

# Positionspapier

---

*Arbeitskreis „Pfleger Journey“*

---

31.07.2023

## Inhalt

Inhalt.....	2
1. Einleitung.....	3
2. Ziele .....	5
3. Methodik .....	5
4. Ergebnisse.....	6
4.1. Prozesshafte Darstellung der Pflege Journey .....	6
4.2. IST-SOLL Datensatz .....	8
4.3. Glossar .....	14
4.4. Grundsätze der Entwicklung eines Kerndatensatz.....	17
4.5. Empfehlungen für einen Kerndatensatz Pflege.....	18
5. Handlungsempfehlungen .....	19
6. Anhang Leistungserbringer der Pflege .....	22

## 1. Einleitung

In stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten arbeiten heute weit mehr als 1 Mio. Beschäftigte in Deutschland. Nahezu 5 Mio. Menschen sind pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Davon werden mehr als 4 Millionen im häuslichen Umfeld versorgt.<sup>1</sup> Hinzu kommen knapp weitere 500.000 Pflegefachpersonen in Krankenhäusern. Darüber hinaus haben Menschen nach SGB V Anspruch auf pflegerischen Unterstützungsbedarf, wenn sie nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Die Pflege stellt somit die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar.

Eine qualitativ hochwertige Pflege ist das Ziel aller Handelnden zum Wohle der zu pflegenden Personen und ihres Umfeldes. „Qualitativ hochwertige Pflege“ heißt wirksames Pflegehandeln, Entlastung der Pflegenden, Verständigung mit allen Beteiligten und die Verbesserung oder Stabilisierung des pflegerelevanten Zustands der zu pflegenden Person in den vielfältigen Pflege-Settings (ambulante Pflege, stationäre Langzeit- und Kurzzeitpflege, akutstationäre Pflege sowie pflegerische Leistungen in Rehakliniken und Hospizen, siehe Anhang „Leistungserbringer der Pflege“) sowie den fachlichen Ausgestaltungen, Versorgungsstufen oder adressierten Lebensphasen der zu Pflegenden.

Die Profession der Pflege ist heterogen: dies zeigte sich vor Einführung der generalistischen Ausbildung (seit 2020) durch die verschiedenen Berufsausbildungen in Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie auch weiterhin durch das gleichzeitige Vorhandensein einer fachschulischen und hochschulischen Pflegeausbildung. In allen Fällen ist in der Pflege eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Medizin, Therapieberufen, Hebammen und Sozialer Arbeit Voraussetzung zum Gelingen guter Pflege.

Aufgrund der vielfältigen Wirkungskreise und -punkte der Pflege, ihrer Nähe zu den zu Pflegenden und ihrer konsistenten Anbindung an die Infrastrukturen der Gesundheitsversorgung und ihrer Beteiligten wirkt eine verbesserte Anschlussfähigkeit (connectivity) „der Pflege“ durch eine intra- und interprofessionelle Interoperabilität als Gelingensvoraussetzung. Zwar konnte der Digitalisierungsgrad in den verschiedenen Settings der Pflege über das letzte Jahrzehnt deutlich ausgebaut werden, dennoch ist die Pflege heute von starken Medienbrüchen charakterisiert, nicht nur, weil weiterhin viel auf Papier dokumentiert wird, sondern auch, weil wenig strukturiert und einheitlich dokumentiert wird. Dies bedeutet nicht nur einen Mehraufwand infolge von Doppeldokumentation und eine verzögerte Informationsweitergabe, sondern auch ein Risiko für die Sicherheit der zu Pflegenden. Beides kann durch ein interoperables Informationsmanagement reduziert werden.

Interoperabilität in der Pflege bezieht sich auf die Fähigkeit für eine effektive und nahtlose Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Akteuren in der Gesundheitsversorgung. Diese Interoperabilität ist in der Pflege aus mehreren Gründen wichtig:

- **Ergebnisorientierter Ansatz:** Eine qualitativ hochwertige Pflege erfordert fundierte Daten zur, von und über die zu pflegende Person. Nur wenn diese in jeder Pflegesituation und an jedem Pflegesetting strukturiert und nachvollziehbar zur Verfügung stehen, führt das dazu, dass der Pflegeprozess erfolgreich, d.h. zum nachweislichen Nutzen der zu pflegenden Person umgesetzt und evaluiert werden kann.
- **Kontinuität der Pflege:** Interoperabilität ermöglicht einen reibungslosen Übergang der Pflege von einer Einrichtung zur anderen oder zwischen verschiedenen Gesundheitsprofessionen. Dadurch wird sichergestellt, dass wichtige pflegerelevante Informationen nicht verloren gehen

---

<sup>1</sup> <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>

und die Informationskontinuität als Voraussetzung für Versorgungskontinuität in der Pflege gewährleistet wird.

- Fehlerreduktion: Wenn alle beteiligten Gesundheitsakteure auf die gleichen, aktuellen Informationen zugreifen können, verringert sich das Risiko von Fehlern, beispielsweise durch unvollständige oder veraltete Daten der zu pflegenden Person.
- Effizienzsteigerung: Durch den effektiven Austausch von Informationen und Daten können redundante Tests und Untersuchungen vermieden werden. Dies führt zu einer optimierten Ressourcennutzung und reduzierten Kosten.
- Forschung und Gesundheitsanalyse: Forschenden in Pflege, Medizin, Versorgungsforschung, Gesundheits- und Pflegewissenschaft sowie Gesundheitsorganisationen wird es durch Interoperabilität ermöglicht, umfassende Gesundheits- und Pflegedaten zu sammeln und zu analysieren, was wiederum zu einem besseren Verständnis von Gesundheits- und Pflegezuständen und Behandlungs-/Pflegeergebnissen führt. Eine Forschungsdatenspende wird ermöglicht und führt zu Fortschritt in Diagnose und Therapie und pflegerischer Versorgung
- Technologische Integration: In der heutigen vernetzten Welt nutzen verschiedene medizinische Geräte und Informationssysteme unterschiedliche Technologien und Standards. Interoperabilität sorgt dafür, dass diese Technologien nahtlos zusammenarbeiten können, um die bestmögliche Pflege zu gewährleisten. Informationskontinuität ist eine Grundvoraussetzung für Versorgungskontinuität, dadurch werden die Versorgungsqualität sowie die Sicherheit der Pflegebedürftigen erhöht und Versorgungsbrüche vermieden. Diese Versorgungskontinuität trägt sowohl zur Zufriedenheit als auch zur Entlastung der Pflegebedürftigen, ihrer An- und Zugehörigen und sämtlicher Leistungserbringer bei.

Insgesamt trägt die Interoperabilität in der Pflege dazu bei, die Effektivität, Effizienz und Qualität der Versorgung zu verbessern und somit das Wohlergehen der zu Pflegenden zu fördern.

### **Begriffsbestimmung von Pflege und Pflegebedürftigkeit**

Pflege ist auf Grund der verschiedenen Kontexte sehr komplex und einem stetigen Wandel unterworfen (Spichinger et al. 2006), sodass eine Definition von Pflege nicht trivial ist. Eine gute Definition von Pflege bietet das International Council of Nursing (ICN). Das ICN definiert Pflege wie folgt: *“Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles”* (ICN, 2002), wobei hierauf die berufliche Pflege abgestellt wird. Pflege findet aber auch im nicht-beruflichen Kontext statt, in dem pflegende An- oder Zugehörige Unterstützung und Betreuung erbringen. Pflege zielt dabei auf eine Hilfeleistung, die dem einzelnen Menschen behilflich sein soll, den Alltag von Menschen und Gruppen bei Einschränkung der Fähigkeiten zu bewältigen.

Abzugrenzen von der Pflege als Tätigkeit ist der Begriff der Pflegebedürftigkeit, welche in Deutschland Voraussetzung für Ansprüche aus der sozialen Pflegeversicherung ist. Nach der sozialrechtlichen Definition besteht Pflegebedürftigkeit, wenn Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen (§14 Abs.1 SGB XI).

Aufgrund der Komplexität von Pflege und Pflegebedürftigkeit hat sich der Arbeitskreis darauf verständigt, nicht den Begriff der pflegebedürftigen Person oder Patient\*in zu nutzen, sondern die Begrifflichkeit „Pflegeempfangende“ bzw. „zu pflegende Person“ zu verwenden.

## 2. Ziele

Das Ziel innerhalb dieses Arbeitskreises ist die Identifikation und Visualisierung einer umfassenden Übersicht aller vorhandener Informations-/ Daten- Schnittstellen entlang einer Pflege Journey über die Sektorengrenzen hinaus. Des Weiteren strebt der Arbeitskreis danach, festzustellen, inwiefern bereits Bemühungen und Lösungsansätze für Interoperabilitätsprobleme im Kontext des pflegerischen Versorgungsprozesses existieren. Darüber hinaus wurde eine weitere wesentliche Zielsetzung des Arbeitskreises festgelegt, nämlich die Definition von Anforderungen an einen Kerndatensatz Pflege unter der Bedingung der Versorgungskontinuität.

Die Zielstellungen münden in nachstehende Fragestellungen:

- Wie ist der typische Verlauf für eine pflegeempfangende Person im Pflegesystem in Deutschland? Welche Akteure sind relevant?
- Welche Informationen werden an den Informations-/ Datenschnittstellen zwischen den Versorgern bzw. Sektoren ausgetauscht?
- Welche Informationen sind erforderlich, um eine wirksame Pflege (siehe oben) im Sinne der Versorgungskontinuität zu gewährleisten?
- Welche Interoperabilitätsprobleme können anhand der Journey identifiziert werden, und welche Lösungsansätze und Bemühungen um Lösungen existieren bereits?
- Welche Anforderungen existieren an einen Kerndatensatz Pflege? Und was sind Handlungsempfehlungen zur Entwicklung bzw. der Umsetzung eines Kerndatensatzes?

## 3. Methodik

Im Rahmen von öffentlichen moderierten Fachdiskussionen wurde seitens der Mitglieder des Arbeitskreises ein Wissensaustausch über die Versorgungssituation von pflegeempfangenden Personen initiiert und konsolidiert. Zusätzlich erhielten auch Gäste, die an den Arbeitskreissitzungen teilnahmen, die Gelegenheit, direkt mit den Expert:innen des Arbeitskreises in Austausch zu treten und ihr Wissen und ihre Erfahrungen zu teilen. Die gewonnenen Informationen wurden ebenfalls in den Protokollen zusammengefasst und dokumentiert. Zur Priorisierung von Themen und Empfehlungen wurden Abstimmungsverfahren genutzt.

In einem ersten Schritt wurde eine Pflege Journey skizziert, bei der die unterschiedlichen Akteure aus unterschiedlichen Sektoren im Kontext einer kontinuierlichen Versorgung pflegeempfangender Personen berücksichtigt wurde. Die Pflege Journey wurde über ein BPMN-Diagramm illustriert. Entlang der Journey wurde sodann eruiert, welche Informationen über die pflegeempfangende Person zwischen den Akteuren der Versorgung ausgetauscht werden müssen und zu welchen Informationen bzw. Daten bereits interoperable Informationsobjekte als Anwendungen bzw. Standards existieren.

Die identifizierten bestehenden Informationsobjekte wurden in einem nächsten Schritt in einer IST-SOLL-Liste entlang der Journey gesammelt und in einem dritten Schritt in einem Glossar gebündelt, sowie hinsichtlich eines möglichen Mehrwertes für die Versorger bewertet. In der Journey wurden Schwachstellen im Informationsfluss zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren identifiziert, welche einer Versorgungskontinuität nicht dienlich sind. Diese Schwachstellen wurden ebenso in die Liste aufgenommen und ein möglicher Mehrwert für die Versorger und für die pflegeempfangenden Personen eruiert, um perspektivisch digitale und interoperable Lösungen hierfür zu erarbeiten. Insofern kann das Glossar auch als eine komprimierte Analyse des Soll- und Ist-Zustand

betrachtet werden, wobei der Soll-Zustand auf noch nicht entwickelte oder bereits entwickelte, aber noch nicht implementierte, Informationsobjekte abstellt. Da in das Glossar eine Vielzahl an Informationsobjekten aufgenommen wurde, war in einem weiteren Schritt eine Priorisierung erforderlich. Das Ergebnis der Priorisierung findet sich in den Handlungsempfehlungen des Positionspapiers.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Prozesshafte Darstellung der Pflege Journey

Zur graphischen Darstellung der Journey wurde die Spezifikationssprache Business Process Model and Notation (BPMN) gewählt, welche auf einem internationalen Standard basiert (ISO/IEC 19510:2013). Die Darstellung beansprucht keine Vollständigkeit und Granularität. Sie dient lediglich der groben Darstellung der Prozesse, um die Datenflüsse zwischen den Akteuren entlang der Journey im IST-Zustand zu verdeutlichen. Eine genaue Beschreibung der Datenelemente, die dokumentiert und mit anderen Akteuren entlang der Journey geteilt werden, findet sich in der darauffolgenden Auflistung. Diese Auflistung analysiert zudem Daten und Medienbrüche und definiert einen gewünschten SOLL-Zustand. Dieser SOLL-Zustand soll es den Akteuren ermöglichen, eine primäre Versorgungskontinuität in der Pflege zu erreichen und perspektivisch mit Hilfe von Daten und Informationen die pflegerische Versorgung zu verbessern.

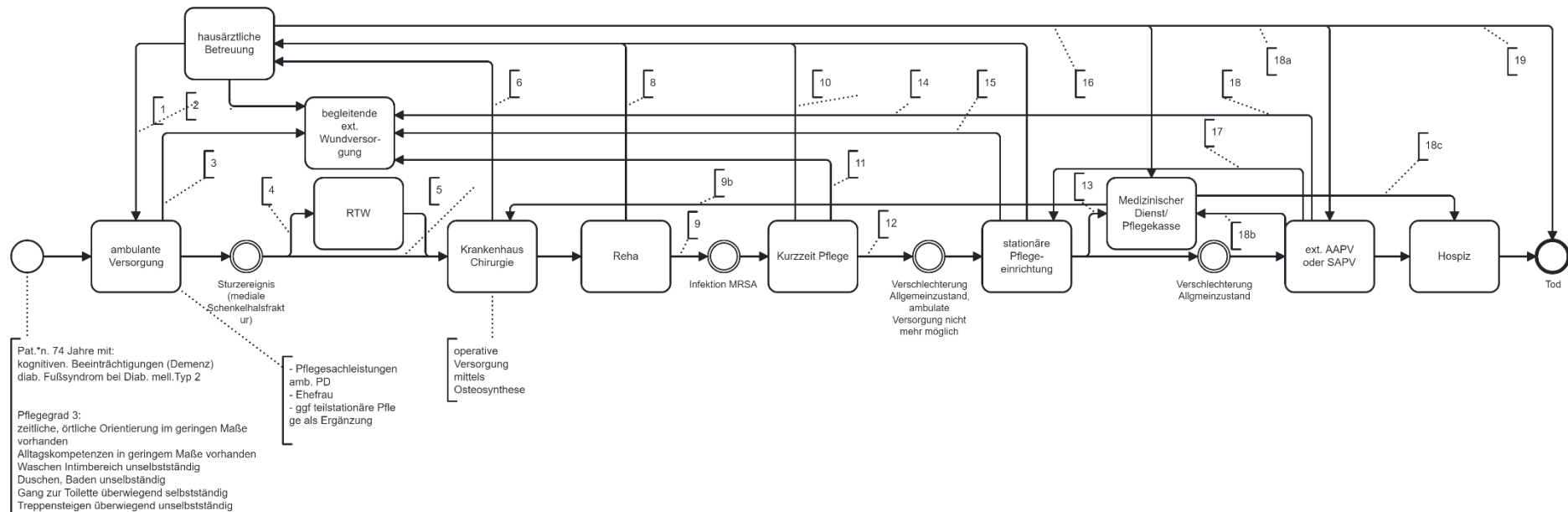


Abbildung 1: Exemplarischer Pflege-Journey (schematische Darstellung)

#### 4.2. IST-SOLL Datensatz

Die Journey wurde in einem nächsten Schritt auf ihre Interoperabilität analysiert. Jede Journey Aktivität ist als Kommunikationsweg zwischen Leistungserbringenden zu verstehen. Entlang dieser Kommunikationswege wurden die Informationen, die in den verschiedensten Systemen – strukturiert oder unstrukturiert -gesammelt und geteilt werden, erfasst. Wenn möglich, wurden in der Tabelle Informationen zu Übertragungswegen bereits verfügbare Standards hinzugefügt. Dieser Status quo wurde pro Journey Aktivität und mit Empfehlungen versehen, die gebündelt für die gesamte Journey im Glossar (Kapitel 5) gesammelt und in den Empfehlungen (Kapitel 6) priorisiert wurden.

Journey Nummer	IST Zustand	Verfügbare Standards	Bewertung	Empfehlung
<b>1</b> (Hausarzt <-> ambulanter Pflegedienst)  <b>regelmäßiger Austausch</b>  <b>Pflegedienst ↔ Haus- bzw. Facharzt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stammdaten</li> <li>Medikationsdaten</li> <li>Vitaldaten (z.B. RR, BZ, Gewicht)</li> <li>Verordnungsmanagement (insbesondere Medikation, HKP, SAPV, Ergo- Physiotherapie, Logopädie, Krankentransporte - Genehmigungspflichtig von KV, Hilfsmittel), aktuell überwiegend auf Papierverordnungen</li> <li>Arztmitteilung (Mitteilung Arzt an Pflege, aktuell eher fernmündlich)</li> <li>Arztinformation (Pflegebriefe an HA/FA, Mitteilung Pflege an Arzt; insbesondere Änderung des Allgemeinzustandes Symptomkontrolle, Sturzprotokoll) erfolgt per Fax</li> <li>Pflege und- Unterstützungsbedarf (relevant insbesondere. für Hilfsmittelverordnung, Barthel-Index, Kanowski-Index, Pflegeassessments (SIS))</li> <li>Abrechnungsdaten Pflege (aktuell: muss Originalverordnung mit Unterschrift vom Versicherten und mit Leistungsnachweis des Leistungserbringers an Abrechnungsstelle des Kostenträgers)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>eGK, e-PA, Gesundheits-ID</li> <li>einheitlicher e-Medikationsplan (eMP) ggf Docs &amp; Care Übertragung über KIM</li> <li>nicht bekannt (für KH z.B. Dräger Infinty Gateway HL72.3, oder Docs &amp; Care (PIO Überleitungsbogen - Übermittlung via KIM, wohl aber nicht in Real Time)</li> <li>E-Rezept</li> <li>HL7 eArztbrief, (KV SafeNet / KIM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesundheits-ID (01.01.24) in Kombination mit BPA oder GK</li> <li>Einbindung der Pflege? Wie erhält der Pflegedienst die Information, dass Medikation geändert wurde? aktuell muss Pat. einwilligen das der eMP auf der Gesundheitskarte gespeichert wird</li> <li>eRezept: wie erfährt der PD, das HA/FA ein eRezept veranlasst hat? Wie kann die Pflege die Info erhalten, dass eine Verordnung veranlasst wurde- Zugriff auf EPA?</li> <li>E-Rezept- Einbindung Pflege unklar</li> <li>e-Arztbrief KIM Anwendung funktioniert wohl, aber noch wenige Nutzer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voraussetzung: Pflegeeinrichtungen müssten an die TI angeschlossen werden. Alle Akteure müssen "Überleitungsfähig" sein</li> <li>Übertragungszeitpunkt der Daten mit bedenken, Information an Pflege</li> <li>eMP: Pflegedienstleister müssen Zugang auf den eMP oder das MIO Medikation haben</li> <li>Austausch von Vitaldaten im ambulanten Setting z.B. zwischen Pflegedienst und HA/FA z.B. zur Blutdruck- oder BZ-Überwachung</li> <li>E-Verordnung für Physiotherapie, Ergotherapie, etc. Verordnung von HKP, Pflege muss und soll Informationen über Art der Verordnung erhalten. Verordnung von häuslicher Krankenpflege mit einer entsprechenden TI-Anwendung. Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln mit einer entsprechenden TI-Anwendung. Anordnungen in einer entsprechenden TI-Anwendung</li> <li>Neu: PIO Pflegebrief/-bericht (zu entwickeln), Mitteilungen an Arzt ggf. über KIM (Thema "Zustandsänderungen</li> <li>Pflegeassessment und -diagnosedaten</li> <li>elektronische Abrechnung (HKP-Katalog, aber auch Antragsverfahren - genehmigungspflichtiger Verordnung-Schleife zum Kostenträger muss gegeben sein und mit bedacht werden.</li> </ul>



<b>2 (Hausarzt - externe Wundversorgung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung (Papier, evtl. E-Rezept)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde</li> <li>• E-Rezept</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• E-Verordnung für Physio, Ergo, etc. Verordnung von HKP, Pflege muss und soll Informationen über Art der Verordnung erhalten. Verordnung von häuslicher Krankenpflege mit einer entsprechenden TI-Anwendung. Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln mit einer entsprechenden TI-Anwendung. Anordnungen in einer entsprechenden TI-Anwendung</li> </ul>
<b>3 (ambulanter Pflegedienst - ext. Wundversorgung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundbericht, Pflegebericht (unstrukturiert, Papier oder EDV gestützt, Bilddaten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HL7 eWundbericht → MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde (in Ausarbeitung)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO Pflegebrief, Pflegebericht</li> <li>• e-Wunddokumentation</li> </ul>
<b>4a/4b (Einsatzprotokoll Rettungsdienst – Klinik)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitalparameter, Anamnesedaten, Einsatzdaten, Stammdaten, Notfalldatensatz, ePA, etc.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• aus der Sicht der Pflege keine relevanten Informationsflüsse</li> </ul>	
<b>5 (amb. Pflegedienst -&gt; Krankenhaus)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überleitungsbogen (aktuell: Papier oder "elektronisch" als pdf; teilweise länderspezifische Vorgaben zu den Inhalten (z.B. NRW "Überleitungsbogen")</li> <li>• Medikationsplan (aktuell: Papier, automatisiertes Einlesen möglich)</li> <li>• Pflegebericht (aktuell: unstrukturiert, Papier oder "elektronisch" als pdf);</li> <li>• Krankenhauseinweisung von Hausarzt oder Rettungsdienst (aktuell: Papier)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfalldatensatz</li> <li>• bundeseinheitlicher Medikationsplan (Papier mit QR-Code)</li> </ul>	<p>Gute Abstimmung zwischen E-Rezept und Medikationsplan notwendig → nach Möglichkeit identische Datenstrukturen Herausforderung: SNOMED bildet z. B. pflegerelevante Abstufungen in den Findings nur unzureichend ab (siehe z. B. Schmidt et al. 2022) → hier muss dringend nachgearbeitet werden (z.B. Achse B "Beurteilung" aus ICNP fehlt komplett)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergeordnet: Referenzterminologie SNOMED CT fürs Back-End</li> <li>• MIO Medikation (soll in die ePA wandern)</li> <li>• EMP elektronischer Medikationsplan</li> <li>• PIO Überleitungsbogen</li> <li>• MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde</li> <li>• MIO Hygienebericht/-überleitung</li> </ul>
<b>6 (Krankenhaus - Hausarzt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztlicher Entlassbericht, ggf. Labordaten, Medikation, (aktuell: Papier oder "elektronisch" als pdf),</li> <li>• Pflegedaten (Überleitung, Zustandsdaten z. B. Pflegediagnosen, Maßnahmen, Hilfsmittel) (aktuell: in der Regel elektronisch und strukturiert verfügbar; jedoch Frage der tatsächlichen Übermittlungsmöglichkeit)</li> <li>• Bilddaten wie Wundfotos (aktuell: als Foto auf Papier ausgedruckt, obwohl in der Regel elektronisch verfügbar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gezielte Übermittlung von Daten zum Pflegeprozess (Pflegediagnosen, Verläufe, Ergebnisse, Hilfsmittel) an Hausarzt unüblich</li> <li>• bundeseinheitlicher Medikationsplan (Papier mit QR-Code)</li> <li>• Patientenportal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgabe der Qualität der Bilddaten von Wundfotos: wie "objektiv" können die Fotos sein (z. B. Weißabgleich, Beleuchtung, Regelungen zu Aufnahmen)</li> <li>• Berücksichtigung von Wundfotos im MIO Bildbefund (bisher nur "RX" und keine Wundfotos)</li> <li>• KHZG-Anforderung, sich an Entlassplattformen zu beteiligen, einschl. Heil-/ Hilfsmittel (Anforderung) läuft parallel zum PIO Überleitung. → derzeit überwiegend organisatorisch ausgerichtet, weniger pflegfachlich - auch wenn KHZG-Anforderungen weiter gehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO Überleitungsbogen.</li> <li>• MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde</li> <li>• MIO Bildbefund</li> <li>• MIO KH-Entlassbrief</li> <li>• MIO Hygienebericht/-überleitung</li> <li>• Patienten-/Angehörigenportale mit "verständlichen" Informationen</li> </ul>

<b>7 (Krankenhaus - Rehaklinik)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztlicher Verlegungsbericht (aktuell: Papier oder "elektronisch" als PDF; kann Aspekte enthalten, die pflegerelevant sein können)</li> <li>• gezielte Übermittlung von Daten zum Pflegeprozess (Pflegediagnosen, Verläufe, Ergebnisse, Hilfsmittel) an Hausarzt unüblich</li> <li>• U50.n/U51.n-Codes (operationalisiert z. B. via BI, eBI, FIM, SPI [Selbstpflegeindex] usw.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pflegerischer Überleitungsbericht mit Daten zum Pflegeprozess (z. B. Pflegediagnosen, Verläufe, Ergebnisse, Hilfsmittel); teilweise länderspezifische Vorgaben zu den Inhalten, z. B. NRW</li> </ul>	siehe 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO Überleitungsbogen</li> <li>• MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde</li> <li>• MIO Hygienebericht/-überleitung</li> <li>• MIO Bildbefund</li> <li>• MIO KH-Entlassbrief</li> </ul>
<b>8 (Rehaklinik - Hausarzt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassbericht, ggf. Bilddaten, Labordaten, Medikation (aktuell: unstrukturiert, Papier)</li> <li>• Ärztlicher Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung; teilweise strukturiert (als ausfüllbares pdf)</li> <li>• Hinweis: Expertise zur Rehaklinik fehlt im Arbeitskreis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HL7 eArztbrief (Reha-Entlassbericht; Implementierungsleitfaden nicht final abgestimmt)</li> </ul>	Siehe 7	Siehe 7
<b>9 (Rehaklinik - Kurzzeitpflege)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassbericht, Pflegeüberleitung, Wundbericht, Medikation, Pflegedaten (aktuell: Überleitung, Zustandsdaten, Maßnahmen) elektronisch und strukturiert in der Regel verfügbar</li> <li>• siehe oben Hinweis: Expertise zur Rehaklinik fehlt im Arbeitskreis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HL7 eArztbrief (Reha-Entlassbericht; Implementierungsleitfaden nicht final abgestimmt)</li> </ul>	Siehe 7	Siehe 7
<b>9b (MD-KH bzw. Kostenträger - KH)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenübermittlung nach § 301 von Krankenkasse zum KH (Pflegegrad ↔)</li> <li>• Datenübermittlung nach § 301 von KH zum Krankenhaus (z. B. Aufnahme-/Verlegungs-/Entlassgrund, Diagnosen, Aufnahme-/Entlasstag,...)</li> <li>• stationäre Dokumentation (z. B. Fieber-/Tageskurve, pflegerische Verlaufsdokumentation, Verlegungsbericht, Barthelindex (←))</li> <li>• DeQS-RL (Dekubitus, inkl. Schweregrade) (←)</li> <li>• Antrag Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege etc.</li> <li>• analog zu Punkt 13 Beantragung Pflegegrad/Höherstufung → unterschiedliche Wege, LE-Portal, FAX, E-Mail, Telefon, tlw. Vermittlungsplattformen</li> </ul>		analog zu Punkt 13	ISIK-Module
<b>10 (Kurzzeitpflege - Hausarzt / Facharzt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitteilung, dass pflegeempfangende Person in Kurzzeitpflege ist (→)</li> <li>• Medikationsdaten inkl. Medikationsplan (←)</li> <li>• Hilfsmittel (↔)</li> <li>• Verordnungen (←)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KIM</li> <li>• Elektronischer Medikationsplan</li> <li>• Anfrage per KIM, E-Rezept</li> <li>• E-Rezept</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erweiterung des E-Rezepts um Heil- und Hilfsmittel</li> <li>• langfristige Hinterlegung von Allergien, die nicht Teil des NFDS sind, notwendig, z. B. Laktoseintoleranz,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendung / MIO für Patientenverfügung notwendig</li> <li>• Es sollten grundlegende Informationen zu Vollmachten und Betreuungen in der EPA hinterlegbar sein, z.B. ob Vollmachten für</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoleranzen, Allergien (←)</li> <li>• Patientenverfügung (←)</li> <li>• Vitaldaten (→)</li> <li>• Impfdaten (←)</li> <li>• Vollmachten</li> <li>• Betreuungen</li> <li>• Wundverläufe (→)</li> <li>• telefonisch, Papier oder per Fax</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NFDS</li> <li>• PIO Überleitungsbogen</li> <li>• MIO Impfpass</li> <li>• HL7 eWundbericht</li> </ul>	<p>Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen aktuell unzureichend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der HL7 eWundbericht ist kein MIO und somit auch noch kein Teil der TI, wird aber zum MIO Überleitungsbogen Chronische ausgebaut.</li> </ul>	<p>einen bestimmten Bereich bestehen und wie Kontaktpersonen zu erreichen sind.</p>
<b>11 (Kurzzeitpflege - ext. Wundversorgung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundverläufe (→)</li> <li>• Verordnungen (→)</li> <li>• unstrukturiert, Papier oder EDV gestützt (in Pflegedokumentationssystem), Bilddaten</li> </ul>	<p>siehe 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung von KIM für Verordnungsvorschläge nutzbar, unabhängig davon, ob die Kurzzeitpflegeeinrichtung involviert ist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MIO mit einer Ordnungsübersicht, in die alle an der Versorgung beteiligten Einsicht bekommen können inkl. Status der Bearbeitung</li> </ul>
<b>12 (Kurzzeitpflege - stationäre Pflegeeinrichtung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeüberleitung (→)</li> <li>• Wunddokumentation (→)</li> <li>• Medikation (→)</li> <li>• unstrukturiert, Papier oder EDV gestützt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO Überleitungsbogen</li> <li>• Siehe 10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zu klären ist die Frage: Wie Apotheken und ggf. Sanitätshäuser von einem Umzug erfahren. Dieser Aspekt ist bisher noch nicht berücksichtigt im Gesamtprozess, nicht nur an dieser Stelle.</li> </ul>	
<b>13 (MD - Pflegekasse - Pflegeeinrichtung - Pflegebedürftige Person)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antrag auf Höherstufung</li> <li>• Pflegebegutachtung</li> <li>• Bescheid der Pflegekasse</li> <li>• Anforderung des Gutachtens</li> <li>• Einlegen von Widerspruch</li> <li>• Papier</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hier besteht großes Potential, z. B. in der Digitalisierung der einzelnen Prozessschritte. Wie dies genau erfolgen kann, konnten wir nicht festlegen.</li> </ul>	
<b>14 (stationäre Pflegeeinrichtung - Hausarzt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitteilung, dass Patient in Kurzzeitpflege ist (→)</li> <li>• Medikationsdaten inkl. Medikationsplan (←)</li> <li>• Hilfsmittel (↔)</li> <li>• Verordnungen (←)</li> <li>• Intoleranzen, Allergien (←)</li> <li>• Patientenverfügung (←)</li> <li>• Vitaldaten (→)</li> <li>• Impfdaten (←)</li> <li>• Vollmachten</li> <li>• Betreuungen</li> <li>• Wundverläufe (→)</li> <li>• telefonisch, Papier oder per Fax</li> </ul>	<p>siehe 10</p>	<p>siehe oben</p> <p>Pflegeeinrichtungen dürfen Stammdaten nicht ändern, daher muss der Umzug über die Krankenkasse oder ggf. den Arzt hinterlegt werden</p>	<p>siehe 10</p>
<b>15 (stationäre Pflegeeinrichtung - ext. Wundversorgung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wundverläufe (→)</li> <li>• Verordnungen (→)</li> <li>• unstrukturiert, Papier oder EDV gestützt (in Pflegedokumentationssystem), Bilddaten</li> </ul>	<p>siehe 10</p>		<p>siehe 10</p>
<b>16 (Hausarzt / Facharzt) - ext.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung SAPV (Formular Muster 63) (→)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe oben (eArztbrief)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnungen (Muster XX) können nicht digital übermittelt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sollten grundlegende Informationen zu Verfügungen, Vollmachten inkl. Angaben</li> </ul>

<b>AAPV oder SAPV Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verordnung HkP (Formular Muster 12) für AAPV ( ) (→)</li> <li>• Arztbrief (→)</li> <li>• Medikamentenplan (→)</li> <li>• Vorsorgeformular (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Notfallverfügung), PALMA (Patientenanweisung für lebenserhaltende Maßnahmen) (→)</li> <li>• Angaben lt. Ehegattenvertretungsrecht (→)</li> <li>• Angaben zur gesetzlichen Betreuung (→)</li> <li>• Arztinformationen (←)</li> <li>• Verordnungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel (→)</li> <li>• Verordnung für Labor (→)</li> <li>• Verordnung für Krankentransport (→)</li> <li>• Formulare sind strukturiert, aber ansonsten unstrukturiert, Papier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• siehe oben (eMP / MIO Medikation)</li> <li>• eRezept</li> <li>• HL7 IG Krankenförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sollten grundlegende Informationen zu Verfügungen, Vollmachten inkl. Angaben zur Ehegattenvertretung und Betreuungen in der EPA hinterlegbar sein, z.B. ob Vollmachten für einen bestimmten Bereich bestehen und wie Kontaktpersonen zu erreichen sind.</li> </ul>	<p>zur Ehegattenvertretung und Betreuungen in der EPA hinterlegbar sein, z.B. ob Vollmachten für einen bestimmten Bereich bestehen und wie Kontaktpersonen zu erreichen sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendung für Verordnungen aller Art inkl. Möglichkeit zur digitalen Unterschrift durch die Pflegeempfangenden</li> <li>• MIO Medikation</li> <li>• MIO Palliativbericht</li> </ul>
<b>17 (ext. AAPV/SAPV - stationäre Pflegeeinrichtung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeüberleitung (↔)</li> <li>• Wundbericht (↔)</li> <li>• Vorsorgedokumente s. 16 (↔)</li> <li>• Medikamentenplan (↔)</li> <li>• Informationen über vorhandene Verordnungen (↔)</li> <li>• Arztbrief (↔)</li> <li>• (unstrukturiert)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO Überleitungsbogen</li> <li>• eWundbericht (→ MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde)</li> <li>• siehe oben (eMP / MIO Medikation)</li> <li>• siehe oben (eArztbrief)</li> </ul>	<p>Es sollten grundlegende Informationen zu Verfügungen, Vollmachten inkl. Angaben zur Ehegattenvertretung und Betreuungen in der ePA hinterlegbar sein, z.B. ob Vollmachten für einen bestimmten Bereich bestehen und wie Kontaktpersonen zu erreichen sind.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MIO Palliativbericht</li> <li>• MIO Medikation</li> <li>• Anordnungen in einer entsprechenden Anwendung</li> <li>• MIO mit einer Verordnungsübersicht, in die alle an der Versorgung Beteiligten Einsicht bekommen können inkl. Status der Bearbeitung und Genehmigungsstatus (inkl. Genehmigungszeitraum)</li> </ul>
<b>18 (ext. AAPV/SAPV - ext. Wundversorgung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeüberleitung (↔)</li> <li>• Wundbericht (↔)</li> <li>• Vorsorgedokumente s. 16 (↔)</li> <li>• Medikamentenplan (↔)</li> <li>• Informationen über vorhandene Verordnungen (↔)</li> <li>• Arztbrief (↔)</li> <li>• (unstrukturiert)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIO Überleitungsbogen</li> <li>• eWundbericht (→ MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde)</li> <li>• siehe oben (eMP / MIO Medikation)</li> <li>• siehe oben (eArztbrief)</li> </ul>	<p>siehe 17</p>	<p>siehe 17</p>
<b>18a (Hausarzt / Facharzt + Pflege - Kostenträger (Krankenkasse))</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen zur SAPV von Palliativärzten (→)</li> <li>• Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB V (→)</li> <li>• Abrechnungsformulare</li> <li>• Leistungsnachweise</li> <li>• teilstrukturiert</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hier ist Potential in der Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, sowohl Krankenkasse als auch Pflegekasse.</li> <li>• Bei den Leistungsnachweisen sollte ein Weg gefunden werden, die Pflegeempfangen in den Prozess zu integrieren (Stichpunkt: Abzeichnen von Leistungen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendungen zur Kommunikation zw. Leistungserbringern und Kostenträger</li> <li>• Der Frage wie die Abrechnung zukünftig laufen soll, muss geklärt werden. Beispielhafte Möglichkeiten sind KIM / TIM oder in einer eigenen Anwendung.</li> </ul>

<b>18b (SAPV - MD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palliativbogen (wird noch ausgearbeitet) (→)</li> </ul>		Da noch in Ausarbeitung keine Bewertung möglich	
<b>18c (MD - Hospiz)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muster 12 - Verordnung für Hospizpflege (←)</li> <li>• Fragebogen zur stationären Hospizpflegebedürftigkeit nach § 39a SGB V (←)</li> <li>• (teil-)strukturiert</li> </ul>		siehe 18	siehe 18
<b>19 (Arzt (HA, KV Dienst etc.) - Bestattung - Standesamt - Angehörige)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totenschein (Formular, Papier)</li> </ul>	Out of Scope für die Pflege, eher ärztliches Thema		Möglichkeit des Versendens der Information über das Versterben muss geklärt werden

### 4.3. Glossar

Das untenstehende Glossar erklärt Datenelemente aus der tabellarischen Übersicht der Pflege Journey, die einerseits bereits fertig entwickelt und implementiert sind, und andererseits Datenelemente, die für das Erreichen von Versorgungskontinuität in der Pflege entwickelt werden sollten. Die Begriffe wurden thematisch geordnet. Eine Priorisierung der zu entwickelnden Datenelemente wird in den Handlungsempfehlungen erklärt. Das Glossar soll Pflegeeinrichtungen eine Übersicht über bereits bestehende digitale Produkte und Datenelemente geben, und andererseits mögliche Entwicklungsszenarien skizzieren.

**MIO / PIO:** MIOs und PIOs sind Medizinische bzw. Pflege-Informationsobjekte, die als Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA) von der mio42 GmbH im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung spezifiziert werden. Sie können perspektivisch auch per KIM versendet werden. MIOs/PIOs unterstützen allgemein die Versorgungskontinuität, indem sie anwendungsfallbezogen einen lückenlosen und kontinuierlichen digitalen und interoperablen Informationsfluss über Systemgrenzen hinweg ermöglichen. Die Spezifikationen werden auf <https://mio.kbv.de/site/mio> veröffentlicht.

**PIO Überleitungsbogen:** Das PIO Überleitungsbogen ist das erste Pflege-Informationsobjekt (PIO) im Rahmen der Pflegedokumentation für die ePA. Er dient in Verlegungs- oder Entlassungsszenarien als Dokument zur Weiterleitung pflege- und versorgungsrelevanter Informationen über eine zu pflegende Person. Mit dem PIO Überleitungsbogen wurde ein bundeseinheitlich und intersektoral auf denselben Datenstrukturen basierender pflegerischer Überleitungsbogen geschaffen. Für eine stabile und bedarfsgerechte Versorgung von zu pflegenden Personen beim Wechsel zwischen Pflegeeinrichtungen ist die Versorgungskontinuität von besonderer Relevanz.

**PIO Pflegebericht/Pflegebrief:** Das PIO Pflegebericht/Pflegebrief als neu zu erstellendes PIO fokussiert im Gegensatz zum PIO Überleitungsbogen die Weitergabe pflegerelevanter Informationen an weitere Angehörige der Gesundheitsfachberufe, z. B. Haus- und Fachärzt:innen oder Physiotherapeut:innen, die einen kompakten Überblick über die pflegerische Situation und den pflegerischen Verlauf erhalten. Für das PIO wäre zu prüfen, inwieweit die Inhalte neu zu definieren sind oder ob Inhalte aus dem PIO Überleitungsbogen komplett wiederverwendet und in einer anderen Struktur dargestellt werden können.

**MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde:** Das MIO Überleitungsbogen Chronische Wunden betrachtet den Anwendungsfall der Überleitung/Weiterleitung im Behandlungsprozess von Menschen mit chronischen Wunden. Mit dem MIO wird ein bundeseinheitlich, intersektoral und interprofessionell auf denselben Datenstrukturen basierender Überleitungsbogen für chronische Wunden geschaffen.

**HL7 eWundbericht:** Der HL7 eWundbericht ist der Vorgänger des MIOs Überleitungsbogen Chronische Wunde. Er wurde bei HL7 Deutschland als Implementierungslitfadensowohl in HL7 CDA und HL7 FHIR abgestimmt. Mit der Verabschiedung des MIOs Überleitungsbogen Chronische Wunde ist der HL7 eWundbericht jedoch veraltet.

**E-Rezept:** Das E-Rezept ist eine Anwendung der Telematikinfrastruktur zur Digitalisierung der Verordnung von Arzneimitteln. Mit dem E-Rezept sollen Prozesse effizienter gestaltet und die Arzneimitteltherapie sicherer werden.

**MIO Medikation:** Mit dem MIO Medikation (Name steht noch nicht final fest) wird der bundeseinheitliche Medikationsplan abgebildet und somit für alle am Medikationsprozess Beteiligten eine strukturierte Übersicht über verordnete Medikationen inkl. Bedarfsmedikationen und alle

Eigenmedikationen ermöglicht. Er ersetzt perspektivisch den einheitlichen e-Medikationsplan und bringt diesen von der Gesundheitskarte in die ePA.

**Elektronischer Medikationsplan:** Der elektronische Medikationsplan ist ein Datensatz, der auf der Gesundheitskarte der Versicherten gespeichert wird und alle verschriebenen Medikamente inkl. Bedarfsmedikation sowie alle Eigenmedikationen enthält. Er ermöglicht eine einrichtungsübergreifende Übersicht über die eingenommenen Medikamente und erhöht so die Arzneimitteltherapiesicherheit.

**E-Verordnung:** Die E-Verordnung ist eine analog zum E-Rezept zu entwickelnde Anwendung der Telematikinfrastruktur zur Abbildung digitaler Ordnungsprozesse neben dem der Arzneimittel. Durch die Anwendung soll eine schnellere Bereitstellung der verordneten Leistungen/ Heil- und Hilfsmittel erfolgen und eine bessere Informationskontinuität sichergestellt werden.

**MIO Verordnungsübersicht:** Das MIO Verordnungsübersicht enthält analog zum MIO Medikationsplan eine Übersicht über alle nicht-medikamentösen Verordnungen, z. B. von Heil- und Hilfsmitteln, aber auch von therapeutischen Leistungen. Neben einer Bezeichnung des Hilfsmittels sollte ein Beantragungsstatus angegeben werden (z. B. beantragt, bewilligt, nicht notwendig), sowie ein Beschaffungsstatus (z. B. bestellt, vorhanden). Auf diese Weise können Mehrfachverordnungen verhindert und eine abgestimmte Versorgung ermöglicht werden.

**MIO KH-Einweisung:** Das MIO KH-Einweisung ist ein neu zu entwickelndes MIO und soll analog zum MIO KH-Entlassbrief schon vorab bekannte und für den Krankenhausaufenthalt relevante Informationen bereitstellen, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und Fehlinformationen zu reduzieren. Hier wäre zu prüfen, inwieweit das MIO auf Bestandteile bereits bestehender oder geplanter MIOs zurückgreifen kann.

**MIO KH-Entlassbrief:** Das MIO KH-Entlassbrief bildet die Informationen, die lt. Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. übermittelt werden sollen, digital und interoperabel ab. Er unterstützt somit das Entlassmanagement aus Krankenhäusern. Die enthaltenen Informationen sind auch für Pflegende relevant.

**HL7 eArztbrief:** Der HL7 eArztbrief in der Version aus 2015 ist eine auf HL7 CDA basierte generische Grundlage für Arztbriefe aller Art und ermöglicht damit die Ablösung der papiergebundenen Arztbriefe. Er wurde zum HL7 Arztbrief Plus ausgebaut, der den Entlassbrief oder Besuchsbericht abbildet. In seiner Funktion als Entlassbrief aus dem Krankenhaus wird der HL7 Arztbrief Plus vom MIO KH-Entlassbrief abgelöst, auch wenn Letzteres nicht auf dem bestehenden Standard basiert. Für andere Arztbriefe kann er aber noch als Vorlage dienen.

**MIO Bildbefund:** Das MIO Bildbefund als MIO in Erstellung soll den digitalen Austausch von Befundberichten und Bilddaten fach- und sektorenübergreifend effektiver gestalten und so die Verfügbarkeit medizinischer Informationen für eine optimale Versorgung von Patient:innen erhöhen. Die zeitnahe Verfügbarkeit von Voraufnahmen reduziert zudem unnötige Nachuntersuchungen und damit Strahlenbelastung, z.B. bei Röntgen oder CT-Untersuchungen.

**MIO Patientenkurzakte:** Die Patientenkurzakte überführt den Notfalldatensatz und den Datensatz der persönlichen Erklärungen von der Gesundheitskarte in die ePA, indem die Inhalte als MIO aufbereitet werden. Dies ermöglicht eine stärkere Einheitlichkeit der Inhalte und der Datenquellen.

**Notfalldatensatz:** Der Notfalldatensatz wird aktuell auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert und enthält alle notfallrelevanten medizinischen Informationen. Die Informationen können von berechtigten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe auch ohne Einwilligung der Patient:innen eingesehen werden, z. B. im Fall einer Ohnmacht.

**MIO Impfpass:** Das MIO Impfpass bildet den WHO-Impfpass digital ab und ermöglicht somit eine digitale Übersicht über bereits erfolgte Impfungen. Dies ermöglicht eine automatische Erinnerung an bevorstehende oder fehlende Impfungen. Auch werden Doppelimpfungen vermieden.

**MIO Laborbefund:** Das MIO Laborbefund bildet Ergebnisse von patientenbezogenen medizinischen Laboruntersuchungen ab, die in Form eines Laborbefundes zusammengestellt werden. Es ist ein labormedizinisch ärztlich validierter Befundbericht, der neben administrativen Daten die Ergebnisse der gemessenen Laborparameter und die Bewertung dieser im medizinischen Kontext enthält. Das MIO ermöglicht eine zeitnahe und interoperable Bereitstellung der Ergebnisse sowie u.a. die Vermeidung von Doppeluntersuchungen.

**MIO Schmerz:** Das MIO Schmerz ist ein neu zu entwickelndes MIO mit dem Fokus auf die interprofessionelle, interdisziplinäre und intersektorale Schmerztherapie unter Berücksichtigung des Expertenstandards Schmerzmanagement bei akuten und chronischen Schmerzen sowie entsprechender Leitlinien der AWMF, z. B. der Leitlinien "Chronischer Schmerz", "Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe" und "Ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen". Ziel ist eine Nachvollziehbarkeit der Schmerztherapie für alle Beteiligten.

**MIO Hygienebericht / -überleitung:** Das MIO Hygienebericht/Hygieneüberleitung ist ein neues zu entwickelndes MIO mit dem Fokus auf die Weitergabe hygienerelevanter Informationen, z. B. bei bestehender Infektion mit einem meldepflichtigen Keim oder immunsupprimierten Patient:innen. Bei einem Wechsel der Einrichtung oder einer Weiterleitung können mit dem MIO den Nachbetreuenden zeitnah exakte Informationen zur Verfügung gestellt werden, um passende Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen treffen zu können.

**MIO Palliativbericht:** Das MIO Palliativbericht ist ein zu entwickelndes MIO mit Schwerpunkt auf die Palliativversorgung. Es gewährleistet den interprofessionellen, interdisziplinären und intersektoralen Austausch relevanter Informationen für eine koordinierte Palliativversorgung.

**MIOs Patientenverfügung / Ehegattenvertretung / Vollmachten und Betreuungen:** Diese MIOs sind neu zu entwickelnde MIOs, die die entsprechenden Dokumente enthalten. Dabei ist erst einmal nicht angedacht, die Inhalte strukturiert abzulegen, sondern lediglich die vorhandenen Dokumente mit strukturierten Metadaten zu versehen und damit digital auffindbar zu machen. Sie ergänzen somit das MIO Patientenkurzakte um die dort benannten persönlichen Erklärungen durch Bereitstellung dieser. So können alle Dokumente zeitnah eingesehen werden. Eine Herausforderung für diese MIOs ist die Rechtssicherheit und die Sicherstellung der Aktualität der Dokumente.

**E-Abrechnung Pflegekassen, PKV und GKV:** Pflegeeinrichtungen rechnen mit den Pflegekassen, aber auch mit den Krankenkassen (sowohl privat als auch gesetzlich) ab. Eine digitale Abbildung dieser Prozesse unter Berücksichtigung der Standards und Terminologien, die im Rahmen der nationalen Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen zur Anwendung kommen, kann eine automatische Rechnungsstellung sowie die Übernahme auf Empfängerseite unterstützen. Bei privat Versicherten kann die Weiterleitung der Rechnung und einzelner Rechnungsposten an entsprechende Kostenträger besser unterstützt werden.

**Patientenportale:** Patientenportale nach dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) sind digitale Portale, die beispielsweise ein Leistungsangebot, aber auch eine Austauschmöglichkeit mit dem



Krankenhaus anbieten, z. B. durch die Online-Vereinbarung von Terminen oder einen Dokumentaustausch.

**Anwendung zur Beantragung/Änderung eines Pflegegrads:** Die pflegeempfangende Person oder deren gesetzliche Betreuer müssen einen Pflegegrad oder dessen Änderung selbst beantragen unter Einreichung mehrerer Dokumente. Mit einer entsprechenden und zu entwickelnden Anwendung kann dieser Prozess unterstützt werden und die relevanten Informationen elektronisch und interoperabel zwischen Antragsteller:in und Pflegeversicherung ausgetauscht werden.

**Anwendung für weitere Antragsprozesse:** Neben dem Pflegegrad müssen auch andere Leistungen bei der Kranken- oder Pflegeversicherung beantragt werden. Diese Antragsprozesse perspektivisch digital abzubilden und mit interoperablen Standards zu unterstützen, kann das Risiko von Übertragungsfehlern verringern und den Antragsprozess verkürzen.

#### 4.4. Grundsätze der Entwicklung eines Kerndatensatz

Unabhängig von der Entwicklung sollten für den Kerndatensatz folgende Grundsätze gelten<sup>2</sup>:

Die Gewährleistung einer nahtlosen Versorgung und Kontinuität der Pflege muss ein zentrales Anliegen und Erfolgskriterium sein. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es von entscheidender Bedeutung, dass Gesundheitseinrichtungen und Fachleute auf einen Datensatz zugreifen können, der den Verlauf der Versorgung longitudinal erfasst und wiederkehrende Ereignisse abbildet. Dieser Datensatz sollte auf internationalen Vorarbeiten basieren und die Verwendung interoperabler Standards wie HL7 FHIR<sup>®</sup> und SNOMED CT<sup>®</sup> ermöglichen.

Eine wichtige Anforderung an den Datensatz ist die Fähigkeit, kontinuierlich zu wachsen und sich zu entwickeln, ohne dabei vorher erfasste Daten einzuschränken oder unbrauchbar zu machen. Dazu ist eine sorgfältige Versionierung des Datensatzes oder der integrierten Kataloge erforderlich. Die Einhaltung und Berücksichtigung der Anforderungen aus Gesetzen und Verordnungen zur Pflege sowie aus Prozessen, Verfahren und Strukturen aller beteiligten Akteure ist unabdingbar.

Es sollten nur Felder mit klarer Aussagekraft (eindeutige Operationalisierung der Inhalte) und hoher Relevanz für den Versorgungsprozess aufgenommen werden, ohne dabei spezifisch notwendige Ergänzungen auszuschließen. Es ist von zentraler Bedeutung, keine einzelnen Aspekte zu priorisieren oder in den fachlichen Prozess einzugreifen, um die Neutralität und die allgemeine Gültigkeit des Datensatzes zu gewährleisten. Um internationale Anschlussfähigkeit zu erreichen, ist es jedoch ebenso notwendig darauf zu achten, dass zentrale, pflegerelevante Informationen aus den entsprechenden Terminologien enthalten sind.

Der Datensatz sollte datensparsam sein und die Prinzipien der Datenhoheit und des Datenschutzes respektieren. Jede Einrichtung sollte die Hoheit über ihre eigenen Daten behalten und diese nach den geltenden Datenschutzbestimmungen verwalten können. Das Prinzip der Datenvorhaltung sollte den Fokus auf die Datenweitergabe legen, während die lokalen Datenspeicherungsmethoden den Einrichtungen überlassen bleiben.

Zur Sicherstellung der Qualität der Daten sollte jede Einrichtung geeignete Erfassungsprozesse implementieren. Der Datenaustausch sollte elektronisch in definierten Formaten erfolgen, um eine reibungslose Kommunikation zwischen den Gesundheitseinrichtungen zu gewährleisten.

---

<sup>2</sup> Die Grundsätze nehmen Anleihen aus den Anforderungen an den Kerndatensatz Forschung des Wissenschaftsrates; <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2855-13.html>

Ein wichtiger Leitgedanke bei der Entwicklung dieses Kerndatensatzes ist es, den Aufwand bei der Erhebung und Bereitstellung von Daten zu begrenzen. Dies trägt dazu bei, die Ressourcen effizient zu nutzen und die Pflegeprozesse zu optimieren.

Der Datensatz sollte sich an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren und gemäß dem Fortschritt der Wissenschaft kontinuierlich aktualisiert und überprüft werden.

#### 4.5. Empfehlungen für einen Kerndatensatz Pflege

Aus der gemeinsamen Diskussion der Mitglieder des Arbeitskreises ergab sich die Erkenntnis, dass **das PIO Überleitungsbogen eine sehr gute Basis für einen Kerndatensatz Pflege darstellt**. Das PIO Überleitungsbogen enthält – ähnlich einem Maximaldatensatz – bereits sehr viele relevante Informationen und deckt auch schon viele, wenn auch nicht alle, Pflegesettings ab. Daher ist es wichtig, dass das PIO Überleitungsbogen in die Anwendung gebracht und perspektivisch insbesondere um Settings wie Kinderkrankenpflege, psychiatrische Pflege, Intensivpflege, Palliativpflege, Pflege in der Vorsorge- und Rehabilitationsreinrichtungen oder in Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfen ergänzt wird.

Des Weiteren folgte aus der gemeinsamen Diskussion, dass **eine universelle Definition eines Basisdatensatzes** aufgrund der Vielzahl möglicher Use Cases (Akteure, Prozesse, Informationsbedarfe etc.) **nicht zweckmäßig** ist. Stattdessen sollte je nach Anwendungsfall die Definition spezifischer Basisdatensätze als Erweiterung des PIO Überleitungsbogens erfolgen. Diese spezifischen Basisdatensätze müssen alle als verbindlich festgelegten Datenelemente des PIO-Überleitungsbogens enthalten. Es sind entsprechende Prozesse zur Implementierung dieser Elemente zu definieren (Profilierung). Der Arbeitskreis empfiehlt, diese sektorübergreifende Betrachtung nicht beim Kompetenzzentrum für Digitalisierung und Pflege (SGB XI §125b) anzusiedeln, sondern beim Interop Council mit anzugliedern.

Folgende Inhalte<sup>3</sup> sollte ein Kerndatensatz Pflege enthalten:

- Betriebliche Daten
- Fallbezogen
  - Klinische Daten
  - Demografische Daten
  - Pflegerische Datenelemente
    - Pflegediagnosen
    - Pflegeinterventionen
    - Pflegeergebnisindikatoren
    - Pflegeintensität

---

<sup>3</sup> Ranegger R, Ammenwerth E. Nursing Minimum Data Sets (NMDS) - eine Literaturübersicht bezüglich Zielsetzungen und Datenelementen [Nursing minimum data sets (NMDS) - a literature review relating to objective and data elements]. Pflege. 2014 Dec;27(6):405-25. German. doi: 10.1024/1012-5302/a000393. PMID: 25416487.

## 5. Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen lassen sich in zwei Bereiche gliedern – Empfehlungen zu bestehenden, sich in Erstellung befindlicher und/oder neu zu entwickelnden Anwendungen und Standards, mit direktem Bezug zur Entwicklung eines interoperablen Kerndatensatz Pflege, sowie Empfehlungen, die darüber hinausgehend die Förderung der Interoperabilität allgemein betreffen und beispielweise die Rahmenbedingungen oder notwendigen Voraussetzungen schaffen, welche außerhalb der Zuständigkeit des Interop Council liegen.

### Empfehlungen zu Interoperabilitätsanwendungen und Spezifikationen für die Pflege

Für die Pflege sind die bereits bestehenden MIOs, das **PIO Überleitungsbogen** und das **MIO Impfpass**, sowie die entstehenden **MIOs Überleitungsbogen Chronische Wunde**, Medikation, **KH-Entlassbrief**, **Bildbefund**, **Patientenkurzakte** und **Laborbefund** relevant, ebenso die Anwendung **E-Rezept**.

Das **PIO Überleitungsbogen**, dessen Spezifikation schon existiert, sollte priorisiert in den Pflegedokumentationssystemen **umgesetzt** und in die ePA eingestellt und **zusätzlich mit KIM** versendet werden können. Die flächendeckende Anbindung der Pflege an die TI ist eine Grundvoraussetzung dafür.

Das **MIO Überleitungsbogen Chronische Wunde** sollte priorisiert spezifiziert werden. Zusammen mit dem bereits vom Gesetzgeber priorisierten **MIO Medikation** sollte dies frühestmöglich in die pflegerische Praxis integriert werden. Die vom Gesetzgeber vorgesehene Abstimmung der Spezifikation des MIO Medikation mit der des E-Rezepts wird befürwortet. Bei der Rechtevergabe für dieses MIO muss die Rolle der Pflegenden im Medikationsprozess berücksichtigt werden, z. B. durch die Möglichkeit, Informationen zur Verabreichung und Einnahme zu ergänzen.

Neben den genannten Spezifikationen und Anwendungen sollten zukünftig das **PIO Pflegebericht/Pflegebrief**, die **MIOs KH-Einweisung**, **Schmerz**, **Hygienebericht/-überleitung**, **Palliativbericht**, **Patientenverfügung**, **Ehegattenvertretung** und **Vollmachten & Betreuungen** spezifiziert werden. Darüber hinaus sollte analog zum E-Rezept eine **Anwendung E-Verordnung** entwickelt werden mit zugehörigem **MIO Verordnungsübersicht**. Die **E-Abrechnungen** mit Pflegekassen sowie privaten und gesetzlichen Krankenkassen sollten nicht nur über die TI versandt, sondern auch in ein zukunftsfähiges Format überführt werden (z.B. XRechnung oder auf FHIR-Basis). Weiterhin zu entwickeln sind eine Anwendung zur Unterstützung von Pflegebedürftigen bei der **Beantragung/Änderung eines Pflegegrads** und eine Anwendung für **weitere Antragsprozesse**.

Von den neu zu entwickelnden Spezifikationen und Anwendungen sind die E-Verordnung, die Anwendung zur Beantragung/Änderung eines Pflegegrads und das MIO Hygienebericht/-überleitung zu priorisieren.

Bei allen MIOs und PIOs sollte entweder direkt bei der Erstellung oder spätestens bei der nächsten Fortschreibung darauf geachtet werden, dass sie ergänzende MIOs und PIOs referenzieren können, sofern dies noch nicht möglich ist.

### Empfehlungen Kerndatensatz

Der **PIO Überleitungsbogen ist ein sehr guter Ausgangspunkt**, das in die Anwendung gebracht und nachfolgend um bestimmte Settings wie beispielsweise Kinderkrankenpflege, psychiatrische Pflege, Eingliederungshilfe, Intensivpflege, Rehapflege und Palliativpflege ergänzt werden muss. Perspektivisch sollte eine kontinuierliche Korrektur, Weiterentwicklung bzw. Anpassung als Fortschreibung des PIO Überleitungsbogen und seiner Ergänzungen erfolgen.

Die **Definition eines allgemeingültigen Basisdatensatz Pflege im Sinne eines Maximaldatensatzes ist nicht sinnvoll**, sondern je nach Use Case sollten die Datenelemente des PIO Überleitungsbogens genutzt werden, um spezifische Basisdatensätze Pflege zu definieren und zu erweitern. Je nach definiertem Use Case (Akteure, Prozesse, Informations- und Forschungsbedarfe etc.) sind dann bestimmte Datensätze verpflichtend (Profilierung). Diese Use Cases müssen sektorenübergreifend und interdisziplinär gedacht werden. Datensätze für Forschung und Steuerung können sich beispielsweise aus den Basisdatensätzen ableiten. Die Verantwortung für die Spezifikation der Use Cases bzw. Datensätze sollte bei einer neutralen Institution angesiedelt werden, welche mit genügend Ressourcen und Kompetenzen ausgestattet wird (beispielsweise das Kompetenzzentrum Interoperabilität in der gematik).

Im Vergleich zur Medizin existiert im Bereich der Pflege keine **verbindliche Terminologie für Pflegediagnosen, -interventionen, -ergebnisse und -intensitäten** in Deutschland. Je nach Pflegesetting kann es aus pflegfachlicher und -wissenschaftlicher Sicht auch sinnvoll sein, unterschiedliche (strukturierte) Terminologien im Frontend zu nutzen. Es muss aber sichergestellt sein, dass die im Frontend genutzten Terminologien die Interoperabilitätsanforderungen für ein Mapping zu Referenzterminologien einhalten.

Die Arbeiten unter der Federführung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Übersetzung der International Classification of Nursing Practice (ICNP) innerhalb von SNOMED CT<sup>©</sup> stellen hier einen ersten wichtigen Meilenstein dar. Diesen Weg gilt es im Sinne einer gelingenden Pflege und eines Mehrwerts der Digitalisierung in der Pflege konsequent weiterzuverfolgen und zu stärken.

### **Empfehlungen zur Entwicklung und Umsetzung über den Arbeitskreis hinaus**

Der Arbeitskreis fordert eine „**Pflegeinformatikinitiative**“ (in Anlehnung an und enger Kooperation mit der Medizininformatikinitiative) und eine zentrale und unabhängige Stelle, die sektoren- und professionsübergreifend arbeitet und folgende Eckpunkte beachtet:

- Arbeitskreise sollten Medizin, Pflege und alle relevanten Gesundheitsfachberufe gemeinsam denken. Um eine starke Stimme der Pflege zu garantieren, brauchen wir spezifische IOP-Schulungsangebote für Expert:innen aus der Pflege.
- Trotzdem ist es wichtig, den Bereich der Pflege regelmäßig bezüglich notwendiger Standardisierungsmaßnahmen zu analysieren bzw. bestehende Standards und Prozesse aufgrund von Veränderungen, die sich aus normativen Vorgaben und aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen ergeben, anzupassen.

Es ist von essenzieller Bedeutung, dass das – noch zu entwickelnde – Umsetzungskonzept für die Interoperabilitätsanwendungen und die Spezifikationen in der Pflege darauf abzielt, die Akzeptanz und Mitwirkung der zu Pflegenden, ihrer An- und Zugehörigen und der professionell Pflegenden zu gewährleisten. Ein **partizipativer Ansatz**, der alle Stakeholder von Beginn an in den Entwicklungsprozess einbindet und ihre Bedürfnisse, Anforderungen und Bedenken berücksichtigt, erhöht die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen und nachhaltigen Implementierung erheblich.

Grundsätzlich ist für eine erfolgreiche Entwicklung und Implementierung neuer Standards, Profile und Anwendungen eine nutzerzentrierte Herangehensweise essentiell. Diese **Nutzerzentrierung** muss sich, wie in der Digitalisierungsstrategie des Bundesgesundheitsministeriums, zentral an den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen orientieren. Ebenso müssen Anwender:innen, also Angehörige der pflegenden Berufe, in alle Phase der Entwicklung von neuen Standards, Profile und auch Anwendungen mit einbezogen werden.

Das Konzept zur Umsetzung muss die **Einbindung der Betreiber:innen** der Pflegeeinrichtungen sicherstellen. Diese spielen eine entscheidende Rolle bei der praktischen Umsetzung und dem Betrieb der digitalen Anwendungen. Ihre aktive Mitwirkung und Unterstützung sind unerlässlich, um eine reibungslose Integration in den Pflegealltag und eine hohe Akzeptanz bei den Pflegenden und den zu Pflegenden sicherzustellen.

Ebenso ist die **Einbindung der Hersteller** der Primärsysteme sowie weiterer in der Pflege genutzter Software-Systeme wichtig. Durch eine enge Kooperation mit den Herstellern wird sichergestellt, dass die entwickelten Anwendungen den spezifischen Anforderungen der Pflegepraxis gerecht werden und eine intuitive Bedienung gewährleistet wird.

Aufgrund der Vielzahl und Heterogenität der Akteure in der Pflege sollten alle Maßnahmen durch eine Umsetzungs- und Einführungsstrategie begleitet werden. Hierzu gehören auch die **Erprobung und Pilotierung, beispielsweise in einer Modellregion**, auf prozessuale und technische Funktionalitäten, Erkenntnisgewinn für die mögliche Fortschreibung, Verbesserung der Anwendungen und wissenschaftliche Begleitevaluation, bevor ein flächendeckender Rollout stattfindet.

Zugleich sollten **Förderinstrumente für Pflegeeinrichtungen – analog zum KHZG** – geschaffen werden, welche ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen auf dem Weg der Digitalisierung fördern und begleiten. Die aktuell steigenden Pflegekosten aufgrund der allgemeinen Inflation und die nach wie vor nicht gegebene umfassende Refinanzierung der Digitalisierung aus den Pflegesätzen erschweren den Einrichtungen die Abbildung von notwendigen Investitionen in die Digitalisierung. Die Finanzierung über die privatrechtlichen Vertragsverhältnisse mit den Pflegeempfangenden stößt immer mehr an die Grenzen des Tragbaren.

Die **Integration von Gesundheitsinformatik und Digitalisierung in die Ausbildung, Studienangebote und Weiterbildungsangebote für alle Gesundheitsfachberufe** ist von großer Bedeutung, um den Kompetenzaufbau in diesem Bereich zu fördern. In der modernen Gesundheitsversorgung spielt die digitale Technologie eine immer wichtigere Rolle. Professionell Pflegenden müssen über das notwendige Wissen und die Fähigkeiten verfügen, um diese Technologien in der spezifischen Kundensituation effektiv nutzen zu können. Der nachhaltige Auf- und Ausbau der Bildungsangebote für Pflegefachpersonen sollte Teil der Pflegeinformatikinitiative sein.

## 6. Anhang Leistungserbringer der Pflege

Die folgende Tabelle listet die verschiedenen Pflegesettings in Deutschland auf. Ein Großteil davon ist den in verschiedenen Sozialgesetzbüchern beschrieben, jedoch gibt es auch Ausnahmen. Die Übersicht veranschaulicht nicht nur die Vielfalt der Pflege in Deutschland, sondern auch die großen Unterschiede in den Rahmenbedingungen der Settings, in denen Pflege stattfindet:

Leistungserbringer	Einrichtungen
<b>SGB XI</b>  Pflegeeinrichtungen / -dienste gemäß § 71 SGB XI mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI oder Bestandschutz nach § 73 Abs. 3 SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollstationäre Pflegeeinrichtungen</li> <li>• Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tagespflege oder Nachtpflege)</li> <li>• Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen</li> <li>• Ambulante Pflegedienste (häufig parallel mit Vertrag über häusliche Krankenpflege nach dem SGB V, auch mit Spezialabteilungen AKI, psychHKP, Wundversorgung)</li> <li>• Ambulante Betreuungsdienste</li> </ul>
<b>SGB V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospize mit Versorgungsverträgen nach § 39a SGB V i.V. m. § 72 SGB XI</li> <li>• Pflegedienste für außerklinische Intensivpflege</li> <li>• Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 132 d SGB V i. V. m. § 37 b SGB V)</li> <li>• Praxiskliniken § 122 SGB V</li> <li>• Krankenhäuser § 107 SGB V (auch Psychiatrien, Forensik, Tageskliniken, Polykliniken)</li> <li>• Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen § 107 SGB V</li> <li>• Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen § 111a SGB V</li> <li>• Medizinische Versorgungszentren § 95 SGB V</li> </ul>
<b>SGB XII</b>  § 13 - Einrichtungen für Menschen mit Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfen des SGB XII für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen</li> <li>• Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfen des SGB XII für Erwachsene mit Behinderungen</li> </ul>

<p><b>Sonstige</b></p> <p>Gesundheitszentren unterschiedlicher Trägerschaft aus unterschiedlichen Konzepten und Projekten der sektorenübergreifenden Versorgung</p>	<p>Es gibt derzeit viele unterschiedliche Konzepte und Projekte der sektorenübergreifenden Versorgung. Neben den IGZ und Portzentren gibt es diverse Innovationsfonds-Projekte mit unterschiedlichen Namen, die keiner im SGB V definierten Leistungserbringungsform zugeordnet werden können. In Niedersachsen sind seit 2022 z. B. Regionale Gesundheitszentren ins Krankenhausgesetz aufgenommen worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ)</li> <li>• innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher KH</li> <li>• Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT)</li> <li>• (Weiter-)Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren in Dt. zur Abdeckung der Primär- und Langzeitversorgung in einer Region</li> </ul>
---	--

Siehe auch unter: <https://mio.kbv.de/pages/viewpage.action?pageId=205553898>