm-entwuerfe oder für Stellungnahmen zu Norm-Entwürfen der DKE unter www.dke.de/stellungnahme abgerufen werden;
- oder in Papierform an den DIN-Normenausschuss Medizin (NAMed), 10772 Berlin, Burggrafenstr. 6, 10787 Berlin.

Die Empfänger dieses Norm-Entwurfs werden gebeten, mit ihren Kommentaren jegliche relevanten Patentrechte, die sie kennen, mitzuteilen und unterstützende Dokumentationen zur Verfügung zu stellen.

Gesamtumfang 189 Seiten

DIN-Normenausschuss Medizin (NAMed)

Nationales Vorwort

Dieses Dokument (prEN 17269:2018) wurde vom Technischen Komitee CEN/TC 251 „Medizinische Informatik“ erarbeitet, dessen Sekretariat von NEN (Niederlande) gehalten wird.

Das zuständige deutsche Gremium ist der Normenausschuss NA 063-07-02 AA „Interoperabilität“ im DIN-Normenausschuss Medizin (NAMed).

Um Zweifelsfälle in der Übersetzung auszuschließen, ist die englische Originalfassung beigelegt. Die Nutzungsbedingungen für den deutschen Text des Norm-Entwurfes gelten gleichermaßen auch für den englischen Text.

Für die in diesem Dokument zitierten internationalen Dokumente wird im Folgenden auf die entsprechenden deutschen Dokumente hingewiesen:

ISO 21090:2011 siehe DIN EN ISO 21090:2011-06

Nationaler Anhang NA (informativ)

Literaturhinweise

DIN EN ISO 21090:2011-06, *Medizinische Informatik — Harmonisierte Datentypen für den Datenaustausch im Gesundheitswesen (ISO 21090:2011); Englische Fassung EN ISO 21090:2011, nur auf CD-ROM*

Medizinische Informatik — Die Patienten-Kurzakte für ungeplante, grenzüberschreitende Pflege

Health informatics — The Patient Summary for Unscheduled, Cross-border Care

ICS:

Deskriptoren

Dokument-Typ: Europäische Norm
Dokument-Untertyp:
Dokument-Stage: CEN-Umfrage
Dokument-Sprache: D

STD Version 2.9d

Inhalt

	Seite
Europäisches Vorwort.....	6
Einleitung	7
1 Anwendungsbereich.....	10
2 Normative Verweisungen	10
3 Begriffe	10
4 Abkürzungen	13
5 Konformität.....	13
5.1 Einleitung.....	13
5.2 IPS-Konformitätsdetail.....	14
6 Definition und Deskriptoren des IPS-Datensatzes	16
6.1 Datensatz der internationalen Patienten-Kurzakte	16
6.2 IPS-Begriffe und Deskriptoren.....	16
6.3 Muster innerhalb des IPS-Datensatzes	18
6.3.1 Allgemeines (en: General)	18
6.3.2 Kennzeichnungskonzept (en: Label Concept)	19
6.3.3 Liste (en: List)	19
6.3.4 Referenz (en: Reference)	20
6.3.5 Personennamen (en: Person Name)	20
6.3.6 Kodiertes Element (en: Coded Element)	20
6.3.7 Datum/Uhrzeit (en: Date Time)	21
6.3.8 Identifikator (en: Identifier)	21
6.3.9 Adresse (en: Address)	21
6.3.10 Telekommunikation (en: Telecom)	21
6.3.11 Organisationsname (en: Organization Name)	22
6.3.12 Text	22
6.3.13 Alle (en: Any)	22
6.3.14 Bereich (en: Range)	22
6.3.15 Menge (en: Quantity)	23
6.3.16 Zeitraum (en: Period)	23
6.3.17 Allgemeine Zeitspezifikation (en: General Time Specification — GTS).....	23
6.3.18 Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen (en: Healthcare Provider)	24
6.3.19 String	24
6.3.20 Verhältnis (en: Ratio).....	24
6.4 Erweiterbarkeit des Modells	24
7 Definition des IPS-Dokuments	25
7.1 Übersichtsbeschreibung: DAS IPS-DOKUMENT	25
7.2 Detaillierte Beschreibung: DAS IPS-DOKUMENT	26
8 Definition für die IPS-Merkmalserfassung: PATIENTENMERKMALE (en: PATIENT ATTRIBUTES).....	29
8.1 Übersichtsbeschreibung: PATIENTENMERKMALE	29
8.2 Detaillierte Beschreibung: PATIENTENMERKMALE	30
9 Definition für die IPS-Merkmalserfassung: PATIENTEN-ADRESSBUCH (en: PATIENT'S ADDRESS BOOK)	32

9.1	Übersichtsbeschreibung: PATIENTEN-ADRESSBUCH	32
9.2	Detaillierte Beschreibung: PATIENTEN-ADRESSBUCH	33
10	Definition für den IPS-Abschnitt: PATIENTENVERFÜGUNGEN (en: ADVANCE DIRECTIVES)	35
10.1	Übersichtsbeschreibung: PATIENTENVERFÜGUNGEN	35
10.2	Detaillierte Beschreibung: PATIENTENVERFÜGUNGEN.....	36
11	Definition für den IPS-Abschnitt: ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN (en: ALLERGIES AND INTOLERANCES)	38
11.1	Übersichtsbeschreibung: ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN	38
11.2	Detaillierte Beschreibung: ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN	39
12	Definition für den IPS-Abschnitt: FUNKTIONSSTATUS (en: FUNCTIONAL STATUS)	43
12.1	Übersichtsbeschreibung: FUNKTIONSSTATUS	43
12.2	Detaillierte Beschreibung: FUNKTIONSSTATUS.....	44
13	Definition für den IPS-Abschnitt: KRANKENGESCHICHTE (en: HISTORY OF PAST ILLNESS)....	46
13.1	Übersichtsbeschreibung: KRANKENGESCHICHTE	46
13.2	Detaillierte Beschreibung: KRANKENGESCHICHTE.....	47
14	Definition für den IPS-Abschnitt: SCHWANGERSCHAFTSHISTORIE (en: HISTORY OF PREGNANCY)	49
14.1	Übersichtsbeschreibung: SCHWANGERSCHAFTSHISTORIE.....	49
14.2	Detaillierte Beschreibung: SCHWANGERSCHAFTSHISTORIE.....	50
15	Definition für den IPS-Abschnitt: VORANGEGANGENE VERFAHREN (en: HISTORY OF PROCEDURES).....	53
15.1	Übersichtsbeschreibung: VORANGEGANGENE VERFAHREN	53
15.2	Detaillierte Beschreibung: VORANGEGANGENE VERFAHREN.....	54
16	Definition für den IPS-Abschnitt: IMMUNISIERUNGEN (en: IMMUNIZATIONS).....	55
16.1	Übersichtsbeschreibung: IMMUNISIERUNGEN	55
16.2	Detaillierte Beschreibung: IMMUNISIERUNGEN.....	56
17	Definition für den IPS-Abschnitt: MEDIZINPRODUKTE (en: MEDICAL DEVICES)	58
17.1	Übersichtsbeschreibung: MEDIZINPRODUKT	58
17.2	Detaillierte Beschreibung: MEDIZINPRODUKTE.....	59
18	Definition für den IPS-Abschnitt: MEDIKATIONSÜBERSICHT (en: MEDICATION SUMMARY)	61
18.1	Übersichtsbeschreibung: MEDIKATIONSÜBERSICHT	61
18.2	Die IPS-Medikationsübersicht und IDMP	61
18.3	Detaillierte Beschreibung: MEDIKATIONSÜBERSICHT	63
19	Definition für den IPS-Abschnitt: PFLEGEPLAN (en: PLAN OF CARE)	66
19.1	Übersichtsbeschreibung: PFLEGEPLAN.....	66
19.2	Detaillierte Beschreibung: PFLEGEPLAN.....	67
20	Definition für den IPS-Abschnitt: PROBLEME (en: PROBLEMS)	69
20.1	Übersichtsbeschreibung: PROBLEME	69
20.2	Detaillierte Beschreibung: PROBLEME	69
21	Definition für den IPS-Abschnitt: ERGEBNISSE (en: RESULTS).....	72
21.1	Übersichtsbeschreibung: ERGEBNISSE.....	72
21.2	Detaillierte Beschreibung: ERGEBNISSE	72
22	Definition für den IPS-Abschnitt: SOZIAL-ANAMNESE (en: SOCIAL HISTORY)	75
22.1	Übersichtsbeschreibung: SOZIAL-ANAMNESE	75
22.2	Detaillierte Beschreibung: SOZIAL-ANAMNESE.....	75
23	Definition für IPS-Metadaten: Grenzüberschreitende Anwendung (en: Cross Border).....	77
23.1	Übersichtsbeschreibung: GRENZÜBERSCHREITENDE ANWENDUNG	77
23.2	Detaillierte Beschreibung: GRENZÜBERSCHREITENDE ANWENDUNG	78

24	Definition für IPS-Metadaten: Herkunft (en: Provenance).....	79
24.1	Übersichtsbeschreibung: HERKUNFT	79
24.2	Detaillierte Beschreibung: HERKUNFT	80
Anhang A (informativ) Das IPS-Szenario der „nicht geplanten, grenzüberschreitenden Pflege“		82
A.1	Einleitung.....	82
A.2	Kommentar zum IPS-Szenario	83
A.3	Vorgaben zur Lenkung des IPS-Datensatzes	85
A.3.1	Allgemeines.....	85
A.3.2	Klinische Praxisführung und Vorgaben zur Informationslenkung.....	85
A.4	Unabhängigkeit und Abhängigkeit der IPS	87
Anhang B (informativ) Expliziter Zusammenhang zu den eHN-Richtlinien, Version 2		90
B.1	Allgemeines.....	90
B.2	Die eHN-Richtlinien und diese IPS-Norm	90
B.3	Begründung für die Benennungen in der IPS.....	92
B.4	Identifikatoren in eHN-Richtlinien.....	94
Anhang C (informativ) Die eHN-Richtlinien, der Normensatz des JIC zur PS und die IPS		95
Literaturhinweise.....		97

Tabellen

Tabelle 1 — Beschreibung der IPS-Datensatz-Konzepte und ihrer hierarchischen Beziehungen.....	9
Tabelle 2 — Anforderungsdeskriptoren für das IPS-Dokument, die Abschnittstypen und Metadaten	14
Tabelle 3 — Verzeichnis und Bedeutung der IPS-Datenelement-Deskriptoren	17
Tabelle 4 — Das IPS-Dokument.....	25
Tabelle 5 — 1 IPS-Dokument	26
Tabelle 6 — Übersicht der Patientenmerkmale	29
Tabelle 7 — Patientenmerkmale — Details	30
Tabelle 8 — Übersicht zum Patienten-Adressbuch	32
Tabelle 9 — Patienten-Adressbuch — Details.....	33
Tabelle 10 — Übersicht zu Patientenverfügungen	35
Tabelle 11 — Patientenverfügungen — Details.....	36
Tabelle 12 — Übersicht zu Allergien und Unverträglichkeiten.....	38
Tabelle 13 — Allergien und Unverträglichkeiten — Details	39
Tabelle 14 — Übersicht zum Funktionsstatus.....	43
Tabelle 15 — Funktionsstatus — Details	44
Tabelle 16 — Übersicht zur Krankengeschichte	46
Tabelle 17 — Krankengeschichte — Details	47
Tabelle 18 — Übersicht zur Schwangerschaftshistorie.....	49
Tabelle 19 — Schwangerschaftshistorie — Details	50
Tabelle 20 — Übersicht zu vorangegangenen Verfahren	53
Tabelle 21 — Vorangegangene Verfahren — Details	54

Tabelle 22 — Übersicht zu Immunisierungen	55
Tabelle 23 — Übersicht zu Immunisierungen	56
Tabelle 24 — Übersicht zu Medizinprodukten.....	58
Tabelle 25 — Medizinprodukte — Details	59
Tabelle 26 — Medikationsübersicht.....	61
Tabelle 27 — Medikationsübersicht und IDMP	62
Tabelle 28 — Medikationsübersicht — Details.....	63
Tabelle 29 — Übersicht zum Pflegeplan.....	66
Tabelle 30 — Pflegeplan — Details	67
Tabelle 31 — Übersicht zu Problemen.....	69
Tabelle 32 — Probleme — Details.....	69
Tabelle 33 — Übersicht zu Ergebnissen	72
Tabelle 34 — Ergebnisse — Details	72
Tabelle 35 — Übersicht zur Sozial-Anamnese.....	75
Tabelle 36 — Sozial-Anamnese — Übersicht	75
Tabelle 37 — Übersicht zur grenzüberschreitenden Anwendung.....	77
Tabelle 38 — Grenzüberschreitende Anwendung — Details	78
Tabelle 39 — Übersicht zu Ergebnissen	79
Tabelle 40 — Herkunft — Details	80
Tabelle B.1 — Benennungen der eHN-Richtlinie und ihre Entsprechungen in der IPS-Norm.....	91

Bilder

Bild A.1 — Das IPS-Szenario	82
Bild A.2 — Abstrakte Version des IPS-Szenarios	85
Bild A.3 — Beziehung zwischen der IPS und nicht digitalen und digitalen Artefakten.....	86
Bild A.4 — Quelle der Daten für die IPS	87
Bild A.5 — Die IPS-Konzepte, die im IPS-Datenmodell definiert werden	88
Bild A.6 — Die IPS-Norm innerhalb eines Begriffssystems	89

Europäisches Vorwort

Dieses Dokument (prEN 17269:2018) wurde vom Technischen Komitee CEN/TC 251 „Medizinische Informatik“ erarbeitet, dessen Sekretariat von NBN gehalten wird.

Dieses Dokument ist derzeit zur CEN-Umfrage vorgelegt.

Einleitung

Ziel dieser Norm ist es, eine einzige, allgemeine internationale Patienten-Kurzakte (en: international patient summary —IPS) bereitzustellen, die einen Kerninhalt umfasst, der sich für das Szenario einer grenzüberschreitenden, ungeplanten Pflege für eine Person mit Gesundheitsbedarf eignet.

Der Anwendungsbereich dieser Norm ist darauf ausgerichtet, dieses Ziel durch Festlegung eines minimalen, nicht erschöpfenden Datensatzes und der zugehörigen Geschäftsregeln zu erreichen. Die resultierende Norm sollte umsetzungsunabhängig sein, aber jedwede Umsetzung unterstützen, indem eine formale Definition und deutliche Beschreibung des Datensatzes und dessen Verwendung bereitgestellt wird. Die primären Eingangswerte des Datensatzes sind durch die zweite Überarbeitung des Datensatzes des European eHealth Network (eHN: 2016) gegeben, die sich wiederum auf signifikante klinische Eingangswerte aus dem Pilotprojekt „Intelligente offene Dienste für europäische Patienten“ (European Patients-Smart Open Services, epSOS: 2011) stützen.

Diese bestimmte Norm legt das Domänenmodell für eine internationale Patienten-Kurzakte (IPS) fest und legt dabei den Schwerpunkt auf die ungeplante Pflege über nationale Grenzen hinweg. Ungeachtet dieser Schwerpunktsetzung ist die Spezifikation dazu bestimmt, in lokalen Anwendungen verwendet zu werden und für diese von Nutzen zu sein sowie die geplante Pflege zu unterstützen. Sie unterstreicht die erforderlichen Daten und die zugehörigen Geschäftsregeln zur Unterstützung der Nutzung und der erforderlichen Konformität.

Der Anwendungsbereich des Datensatzes ist global, beginnend mit einer gemeinsamen Vision¹⁾ der IPS-Norm, die einer Zusammenarbeit zwischen CEN /TC 251 und HL7 entstammt. Das CEN wird begleitend zu dieser Internationalen Norm eine separate Technische Spezifikation erstellen, die eine für europäische Verhältnisse spezifische Anleitung zur Erstellung eines Profils für die Umsetzung durch die Mitgliedstaaten bietet. HL7 wird CDA- und FHIR-Vorlagen für die Durchführung der Umsetzungen der IPS erstellen.

Patienten-Kurzakten sind keine neue Entwicklung. Sie sind vielmehr ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung und können wahrscheinlich als die ersten Beispiele für die praktische Wiederverwendung klinischer Daten betrachtet werden. Sie sind allgemein und häufig im gesamten Bereich der Gesundheitsversorgung in Gebrauch, werden zur Unterstützung einer kontinuierlichen Pflege und die Koordination derselben verwendet; dementsprechend existieren Patienten-Kurzakten in vielen Formen unterschiedlichen Inhalts. Es besteht kein Zweifel über ihre Bedeutung und Position in der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung, jedoch wird ihr Wert für den Einzelnen und die Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen durch die gegenwärtig fehlenden formalen und inhaltlichen Vorgaben geschmälert. Paradoxerweise erschwert gerade die Vielfaltigkeit von Patienten-Kurzakten aufgrund ihrer allgegenwärtigen, allgemeinen Verwendung ihre grenzüberschreitende Weitergabe in digitaler Form und beschränkt somit die Interoperabilität zwischen heterogenen Systemen.

Das Nichtvorhandensein einer Patienten-Kurzakte bzw. das Vorhandensein einer eingeschränkten, irrelevanten oder hinsichtlich der Pflege falsche Interpretationen ermöglichenden Patienten-Kurzakte verringert ihren Wert, erhöht das Risiko einer Fehlbehandlung und gefährdet potenziell die Patientensicherheit. Während der Schwerpunkt dieser Norm auf der Person mit Gesundheitsbedarf liegt, sollte es auch offenkundig sein, dass die potenziellen Probleme schwerwiegende und unerwünschte Nebeneffekte (z. B. in Bezug auf Kosten und Haftung) für die Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen haben, die die betreffende Person im patientennahen Bereich behandeln.

1) CEN/TC 251 und HL7 verfolgen eine gemeinsame Vision für die Patienten-Kurzakte, die darin besteht, „die Pflege für Bürger weltweit durch Bereitstellung einer einzigen, allgemeinen internationalen Patienten-Kurzakte (IPS) zu fördern, die von allen Medizinern für die grenzüberschreitende, nicht geplante Pflege einer Person verwendet werden kann“.

Der Bezeichnungsbestandteil „international“ der IPS hebt die Notwendigkeit der Bereitstellung allgemeiner Lösungen für die globale Anwendung hervor, die nicht auf eine bestimmte Region oder ein bestimmtes Land beschränkt ist. Dies bedeutet, dass möglichst immer auf internationale statt auf lokale Normen Bezug genommen wird, um eine unnötige Neukonzeptionierung zu vermeiden. Allerdings ergibt sich in den unterschiedlichen internationalen Kontexten eine Vielzahl von Anforderungen, die möglichst zu berücksichtigen und zu abzuklären sind, um sicherzustellen, dass die Patientensicherheit nicht beeinträchtigt wird. Die IPS stützt sich auf die ISO-Norm 13940:2016 „Begriffssystem zur Unterstützung der Kontinuität der Versorgung“ und verwendet durchgehend diese Konzepte zur Ableitung eines logischen Interoperabilitätsmodells.

Die Tatsache, dass Patienten-Kurzakten einen erheblichen und integralen Teil der Aktivitäten in der Gesundheitsversorgung ausmachen, spricht gegen einen strengen Standardisierungsansatz, der versucht, sofort jegliche Aspekte zu formalisieren. Ein derartiger Ansatz wäre von zweifelhaftem Erfolg und kontraproduktiv, da er eine umfassende und unvermeidlich fehleranfällige Spezifikation mit zahlreichen Wahlmöglichkeiten und flexiblen Regelungen erfordern würde, um die Vielzahl unterschiedlicher Praktiken abzubilden, die gegenwärtig existieren. Abgesehen davon, dass die Auslegung der Spezifikation übermäßig kompliziert wäre, würde sich ihre Umsetzung in die Praxis äußerst schwierig gestalten und gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass das angestrebte Ziel verfehlt wird.

Dem Argument der „Schwerpunktsetzung“ steht die Schwierigkeit entgegen, die Komplexität des Ökosystems Gesundheitswesen mit einer übermäßig komplizierten Spezifikation abzubilden, und dieses Problem betrifft nicht nur die mit der Entwicklung von Normen befassten Organisationen (en: standards development organisations — SDOs) und die Anbieter. Die größeren Probleme betreffen den Bereich der „Vereinbarung“ und die jeweiligen Positionen der beruflichen, organisatorischen und rechtlichen Perspektiven. Je umfassender der Anwendungsbereich einer Patienten-Kurzakte, desto schwieriger wird es, einen Konsens zwischen den verschiedenen Parteien bezüglich des vorzusehenden Inhalts der Patienten-Kurzakte zu erzielen.

Darüber hinaus vergrößert der internationale Anspruch dieser Norm die Probleme, einen Konsens zu erzielen, und zudem sind die unterschiedlichen Möglichkeiten, Kapazitäten und Kompetenzen der verschiedenen Länder in Bezug auf die Einhaltung und Handhabung einer internationalen Norm zu berücksichtigen. Die Übernahme einer internationalen Norm in einem wichtigen und allgegenwärtigen Bereich wie der Gesundheitsversorgung wird unvermeidlich Auswirkungen für jene Länder haben (z. B. in Bezug auf Kosten und klinische Verhaltensweisen), die die erforderlichen Daten derzeit nicht erfassen oder aber auf eine Art und Weise erfassen, die von der IPS-Norm abweicht. In jedem Fall werden sich durch die Übernahme dieses Datensatzes in Zukunft Probleme hinsichtlich Nachhaltigkeit, Management und Governance ergeben, und diese Norm hat es sich zur Aufgabe gemacht, in diesem Zusammenhang für Entlastung zu sorgen.

Eine IPS, die darauf ausgelegt und so aufgebaut ist, den kleinsten gemeinsamen Nenner darzustellen, wäre für die Mehrheit der Stakeholder nicht zufriedenstellend und würde dementsprechend keine Beachtung finden. Die IPS-Norm bietet ein wichtiges Werkzeug zur Erschließung weiterer Gesundheitsdaten und muss daher ein Gleichgewicht der unterschiedlichen bekannten Anforderungen gewährleisten und einen inkrementellen Ansatz und eine tragfähige Möglichkeit zur Verbesserung der Verfügbarkeit relevanter personenbasierter Informationen im patientennahen Bereich bieten. Dieses Gleichgewicht hat Auswirkungen für die Akteure im technischen Bereich, d. h. die SDOs und Anbieter, denen die Spezifizierung und Umsetzung nutzbarer und nützlicher Lösungen für die IPS obliegt.

Die Feststellung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs einer Patienten-Kurzakte qualifiziert deren Anwendungsbereich und deren Anwendung und trägt zu ihrer Bedeutung bei. Der bestimmungsgemäße Gebrauch leistet einen wichtigen Beitrag, indem er eine Schwerpunktsetzung vornimmt, durch die sich diese Initiative von einer Vielzahl von zusammenfassenden Dokumenten unterscheidet, die vorgeben, dieselbe Funktion zu erfüllen.

Die Benennung dieser Norm mit „internationale Patienten-Kurzakte“ (IPS) legt eindeutig ihren Zweck fest; sie sollte mindestens dem vorgegebenen Szenario genügen, die Kerninhalte für eine „nicht geplante, grenzüberschreitende Pflege“ bereitzustellen. Ein zweites Ziel besteht darin, dies zu tun, ohne eine breitere, allgemeinere Anwendung zu beeinträchtigen. Ein vorgegebenes Szenario einer nicht geplanten, grenzüberschreitenden Pflege wird herangezogen, um eine Basis für die Standardisierungsaktivität bereitzustellen, die zudem die Anwendung auf lokale und geplante Pflege erweitert. Das IPS-Szenario wird in Anhang A ausführlich beschrieben.

Das Layout verwendet eine Hierarchie mit 6 Schichten (H0-H5), um eine detailliertere Beschreibung mit dem Zweck der Unterstützung einer konsistenten Umsetzung des Datensatzes zu ermöglichen. Die Schicht „H0“ beschreibt das IPS-Dokument in seiner Gesamtheit, während die Schichten „H1-H5“ die IPS-Komponenten mit Merkmalen beschreiben. Jedes Datenelement wird durch Deskriptoren zur besseren Definition der Eigenschaften ergänzt. Die Dokumentstruktur und Beschränkungen der Schicht „H0“ werden zuerst beschrieben, die Komponenten (z. B. IPS-Abschnitte und IPS-Merkmalserfassungen) werden anschließend im Detail dargestellt.

Tabelle 1 — Beschreibung der IPS-Datensatz-Konzepte und ihrer hierarchischen Beziehungen

Beschreibende Hierarchie	H0	H1	H2	H3	H4	H5
IPS-Datensatz	IPS-Dokumenten-konzept	IPS-Datensatz-Komponenten und IPS-Merkmale	IPS-Inhalt	IPS-Inhaltsdefinitionen und Beschreibungsverfeinerungen. H5 bietet Verknüpfungen zu detaillierteren Deskriptoren.		
	IPS-Dokument	IPS-Abschnitte, IPS-Merkmalserfassungen und IPS-Metadaten	IPS-Merkmale	IPS-Merkmale, die mit individuellen und allgemeinen Elementen beschrieben werden, deren Bezeichnung mit IPS-Deskriptoren und Beispielen erfolgt		

Die Reihenfolge der IPS-Datensatz-Komponenten in dieser Norm ist alphabetisch innerhalb der drei breitgefassten Kategorien **nicht-klinische Daten**, **klinische Daten** und **Metadaten**.

Diese Norm legt den Schwerpunkt auf die Gesamtstruktur der Patienten-Kurzakte sowie auf die einzelnen Datenelemente, aus denen sie besteht. Die IPS-Struktur wird durch ein Dokument mit Abschnitten und Merkmalsgruppierungen plus Metadaten repräsentiert, mit denen einige der Semantiken für die Komponenten des Dokuments beschrieben werden.

Die eHN-Richtlinien beziehen sich auf bestehende CDA-Umsetzungen, und obwohl diese nicht die Umsetzung dieser Norm bestimmen, vereinfachen sie die Art und Weise, wie Datenelemente beschrieben werden können, sowie die Granularitätsstufen, die von einer konformen Umsetzung möglicherweise erwartet werden.

Da die Informationsmenge der einzelnen Datenelemente unterschiedlich und erheblich sein kann, stellt diese Norm die Informationen mittels einer Tabelle mit Deskriptoren für jede IPS-Datensatz-Komponente dar; die Tabelle bietet eine Übersicht der hierarchischen Struktur und ihrer Anforderung mit expliziten Verknüpfungen zu weiteren Details mittels einer konsistenten Reihe von Deskriptoren. Merkmale in der Tabelle ohne Verknüpfung zu weiteren Details sind entweder selbsterklärend oder erklären sich durch den hierarchischen Kontext. Hinweis: Die Reihenfolge zusammengehöriger Merkmale ist willkürlich und hat keine Auswirkung auf jedwede Umsetzung.

Die allgemeine Ansicht zur Strukturierung der Datenelemente innerhalb der Abschnitte und innerhalb eines Dokuments wurde für diese Norm übernommen. Die Benennung des Elements wird vollständig angegeben, wenn die hierarchische Anordnung in der Beschreibung mit dem Begriff nach wie vor unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten zulässt. Dies ist erfolgt, um Missverständnisse zu vermeiden. Zum Beispiel wird trotz der Positionierung innerhalb der Komponente „Medizinprodukt“ anstelle von „Typ“ der Begriff „Produkttyp“ verwendet.

1 Anwendungsbereich

Dieses Dokument legt den Kerndatensatz für eine Patienten-Kurzakte fest, die die Kontinuität der Pflege für eine Person und die Koordinierung der Gesundheitsversorgung unterstützt. Es hat die Unterstützung von „ungeplanter, grenzüberschreitender Pflege“ zum Ziel und soll eine internationale Patienten-Kurzakte (IPS, en: international patient summary) sein. Der Datensatz ist minimal und nicht erschöpfend und stellt einen robusten, eindeutig definierten Satz Datenelemente zur Verfügung. Paradoxerweise ermöglicht diese enge Ausrichtung, dass die spezifischen Datenelemente auch in der geplanten Pflege verwendet werden können und dass sowohl die ungeplante als auch die geplante Pflege durch diesen Datensatz in lokalen und nationalen Kontexten unterstützt wird, was dessen Nutzen und Wert erhöht.

Es verwendet die Europäischen Richtlinien (eHN Version 2, November 2016) als erste Quelle für die Anforderungen an Patienten-Kurzakten, berücksichtigt aber auch andere internationale Bemühungen, um eine interoperable Spezifikation für Datensätze zur globalen Anwendung bereitzustellen.

In dieser IPS-Norm wird eine abstrakte Definition einer Patienten-Kurzakte aufgeführt. Von dieser abgeleitete Modelle sind umsetzbar. Aufgrund ihrer Art sollten sich Leser daher bewusst sein, dass die Übereinstimmung mit dieser Norm nicht automatisch technische Interoperabilität impliziert. Dieses Ergebnis, das durch diese Norm ermöglicht wird, kann durch die Konformität mit Normen erreicht werden, die in der zugehörigen technischen Spezifikation angegeben sind.

Diese internationale Norm deckt keine Arbeitsabläufe der Dateneingabe, der Datenerhebung, der Tätigkeit der Zusammenfassung selbst oder der nachfolgenden Datendarstellung noch Datenassimilation oder Datenverdichtung ab.

Sie stellt keine Richtlinie zur Umsetzung dar, die sich mit den verschiedenen technischen Abstufungen unter der Anwendungsstufe befasst. Anleitungen zur Umsetzung für spezifisch gesetzliche Belange, z. B. Richtlinien, Terminologien, Formate usw., werden in den zugehörigen technischen Spezifikationen festgelegt.

Insbesondere die Darstellung durch verschiedene Kodierverfahren, zusätzliche Strukturen und Terminologien sind nicht Teil dieser Norm. Terminologie und ihre Verbindlichkeit werden in den zugehörigen technischen Spezifikationen behandelt und sind Teil der Anleitungen für die IPS-Implementierung. Die Normen zur Identifikation von Arzneimitteln (abgekürzt IDMP) sind das empfohlene Ziel für die Medikationsübersicht bezüglich dieser Norm. Jedoch kann diese IPS-Norm vor der vollständigen praktischen Umsetzung der IDMP derzeit nicht auf ihre Anwendung bestehen und erkennt an, dass vorläufige Verfahren notwendig sein können, bis die IDMP normativ werden.

2 Normative Verweisungen

Es gibt keine normativen Verweisungen in diesem Dokument.

3 Begriffe

Für die Anwendung dieses Dokuments gelten die folgenden Begriffe.

ISO und IEC stellen terminologische Datenbanken für die Verwendung in der Normung unter den folgenden Adressen bereit:

- IEC Electropedia: unter <http://www.electropedia.org/>
- ISO Online Browsing Platform: unter <http://www.iso.org/obp>

3.1

Kontinuität der Pflege

effiziente, wirksame, ethische Pflege, die durch Interaktion, Integration, Koordination und gemeinsame Nutzung von Informationen zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens über einen bestimmten Zeitraum erbracht wird

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.2

Basis-Pflegplan

wiederverwendbare Inhalte und Struktur für einen potentiellen Pflegeplan für eine bestimmte Kombination an Umständen

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.3

Versorgungsbedarf

Bedarf an Gesundheitsversorgung

durch einen Akteur des Gesundheitswesens ausgedrückter Bedarf an Aktivitäten eines Anbieters medizinischer Versorgungsleistungen

Anmerkung 1 zum Begriff: Ein Versorgungsbedarf darf entweder von der behandelten Person oder in ihrem Namen ausgedrückt werden.

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.4

Bedarf an Erstkontakt

erster Versorgungsbedarf, der ein oder mehrere spezifische Gesundheitsprobleme betrifft, die von einem Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen beurteilt werden sollen

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.5

elektronische Patienten-Kurzakte

Auszug aus der elektronischen Gesundheitsakte, der wesentliche Gesundheitsinformationen enthält, die für bestimmte Zwecke vorgesehen sind

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.6

Gesundheitszustand

beobachtete oder potentiell beobachtbare Aspekte des Gesundheitsstatus zu einer bestimmten Zeit

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.7

Gesundheitsaktenbestandteil

Teil einer *Gesundheitsakte*, der für Referenz- und Revisionszwecke identifiziert werden kann

Anmerkung 1 zum Begriff: Da der Inhalt einer *Gesundheitsakte* nicht auf *Informationen* in elektronischem Format beschränkt ist, kann der Inhalt von *Gesundheitsaktenbestandteilen* auch in anderen, nicht elektronischen Formaten vorliegen.

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.8

Auszug aus der Gesundheitsakte

EHR-Auszug

Auszug aus der Gesundheitsakte, der nur aus elektronischen Aktenbestandteilen besteht

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.9

Anforderung von Gesundheitsinformationen

durch einen Akteur des Gesundheitswesens an einen anderen Akteur des Gesundheitswesens gesendete Anforderung von spezifischen Gesundheitsinformationen, die für die Gesundheitsversorgung einer behandelten Person erforderlich sind

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.10

Patienten-Kurzakte

Auszug aus der Gesundheitsakte, die eine standardisierte Sammlung von klinischen und kontextuellen Informationen (retrospektiv, gleichzeitig, prospektiv) umfasst, die eine Momentaufnahme der Gesundheitsinformationen und Gesundheitsversorgung einer behandelten Person bieten

[QUELLE: ISO/TR 12773-1:2009]

Anmerkung 1 zum Begriff: Die Definition aus der eHN-Richtlinie lautet: Eine Patienten-Kurzakte ist ein identifizierbarer „Datensatz von wesentlichen und verständlichen Gesundheitsinformationen“, zur Verfügung gestellt „zum Zeitpunkt der Pflege, um eine sichere Patientenversorgung während nicht geplanter Pflege [und geplanter Pflege] mit maximalem Effekt in der nicht geplanten Pflege“; sie kann auch auf hoher Ebene definiert werden als: „der minimale Satz Informationen, die zur Sicherstellung der Koordination des Gesundheitswesens und der Kontinuität der Pflege erforderlich sind“.

[QUELLE: eHN, Artikel 2]

3.11

patientennaher Bereich

Ort, an dem unmittelbare Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung durchgeführt werden

Anmerkung 1 zum Begriff: Ort bezieht sich auf den geographischen Ort der behandelten Person, nicht den Körperteil der behandelten Person, an dem die Behandlung erfolgt.

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

3.12

Herkunft

Nachweise und Merkmale, die den Ursprung von Gesundheitsinformationen beschreiben, wie sie in einem Gesundheitssystem erfasst sind

[QUELLE: HL7]

3.13

behandelte Person

Synonym: Patient, Kunde, Bürger

Akteur des Gesundheitswesens mit der persönlichen Funktion, für den Empfang von Gesundheitsdienstleistungen vorgesehen zu sein, diese zu erhalten oder diese bereits erhalten zu haben

Anmerkung 1 zum Begriff: „Patient“ wird im Zusammenhang mit der „Patienten-Kurzakte“ als allgemein üblicher Begriff verwendet.

[QUELLE: EN ISO 13940:2016]

4 Abkürzungen

Für die Anwendung dieses Dokumentes gelten die folgenden Abkürzungen:

CEN	Europäisches Komitee für Normung (fr: Comité Européen de Normalisation), ein Zusammenschluss von 28 nationalen Normierungsgremien, die außerdem ISO-Mitglieder sind
CEN IPS	CEN Internationale Patienten-Kurzakte
CEN/TC 251	Technisches Komitee 251 „Health Informatics“ des CEN
eHDSI	europäische digitale eHealth-Diensteinfrastruktur
EHR	Elektronische Gesundheitsakte (en: Electronic Health Record)
EN	Europäische Norm
epSOS	Pilotprojekt „Intelligente offene Dienste für europäische Patienten“ (en: European Patients-Smart Open Services)
EU	Europäische Union
GP	Allgemeinmediziner, Hausarzt (en: General Practitioner)
HL7	Health Level Seven
HL7 IPS	Internationale Patienten-Kurzakte, HL7
IPS	Internationale Patienten-Kurzakte
ISO	Internationale Organisation für Normung (en: International Organization for Standardization)
JIC	gemeinsamer Initiativrat (en: Joint Initiative Council)
JIC PSSS	Normensatz des JIC zur Patienten-Kurzakte (en: JIC Patient Summary Standards Set)
PS	Patienten-Kurzakte (en: Patient Summary)

5 Konformität

5.1 Einleitung

Zur Einhaltung der IPS-Norm muss es sich bei der Patienten-Kurzakte um ein IPS-Dokument handeln, das 5 verbindliche Komponenten enthält. Eine zusätzliche erforderliche Komponente ist von der Notwendigkeit jedweder grenzüberschreitenden Anwendung abhängig.

Die 6 verbindlichen Komponenten innerhalb des IPS-Dokuments sind:

1. Patientenmerkmale („Patientenname“ aus der Erfassung)
2. Allergien und Unverträglichkeiten
3. Medikationsübersicht
4. Probleme
5. Herkunft („Daten der IPS-Dokumenterstellung“ aus der Erfassung)
6. Grenzüberschreitende Daten (bedingt)

Eine Merkmalserfassungskomponente ist verbindlich, wenn ein Merkmal innerhalb dieser Komponente verbindlich ist.

Nur bei grenzüberschreitender Anwendung muss ein konformes IPS-Dokument die grenzüberschreitenden IPS-Metadaten als 6. erforderliches Datenelement enthalten.

Ein konformes IPS-Dokument enthält möglicherweise optionale IPS-Komponenten. Diese zusätzlichen IPS-Komponenten werden in dieser Norm definiert.

Einem konformen IPS-Dokument dürfen auch nicht unmittelbar zur IPS gehörende Komponenten beigelegt werden, wenn dies erforderlich ist. Diese nicht zur IPS gehörenden Komponenten liegen jedoch außerhalb des Anwendungsbereichs dieser Norm und werden in dieser Norm nicht definiert, so dass eine Konformitätseinschätzung nicht möglich ist.

Einzelne IPS-Komponenten können in nicht zur IPS gehörenden Patienten-Kurzakten verwendet werden, um eine begrenzte Konformität zum IPS-Datensatz zu gewährleisten. Zur vollständigen Einhaltung dieser Norm muss das IPS-Dokument jedoch mindestens die erforderlichen IPS-Datenelemente enthalten, die in diesem Abschnitt spezifiziert werden.

Das IPS-Dokument ist im Wesentlichen hierarchisch aufgebaut. Während die hierarchischen Beziehungen zwischen den Datenelementen bezüglich der Anforderungen von Bedeutung sind, ist die Reihenfolge der zusammengehörigen Elemente willkürlich und stellt keine Anforderung für die Umsetzung dar.

5.2 IPS-Konformitätsdetail

Tabelle 2 zeigt die Kurzbezeichnungen der Konformitätsdetails und beschreibt deren jeweilige Bedeutung im Hinblick auf die verschiedenen Arten von IPS-Komponenten. Außerdem wurden die Konformitätsinformationen der Datenelemente aus der HL7- und der IHE-Semantik abgeleitet, die Möglichkeiten zur Darstellung von Daten für Übertragung und Empfang zur Sicherstellung der Konsistenz aufzeigen.

Ein konformes Modell oder eine konforme Umsetzung muss außerdem:

- 1) denselben IPS-Anwendungsbereich aufweisen. Der Anwendungsbereich der abgeleiteten Modelle könnte breiter sein. So enthält z. B. ein Krankenhaus-Entlassungsbrief möglicherweise die Informationen, die durch diese Norm festgelegt werden, während der Zweck, für den dieser erstellt wird, ein anderer ist; umgekehrt dürfen Dokumente zur Sicherstellung der Kontinuität der Pflege in spezifischen Kontexten die Funktion einer IPS übernehmen.
- 2) erklären, wie die in Abschnitt 6.2 festgelegten Datenmuster realisiert werden, sofern dies nicht offensichtlich ist.

Tabelle 2 — Anforderungsdiskriptoren für das IPS-Dokument, die Abschnittstypen und Metadaten

Wert	Beschreibung	Bemerkung
M	Verbindlich (en: Mandatory) (Ausnahmen nicht zulässig)	Ein verbindliches Element muss immer vorhanden sein und muss ggf. mit einem gültigen Wert angegeben werden. In diesem Fall sind keine Ausnahmen oder leere bzw. Null-Werte zulässig. Wenn auf ein zusammengesetztes Element Bezug genommen wird (z. B. einen Abschnitt, eine Liste, ein Kennzeichnungskonzept), wird das Vorhandensein der enthaltenen Elemente mittels der Konformitätsregeln dieser Unterelemente bestimmt. Der Empfänger muss die verbindlichen Elemente verstehen. Wenn ein „verbindliches“ Element fehlt, ist das Dokument keine konforme IPS mehr. Ein abgeleitetes Modell (das auch umsetzbare Spezifikationen enthält) muss eine äquivalente Konformitätsstrenge einhalten.
R	Erforderlich (en: Required) (Ausnahmen zulässig)	Ein erforderliches Element muss immer vorhanden sein und sollte ggf. mit einem gültigen Wert angegeben werden. In diesem Fall sind Ausnahmen oder leere bzw. Null-Werte zulässig. Wenn auf ein zusammengesetztes Element Bezug genommen wird (z. B. einen Abschnitt, eine Liste, ein Kennzeichnungskonzept, einen komplexen Datentyp), wird das Vorhandensein der enthaltenen Elemente mittels der Konformitätsregeln dieser Unterelemente bestimmt. Der Empfänger muss die erforderlichen Elemente verstehen. Wenn ein „erforderliches“ Element fehlt, ist das Dokument keine konforme IPS mehr. Ein abgeleitetes Modell (das auch umsetzbare Spezifikationen enthält) muss eine äquivalente Konformitätsstrenge einhalten oder darf diese weiter verschärfen (z. B. von „R“ zu „M“).

Wert	Beschreibung	Bemerkung
<i>RK</i>	<i>Erforderlich, falls bekannt (en: Required, if known)</i>	Ein Element, das als „erforderlich, falls bekannt“ bezeichnet ist, sollte angegeben werden. Wenn entsprechende Informationen vorliegen, muss das Element vorhanden sein und ggf. mit einem gültigen Wert angegeben werden. Wenn keine entsprechenden Informationen vorliegen, darf das Element weggelassen werden, leer bleiben oder — je nach Umsetzung — mit Ausnahme- oder Null-Werten angegeben werden. Wenn auf ein zusammengesetztes Element Bezug genommen wird (z. B. einen Abschnitt, eine Liste, ein Kennzeichnungskonzept, einen komplexen Datentyp), wird das Vorhandensein der enthaltenen Elemente mittels der Konformitätsregeln dieser Unterelemente bestimmt. Der Empfänger muss die erforderlichen Elemente verstehen. Ein abgeleitetes Modell (das auch umsetzbare Spezifikationen enthält) muss eine äquivalente Konformitätsstrenge einhalten oder darf diese weiter verschärfen (z. B. von „RK“ zu „R“).
<i>C</i>	<i>Bedingt (en: Conditional) (verfügt über zugehörige Bedingungsprädikate)</i>	Abhängig von den Prädikatsbedingungen darf das Element unterschiedliche Konformitätsstrengen (z. B. O, R, RK) annehmen oder auch nicht vorhanden sein. Ein Prädikat kann einfacher Natur sein (z. B.: „Element A existiert“; „Merkmal b = Wert 1“) oder komplex (z. B.: „Element C existiert“ UND „das Merkmal x von Element D = Wert 2“). Ein bedingtes Element darf anhand einer einzelnen Bedingung („wenn Prädikat A, dann ‚Erforderlich‘, sonst ‚Optional‘“) oder mehrerer Bedingungen (z. B. „wenn Prädikat A, dann ‚Erforderlich‘; wenn Prädikat B, dann ‚Optional‘; sonst ‚Nicht vorhanden‘“) bewertet werden. Die resultierende Konformitätsstrenge (M, R, RK, O, ...) wird durch die Bedingungen bestimmt. Wenn auf ein zusammengesetztes Element Bezug genommen wird (z. B. einen Abschnitt, eine Liste, ein Kennzeichnungskonzept, einen komplexen Datentyp), wird das Vorhandensein der enthaltenen Elemente mittels der Kombination der Prädikatsbedingungen dieses Elements und der Konformitätsregeln von dessen Unterelementen bestimmt. Zum Beispiel: Eine Ausnahme wird nicht ausgelöst, wenn ein erforderliches Unterelement fehlt, sofern das Elternelement ordnungsgemäß weggelassen wird. Eine Ausnahmebedingung wird ausgelöst, wenn ein erforderliches Unterelement fehlt, das Elternelement jedoch vorhanden ist. Ein abgeleitetes Modell (das auch umsetzbare Spezifikationen enthält) muss eine äquivalente Konformitätsstrenge einhalten; allerdings ist es gestattet, die Konformitätsstrenge zu ändern, wenn die Prädikatsbedingung dies zulässt. Der Empfänger muss die bedingten Elemente — falls erforderlich — verstehen. Zum Beispiel könnte ein bedingtes Element, das optional oder nicht vorhanden sein könnte, von einem abgeleiteten Modell weggelassen und vom Empfänger ignoriert werden. Oder eine Bedingung, durch die ein bedingtes Element erforderlich würde, gilt nicht in einem Rechtssystem; in diesem Fall könnte eine auf das Rechtssystem bezogene Spezifikation dieses Element weglassen und der Empfänger könnte es ignorieren. Abhängig von den Bedingungen wird bei fehlenden Daten ggf. eine Ausnahme ausgelöst.
<i>O</i>	<i>Optional</i>	Dieses Datenelement kann in einem abgeleiteten Modell, auch bei Umsetzungen, weggelassen werden. Der Empfänger darf optionale Elemente ignorieren. Wenn auf ein zusammengesetztes Element Bezug genommen wird (z. B. einen Abschnitt, eine Liste, ein Kennzeichnungskonzept, einen komplexen Datentyp), wird das Vorhandensein der enthaltenen Elemente mittels des Vorhandenseins dieses Elements und der Konformitätsregeln von dessen Unterelementen bestimmt. Zum Beispiel wird keine Ausnahme ausgelöst, wenn ein erforderliches Unterelement fehlt, sofern das Elternelement weggelassen wird. Der Grund für die Spezifizierung der optionalen Datenelemente liegt darin sicherzustellen, dass Sender und Empfänger die entsprechende semantische Interpretation dieser Elemente verwenden. Es wird keine Ausnahme ausgelöst, wenn die Daten fehlen.

6 Definition und Deskriptoren des IPS-Datensatzes

6.1 Datensatz der internationalen Patienten-Kurzakte

Abkürzung: IPS-Datensatz

Definition: minimaler, nicht erschöpfender Satz von Datenelementen, die für die internationale Patienten-Kurzakte erforderlich sind

ANMERKUNG 1 Die Kriterien für „minimal“ (en: minimal) und „nicht erschöpfend“ (en: non-exhaustive) werden aus den eHN-Richtlinien für die Patienten-Kurzakte abgeleitet.

ANMERKUNG 2 „Minimal“ spiegelt wider, dass es sich um eine Zusammenfassung handelt, die kurz gehalten werden muss, weist aber auch auf das Vorhandensein eines Kernbestands von Datenelementen hin, die alle Fachkräfte im Gesundheitswesen nutzen können; dabei soll es sich um einen Bestand handeln, der keine Spezialisierung aufweist und unabhängig von bestimmten Bedingungen ist. Damit wird nicht impliziert, dass alle Elemente des Datensatzes in jeder Patienten-Kurzakte verwendet werden. Die IPS kann nach Bedarf ergänzt werden.

ANMERKUNG 3 „Nicht erschöpfend“ erkennt an, dass der ideale Datensatz nicht abgeschlossen ist und wahrscheinlich erweitert wird, nicht nur in Bezug auf die Weiterentwicklung von Anforderungen, sondern auch pragmatische in bestimmten Anwendungsfällen. Derartige Daten liegen jedoch bis zur Überprüfung außerhalb des Anwendungsbereichs dieser aktuellen Norm.

ANMERKUNG 4 Der Anwendungsschwerpunkt für IPS liegt in der nicht geplanten Pflege, aber die IPS-Datensatzelemente können auch als Grundlage im Rahmen von Szenarien der planmäßigen Pflege verwendet werden; im Rahmen der geplanten Pflege würde wahrscheinlich Zugang zur vollständigen EHR bestehen, einem umfassenderen Datenbestand, der die IPS-Datensatzelemente beinhalten würde.

6.2 IPS-Begriffe und Deskriptoren

Die informative Einführung beschreibt die Gesamtdarstellung des IPS-Datensatzes, um den Leser in Bezug auf die allgemeine Auslegung der darauf folgenden Aspekte zu unterstützen. Der Zweck dieser Einführung besteht allerdings darin, den normativen Inhalt im Detail zu beschreiben, die Deskriptoren zu identifizieren und die Bedeutung der Deskriptoren zu erläutern, die zur Spezifizierung der einzelnen Komponenten und Unterkomponenten der IPS-Datennorm verwendet werden.

Jeder Teil des IPS-Datensatzes wird auf dieselbe Weise beschrieben, um der Anforderung einen konsistenten und umfassenden Ausdruck zu verleihen. Der erste Teil ist eine Hierarchie in Tabellenform, in der die Datenelemente und jedwede Bestandteile benannt und beschrieben werden. Die Tabelle enthält die Benennung und die Details zur allgemeinen Konformität der Datenelemente. Der zweite Teil umfasst weitere Details und beinhaltet eine Reihe von Deskriptoren für das Datenelement sowie weitere detaillierte Informationen zu den Datenelementen.

Die 10 verwendeten Deskriptoren werden in Tabelle 2 vorgestellt. Einige der Deskriptoren sind möglicherweise nicht auf jeden Teil der IPS anwendbar. Sie werden dennoch für jedes Datenelement explizit einbezogen und der Status ihrer Anwendbarkeit wird explizit angegeben, um jedwede Verwirrung aufgrund ihrer Abwesenheit zu vermeiden. Obwohl die Beschreibung/Definition der einzelnen Teile durch eine tabellarische Darstellung und einen verknüpften oder zugehörigen Bestand von Deskriptoren gegeben ist, ist es von wesentlicher Bedeutung, dass diese beiden Darstellungen gemeinsam als normalisierter Ausdruck der betreffenden Daten betrachtet werden.

Tabelle 3 — Verzeichnis und Bedeutung der IPS-Datenelement-Deskriptoren

Deskriptor	Bemerkung
Zweck (en: Purpose)	Die Bedeutung und der Wert des Datenelements
Definition	Eine formale Beschreibung (diese ist möglicherweise nicht notwendig, wenn die allgemeine Verwendung bekannt ist)
Geschäftsregeln (en: Business Rules)	Ein Prädikat, das einige Aspekte <i>der IPS</i> definiert oder beschränkt und immer zu „wahr“ oder „falsch“ aufgelöst wird. Allgemeiner gesagt wird dieser Deskriptor zur Beschreibung der Geschäftslogik verwendet.
Fehlend (en: Missing)	Die Bedeutung nicht vorhandener Daten und wie damit umgegangen werden sollte
Format	Wie die Daten darzustellen sind, wenn weitere Informationen zur Klärung der Datentyp-Verwendung erforderlich sind.
Einschlusskriterien (en: Inclusion criteria)	Die Begründung für die Einbeziehung des Datenelements in diese Norm (konsistent mit dem IPS-Szenario)
Vertraulichkeit (en: Confidentiality)	Standardmäßig auf Ebene des Dokuments angewendet; besondere Überlegungen werden auf Merkmalsebene gekennzeichnet.
Aktualität (en: Currency)	Zeitliche Empfehlungen, mit denen sichergestellt werden soll, dass die relevantesten Daten vorliegen, insbesondere im Hinblick auf „geplante“ und „ungeplante“ Pflege.
Beispiele (en: Examples)	Kurze Erläuterung bezüglich der Art und Weise, wie ein bestimmtes Datenelement in der Praxis verwendet wird
Anmerkungen (en: Notes)	Weitergehende Beschreibung in Bezug auf die Datenelemente, z. B. wenn „optionale oder bedingte“ Elemente einer detaillierteren Erläuterung bedürfen oder einige Informationen zum Kontext erforderlich sind.

Der IPS-Datensatz wird zum Zwecke der Erläuterung innerhalb dieser Norm innerhalb des IPS-Dokuments präsentiert. Es handelt sich um ein logisches Konstrukt, und obwohl eine Patienten-Kurzakte in einer Form von Dokument kommuniziert werden darf, impliziert diese Norm nicht, dass dies die einzige Möglichkeit zur Umsetzung der Anwendung einer Patienten-Kurzakte ist.

Das IPS-Dokument umfasst eine Anzahl von Komponenten und Unterkomponenten, die hauptsächlich dem IPS-Datensatz entnommen sind. Die Ausnahme bildet das Material aus dem nicht zur IPS gehörenden Abschnitt, das nicht zum Anwendungsbereich dieser Norm zählt, aber möglicherweise unter besonderen Umständen den IPS-Datensatz ergänzen kann.

Begriff: Datensatz-Komponente der internationalen Patienten-Kurzakte

Synonym: IPS-Datensatz-Komponente

Definition: Für die Gesundheitsversorgung spezifischer Inhalt innerhalb der Gesundheitsakte, die innerhalb des IPS-Datensatzes definiert wird

Begriff: Unterkomponente der internationalen Patienten-Kurzakte

Synonym: IPS-Unterkomponente

Definition: Allgemeines Dokument und Anwendungsinformation, die innerhalb des IPS-Datensatzes definiert wird

BEISPIELE Identifikation, Adressbuch, Herkunft und grenzüberschreitende Informationen

Begriff: Abschnitt der internationalen Patienten-Kurzakte

Synonym: IPS-Abschnitt

Definition: Für die Gesundheitsversorgung spezifischer Inhalt, der durch den IPS-Datensatz nahegelegt und hinsichtlich des klinischen Nutzens für die Einbeziehung in das IPS-Dokument gruppiert wird

Begriff: Merkmalserfassung der internationalen Patienten-Kurzakte

Synonym: IPS-Merkmalserfassung

Definition: Auf die Gesundheitsversorgung bezogener Inhalt, der durch den IPS-Datensatz nahegelegt und hinsichtlich der Identifikation und der administrativen Zwecke für die Einbeziehung in das IPS-Dokument gruppiert wird

Anmerkung 1 zum Begriff: Merkmale in den IPS-Merkmalserfassungen werden in IPS-Abschnitten verwendet.

Begriff: nicht geplante Pflege

Synonyme: nicht vorhergesehene Pflege; ungeplante Pflege

Definition: Gesundheitsdienstleistung aufgrund eines unerwarteten Pflegebedarfs

Anmerkung 1 zum Begriff: In diesem Szenario kann es sich — aber muss es sich nicht — um einen Notfall handeln, in dem Hilfestellung geleistet wird.

Anmerkung 2 zum Begriff: Es wird davon ausgegangen, dass die Patienten-Kurzakte die erforderlichen Informationen enthält, um dazu beizutragen, dass die hilfsbedürftige Person ärztlich beraten, eine Diagnose erstellt und/oder die Person behandelt wird.

Begriff: grenzüberschreitend

Definition: eine Grenze zwischen zwei Ländern überschreitend oder zwischen diesen beiden Ländern stattfindend oder durchgeführt

Anmerkung 1 zum Begriff: Länder können unterschiedlichen rechtlichen Zuständigkeiten unterliegen, die möglicherweise rechtliche, organisatorische oder kulturelle Auswirkungen auf die Art und Weise haben, wie personenbezogene Daten, und insbesondere Gesundheitsdaten gehandhabt und weitergegeben werden.

Anmerkung 2 zum Begriff: Im Hinblick auf die Interoperabilität ist der Datenaustausch über Ländergrenzen hinweg der Extremfall unter allgemeineren Fällen von organisatorischen und beruflichen Grenzen, die innerhalb der Grenzen eines Landes anzutreffen sind, und deshalb ist der wesentliche Teil dieser Norm auch auf nationale und lokale Kontexte anwendbar.

6.3 Muster innerhalb des IPS-Datensatzes

6.3.1 Allgemeines (en: General)

Diese IPS-Norm beschreibt ein abstraktes Datenmodell, das unabhängig von der Umsetzung ist.

Der IPS-Datensatz ist hierarchisch strukturiert, und die Schachtelung sorgt für die Organisation der Datenelemente. Ganz unten in der hierarchischen Beschreibung der IPS befinden sich die Datenelemente, die auf eine allgemeine, vom Anwendungsfall unabhängige Weise beschrieben werden können. Innerhalb des IPS-Datensatzes ist es einfach, Strukturen zu identifizieren, die ein ähnliches Muster aufweisen. Diese „Muster“ entsprechend möglicher— aber nicht notwendigerweise „bekannten“ Datentypen (z. B. kodierte Elementen; Datumsangaben/Uhrzeiten; Personennamen; Anschriften). Beispiele für diese primitiven Werttypen, die wiederkehrend in den IPS-Datensätzen vorkommen sind:

- Identifikatoren
- Bezeichnungen von Entitäten (Personen, Organisationen, Produkte usw.)
- Datum/Uhrzeit-Elemente (oder Datum/Uhrzeit-Intervalle)
- Adressdetails
- Telekommunikationsdetails

Sofern anwendbar, wurden die Datentypen aus ISO 21090 als Referenz für die Beschreibung der wesentlichen Eigenschaften verwendet. Wenn zum Beispiel der Name einer Person angegeben wird, sollte dies in Form einer Liste von Teilen wie z. B. Vorname oder Familienname, Präfix, Suffix erfolgen; wenn mehr als ein Teil angegeben wird, sollte es zulässig sein, aufgrund von deren Verwendung eine Unterscheidung vorzunehmen (z. B. offizieller Name, Mädchenname); weitere Darstellungen sollten bei nicht alphabetischen Namen vermerkt werden. Alle diese Eigenschaften werden zusammengefasst und mit der Angabe versehen, dass der Personennamen in Bezug zum Datentyp ISO EN.PN steht, ohne dass sämtliche dieser Eigenschaften wiederholt werden.

Wenn auf einen Datentyp der ISO 21090 Bezug genommen wird, so wird nicht angenommen, dass Umsetzungen eine direkte Konformität²⁾ mit diesen aufweisen. Abgeleitete Modelle, die umsetzbare Spezifikationen beinhalten, sollten jedoch erklären, wie die verwendeten Muster realisiert werden, sofern sich dies nicht durch die angewendeten Normen von selbst ergibt (d. h. indirekte Konformität wie in Abschnitt 5.3 der ISO-Norm vorgesehen).

Um besser aufzuzeigen, wie die durch diese Norm definierten Muster möglicherweise durch abgeleitete Modelle realisiert werden (in diesem Fall durch eine umsetzbare Spezifikation), wurde eine Bezugnahme auf die FHIR-Datentypen der HL7 ebenfalls hinzugefügt. Diese Wahl liegt in der Existenz von — nach unserem besten Wissen — nur zwei Normierungsaktivitäten in Bezug auf diese IPS-Norm begründet: eine davon basiert auf der Norm CDA R2 der HL7 und die andere auf den FHIR der HL7. Da die Norm CDA R2 der HL7 eine modifizierte Form einer früheren Version der ISO-Datentypen verwendet, wurde es nicht als sinnvoll erachtet, sie als Referenz anzufügen. Die Zuordnung zwischen den ISO-Datentypen und V3 R1.1 der HL7 ist tatsächlich nicht schwierig: „IVL(PQ)“ entspricht „IVL_PQ“, „ED“ entspricht „ED“ usw. Weitere Umsetzungen von Referenzen werden zukünftig möglicherweise ergänzt, wenn neue Normierungsaktivitäten in Bezug auf die IPS unter Anwendung unterschiedlicher Datentypen realisiert werden.

6.3.2 Kennzeichnungskonzept (en: Label Concept)

Der Begriff „Kennzeichnungskonzept“ wird dazu verwendet, Datenmodell-Elemente zu beschreiben, die die Funktion eines Containers einnehmen und üblicherweise komplexe Strukturen aufweisen, wie z. B. Krankengeschichten oder Teilnehmer. Kennzeichnungskonzepte erleichtern zudem rekursive Definitionen. So kann z. B. das Ergebnis einer Beurteilung wiederum eine Beurteilung sein.

6.3.3 Liste (en: List)

Listenstrukturen kommen in klinischen Aufzeichnungen häufig vor. Nahezu alle IPS-Abschnitte enthalten Listen als Teil ihres Hauptinhalts oder bestehen sogar ausschließlich daraus. Es ist daher möglich, Teile dieser Spezifikation mit formalen Listenstrukturen darzustellen, um Geschäftsregeln zu unterstützen, die Hilfestellung hinsichtlich Präzision, Prägnanz und Lesbarkeit bieten. Die für die Listen in dieser Norm gewählte Darstellung erfordert jedoch keine besondere Umsetzung.

2) Siehe ISO 21090, Abschnitt 5.2, „Direct conformance“.

Eine Liste darf leer sein und ist dann ein Container, der auf Inhalte wartet. Die Elemente in der Liste sind vom selben Typ, so dass ihre Struktur/ihr Inhalt mit einer einzigen Vorlage definiert werden kann und keine separate Vorlage für jedes einzelne Element in die Liste aufgenommen werden muss. So würde z. B. eine Liste von Lebensstil-Faktoren dieselbe (einmal generisch beschriebene) Elementstruktur jeden einzelnen Faktor aufweisen, während die Liste wachsen würde, wenn neue Lebensstil-Daten hinzugefügt werden müssen, z. B. ein Faktor „Rauchen“, ein Faktor „Alkohol“, ein Faktor „Drogenabhängigkeit“ usw.

In der Patienten-Kurzakte und ähnlichen klinischen Mitteilungen ist es notwendig zu bestimmen, warum bestimmte Daten fehlen und ob deren Fehlen zulässig ist. So ist z. B. der IPS-Abschnitt „Probleme“ (en: PROBLEMS) im IPS-Dokument erforderlich, und dieser enthält eine Liste von Problemen; es ist möglich, dass der Patient vor diesem betreffenden Ereignis möglicherweise niemals ein Problem jedweder Art hatte, so dass die Problemliste leer ist. In diesem Beispiel wäre es erforderlich, explizit zu vermerken, dass die Krankengeschichte des Patienten KEINE Probleme aufweist. Häufig wird ein Prädikat ausgewertet, und das folgende Material erhält infolgedessen den Charakter „bedingt“.

6.3.4 Referenz (en: Reference)

Ein „Referenz“-Muster dient dazu, eine direktionale Verknüpfung von einem Quellelement zu einem Ziel bereitzustellen. Referenzen können intern sein, d. h. sich auf Informationen in der Patienten-Kurzakte beziehen, oder extern, d. h. sich auf Objekte anderer Herkunft beziehen.

Abhängig von der verwendeten Technologie und dem Typ des referenzierten Objekts werden möglicherweise unterschiedliche Typen von Informationen angefordert, z. B. nur eine URL (wörtliche Referenz), nur ein Identifikator (logische Referenz), eine Reihe von Identifikatoren, eine Reihe von Identifikatoren und weitere erforderliche Informationen für den Zugriff auf das Objekt usw. Ein Beispiel ist der Abschnitt „Patientenverfügungen“ (en: ADVANCE DIRECTIVES), der möglicherweise mit einem externen Rechtsdokument verknüpft werden muss.

6.3.5 Personennamen (en: Person Name)

Ein Personennamen besteht aus einer Abfolge von Namensbestandteilen wie einem Vornamen oder Familiennamen, Präfix und Suffix.

Referenzen: ISO 21090:2011 EN.PN, ENXP-Datentypen für „Person Name“-Eigenschaften und -Teile; HL7 FHIR HumanName.

Geschäftsregeln:

- 1) Falls nicht anderweitig spezifiziert, ist es zulässig, mehrere „Personennamen“-Elemente für dieselbe Person anzugeben.
- 2) Der Personennamen MUSS als Komponenten mindestens den Vornamen und den Familiennamen enthalten, und somit werden Namen niemals als Einzelstring dokumentiert.
- 3) Ausnahmen sind für die Bestandteile „Vorname“ und „Familiennamen“ zulässig. Abgeleitete Modelle können diese Regel insofern weiter einschränken, dass gültige Familien- und Vornamen angegeben werden müssen.
- 4) Bei nicht-alphabetischen Darstellungen der Namen MUSS mindestens eine alphabetische Darstellung angegeben werden.

6.3.6 Kodiertes Element (en: Coded Element)

Ein Element, das ein Einzelkonzept repräsentiert und das üblicherweise durch Angabe einer Verweisung auf externe Codesysteme, Terminologien oder Ontologien bereitgestellt wird. In Ausnahmefällen ist es möglicherweise zulässig, es durch Angabe eines Textes zu definieren.

Referenzen: ISO 21090:2011 CD, CS; HL7 FHIR CodeableConcept, code.

6.3.7 Datum/Uhrzeit (en: Date Time)

Eine Größe, die einen Punkt auf der natürlichen Zeitachse spezifiziert. Es handelt sich möglicherweise um eine vollständige oder eine unvollständige Datumsangabe (z. B. nur Angabe des Jahres oder des Jahres + Monat). Möglicherweise ist die Zeitzone angegeben.

Referenzen: ISO 21090:2011 TS; HL7 FHIR dateTime, Date

Es ist zu beachten, dass unvollständige Datumsangaben und vollständige Datumsangaben in unterschiedlichen Formaten in klinischen Anwendungen häufig und daher im IPS-Dokument und seinen vielen Abschnitten vorhanden sind. Es sollte beachtet werden, dass es sich bei Datums- und Zeitangaben um kritische Daten handeln kann, die die Patientensicherheit betreffen und dass das Austauschformat nicht der Art und Weise entspricht, wie diese Daten von einer Anwendung dargestellt werden. Darüber hinaus variiert der Präzisionsgrad eines Datums je nach Kontext, und die jeweils geltende Geschäftsregel wird in der relevanten IPS-Komponente angegeben.

Geschäftsregeln:

- 1) Bei den Datumsangaben MUSS es sich um gültige Daten handeln.
- 2) Wenn keine zusätzlichen Einschränkungen spezifiziert wurden (z. B. Präzision auf den Tag genau) MUSS mindestens eine vollständige Jahresangabe erfolgen.
- 3) Bei Angabe einer Uhrzeit MUSS die Zeitzone angegeben werden.

6.3.8 Identifikator (en: Identifier)

Ein Element, das eindeutig einen Gegenstand oder ein Objekt bezeichnet.

Referenzen: ISO 21090:2011 II; HL7 FHIR Identifier

6.3.9 Adresse (en: Address)

Post- und Privat- oder Büroadressen.

Für die Zwecke der IPS sind Adressen immer Abfolgen von Adressbestandteilen (z. B. Zeile für Hausanschrift, Land, Postleitzahl, Stadt), auch wenn die Postanschriften je nach Land unterschiedliche sein können.

Eine Adresse enthält möglicher-, aber nicht notwendigerweise einen spezifischen Nutzungscode; wenn dieses Merkmal nicht vorhanden ist, wird angenommen, dass es sich um die Standardanschrift handelt, die für jedwede Zwecke verwendet werden kann.

Referenzen: ISO 21090:2011 AD (für die Adresse), ADXP (für Adressbestandteile); HL7 FHIR Address

Geschäftsregeln:

- 1) Wenn eine bekannte Adresse angegeben wird, MUSS diese mindestens einen Adressbestandteil enthalten: Adressen werden niemals als Einzelstring dokumentiert.

6.3.10 Telekommunikation (en: Telecom)

Dieses Muster bietet detaillierte Informationen zu den Telekommunikationsanschlüssen, die zu einer Person oder einer Organisation gehören. Beispiele sind die Kontakttelefonnummer eines Patienten und dessen E-Mail-Adresse usw.

Referenzen: ISO 21090:2011 TEL; HL7 FHIR ContactPoint

Geschäftsregeln:

- 1) Mindestens eine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse MUSS angegeben werden; es ist zulässig, beide Angaben zu machen.

6.3.11 Organisationsname (en: Organization Name)

Ein Name für eine Organisation.

Referenzen: ISO 21090:2011 EN.TN; HL7 FHIR string.

Geschäftsregeln:

- 1) Organisationsnamen MÜSSEN als Einzelstring dargestellt werden.
- 2) Bei nicht-alphabetischen Darstellungen der Namen MUSS mindestens eine alphabetische Darstellung angegeben werden.

6.3.12 Text

Dieses Muster dient dazu, Textinformationen über einen Gegenstand zu vermitteln. Dabei kann es sich z. B. um eine Patientenverfügung, eine Medikationsanweisung oder eine ausformulierte Abschnittsbeschreibung handeln.

Es ist hauptsächlich für die Interpretation durch den Menschen bestimmt. Es enthält unformatierte und formatierte geschriebene Sprache.

Referenzen: ISO 21090:2011 ED; ED.TEXT; SD.TEXT; HL7 FHIR Narrative, string.

6.3.13 Alle (en: Any)

Definiert die grundlegenden Eigenschaften eines jeden Datentyps. Bezüglich seiner Konzeption handelt es sich um einen abstrakten Typ, so dass kein ordnungsgemäßer Wert nur ein Datenwert sein kann, ohne zu irgendeinem konkreten Typ zu gehören.

Referenzen: ISO 21090:2011 ANY

6.3.14 Bereich (en: Range)

Eine Reihe von angeordneten physischen Größen, die anzeigt, dass der Wert aus einer Reihe von möglichen Werten stammt.

Im Allgemeinen kann ein Bereich auf unterschiedliche Weise ausgedrückt werden, z. B. anhand eines niedrigen und eines hohen Wertes (z. B. „von 3 mg bis 5 mg“) oder anhand eines Mittelwerts und einer Toleranz ($4 \text{ mg} \pm 1 \text{ mg}$).

Diese Norm legt den möglichen Optionen, die nach dem Datentyp der ISO 21090 zulässig sind, Beschränkungen auf; abgeleitete Modelle können die Bereichsdarstellung noch weiter einschränken.

Geschäftsregeln:

- 1) Ein Bereich MUSS dargestellt werden, indem die Unter- und Obergrenze des Bereichs spezifiziert wird (z. B. „von 2 ml bis 4 ml“); weitere Optionen sind nicht zulässig.
- 2) Die Einheiten von Ober- und Untergrenze MÜSSEN gleich sein.
- 3) Es ist zulässig, eine Angabe wegzulassen oder Ober- und Untergrenze mit Hilfe von Ausnahmewerten anzugeben (z. B. „< 5 mg“).

Referenzen: ISO 21090:2011 IVL(PQ); HL7 FHIR Range

6.3.15 Menge (en: Quantity)

Eine bemaßte Menge, die das Ergebnis der Messung ausdrückt.

Referenzen: ISO 21090:2011 PQ; HL7 FHIR Simple Quantity

Geschäftsregeln:

- 1) Die Einheit muss aus UCUM stammen.

6.3.16 Zeitraum (en: Period)

Eine Reihe aufeinanderfolgender Werte von Zeitstempeln.

Im Allgemeinen kann ein Zeitraum auf unterschiedliche Weise ausgedrückt werden: anhand eines Anfangsdatums/einer Anfangszeit und eines Enddatums/einer Endzeit (z. B. „von 2004 bis 2005“), anhand einer Anfangszeit und eines Intervalls, einer Zeitspanne (z. B. „vom 2. Januar 2018 an 3 Wochen“) usw.

Diese Norm legt den möglichen Optionen, die nach dem Datentyp der ISO 21090 zulässig sind, Beschränkungen auf; abgeleitete Modelle können die Darstellung des Zeitraums weiter einschränken.

Referenzen: ISO 21090:2011 IVL(TS); HL7 FHIR Period

Geschäftsregeln:

- 1) Ein Zeitraum MUSS entweder durch die Spezifizierung des Anfangsdatums/der Anfangszeit und des Enddatums/der Endzeit oder durch die Spezifizierung des Anfangsdatums/der Anfangszeit und des Intervalls dargestellt werden. Andere Optionen sind nicht zulässig.
- 2) Ein abgeleitetes Modell kann die Darstellung auf ein Anfangsdatum/eine Anfangszeit und ein Enddatum/eine Endzeit einschränken.
- 3) Es ist zulässig, eine Angabe wegzulassen oder die verwendeten Komponenten mit Hilfe von Ausnahmewerten anzugeben (Anfangsdatum/-zeit; Enddatum/-zeit; Intervall).

6.3.17 Allgemeine Zeitspezifikation (en: General Time Specification — GTS)

Eine nicht angeordnete Reihe von unterschiedlichen Werten, bei denen es sich um Zeitangaben handelt. Es handelt sich um einen abstrakten Typ, der verwendet wird, um die Terminierung von Ereignissen und Maßnahmen sowie die zyklischen Validitätsmuster zu spezifizieren, die möglicherweise für unterschiedliche Arten von Informationen existieren, z. B. „zweimal täglich von Januar 2017 bis März 2017, außer samstags und sonntags“.

Eine funktionierende GTS wird als Ausdrucksbaum spezifiziert, der anhand einer Kombination von Operator und Komponenten (z. B. Intervalle, Zeitpunkte, ereignisbezogenes periodisches Intervall usw.) erstellt wird.

Referenzen: ISO 21090:2011 QSET(TS)

Geschäftsregeln:

- 1) Jedwede umsetzbare Spezifikation MUSS beschreiben, wie dieses abstrakte Muster realisiert wird (z. B. Kombination von Intervallen und ereignisbezogenen Zeitangaben).
- 2) Ein Bestandteil des GTS-Satzes DARF NICHT mit Null oder Ausnahmewerten (z. B. „nullFlavors“) bewertet werden.

6.3.18 Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen (en: Healthcare Provider)

Synonyme: Pflegedienstleister, Gesundheitsversorger, Gesundheitsdienstleister, Dienstleister im Gesundheitswesen

Definition: Handlungsträger im Gesundheitswesen, dem ein oder mehrere Pflegezeitmandate zugewiesen werden können

[Quelle: EN ISO 13940:2016]

Plural: Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen;

ANMERKUNG 1 „Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen“ wird im Abschnitt „Patienten-Adressbuch“ beschrieben.

ANMERKUNG 2 Das Personal einer Organisation des Gesundheitswesens, die Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen ist, kann möglicherweise sowohl im Gesundheitswesen tätige, qualifizierte Personen als auch Andere, die an der Bereitstellung von medizinischen Versorgungsleistungen teilnehmen, umfassen.

ANMERKUNG 3 Nach der Definition in ISO 13940:2015 sind Organisationen, die ausschließlich für die Finanzierung, Bezahlung oder Erstattung von Gesundheitsleistungen zuständig sind, keine Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen. Für die Zwecke dieser Internationalen Norm gelten sie als Dritte im Bereich Gesundheitswesen.

Referenzen: ISO 13940:2016

6.3.19 String

Der Datentyp „Zeichenstring“ steht für Textdaten, die hauptsächlich für die maschinelle Verarbeitung (z. B. Sortieren, Abfragen, Indexieren) oder die direkte Anzeige bestimmt sind. Verwendet für Namen, Symbole, Darstellungen und formale Ausdrücke.

Ein String muss mindestens ein Zeichen enthalten und hat ansonsten einen „nullFlavor“.

Referenzen: ISO 21090:2011; ST; HL7 FHIR string

6.3.20 Verhältnis (en: Ratio)

Eine Größe, die als Quotient aus einer Zählergröße, geteilt durch eine Nennergröße, gebildet wird.

Gemeinsame Faktoren in Zähler und Nenner werden nicht automatisch gekürzt.

Der Verhältnis-Datentyp unterstützt Titer (z. B. „1:128“) und andere von Labors gebildete Größen, die wirklich Verhältnisse repräsentieren. Verhältnisse sind nicht einfach „strukturierte numerische Daten“; insbesondere Blutdruckmessungen (z. B. „120/60“) sind keine Verhältnisse.

Referenzen: ISO 21090:2011; RTO; HL7 FHIR Ratio

6.4 Erweiterbarkeit des Modells

Modelle, die aus dieser Norm abgeleitet werden, darunter umsetzbare Spezifikationen, dürfen dieses Modell weiter einschränken; dies kann durch Einschränkung der Konformitätsstrenge eines Elements erfolgen, sofern dies explizit zulässig ist, durch die Erfassung ausformulierter Beschreibungen in einem ausformulierten Block auf Ebene eines einzigen Abschnitts, die Einbeziehung zusätzlicher Elemente in den bestehenden Abschnitten, Listen und Kennzeichnungskonzepten und die Hinzufügung von eigentlich nicht zur IPS gehörenden Abschnitten zur Internationalen Patienten-Kurzakte erfolgen.

Beim der Einbeziehung von zusätzlichen Elementen oder Abschnitten, die nicht durch diese Norm definiert werden (nachfolgend als „Erweiterungen“ bezeichnet), entspricht ein abgeleitetes Modell, einschließlich umsetzbarer Spezifikationen, dieser Norm, sofern die Modellerweiterungen dem folgenden grundlegenden Prinzip folgen:

- Innerhalb des Anwendungsbereichs der internationalen Patienten-Kurzakte kann der Empfänger die sichere Bereitstellung von Pflegedienstleistungen auch dann unterstützen, wenn die Prozesssemantik der Erweiterungen nicht verarbeitet werden kann.

Eine Erweiterung darf daher nicht die Bedeutung der Elemente verändern, die von dieser Norm definiert werden.

7 Definition des IPS-Dokuments

7.1 Übersichtsbeschreibung: DAS IPS-DOKUMENT

Tabelle 4 — Das IPS-Dokument

Eine konforme IPS umfasst ausgewählte Patientendaten und Metadaten								
Hierarchie: H0	H1	—	—	—	—	Konformität	Beschreibung	Weitere Details
IPS-Dokument Synonyme: IPS Akronyme: Keine						M	Das IPS-Dokument beschreibt die Gesamtheit des Inhalts der Patienten-Kurzakte, der als konforme IPS ausgetauscht werden soll.	#1
	IPS-Merkmalserfassung: Patientenmerkmale (en: Patient Attributes)					M	Enthält das Merkmal „ Patientenname “, das für die IPS-Konformität erforderlich ist	
	IPS-Abschnitt: Allergien und Unverträglichkeiten (en: Allergies and Intolerances)					M	Abschnitt erforderlich für IPS-Konformität	
	IPS-Abschnitt: Medikationsübersicht					M	Abschnitt erforderlich für IPS-Konformität	
	IPS-Abschnitt: Probleme (en: Problems)					M	Abschnitt erforderlich für IPS-Konformität	
	IPS-Merkmalserfassung: Herkunftsmetadaten-Erfassung (en: Provenance meta data Collection)					M	Enthält das Merkmal „ Erstellungsdatum des IPS-Dokuments “, das für die IPS-Konformität erforderlich ist	
	IPS-Abschnitt: Metadaten für die grenzüberschreitende Anwendung (en: Cross border metadata)					C	Abschnitt nur für die IPS-Konformität bei grenzüberschreitender Anwendung erforderlich	
	IPS-Attribute und IPS-Merkmalserfassung, „Patienten-Adressbuch“ (en: Patient's Address Book)					RK	Rest des IPS-Datensatzes	#2
	IPS-Abschnitte, die optional sind					O		#3
	Nicht zur IPS gehörende Abschnitte					Nicht definiert	Definition nicht Bestandteil des Anwendungsbereichs dieser IPS-Version	#4

7.2 Detaillierte Beschreibung: DAS IPS-DOKUMENT

Tabelle 5 — 1 IPS-Dokument

<i>Deskriptor</i>	<i>Anwendbarkeit</i>
Zweck	√
Definitionen	√
Geschäftsregeln	√
Fehlend	X
Format	√
Einschlusskriterien	√
Vertraulichkeit	√
Aktualität	√
Beispiele	√
Anmerkungen	√

Zweck: Stellt die logische Struktur bereit, die zur Vermittlung des Inhalts der Patienten-Kurzakte erforderlich ist, d. h. die Dokumentation bezüglich der IPS selbst und der patientenbezogenen Information, um die Kontinuität der Pflege sicherzustellen und die weiteren Gesundheitsdienstleistungen zu koordinieren.

Die „Internationale Patienten-Kurzakte“ (IPS) ist synonym zum IPS-Dokument und wird beschrieben als „minimale und nicht erschöpfende Patienten-Kurzakte, die keine Spezialisierung aufweist, unabhängig von bestimmten Bedingungen ist und unmittelbar von allen Mediziner*innen für die nicht geplante (grenzüberschreitende) Pflege eines Patienten verwendet werden kann“.

Definitionen:

Begriff: IPS-Dokument

Akronym: IPS

Definition: Elektronische Patienten-Kurzakte zur Verwendung für nicht geplante, grenzüberschreitende Pflegeszenarien, die mindestens die erforderlichen Elemente des IPS-Datensatzes umfasst.

Anmerkung 1 zum Begriff: Die spezifische Verwendung für das grenzüberschreitende Szenario schränkt den Wert der IPS für inländische oder lokale Anwendungen nicht ein.

Anmerkung 2 zum Begriff: Der Zugriff auf die Kurzakte ist nicht auf eine bestimmte Situation beschränkt.

Anmerkung 3 zum Begriff: Die IPS wird auch als Kurzreferenz für den Vermerk der Aktivität der beiden SDO-Initiativen verwendet, die den Schwerpunkt auf die Bereitstellung der IPS legen, d. h. CEN IPS und HL7 IPS. Der Kontext, in dem der Begriff verwendet wird, bestimmt seine spezifische Bedeutung; wenn er z. B. mit dem SDO-Namen in Verbindung gebracht wird, bezieht er sich explizit auf die Initiative statt auf den IPS-Inhalt.

Geschäftsregeln: In dieser Norm werden keine Regeln zur Generierung oder Verwendung des IPS-Dokuments vorgegeben. Jedoch sind Prinzipien erforderlich, die die Erweiterung des Dokuments durch Daten gestatten, die nicht in diesem Dokument beschrieben werden; diese werden in Abschnitt 5.4 dieser Norm dargestellt.

Fehlend: Für die Zwecke dieser Norm bezieht sich „fehlend“ auf das Nichtvorhandensein/Vorhandensein von IPS-Daten innerhalb des IPS-Dokuments und die zugehörige Bedeutung oder Interpretation dieses Zustands. Dieser Deskriptor ist nicht auf das Dokument als Ganzes anwendbar.

Format: Das IPS-Dokument ist ein Objekt für die Datenübertragung. Das Format des IPS-Inhalts ist dem Domänenmodell entlehnt, und in dieser Norm wird es in dem entsprechenden Abschnitt spezifiziert, der sich auf die Datenelemente des IPS-Datensatzes bezieht. Während das Domänenmodell komplexe und primitive Datentypen beinhaltet, wird das IPS-Dokument in alle primitiven Typen (z. B. Zeichen, String) aufgelöst, um in serialisierbarer Form für die Übertragung zur Verfügung zu stehen. Die Umwandlungsprozesse von der Domänenform in die serialisierbare Form und die Rückumwandlung werden hier nicht behandelt, sind aber innerhalb der Umsetzungshinweise in der zugehörigen TS und in der HL7-Dokumentation zur Patienten-Kurzakte spezifiziert.

Einschlusskriterien: Das IPS-Dokument ist für den Anwendungsfall ungeplanter oder nicht geplanter, grenzüberschreitender Pflege erforderlich.

Vertraulichkeit: Eine Patienten-Kurzakte ist ein Beispiel für „personenbezogene Daten“ und unterliegt den im jeweiligen Rechtssystem geltenden Datenschutzrichtlinien. Eine mögliche Lösung könnte darin bestehen, dass es die nationalen EHRs dem Patienten gestatten, Teile seiner Gesundheitsdaten zu kennzeichnen, die nicht Bestandteil der IPS sein sollen. Standardmäßig könnten alle nicht gekennzeichneten Daten in die IPS übernommen werden. Ein Hauptunterschied zu anderen Problemstellungen, die die Vertraulichkeit von personenbezogenen Daten/Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit EHRs betreffen, besteht in der Tatsache, dass die PS ein Auszug aus einem Ganzen ist und daher das potenzielle Fehlen oder der Verlust von Kontextinformationen ein zu erörterndes Thema darstellt. Diese Norm verwendet diesen Deskriptor, um Problembereiche hervorzuheben, bietet jedoch keine Details zur Umsetzung.

Aktualität: Eine Patienten-Kurzakte für die ungeplante, grenzüberschreitende Pflege stellt eine Momentaufnahme der Fakten dar, die über den Patienten und seinen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Pflegeereignisses bekannt sind. Auch wenn es sich bei der Situation nicht unbedingt um einen Notfall handeln muss, ist es wahrscheinlich, dass eine gewisse Dringlichkeit besteht und die Patienten-Kurzakte daher prägnant und relevant sein sollte. Der IPS-Datensatz ist darauf ausgelegt, einen minimalen Kerndatenbestand zu enthalten und damit in den meisten Situationen anwendbar und verständlich zu sein; dieser Kernbestand ist möglicherweise durch zusätzliche Daten, z. B. zu einem chronischen Gesundheitszustand, zu ergänzen. Dieser Deskriptor beschreibt Details zur „geplanten“ und „ungeplanten“ Pflege im Rahmen des IPS-Szenarios.

Beispiele: Eine konforme IPS enthält möglicherweise:

- 1) IPS {Nur erforderliche Datenelemente („M“ und „R“)};
- 2) IPS {Erforderliche Datenelemente („M“ und „R“) und bedingte („C“) Metadaten} für die grenzüberschreitende Anwendung
- 3) IPS {Erforderliche Datenelemente („M“ und „R“), bedingte („C“) Metadaten und mindestens ein verfügbares „RK“-Datenelement}
- 4) IPS {Erforderliche und bedingte Datenelemente („M“, „R“, „C“); keine, einige oder alle „RK“-Datenelemente und einige oder alle optionalen „O“-Datenelemente}

Anmerkungen: Das IPS-Dokument muss die erforderlichen Datenelemente aus dem IPS-Datensatz enthalten, um konform zu sein. Der IPS-Datensatz umfasst das gesamte Material aus dem eHN-Datensatz, das in den Richtlinien (Version 2) angegeben ist und kann zusätzlich weitere Materialien aus anderen Quellen enthalten, die als wichtig für die internationale Anwendung betrachtet werden.

#2 IPS-Abschnitte, die „erforderlich, falls bekannt“ (RK) sind

Eine IPS umfasst Komponenten (IPS-Abschnitte) und Unterkomponenten (IPS-Merkmalserfassungen und IPS-Metadaten), die dem IPS-Datensatz entnommen sind. Nur eine Untermenge davon ist erforderlich, um die vollständige Konformität mit dieser Norm zu beanspruchen, aber die übrigen Komponenten sind möglicherweise dennoch für eine Reihe von Pflegeereignissen erforderlich und nutzbringend.

In dieser Norm werden nur drei (klinische Daten betreffende) IPS-Abschnitte als verbindlich betrachtet (nämlich „Allergien und Unverträglichkeiten“, „Medikationsübersicht“ und „Probleme“). Wenn keine Informationen verfügbar sind, MUSS das einbezogene Datenelement einen Wert enthalten, der den Grund für das Weglassen der Daten angibt. Da diese 3 IPS-Abschnitte verbindlich sind, darf der Status „Nichtvorhandensein von Daten“ der einzige Dateninhalt sein, der ausgetauscht wird.

Eine Anzahl weiterer IPS-Abschnitte ist „erforderlich, falls bekannt“. Bei diesen wird es als wichtig erachtet, sie in eine Patienten-Kurzakte aufzunehmen, wobei hingenommen wird, dass Daten in den verschiedenen Ländern und innerhalb der Länder möglicherweise nicht in derselben Form oder gar nicht erfasst werden, mit der Konsequenz, dass die Daten nicht überall zu diesem Zeitpunkt für den Austausch zur Verfügung stehen. Dies ist eine pragmatische Betrachtung und trägt der Belastung Rechnung, die mit der Erfassung dieser erweiterten Elemente verbunden ist.

Bei Daten, die „erforderlich, falls bekannt“ sind, muss ein Grund angegeben werden, wenn sie nicht für das Pflegeereignis zur Verfügung stehen. Es ist möglich, dass die Daten an der Quelle nicht verfügbar sind und vielleicht nicht erfasst werden. Ein weiterer Grund kann sein, dass der Autor dies bewusst unterlassen hat. Beispielsweise ist es möglich, dass der Autor die Daten aufgrund ihres vertraulichen Inhalts nicht versendet oder weil ihr Volumen dem Zweck der IPS, einen möglichst prägnanten Überblick zu bieten, zuwiderlaufen würde. Die IPS-Komponenten mit der Kennzeichnung „RK“ sind:

- Patienten-Adressbuch (en: Patient's Address Book) (Merkmalserfassung, en: Attribute Collection)
- Vorangegangene Verfahren (en: History of Procedures)
- Immunisierungen (en: Immunizations)
- Medizinprodukte (en: Medical Device)
- Ergebnisse (en: Results)

#3 IPS-Abschnitte, die „optional“ sind

Einige IPS-Abschnitte fehlen möglicherweise, ohne dass dies Anlass zu Bedenken gibt. Die optionalen IPS-Abschnitte sind:

- Patientenverfügungen (en: Advance Directives)
- Funktionsstatus (en: Functional Status)
- Schwangerschaftshistorie (en: History of Pregnancy)
- Krankengeschichte (en: History of Past Illness)
- Pflegeplan (en: Plan of Care)
- Sozial-Anamnese (en: Social History)

#4 Nicht zur IPS gehörende Abschnitte

Dieser IPS-Datensatz soll minimal und nicht erschöpfend sein. Die Tatsache, dass der Datensatz nicht erschöpfend ist, bedeutet nur, dass es unvermeidlicherweise weitere Daten gibt, die eine anfragende Person in eine Patienten-Kurzakte aufnehmen möchte, die an dieser Stelle noch nicht definiert wurden. Dabei kann es sich z. B. um Daten handeln, die sich auf verschiedene Spezialisierungen oder einen chronischen Gesundheitszustand des Patienten beziehen. Unter diesen Umständen ist es möglicherweise erforderlich, dass die IPS mit weiteren klinischen Daten ergänzt wird, die nicht Bestandteil des IPS-Datensatzes sind. Es wird anerkannt, dass Daten außerhalb dieses „Kernbestands“ unter Umständen tatsächlich wertvoll sind, aber zu diesem Zeitpunkt sind diese Daten in dieser Version der Norm nicht definiert. Die IPS soll keine Spezialisierung aufweisen und unabhängig von bestimmten Bedingungen sein. Es ist zulässig, optional nicht zur IPS gehörende Daten innerhalb des IPS-Dokuments zu übermitteln, jedoch kann die Konformität dieses Inhalts nicht geprüft werden. Der minimale IPS-Datensatz dürfte jedoch unter einigen Umständen ausreichen, und daher ist dieser gültig, wenn die IPS keine nicht zur IPS gehörenden Abschnitte enthält, ohne dass dadurch ein Fehler oder eine Ausnahme durch das empfangende System ausgelöst wird. Ein anderer Typ von Kurzakte, z. B. ein Krankenhaus-Entlassungsbrief, kann die IPS-Beschreibungen in dieser Norm verwenden, jedoch wird dieser zu einem anderen Zweck erstellt und nimmt eine andere Funktion wahr; aus diesen Gründen sollte er nicht als eine IPS betrachtet werden.

Beispiele: Nicht zur IPS gehörende Abschnitte können spezifischere Daten zu einem chronischen Zustand wie z. B. COPD bereitstellen, oder für eine andere Spezialisierung wie z. B. Sozialfürsorge, die außerhalb des Anwendungsbereichs der derzeitigen IPS liegen.

8 Definition für die IPS-Merkmalserfassung: PATIENTENMERKMALE (en: PATIENT ATTRIBUTES)

8.1 Übersichtsbeschreibung: PATIENTENMERKMALE

Tabelle 6 — Übersicht der Patientenmerkmale

Nicht-klinische Patientendaten							
Hierarchie: H1	H2	H3	H4	H5	Konformität	Beschreibung	Weitere Details
IPS-Merkmalserfassung Patientenmerkmale Synonyme: Keine; Akronyme: Keine					M	Jede mit der IPS konforme PS muss den „Patienten-namen“ aus dieser IPS-Erfassung enthalten. In einigen Ländern müssen Versicherungsdaten angegeben werden.	#1
	Patientenname				M	Personenname	#2
	Anschrift und Telekommunikationsanschlüsse des Patienten				RK	Kennzeichnungskonzept	#3
	Adresse				C	Adresse	
	Telekommunikationsanschlüsse				C	Telekommunikation	
	Administratives Geschlecht				RK	Kodiertes Element	#4
	Geburtsdatum				R	Datum/Uhrzeit	
	Bevorzugte Sprache des Patienten				O	Kodiertes Element	
	Pflegebezogene Identifikatoren				RK	Liste	#5

Nicht-klinische Patientendaten							
Hierarchie: H1	H2	H3	H4	H5	Konformität	Beschreibung	Weitere Details
		Patientenidentifikatoren			RK	Identifikator (en: Identifier)	#6
		Versicherungsdaten			O	Kennzeichnungskonzept	#7
		Versicherungsidentifikator			RK	Identifikator	

8.2 Detaillierte Beschreibung: PATIENTENMERKMALE

#1 IPS-Merkmalserfassung PATIENTENMERKMALE

Tabelle 7 — Patientenmerkmale — Details

Deskriptor	Anwendbarkeit
Zweck	✓
Definitionen	✓
Geschäftsregeln	✓
Fehlend	✓
Format	✓
Einschlusskriterien	✓
Vertraulichkeit	✓
Aktualität	✓
Beispiele	✓
Anmerkungen	✓

Zweck: Eine IPS-Merkmalserfassung stellt die verschiedenen Daten bereit, die einzeln oder zusammen dazu verwendet werden, eine Person zu identifizieren oder die Identität einer Person und/oder eines Patienten für einen behandelnden Mediziner im patientennahen Bereich sicherzustellen.

Definition: Erfassung von Daten, die zur Identifizierung, Sicherstellung der Identität und Präferenzen innerhalb einer Patienten-Kurzakte verwendet werden.

Geschäftsregeln:

- 1) Die Postanschrift und Telekommunikationsanschlüsse des Patienten MÜSSEN verbindlich angegeben werden, sofern sie bekannt sind.
- 2) Die Versicherungsdaten, und insbesondere die Versicherungsnummer, DÜRFEN NUR dann als Identifikator verwendet werden, wenn dies seitens des Landes oder des Versicherungsstaates erforderlich ist.

Fehlend: Diese IPS-Daten sind zu Identifizierungszwecken erforderlich und wahrscheinlich in jeder IPS vorhanden, obwohl dies nicht bedeutet, dass jedes Merkmal darin unbedingt auch vorhanden oder vollständig ist. „Versicherungsnummer“ ist ein bedingtes Datenelement, das abhängig vom Rechtssystem eines Landes vorhanden ist.

Format: Details zum Format des Merkmals werden entweder in der Merkmalsbeschreibung angegeben oder im Abschnitt über primitive Werttypen erläutert. (Siehe „Muster“ in 6.2).

Einschlusskriterien: Während diesen Daten unter Umständen auch eine administrative Funktion in der geplanten Pflege oder der Nachsorge nach ungeplanter Pflege zukommt, legt der definierte Anwendungsfall der nicht geplanten Pflege für die IPS nahe, dass die unmittelbare Nutzung dieser Daten zum Zwecke der Identifizierung erfolgt.

Vertraulichkeit: Obwohl diese Komponente personenbezogene Informationen enthält, wird davon ausgegangen, dass diese auf Ebene des IPS-Dokuments bearbeitet werden, auf der Fragen der Vertraulichkeit behandelt werden. In einigen Ländern werden „Versicherungsnummern“ und pflegebezogene Identifikatoren (sowie Sozialversicherungsnummern) von Rechts wegen getrennt gehalten.

Aktualität: Diese IPS-Merkmalserfassung muss stets über aktuelle Informationen verfügen, z. B. aktuelle Namen und Zahlen, anstelle von historischen Assoziationen.

Beispiele: Der behandelnde Mediziner fragt Adressdetails ab, um die Identität der Person zu bestätigen.

Anmerkungen: In den eHN-Richtlinien waren die Daten in dieser Komponente grob als „administrativ“ (en: „administrative“) kategorisiert; bedingt durch die kritische Funktion, die die „Identifizierung“ in allen Prozessen einnimmt, wurde die Gewichtung in dieser Norm geändert.

Da alle Merkmale aus praktischen Gründen im Rahmen derselben IPS-Komponente erfasst werden, ist es nicht erforderlich, bei jeder Umsetzung in derselben Weise auf sie Bezug zu nehmen.

#2 Patientenname

Der Name einer Person ist ein bekanntes, sektorübergreifendes Konzept, das unabhängig von einem bestimmten Anwendungsfall ist. Es wird im Abschnitt über primitive Werttypen erläutert. (Siehe „Muster“ in 6.2). Dieses Element verbindlich zur Gewährleistung der Konformität.

#3 Anschrift und Telekommunikationsanschlüsse des Patienten

Dieses Kennzeichnungskonzept sorgt für die Positionierung der verschachtelten Merkmale. Allerdings ist es sinnvoll anzumerken, dass die Patientenanschrift zwar administrativen Charakters ist, aber auch im klinischen Prozess verwendet werden kann, um die Überprüfung der Identifizierung des Patienten zu unterstützen.

#4 Administratives Geschlecht

In einigen Ländern ist die Angabe von „Geschlecht“ als Teil der Identifizierung des Patienten erforderlich. Das administrative Geschlecht MUSS aus einer Wertemenge mit den Elementen „Männlich“ (en: Male), „Weiblich“ (en: Female), „Unbekannt“ (en: Unknown) und „Neutral“ (en: Neutral) spezifiziert werden.

#5 Pflegebezogene Identifikatoren

Eine Liste von Patientenidentifikatoren.

Anmerkungen: Eine nationale Krankenversicherungsnummer wäre auf lokaler Ebene wohl sinnvoller als für grenzüberschreitende Zwecke. Es ist außerdem möglich, und sogar wahrscheinlich, dass eine Person über mehrere Nummern verfügt, die jeweils in Bezug zu mindestens einem Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen stehen. In einem internationalen Kontext ist unter Umständen der Identifikator eines nationalen Anbieters medizinischer Versorgungsleistungen sinnvoll. Jedoch existiert nicht in allen Ländern ein derartiges Registrierungssystem.

#6 Patientenidentifikator

Hinweis: „Patientennummer“ wird häufig als Synonym verwendet, obwohl der Identifikator nicht unbedingt eine rein numerische Form aufweist; in einigen Rechtssystemen wird die Sozialversicherungsnummer als Identifikator im Gesundheitswesen verwendet.

#7 Versicherungsdaten

Versicherungsdaten sind in einer Patienten-Kurzakte nicht immer erforderlich. In einigen Rechtssystemen wird die Versicherungsnummer jedoch auch als Patientenidentifikator verwendet. Sie wird nicht nur zur Identifizierung verwendet, sondern bestimmt auch den Zugang zur Finanzierung der Pflege. In einigen Ländern, die diese Angabe fordern, muss sie daher vorhanden sein.

9 Definition für die IPS-Merkmalserfassung: PATIENTEN-ADRESSBUCH (en: PATIENT'S ADDRESS BOOK)

9.1 Übersichtsbeschreibung: PATIENTEN-ADRESSBUCH

Tabelle 8 — Übersicht zum Patienten-Adressbuch

Nicht-klinische Patientendaten							
Hierarchie H1	H2	H3	H4	—	Konformität	Beschreibung	Weitere Details
IPS-Merkmalserfassung: PATIENTEN-ADRESSBUCH Synonyme: Keine Akronyme: Keine					RK	Adressdetails von Personen und Organisationen, die für die geplante und ungeplante Pflege relevant sind	#1
	Bevorzugte Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen				RK	Liste	#2
	Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen (Person)				C	Kennzeichnungskonzept	
	Name				R	Personenname	
	Telekommunikationsanschlüsse				RK	Telekommunikation	
	Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen (Organisation)				C	Kennzeichnungskonzept	
	Organisationsname				R	Organisationsname	
	Telekommunikationsanschlüsse				RK	Telekommunikation	
	Kontaktinformationen weiterer Personen				O	Liste	#3
	Kontakt				R	Kennzeichnungskonzept	
	Rolle der Kontaktperson				RK	Kodiertes Element	
	Name				R	Personenname	
	Adresse				O	Adresse	
	Telekommunikationsanschlüsse				RK	Telekommunikation	

9.2 Detaillierte Beschreibung: PATIENTEN-ADRESSBUCH

#1 IPS-Merkmalserfassung PATIENTEN-ADRESSBUCH

Tabelle 9 — Patienten-Adressbuch — Details

<i>Deskriptor</i>	<i>Anwendbarkeit</i>
Zweck	✓
Definitionen	X
Geschäftsregeln	✓
Fehlend	✓
Format	✓
Einschlusskriterien	✓
Vertraulichkeit	✓
Aktualität	✓
Beispiele	X
Anmerkungen	✓

Zweck: Diese IPS-Merkmalserfassung stellt eine Adressbuch-Ressource bereit, in der die Adressdetails des Patienten sowie der für den Patienten im Hinblick auf die IPS relevanten Personen und Organisationen aufgeführt sind.

Definitionen: Als sprachlich allgemein gefasst betrachtet und nicht spezifisch für diese Norm.

Geschäftsregeln:

- 1) Bei dem bevorzugten Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen (eine Person und/oder Organisation) MUSS es sich um ein Datenelement handeln, das „erforderlich, falls bekannt“ ist.
- 2) Mindestens eine Adresse eines „bevorzugten Anbieters medizinischer Versorgungsleistungen“ MUSS angegeben werden.

Fehlend: Der bevorzugte Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen (d.h. Fachkraft im Gesundheitswesen und/oder die verantwortliche Organisation, die für dieses Pflegeereignis kontaktiert werden soll; dies ist mit „bevorzugt“ gemeint) muss immer angegeben werden; andere Personen/Organisationen, die kontaktiert werden können, sind im Adressbuch möglicherweise nicht angegeben; falls doch, muss zu ihnen eine spezifische Rolle verzeichnet werden. Da alle Merkmale aus praktischen Gründen im Rahmen derselben IPS-Komponente erfasst werden, ist es nicht erforderlich, sie bei jeder Umsetzung in derselben Weise zu behandeln.

Format: Details zum Format des Merkmals werden entweder in der Merkmalsbeschreibung angegeben oder im Abschnitt über primitive Werttypen erläutert. (Siehe „Muster“ in 6.2).

Einschlusskriterien: Die eHN-Richtlinien bezeichnen diese Daten als „Kontaktinformationen“ (en: contact information). Angesichts der Tatsache, dass „Kontakt“ in diesem Bereich mehrere Bedeutungen hat, verwendet diese Norm das bekannte Konzept des „Adressbuches“ (en: Address Book), um die Merkmale zu erfassen, die von den Richtlinien identifiziert werden. Einige der Daten innerhalb des Adressbuchs können mehreren Zwecken dienen. Ein Beispiel: Die Patientenadresse kann dazu verwendet werden, die Identität einer Person zu verifizieren sowie deren Herkunftsland und Wohnanschrift; die Angabe des bevorzugten Anbieters medizinischer Versorgungsleistungen wird für Anforderungen in Bezug auf die

grenzüberschreitende Versorgung und Herkunftsmetadaten benötigt, und die Personen mit spezifischen Rollen können eine Funktion im Zusammenhang mit dem IPS-Abschnitt „Patientenverfügungen“ einnehmen.

Vertraulichkeit: Obwohl diese Komponente personenbezogene Informationen enthält, wird davon ausgegangen, dass diese auf Ebene des IPS-Dokuments bearbeitet werden.

Aktualität: Alle Details spiegeln den aktuellen Status wider; es dürfen keine veralteten Daten, z. B. ehemalige Adressen, angegeben werden. Bei der „ungeplanten Pflege“ sind „bevorzugte“ Daten die möglichst minimal und prägnant gehaltenen Kontaktinformationen für den Austausch.

Beispiele: Keine.

Anmerkungen: Eine Liste mit Details zu Personen oder Organisationen, die für dieses Pflegeereignis kontaktiert werden müssen; dies steht nicht in Beziehung zu vorangegangenen Pflegeereignissen, die diesen Patienten betreffen. Diese Entitäten können als Anbieter (Person oder Organisation) betrachtet werden, die ganz oder teilweise für die Sicherheit und das Wohlergehen des Pflegesubjekts verantwortlich sind.

#2 Bevorzugte Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen (Personen und Organisationen)

Diese Angaben müssen bereitgestellt werden, sofern sie bekannt sind. Es wird darauf hingewiesen, dass der bevorzugte Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen nicht unbedingt die Quelle der Patienten-Kurzakte sein muss; letztere wird bei den „Herkunftsmetadaten“ angegeben. „Bevorzugt“ weist auf die relevanteste Entität hin, die im Zusammenhang mit der Verwendung dieser Patienten-Kurzakte kontaktiert werden soll.

#3 Kontaktinformationen weiterer Personen

Die Dringlichkeit des Szenarios legt nahe, die Kontaktinformationen auf die wahrscheinlichsten Kontaktaufnahmewege zu beschränken. Die Rolle unterscheidet zwischen Individuen (und Organisationen) anhand ihrer Funktion im Hinblick auf die Pflege des Patienten, um es der betreffenden Person zu ermöglichen, vom Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen im patientennahen Bereich kontaktiert zu werden. Die Rolle kann sowohl funktionsbezogen (z. B. Arzt) sein als auch für eine Spezialisierung (z. B. Spezialist) stehen.

Beispiele: Vormund, nächster Verwandter, Entscheidungsträger im Hinblick auf Patientenverfügungen, klinischer Spezialist.

10 Definition für den IPS-Abschnitt: PATIENTENVERFÜGUNGEN (en: ADVANCE DIRECTIVES)

10.1 Übersichtsbeschreibung: PATIENTENVERFÜGUNGEN

Tabelle 10 — Übersicht zu Patientenverfügungen

Klinische Patientendaten							
Hierarchie:H1	H2	H3	H4	H5	Konformität	Beschreibung	Weitere Details
IPS-Abschnitt: PATIENTENVERFÜGUNGEN Synonyme: Patiententestament, biologisches Testament; Akronyme: Keine					O	Ein konformes IPS-Dokument enthält diesen Abschnitt unter Umständen nicht. Verfügungen zur Gesundheitsversorgung, die lebenserhaltende Maßnahmen oder Willensäußerungen des Patienten für die Zeit nach seinem Tod betreffen	#1
					R	Liste	#2
					R	Kennzeichnungskonzept	
					RK	Kennzeichnungskonzept	#3
					RK	Personenname	
					RK	Telekommunikation	
					O	Kodiertes Element	#4
					C	Text	#5
					C	Referenz	#6

10.2 Detaillierte Beschreibung: PATIENTENVERFÜGUNGEN

#1 IPS-Abschnitt PATIENTENVERFÜGUNGEN

Tabelle 11 — Patientenverfügungen — Details

<i>Deskriptor</i>	<i>Anwendbarkeit</i>
Zweck	✓
Definitionen	✓
Geschäftsregeln	✓
Fehlend	✓
Format	✓
Einschlusskriterien	✓
Vertraulichkeit	✓
Aktualität	✓
Beispiele	✓
Anmerkungen	✓

Zweck: Wird als wertvoll in der ungeplanten Pflege betrachtet, wenn es zu einem lebensbedrohendes Ereignis oder einem Todesfall kommt und der Patient oder eine legitimer Entscheidungsträger vorgesehen hat, was im Hinblick auf den Patienten zu geschehen hat, wenn dieser zu krank oder zu verletzt ist, um seinen Wunsch auszudrücken.

Definition: Bereitstellung von Entscheidungen bezüglich der Gesundheitsversorgung für den Fall, dass eine Person zukünftig nicht in der Lage ist, diese Entscheidungen zu treffen.

Geschäftsregeln:

- 1) Der Verweis auf oder die Beschreibung der Patientenverfügung MUSS angegeben werden; es ist zulässig, beides anzugeben.
- 2) Die Kontaktinformationen bezüglich des Entscheidungsträgers SOLLTEN im Patienten-Adressbuch im IPS-Abschnitt unter „Kontaktinformationen weiterer Personen“ angegeben werden.

Fehlend: Wenn dieser IPS-Abschnitt vorhanden ist, enthält er Informationen über die Patientenverfügungen in der IPS.

Format: Enthält strukturierte Informationen zu Identität und Adressdetails des Entscheidungsträgers sowie eine Beschreibung aller bekannten Verfügungen des Patienten; dabei wird unter Umständen Bezug auf einen Rechtstext genommen. Da möglicherweise mehrere Verfügungen existieren, ist der Inhalt unter Umständen in Listenform strukturiert. Darüber hinaus ist anstelle eines einfachen Textes unter Umständen nur die Referenz auf ein Dokument angegeben (manchmal als „Patiententestament“ bezeichnet). Bei dieser Referenz handelt es sich möglicherweise um eine URL, jedoch besteht keine Einschränkung auf diese Form von Referenz.

Einschlusskriterien: Obwohl nicht explizit in den eHN-Richtlinien angegeben, könnte angeführt werden, dass es sich um eine gültige Interpretation oder Erweiterung der „Behandlungsempfehlungen“ (en: treatment recommendations) (Variable 2) handelt. Außerdem findet es sich in anderen Empfehlungen von HL7 und JIC. Es besteht eine besondere Relevanz für die ungeplante Pflege (und die Notfallversorgung) im Rahmen des IPS-Szenarios.

Vertraulichkeit: Fragen der Vertraulichkeit werden auf Ebene des IPS-Dokuments behandelt, jedoch wird anerkannt, dass diese Komponente möglicherweise sensible Daten enthält. Insbesondere wenn dieser IPS-Abschnitt auf ein Rechtsdokument verweist, sind möglicherweise zusätzliche Erwägungen zu treffen.

Aktualität: Es wird davon ausgegangen, dass die angegebenen oder in Bezug genommenen Patientenverfügungen auf dem neuesten Stand sind. Trotzdem wird sich der Mediziner im patientennahen Bereich häufig verpflichtet fühlen, die Wahrhaftigkeit der Daten zu prüfen, bevor er sie übernimmt.

Beispiele: „Verweigerung von Transfusionen“; „Keine Wiederbelebungsversuche“; „Einverständnis zur Organspende im Todesfall“.

Anmerkungen: Dieser IPS-Abschnitt zu Patientenverfügungen liegt innerhalb des definierten Anwendungsbereichs der IPS, aber ist ein relativ neues Konzept, was die vielfältigen Ansätze erklärt, die derzeit bei der Formatierung der erforderlichen Informationen verwendet werden.

#2 Patientenverfügungen

Eine Liste, die mindestens eine Patientenverfügung enthält.

Hinweis: Obwohl nicht in dieser Version der Norm enthalten, können zukünftige Versionen des IPS-Abschnitts „Patientenverfügungen“ auch Definitionen und Beschreibungen zu „Einwilligungspraktiken“ als Richtlinien und Mandate von bestimmten Rechtssystemen enthalten.

#3 Person, die die Verfügung autorisiert

Die Quelle der jeweiligen Verfügung, falls bekannt; der Entscheidungsträger ist üblicherweise der Patient und/oder eine beauftragte Person wie z. B. ein Vormund. Wenn die Autorisierung nicht durch den Patienten selbst erfolgt, handelt es sich um eine Person, die bezüglich weiterer Informationen und zur Klärung der Wünsche des Patienten kontaktiert werden muss. Die Postanschrift-Elemente sind nicht enthalten, was die Dringlichkeit der Kontaktaufnahme widerspiegelt; jedoch sollten die vollständigen Details konsistent und aus dem Patienten-Adressbuch zu entnehmen sein.

#4 Verfügungskategorie

Verfügungen können sich auf Entscheidungen vor dem Tod und danach beziehen. So können sich Verfügungen für die Zeit vor dem Tod z. B. auf Bluttransfusionen und den Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen beziehen und Verfügungen für die Zeit nach dem Tod auf die Bereitschaft zur Organspende.

#5 Beschreibung

Beschreibung der Verfügung in Form eines Textes.

Abgeleitete Modelle sehen unter Umständen unterschiedliche Elemente für jede ausformulierte Verfügung oder deren Erfassung in einem ausformulierten Block auf Ebene eines einzigen Abschnitts vor.

#6 Referenz

Die Verfügungen haben unter Umständen die Form einer Referenz auf ein Rechtsdokument (z. B. Patiententestament) oder eine externe Beschreibung in Textform.

11 Definition für den IPS-Abschnitt: ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN (en: ALLERGIES AND INTOLERANCES)

11.1 Übersichtsbeschreibung: ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Tabelle 12 — Übersicht zu Allergien und Unverträglichkeiten

Klinische Patientendaten							
Hierarchie: H1	H2	H3	H4	H5	Konformität	Beschreibung	Weitere Details
IPS-Abschnitt: ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN Synonyme: Keine Akronyme: Keine					M	Jede mit der IPS konforme PS muss diesen IPS-Abschnitt enthalten. Allergien und Unverträglichkeiten, von denen der Patient betroffen ist.	#1
	Inhaltsstatus Allergien/Unverträglichkeiten				C	Kodiertes Element	#2
	Liste der Allergien und Unverträglichkeiten				C	Liste	#3
	Allergie/Unverträglichkeit				M	Kennzeichnungskonzept	
	Beschreibung				R	Text	#4
	Klinischer Status				R	Kodiertes Element	#5
	Anfangsdatum				R	Datum/Uhrzeit	#6
	Enddatum				C	Datum/Uhrzeit	#7
	Kritikalität				O	Kodiertes Element	#8
	Gewissheit				O	Kodiertes Element	#9
	Art der Neigung				RK	Kodiertes Element	#10
	Diagnose				O	Kodiertes Element	#11
	Reaktion				RK	Kennzeichnungskonzept	#12
	Manifestation der Reaktion				RK	Kodiertes Element	#13
	Schweregrad				RK	Kodiertes Element	#14
	Wirkstoff				R	Kennzeichnungskonzept	
	Wirkstoffcode				R	Kodiertes Element	#15
	Kategorie				O	Kodiertes Element	#16

11.2 Detaillierte Beschreibung: ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

#1 IPS-Abschnitt ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Tabelle 13 — Allergien und Unverträglichkeiten — Details

<i>Deskriptor</i>	<i>Anwendbarkeit</i>
Zweck	✓
Definition	✓
Geschäftsregeln	✓
Fehlend	✓
Format	✓
Einschlusskriterien	✓
Vertraulichkeit	X
Aktualität	X
Beispiele	✓
Anmerkungen	✓

Zweck: Zur Information über die Behandlung und medizinische Versorgung durch einen behandelnden Mediziner zur Identifizierung von Problemen oder zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen aufgrund einer ergriffenen Maßnahme. Es sollten mindestens die derzeit aktiven sowie jedwede relevanten zurückliegenden Allergien und unerwünschten Wirkungen aufgeführt werden.

Definition: Relevante Allergien und/oder Unverträglichkeitszustände des Patienten.

Es sollten mindestens die derzeit aktiven sowie jedwede relevanten zurückliegenden Allergien und unerwünschten Wirkungen aufgeführt werden.

ANMERKUNG In den eHN-Richtlinien wurde zur Beschreibung dieses Abschnitts der Begriff „Warnungen“ (en: Alerts) verwendet; diese „Warnungen“ sind aber viel allgemeiner gefasst und werden hier nicht als Synonym betrachtet.

Geschäftsregeln:

- 1) Dies ist ein erforderlicher IPS-Abschnitt, der in dem Dokument enthalten sein muss. Sein Nichtvorhandensein aus unbekanntem oder bekanntem Grund sollte explizit festgestellt werden.
- 2) Wenn entsprechende Inhalte existieren, DARF die Liste der Allergien und Unverträglichkeiten NICHT leer sein UND der Inhaltsstatus MUSS weggelassen werden (d. h. er ist „nicht erforderlich“).
- 3) Wenn im Inhaltsstatus das Nichtvorhandensein vermerkt ist, MUSS die Liste der Allergien und Unverträglichkeiten weggelassen werden.
- 4) Das Enddatum MUSS angegeben werden, wenn der klinische Status anzeigt, dass die betreffende Allergie/Unverträglichkeit nicht mehr besteht.

Fehlend: Dies ist ein zur Gewährleistung der Konformität erforderlicher IPS-Abschnitt, der nicht fehlen kann; es muss mindestens eine Erklärung abgegeben werden, die das Fehlen jedweder Daten erläutert.

Format: Details zum Format des Merkmals werden entweder in der Merkmalsbeschreibung angegeben oder im Abschnitt über primitive Werttypen erläutert. (Siehe „Muster“ in 6.2).

Einschlusskriterien: Dies ist ein erforderlicher IPS-Abschnitt. Er ist sowohl für die geplante als auch für die ungeplante Pflege im Rahmen des IPS-Szenarios von Nutzen.

Vertraulichkeit: Wird auf Ebene des IPS-Dokuments ausgedrückt.

Aktualität: Alle aktuellen und zurückliegenden Gesundheitszustände, die für den Anwendungsbereich der IPS relevant sind.

Beispiele: Anaphylaktische Reaktion auf Erdnüsse (leicht, mittelschwer, schwer), Augenschwellung als Reaktion auf Hautschuppen von Katzen (leicht, mittelschwer, schwer), Zungenschwellung als Reaktion auf Bactrim, Angioödem. Unverträglichkeit von Aspirin aufgrund von gastrointestinaler Blutung. Unverträglichkeit von Captopril aufgrund von Husten (der Patient ist nicht allergisch, trägt den Arzneistoff jedoch nicht aufgrund von anhaltendem Husten). Bei der Gesundheitsversorgung kann diese Information nützlich in Bezug auf die verabreichte Nahrung während eines Krankenhausaufenthalts sein.

#2 Inhaltsstatus Allergien/Unverträglichkeiten

Da dieser IPS-Abschnitt für die Gewährleistung der Konformität verbindlich ist, müssen Informationen über das „bekannte Nichtvorhandensein von Allergien“ oder das „Nichtvorliegen von Angaben über Allergien“ unbedingt angegeben werden. Bekannte Inhalte werden durch die bedingte Liste der Allergien und Unverträglichkeiten ergänzt.

#3 Liste der Allergien und Unverträglichkeiten

Wenn Allergien vorliegen, müssen diese aufgeführt werden, ansonsten sind explizite Gründe dafür anzugeben, warum keine Angaben dazu aufgeführt sind. Eine geordnete Liste, die Name, Code, eine Beschreibung der Allergie/Unverträglichkeit und Wirkstoffdetails zu jeder Allergie/Unverträglichkeit enthält.

#4 Beschreibung

Textbeschreibung der Allergie oder Unverträglichkeit.

Abgeleitete Modelle sehen unter Umständen unterschiedliche Elemente für jede ausformulierte Erklärung oder deren Erfassung in einem ausformulierten Block auf Ebene eines einzigen Abschnitts vor.

#5 Klinischer Status des Zustands

Gibt den aktuellen Status der Allergie oder Unverträglichkeit an und zeigt an, ob diese z. B. aktiv, in Remission, oder nicht mehr bestehend ist. Die Wertemenge sollte enthalten:

- aktiv
- inaktiv
- behoben

#6 Anfangsdatum

Dieses Datum muss mit der größtmöglichen Genauigkeit angegeben werden, mindestens aber das Jahr.

#7 Enddatum

Wenn der klinische Status „nicht aktiv“ lautet, kann eine Ausnahme ausgelöst werden, um die Inkonsistenz anzuzeigen.

Dieses Datum muss mit der größtmöglichen Genauigkeit angegeben werden, mindestens aber das Jahr.

#8 Kritikalität

Dieses Merkmal repräsentiert den Schweregrad des potenziellen Risikos von zukünftigen lebensbedrohenden Reaktionen bei Exposition mit einer Substanz, von der bekannt ist, dass sie bei der betreffenden Person eine unerwünschte Wirkung auslöst. Wenn im schlimmsten Fall davon ausgegangen wird, dass ein lebensbedrohendes oder das Organsystem bedrohendes Potenzial besteht, wird die Kritikalität als hoch eingestuft.

Anmerkungen: In einigen Kontexten wird **Schweregrad** als Synonym für die **Kritikalität** verwendet.

Die Wertemenge sollte enthalten:

- Hoch
- Niedrig
- Ausnahme: Kritikalität nicht einzuschätzen

#9 Gewissheit

Erklärung zur Gewissheit, die mit der Neigung zu oder dem potenziellen Risiko einer Reaktion auf die angegebene Substanz verbunden ist. Die Wertemenge sollte enthalten:

- Unbestätigt (Wenn kein ausreichender diagnostischer und/oder klinischer Nachweis vorliegt, dies als bestätigten Zustand zu betrachten.)
 - Vorläufig (Es handelt sich um eine Verdachtsdiagnose – ein Kandidat, der noch unter Beobachtung steht.)
 - Differential (Eine aus einer Reihe potenzieller (und sich üblicherweise gegenseitig ausschließender) Diagnosen, die zur weiteren Anleitung des Diagnoseprozesses und zur vorläufigen Behandlung angegeben wird.)
- Bestätigt (Ein hohes Maß an Gewissheit bezüglich der Neigung zu einer Reaktion auf die angegebene Substanz, was möglicherweise klinische Nachweise aufgrund von Untersuchungen oder erneute Anwendung einschließt.)
- Widerlegt (Eine Neigung zu einer Reaktion auf die angegebene Substanz wurde mit einem Maß an klinischer Gewissheit ausgeschlossen, was möglicherweise Untersuchungen oder eine erneute Anwendung einschließt, und gilt damit als widerlegt.)

#10 Art der Neigung

Art der Allergie oder Unverträglichkeit.

Format: Kodierte Information. Die Wertemenge sollte enthalten:

- Allergie
- Unverträglichkeit
- Neigung zu unerwünschten Wirkungen

#11 Diagnose

Ein Code, der die Art der Reaktion und den Stoff angibt; eine alternative Option zur Beschreibung einer Allergie gegen den Wirkstoff. Beschrieben in Textform, wenn kodierte Daten nicht verfügbar sind.

Beispiel: Laktoseintoleranz

#12 Reaktion

Ein Kennzeichnungskonzept, mit dem der Tatsache Rechnung getragen wird, dass in späteren Versionen dieser Norm möglicherweise weitere Daten bezüglich der Reaktion bereitgestellt werden.

#13 Manifestation der Reaktion

Beschreibung der klinischen Manifestation der allergischen Reaktion. Beispiel: Anaphylaktischer Schock, Angioödem (die klinische Manifestation stellt auch Informationen zum Schweregrad oder beobachteten Reaktion zur Verfügung).

Informationen in Textform, wenn kodierte/quantifizierte Daten nicht verfügbar sind. Dies ist typischerweise eine komplexere Struktur als einfacher Text.

Beispiel: „Darmbeschwerden“ ist die Manifestation der Reaktion.

#14 Schweregrad

Kodiertes Element, das die subjektive Bewertung des Schweregrades des Zustands entsprechend der Bewertung durch den Mediziner beschreibt; bei einer Allergie wird es als Merkmal einer Manifestation oder einer Reaktion verwendet. Bei einer Person tritt z. B. möglicherweise als Reaktion ein starker Hautausschlag auf, der allerdings nicht kritisch ist.

#15 Wirkstoffcode

Ein spezifisches Allergen oder ein anderer Wirkstoff/eine andere Substanz, bei dem/der der Patient die Neigung zu einer unerwünschten Wirkung zeigt. Diese Angabe wird einer Liste von Wirkstoffen und der zugehörige Code einer Wertemenge entnommen.

#16 Kategorie

Allergiebezogene Substanzkategorie, die Wertemenge sollte enthalten:

- Lebensmittel
- Medikation
- Umwelt

12 Definition für den IPS-Abschnitt: FUNKTIONSTATUS (en: FUNCTIONAL STATUS)

12.1 Übersichtsbeschreibung: FUNKTIONSTATUS

Tabelle 14 — Übersicht zum Funktionsstatus

Klinische Patientendaten							
Hierarchie: H1	H2	H3	H4	—	Konformität	Beschreibung	Weitere Details
IPS-Abschnitt: FUNKTIONSTATUS Synonyme: Keine Akronyme: Keine					O	Ein konformes IPS-Dokument enthält diesen Abschnitt unter Umständen nicht. Stellt Informationen über Behinderungen des Patienten und deren funktionsbezogene Beurteilungen bereit.	#1
Liste der Behinderungen					C	Liste	#2
Behinderung					R	Kennzeichnungskonzept	
Beschreibung					R	Text	#3
Behinderungscode					O	Kodiertes Element	#4
Anfangsdatum					O	Datum/Uhrzeit	
Liste der Funktionsbeurteilungen					C	Liste	#5
Funktionsbeurteilung					O	Kennzeichnungskonzept	#6
Beschreibung					R	Text	#7
Datum der Beurteilung					RK	Datum/Uhrzeit	
Typ					RK	Kodiertes Element	
Ergebnis					C	Alle	
Funktionsbeurteilung					C	Kennzeichnungskonzept	#8

12.2 Detaillierte Beschreibung: FUNKTIONSTATUS

#1 IPS-Abschnitt: FUNKTIONSTATUS

Tabelle 15 — Funktionsstatus — Details

<i>Deskriptor</i>	<i>Anwendbarkeit</i>
Zweck	√
Definition	√
Geschäftsregeln	√
Fehlend	√
Format	√
Einschlusskriterien	√
Vertraulichkeit	X
Aktualität	X
Beispiele	X
Anmerkungen	√

Zweck: Die Notwendigkeit, dass der Patient kontinuierlich von Dritten beurteilt wird; der Invaliditätsstatus hat möglicherweise Auswirkungen auf Entscheidungen bezüglich der Verabreichung von Behandlungen.

Definition: Die Fähigkeit des Einzelnen, normale Tagesaktivitäten auszuführen, die zur Deckung der Grundbedürfnisse erforderlich sind, übliche Funktionen wahrzunehmen sowie Gesundheit und Wohlbefinden aufrechtzuerhalten.

[Quelle: American Thoracic Society]

Geschäftsregeln:

- 1) Für den Funktionsstatus MUSS eine Funktionsbeurteilung oder eine Liste der Behinderungen (oder beides) angegeben werden.
- 2) Zu jeder Funktionsbeurteilung MUSS ein Ergebnis oder eine Funktionsbeurteilung angegeben werden (nicht beides).

Fehlend: Bezieht sich auf eine Untermenge von Personen und fehlt daher möglicherweise ohne Begründung und ohne dass dadurch eine Ausnahme ausgelöst wird.

Format: Details zum Format des Merkmals werden entweder in der Merkmalsbeschreibung angegeben oder im Abschnitt über primitive Werttypen erläutert. (Siehe „Muster“ in 6.2).

Einschlusskriterien: Obwohl sich dies auf eine Untermenge von Personen bezieht, handelt es sich um eine Untermenge, bei der potenziell ein höheres Risiko besteht, dass eine Patienten-Kurzakte für ein nicht geplantes Pflegeereignis benötigt wird.

Vertraulichkeit: Nicht anwendbar.

Aktualität: Nicht anwendbar.

Beispiele: Keine.

Anmerkungen: Die eHN-Richtlinien nennen im Zusammenhang mit einem gruppierten Konzept „Autonomie/Invalidität“ (en: Autonomy/Invalidity) lediglich die beiden hier unter „Medizinische Probleme“ angegebenen Datenelemente. In dieser Version wurde dieses Konzept in zwei Teile aufgeteilt: (a) Behinderungen, bezogen auf den in den Richtlinien verwendeten Begriff „Invalidität“ (en: Invalidity), und (b) Funktionsbeurteilung, in dem die Bestimmung der Autonomie verallgemeinert wird. Angesichts der allgemein zunehmenden Anzahl älterer Menschen wird erwartet, dass in späteren Versionen dieser Norm stärker strukturierte Merkmale erforderlich sind. Die Bestimmung von Fähigkeit Kompetenz sind Teil der Funktionsbeurteilung.

#2 Behinderungen

„Behinderungen“ ist ein Sammelbegriff, der Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Teilhabe umfasst. Eine Schädigung ist ein Problem, das die Funktion oder Struktur des Körpers betrifft; eine Beeinträchtigung der Aktivität ist eine Schwierigkeit, auf die ein Individuum bei der Ausführung einer Aufgabe oder Tätigkeit stößt, wogegen eine Beeinträchtigung der Teilhabe ein Problem ist, mit dem ein Individuum bei der Teilnahme an Lebenssituationen konfrontiert wird.

Weitere Informationen sind unter <http://www.who.int/topics/disabilities/en/> zu finden.

#3 Beschreibung

Eine ausformulierte Beschreibung der Art der Invalidität.

Abgeleitete Modelle sehen unter Umständen unterschiedliche Elemente für jede ausformulierte Erklärung oder deren Erfassung in einem ausformulierten Block auf Ebene eines einzigen Abschnitts vor.

#4 Behinderungscode

Code, der die Behinderung des Pflegesubjekts angibt.

#5 Funktionsbeurteilungen

Führt die Ergebnisse der Überprüfungen der Mobilität der betreffenden Person, ihrer Transferkompetenzen, ihrer Aktivitäten im Alltagsleben usw. auf, um den Grad ihrer Autonomie zu bestimmen.

#6 Funktionsbeurteilung

Dieses Kennzeichnungskonzept beschreibt eine einzelne oder eine Gruppe von Beurteilungen, die in Bezug auf dieses Pflegesubjekt vorgenommen wurde(n).

Zu jeder der Beurteilungen oder Gruppe von Beurteilungen sollte ein Datum und eine kodierte Beschreibung der Art der Beurteilung(en), sofern bekannt, angegeben werden.

Für den Fall, dass sich dieses Element auf eine Gruppe von Beurteilungen bezieht, sollte(n) die darin enthaltene(n) Funktionsbeurteilung(en), sofern bekannt, angegeben werden. Für den Fall, dass es sich auf eine einzelne Beurteilung bezieht, sollte deren Ergebnis, sofern bekannt, angegeben werden; bei dem Ergebnis kann es sich unter Umständen um eine physikalische Größe, einen String, einen kodierten Deskriptor oder, abhängig von der Art der durchgeführten Beurteilung, um andere Arten von Daten handeln.

#7 Beschreibung der Funktionsbeurteilungen

Beschreibung der Funktionsbeurteilung in Textform.

Abgeleitete Modelle sehen unter Umständen unterschiedliche Elemente für jede ausformulierte Erklärung oder deren Erfassung in einem ausformulierten Block auf Ebene eines einzigen Abschnitts vor.

#8 Funktionsbeurteilung

Bei dieser Konzeptkennzeichnung wird auf dasselbe Konzept Bezug genommen wie in #6. Es ist rekursiv, so dass eine Beurteilung als Teil der Gruppe der Beurteilungen zulässig ist.

13 Definition für den IPS-Abschnitt: KRANKENGESCHICHTE (en: HISTORY OF PAST ILLNESS)

13.1 Übersichtsbeschreibung: KRANKENGESCHICHTE

Tabelle 16 — Übersicht zur Krankengeschichte

Klinische Patientendaten							
Hierarchie: H1	H2	H3	H4	—	Konformität	Beschreibung	Weitere Details
IPS-Abschnitt: KRANKENGESCHICHTE Synonyme: Keine Akronyme: Keine					O	Ein konformes IPS-Dokument enthält diesen Abschnitt unter Umständen nicht. Frühere Krankheiten, die der Patient durchlebt hat, und die den Hintergrund für die aktuelle Situation bieten.	#1
					Inhaltsstatus Krankengeschichte		#2
					Liste zurückliegender Gesundheitszustände und Probleme		#3
					Gesundheitszustand/Problem		#4
					Problemtyp		#5
					Beschreibung		#6
					Diagnose		
					Schweregrad		#7
					Anfangsdatum		
					Behebung		#8
					Datum der Behebung		#9
					Kontaktinformationen eines Spezialisten		#10

13.2 Detaillierte Beschreibung: KRANKENGESCHICHTE

#1 IPS-Abschnitt: KRANKENGESCHICHTE

Tabelle 17 — Krankengeschichte — Details

<i>Deskriptor</i>	<i>Anwendbarkeit</i>
Zweck	√
Definition	√
Geschäftsregeln	√
Fehlend	√
Format	√
Einschlusskriterien	√
Vertraulichkeit	X
Aktualität	√
Beispiele	√
Anmerkungen	√

Zweck: Beschreibung der Aufzeichnungen zurückliegender Krankheiten; bietet einen Kontext, in dem der aktuelle Status des Patienten zu sehen ist.

Definition: Liste von Gesundheitszuständen (z. B. Krankheiten, gesundheitliche Störungen, Verletzungen) und Problemen (Entscheidung wird auf Grundlage von einem oder mehreren Gesundheitszuständen getroffen), unter denen der Patient in der Vergangenheit gelitten hat und die abschließend behandelt oder behoben wurden, nicht als aktiv oder andauernd betrachtet werden und daher gegenwärtig keiner Überwachung unterliegen.

Geschäftsregeln:

- 1) Bei positivem Inhaltsstatus DARF die Liste der Gesundheitszustände NICHT leer sein UND der Inhaltsstatus MUSS weggelassen werden.
- 2) Wenn im Inhaltsstatus das Nichtvorhandensein vermerkt ist, MUSS die Liste der Gesundheitszustände weggelassen werden.
- 3) Wenn der Gesundheitszustand als „behoben“ angegeben ist, MUSS auch ein „Datum der Behebung“ angegeben werden.

Fehlend: Es handelt sich um einen „optionalen“ Abschnitt. Zu dem betreffenden Patienten liegt möglicherweise keine Krankengeschichte vor, oder die zurückliegenden Probleme werden nicht mehr nachverfolgt/überwacht.

Format: Eine Liste, die ausformulierten Text und strukturierte Codes enthält. Details zum Format des Merkmals werden entweder in der Merkmalsbeschreibung angegeben oder im Abschnitt über primitive Werttypen erläutert. (Siehe „Muster“ in 6.2).

Einschlusskriterien: Wird an dieser Stelle optional eingefügt, um Kontextmaterial für das aktuelle geplante oder ungeplante Pflegeereignis bereitzustellen.

Vertraulichkeit: Fragen der Vertraulichkeit werden auf Ebene des IPS-Dokuments behandelt. Zurückliegende Gesundheitszustände, die z. B. die geistige Gesundheit betreffen, erfordern möglicherweise einen stärker zielgerichteten, sensiblen Umgang.

Aktualität: Die Liste enthält, sofern sie nicht leer ist, nur jene Gesundheitszustände, die behoben, abschließend behandelt oder als inaktiv betrachtet werden.

Beispiele: Krankheiten, gesundheitliche Störungen, Verletzungen, Probleme

Anmerkungen: Dieser IPS-Abschnitt ähnelt stark dem IPS-Abschnitt zu Problemen. So ist es bei Umsetzungen der Problemlisten üblich, dass diese sämtliche Probleme unabhängig von deren Historizität enthalten. Die eHN-Richtlinien nehmen hingegen eine Trennung vor, vielleicht weil Gesundheitszustände breiter gefasst sind als Probleme und weil letztere nicht behobene existierende Probleme einschließen und/oder andauernde Problemstellungen, unabhängig davon, ob sich diese auf aktuelle und aktive Probleme beziehen und daher eine besondere Aufmerksamkeit aufgrund ihrer höheren Relevanz verlangen.

Da es sich hierbei um historische Daten handelt, die sehr umfangreich sein könnten, werden sie unter Umständen vom Absender in ihrem Umfang beschränkt oder vom Empfänger gefiltert, und zwar mittels einer zeitlichen Einschränkung (z. B. auf das zurückliegende Jahr) oder einer größenbezogenen Einschränkung (z. B. die 10 neuesten Einträge), um die Eigenschaft der IPS als prägnantes Dokument zu erhalten. Die Einschränkung/der Filter ist nicht Bestandteil dieser Norm.

#2 Inhaltsstatus Krankengeschichte

Dieses Element erfasst, ob eine Krankengeschichte für den Patienten vorliegt oder ob keine Informationen über zurückliegende Krankheiten existieren.

#3 Zurückliegende Gesundheitszustände und Probleme

Die die Pflege betreffenden Angelegenheiten werden in Listenform beschrieben.

#4 Gesundheitszustand/Problem

Container von Elementen, die einen Gesundheitszustand beschreiben.

#5 Problemtyp

Ein vereinbartes Werkzeug zur Kategorisierung des Gesundheitszustands.

#6 Beschreibung

Beschreibung des Gesundheitszustands/Problems in Textform.

Abgeleitete Modelle sehen unter Umständen unterschiedliche Elemente für jede ausformulierte Erklärung oder deren Erfassung in einem ausformulierten Block auf Ebene eines einzigen Abschnitts vor.

#7 Schweregrad

Ein Kennzeichner für den Gesundheitszustand/das Problem.

Hinweis: Die Angabe eines sehr hohen Schweregrades hat möglicherweise Auswirkungen auf den Pflegebedarf. Das Merkmal „Schweregrad“ ist auch im IPS-Abschnitt „Probleme“ vorhanden.