Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Oberbergischer Kreis
Förderkennzeichen:	01NVF18009
Akronym:	OBERBERG_FAIRsorgt
Projekttitel:	Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger im Oberbergischen Kreis
Autorinnen und Autoren:	Dr. Jessica Möltgen, Christian Grebe
Förderzeitraum:	01.07.2019 – 31.03.2024
Ansprechperson:	Dr. Jessica Möltgen

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt OBERBERG_FAIRsorgt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF18009 gefördert.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusammenfassung

Hintergrund: Der ländliche Oberbergische Kreis ist sehr vom Fachkräftemangel in Medizin und Pflege – bei steigender Zahl Pflegebedürftiger. Die Angehörigen dieser sind häufig alleine gelassen in ihrem Zugang zu Unterstützungsangeboten. Um trotz dieser Mangel- und Belastungssituation die Versorgung der Patientinnen und Patienten möglichst optimal zu gestalten, ist es notwendig, die Lücken zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu schließen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung zum Wohle aller zu vermeiden. Hier setzt OBERBERG_FAIRsorgt an und hat es sich zum Ziel gesetzt, die Versorgung von chronisch Kranken und/oder Pflegebedürftigen ab 65 Jahren im Landkreis sektorenübergreifend zu verbessern und so einen längeren und sicheren Verbleib im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Nicht notwendige Krankentransporte sollen reduziert werden.

Methodik: Die Neue Versorgungsform beinhaltet obligatorische und fakultative Teilleistungen, darunter regionale Care-und-Case-Manager (RCCM) als Lotsen, ein geriatrisches Eingangsassessment, Fallkonsile, eine digitale Kommunikationsplattform, ärztliche Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstundenzeiten, sowie telemedizinisches Monitoring. Dafür vernetzt OBERBERG_FAIRsorgt vorhandene Strukturen sowie handelnde Akteure vor Ort sektorenübergreifend. Die Grundlage hierfür ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch Fallkonferenzen, der Austausch und die Verfügbarkeit der elektronischen Gesundheitsdaten wie z. B. des Medikationsplans und der Einsatz von digitalen medizinischen Messgeräten.

Ergebnisse: Es zeigte sich eine Stabilisierung der gesundheitlichen Situation der Teilnehmenden. Die Neue Versorgungsform leistet einen Beitrag zur Stabilisierung von Versorgungspfaden. Die qualitativen Befunde wie auch die quantitativen Querschnittsdaten zeigen eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen der Versorgungsform sowie eine subjektiv wahrgenommene Verbesserung der Versorgung. Die von der AOK Rheinland/Hamburg zur Verfügung gestellten Daten konnten, wie erwartet bei nur 12 Monaten Versorgung, keine Effekte auf Kosten im Bezug zu den Vergleichsgruppen zeigen. Die qualitativen Ergebnisse verdeutlichen, dass die RCCM als Kümmerer, Berater, Lotse, Mediator, Krisenintervenierer, Schnittstellenmanager und als Angehörigenvertretung fungieren und in diesen Rollen aus Sicht der verschiedenen Stakeholdergruppen auch wirksam sind.

Diskussion: Für belastbare Ergebnisse zu solchen Effekten bräuchte es insbesondere Daten aus einer länger andauernden Versorgung. Man kann jedoch schlussfolgern, dass das medizinische System nicht optimal aufgestellt ist: Sektoralismen und Fragmentierungen prägen das Geschehen. OBERBERG_FAIRsorgt ist ein Beispiel dafür, in welche Richtung eine alternative Versorgungslandschaft gehen muss: Sozialraumbezogen und netzwerkbildend auf das nachbarschaftliche Wohnumfeld fokussierend, benötigen wir integrierte Formen der Behandlung, der Versorgung, der Betreuung und der Begleitung. OBERBERG_FAIRsorgt zeigt, wie Menschen lernen in neu gestrickten Kontexten der Versorgung, besser ihre Verluste, Belastungen, Herausforderungen, Entwicklungsaufgaben im höheren Alter zu bewältigen. So werden die Fähigkeiten in der Daseinsführung im Alltag gestärkt. Dies reduziert Ohnmachtsgefühle und erhöht die Lebensqualität. Dies bedeutet für Kommunen die Chance sich im Rahmen der pflegerischen und medizinischen Daseinsvorsorge zu engagieren.

Schlagworte: Patientenversorgung, sektorenübergreifend, intersektoral, Lotsen, Fallmanager, Care-und-Case-Manager, Empowerment, Telemedizin

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 2
I Abkürzungsverzeichnis 4
II Abbildungsverzeichnis 4
III Tabellenverzeichnis 4
1 Projektziele 5
2 Projektdurchführung 6
2.1 Projektbeteiligte 6
2.2 Beschreibung/Darstellung des Projektes 8
2.3 Beschreibung Ablauf des Projektes 12
2.4 Erfahrung mit der Implementierung/Maßnahmen 14
2.5 Rechtsgrundlage 16
3 Methodik 18
4 Projektergebnisse 19
4.1 Leistungserbringung 19
4.2 Quantitativer Evaluationsbaustein A (Routinedaten) 19
4.3 Quantitativer Evaluationsbaustein B (schriftliche Befragung) 20
4.4 Qualitativer Evaluationsbaustein 21
4.4.1 Motivation zur Teilnahme 21
4.4.2 Interventionen der RCCM in der Startphase 22
4.4.3 Perspektive der Versorgten und Angehörigen 22
4.4.4 Perspektive der Leistungserbringenden 23
5 Diskussion der Projektergebnisse 25
6 Verwendung der Projektergebnisse nach Ende der Förderung 26
7 Erfolgte Veröffentlichungen 27
IV Literaturverzeichnis 28
V Anlagen 30

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I Abkürzungsverzeichnis

ICF International Classification of Functioning, Disablity and Health
RCCM Regionale Care-und-Case-Manager = Fallmanager

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Governance-Struktur 6
Abbildung 2: Ablauf des Projektes 14

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Liste der Kooperationspartner von OBERBERG_FAIRsorgt 6
Tabelle 2: Begleitausschuss 7
Tabelle 3: Ansprechpartner Konsortium 8

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1 Projektziele

Der Oberbergische Kreis hat sich zum Ziel gesetzt, konsistente strategische Prozesse zu entwickeln, die die Voraussetzungen zum Einsatz digitaler Technologien zur gesundheitlichen Prävention sowie Diagnostik und Therapie in Medizin und Pflege sind. Idealerweise soll dadurch die Lebensqualität in der Bevölkerung gefördert, Standortattraktivität sowie die Attraktivität der Berufe in Gesundheitswesen und Pflege geschaffen und die flächendeckende Gesundheitsversorgung mit innovativen Versorgungsformen auch zukünftig sichergestellt werden. Aus dieser Strategie heraus entstand „OBERBERG_FAIRsorgt – Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger“ im Oberbergischen Kreis.

Um Patientinnen und Patienten im ländlichen Oberbergischen Kreis trotz des Fachkräftemangels in Medizin und Pflege möglichst optimal zu versorgen, muss eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit initiiert und die Kommunikation intersektoral verbessert werden. Ziel von OBERBERG_FAIRsorgt war es, die Versorgung von chronisch kranken und/oder pflegebedürftigen Menschen ab 65 Jahren im Landkreis so zu verbessern, dass ein längerer und sicherer Verbleib im eigenen Zuhause ermöglicht wird. Darüber hinaus sollten nicht notwendige Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Alle Patienten haben ein geriatrisches Eingangsassessment und einen interdisziplinär erstellten Versorgungsplan erhalten, der sich an den aktuellen Gesundheitsdaten orientiert. Das Projekt setzte auf Telemonitoring sowie den Einsatz von RCCM und einer digitalen Dokumentations- und Kommunikationsplattform, um einen dauerhaften Informations- und Kommunikationsfluss zu gewährleisten.

Die Ziele der Evaluation waren zum einen, Kosteneffekte der neuen Versorgungsform zu beurteilen, insbesondere mittels des primären Outcomes – der Gesamtkosten für SGB V- und SGB XI- Leistungen – im Vergleich mit zwei Kontrollgruppen (teilnahmeberechtigten aber nicht teilnehmenden Versicherten aus dem Oberbergischen Kreis sowie Versicherten mit identischen Ein- und Ausschlusskriterien aus dem Rhein- Sieg Kreis). Als weiteres Outcome zu Kosteneffekten wurden separat die Kosten für notfallbedingte Krankenhausaufnahmen analysiert. Der zweite Teilaspekt bezieht sich auf die Ausschöpfung von Regelleistungen (Kurzzeit- und Tagespflege, Verbrauch bestimmter Hilfsmittel, Maßnahmen zur Wohnraumanpassung). Weiter wurden zudem die Progression der Pflegebedürftigkeit sowie der Verbleib in der Häuslichkeit, im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen, analysiert. Diesen Fragestellungen wurde im quantitativen Evaluationsbaustein A auf der Basis von Routinedaten nachgegangen.
Weitere Fragestellungen bezogen sich auf die längsschnittliche Entwicklung gesundheitsbezogener Outcomes der Interventionsgruppe im Interventionszeitraum sowie auf die Wahrnehmung der Prozesse und die Bewertung der neuen Versorgungsform und ihrer Einzelleistungen. Diese Fragestellungen wurden im quantitativen Evaluationsbaustein B, einer standardisierten prä-post Befragung, beantwortet.

Im qualitativen Evaluationsbaustein wurden die Prozesse und das Erleben der einzelnen Elemente der Neuen Versorgungsform aus der Perspektive der einzelnen Stakeholdergruppen nachgezeichnet und bewertet, um sie zu explizieren und um Verbesserungspotenziale abzuleiten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Der Oberbergische Kreis hatte im Projekt OBERBERG_FAIRsorgt die Konsortialführung inne. Konsortialpartner waren die AOK Rheinland/Hamburg, die Universität zu Köln, die Klinikum Oberberg GmbH sowie die HRCB Projekt GmbH.

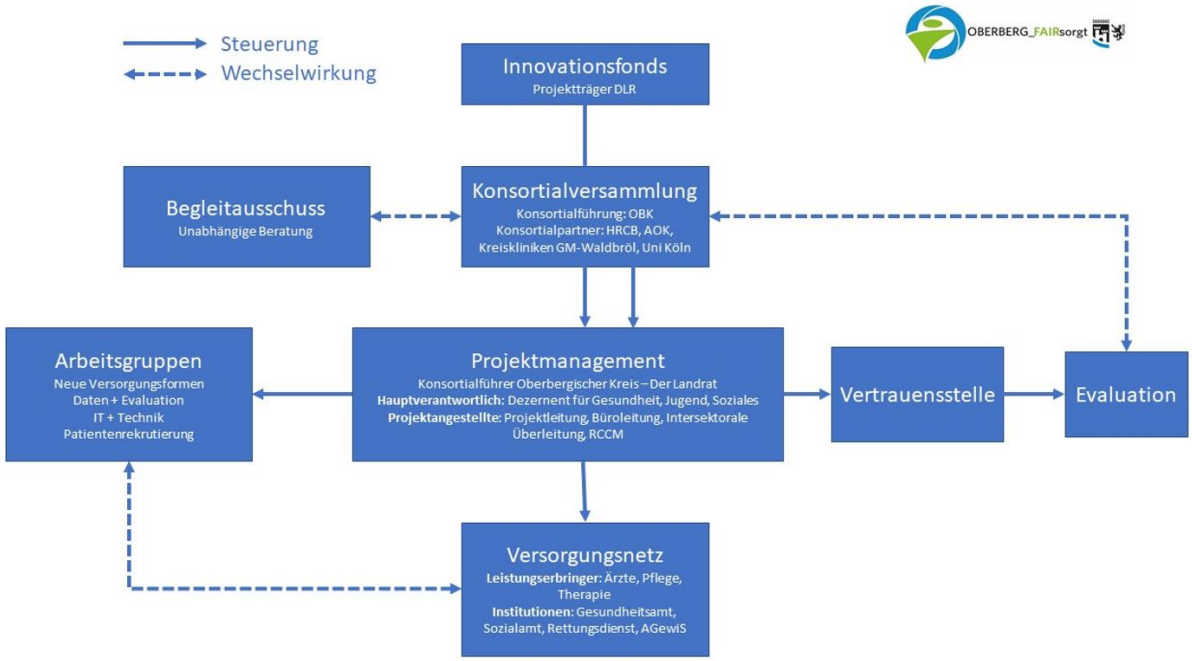


Abbildung 1: Governance-Struktur

Neben quartalsweisen Konsortialversammlungen, in denen sich alle Konsortialpartner trafen, gab es Arbeitsgruppensitzungen und monatliche Telefonkonferenzen, um den Fortschritt des Projekts zu besprechen. Insgesamt hat sich das Konsortium an einer gemeinsam festgelegten Governance-Struktur orientiert, siehe Abbildung 1.

Die Zusammenarbeit hat sich eng an den anliegenden Meilensteinen und Projektaktivitäten ausgerichtet, sodass je nach Projektfortschritt die Konsortialpartner in unterschiedlichen Konstellationen zusammenkamen. Des Weiteren gab es ideelle Unterstützer, die das Projekt im Rahmen der Abgabe eines Letter of Intent (LOI) unterstützt haben, siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Liste der Kooperationspartner von OBERBERG_FAIRsorgt

Name Kooperationspartner
aktiv55plus e.V. – Mitglied im Projektbeirat
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO)
Diakonie vor Ort gGmbh
DLR-Institut für Luft- und Raumfahrtmedizin – Mitglied im Begleitausschuss
Hausärzteverband Nordrhein e.V. – Mitglied im Begleitausschuss
Gemeinnütziges Institut für patientenorientierte Versorgungsablaufforschung gGmbH (IPOV)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Name Kooperationspartner
Gesundheitsregion KölnBonn e.V.
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein – Mitglied im Begleitausschuss
Katholische Kliniken Oberberg gGmbH – Mitglied im Begleitausschuss
Kreisvertrauensapotheker – Mitglied im Begleitausschuss
Kuratorium Deutscher Altershilfe e.V.
Landeskoordinierungsstelle KoNAP – KompetenzNetz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung in NRW – Mitglied im Begleitausschuss
Prof. Dr. Michael Wendt (ehemaliger Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Universität Greifswald) – Mitglied im Begleitausschuss
pronova BKK – Mitglied im Begleitausschuss
Sana Krankenhaus Radevormwald – Mitglied im Begleitausschuss
Verein „Familiengerechte Kommune e.V.“

Einige der Kooperationspartner sowie weitere Organisationen aus dem Oberbergischen Kreis waren Teil eines Begleitausschusses, der das Projekt fachlich-inhaltlich beraten hat (siehe Tabelle 2). Im Verlauf des Projekts hat der Begleitausschuss zweimal getagt.

Tabelle 2: Begleitausschuss

Institutionen	Akteure aus den Bereichen Medizin/Senioren/Pflege im Oberbergischen Kreis
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO): RA Katrin Markus, Stellvertreterin Dr. Lena Dorin	aktiv 55plus e.V.: Kyra Springer
Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR): Prof. Bernhard Koch	Wohnen und Leben im Krümmel: Katharina Irle
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein: Dr. Johannes Martin	Verein Familiengerechte Kommune e.V.: Beatrix Schwarze
Kassenärztliche Vereinigung Oberberg: Dr. Udo Steininger	Diakonie vor Ort gGmbH: Sebastian Wirth (Sprecher Amb. Pflegedienst)
Hausärzteverband Nordrhein e.V.: Dr. Ralph Krolewski	AWO: Renate Gartmann-Schnepel (Sprecherin Pflegeheime der Wohlfahrtsverbände)
Katholische Kliniken Oberberg gGmbH: Sabine Wagner	Caritas : Joachim Knorr
Kreisvertrauensapotheker: Sebastian Gissinger	Der Paritätische, Pflegeselbsthilfebüro: Dorit Knabe = Freie Wohlfahrtverbände: Inge Lütkehaus
Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.: Christian Heerdt	DRK: Hildegard Kranenberg
KompetenzNetz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung NRW (KoNAP): Charlotte Dahlheim	Priv. Pflegedienste: Georg Koxholt
Sana Klinik Radevormwald: Bernd Siegmund, Lukas Zimmer	Senioren- und Pflegezentrum Lichtenberg: Uwe Bockmühl (Sprecher Private Heime)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Institutionen	Akteure aus den Bereichen Medizin/Senioren/Pflege im Oberbergischen Kreis
Universität Greifswald: Prof. Dr. Michael Wendt	Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung (SAPV) Oberberg: Elisabeth Jülich, Uwe Söhnchen
pronova bkk: Peter Rehling	Lebensbaum: Bernhard Rappenhöner
	Pflegedienst Reinery: Bernadette Reinery-Hausmann

In Tabelle 3 sind die Ansprechpartner innerhalb des Konsortiums aufgelistet.

Tabelle 3: Ansprechpartner Konsortium

Einrichtung	Ansprechpartner	Kontakt
Oberbergischer Kreis	Dr. Jessica Möltgen	jessica.moeltgen@obk.de 02261 88-5381
HRCB Projekt GmbH	Nathalie Wiegel	wiegel@health-region.de 0221 1260643-14
AOK Rheinland/Hamburg	Laura Schleich	laura.schleich@rh.aok.de 0211 8791-28474
Klinikum Oberberg GmbH	Sascha Klein	sascha.klein@klinikum-oberberg.de 2261 17-1400
Universität zu Köln	Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt	schulz-nieswandt@wiso.uni-koeln.de

2.2 Beschreibung/Darstellung des Projektes

Die Teilleistungen in OBERBERG_FAIRsorgt, die über die Regelversorgung hinausgingen, bestanden aus Folgendem:

nVf: Regionale Care-und-Case-Manager (RCCM)

Die RCCM waren der zentrale Dreh- und Angelpunkt der OBERBERG_FAIRsorgt Versorgung. Als aktives Care-und-Case-Management verfolgten sie das übergeordnete Ziel intersektorale Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und Hilfebedürftigkeit zu leisten und zugleich die verbliebenen Gesundheitspotentiale zu fördern. Die RCCM:

- begleiteten die Patienten durch den Behandlungspfad, schafften und gewährleisteten eine bedarfs- und fallorientierte intersektorale Versorgungs- und Pflegeorganisation und sicherten Kontinuität in der medizinischen und sozialen Patienten- und Pflegeempfängerversorgung.
- trugen zur Optimierung des Überleitungsmanagements bei, durch die Entwicklung standardisierter Versorgungs- und Behandlungspfade, durch die Steuerung von Behandlungs- und Versorgungsabläufen und durch die Übernahme der Koordination der pflegerischen ggf. auch medizinischen Leistungen im Gesamtversorgungsprozess über die Versorgungsgrenzen hinweg.
- koordinierten zwischen den einzelnen Sozialgesetzbüchern (SGB XI, SGB V, SGB XII, etc.) und bauten Netzwerke auf.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Im Rahmen der Projektlaufzeit wurde standardisierte Prozesse anhand der praktischen Erfahrungen der Fallkoordination entwickelt, so dass ein reproduzierbarer Arbeitsablauf in der Patientenversorgung entsteht. Dies betrifft vor allem den Patienteneinschluss, das initiale Assessment mit Hilfe eines initialen Erfassungsbogens sowie die generelle Strukturierung des Versorgungsplanes. Im weiteren Versorgungsverlauf lassen sich nur schwer eindeutige Standards festlegen, da das weitere Procedere von der Komplexität des Versorgungsfalls, den individuellen Wünschen und Möglichkeiten sowie den strukturellen Begebenheiten abhängt. Hierbei handelt es sich dann um individuelle bedarfsorientierte Versorgung. An jeden Punkt ist eine individuelle Anpassung der Patientenversorgung möglich (Standards als Anlage anbei).

nVf: Digitale Dokumentations- und Kommunikationsplattform (fakultativ)

Unsere Dokumentations- und Kommunikationsplattform diente dazu, die Arbeit des RCCM strukturiert, datensicher und nachvollziehbar zu dokumentieren sowie allen an der Versorgung Beteiligten einen Zugriff auf die für die Behandlung relevanten Patientendaten zu gewähren – mit dem Patienten als Herr seiner Daten. Bereits bei der Einschreibung wurde dem Patienten die Plattform vorgestellt und die Entscheidung zur Nutzung getroffen.

Zu den gespeicherten Daten gehörten u.a. die Stamm- und persönlichen Daten des Patienten, die Diagnosen und der Medikationsplan bereitgestellt durch die Hausarztpraxis, das Ergebnis des Eingangsassessments, eine Fallakte mit medizinisch relevanten Dokumenten sowie den Ergebnissen möglicher Fallkonsile, den mit dem Hausarzt des Patienten erarbeiteten Versorgungsplan mit definierten Zielen und detektierten Bedarfen sowie insbesondere dem aktualisierten Verlauf während der RCCM-Versorgung, u.v.m.

Die während der Projektlaufzeit entwickelten Standards für das Fallmanagement wurden in den Dokumentationsablauf auf der digitalen Plattform implementiert. So kann noch mehr gewährleistet werden, dass die erarbeiteten Standards im Rahmen der Patientenversorgung einem reproduzierbaren Arbeitsablauf entsprechen. Die Dokumentation wurde auf der Plattform so strukturiert, dass man von einer vordefinierten Leistungsaufgabe zur nächsten gelangt und somit jeder RCCM die gleichen Punkte abarbeitet als auch jeder Patient den gleichen Versorgungsablauf erfährt. Wie bereits oben erwähnt betrifft dies den Patienteneinschluss, die generelle Strukturierung des Versorgungsplans sowie den Ablauf des initialen Assessments. An jedem Punkt ist eine individuelle Anpassung der Dokumentation möglich.

nVf 0: Erstaufnahme der Seniorinnen und Senioren

Die Rekrutierung von Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg mit entsprechenden Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte über die folgenden Zugangswege:

- Hausärzte
- Ambulante Pflegedienste
- Kommunalangestellte der Senioren & Pflegeberatung
- Geriater der beteiligten Krankenhäuser
- Entlassmanagement der beteiligten Krankenhäuser
- Pflegeberater/innen der AOK
- Selbstmelder (Pflegebedürftige oder Angehörige)

Einschlusskriterien:

- Akut oder latent pflegebedürftig: dauerhafte medizinische und/oder pflegerische Versorgung aufgrund einer chronischen Erkrankung laut ICD-10 oder ab Pflegestufe 1
- ≥ 65 Jahre
- wohnhaft im Oberbergischen Kreis

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Krankenversicherung bei der AOK Rheinland/Hamburg

Ausschlusskriterien:

- Beatmungspatienten
- präfinale Patienten

Wenn eine Anlaufstelle feststellte, dass ein Patient konform Einschlusskriterien am Projekt teilnehmen konnte, wurde der RCCM kontaktiert, um den Einschreibeprozess auf den Weg zu bringen. Während alle oben Genannten rekrutieren konnten, war die einschreibende Instanz immer der Hausarzt, ohne den keine Projektteilnahme möglich war.

nvF 1: Geriatrisches Eingangsassessment

Das Eingangsassessment konnte formal entweder durch unsere RCCM, den Geriater der jeweils beteiligten Krankenhäuser im Kreis, von dem jeweiligen Hausarzt oder einem unterwiesenen Pflegedienst durchgeführt werden. Tatsächlich erfolgte die Durchführung in der Häuslichkeit des Patienten überwiegend durch die RCCM. Vereinzelt haben Hausarztpraxen das geriatrische Eingangsassessment ebenfalls durchgeführt.

Die Konsortialführung stellte sicher, dass alle Testenden das gleiche standardisierte Verfahren nutzten. Dieses bestand aus den Bausteinen:

- ISAR-Test (erweitert um Erschöpfung und unfreiwilligen Gewichtsverlust)
- Barthel-Index
- Timed „Up and Go“ Test
- Uhrentest
- DemTect
- Handkraftmessung
- Body Mass Index
- Wadenumfang
- Aktuelle Medikation und Selbstmedikation

Das Assessment bot eine Ist-Analyse des aktuellen Gesundheitszustandes des Patienten. Aus diesem und dem initialen Hausbesuch der RCCM entstand eine einheitliche Risikobewertung, Ermittlung der Bedarfe und Detektion von Versorgungslücken des Patienten, die für den weiteren Verlauf der Behandlung relevant war.

Durch die standardisierte Erfassung und Dokumentation der Assessments auf der digitalen Plattform sind diese reproduzierbar und nachvollziehbar sowie abschließend in der Fallakte des Patienten für alle an der Versorgung Beteiligten einsehbar.

nvF 2: Erstellung abgestimmter Versorgungsplan im Behandlungsverlauf

Nach Erfassung der Versorgungssituation und Bedarfslage des Patienten im Patienteneinschluss, der Durchführung des initialen geriatrischen Assessments (im späteren Projektverlauf initialer Erfassungsbogen sowie anschließend erweitertes Assessment) sowie Sichtung aller Unterlagen und Befunde wurde vom RCCM ein Vorschlag für einen Versorgungsplan erstellt und anschließend in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Hausarzt besprochen und angepasst. Dieser wurde anschließend mit allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern sowie mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen. In diesem Versorgungsplan enthalten sind Maßnahmen oder Versorgungsleistungen, die nach Bedarfslage des Patienten indiziert sind sowie die Beschaffung und Bereitstellung von Hilfsmitteln. Der Versorgungsplan konnte nach der ersten Erstellung zwei weitere Male angepasst werden, wenn sich gravierende Änderungen im Gesundheitszustand ergaben. Diese wären zum Beispiel ein veränderter Versorgungsbedarf

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

nach Krankenhausaufenthalt oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Rahmen einer chronischen oder akuten Erkrankung mit Anpassungsbedarf der Versorgungsleistungen. Zusammenfassend kann man sagen, wenn die primär geplante Versorgungsstruktur im weiteren Verlauf nicht mehr zum Gesundheits- und Versorgungszustand des Patienten passt, musste im Rahmen eines neuen Versorgungsplanes eine entsprechende Anpassung erfolgen. So konnte gewährleistet werden, dass auch retrospektiv reproduzierbar ist, welchen Versorgungsverlauf der Patient durchlaufen ist.

Im Versorgungsplan war ein geprüfter Medikationsplan vorgesehen sowie je nach Bedarf medizinisch therapeutische Maßnahmen. Zusätzlich im Versorgungsplan enthalten waren dem Gesundheitszustand des Patienten angepasste Sport- und Präventionsangebote in der Umgebung. Je nach Zustand des Patienten *konnten* die darauffolgenden Versorgungsformen Anwendung finden. Hierbei wurden die Grenzen der verschiedenen Sozialgesetzbücher überschritten. Es wurden sektorenübergreifende Maßnahmen beschrieben, die sowohl aus dem SGB V, wie auch aus dem SGB IX und XII kommen konnten, je nach individueller Bedarfslage. Hierbei war besonders die durch International Classification of Function (ICF) ermittelte Teilhabebeeinträchtigung zu beschreiben sowie die notwendigen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, die zu einer Verbesserung bzw. Linderung der Teilhabebeeinträchtigung und damit zu einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation und somit der subjektiv empfundenen Lebensqualität führen konnten.

Der RCCM stand dem Patienten mit Rat und Tat zur Seite. Der Hausarzt verpflichtete sich bei gravierenden Veränderungen (z.B. nach stationärem Aufenthalt) die Daten zu aktualisieren bzw. an den RCCM weiterzuleiten. Bei Bedarf schloss sich nVf3 an.

nVf 3 & 5: Interdisziplinäres Fallkonsil

Das interdisziplinäre Fallkonsil (nVf3) fand bei den Personen Anwendung, bei denen eine Risikobewertung dafürsprach, dieses durchzuführen. Es konnte pro Patient bis zu dreimal abgerufen werden, wenn unerwartete Veränderungen eintraten. Es wurde von den RCCM organisiert. Alle Beteiligten konnten den RCCM mitteilen, wenn sie es anstoßen wollten.

Das Fallkonsil konnte direkt nach stattgefundenem Eingangsassessment stattfinden, wenn

- der Teilnehmer eine Frailty oder PreFrailty (Buttery et al., 2015), also mindestens einen der folgenden Indikatoren aufwies:
  - Erschöpfung (auf Basis einer standardisierten SF-36-Interviewfrage)
  - geringe Muskelkraft (adjustiert nach Geschlecht und Body Mass Index)
  - langsame Gehgeschwindigkeit (Timed Up and Go Test ≥ 15 Sekunden)
  - geringe körperliche Aktivität
  - unfreiwilliger Gewichtsverlust in den vergangenen 12 Monaten (standardisierte Interviewfrage)
- und/oder der Teilnehmer Anzeichen für kognitive Einbußen aufwies
- und/oder fünf oder mehr Medikamente einnahm (inklusive Selbstmedikation und Bedarfsmedikation, die in den vorangegangenen 4 Wochen auch eingenommen wurde)

Am interdisziplinären Fallkonsil waren immer der für das Eingangsassessment verantwortliche Arzt, der RCCM sowie der Hausarzt (sofern dieser nicht selbst das Eingangsassessment durchgeführt hat) beteiligt. Weitere Beteiligte waren je nach Bedarfslage die Bezugspflegekraft des ambulanten Pflegedienstes bzw. der stationären Pflegeeinrichtung (sofern vorhanden) und, je nach Ergebnis des Eingangsassessments, ein weiterer Facharzt (z.B. Diabetologe, Neurologe), ein Diätassistent, ein Physio- oder Ergotherapeut oder ein Logopäde. Themenschwerpunkte eines interdisziplinären Fallkonsils konnten sein:

- Unter welchen Bedingungen ist der Verbleib im häuslichen Umfeld möglich?

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Wie können die individuellen Gesundheitsrisiken abgeschätzt werden (aktuell und prognostisch)?
- Welche therapeutischen Maßnahmen sind indiziert?
- Sind Anpassungen der Medikation erforderlich?
- Wie sieht es mit der Ressource der informellen, familiären Pflege aus?
- Ist ein telemedizinisches Fallkonsil und/oder Monitoring sinnvoll?
- Wann sollte die Wiedervorstellung beim Hausarzt erfolgen?

Bei Patienten mit telemedizinischem Monitoring (siehe nVf6) konnte das darauf bezogene Fallkonsil (nVf5), drei weitere Male stattfinden.

nVf 4: Erweiterte Erreichbarkeit

Für die im Projekt eingeschriebenen Patienten wurde eine bevorzugte Erreichbarkeit im Bereitschaftsdienst zur Verfügung gestellt. Diese Erreichbarkeit wurde über die Leitstelle koordiniert und sicherte die Versorgung sowohl im häuslichen Umfeld als auch im Pflegeheim ab.

Im Detail bedeutete das, dass bei akutem Bedarf durch den Patienten oder die betreuende Person außerhalb der Sprechzeiten der Hausarztpraxis die Erweiterte Erreichbarkeit telefonisch kontaktiert werden konnte. Hier konnte der diensthabende Arzt (Tele-Notarzt) sich dem Patienten durch Einblick in die Fallakte auf unserer Dokumentation- und Kommunikationsplattform annehmen und individuell zum weiteren notwendigen und sinnvollen Vorgehen beraten. Oftmals konnte eine unnötige Aktivierung der Rettungskette durch professionelles Führen des Patienten verhindert werden. Der Kontakt wurde auf der Plattform durch ein Formular standardisiert dokumentiert und gespeichert. Die RCCM bekamen eine automatisierte Nachricht über die Kontaktaufnahme eines Patienten bei der Erweiterten Erreichbarkeit.

nVf 6: Elektives telemedizinisches Monitoring

Ein telemedizinisches Monitoring konnte sowohl in der Häuslichkeit als auch im Pflegeheim stattfinden. Die zur Verfügung gestellten iOT-Geräte waren Waagen, Blutdruckmessgeräte, Blutzucker-/Blutdruck-Kombigeräte sowie EKG. Das Telemonitoring wurde nach Feststellung der medizinischen Indikation und Sinnhaftigkeit durch den Hausarzt eingeleitet. Die RCCM wiesen die Patienten in die Handhabung der Geräte ein. Die erhobenen Vitalparameter standen binnen weniger Sekunden in der Fallakte des Patienten bereit und konnten somit von allen an der Versorgung beteiligten Personen eingesehen werden. Der Hausarzt hat sich verpflichtet einmal wöchentlich die Vitalparameter zu überprüfen und falls notwendig medizinische Konsequenzen einzuleiten.

Durch eine „wiederkehrende Aufgabe“, welche sich nach erfolgter hausärztlicher Dokumentation nach Sichtung der Vitalwerte auf der digitalen Plattform generierte, wurde sowohl die regelmäßige Dokumentation des Hausarztes als auch die regelmäßig erfolgte Überprüfung der Vitalwerte objektiv und nachvollziehbar dokumentiert.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projektes

Mit OBERBERG_FAIRsorgt stellt sich der Oberbergische Kreis dem wachsenden Bedarf an Prävention, Gesundheitsförderung, Pflege- und Versorgungsangeboten speziell für ältere Patientinnen und Patienten (65+) in der Region und der Forderung zur stärkeren Einbindung der Kommunen als Gestaltungs- und Planungsinstanz im Gesundheitswesen. Der Landkreis setzt – unter Nutzung seiner gemeinwohlorientierten Stellung und durch Bündelung der knappen Ressourcen gemeinsam mit den Leistungserbringern des Gesundheitssystems – eine

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

integrierte, multiprofessionelle Versorgung als sektorenübergreifendes und populationsorientiertes Konzept in einem regionalen Netzwerk als neue Versorgungsform um. Hierfür kommen verschiedene Bausteine einer modularen Versorgung zum Einsatz, in deren Zentrum die RCCM und eine digitale Dokumentations- und Kommunikationsplattform stehen. Es ist bereits nachgewiesen, dass Kümmerer- und Lotsen-Programme Patienten mehr Klarheit, Sicherheit und Orientierung bieten und sie somit die Kommunikationsdefizite, die in der Hektik des Medizinbetriebes entstehen, ausgleichen können (vgl. Engehausen, 2021).

Gestartet ist OBERBERG_FAIRsorgt im Juli 2019. Ursprünglich sah der Projektplan eine einjährige Vorbereitungsphase vor. Dann kam die Corona-Pandemie und machte es unmöglich sowohl Leistungserbringern Zeit abzuringen, sich über das Projekt zu informieren, als auch die vulnerable Zielgruppe der über 65-Jährigen zu rekrutieren. Da eine Projektteilnahme aber nur möglich war, wenn die Hausarztpraxis ebenfalls teilnahm, konnte OBERBERG_FAIRsorgt erst Ende 2021 konkret starten. Mit vereinten Kräften des gesamten Projektteams und durch die Unterstützung von Kassenärztlicher Vereinigung, Hausärzteverband und AOK Rheinland/Hamburg sowie durch einen angepassten Arbeitsplan konnten ab 1. Oktober 2021 die ersten Patientinnen und Patienten im Projekt versorgt werden.

Am Anfang des für alle Teilnehmenden auf 12 Monate vereinheitlichten Leistungszeitraums stand dabei das Zusammentragen von Diagnosen und Medikation, ein geriatrisches Eingangsassessment, der initiale Hausbesuch der RCCM inklusive der Erhebung der Aktivitäten des täglichen Lebens und ein daraus resultierender individueller Versorgungsplan mit geprüfter Medikation, der im Projektverlauf natürlich angepasst werden konnte. Alle Informationen sind auf der Dokumentations- und Kommunikationsplattform zusammengeflossen. Die Patienten bestimmten, wer welche Informationen sehen durfte.

Eine Telefonnummer, unter der außerhalb der Praxissprechzeiten eine Ärztin bzw. ein Arzt erreicht werden konnte, der ebenfalls auf die digitale Plattform Zugriff hatte und so deutlich besser helfen konnte, als jemand ohne Hintergrund der aktuellen medizinischen Versorgung, gab den Patientinnen und Patienten weitere Versorgungssicherheit. Anhand dieser sogenannten „Erweiterten Erreichbarkeit“ wurde aber auch klar, wie wichtig es im Projekt war, von den Hausarztpraxen nicht nur von Anfang an, sondern auch im Projektverlauf die aktuellen Diagnosen sowie Veränderung der Medikation zu erfahren. Nur basierend auf diesen Informationen wurde im Falle eines Anrufs eine differenzierte Einschätzung möglich. Dies unterscheidet OBERBERG_FAIRsorgt als medizinisch-pflegerisches Projekt eindeutig von rein pflegerischen Projekten.

Als weitere Versorgungsformen standen interdisziplinäre Fallkonsile zur Verfügung sowie ein telemedizinisches Monitoring. Im Rahmen des Monitorings konnte der behandelnde Arzt ein solches für die Bereiche Blutdruck, Blutzucker, EKG und Waage initiieren. Alle gemessenen Werte gelangten unmittelbar in die Dokumentations- und Kommunikationsplattform, auf der sie die berechtigen Personen einsehen konnten. Es handelte sich hierbei um eine Verlaufskontrolle, die vom behandelnden Hausarzt wöchentlich beurteilt wurde. Es gab kein Alarmsystem, welches bei Ausreißern eine direkte Handlung erforderlich gemacht hätte.

Die folgenden Ausführungen beschreiben die zur Anwendung gekommenen neuen Versorgungsformen. Der zeitliche sowie organisatorische Aufwand variierte stark je nach Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten sowie nach Einbringung seitens der Hausarztpraxis. Aus den Teilleistungen geht jeweils hervor, ob es sich um einen durch den Arzt zu erbringende Leistung handelte oder ob diese auch durch unsere RCCM oder andere an der medizinischen Versorgung eingebundenen Leistungserbringer durchgeführt werden konnte. Alle RCCM waren ausgebildete Pflegekräfte nebst unterschiedlichen Zusatzqualifikationen mit zusätzlicher Ausbildung zum zertifizierten Care-und-Case-Manager.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Der Ablauf des Projektes lief immer nach dem gleichen Schema ab: auf den initialen Hausbesuch folgte das Eingangsassessment mit einem Zugang zum persönlichen RCCM und zur digitalen Plattform sowie der Aushändigung der Telefonnummer der Erweiterten Erreichbarkeit. Für einen Teil der Teilnehmenden wurden Fallkonsile abgehalten bzw. nahmen nach Rücksprache mit der Hausarztpraxis bestimmte Personen am telemedizinischen Monitoring teil.

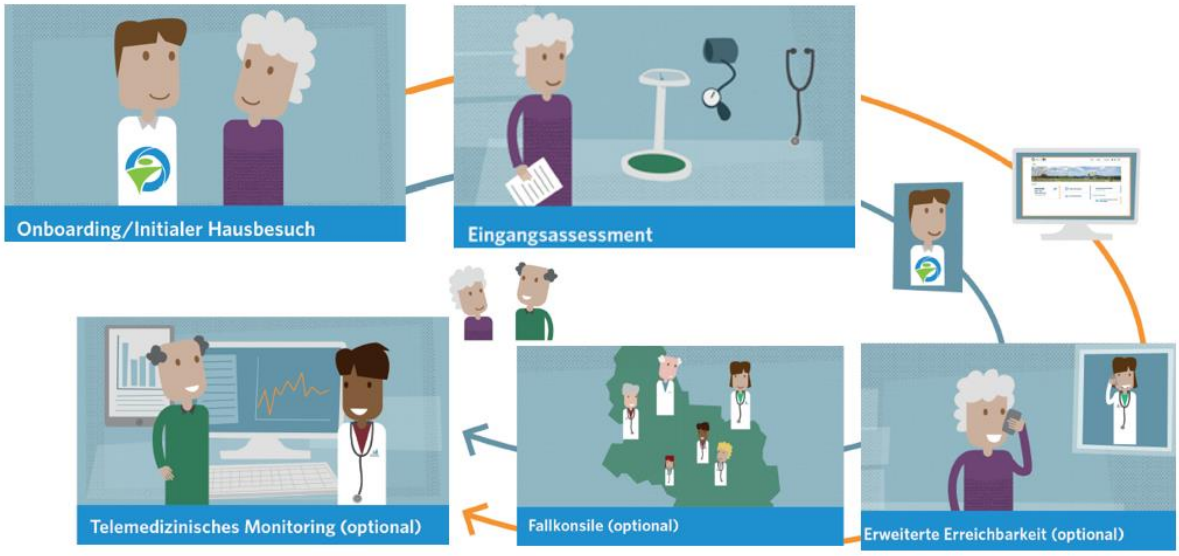


Abbildung 2: Ablauf des Projektes

Einen weiteren Eindruck des Ablaufs geben die Erklärvideos unter https://info.oberbergfairsorgt.de/projektinhalte.

2.4 Erfahrung mit der Implementierung/Maßnahmen

Die Implementierung der neuen Versorgungsformen wird im Weiteren aufgrund der Komplexität einzeln behandelt.

Digitale Dokumentations- und Kommunikationsplattform:

Die im Projekt zum Einsatz kommende Kommunikationsplattform war gematik-konform ausgeschrieben und basiert auf Fhire, so dass eine breite Basis an Schnittstellenkompatibilität sichergestellt wurde. Allerdings war die Bereitstellung von Schnittstellen zu den verschiedenen Praxissoftwaresystemen und KIS Systemen der Krankenhäuser von Seiten der Anbieter der Praxisverwaltungssysteme nicht möglich. Der größte Kritikpunkt zur Nutzung unserer Dokumentationsplattform im Rahmen der gemeinsamen Patientenversorgung war die Notwendigkeit einer Doppeldokumentation aufgrund der fehlenden Möglichkeit Daten automatisch zu übertragen. Um diesem Umstand zu begegnen mussten unsere RCCM große Teile der Dokumentation sowie die Bereitstellung von fallbezogenen Dokumenten durch Scannen und Hochladen auf die Plattform sowie das Erfassen medizinischer Daten (z.B. Diagnosen, Medikation) übernehmen. Die Implementierung der digitalen Dokumentations- und Kommunikationsplattform in die tägliche Arbeit des RCCM gelang gut. Die am Projekt beteiligten Leistungserbringer haben nur vereinzelt die Plattform als Dokumentations- und Kommunikationswerkzeug verwendet. Der Schlüssel zum Erfolg war der hervorragende Einsatz der RCCM, die den größten Teil der Datenangaben auf der Plattform übernommen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

haben – eine Aufgabe, die wir ursprünglich in der Hausarztpraxis gesehen haben. Wenn es zukünftig möglich sein wird, relevante Daten schnell und einfach zwischen den bestehenden Systemen auszutauschen, wird sich die Bereitschaft zur Nutzung außerhalb des RCCM weiter verbessern.

Erstaufnahme der Seniorinnen und Senioren (nVF 0 & 1)

Die Gewinnung hausärztlicher Leistungserbringenden stellte mit Abstand die größte Hürde dar. Wir haben im Oberbergischen Kreis rund 170 Hausärzte. Aktuell sind über 30 Sitze unbesetzt. Dazu kam die Belastungssituation der Pandemie. War eingangs noch befürchtet worden, dass Geld ein Fehlanreiz sein könnte, stellte sich schnell heraus, dass dies eigentlich kaum ein Anreiz war und sich die Ärztinnen und Ärzte eigentlich nur Zeitersparnis wünschten – etwas was wir liefern konnten, aber natürlich erst nach der Bereitschaft, sich unser Vorhaben anzuhören und sich auch aktiv mit einer größeren Anzahl an Patientinnen und Patienten zu beteiligen. Gemeistert haben wir die Situation mit vereinten Kräften und einem nicht nachlassenden Engagement des gesamten Teams, so dass am Ende 20 Praxen zur Teilnahme gewonnen werden konnten. Die Einschreibung der Patienten in das Projekt erfolgte durch den behandelnden Hausarzt.

Nach einem ersten kurzen telefonischen Kontakt erfolgte der Besuch des Patienten in der Häuslichkeit durch den RCCM. Die Lernkurve bezüglich der Patientenaufnahme im Projekt verlief steil und problemlos. Für das Erstgespräch in der Häuslichkeit des Patienten wurden vom RCCM in der Regel 60 Minuten plus Fahrtzeit eingeplant. In einem zweiten Besuch in der Häuslichkeit fand dann das durchzuführende Eingangsassessment statt, welches in etwa 60 Minuten in Anspruch genommen hat.

Erstellung abgestimmter Versorgungsplan im Behandlungsverlauf (nVF 2)

Nachdem sich der RCCM durch Erstaufnahme mit Sichtung der Häuslichkeit und Durchführung des geriatrischen Eingangsassessments ein Bild vom Gesundheitszustand und der Versorgung gemacht hat, erfolgte die Besprechung der IST-Situation mit Analyse der Bedarfe und Versorgungsziele in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Hausarzt. Die Bereitschaft der beteiligten Hausärzte den Versorgungsplan des RCCM gemeinsam zu besprechen und notwendige Maßnahmen wie Verordnungen auszustellen war groß. Dies geschah im Rahmen der Sprechstundenzeiten der Hausarztpraxis. Anschließend wurden durch den RCCM die notwendige Netzwerkarbeit sowie Realisierung der indizierten Versorgung umgesetzt.

Interdisziplinäres Fallkonsil (nVF 3 & 5)

Zur Durchführung eines interdisziplinären Fallkonsils auf ärztlicher/fachärztlicher Ebene wurde ein Verfahren entwickelt, indem durch das am Projekt beteiligte Klinikum Fachärzte zur Verfügung gestellt hat, um in konkreten Fragestellungen zu Rate gezogen zu werden. Im Rahmen der Implementierungsversuche mussten wir feststellen, dass in der allgemeinmedizinischen Versorgung der Bedarf für solche Konsile nicht besteht. Vielmehr nutzen die behandelnden Ärzte bestehende bilaterale Kontakte oder den üblichen Weg zur Patientenvorstellung in Ambulanzen, Kliniken oder fachärztlicher Praxis bei entsprechenden medizinischen Fragestellungen.

Auch die Durchführung von interdisziplinären Fallkonsilen mit Beteiligung des Hausarztes und anderen Leistungserbringern, z.B. Pflege, Physiotherapie, Ernährungstherapie etc., ist vielmals an dem Umstand gescheitert einen gemeinsamen Termin zu realisieren. Vielmehr hat sich hier etabliert, dass entsprechende Themen und Fragestellungen vom RCCM zwischen den an der Versorgung des Patienten Beteiligten kommuniziert und löst. Entsprechend fungierte der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

RCCM als Bindeglied und Koordinierungsstelle zwischen Hausarzt und allen anderen an der Versorgung beteiligten Personen, so dass die Konsile asynchron stattfanden.

Erweiterte Erreichbarkeit (nVF 4)

Organisiert wurde unsere Erweiterte Erreichbarkeit durch die Telenotärzte der Leitstelle, deren Schichten bzw. Stellenumfänge für uns erweitert wurden. Es wurde am Arbeitsplatz des Telenotarztes ein Telefon und PC mit Zugang zur Dokumentations- und Kommunikationsplattform bereitgesellt. Die Telenotärzte wurden angewiesen bei Dienstbeginn die Plattform zu öffnen, um bei einem Anruf unmittelbar auf die Fallakte des Patienten Zugriff zu haben. Die Möglichkeit der Erweiterten Erreichbarkeit wurde von einigen Patienten gar nicht, von anderen bei individuellem Bedarf regelmäßiger in Anspruch genommen. Insgesamt gelang die Implementierung in die Arbeit des Telenotarztes als auch beim Patienten als Möglichkeit einer Arztkontaktaufnahme für individuelle Beratung außerhalb der Sprechstundenzeiten des Hausarztes gut. Auch für die beteiligten Hausärzte hatte diese Versorgungsform Vorteile. Die Patienten wurde auch in ihrer Abwesenheit in ihrem Sinne weiterbehandelt, da der involvierte Telenotarzt Einblick in den aktuellen Behandlungspfad hatte sowie das RCCM zum nächstmöglichen Zeitpunkt durch eine automatisierte Nachricht involviert wurde.

Elektives Telemedizinisches Monitoring (nVF 6)

Die Realisierung des telemedizinischen Monitorings erfolgte mit iOT-Geräten. Die zur Verfügung gestellten Geräte waren Waagen, Blutdruckmessgeräte, Blutzucker-/Blutdruck-Kombigeräte sowie EKG.

Die Implementierung dieser neuen Versorgungsform gelang bei der Hälfte der beteiligten Hausarztpraxen. Die involvierten Hausärzte haben den Mehrwert in der Steuerung der Patienten in den allermeisten Fällen schnell erkannt. Das Telemonitoring konnte insbesondere zur Steigerung der Therapietreue, Gesundheitskompetenz des Patienten sowie dem Therapieerfolg einen Beitrag leisten. Insgesamt muss bei der Indikationsstellung über die Notwendigkeit der telemonitorischen Dauer diskutiert werden. Aus Patientensicht ist eine dauerhafte Verwendung oftmals gewünscht. Aus medizinischer Sicht lässt sich der Überwachungszeitraum sicherlich auf einige wenige Wochen oder Monate, je nach Indikation und Nutzen, beschränken. Insgesamt haben wir den größten Nutzen als auch Verwendung bei der Überwachung von Blutdruck und Gewicht gesehen.

Trotz anfänglicher Befürchtungen Empfangslöcher im mobilen Telefonnetz im ländlichen Raum könnten zu Störungen führen, waren mit den verwendeten iOT-Geräten immer eine reibungslose Übertragung der Daten an die Plattform möglich. Die eigenständige Messung durch den Patienten war in der Regel problemlos. Bei Fragen standen die RCCM zur Verfügung.

2.5 Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage unserer Versorgung war ein Selektivvertrag nach § 140a SGB V, welcher sowohl den Behandlungspfad und die Leistungsbestandteile als auch die Rechte und Pflichten der einzelnen (beigetretenen) Leistungserbringer umfasste. Es wurden Regelungen zur Einhaltung datenschutzrechtlicher und qualitätssichernder Vorgaben, zur leitliniengerechten Versorgung, einer aktiven Unterstützung der Evaluation und Umsetzung der Leistungsbestandteile sowie der Öffentlichkeitsarbeit getroffen.

Vertragsschließende Parteien zum 01.04.2021 waren ein Vertragsarzt, ein Krankenhaus, ein ambulanter Pflegedienst, eine Ernährungsberatung und die AOK Rheinland/Hamburg als Krankenkasse. Über die Beitrittsmöglichkeit zum Vertrag konnte dieser Kreis im Projektverlauf

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

– im Sinne des Netzwerkaufbaus – deutlich erweitert werden. Alle Leistungserbringer verpflichteten sich zu einem regelhaften, sektorenübergreifenden Kontakt untereinander, insbesondere zu den RRCM.

In den Vertrag eingeschlossen werden konnten versicherte Personen der AOK Rheinland/Hamburg, die über 65 Jahre alt, wohnhaft im Oberbergischen Kreis und latent oder akut pflegebedürftig waren. Die Teilnahme von versicherten Personen anderer Krankenkassen war nicht möglich. Die einschreibende Stelle konnte die hausärztliche Praxis oder das Krankenhaus sein; Pflegedienste und weitere therapeutische Leistungserbringer wirkten mit, der versicherten Person den Mehrwert der besonderen Versorgung zu verdeutlichen und die aktive Teilhabe an der Umsetzung zu unterstützen.

Der Vertrag wurde mit dem Ziel geschlossen, die sektorenübergreifende und interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung der Versicherten durch ein IT-gestütztes übergreifendes gerontologisch-geriatrisches Versorgungsnetzwerk zu stärken. Konkrete Ziele waren:

a. Erhaltung und Förderung der Patientenautonomie und Lebensqualität,
b. Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen,
c. Ermöglichung eines längeren Verbleibs in der Häuslichkeit und
d. Versorgungsverbesserung durch einen abgestimmten Versorgungsplan und den Einsatz von qualifizierten Case-Managern.

Um dieses Ziel zu erreichen, kam besonders der Ärzteschaft und den RCCM eine besondere Rolle im Behandlungspfad zu. Neben dem geriatrischen Eingangsassessment verpflichteten sich die Vertragsärztinnen und -ärzte spätestens 21 Tage nach dessen Abschluss zur Mitwirkung an der Erstellung eines Versorgungsplans gemeinsam mit den RCCM (obligat). Dieser umfasst die Prüfung der Medikation beziehungsweise einen aktuellen Medikationsplan, sowie die pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Maßnahmen und Angebote zur Prävention. Fakultatives Ergebnis konnte die Einberufung eines interdisziplinären Fallkonsils oder die Anordnung des telemedizinischen Monitorings sein. Bei unerwarteten Zustandsveränderungen konnte die Anpassung des Versorgungsplanes erneut bis zu zweimal pro Intervention abgerufen und abgerechnet werden. Flankierend zu allen Bestandteilen des Behandlungspfades gab es eine erweiterte ärztliche Rufbereitschaft.

Die Grundausbildung aller RCCM war vertraglich definiert die einer Pflegefachperson, darüber hinaus legten diese weitere fachliche Qualifikationen vor.

Ein weiteres Vertragselement war die Nutzung der IT-gestützten Plattform durch die Leistungserbringer, welche – nach Einverständnis der versicherten Person – die für eine sektorenübergreifende interdisziplinäre Versorgung notwendigen Informationen bereitstellte. Der Vertrag umfasste neben Regelungen zu den datenschutzrechtlichen Vorkehrungen und technischen Sicherheitsvoraussetzungen auch die Übersicht der Plattform- sowie die Datenerhebungsstruktur. Alle Vertragspartner durchliefen eine vertraglich vorgesehene Schulung zur Nutzung der Plattform. Die versicherte Person ihrerseits wurde in die eigenständige Nutzung, den Datenschutz und ihre Rechte unterwiesen und durch das RCCM in der Handhabung unterstützt.

Vergütet werden konnten während der Interventionszeit – in Abgrenzung zu den Strukturen der Regelversorgung und je nach Berufsgruppe der Leistungserbringer – folgende Elemente:

- die Aufnahme der Senioren (einmalig)
- die Durchführung des geriatrischen Eingangsassessments (einmalig)
- die Erstellung des abgestimmten Versorgungsplans (einmalig) beziehungsweise die Anpassung bei gravierenden definierten Zustandsveränderungen (zweimalig)
- die Durchführung des interdisziplinären Fallkonsils (bis zu dreimal)
- die erweiterte ärztliche Bereitschaft (nach Bereitschaftsdienst) und
- die telemedizinische Überwachung (für bis zu vier Quartale).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die Abrechnung erfolgte während der Projektlaufzeit mit dem Oberbergischen Kreis als Projektkoordinator zu den üblichen vertragsrechtlichen Bedingungen.

3 Methodik

Die Evaluation setzte sich aus mehreren quantitativen und qualitativen Bausteinen zusammen, wobei sich das Evaluationsmodell strukturell am Qualitätsmodell von Donabedian, das zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheidet, orientierte. Hinsichtlich der inhaltlich thematischen Ausrichtung der Evaluationsfragestellungen lehnt sich das Evaluationsmodell an die Evaluationsprinzipien des Medical Research Council (MRC) für komplexe Interventionen an, nach denen zum einen die Wirksamkeit (Effektivität) der Neuen Versorgungsform zu überprüfen war und zum anderen ein Verständnis der Prozesse bzw. Wirkprinzipien erlangt werden sollte (Craig et al.; 2013, Mühlhauser et al., 2011).

Diese evaluationstheoretischen Bezüge wurden eingebettet in das Prozessmodell von Balzer. Das Design ist methodologisch geprägt von Prinzipien der Mixed Methods-Forschung (Baur et al., 2018; Kuckartz, 2014; Kelle, 2008) in einem mehrdimensionalen Sinne, ist transdisziplinär offen und umfasst neben dem dominanten summativen Kern der Evaluation (Widmer et al., 2009) am Rande auch formative Evaluationskomponenten. Realisiert wurde ein Mixed Methods-Design, in dem mehrere quantitative und qualitative Zugänge sowohl parallel als auch sequenziell kombiniert wurden.

Die Evaluation setzt sich aus mehreren quantitativen und qualitativen Bausteinen zusammen. Quantitativ wurde zum einen ein quasi-experimentelles Design umgesetzt (quantitativer Evaluationsbaustein A), welches ausschließlich die Outcome-Ebene adressiert. Untersucht werden hier mit einem 3-Gruppen pre-post-Test-Design, auf Basis von Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg, Gruppenunterschiede zwischen Teilnehmern an der Neuen Versorgungsform, Versicherten aus dem Oberbergischen Kreis, die sich nicht in die Neue Versorgungsform eingeschrieben haben, sowie Versicherten im benachbarten Rhein-Sieg-Kreis. Die Analyse bezieht sich auf die Kosten der Neuen Versorgungsform (inkl. des primären Outcomes: Gesamtkosten SGB V/ SGB XI) sowie auf die Inanspruchnahme von Regelleistungen (u.a. Kurzzeit- und Tagespflege) sowie auf den Verbleib in der Häuslichkeit. Hier wurden zudem quantitative Daten zur Nutzung der Teilleistungen sowie zu Kosten der Versorgung, die seitens der Konsortialführung geliefert wurden, ergänzt. Details zur Methodik der Routinedatenanalyse können Abschnitt 2.5 des Evaluationsberichts entnommen werden.

Zudem wurden mittels standardisierter Fragenbögen in einem 1-Gruppen pre-post Design in der Interventionsgruppe Effekte auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Teilhabe und den Gesundheitszustand im Längsschnitt untersucht (quantitativer Evaluationsbaustein B). Am Messzeitpunkt t1 (nach Abschluss der Intervention) wurde hier zudem die Zufrieden heit und Bewertungen mit der Versorgungsform und deren Teilleistungen gemessen. Details zur Methodik der schriftlichen Befragung können Abschnitt 2.6 des Evaluationsberichts entnommen werden.

Qualitativ wurden leitfadengestützte Interviews mit den an der Versorgung beteiligten Stakeholdern, schwerpunktmäßig aber mit den Patienten selbst, geführt. Hier wurde dem der erlebten Erfahrung mit und der Bewertung der Versorgung nachgegangen, um zum einen Prozesse aus der Sicht der jeweiligen Stakeholder nachzuzeichnen und zum anderen Barrieren und förderliche Faktoren herauszuarbeiten (qualitativer Evaluationsbaustein). Details zur qualitativen Methodik können Abschnitt 2.7 des Evaluationsberichts entnommen werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4 Projektergebnisse

4.1 Leistungserbringung

Insgesamt wurden initial N=321 Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg für die Neue Versorgungsform rekrutiert. Vier Versicherte schieden bereits vor Interventionsstart wieder aus. N=307 Personen starteten in drei Kohorten jeweils zu Quartalsbeginn ab dem 01.01.2022 bis zum 01.07.2022 in die Intervention. Die übrigen zehn Teilnehmenden, die bereits im 2. Halbjahr 2021 rekrutiert worden waren, starteten mit Genehmigung des Projektförderers ab September 2021 bereits als „Testkohorte K0“ ohne Bindung an einen Quartalsbeginn zu individuellen Terminen in die Versorgung.

Die nicht-obligatorischen Teilleistungen der Versorgungsform wurden mit den im Folgenden dargestellten Fallzahlen erbracht:

- Interdisziplinäre Fallkonsile wurden bei N=14 Fällen umgesetzt, wobei bei drei Teilnehmenden ein zweites Fallkonsil initiiert wurde. Bei 16 dieser 17 Fallkonsile war der Hausarzt beteiligt, in einem Fall war dieser kurzfristig verhindert. An jeweils 12 der Fallkonsile waren Angehörige und Pflegedienste beteiligt, in drei Fällen auch mehrere Pflegedienste. Die dominierende Zusammensetzung (in 12 Fallkonsilen) umfasste mindestens die Beteiligung aus RCCM, Hausarzt, Pflegedienst und Angehörigen. An zwei Fallkonsilen war (jeweils neben einem ambulanten Pflegedienst) auch ein Pflegeheim beteiligt, Fachärzte wurden bei zwei der Fallkonsile hinzugezogen. In Einzelfällen waren Physiotherapie, die Krankenkasse, die Berufsgenossenschaft sowie die „Aktion Hilfe für alte Menschen“ beteiligt.
- Die Erweiterte Erreichbarkeit wurde von 19 Teilnehmenden insgesamt 48x genutzt. Im Maximum kam ein Fall dabei auf sieben Kontaktaufnahmen, der Median unter den Teilnehmenden, die diese Teilleistung nutzten, liegt bei zwei Anrufen.
- Bei N=99 Fällen wurden telemedizinische Leistungen (Teilleistung nVf6) erbracht.

4.2 Quantitativer Evaluationsbaustein A (Routinedaten)

Die im Projekt rekrutierten Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg waren im Mittel älter (79,4 Jahre), pflegebedürftiger (45,6% haben einen SGB XI Pflegegrad) und multimorbider als die Grundgesamtheit der Versicherten im Oberbergischen Kreis. 88,6% von ihnen leben in Kommunen, die schon heute einen hausärztlichen Versorgungsgrad unter 100% aufweisen. In der Praxis zeigen sich manche Versorgungssituation und mancher Versorgungspfad als nicht patientenzentriert. Weitere Details zur Stichprobe können dem Abschnitt 3.2.1.1 des Evaluationsberichts entnommen werden.

Abzüglich der Drop-Outs im Interventionszeitraum waren N=271 Fälle analysierbar. Die zur Interventionsgruppe gematchten Vergleichsgruppen aus dem Oberbergischen Kreis und dem Rhein-Sieg-Kreis waren in allen 28 für das Matching herangezogenen Kovariaten vergleichbar. Die drei untersuchten Gruppen unterschieden sich in dieser Hinsicht nicht signifikant voneinander (p-Werte zwischen 0,343 und 1,000, Details siehe Tabelle 5 des Evaluationsberichts). Bezogen auf die kostenbezogenen Outcomes (SGB V und SGB XI-Gesamtkosten, Krankenhauskosten, Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, zum Pflege- und zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel) unterschieden sich die drei Untersuchungsgruppen im Interventionszeitraum nicht signifikant voneinander (alle p-Werte >0,05; siehe Abschnitt 3.2.3 und insbesondere Tabelle 6 des Evaluationsberichts). Als laufende Fallkosten wurden EUR 1.727,75 pro Fall über den 9-monatigen Interventionszeitraum ermittelt (siehe Abschnitt 3.2.4 des Evaluationsberichts). Auch unter Einbeziehung dieser Fallkosten in die SGB V- und SGB XI-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Gesamtkosten der Interventionsgruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der SGB V- und SGB XI- Gesamtkosten zwischen den drei Untersuchungsgruppen.

Auch hinsichtlich der Multimorbidität (Elixhauser Score) zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen. In der Interventionsgruppe kam es im Interventionsgruppe bei 14,8% der Fälle zu notfallbedingten Krankenhausaufnahmen, 1,2% der Fälle zogen in stationäre Dauerpflege um, bei 18,08% erhöhte sich der SGB XI-Pflegegrad und 2,24% nahmen Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds in Anspruch. Auch bezogen auf diese Outcomes sind Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen nicht statistisch signifikant (siehe Abschnitte 3.2.3.6 bis 3.2.3.11 und Tabelle 7 des Evaluationsberichts).

4.3 Quantitativer Evaluationsbaustein B (schriftliche Befragung)

In der Pre-Post-Befragung der Interventionsgruppe zeigte sich von t0 (vor Interventionsstart) zu t1 (nach 12 Monaten) eine signifikante aber in ihrem Ausmaß nicht klinisch relevante geringfügige Zunahme der Erschöpfung. Bei allen anderen gesundheitsbezogenen Outcomes, die mittels der PROMIS-29 Kurzskalen längsschnittlich untersucht wurden (körperliche Funktionsfähigkeit, emotionale Belastung – Angst, emotionale Belastung – Depressivität, Schlafbeeinträchtigung, Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten, Beeinträchtigung durch Schmerzen, Schmerzintensität) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen t0 und t1. Gleiches gilt für die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Resilienz, die Gesundheitskompetenz, die Anzahl der in die Versorgung involvierten Ärztinnen und Ärzte sowie für die Prävalenz von Polypharmazie. Details können den Abschnitten 3.3.2.1 bis 3.3.2.14 des Evaluationsberichts entnommen werden.

Die globale Zufriedenheit mit den Leistungen der Versorgungsform lag auf einer Schulnoten-Skala von 1-6 bei 1,9 ± 1,1, wobei nur 3,0% der Befragten die Noten 5 oder 6 vergaben und 44,6% ein „sehr gut“. Ähnlich wurde die Zufriedenheit mit der durch die Fallmanager erhaltene Unterstützung bewertet, sie lag im Mittel bei 1,83 ± 1,1. Die Zufriedenheit mit der digitalen Plattform wurde in Ermangelung eigener Erfahrungen von der Mehrzahl der Befragten nicht beantwortet (N=49), die Zufriedenheit lag hier lediglich bei einer Durchschnittsnote von 3,53 ± 1,72. Jene Befragten, die die Teilleistung des telemedizinischen Monitorings in Anspruch genommen hatten, bewerteten ihre Zufriedenheit mit der Nutzung der telemedizinischen Geräte im Mittel mit der Note 1,81 ± 1,31. N=39 Personen bewerteten, ebenfalls auf einer Schulnotenskala ihre Zufriedenheit mit der Hilfe, die sie bei einem Anruf im Rahmen der Teilleistung „Erweiterte Erreichbarkeit“ erhalten hatten. Die Durchschnittsnote lag bei 2,38 ± 1,58.

93,9% der Befragten stimmten der Aussage, dass das Angebot von OBERBERG_FAIRsorgt unbedingt weiterbestehen solle, tendenziell zu. Ein ähnlich hoher Anteil bejahte die Aussage, dass die Versorgungsform auch Versicherten anderer Krankenkassen offenstehen sollte (92,8%). Im Follow-Up gaben zwei Drittel der Befragten an, dass sich durch die Versorgungsform ihre Gesundheitsversorgung verbessert habe, kategorisch verneint („stimmt nicht“) wurde diese Aussage von 12,4%. Ein Drittel der Befragten befand, dass sie ohne die Versorgungsform im Zeitraum der Versorgung nicht so hätten weiter wohnen können wie zuvor (siehe auch Tabelle 14 im Evaluationsbericht).

Die Wichtigkeit, die die Befragten den einzelnen Teilleistungen der Versorgungsform beimessen, wurde auf einer Skala von 0 (überflüssig) bis 4 (unverzichtbar) gemessen. Den höchsten Mittelwert (3,4 von 4) erreichte dabei der Aspekt, dass alle an der eigenen Gesundheitsversorgung Beteiligten zusammenarbeiten und einen gemeinsamen Versorgungsplan erstellen. Auch die Erweiterte Erreichbarkeit, also die Möglichkeit, zu jeder Zeit einen Arzt telefonisch erreichen zu können, wurde mit einem Mittelwert größer als 3 bewertet. Diese beiden Teilleistungen bewerteten über 60% der Befragten als unverzichtbar. Gut die Hälfte der Befragten sah die Unterstützung durch einen Fallmanager als unverzichtbar

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

an (Mittelwert: 2,98). Auch der regelmäßige Austausch aller an der eigenen Gesundheitsversorgung Beteiligen (Fallkonsil), die gemeinsame Nutzung gesundheits- bzw. versorgungsrelevanter Daten auf einer gemeinsamen elektronischen Plattform sowie ein telemedizinisches Monitoring in der eigenen Häuslichkeit wurde mit Mittelwerten zwischen 2,9 und 2,7 als wichtig erachtet (siehe auch Tabelle 15 im Evaluationsbericht.

Hinsichtlich der Rekrutierung gaben 82,1% der Befragten an, von ihrem Hausarzt auf OBERBERG_FAIRsorgt aufmerksam gemacht worden zu sein, eine gewisse Rolle spielte zudem die Information durch Familie oder Bekannte (8,4%, Mehrfachnennungen möglich). Details können Abschnitt 3.3.3.1 des Evaluationsberichts entnommen werden.

Der Großteil der Befragten (82,7%) gab an, vor allem zu Beginn der Versorgung durch den Fallmanager unterstützt worden zu sein. Der Median der erinnerten Kontakte mit dem Fallmanager lag in allen vier Quartalen bei der Angabe 1-5mal pro Quartal. 80,3% der Befragten gab an, dass ein Vertrauensverhältnis mit dem Fallmanager aufgebaut werden konnte, 83,7% gaben an, dass der Fallmanager im Nachhinein für sie das Wichtigste an der neuen Versorgungsform gewesen sei. Zu weiteren Details siehe Abschnitt 3.3.3.2 des Evaluationsberichts und dort insbesondere Tabelle 15.

Der Aussage, dass ein Versorgungsplan erstellt und dieser mit ihnen besprochen worden sei, stimmten lediglich 59,5% der Befragten zu. Der Anteil der Befragten, die tendenziell der Aussage zustimmen, sich in alle Planungen die eigene Gesundheitsversorgung betreffend einbezogen gefühlt zu haben, lag mit 70,6% höher. Knapp jeder Zweite gab an, dass ihm/ihr manchmal nicht ganz klar gewesen sei, was zwischen Arzt und Fallmanager besprochen worden sei, hingegen bejahten 88,2% die Aussage, letztendlich alle wichtigen, die Gesundheitsversorgung betreffenden, Entscheidungen selbst zu treffen. Zu weiteren Details siehe Abschnitt 3.3.3.3 des Evaluationsberichts und dort insbesondere Tabelle 16.

Lediglich 5,6% der Befragten gaben an, während des Versorgungszeitraums jemals selbst auf die Elektronische Plattform zugegriffen zu haben. 14,5% der Befragten gaben an, während des Versorgungszeitraums die Teilleistung der Erweiterten Erreichbarkeit genutzt, also die entsprechende besondere Rufnummer angerufen zu haben. Die Möglichkeit, diese Leistung zu nutzen, war einem großen Teil der Befragten bewusst, 82,4% stimmten dieser Aussage zu. Ein knappes Viertel der Befragten gab allerdings an, die entsprechende Telefonnummer nicht immer griffbereit gehabt zu haben. 77,8% der Befragten stimmten der Aussage zu, dass die Erweiterte Erreichbarkeit ihnen ein zusätzliches Sicherheitsgefühl gegeben habe. Weitere Details siehe Abschnitt 3.3.3.5 des Evaluationsberichts und dort insbesondere Tabelle 17.

Von den Befragten, die die Teilleistung des telemedizinischen Monitorings in Anspruch genommen hatten, gaben 89,3% an, mit der Nutzung der ihnen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellten Geräte keine Probleme gehabt zu haben, nachdem sie in der Handhabung unterwiesen worden waren. Drei Viertel dieser Befragten sahen es positiv, dass ihnen die Nutzung dieser Geräte Besuche bei ihrem Arzt erspart habe. Zu einer Veränderung der medizinischen Behandlung kam es in der Folge der Nutzung des telemedizinischen Monitorings nach Angaben der Teilnehmenden in etwas mehr als 36,2% der Fälle. Allerdings gaben nur zwei Drittel der Befragten an, dass ihr Arzt mit ihnen über die gemessenen Werte gesprochen habe. Weitere Details siehe Abschnitt 3.3.3.6 des Evaluationsberichts und dort insbesondere Tabelle 18.

4.4 Qualitativer Evaluationsbaustein

4.4.1 Motivation zur Teilnahme

Die Teilnahme an OBERBERG_FAIRsorgt kann aus *Neugierde* auf die Neue Versorgungsform, die mit zusätzlichen Elementen wirbt und Änderungen bei der Gesundheitsversorgung verspricht, erfolgen. Vor dem Hintergrund, dass es aktuell oder in der Vergangenheit

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Geschehnisse (Krankenhausaufenthalte, Schwierigkeiten bei der Facharztsuche oder den Begleittherapien) gab, die als Herausforderungen bilanziert werden, bietet OBERBERG_FAIRsorgt die Option, die eigene Gesundheitsversorgung oder die eines Angehörigen zu stabilisieren, gar zu verbessern. Damit ist die Teilnahmemotivation *Neugierde* durchaus nutzenorientiert an erwartete Leistungen geknüpft, die sich wie folgt kategorisieren lassen:

- RCCM als unterstützende Ansprechpersonen
- RCCM als zusätzliche Fachexperten und Fachexpertinnen
- Verfügbarkeit der Teilleistung Erweiterte Erreichbarkeit
- Zusammenarbeit der Leistungserbringenden

Weitere Motive sind: die Überforderung mit der Versorgungssituation, ein vorsorgender Blick in die Zukunft und der Wunsch so lange wie möglich zu Haus bleiben zu können.

4.4.2 Interventionen der RCCM in der Startphase

Die erste Kontaktaufnahme der RCCM mit den Versorgten und deren Angehörigen erfolgte jeweils telefonisch. Dieser erste Kontakt wird als offen und freundlich beschrieben, öffnet den Zugang zur Teilnahme an OBERBERG_FAIRsorgt und schafft die Grundlage zum Vertrauensaufbau zu den RCCM. Ziel der ersten Besuche der RCCM in der Häuslichkeit der Versorgten war das Erstellen einer Situationsanalyse der Versorgungssituation.

Bei einer Gruppe der Versorgten stellte sich die Versorgungssituation als patientenzentriert dar und es mussten keine Vorschläge für Anpassungen der Versorgung gemacht werden. Hier ging es darum, die Versorgten in die Versorgungsform zu integrieren, über das Versorgungsjahr als Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin zu begleiten sowie bei Änderungen des Gesundheitszustands und/oder der Versorgungssituation als beratender Ansprechpartner bzw. beratende Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen und zu intervenieren. Dabei handelt es sich beispielsweise um „jüngere“ Versorgte, die aufgrund einer chronischen Erkrankung in die Neue Versorgungsform aufgenommen wurden, aber weder in ihrer Selbstständigkeit noch Mobilität eingeschränkt sind, und um Versorgte, die sich selbst oder mit Hilfe von Angehörigen patientenzentriert organisiert haben und letztendlich zumindest zum Interventionsstart u.U. Beratung, aber keine weiterführenden Handlungsbedarfe benötigten.

Bei der weitaus größeren Gruppe diagnostizierten die RCCM Handlungsbedarfe für Anpassungen der Versorgungssituation und informierten über Möglichkeiten einer situationspassgerechten Versorgung. Viele dieser Informationen zentrieren um Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Weitere Informationen wurden gegeben: zu Zugängen zu Leistungserbringenden, Diagnostiken bei Fachärzten bzw. Fachärztinnen, Bedarfen von begleittherapeutischen Behandlungen, zur Beantragung von Wohngeld und Schwerbehindertenausweisen.

4.4.3 Perspektive der Versorgten und Angehörigen

Die Kontakte und Interventionen der RCCM unterschieden sich von Versorgten zu Versorgten. Es gibt Versorgte, die engmaschig betreut wurden, Versorgte, bei denen die RCCM im Rahmen einer Gesundheitskrise intervenierten, Versorgte, die einige wenige Interventionen benötigten, aber auch solche, die im Versorgungsjahr kaum bis keine Unterstützung durch die RCCM benötigten. Bei Letzteren standen die RCCM abwartend im Hintergrund als Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin zur Verfügung und der Kontakt beschränkte sich auf die halbjährigen Kontaktaufnahmen der RCCM. Diese Gruppe mit geringen bis keinen Unterstützungsbedarfen kennzeichnet sich dadurch, dass diese Versorgten sich selbstständig organisieren und versorgen und/oder dass eine engmassige Einbindung und Versorgung durch

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Angehörige besteht und/oder dass das Versorgungsjahr als ein Zeitraum ohne krisenbehaftete Gesundheitsereignisse erlebt wurde.

Die Rollen der RCCM sind vielschichtig. Die RCCM haben Funktion des Kümmerns, Beratens, Lotsens und der Krisenintervention. Gleichzeitig bekommen die Unterstützung und Vertretung von Angehörigen einen hohen Stellenwert.

Im Rahmen der zweiten Befragungswelle bekundeten die Versorgten kein Interesse an der Teilnahme an der digitalen Plattform. Es ist nicht eine prinzipielle Ablehnung der Digitalisierung, sondern es fehlt die Neugierde und Bereitschaft, sich mit digitalen Neuerungen auseinanderzusetzen. Zudem zeigt sich, dass der ein oder andere mit der Versorgungssituation derart gefordert ist, dass keine Kraft und Ausdauer mehr für neue Herausforderungen vorhanden sind.

Kein befragter Versorgter bzw. keine befragte Versorgte hat sich auf der digitalen Plattform registriert. Vier befragte Angehörige geben an, sich registriert zu haben.

Die überwiegende Anzahl an Befragten berichtet, dass sie die Notrufnummer der Erweiterten Erreichbarkeit nicht gebraucht hat, allerdings die Möglichkeit, diese im Bedarfsfall nutzen zu können, als Beruhigung erlebt. Damit bekommt die Existenz der Notfallnummer einen psychologischen Input, insbesondere für Alleinlebende.

Insgesamt bewerten die Versorgten (21 der Teilnehmenden der qualitativen Befragung) die Teilnahme am Telemedizinischen Monitoring überwiegend als positiv. Es gibt ihnen Sicherheit und das Gefühl, dass sich um sie gekümmert wird. Zusätzlich berichten Versorgte, dass der Einsatz des Telemonitorings motiviert, die vom Arzt und der Ärztin angedachten Therapieziele umzusetzen. Die Compliance wird gesteigert.

4.4.4 Perspektive der Leistungserbringenden

Die befragten Hausärzte, Hausärztinnen und Leistungserbringenden ziehen unisono eine positive Bilanz und sehen Verbesserungen in der Versorgung der Versorgten.

Die benannten Benefits für die Versorgten lassen sich wie folgt kategorisieren:

- Die Aktivierung der Versorgten durch die RCCM stärkt die Versorgten psychosozial, damit wird die Compliance gesteigert.
- Die Vernetzung der Leistungsanbietenden wird als versorgungsqualitätssteigernd hervorgehoben.
- Vulnerable, pflegebedürftige Patienten und Patientinnen mit hohen Versorgungsbedarfen profitieren.
- Isolierte, netzwerklose Patienten und Patientinnen profitieren.
- Prävention: Sich anbahnende Gesundheitskrisen und kritische Versorgungssituationen werden im Anfangsstadium erkannt.

Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte sehen die RCCM in ihren unterschiedlichen Funktionen der Beratung und Koordination als Entlastung für die Arbeit der Hausarztpraxen. Diese lassen sich vier Unterkategorien zuordnen:

- Fachkraftblick und Zeitersparnis durch Übernahme der Eingangsassessments.
- Der Standby Modus der RCCM bringt einen gewissen Grad an Sicherheit, dass es, insbesondere bei vulnerablen und isoliert lebenden Patientinnen und Patienten, weniger zu versorgungskritischen Situationen kommt.
- Weniger Kontakte von Versorgten zur Arztpraxis
- RCCM als Ansprechperson für Gesundheitliches und Soziales.

Bei der Schnittstelle Krankenhauseinweisung und -entlassung in den Privathaushalt werden von den Hausärztinnen und Hausärzten *Informations- und Kommunikationsbrüche*, die die Art der gewählten Kommunikationswege und den Wechsel von Medien im Rahmen eines

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Kommunikationspfades betreffen (Telefon, Fax, E-Mail, postalisch), angesprochen. Beschrieben werden Situationen der Entlassung in Gesundheitszuständen mit nicht geregelten Unterstützungs- und Pflegebedarfen am Freitagnachmittag. An dieser Stelle hat das Care- und Case-Management von OBERBERG_FAIRsorgt großes Potential, wenn die RCCM informiert würden. Insbesondere Drehtüreffekte könnten nach Ansicht der Hausarztpraxen verhindert werden, wenn die RCCM die Entlassung vorbereiten, insbesondere bei Entlassungen mit verändertem Gesundheitszustand. Die Sozialdienste der Krankenhäuser müssten dann die RCCM in die Informationskette miteinbeziehen.

RCCM unterstützen und ersetzen Angehörige. Von den Leistungserbringenden sowie den Hausärztinnen und Hausärzten wird die Bedeutung der Angehörigen für die Versorgung von vulnerablen Patientinnen und Patienten betont, auch für die Umsetzung der Therapien und Steigerung der Compliance. Dabei füllen die RCCM eine Lücke, wenn weder Versorgte noch Angehörige in der Lage sind, die Bedürfnisse und Bedarfe der Versorgten zu erkennen und durchzusetzen. Die RCCM erfüllen dann mehrere Funktionen: Lotsenfunktion (Schnittstellenmanagement und Mediation), Beraterfunktion (Organisation) und Angehörigenfunktion (Stellvertretung).

Von der idealtypisch gedachten Idee einer digitalen Plattform, die Diagnostiken und Versorgungspläne der Versicherten bündelt und eine Zugriffs- und Austauschplattform für alle Leistungserbringenden der Gesundheitsversorgung im Oberbergischen Kreis darstellt, sind alle befragten Leistungserbringenden überzeugt. Die digitale Plattform wurde als Dokumentationssystem der Gesundheitsversorgungssituationen der Versorgten (Diagnostiken, Medikation, Arztbriefe, Krankenhausentlassungsbriefe, Therapiepläne, Hilfsmittel) genutzt. Dass sich hier kein aktiver Kommunikationsaustausch entwickelte, ist auf den beschränkten Kreis an aktiven Nutzern und Nutzerinnen (RCCM, einige Hausarztpraxen und Erweiterte Erreichbarkeit) zurückzuführen.

In der praktischen Ausgestaltung war die Erweiterte Erreichbarkeit an die Notfallnummer des Rettungsdienstes angeschlossen, sodass die diensthabenden Notärzte im Hintergrund des Rettungsdiensts angegliedert an die Leitstelle, direkten Zugriff auf die digitale Plattform mit den hinterlegten Diagnosen und Versorgungsplänen hatten, in dem Augenblick, in dem Versorgte des Projekts OBERBERG_FAIRsorgt anriefen. Abgedeckt wurden die Zeitfenster, in denen die Hausarztpraxen nicht erreichbar sind; werktags ab 17 Uhr bis 8 Uhr morgens des Folgetages, Mittwoch und Freitag schon ab mittags sowie die Wochenenden und Feiertage. Die Dokumentation auf der digitalen Plattform zeigt, die Inanspruchnahme der Erweiterten Erreichbarkeit hielt sich zahlenmäßig in Grenzen. Die Nutzung der Datenbasis auf der digitalen Plattform mit Diagnosen und Medikamentenplänen wird als hilfreich bewertet. Berichtet wird eine Situation, in der eine RTW-Alarmierung abgewendet werden konnte. Allerdings wird sich auch an eine Situation erinnert, in der die Informationen nicht ausreichend waren. In diesem Zusammenhang zeigt sich die Notwendigkeit, dass die Daten auf der digitalen Plattform stets auf einem aktuellen Stand sein sollten, was die Frage nach der Zuständigkeit der Aktualisierung der Datenbasis aufwirft.

Die am Telemonitoring teilnehmenden Hausarztpraxen bewerten den Einsatz meist als zielführend. Beobachtet wird, dass die Patientinnen und Patienten sich durch das Telemonitoring wertgeschätzt fühlen. Angemerkt wird der unterschiedliche Nutzen der vier verschiedenen Monitoringgeräte. Bei Blutzucker-Blutdruckmessgeräten und Waagen werden Benefits für die Versorgten konstatiert. Während der Einsatz der EGK-Geräte oftmals an der Handhabung scheiterte und die Diagnostik zeitlich verzögert erfolgte, da die Werte nicht in Echtzeit von den Hausarztpraxen abgerufen wurden. Eine Nichtteilnahme am telemedizinischen Monitoring wird von den Hausarztpraxen mit knappen Zeitressourcen begründet.

Das im Modellprojekt OBERBERG_FAIRsorgt vorgesehene fakultative Element des interdisziplinären Fallkonsils konnte nicht umgesetzt werden. Keine geriatrische Einrichtung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

war dem Selektivvertrag beigetreten. Angeregt wird der Austausch mit Fachärzten der Neurologie. Vorgeschlagen wird auch die Vernetzung mit Facharztrichtungen, wie Dermatologie und Rheumatologe, die besonders bei älteren Patienten und Patientinnen wichtig werden. Idealtypisch könnte die Vernetzung über die digitale Plattform erfolgen.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Man kann schlussfolgern, dass das medizinische System nicht optimal aufgestellt ist: Sektoralismen und Fragmentierungen prägen das Geschehen. OBERBERG_FAIRsorgt ist ein Beispiel dafür, in welche Richtung die Idee alternativer Versorgungslandschaften gehen muss: Sozialraumbezogen und netzwerkbildend auf das nachbarschaftliche Wohnumfeld fokussierend, benötigen wir integrierte Formen der Behandlung, der Versorgung, der Betreuung und der Begleitung.

Die Team-orientierten Netzwerke müssen multi-professionell aufgestellt sein. Es bedarf einer achtsamen Arbeitskultur der Personenzentriertheit gegenüber dem Menschen in seinen Bedarfslagen. Es bedarf einer Offenheit für die notwendige Kooperationskultur, die mit Empathie die Grenzen der Disziplinen überschreitet und eigene professionelle Selbstbilder verändert. Bezugspunkt kann nicht der Mensch in Reduktion auf klinische Parameter der Medizin sein, sondern der ganze Mensch (Geist, Seele und Körper) in seiner konkreten Lebenslage des Alltags seiner unmittelbaren Lebenswelt.

OBERBERG_FAIRsorgt zeigt, wie Menschen lernen in neu gestrickten Kontexten der Versorgung, besser ihre Verluste, Belastungen, Herausforderungen, Entwicklungsaufgaben im höheren Alter zu bewältigen. So werden die Fähigkeiten in der Daseinsführung im Alltag gestärkt. Dies reduziert Ohnmachtsgefühle, und erhöht die Lebensqualität. Wir benötigen lokale sorgende Gemeinschaften in einer neuen Kultur regionaler Infrastruktur. Dies bedeutet für Kommunen die Chance sich im Rahmen der pflegerischen und medizinischen Daseinsvorsorge zu engagieren. An diesem Ziel arbeitet der Oberbergische Kreis weiter, um die Arbeit des Projektes auszubauen und in eine Gesundheitsregion zu überführen.

Der Oberbergische Kreis schließt sich den Empfehlungen der Evaluatoren an, die Versorgungsform weiter zu erproben und bei einer Weiterführung im Oberbergischen Kreis sowie bei etwaigen Neuimplementierungen in anderen Regionen folgende Anpassungen und evaluative Schwerpunkte zu setzen:

1. Implementierungen dieser Versorgungsform müssen mit einem längerfristigen Interventions- und Beobachtungszeitraum erfolgen, um Kosteneffekte sowie Effekte auf den Verbleib in der Häuslichkeit, (notfallbedingte) Krankenhausaufnahmen, die Inanspruchnahme von Regelleistungen sowie die Entwicklung des Gesundheitsstatus verlässlicher abbilden zu können.
2. Dabei ist bei der Rekrutierung (die idealerweise nicht nur auf Versicherte einer Krankenkasse beschränkt sein sollte) stärker darauf zu achten, dass die Teilnehmenden hinsichtlich Alter, Pflegebedürftigkeit, (Multi-)Morbidität und Polypharmazie die Einschlusskriterien besser abbilden, d.h. vergleichsweise jüngere, nicht pflegebedürftige Klienten zu einem höheren Anteil für die Versorgungsform gewonnen werden. Alternativ könnten die Einschlusskriterien enger gefasst werden und die Versorgungsform stärker auf komplexe Fälle ausgerichtet werden. Es sollte stets der Bedarf im Fokus stehen.
3. Es müssen Strategien entwickelt werden, um die Quote der beteiligten Hausärzte massiv zu erhöhen, insbesondere muss auf eine ausgewogene regionale Verteilung in der betreffenden Region hingearbeitet werden. Zugleich müssen Hausärzte, die sich

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

an der Versorgungsform beteiligen, effektiv auf die Erbringung der obligatorischen Teilleistungen verpflichtet werden. In Regionen mit bereits geringem Versorgungsgrad besteht hier allerdings ein Zielkonflikt. Der als Befund aus der qualitativen Evaluation gewonnene Effekt einer Entlastung der Arztpraxen durch die RCCM muss daher klarer kommuniziert und mit quantitativen Daten unterfüttert werden. Die Pflichten der beteiligten Hausarztpraxen dürfen die wahrgenommene Entlastung nicht konterkarieren. Diesbezüglich sollte geprüft werden, ob die Durchführung der Eingangsassessments grundsätzlich von den RCCM sowie von bereits in die Versorgung involvierten Pflegediensten bzw. Pflegeheimen übernommen werden kann, wie dies überwiegend bereits der Fall war.

4. Es müssen Anreize geschaffen werden, um die Hausärzte und weitere Leistungserbringer aktiv an die digitale Dokumentations- und Kommunikationsplattform zu binden, damit diese Plattform ihr Potenzial entfalten und nicht nur im Wesentlichen als Dokumentationssystem der RCCM verwendet wird. Die telemedizinische Teilleistung hat in diesem Zusammenhang einen gewissen Effekt entwickelt, da die gewonnenen Vitaldaten auf der digitalen Plattform eingehen und die Hausärzte dadurch einen Anreiz zur Nutzung der Plattform haben. Auch in diesem Zusammenhang gilt, dass die Nutzung an die Plattform seitens der angebundenen Leistungserbringer nicht als zusätzlicher Aufwand ohne entsprechenden empfundenen Gegenwert empfunden werden darf. Die wesentliche Voraussetzung dafür ist die Schaffung einer Interoperabilität zwischen der Plattform und möglichst vielen Praxissoftware-Produkten mittels entsprechender Schnittstellen und idealerweise einem (teil-) automatisiertem Datenaustausch. Gleiches gilt für die Anbindung der Dokumentationssysteme anderer Leistungserbringer (Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeheime, Apotheken, Therapeuten etc.).
5. Die Teilleistung der Erweiterten Erreichbarkeit schafft für die Teilnehmenden ein nicht zu unterschätzendes Sicherheitsgefühl. Sie sollte daher beibehalten werden, allerdings muss diese Leistung weitaus kostengünstiger realisiert werden, was problemlos möglich erscheint. Die erfolgte Anbindung an die Leistelle erscheint prinzipiell als vielversprechend, um hohe Verfügbarkeit zu verschiedenen Tageszeiten bei zugleich niedriger Nutzungsquote kosteneffizient zu verbinden, sodass lediglich an bestehende Strukturen und bestehendes Personal angedockt werden muss. Allerdings müsste man bei einer Anbindung innerhalb der Telenotarztstruktur damit leben, dass eventuell auch einmal keine direkte Anrufannahme möglich ist, nämlich dann, wenn sich der Telenotarzt im Gespräch befindet. (Dieser Umstand konnte im Projekt durch die Mittel für mehr Personaleinsatz umgangen werden.)
6. Die telemedizinische Teilleistung wurde sehr gut angenommen und kann als weiterer Beitrag zur Entlastung der Arztpraxen (wie auch der Versicherten) wirken. Bei einer Weiterführung der Versorgung im Oberbergischen Kreis sowie bei möglichen Neuimplementierungen sollte man in der Evaluation besonders darauf achten, für welche Indikationen diese Teilleistung erbracht wird und wie Hausärzte den Messzeitraum begründen (bzw. in welchen Konstellationen sie eine dauerhafte häusliche Messung der Vitalparameter als indiziert sehen). Diese Erkenntnisse helfen zudem, den Bedarf an Equipment besser planen und steuern zu können.

6 Verwendung der Projektergebnisse nach Ende der Förderung

OBERBERG_FAIRsorgt wurde ins Leben gerufen, um die zum Teil bereits defizitäre Versorgungssituation in der ländlichen Region des Oberbergischen Kreises zu verbessern. Während des geförderten Interventionszeitraumes ist hierzu ein wichtiger Beitrag geleistet worden, der jedoch nur dann nachhaltig ist, wenn er über den Förderzeitraum hinaus fortgeführt und ausgebaut wird.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Hierzu hat der Oberbergische Kreis bereits während der Projektlaufzeit die Entscheidung getroffen, die Versorgenden nach Interventionsende weiter zu beschäftigen, um so niemand mit Versorgungsbedarf aus der Versorgung ausschreiben zu müssen und das Angebot aufrechtzuerhalten. Diese Entscheidung hat zuerst die Versorgung bis Ende 2024 gesichert, wurde dann aber bis Ende 2026 erweitert. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Berichtes wird an einer Perspektive ab 2027 gearbeitet. Es wurden ferner drei unbefristete Stellen im Stellenplan geschaffen, die mit der Projektleitung, der Büroleitung und der koordinierenden Ärztin des Projektes besetzt wurden.

Wir konnten in OBERBERG_FAIRsorgt zeigen, dass durch unsere RCCM als Lotsen im Gesundheitssystem sowie durch die zum Einsatz kommende digitale Unterstützung Versorgungspfade besser geplant und die Situation im häuslichen Setting stabilisiert werden konnte. Wir gehen davon aus, dass bei einem längeren Interventionszeitraum als den 12 Monaten gezeigt werden könnte, dass sich GKV-Kosten senken lassen, wenn Krankenhauseinweisungen vermieden werden – ein Umstand, zu dem die Versorgung im Projekt einen wesentlichen Beitrag leistet bzw. leisten könnte. Forschungsbedarf besteht in diesem Sinne weiterhin bzgl. der Evaluierung von Lotsentätigkeiten über einen langen Zeitraum hinweg, der sicher bei mindestens drei Jahren liegen sollte.

Im Unterschied zur derzeitigen Regelversorgung ist der Ansatz in OBERBERG_FAIRsorgt sektorenübergreifend, was ebenfalls Kostenersparnispotential birgt, wenn auf diese Weise Doppeluntersuchungen und Fehlversorgungen vermieden werden.

OBERBERG_FAIRsorgt wurde so angelegt, dass es im Grunde auf jede beliebige Region übertragen werden kann, wobei natürlich Regionen mit ländlicher Struktur und defizitärer Versorgung im Fokus stehen. Das Akronym ist deshalb so gestaltet worden, dass vor dem Unterstrich jede Region namentlich stehen könnte.

7 Erfolgte Veröffentlichungen

Köstler, U. (2024). Die Neue Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt erprobt eine Digitale Plattform als lernendes und wachsendes System - Der lange Weg vom Inkubator zur steten Annäherung an den Idealtypus einer Digitalen Kommunikationsplattform. In: ProAlter, 3/2024, 34-37.

Köstler, U. et al. (2024). „Und wann kommen Sie wieder vorbei?“ Zwei Jahre Neue Versorgungsform OBERBERG_FAIRsorgt: wie Care-und-Case-Management empowert. In: ProAlter, 1/2024, 37-41.

Möltgen, J. (2019). Sektorenübergreifende Versorgung Pflegebedürftiger – ein Realexperiment mit großen Chancen. In: ProAlter, 04/2019, 60-62.

Möltgen, J. & Schmallenbach, R. (2019). „Realexperiment“. Interview über die Versorgung im ländlichen Raum. In: Pflegezeitschrift 09/2019, 32.

Möltgen, J. (2022). OBERBERG_FAIRsorgt: Fallkonsile mit dem Klinikum Oberberg gestartet. In: punktum. Die Krankenhauszeitung von und für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, 1/2022, 21-25.

Möltgen, J. (2022). OBERBERG_FAIRsorgt. Innovationsfondsprojekt zur sektorenübergreifenden Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen ab 65 Jahren nimmt im Oberbergischen Kreis Fahrt auf. In ProAlter, 4/2022, 29-31.

Möltgen, J. & Schmallenbach, R. (2023). Regional FAIRsorgt. Der ZTG Podcast. [https://ztg-nrw.de/blog/2023/03/21/innovationsfondsprojekt-oberberg_fairsorgt-im-podcast/]

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Möltgen, J., Schmallenbach, R. & Wilke, N. (2023). OBERBERG_FAIRsorgt. In: KTM Krankenhaus Technik + Management, Januar/Februar 2023, 49-50.

Grebe, C.; Köstler, U.& Schulz-Nieswandt, F. (erscheint noch 2024). Stabilisierung der Gesundheitsversorgung durch Case-Management und integrative Vernetzung im Sozialraum. Ergebnisse, Analysen und Diskussion des Innovationsfonds-Projekts OBERBERG_FAIRsorgt. Mit einem Vorwort von Ralf Schmallenbach & Jessica Möltgen. Baden-Baden: Nomos.

IV Literaturverzeichnis

Baur, N., Kelle, U. & Kuckartz, U. (Hrsg.) (2018). Mixed Methods. Springer VS, Wiesbaden.

Bolgner, N., Davis, A., & Rafaeli, E. (2003). Diary methods: Capturing life as it is lived. Annual review of psychology 54(1): 579-616.

Burzan, N., & Hitzler, R. (Hrsg) (2018). Typologische Konstruktionen. Wiesbaden: Springer VS.

Caliendo, M. & Kopening, S. (2008). Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. Journal of economic surveys, 22(1): 31-72.R Core Team (2023). R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

Cella,, D., Riley, W., Stone, A., Rothrock, N., Reeve, B., Youn, T.S, Amtmann, D., Bode, R., Buysse, D., Choi, S., Cook, K., Devellis, R., DeWalt, D., Fries, J.F., Gershon, R., Hahn, E.A., Lai, J.S., Pilkonis, P., Revicki, D., Rose, M., Weinfurt, K. & Hays, R. (2010). Initial item banks and first wave testing of the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) network: 2005–2008. Journal of Clinical Epidemiology 63(11): 1179–1194.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. International journal of nursing studies 50(5): 587-592.

Engehausen, R. (2021): Innovationsbedarf des deutschen Gesundheitswesens. In: *Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung* (S. 1 -24). medhochzwei Verlag GmbH.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 41: 1149-1160.

Fisher, F., Gibbons, C., Coste, J., Valderas, J.M., Rose, M., & Leplège, A. (2018). Measurement invariance and general population reference values of the PROMIS profile 29 in the UK, France, and Germany. Quality of Life Research 27(4): 999-1014.

Froschauer, U., & Lueger, M. (2009). Interpretative Sozialforschung: Der Prozess. Wien: Facultas (UTB).

Gurtner, C. et. al. (2018). Patientenbezogene Komplexität in der Pflege – kollektive Case Studies im Akutspital. Pflege 31(5): 237-244.

Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M.F., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G. & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Quality of life research 20(10): 1727-1736.

Ho, D., Imai, K., King, G., Stuart, E. (2011). “MatchIt: Nonparametric Preprocessing for Parametric Causal Inference.” Journal of Statistical Software_, *42*(8), 1-28.

Kelle, U. (2008). Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. 2. Aufl. Springer VS, Wiesbaden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Kuckartz, U. (2014). Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesign und Analyseverfahren. Springer VS, Wiesbaden.

Lenth, R. (2023). emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means. R package version 1.8.9.

Lida, M., Shrout, P., Laurenceau, J. P., & Bolger, N. (2012). Using diary methods in psychological research. In: Cooper, H. (Ed.), APA handbook of research methods in psychology: Foundations, planning, measures and psychometrics (Vol. 1, pp. 277-305). Washington D.C.: American Psychological Association.

Mayring, Ph. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Mühlhauser, I., Lenz, M. & Meyer, G. (2011). Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 105(10): 751-761.

Reichertz, J. (2010). Abduction: The Logic of Discovery of Grounded Theory. In: Bryant, A. & Charmaz K (editors): The Sage Handbook of Grounded Theory. London, Sage Publication. 214-229.

Reichertz, J. (2013). Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Über die Entdeckung des Neuen. 2. akt. erw. Aufl. Springer VS. Wiesbaden.

Rosenthal, G. (2014). Interpretative Sozialforschung. Weinheim-München: Beltz-Juventa.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schulz-Nieswandt, F. (2016). Sozialökonomie der Pflege und ihre Methodologie. Nomos, Baden-Baden.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother, 53(1), 16-39.

Schwarzer, R.& Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.Schumacher et al. 2005

Widmer,T., Beywl, W. & Fabian, C. (Hrsg) (2009). Evaluation. Ein systematisches Handbuch. Springer VS, Wiesbaden.

Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Frankfurt am Main, New York: Campus.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G, (Hrsg.) Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz, S. 227-256.

Witzel, A. & Reiter, H. (2012). The problem-centred Interview. London/ Thousand Oaks, Ca./New Delhi/Singapore.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

V Anlagen

Anlage 1: SOP Versorgungsmodell
Anlage 2: SOP Casemanagementstandards
Anlage 3: SOP Initialer Hausbesuch Assessment
Anlage 4: SOP Initialer Erfassungsbogen
Anlage 5: Plattform vesta
Anlage 6: Plattform Telemonitoring
Anlage 7: Plattform Datenschutzkonzept
Anlage 8: Plattform Datenverarbeitung
Anlage 9: Ernährungsflyer
Anlage 10: Krisenformular
Anlage 11: Checkliste
Anlage 12: Handbuch zur Plattform
Anlage 13: Strukturierte technische Informationen zur Plattform

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 1: SOP Versorgungsmodell

#	Phase (CM-Phase)	SOP (Überschrift der (Unter-)Phase)	Prozess (Was?)	Schritt (Wie? und Womit?)	CaseManager OBERBERG_FAIRsorgt	Klient	Angehörige	Soziale Leistungserbringer	medizinische Leistungserbringer	pflegerische Leistungserbringer	CaseManagement	Dauer (Nettozeit)	Bruttozeit
1	Klärungsphase (Intake)	Auswahl des Klienten & Outreach	Notwendigkeit des CM feststellen	"Kriterienformular". evtl. Fragebogen									
2	Klärungsphase	Auswahl des Klienten & Outreach	Kriterien / Indikation (aus gesundheitlicher Sicht)	"Kriterienformular". evtl. Fragebogen									
3	Klärungsphase	Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und erste Bestandsaufnahme	Kurzanamnese	Gespräch. Checkliste. entsprechende QM-Mappe									
4	Klärungsphase	Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und erste Bestandsaufnahme	vorhandenes Patienten-Netzwerk (ermitteln)	bestehende Leistungserbringer abfragen									
5	Klärungsphase	Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und erste Bestandsaufnahme	Bedarfsermittlung	im persönlichen Gespräch mit Klienten und/oder Angehörigen/sozialen Leistungserbringer									
6	Klärungsphase	Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und erste Bestandsaufnahme	Bedürfnisermittlung	im persönlichen Gespräch mit Klienten und/oder Angehörigen/sozialen Leistungserbringer									
7	Klärungsphase	Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und erste Bestandsaufnahme	generelle Bestandsermittlung	bestehen auffällige Versorgungslücken/ Ressourcen ?									
8	Klärungsphase	Erstinformation zum Patientenbedarf	Einschreibung. Einverständniserklärung. Kostenträger	Darf der CM bereits Kontakt mit dem Klienten aufnehmen? Einwilligung des Patienten eingeholt?									
9	Klärungsphase	Erstinformation zum Patientenbedarf	Vollmachten	Gibt es einen gestzlichen Betreuer? Ist Patient selbstbestimmt?									
10	Klärungsphase	Erstinformation zum Patientenbedarf	Netzwerkanalysebogen / Netzwerkdiagramm	Bestehen bereits in der Versorgung aktive Leistungserbringer ?									
11	Klärungsphase	Erstinformation zum Patientenbedarf	Biographie										
12	Klärungsphase	Erstinformation zum Patientenbedarf	gesundheitliche-soziale Probleme. Sorgen. Bedarf/Bedürfnis ermitteln										
13	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	Formalitäten	Schweigepflichtentbindung. Datenschutzerklärung									
14	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	Regeln der Zusammenarbeit kommunizieren	Was sind die Aufgaben von OBERGBERG FAIRsorgt? - insbesondere Fallsteuerung. Hilfestellung									
15	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	Information / Flyer	Visitenkarten. CM-Flyer. Flyer von in Frage kommenden Leistungserbringern									
16	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	initialer Erfassungsbogen	erste Erfassung des Patientenzustandes (angelehnt an GeriNOT). Erfassen mit der Plattform									
17	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	Assessments	Erfassen mit Plattform									
18	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	Bewertung des Ist-Zustandes	Erfassen mit Plattform									
19	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	Bewertung der häuslichen Situation / Gefahrensichtung	Sichtung der Wohnung gemeinsam mit Klienten. Erfassen mit Plattform									
20	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	Vorhandene Hilfsmittel identifizieren	Erfassen mit Plattform									
21	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	Vertrauensbildung	Zeit mitbringen. ruhige Gesprächsathmosphäre									
22	Falleinschätzung	Erstbesuch: Eingangs-Assessment. Bewertung des Ist-Zustandes	bei Notwendigkeit Planung eines Zweitbesuches zur Durchführung Assessments	Erfassung weiterer Assessments notwendig? Dann zweiten Hausbesuch planen									
23	Zielvereinbarung (Planning)	Ziele formulieren	Definition von Fernzielen	übergeordnetes Ziel definieren. SMART-Methode anwenden									
24	Zielvereinbarung (Planning)	Ziele formulieren	Definition von Nahzielen	untergeordnete Teilziele definieren. SMART-Methode anwenden									
25	Zielvereinbarung (Planning)	Erstellung des Versorgungsplans	Rechtsgrundlagen. Hilfsdienstleistungskatalog. entsprechende QM-Mappe	Erfassen mit Plattform									
26	Umsetzung (Linking)	Kontrollierte Durchführung des erstellenten Versorgungsplans	Überleitungsplan anlegen	Notwendig. wenn eine Überleitung aus einer stationären Einrichtung geplant ist									
27	Umsetzung (Linking)	Kontrollierte Durchführung des erstellenten Versorgungsplans	Versorgungsplan anlegen	Erfassen mit Plattform									
28	Umsetzung (Linking)	Netzwerkaufbau	Spezifische Leistungen und Netzwerkpartner auswählen	Kontaktaufnahme mit allen zum Erreichen der vereinbarten Ziele notwendigen Leistungserbringer. Erfassen mit Plattform									
29	Umsetzung (Linking)	Netzwerkaufbau	Pläne mit Netzwerkpartnern besprechen und umsetzen										
30	Umsetzung (Linking)	Hilfsmittelbedarf	fehlende Hilfsmittel identifizieren	Erfassen mit Plattform									
31	Umsetzung (Linking)	Hilfsmittelbedarf	fehlende Hilfsmittel bestellen	Verordnungen einholen. Kontaktaufnahme mit Leistungserbringer									
32	Umsetzung (Linking)	Nachbearbeitung		Wurden alle notwendigen Leistungserbringer erreicht? Erfassung mit Plattform auf Vollstandigkeit überprüfen									
33	Monitoring	Überwachung der Unterstützung. Sicherung	Maßnahmen. Ziele und deren Wirkung werden überprüft	Verlaufsprotokoll (Doku auf Plattform unter Case&Care). entsprechende QM-Mappe									
34	Monitoring	Überwachung der Unterstützung. Sicherung	Akzeptanz des Klienten wird überprüft	Gespräch über Umsetzung des Versorgungsplans. Wurden bereits vereinbarte Nah-Ziele erreicht?									
35	Monitoring	Überwachung der Unterstützung. Sicherung	passive Unterstützung bei bestehendem Hilfebedarf	der Klient wird bei der weiteren Kommunikation mit bereits bestehenden Netzwerkpartnern passiv unterstützt									
36	Monitoring	Überwachung der Unterstützung. Sicherung	Kooperation des Versorgungsteams wird gefestigt	Rückfragen bei eingebundenen Leistungserbringern. Wurden bereits vereinbarte Nah-Ziele erreicht?									
37	Monitoring	Nachverfolgung und Fallsteuerung	Klären wo Probleme sind und wie Probleme zur Lösung kommen können	Hausbesuch oder per Ferngespräch									
38	Monitoring	Nachverfolgung und Fallsteuerung	evtl. Problem-Hilfeanpassung / Netzwerkanpassung	geplante Maßnahmen werden korrigiert und erneut eingesetzt									
39	Monitoring	Nachverfolgung und Fallsteuerung	Initialisierung Interdisziplinäres Fallkonsil	bei besonders zu behandelnden Themen mit Einbindung verschiederener Disziplinen. entsprechende QM-Mappe. Durchführung via Plattform									
40	Monitoring	Identifizierung von Mißständen in der Planung	Anpassung und/oder Wechsel des Versorgungsplans	Erfassen mit Plattform									
40	Evaluation des Versorgungsbedarfs	Soll-Ist-Überprüfung	Überprüfung. ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden	Re-Assessmentbogen. entsprechende QM-Mappe									
41	Evaluation des Versorgungsbedarfs	Soll-Ist-Überprüfung	Fallsteuerung mit Bewertung der durchgeführten Prozesse durch das Versorgungsteam	Haben die eingebunden Leistungserbringer die Leistungen zum erfolgreichen Erreichen des Ziels durchgeführt und sind weiter eingebunden?									
42	Evaluation des Versorgungsbedarfs	Soll-Ist-Überprüfung	Bei Erreichen des vereinbarten Ziels. wird die Versorgung beendet	Aufklärung für weiteren Verlauf - bei erneutem Bedarf erneute Kontaktaufnahme. Verabschieden									
43	Evaluation des Versorgungsbedarfs	Soll-Ist-Überprüfung	Versorgung beenden	Akte auf der Plattform schließen									
Ergebnis													

Case Management bei OBERBERG_FAIRsorgt

AUFGABE IST ES, EIN ZIELGERICHTETES SYSTEM VON ZUSAMMENARBEIT ZU ORGANISIEREN, ZU KONTROLLIEREN UND AUSZUWERTEN, DAS AM KONKRETEN UNTERSTÜTZUNGSBEDARF DER EINZELNEN PERSON AUSGERICHTET IST UND AN DEREN HERSTELLUNG DIE BETROFFENE PERSON KONKRET BETEILIGT WIRD“. (DGCC 2013)

CASE MANAGER

- informieren
- unterstützen
- ermutigen
- begleiten
- beraten
- vermitteln
- vernetzen
- koordinieren
- steuern
- überprüfen
- geben Orientierung

Probleme der Klientinnen:

- vielfältige Bedarfe
- Unübersichtlichkeit der Hilfe und Unterstützungsmöglichkeiten
- keine Orientierung, an wen er/sie sich wenden kann
- mangelndes Verständnis von Fachsprache
- eingeschränkte soziale Kontakte
- bisherige Lösungsversuche sind gescheitert
- (temporärer) Mangel an Ressourcen
- mangelnde Motivation bis hin zur Resignation

Lösungen für Klientinnen:

- Zielorientierung
- Lösungsorientierung
- Fokus auf Ressourcen: ausschöpfen, herausbilden und neu schaffen
- Einbindung sozialer Netzwerke
- integrierte Hilfeprozesse
- kontinuierliche Hilfeverläufe
- passgenaue Versorgung

Case Management verbindet das Klienten- mit dem Versorgungssystem

Es betrifft

- Leistungserbringer,
- Institutionen,
- Kostenträger und
- Netzwerke

bei

- Problemen,
- Notlagen,
- Belastungen mit Krankheiten und
- Behinderungen.

➔ Case Management ermutigt durch Empowerment.
➔ Ziel ist eine optimierte Versorgung und Einsparung von Zeit und Geld durch optimale Koordinierung.

Vorlage für Prozess-Beschreibung:

CM-Phase	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	
Wo? (Ort)	
Wer? (Beteiligte)	
Was? (Prozessschritte)	
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	

Übersicht des Versorgungsteams

- bestehend aus einzelnen Vertretern oder Leistungserbringern aus nachfolgend aufgelisteten Kerngruppen:
    - CaseManager OBERBERG_FAIRsorgt
    - Patient
    - Angehörige
    - soziale Leistungserbringer
        - Betreuer / Bevollmächtigter
        - Nachbarn
        - Freunde / Vertraute
        - Hauswirtschaft
        - „Essen auf Rädern“
    - medizinische Leistungserbringer
        - Hausarzt
        - Facharzt
        - Ergotherapie
        - Physiotherapie
        - Ernährungsberatung
        - Psychotherapie
        - Podologie
    - pflegerische Leistungserbringer
        - stationär
        - ambulant
    - weitere Case Management Strukturen
        - Entlassmanagement
        - Sozialdienst
        - PSB (Pflege und Seniorenberatung)
        - öffentliche (kommunale) Anlaufstellen

Diskussion Re-Assessment

- Wollen wir überhaupt ein Re-Assessment?
- Bei wem könnte ein Re-Assessment erfolgen?
    - Änderung des klinischen Zustandes
    - zur Reevaluation bei nicht-erreichen des Fern-Ziels
- Welche Assessments sollen hier vorgeschlagen werden?
    - alle, die initial auch durchgeführt worden sind, um die initiale Einschätzung und das Ergebnis objektiv nach Erreichen der definierten Ziele zu reevaluieren
        - oder
    - individuell

Zukünftige Kriterien

- welche Vorrausetzungen zur Aufnahme ins CaseManagement OBERBERG_FAIRsorgt definieren wir für die Zukunft
- der Bedarf sollte das Einschlusskriterium sein, nicht die Diagnose
- defizitäre Versorgungslage (altersunabhägig ?; z.B. 55+, Kritik Gruppe 30-60 fällt durchs Versorgungsraster – also ab 18 Lbsj.)
    - im Projekt hieß das z.B. → AOK Rh/HH, 65+, OBK, Pflegegrad oder chr. Erkrankung
- Rechtsgrundlagen & entsprechend notwendige Formulare

Ergänzendes Thema

- PREMS und PROMS
    - Qualitätsmanagement über die Erfassung auf der Plattform überprüfen (z.B. via Ampel-System (grün/blau/gelb) wie bei dem Versorgungsplan)
    - auch für (Nah-und Fern-)Ziele, Leistungserbringer

Reflexionen zum Aufbau von Netzwerken

- Welche Ziele verfolgen wir als Institution?
- Welches sind unsere Stärken in Bezug auf die Aufgabenstellung?
- Welches sind unsere Schwächen in Bezug auf die Aufgabenstellung?
- Welche potentiellen Kooperationspartner sind vorhanden?
- Wie sind deren Leistungen zu bewerten: quantitativ – qualitativ?
- Wie können geeignete Partner, Organisationen und Persönlichkeiten für eine Zusammenarbeit gewonnen werden?
- Welche gemeinsamen Ziele können vereinbart werden?
- Wie kann die Zusammenarbeit organisiert werden?
- Welche Strukturen sind vorhanden? Welche müssen erarbeitet werden?
- Wie hoch soll der Grad der Intensität der Kooperation sein?
- Lose Zusammenarbeit oder vertragliche Bindung?
- Welche Form der gemeinsamen Außendarstellung wählen wir?
- Wie bearbeiten wir gemeinsame Ziele?
- Bieten wir gemeinsame Veranstaltungen an?
- Auf welche Weise stellen wir eine ständige prozessbegleitende Evaluation sicher?

6 Phasen des Case-Managements OBERBERG FAIRsorgt

1) Klärungsphase (Intake):
   a) Auswahl des Klienten & Outreach
   b) Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und Bestandsaufnahme
   c) Erstinformation zum Klientenbedarf
      (z.B. durch HA, Entlassmanagement, Pflegeberatung, Angehörige, KK)

2) Falleinschätzung (Assessment):
   Erstbesuch mit Eingangsassessment und Bewertung des Ist-Zustandes

3) Zielvereinbarung (Planning):
   Erstellung des Versorgungsplans, Ziele formulieren

4) Umsetzung (Linking):
   (kontrollierte) Durchführung und Netzwerkaufbau Nachbearbeitung

5) Monitoring:
   a) Überwachung der Unterstützung, Sicherung
   b) Nachverfolgung und Fallsteuerung

6) Evaluation des Versorgungsbedarfs (Soll-Ist-Überprüfung):
   Prüfung der Unterstützung, Fallsteuerung mit Bewertung der durchgeführten Prozesse durch das Versorgungs-Team Prüfung der Unterstützung, Fallsteuerung

1) Klärungsphase (Intake)

1a) Auswahl des Klienten & Outreach

CM-Phase	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Bei Kontaktaufnahme durch Klienten, Angehörigen, Pflegeberater, KH, Ärzte, Pflegedienst, Pastor, Schule, Sozialarbeiter, etc.
Wo? (Ort)	- IVZ, Praxis, KH, etc.
Wer? (Beteiligte)	- Offen für alle Menschen, die Hilfe benötigen und/oder die zuvor festgelegten Kriterien erfüllen. - Ansprache an CM durch Haus-/Fachärzte, Pflegedienste, Soziale Einrichtungen, Krankenhaus, etc.
Was? (Prozessschritte)	- Notwendigkeit des CM feststellen, Kriterien/Indikation (aus gesundheitlicher /sozialer Sicht)
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform

1b) Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und Bestandsaufnahme

Klärung:
Kann der Klient aufgenommen werden oder wird er abgelehnt, da die Kriterien nicht erfüllt werden und er kein Fall für unsere Begleitung ist? Dann soll der Klient an entsprechende Stellen weitervermitteln werden.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- wenn Klient, Arzt, Berater, Angehörige, Pflege, etc. Kontakt mit uns aufnehmen und die festgelegten Kriterien erfüllt sind.
Wo? (Ort)	- falls stationär, im Krankenhaus - Büro, IVZ (integriertes Versorgungszentrum) - Arztpraxis
Wer? (Beteiligte)	- Case Manager & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Kurzanamnese - vorhandenes Patienten-Netzwerk (ermitteln) - Bedarfsermittlung - Bedürfnisermittlung - Generelle Bestandsermittlung
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform

1c) Erstinformation zum Patientenbedarf

In Krisensituationen erfolge unmittelbare Hilfe.
Tatsächliche Bedarfe und Bedürfnisse werden ermittelt und geprüft, nichts wird vorausgesetzt.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Vor dem geplanten Hausbesuch, nach der Informationssammlung
Wo? (Ort)	- Büro, IVZ, ggf. Praxis
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Einschreibung, Einverständniserklärung, Kostenträger - Schweigepflichtentbindung - Datenschutzerklärung - Vollmachten - Informationen / Flyer - Biographie - Gesundheitliche-soziale Probleme, Sorgen, Bedarf/Bedürfnis ermitteln
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Bestandsaufnahme mit erster Ressourcenermittlung, Neugier am Klienten und seiner Situation zeigen und Neugier an möglichen neuen Wegen wecken
- Gehört „der Fall“ in die Verantwortlichkeit eines Case Management-Prozesses?
- Sind eine multiple Problemlage und mehrere Akteure vorhanden?
- Handelt es sich hier um eine Problematik, die bei der jeweiligen Institution richtig bearbeitet/behandelt werden kann?
- Aufklärung des Klienten: Was ist Case Management? Wozu wird es eingesetzt?
- Was hat der Klient zu erwarten? Was geschieht, wenn er sich passiv oder aktiv verhält?
- Wie kann die Beziehung zum Klienten tragfähig und vertrauensvoll aufgebaut werden
- Termin vor Ort vereinbaren in naher Zukunft bei Krisen sofort.

2) Falleinschätzung: Erstbesuch: Eingangs-Assessment, Bewertung des Ist-Zustandes

Es erfolgt eine Problem- und Ressourcenanalyse mit fachlicher Einschätzung, Selbsteinschätzung des Klienten sowie der Einschätzung der am Fall Beteiligten.
Es werden Prognosen ermittelt.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Erstbesuch Dauer des Gesprächs ca. 1,5 Stunden - Ziel: ab Kontaktaufnahme innerhalb von zwei Wochen - bei akuten Bedarf mit Vorrang (z.B. nach KH-Entlassung, Unterversorgung)
Wo? (Ort)	- Beim Klienten zu Hause, Büro, IVZ, Arztpraxis, bei Angehörigen, KH, Pflegeheim
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? Welche? (Prozessschritte)	- Formalitäten: Einschreibung, Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung mit Datenschutz, Vollmachten einholen, Kostenträger ermitteln - Regeln der Zusammenarbeit kommunizieren - Ressourcen- und Netzwerkermittlung - Bedarf und Bedürfnisse erfragen
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Vorstellen des Klienten (Biographie / Pflegeanamnese), Problemermittlung - initialer Erfassungsbogen - persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - RR- Gerät, Waage, Dienstausweis

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Wie kommt der Klient in seinem Leben zurecht?
- Wo liegen Probleme und in welchem Bedingungsrahmen treten sie auf?
- Welche Art von Unterstützung benötigt der Klient (erste Einschätzung)?
- Was hat ihn bisher gehindert, diese aus eigener Kraft zu nutzen?
- Welches sind seine Stärken und Ressourcen?
- Welche Fähigkeiten zur Selbsthilfe hat er?
- Wie ist sein soziales Netzwerk organisiert?

3) Zielvereinbarung (Planning): Erstellung des Versorgungsplans, Ziele formulieren

Die Zielformulierung ist die Grundlage für die Auswahl und Planung der Hilfen und Hilfsdienstleistungen. Es werden Ziele der Hilfestellung und die Ermittlung des Hilfebedarfs ermittelt sowie ein Entwurf möglicher geeigneter und notwendiger Hilfen erstellt.
Die Dokumentation sollte subjektiv, aus dem Bedarf des Klienten und objektiv aus der Sicht des CM sein.

CM	Prozesse
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Abhängig je nach Fall, jedoch innerhalb der ersten 6 Wochen
Wo? (Ort)	- beim Klienten, im Büro
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Definition von Nah- und Fernzielen (Prioritäten)
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Ziele setzten, möglichst gemeinsam nach der SMART Methode S - spezifisch M - messbar A - attraktiv/akzeptabel R - realistisch T - terminiert
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - Hilfsdienstleistungskatalog - Datenschutz, Vollmachten

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Welche Veränderungen werden angestrebt – aus der Sicht des Klienten, des Case Managers und sonstiger beteiligter Personen?
- Welche Ziele lassen sich daraus ableiten?
- Sind diese Ziele spezifisch, realisierbar, akzeptabel, terminiert?
- Welche Maßnahmen lassen sich aus den Zielen ableiten?

4) Umsetzung (Linking):

Spezifische Hilfen und Netzwerkpartner werden ausgewählt und festgelegt.
Ein Überleitungs- und Versorgungsplan wird angelegt, mit allen Netzwerkpartner besprochen und umgesetzt.
Es erfolgt die (kontrollierte) Durchführung des erstellten Versorgungsplans mit Netzwerkaufbau und Nachbearbeitung.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Zeitraum: nach dem Klientenbesuch – Bis alle Hilfen / Dienstleistungen vermittelt/erreicht werden
Wo? (Ort)	- telefonisch, per Email, per SMS, evtl. Besuch vor Ort
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Anrufen Probleme schildern, Lösungen vereinbaren, Termine/Ziele vereinbaren Klären wer wofür zuständig ist - Datenschutz klären, Ziele klären, Termine setzten
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - Versorgungsplan, ärztliche Verordnungen

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Wie können die erforderlichen Maßnahmen umgesetzt werden?
- Wer setzt sie um?
- Bis wann werden sie umgesetzt sein?
- Sind die beteiligten Institutionen/Personen in der Lage bzw. qualifiziert, die Aufgaben zu bewältigen?
- Wie ist die Qualität der beteiligten Institutionen gekennzeichnet – strukturell, prozessbezogen?
- Sind genügend Kapazitäten vorhanden?
- Welche Aufgaben übernimmt die Case Managerin?
- In welchen Bereichen muss sie steuernd eingreifen?
- In welchen Bereichen agiert der Klient autonom?
- Sind alle notwenigen Schritte der Fallsteuerung implementiert?

5) Monitoring:

Geplante Maßnahmen werden vernetzt und eingesetzt.
Maßnahmen, Ziele und deren Wirkung sowie die Akzeptanz des Klienten werden überprüft.
Kooperation des Versorgungs-Teams wird gefestigt.

5a) Überwachung der Unterstützung, Sicherung

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Regelmäßige Kontrolle bei Bedarf aber mind. alle 3 Monate bei noch nicht abgeschlossenem Fall
Wo? (Ort)	- Telefon evtl. vor Ort Besuche
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Fragen zum aktuellen Verlauf und Befinden - evtl. Problem- Hilfeanpassung/Netzwerkanpassung - passive Unterstützung bei bestehendem Hilfebedarf
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - Verlaufsprotokoll (Doku auf Plattform unter Case&Care)

5b) Nachverfolgung und Fallsteuerung

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Wenn Probleme mit dem Netzwerk vorhanden sind - Bei akutem Hilfebedarf und Veränderungen
Wo? (Ort)	- vor Ort, telefonisch
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Klären wo Probleme sind wie Probleme zur Lösung kommen können; was wird hierfür benötigt? - Initialisierung Interdisziplinäres Fallkonsil - Anpassung und/oder Wechsel des Versorgungsplans
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Welche Veränderungen haben sich während des Case Management-Prozesses ergeben?
- Welche Teilziele sind bereits erreicht worden?
- Woran ist die Erreichung dieser Ziele zu erkennen?
- Warum wurden Ziele nicht erreicht?
- Muss eventuell ein Re-Assessment organisiert werden?
- Wie wird die Umsetzung überprüft?

6) Evaluation des Versorgungsbedarfs (Soll-Ist-Überprüfung):

Prüfung der Unterstützung, Fallsteuerung mit Bewertung der durchgeführten Prozesse durch das Versorgungs-Team.
Die Versorgung wird bei Erreichen des vereinbarten Ziels beendet.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Abschlussgespräch, wenn die vereinbarten Ziele erreicht sind
Wo? (Ort)	- Telefonisch, Hausbesuch
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Überprüfung, ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Abschließendes Gespräch
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - Diskussion: Re-Assessment - Visitenkarten, Flyer - Aufklärung: erneute Kontaktaufnahme durch Klienten bei erneutem Bedarf

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Welche Veränderungen sind bis zum Abschluss des Case Management-Prozesses eingetreten?
- Mit welchem Erfolg?
- Ist eine Nachbetreuung erforderlich?
- Wie effektiv waren die Maßnahmen?
- Wie effizient war der Einsatz der Mittel und Methoden?
- Gibt es präventiv unterstützende Maßnahmen, die den erreichten Gesundheitszustand erhalten?

Initialer Hausbesuch

und

Assessments

OBERBERG_FAIRsorgt

OBERBERG_FAIRsorgt

Inhalt

Checkliste für den initialen Hausbesuch 1
Stammdaten 1
Initialer Erfassungsbogen (angelehnt an GeriNOT) 2
Planung Care oder Case-Fälle 3
Planung Informationsfall 3
Ergänzungen zum Initialen Erfassungsbogen 4
Diagnosen ggf. mit ICD-10-Schlüssel 4
Medikation (OTC, Eigenmedikation, verordnete Med.) 4
Allergien 4
Zuzahlungspflicht 5
Bereitstellung bekannter Informationen zum Unterstützungsbedarf des Klienten 5
Sozialanamnese 6
Umgebungsfaktoren 7
Sturzprophylaxe 7
Mobilität 8
Ressourcen (Fähigkeiten) 8
Wünsche (Bedürfnisse) 9
Hilfebedarf 9
Ziele (Nah- und Fernziele) 9
Auswählbare Assessment Instrumente 10
Übersicht ausgewählter Assessment-Instrumente OBERBERG_FAIRsorgt 10
Timed "Up & Go"-Test 11
Chair-Rising-Test 12
Norton-Skala 13
DemTect 14
Uhr-Ergänzungs-Test (nach Shulman) 18
Moca-Test 19
Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) – Pflegeanamnese nach Juchli 20
ISAR 25
Barthel-Index 27
Mini-Nutritional-Assessment (MNA) 29
Fatigue Assessment Scale 30
Geriatrische Depressions-Skala 32
Visuelle Schmerzskala 33
Numerische Schmerzskala 33
Deutscher Herzinsuffizienz-Test (DeHiT) 34

Checkliste für den initialen Hausbesuch

Sind alle Formulare unterschrieben?

- ◯ nein
- ◯ ja

Von wem wurde Klient aufgeklärt/eingeschrieben?

- ◯ Care & Case-Management OBERBERG_FAIRsorgt
- ◯ Hausarzt
- ◯ Facharzt
- ◯ Pflegedienst
- ◯ Krankenkasse
- ◯ oder andere? (Entlassmanagement, MD, SPB…)

Stammdaten

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Ort:	
Geb.-Datum:	
KV-Nummer:	

E-Mail-Adresse / Telefonnummer von Patient?

Email:	
Festnetz/mobil:	

E-Mail-Adresse / Telefonnummer von Angehörigen?

Email:	
Festnetz/mobil:	

OBERBERG_FAIRsorgt App installiert?

- ◯ nein
- ◯ ja

Initialer Erfassungsbogen (angelehnt an GeriNOT)

		Hilfebedarf		Hilfebedarf	Auswahl erforderlicher Assessment
Mobilität	mobil / gehfähig	○ nein	○ Mobilitäts- Bewegungseinschränkung ○ mobil mit Unterstützung (Hilfsmittel/andere Personen) ○ Bettlägerigkeit	• ja	• Chair-Rising-Test (8) • Timed Up & Go-Test (5) • Norton-Scala (3) • DeHiT (Herzinsuffizienz-Test)
Kognition	orientiert	○ nein	○ in einigen Bereichen manchmal desorientiert ○ in einigen Bereichen immer desorientiert ○ in allen Bereichen manchmal desorientiert ○ in allen Bereich immer desorientiert ○ verwirrt	• ja	• DemTect (30) • Uhr-Ergänzungs-Test (15) • Moca-Test (30) • Fatigue Assessment Scale (10) • GDS (geriatric depression scale) (15)
Allgemeine Alltagskompetenz	in Partnerschaft / in Familie lebend keine Abhängigkeiten	○ nein	○ allein lebend (mit/ohne Unterstützung) ○ Pflegestufe / Pflegegrad • stationäre Pflege • ambulante Pflege • Pflegegeld bei häuslicher Pflege ○ abhängig bei: • Nahrungszubereitung • Nahrungsaufnahme • Körperpflege • Toilettengang • Medikamenteneinnahme • Lebensmitteleinkäufen	• ja	• Umgebungsfaktoren (15) • ATL's (15) • ISAR (2) • Barthel (3) • DeHiT (Herzinsuffizienz-Test) • MNA (15)
Stimmung / Verhalten	angemessen / adäquat	○ nein	○ unkonzentriert/ruhelos/abschweifend ○ körperlich unruhig/erregt/agitiert ○ adere Verhaltensmuster (bspw. Teilnahmslosigkeit)	• ja	• Fatigue Assessment Scale (10) • GDS (geriatric depression scale) (15) • DemTect (30) • Uhrentest (15) • Moca-Test (30)
Sehstörung / Schwerhörigkeit	kann mit oder ohne Hilfsmittel gut sehen und hören	○ nein	○ Seh- oder Hörbeeinträchtigung ○ Seh- und Hörbeeinträchtigung	• ja	• ATL's (an dieser Stelle 2)
Medikation	bis 5 Medikamente	○ nein	○ mehr als 5 Medikamente, Vergleich zum aktuellen Medikationsplan ○ was befindet sich alles in der Schublade …	• ja	• Medikationscheck (20)
Krankenhausaufenthalte (innerhalb des letzten Quartals)	keine Aufenthalte	○ nein	○ Krankenhausaufenthalt(e) notwendig ○ notwendiger Besuch der Notfallaufnahme ○ (auch ohne erfolgte stat. Aufnahme)	• ja	• aktuelle Befunde (15) • Fallakte füllen (Nachbereitung)
Schmerzen	keine akuten oder chronischen Schmerzen	○ nein	○ akute Schmerzen ○ chronische Schmerzen	• ja	• Schmerzscala – visuell/numer. (5) • Medikation vorhanden? (2)

Die Kümmerer-Funktion des FM endet dort, wo die Zuständigkeit eines anderen beginnt.

Planung Care oder Case-Fälle

1. Besuch: Kontaktaufnahme, Gesamteindruck (ca. 90 Min)

- Vertrauen aufbauen ohne Zeitdruck
- wenn Zeit übrig ist, lieber schon ein Assessment vorziehen
- Besprechen eines Fernzieles
- ggf. auch Angehörige anwesend bzw. einbinden

2. Besuch: Assessements: (ca. 60-90 Min)

- Auswahl der Assessments nach initialem Assessmentbogen
- Setzen von Nahzielen, um das vereinbarte Fernziel zu erreichen

3. Nachbearbeitung: (individuelle Care- und Case-Fälle)

- Bearbeitung der Nah- und Fernziele mit allen an der Versorgung Beteiligten Leistungserbringern (z.B. HA, medizinische Dienstleister, etc.)
- Organisation, Absprachen, Telefonate in unbestimmter Anzahl und unbestimmbaren Zeitraum

4. Nachverfolgung / Evaluation: (individuelle Care- und Case-Fälle)

- Überprüfung, ob die in die Wege geleiteten Maßnahmen funktionieren
- werden die Nah- und Fernziele mit dem Versorgungsplan erreicht
- ggf. Anpassung der Leistungen bzw. des Versorgungsplans notwendig

5. Ende der Versorgung bei Erreichen des vereinbarten Ziels

Planung Informationsfall

1. Besuch / Telefonat: (15-30 Min)

- Kontaktaufnahme, Gesamteindruck und Informationsfluss
- ggf. sogar nur telefonischer beratender Kontakt
- ggf. nach vorherige Absprache Besuch in der Häuslichkeit

Ergänzungen zum Initialen Erfassungsbogen

Diagnosen ggf. mit ICD-10-Schlüssel

Diagnose	ICD-10

Medikation (OTC, Eigenmedikation, verordnete Med.)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	Bei Bedarf

Allergien

◯ nein
◯ ja, welche?

Zuzahlungspflicht

- ◯ nein (befreit)
- ◯ ja

Bereitstellung bekannter Informationen zum Unterstützungsbedarf des Klienten

Liegt eine gesicherte Einstufung des Pflegegrades vor?

- ◯ nein
- ◯ nein, Antrag auf Einstufung des Pflegegrades erstellt
- ◯ ja, seit wann:

Vorliegenden Pflegegrad eingeben:

- ◯ Pflegegrad 1
- ◯ Pflegegrad 2
- ◯ Pflegegrad 3
- ◯ Pflegegrad 4
- ◯ Pflegegrad 5

Haben Pflegeberatungsbesuche stattgefunden (nach §37 Abs.3 SGB XI)?

- ◯ nein (befreit)
- ◯ ja

Gibt es einen Pflegedienst?

Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	

Andere Dienstleister? (Mahlzeiten, med. Fußpflege, Hauswirtschaft, Physio/Ergo, etc.)

Hilfsmittel vorhanden?

Vom Care und Case-Management empfohlene Hilfsmittel?

Sozialanamnese

- ◯ alleinstehend
- ◯ Ehe-Partner*in
- ◯ Freunde
- ◯ Nachbarn

Angaben zur Kontaktperson

Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	

Haben Sie Angehörige/Freunde, mit denen Sie einen regelmäßigen Kontakt pflegen?

- ◯ nein
- ◯ ja, wohnen NICHT in der Nähe
- ◯ ja wohnen in der Nähe

Haben Sie Hobbies und Interessen, denen Sie nachgehen?

- ◯ nein
- ◯ ja

Sind Sie ehrenamtlich tätig oder Mitglied in einem Verein?

- ◯ nein
- ◯ ja

Umgebungsfaktoren

Sind Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen geplant?
(z.B. Badumbau, Pflegezimmer, Rampe, Treppenlift, Türverbreiterung, etc.)

- ◯ nein
- ◯ ja, welche?

Sturzprophylaxe

Sind Sie innerhalb Ihrer Häuslichkeit uneingeschränkt mobil?

- ◯ nein
- ◯ ja

Sind Sie in den letzten sechs Monaten gestürzt?

- ◯ nein
- ◯ ja

Haben Sie Angst zu stürzen?

- ◯ nein
- ◯ ja

Haben Sie Gleichgewichtsstörungen?

- ◯ nein
- ◯ ja

Tragen Sie geeignetes Schuhwerk für einen sicheren Gang?

- ◯ nein
- ◯ ja

Gibt es Haustiere in der Wohnung?

- ◯ nein
- ◯ ja, welche?

Gibt es in der Wohnung Treppen?

- ◯ nein
- ◯ ja, OHNE Treppengeländer
- ◯ ja, MIT Treppengeländer

Gibt es in der Wohnung verschiedene Hindernisse (z.B. Teppiche)?

- ◯ nein
- ◯ ja

Gibt es Haltemöglichkeiten, um einen sicheren Gang zu unterstützen?

innerhalb der Wohnung

- ◯ nein
- ◯ ja

außerhalb der Wohnung

- ◯ nein
- ◯ ja

Gibt es außerhalb der Wohnung unebene Wege/Stolperfallen?

- ◯ nein
- ◯ ja

Mobilität

Haben Sie die Möglichkeit, mit dem Auto Einkäufe usw. zu erledigen?

- ◯ nein
- ◯ ja

Können Sie den OPNV nutzen?

- ◯ nein
- ◯ ja

Haben Sie Interessen an der Nutzung von Begleit- und Fahrdiensten?

- ◯ nein
- ◯ ja

Ressourcen (Fähigkeiten)

Welche Ressourcen hat der Klient zur Verfügung?

- ◯ soziale Ressourcen (gutes Netzwerk, Beziehungen, Angehörige)
- ◯ Hilfsmittel
- ◯ personale Ressourcen (eigene Motivation, Fähigkeiten)
- ◯ materielle Ressourcen (finanzielle Mittel)
- ◯ körperliche Ressourcen (Gesundheitszustand)

Wünsche (Bedürfnisse)

Welche Wünsche und Bedürfnisse hat der Klient?

Hilfebedarf

Ist Hilfebedarf indiziert?

◯ nein
◯ ja, welche?

Ist administrative Unterstützung indiziert (Hilfe bei Formularen, Anträgen, etc.)?

◯ nein
◯ ja, welche?

Ziele (Nah- und Fernziele)

	Nahziele	Fernziele
S		
M		
A		
R		
T		

S – Spezifisch, M – Messbar, A – Akzeptiert, R – Realistisch, T-Terminiert

Auswählbare Assessment Instrumente

Übersicht ausgewählter Assessment-Instrumente OBERBERG_FAIRsorgt

- Mobilität
  - Timed Up&Go-Test (Beurteilung der Gangsicherheit)
  - Chair-Rising-Test (Beurteilung der körperl. Leistungsfähigkeit)
  - Norton-Skala (Beurteilung eines Dekubitus-Risiko)
- Kognition
  - DemTect
  - Uhr-Ergänzungs-Test (nach Shulman)
  - Montreal Cognitive Test (Moca-Test)
- Allgemeine Alltagskompetenz
  - Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs)
  - ISAR (Beurteilung Hospitalisationsgefährdung)
  - Barthel-Index (Beurteilung von Alltagsfähigkeiten)
  - Mini-Nutritional-Test (MNA) (Beurteilung einer Mangelernährung)
- Stimmung/Verhalten
  - Fatigue Assessment Scale (Beurteilung von Erschöpfungszuständen)
  - Geriatrische Depressionsskala (Detektion einer Depression)
- Schmerz
  - Visuelle Schmerz-Skala
  - Numerische Schmerz-Skala
- Sonstiges
  - Deutscher Herzinsuffizienz-Test (Selbsttest zur Herzschwäche)

Timed "Up & Go"-Test

Zeitmessender Test zum Aufstehen und Gehen.

1. Mobilität

1.1. Ist eine Durchführung des Tests möglich?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

1.2. Wieviele Sekunden hat der Patient gebraucht?

[ ]

(Nur Zahlen von 5 bis 120 erlaubt.)

1.3. Hat der Patient eine Gehhilfe benutzt?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

1.4. Welche Gehhilfe wurde benutzt?

- ◯ Unterarmgehstützen mit anatomischem Handgriff
- ◯ Gehstöcke mit anatomischem Handgriff
- ◯ Achselstützen
- ◯ Mehrfußgehhilfen
- ◯ Gehgestelle
- ◯ Rollator
- ◯ Sonstige

[ ]

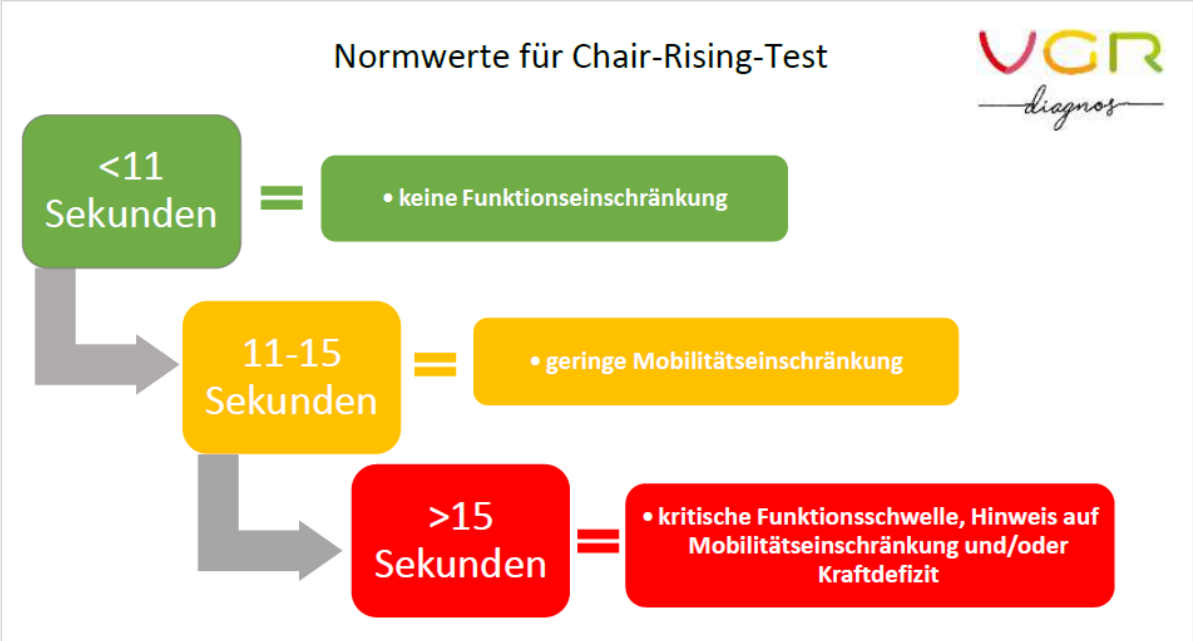
Chair-Rising-Test

Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

Durchführung:

5maliges Aufsitzen mit vor dem Oberkörper gekreuzten Armen ohne sich an der Stuhllehne beim Aufstehen abzudrücken

Stuhl steht frei im Raum



Norton-Skala

Zur Einschätzung eines Dekubitus-Risiko

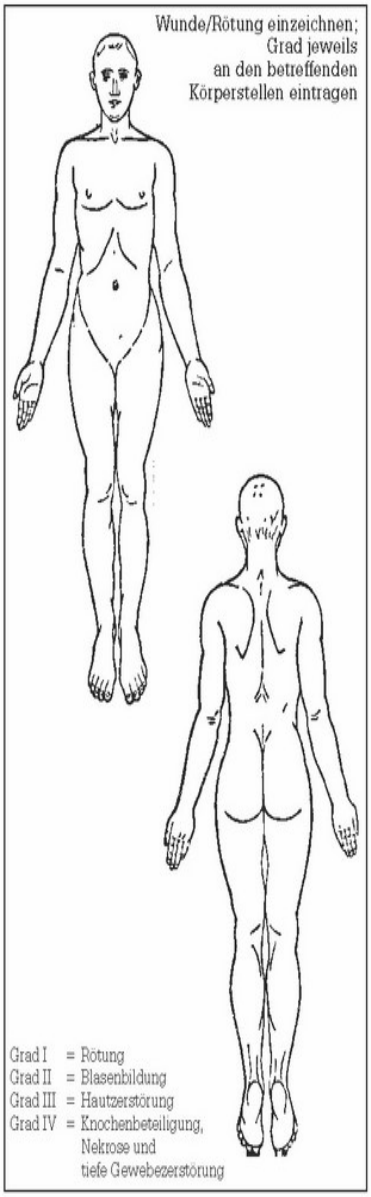
Überarbeitete Norton-Skala

Motivation/ Bereitschaft zur Kooperation		Alter		Hautzustand		Zusatz-erkrankung		Körperlicher Zustand		Geistiger Zustand		Aktivität		Beweglichkeit		Inkontinenz			
voll	4	< 10 J	4	normal	4	keine	4	gut	4	klar	4	geht ohne Hilfe	4	voll	4	keine	4		
wenig	3	< 30 J	3	schuppig trocken	3	Fieber Diabetes Anämie	3	leidlich	3	apathisch teilnahmslos	3	geht mit Hilfe	3	kaum eingeschränkt	3	manchmal	3		
teilweise	2	< 60 J	2	feucht	2	MS, Ca Kachexie Adipositas	2	schlecht	2	verwirrt	2	rollstuhl-bedürftig	2	sehr eingeschränkt	2	meistens Urin	2		
Datum / Uhrzeit	keine	1	> 60 J	1	Allergien Risse	1	Arterielle Verschluss-krankheit	1	sehr schlecht	1	stuporös (stumpfsinnig)	1	bettlägerig	1	voll eingeschränkt	2	Urin und Stuhl	1	Gesamt	HZ

Norton-Risiko: >25: gering, 20–25: mittel, 15–19: mittel–hoch, 9–14: hoch

Punkte für die Bewertung der darunter liegenden Spalte	1	2	3	4	Datum			
Sensorisches Empfindungs-vermögen Fähigkeit adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	Komplett immobil - keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli, mögliche Gründe: Bewegungsunfähigkeit, Sedierung oder - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil der Körpers betreffen (z.B. hohe Querschnitt)	Stark eingeschränkt - eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize - Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) oder - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist	Leicht eingeschränkt - Reaktion auf Ansprache oder Kommando - Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass Position geändert werden soll) oder - Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind	Vollständig - Reaktion auf Ansprache oder Kommando - keine Beschwerden bezüglich des Schmerzempfindens - keine Störung der Schmerzempfindung	Punkte der jeweiligen Zeile			
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	Ständig feucht - die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot - immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen	Oft feucht - die Haut ist oft feucht, aber nicht immer - Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	Manchmal feucht - die Haut ist manchmal feucht, und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	Selten feucht - die Haut ist meist trocken - neue Wäsche wird selten benötigt				
Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität	Bettlägerig - ans Bett gebunden	Sitzt auf - kann mit Hilfe etwas laufen - kann das eigene Gewicht nicht allein tragen - braucht Hilfe, um aufzurichten (Bett, Stuhl, Rollstuhl)	Geht wenig - geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen - braucht für längere Strecken Hilfe - verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl	Geht regelmäßig - geht regelmäßig 2–3 mal pro Schicht - bewegt sich regelmäßig				
Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	Komplett immobil - kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe vornehmen	Mobilität stark eingeschränkt - bewegt sich manchmal geringfügig (Körper und Extremitäten) - kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern	Mobilität gering eingeschränkt - macht regelmäßig kleine Positionswechsel der Körper und der Extremitäten	Mobil - kann allein seine Position unbesorgt verändern				
Ernährung Ernährungsgewohnheiten	Sehr schlechte Ernährung - isst keine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3 - isst nur 2 oder weniger Eiweißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch) - trinkt zu wenig - nimmt keine Ergänzungskost zu sich oder - darf oral keine Kost zu sich nehmen oder - nur klare Flüssigkeiten - erhält Ernährungs-Infusion länger als 5 Tage	Mäßige Ernährung - isst selten eine normale Essensportion auf, isst aber im allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung - isst etwa 3 Eiweißportionen - nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich oder - erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen	Adäquate Ernährung - isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen - nimmt etwa 4 Eiweißportionen täglich zu sich - verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich oder - kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen	Gute Ernährung - isst immer die angebotenen Mahlzeiten auf - nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich - isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten - braucht keine Ergänzungskost				
Reibung und Scherkräfte	Problem - braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel - anheben ist ohne Schürfen über die Laken nicht möglich - rutscht im Bett oder im (Roll-) Stuhl ständig herunter, muss immer wieder hochgezogen werden - hat spastische Kontraktionen oder - ist sehr unruhig (scheuert auf den Laken)	Potentielles Problem - bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe - beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) - kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) - rutscht nur selten herunter	Kein Problem zur Zeit - bewegt sich in Bett und Stuhl allein - hat genügend Kraft, sich anzuheben - kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen		Gesamtpunkte der jeweiligen Spalte			

Braden: Niedriges Risiko: 16–15 Punkte, mittleres Risiko: 14–12 Punkte, hohes Risiko: 11–9 Punkte, sehr hohes Risiko: < 9 Punkte



DemTect

DemTect (Demenz-Detektion) ist ein Testverfahren auf Demenz-Erkrankungen

1. Wortliste

1.1. Lesen Sie die Begriffe vor und lassen Sie den Probanden die Begriffe wiedergeben
Lesen Sie die Begriffe vor und markieren Sie die korrekt wiedergegebenen Begriffe

Teller	Hund
Lampe	Brief
Apfel	Hose
Tisch	Wiese
Glas	Baum

1.2. Wiederholung: Lesen Sie die Begriffe vor und lassen Sie den Probanden die Begriffe wiedergeben
Lesen Sie die Begriffe vor und markieren Sie die korrekt wiedergegebenen Begriffe

Teller	Hund
Lampe	Brief
Apfel	Hose
Tisch	Wiese
Glas	Baum

2. Zahlen umwandeln

2.1.
209
Lassen Sie den Probanden die Zahlen schriftlich umwandeln. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.
Beispiel 5 -> fünf; drei -> 3

- ◯ korrekt
- ◯ falsch

2.2.
4054
Lassen Sie den Probanden die Zahlen schriftlich umwandeln. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.
Beispiel 5 -> fünf; drei -> 3

- ◯ korrekt
- ◯ falsch

2.3.
sechshunderteinundachtzig
Lassen Sie den Probanden die Zahlen schriftlich umwandeln. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.
Beispiel 5 -> fünf; drei -> 3

◯ korrekt
◯ falsch

2.4.
zweitausendsiebenundzwanzig
Lassen Sie den Probanden die Zahlen schriftlich umwandeln. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.
Beispiel 5 -> fünf; drei -> 3

◯ korrekt
◯ falsch

3. Supermarktaufgabe
Der Proband soll in 1 Minute möglichst viele Dinge nennen, die es im Supermarkt zu kaufen gibt
Geben Sie die Anzahl der korrekt genannten Begriffe an. Maximum ist 30.

(Nur Zahlen von 0 bis 30 erlaubt.)

4. Zahlenfolge rückwärts

4.1.
7-2
1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

◯ korrekt
◯ falsch

4.2.
4-7-9
1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

◯ korrekt
◯ falsch

4.3.
5-4-9-6
1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

◯ korrekt
◯ falsch

4.4.
2-7-5-3-6
1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- ◯ korrekt
- ◯ falsch

4.5.
8-1-3-5-4-2
1. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- ◯ korrekt
- ◯ falsch

4.6.
8-6
2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- ◯ korrekt
- ◯ falsch

4.7.
3-1-5
2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- ◯ korrekt
- ◯ falsch

4.8.
1-9-7-4
2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- ◯ korrekt
- ◯ falsch

4.9.
1-3-5-4-8
2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

- ◯ korrekt
- ◯ falsch

4.10.

4-1-2-7-9-5

2. Versuch. Lesen Sie dem Probanden die Zahlenfolge vor. Er soll sie rückwärts wiederholen. Markieren Sie, ob die Antwort korrekt war.

◯ korrekt
◯ falsch

5. Wiederholung Wortliste

5.1. Lassen Sie den Probanden die Begriffe aus Frage 1 wiedergeben. Lesen Sie NICHT vor!
Markieren Sie die korrekt wiedergegebenen Begriffe

Teller	Hund
Lampe	Brief
Apfel	Hose
Tisch	Wiese
Glas	Baum

Uhr-Ergänzungs-Test (nach Shulman)

Prüfung komplexer Handlungsplanung und visuell-konstruktiver Fähigkeiten. Einzeichnen der Ziffern 1 bis 12 in einen vorgegebenen Kreis. Auf störungsfreies Setting achten.

1. Kognition

1.1. Ist die Zahl "12" korrekt platziert?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

1.2. Sind genau 12 Zahlen vorhanden?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

1.3. Kann man zwei Zeiger unterscheiden?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

1.4. Entspricht die geschriebene Zeit der gezeichneten Zeit?

- ◯ Ja
- ◯ Nein

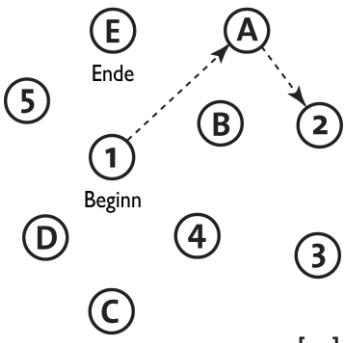
Moca-Test

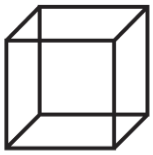
Zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

NAME :
Ausbildung : Geburtsdatum :
Geschlecht : DATUM :

VISUOSPATIAL / EXEKUTIV — PUNKTE





Würfel nachzeichnen

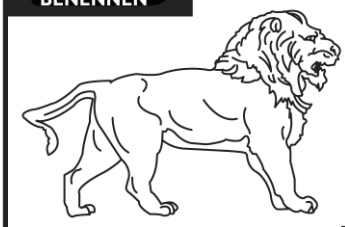
[ ] [ ]

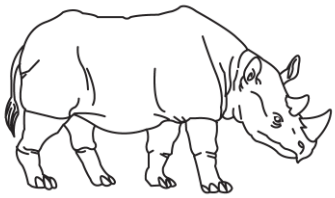
Eine Uhr zeichnen (Zehn nach elf)
(3 Punkte)

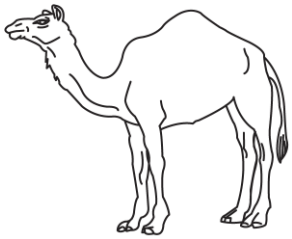
[ ] Kontur [ ] Zahlen [ ] Zeiger

__/5

BENENNEN







[ ] [ ] [ ]

__/3

GEDÄCHTNIS

Wortliste vorlesen, wiederholen lassen.
2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)

	GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT
1.Versuch					
2.Versuch					

Keine Punkte

AUFMERKSAMKEIT Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.)

In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [ ] 2 1 8 5 4
Rückwärts wiederholen [ ] 7 4 2

__/2

Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A" mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

__/1

Fortlaufendes Abziehen von 7 , mit 100 anfangen [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

4 oder 5 korrekte Ergebnisse: **3 P.**, 2 oder 3 korrekt: **2 P.**, 1 korrekt: **1 P.**, 0 korrekt: **0 P.**

__/3

SPRACHE

Wiederholen: „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen." [ ]
„Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hunde im Zimmer waren." [ ]

__/2

Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen [ ] ____ (N ≥ 11 Wörter)

__/1

ABSTRAKTION Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Apfelsine = Frucht [ ] Eisenbahn - Fahrrad [ ] Uhr - Lineal

__/2

ERINNERUNG

	Worte erinnern OHNE HINWEIS	GESICHT [ ]	SAMT [ ]	KIRCHE [ ]	TULPE [ ]	ROT [ ]
Optional	Hinweis zu Kategorie					
	Mehrfachauswahl					

Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis

__/5

ORIENTIERUNG [ ] Datum [ ] Monat [ ] Jahr [ ] Wochentag [ ] Ort [ ] Stadt

__/6

© **Z Nasreddine MD** Version 7. Nov. 2004 deutsche Übersetzung: **SM Bartusch, SG Zipper**

www.mocatest.org Untersucher: _____

Normal ≥ 26 / 30

TOTAL __/30

+ 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) – Pflegeanamnese nach Juchli

Wachsein und Schlafen

Haben Sie einen gesunden Schlaf und Schlafrhythmus?

- ◯ ja
- ◯ nein, warum?
  - Einschlafprobleme
  - Durchschlafprobleme
  - Tag- und Nachtumkehr

Sich bewegen

Können Sie sich selbstständig bewegen?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig

Kommen Sie ohne Hilfsmittel zurecht?

- ◯ ja
- ◯ nein

Können Sie diese selbständig einsetzen?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig

Sich waschen und kleiden

Können Sie sich selbständig waschen und kleiden?

- ◯ ja
- ◯ nein
- ◯ teilweise

Können Sie sich selbständig baden und duschen?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig

Können Sie sich selbständig am Waschbecken waschen?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig

Hautzustand

Ist Ihre Haut intakt?

- ◯ ja
- ◯ nein

Gibt es Wunden?

- ◯ nein
- ◯ ja, welche?

Gibt es andere Hautprobleme?

- ◯ nein
- ◯ ja, welche?

besonderer Hautzustand:

- ◯ feucht
- ◯ trocken
- ◯ schuppig
- ◯ Ekzeme

Können Sie Ihre Fuß- und Nagelpflege selbständig durchführen?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig

Können Sie Ihre Haarpflege selbständig durchführen?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig

Essen und Trinken

Können Sie regelmäßig essen und trinken?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig

Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selbständig zu?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig

Müssen Sie eine besondere Darreichungsform/Diät beachten?

- ◯ nein
- ◯ ja, welche?

PEG / Magensonde

- ◯ ja
- ◯ nein

Wie ist Ihr Ernährungszustand?

- ◯ normal
- ◯ adipös
- ◯ kachektisch
- ◯ exsikkiert

Ausscheiden

Können Sie selbständig und ohne Hilfsmittel die Toilette benutzen?

- ◯ ja
- ◯ nein

Sind Sie harnkontinent?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - teilweise selbständig
  - unselbständig
  - DK / SPK-Versorgung

Benötigen Sie Inkontinenz-Material?

- ◯ nein
- ◯ ja, welche? (Vorlagen, Pants, Schutzhose)

Haben Sie einen normalen und regelmäßigen Stuhlgang?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - unregelmäßig
  - neigt zu Durchfall
  - neigt zu Verstopfung
  - AP-Versorgung

Atmen

Haben Sie eine normale und gesunde Atmung?

- ◯ ja
- ◯ nein
  - eingeschränkt
  - Ruhedyspnoe
  - Belastungsdyspnoe
  - mit Auswurf
  - Zyanose
  - Asthma

Benötigen Sie Hilfsmittel?

- ◯ nein
- ◯ ja , welche?
  - Sauerstoffgerät
  - Atem-Trainer
  - Inhalier-Gerät
  - Dosier-Aerosol
  - andere:

Sich sicher fühlen

Können Sie für Ihre eigene Sicherheit sorgen?

- ◯ ja
- ◯ nein

Besteht eine Fremdgefährdung?

- ◯ ja
- ◯ nein

Haben Sie einen Hausnotruf?

- ◯ nein
- ◯ es wird einer benötigt
- ◯ ja, welcher Anbieter

Können Sie selbständig Ihre Medikamente bereitstellen?

- ◯ ja
- ◯ nein, wer übernimmt diese Aufgabe?

Können Sie selbständig Ihre Medikamente einnehmen?

- ◯ ja
- ◯ teilweise
- ◯ nein, wer unterstützt bei der Medikamenteneinnahme?

Raum und Zeit gestalten

Können Sie Ihren Tagesablauf sinnvoll und selbständig gestalten?

- ◯ ja
- ◯ teilweise
- ◯ nein
  - welche Unterstützung ist vorhanden oder möglich?
  - Tagespflege
  - regelmäßige Veranstaltungen (Seniorentreff)

Kommunizieren

Können Sie selbständig und ohne Hilfsmittel kommunizieren?

- ◯ ja
- ◯ nein, warum?

ISAR

Screeninginstrument zur Identifizierung älterer Risikopatienten.

1. Hilfebedarf

Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?

◯ ja
◯ nein

Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?

◯ ja
◯ nein

2. Hospitalisation

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?

◯ ja
◯ nein

3. Sensorische Einschränkungen

Haben Sie unter normalen Umstanden erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?

◯ ja
◯ nein

4. Kognitive Einschränkungen

Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?

◯ ja
◯ nein

5. Multimorbidität

Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?

◯ ja
◯ nein

6. Gewichtsverlust

Haben Sie in letzter Zeit unfreiwillig Gewicht verloren?

◯ ja
◯ nein

Wieviel Gewicht haben Sie verloren?

(Nur Zahlen von 0 bis 50 erlaubt. Dezimalzahlen sind erlaubt.)

In wie vielen Wochen haben Sie dieses Gewicht verloren?

(Nur Zahlen von 0 bis 160 erlaubt.)

Barthel-Index

Screeninginstrument zur Erfassung der Alltagsfähigkeit von Menschen mit Einschränkungen.

1. **Essen**
   - ◯ Kein selbstständiges Einnehmen und keine MS-(Magensonde)/PEG-Ernährung (perkutane endoskopische Gastrostomie)
   - ◯ Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung
   - ◯ Komplett selbständig oder selbstständige PEG-Beschickung /-Versorgung

2. **Baden/Duschen**
   - ◯ Erfüllt Bedingungen nicht
   - ◯ Selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/ Ausstieg, sich reinigen oder abtrocknen

3. **Sich waschen**
   - ◯ Erfüllt Bedingungen nicht
   - ◯ Vor Ort komplett selbstständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren

4. **An- und Auskleiden**
   - ◯ Erfüllt Bedingungen nicht
   - ◯ Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus
   - ◯ Zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen) an und aus

5. **Stuhlinkontinenz**
   - ◯ Ist durchschnittlich mehr als 1-mal pro Woche stuhlinkontinent
   - ◯ Ist durchschnittlich nicht mehr als 1-mal pro Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
   - ◯ Ist stuhlkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung

6. **Harninkontinenz**
   - ◯ Ist durchschnittlich mehr als 1-mal pro Woche harninkontinent
   - ◯ Kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
   - ◯ Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harnkontinenz oder versorgt seinen DK komplett selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)

7. **Toilettenbenutzung**
   - ◯ Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
   - ◯ Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung
   - ◯ Vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung

8. Aufsetzen und Umsetzen

- ◯ Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
- ◯ Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
- ◯ Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
- ◯ Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück

9. Aufstehen und Gehen

- ◯ Erfüllt Bedingungen nicht
- ◯ Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen. Alternativ: im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl
- ◯ Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mithilfe eines Gehwagens gehen
- ◯ Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen

10. Treppensteigen

- ◯ Erfüllt Bedingungen nicht
- ◯ Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter
- ◯ Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen

Mini-Nutritional-Assessment (MNA)

Screeninginstrument zur Abklärung einer Mangelernährung.

Nestlé Nutrition INSTITUTE

Mini Nutritional Assessment MNA®

Name:		Vorname:		
Geschlecht:	Alter (Jahre):	Gewicht (kg):	Größe (cm):	Datum:

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die betreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen, um das Ergebnis der Anamnese zu erhalten.

Anamnese

A Hat die Nahrungsaufnahme während der zurückliegenden 3 Monate aufgrund von Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schluckstörungen abgenommen?
0 = schwere Abnahme der Nahrungsaufnahme
1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme
2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme ☐

B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten
0 = Gewichtsverlust > 3 kg
1 = weiss es nicht
2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg
3 = kein Gewichtsverlust ☐

C Mobilität
0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert
1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen
2 = verlässt Wohnung ☐

D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?
0 = ja 2 = nein ☐

E Neuropsychologische Probleme
0 = schwere Demenz oder Depression
1 = leichte Demenz
2 = keine psychologischen Probleme ☐

F1 Körpermassenindex (Body Mass Index, BMI) (Körpergewicht / (Körpergröße^2), in kg/m^2)
0 = BMI <19
1 = 19 ≤ BMI < 21
2 = 21 ≤ BMI < 23
3 = BMI ≥ 23 ☐

WENN KEIN BMI-WERT VORLIEGT, BITTE FRAGE F1 MIT FRAGE F2 ERSETZEN.
WENN FRAGE F1 BEREITS BEANTWORTET WURDE, FRAGE F2 BITTE ÜBERSPRINGEN.

F2 Wadenumfang (WU in cm)
0 = WU<31
3 = WU≥31 ☐

Ergebnis der Anamnese ☐☐
(max. 14 Punkte)

12-14 Punkte:	normaler Ernährungszustand
8-11 Punkte:	Gefahr der Mangelernährung
0-7 Punkte:	Mangelernährung

Für eine tiefergehende Anamnese, bitte die vollständige Version des MNA® ausfüllen, die unter www.mna-elderly.com zu finden ist.

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J. Geront 2001;56A: M366-377.
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
® Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
Mehr Informationen unter: www.mna-elderly.com

Fatigue Assessment Scale

Fragebogen über Ermüdungserscheinungen.

Ich leide unter Ermüdungserscheinungen

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Ich bin schnell müde

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Ich habe genug Energie für den Alltag

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Körperlich fühle ich mich erschöpft

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Es fällt mir schwer, Sachen anzufangen

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Es fällt mir schwer, klar zu denken

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Ich habe keine Lust, etwas zu unternehmen

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Ich fühle mich geistig erschöpft

- ◯ niemals
- ◯ monatlich oder weniger
- ◯ ein paar Mal pro Monat
- ◯ wöchentlich
- ◯ täglich

Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren

- ◯ niemals
- ◯ manchmal
- ◯ regelmäßig
- ◯ oft
- ◯ immer

Geriatrische Depressions-Skala

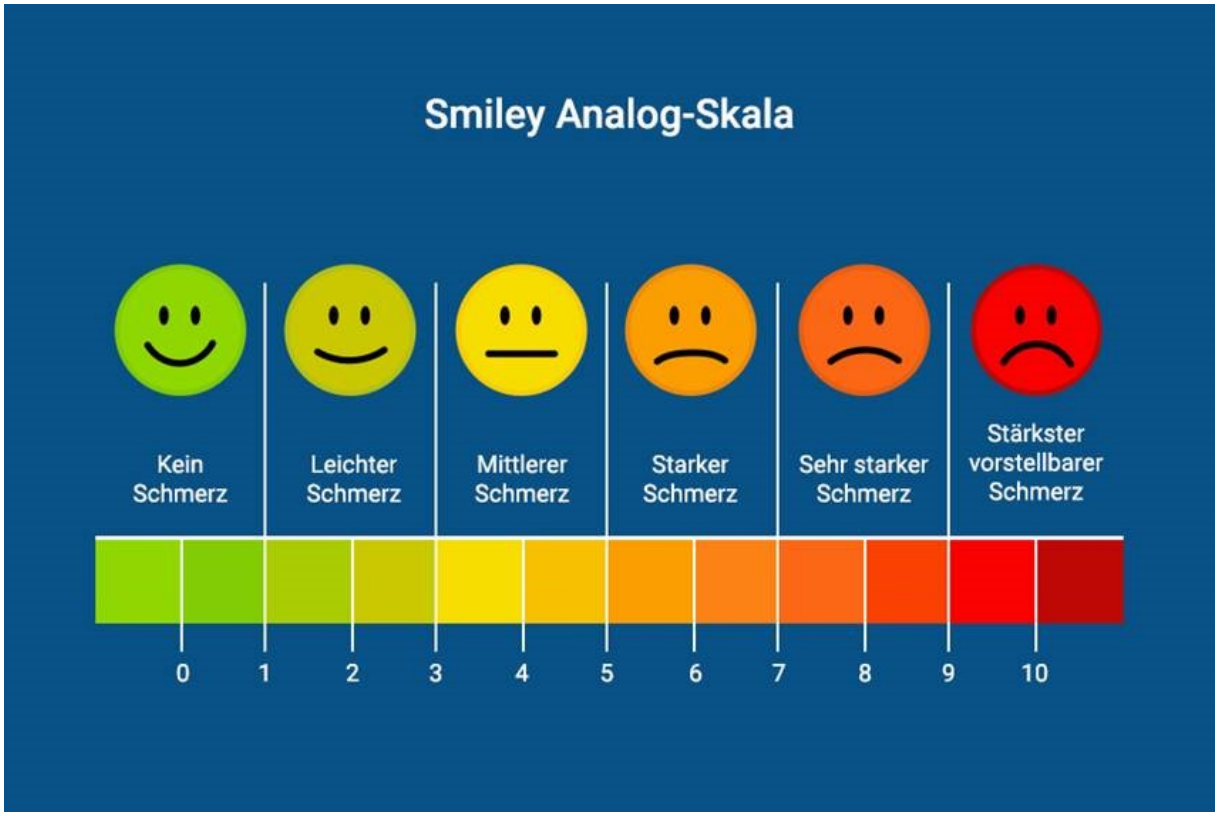
Screeninginstrument zur frühzeitigen Erkennung einer möglichen Depression.

Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage

	Ja	Nein
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		
Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?		
Haben Sie oft das Gefühl, Ihr Leben sei leer?		
Ist Ihnen oft langweilig?		
Sind Sie meist guter Laune?		
Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?		
Sind Sie meist zufrieden?		
Fühlen Sie sich hilflos?		
Sind Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und etwas zu unternehmen?		
Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?		
Finden Sie, es sei wunderbar, zu leben?		
Fühlen Sie sich so wie Sie sind wertlos?		
Fühlen Sie sich energiegeladen?		
Finden Sie, Ihre Lage ist hoffnungslos?		
Glauben Sie, die meisten Leute haben es besser als Sie?		
0 bis 5 Punkte: *normal* 5 bis 10 Punkte: *leichte bis mäßige Depression* 11 bis 15 Punkte: *schwere Depression*	**Summe** (graue Kästchen):	

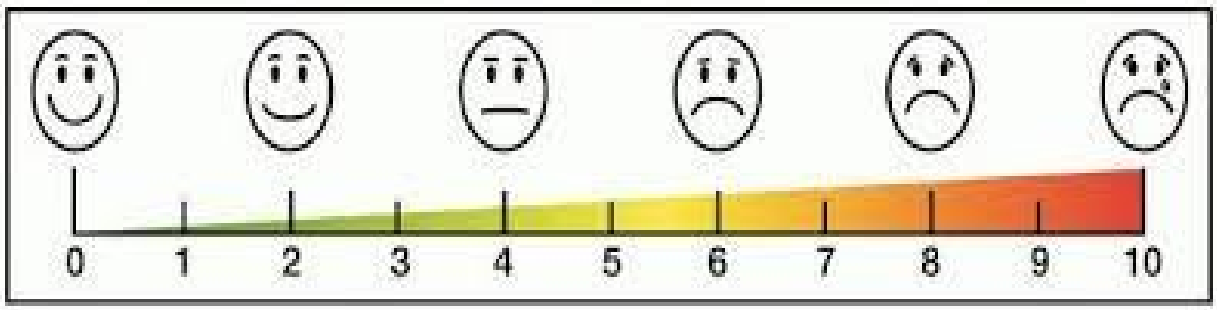
Visuelle Schmerzskala

Screenininstrument zur Erfassung des subjektiven Schmerzempfindens.



Numerische Schmerzskala

Zur Erfassung der Schmerzerfassung und Therapiesteuerung.



Bühren M Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2013; 6 (4): 7-14 ©

Deutscher Herzinsuffizienz-Test (DeHiT)

Der Fragebogen

Fragebogen für den HERZSCHWÄCHE-SELBSTTEST
DeHiT (Deutscher Herzinsuffizienz-Test)

Dieser Fragebogen soll Ihnen helfen, eine Herzschwäche zusammen mit Ihrem Arzt so früh als möglich zu erkennen und dadurch erfolgreich zu behandeln. Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus. Als Antwort wählen Sie im Ankreuzverfahren entweder „ja", „nein" oder „vereinzelt".

Bitte gehen Sie dann auf die Rückseite, lesen die für Ihr Kreuz jeweils angegebene Punktzahl bei der entsprechenden Frage ab und tragen diese auf der Vorderseite unter der Rubrik „Punkte" ein. Nun adderen Sie Ihre Punktezahl und tragen sie in das grau hinterlegte Feld ein.

	Frage	Ja	Nein	Vereinzelt	Punkte
1.	Fällt Ihnen die Atmung schwer, wenn Sie zwei Etagen gemütlich die Treppen hoch gehen?				
2.	Bekommen Sie schlechter Luft, wenn Sie schnell gehen, so als ob Sie einen Bus noch erreichen wollten?				
3.	Nehmen Sie Tabletten oder Naturprodukte gegen hohen Blutdruck?				
4.	Fühlen Sie sich schnell müde und erschöpft?				
5.	Schlafen Sie nachts mit erhöhtem Oberkörper? (z. B. mehrere Kopfkissen oder erhöhtes Kopfteil)				
6.	Haben Sie nachts anfallsweise Luftnot?				
7.	Müssen Sie nachts mehr als zweimal zum Wasserlassen aufstehen?				
8.	Haben Sie geschwollene Füße oder Fußknöchel?				
9.	Haben Sie hohen Blutdruck?				
10.	Haben Sie Herzstolpern?				
10.a	Sie können Ihren Puls messen: Ist er schneller als 80 Schläge pro Minute?				
10.b	Sie können Ihren Puls messen: ist er unregelmäßig?				
				Summe:	

Sollten Sie in der Summe 10 Punkte oder mehr errechnet haben, so ist eine Herzschwäche möglich, bei 20 oder mehr Punkten wahrscheinlich.

Bitte nehmen Sie diesen Fragebogen mit zu Ihrem nächsten Hausarztbesuch und besprechen Ihre Beschwerden als auch das Ergebnis dieses Fragebogens dort.

Tab. 2 Score zur Auswertung der Fragen

	Frage	Ja	Nein	vereinzelt
1.	Fällt Ihnen die Atmung schwer, wenn Sie zwei Etagen gemütlich die Treppen hoch gehen?	2	0	1
2.	Bekommen Sie schlechter Luft, wenn Sie schnell gehen, so als ob Sie einen Bus noch erreichen wollten?	3	1	2
3.	Nehmen Sie Tabletten oder Naturprodukte gegen hohen Blutdruck?	3	0	2
4.	Fühlen Sie sich schnell müde und erschöpft?	2	0	1
5.	Schlafen Sie nachts mit erhöhtem Oberkörper? (z. B. mehrere Kopfkissen oder erhöhtes Kopfteil)	3	0	2
6.	Haben Sie nachts anfallsweise Luftnot?	3	0	2
7.	Müssen Sie nachts mehr als zweimal zum Wasserlassen aufstehen?	3	0	2
8.	Haben Sie geschwollene Füße oder Fußknöchel?	2	0	1
9.	Haben Sie hohen Blutdruck?	3	1	2
10.	Haben Sie Herzstolpern?	2	0	1
10.a	Sie können Ihren Puls messen: Ist er schneller als 80 Schläge pro Minute?	2	0	1
10.b	Sie können Ihren Puls messen: ist er unregelmäßig?	2	0	1

Anlage 4: SOP Initialer Erfassungsbogen

		Hilfebedarf		Hilfebedarf	Auswahl erforderlicher Assessment
Mobilität	mobil / gehfähig	○ nein	○ Mobilitäts- Bewegungseinschränkung ○ mobil mit Unterstützung (Hilfsmittel/andere Personen) ○ Bettlägerigkeit	• ja	• Chair-Rising-Test (8) • Timed Up & Go-Test (5) • Norton-Scala (3) • DeHiT (Herzinsuffizienz-Test)
Kognition	orientiert	○ nein	○ in einigen Bereichen manchmal desorientiert ○ in einigen Bereichen immer desorientiert ○ in allen Bereichen manchmal desorientiert ○ in allen Bereich immer desorientiert ○ verwirrt	• ja	• DemTect (30) • Uhr-Ergänzungs-Test (15) • Moca-Test (30) • Fatigue Assessment Scale (10) • GDS (geriatric depression scale) (15)
Allgemeine Alltagskompetenz	in Partnerschaft / in Familie lebend keine Abhängigkeiten	○ nein	○ alleinlebend (mit/ohne Unterstützung) ○ Pflegestufe / Pflegegrad • stationäre Pflege • ambulante Pflege • Pflegegeld bei häuslicher Pflege ○ abhängig bei: • Nahrungszubereitung • Nahrungsaufnahme • Körperpflege • Toilettengang • Medikamenteneinnahme • Lebensmitteleinkäufen	• ja	• Umgebungsfaktoren (15) • ATL's (15) • ISAR (2) • Barthel (3) • DeHiT (Herzinsuffizienz-Test) • MNA (15)
Stimmung / Verhalten	angemessen / adäquat	○ nein	○ unkonzentriert/ruhelos/abschweifend ○ körperlich unruhig/erregt/agitiert ○ adere Verhaltensmuster (bspw. Teilnahmslosigkeit)	• ja	• Fatigue Assessment Scale (10) • GDS (geriatric depression scale) (15) • DemTect (30) • Uhrentest (15) • Moca-Test (30)
Sehstörung / Schwerhörigkeit	kann mit oder ohne Hilfsmittel gut sehen und hören	○ nein	○ Seh- oder Hörbeeinträchtigung ○ Seh- und Hörbeeinträchtigung	• ja	• ATL's (an dieser Stelle 2)
Medikation	bis 5 Medikamente	○ nein	○ mehr als 5 Medikamente, Vergleich zum aktuellen Medikationsplan ○ was befindet sich alles in der Schublade …	• ja	• Medikationscheck (20)
Krankenhausaufenthalte (innerhalb des letzten Quartals)	keine Aufenthalte	○ nein	○ Krankenhausaufenthalt(e) notwendig ○ notwendiger Besuch der Notfallaufnahme ○ (auch ohne erfolgte stat. Aufnahme)	• ja	• aktuelle Befunde (15) • Fallakte füllen (Nachbereitung)

Schmerzen	keine akuten oder chronischen Schmerzen	○ nein	○ akute Schmerzen ○ chronische Schmerzen	• ja	• Schmerzscala – visuell/numer. (5) • Medikation vorhanden? (2)

Initialer Erfassungsbogen (angelehnt an GeriNOT)

Die Kümmerer-Funktion des FM endet dort, wo die Zuständigkeit eines anderen beginnt.

Planung Care oder Case-Fälle

1. Besuch: Kontaktaufnahme, Gesamteindruck (ca. 90 Min)
- Vertrauen aufbauen ohne Zeitdruck
- wenn Zeit übrig ist, lieber schon ein Assessment vorziehen
- Besprechen eines Fernzieles
- ggf. auch Angehörige anwesend bzw. einbinden

2. Besuch: Assessements: (ca. 60-90 Min)
- Auswahl der Assessments nach initialem Assessmentbogen
- Setzen von Nahzielen, um das vereinbarte Fernziel zu erreichen

3. Nachbearbeitung: (individuelle Care- und Case-Fälle)
- Bearbeitung der Nah- und Fernziele mit allen an der Versorgung Beteiligten Leistungserbringern (z.B. HA, medizinische Dienstleister, etc.)
- Organisation, Absprachen, Telefonate in unbestimmter Anzahl und unbestimmbaren Zeitraum

4. Nachverfolgung / Evaluation: (individuelle Care- und Case-Fälle)
- Überprüfung, ob die in die Wege geleiteten Maßnahmen funktionieren
- werden die Nah- und Fernziele mit dem Versorgungsplan erreicht
- ggf. Anpassung der Leistungen bzw. des Versorgungsplans notwendig

5. Ende der Versorgung bei Erreichen des vereinbarten Ziels

Planung Informationsfall (15-30 Min)

1. Besuch / Telefonat:

- Kontaktaufnahme, Gesamteindruck und Informationsfluss
- ggf. sogar nur telefonischer beratender Kontakt
- ggf. nach vorherige Absprache Besuch in der Häuslichkeit

Antrag

OBERBERG_FAIRsorgt – Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger im Oberbergischen Kreis

Allgemeine Daten

Typ
Projekt

Kurztitel
OBERBERG_FAIRsorgt

Versorgungsebene
ambulante Versorgung

hausärztliche Versorgung

Medizinische Fachrichtungen
Allgemeinmedizin

Geriatrie

Schlüsselworte
Case Management

Compliance/ Adhärenz

Konsil

Managed Care

Monitoring

Netzwerk/Vernetzung

Notfalldaten

Regelversorgung

Videosprechstunde

chronisch

elektronische Fallakte (eFA)

integrierte Versorgung

interdisziplinär

sektorenübergreifend

ältere Menschen

Zielsetzung
Im Oberbergischen Kreis ist ein wachsender Bedarf an Prävention, Gesundheitsförderung, Pflege- und Versorgungsangeboten speziell für ältere Patientinnen und Patienten prognostizierbar. Die gesellschaftlichen Herausforderungen sind folglich vielfältig und bedürfen einer nachhaltigen, zielgerichteten Planung in Hinblick auf multisektorale Versorgungsstrukturen. Zielgruppe der neuen Versorgungsformen sind akut oder latent Pflegebedürftige (über 65 Jahre) mit Wohnsitz im Oberbergischen Kreis, die aufgrund von chronischen Erkrankungen oder eines Pflegegrades einer dauerhaften medizinischen und/ oder pflegerischen Versorgung bedürfen.

Webpräsenz
https://www.obk.de/cms200/gesundheit_soziales/fair/index.shtml

Beschreibung

Projektlaufzeit - von
01.07.2019

Projektlaufzeit - bis
31.03.2024

Szenario

Beschreibung
Im Oberbergischen Kreis wird sich der Anteil von Einwohnern ab dem 75. Lebensjahr von 16% (42.946 Einwohner) im Jahr 2021 auf 23% (61.538 Einwohner) im Jahr 2040 bei gleichbleibender Gesamtbevölkerung erhöhen. Diese Alterung der Gesellschaft wirkt sich sowohl auf die Anzahl der Neuerkrankungen als auch die Häufigkeit von typischen Alterserkrankungen und dem damit verbundenen regionalen Versorgungsbedarf aus. Unter Berücksichtigung, dass die Zahl der Krankheiten und der Anteil der Erkrankten mit Multimorbidität mit dem Alter erheblich zunehmen, sind im Alter von 65 Jahren bereits die meisten Menschen multimorbid.
Mit Multimorbidität ist eine erhebliche ökonomische Last verbunden. Das Verhältnis der Krankheitskosten bei Multimorbidität im Verhältnis zu den Ausgaben für nichtmultimorbide Personen beträgt nach den „cost of illness studies" (COI) bei einem Cut-off mit zwei Erkrankungen das 2- bis 16-Fache, mit drei Krankheiten das 2- bis 10-Fache. Die Kosten steigen entsprechend dem Ausmaß der Multimorbidität. Der größte Anteil der Multimorbiditätskosten ist der sozialen und intensivmedizinischen Versorgung zuzurechnen mit den sozialen Kosten als bedeutsamsten Kostentreiber. Multimorbidität geht einher mit häufigeren Verordnungen, Überweisungen, Krankenhausaufnahmen, längerer Verweildauer, häufigeren postoperativen Komplikationen, einem höheren Risiko der Institutionalisierung nach Krankenhausaufenthalt, einem höheren Risiko andauernder Verminderung der funktionalen Kapazität sowie Pflegebedürftigkeit.

Informationsgewinnung und -übertragung
Im Zentrum unserer Versorgung stehen neben neuer Versorgungsformen die Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt und unsere Case-Managerinnen und Case-Manager. Sie begleiten die Patientinnen und Patienten durch den Versorgungsalltag und orientieren sich am patientenspezifischen Bedarf.
Zur Umsetzung der integrierten, multiprofessionellen Versorgung in einem sektorenübergreifenden und populationsorientierten Konzept wurde gemeinsam mit dem Partner vital.services die Kommunikationsplattform „OBERBERG_FAIRsorgt" etabliert. Die Kommunikationsplattform dient als netzwerkweites patientenzentriertes Dokumentations-, Kommunikations- und Koordinierungssystem. Dieses System erschließt nach Maßgabe der individuellen Bedarfe und aufgrund entsprechender Mandate der Patientinnen und Patienten den beteiligten Akteuren die Teilnahme an dem für die arbeitsteilige Versorgung notwendigen Datenfluss. Sowohl die digitale Vernetzung der Akteure als auch der ständige Dialog zwischen Versorgenden und Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen erleichtert die Abstimmung zwischen Pflege, Medizin und ergänzenden Leistungen der sozialen Vorsorge und optimiert die wirtschaftliche Nutzung von Versorgungsangeboten durch die zielgerichtete Einbindung regionaler Leistungserbringer. Unsere Case-Manager fungieren somit fallbezogen als Kommunikations- und Koordinierungs-Schnittstelle zwischen Patienten, Angehörigen und Leistungserbringern.
Im ersten Schritt wird in Zusammenarbeit mit der betreuenden Hausärztin bzw. dem betreuenden Hausarzt im Rahmen eines erweiterten geriatrischen Assessments der individuelle Versorgungsbedarf und die aktuelle Versorgungssituation der Patientin standardisiert ermittelt. Zur generischen Beschreibung des Gesundheits- und Versorgungsstatus werden im Rahmen der Erfassung maschinenlesbare, strukturierte Informationen mittels der Kommunikationsplattform erzeugt und unter Nutzung konzeptueller Domänen basierend auf internationalen Standards gespeichert.

Informationsempfänger und -verarbeitung
Im zweiten Schritt wird im Rahmen von interdisziplinären (digitalen) Fallkonferenzen zwischen Case-Managern und Hausarzt und weiterer beteiligter Leistungserbringer ein patientenspezifischer Versorgungsplan abgestimmt. Zum Entwurf des Versorgungsplanes kann neben der individuellen Expertise der Beteiligten das automatisierte Vorschlagswesen der Kommunikationsplattform ergänzend genutzt werden. Das automatisierte Vorschlagswesen erzeugt auf Basis des Gesundheits- und Versorgungsstatus mit Mitteln der kombinatorischen Optimierung die am „besten" geeigneten einzelnen Versorgungselemente für einen individuellen Versorgungsplan. Die Bewertungsfunktion für die Zusammenstellung des Versorgungsplanes kann durch das jeweilige Versorgungsziel „Verbleib in der Häuslichkeit" als festgelegter Nutzwert definiert werden. Auf diese Weise entsteht mittels eines Approximationsalgorithmus die Basis für einen individuellen und leitlinienkonformen Versorgungsplan.

Abgeleitete Maßnahmen
Im Anschluss an die Planungsphase erfolgt unter Zuhilfenahme des digitalen Servicekataloges der Kommunikationsplattform die Identifikation geeigneter Leistungserbringer in der Nähe der Patienten. Mittels der Kommunikationsplattform werden die

entsprechenden Leistungserbringer in die Versorgung eingebunden. Mit Zustimmung der Patientinnen und Patientenin können die beteiligten Leistungserbringer die elektronische Fallakte einsehen, ihre Versorgungsleistungen im Kontext des Versorgungsplanes mit den Case-Managern abstimmen und den Fortschritt der Betreuung/ Behandlung austauschen und dokumentieren.
In regelmäßigen Abständen erfolgt durch unsere Case-Manager eine Re-Validierung der patientenspezifischen Versorgungspläne, die darauffolgend ggf. aktualisiert oder aufgrund des sich geänderten Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten neu erstellt werden (siehe Schritt 1). In besonderen Versorgungssituationen wie zum Beispiel dem stationären Krankenhausaufenthalt kann der aktuelle Versorgungsplan pausiert werden und in enger Abstimmung mit dem Entlassmanagement des Krankenhauses fortgeführt werden.

Zusätzliche Maßnahmen
Als ergänzendes Angebot steht für die Patientinnen und Patienten außerhalb der regulären Sprechzeiten der behandelnden Hausarztpraxis eine kompetente Ärzt bzw. Arzt als „Erweiterte Erreichbarkeit" zur Verfügung. Unter der Telefonnummer 02261 88 37 19 ist montags, dienstags und donnerstags von 18:00 bis 08:00 Uhr, mittwochs und freitags von 13:00 bis 08:00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen für 24 Stunden ein ärztlicher Ansprechpartner erreichbar. Alle sind erfahrene Notfallmediziner mit Facharztstatus, die durch den Zugriff auf unsere Kommunikationsplattform und durch die von den Patientinnen und Patienten gegebenen Informationen schnell entscheiden können, ob eine Beratung ausreichend erscheint oder ob jemand notfallmäßig Hilfe benötigt. Es ist zu jeder Zeit sichergestellt, dass auch in Notfällen ohne Verzögerung geeignete medizinische Hilfe vor Ort verfügbar ist.
Für Patienten mit Hospitalisierungsrisiko (Risikopatienten) steht ein IoT-basiertes Telemontioring (Blutdruck, Gewicht, Blutzucker, EKG) zur engmaschigen Betreuung durch Hausarztpraxis und Case-Manger zur Verfügung.

Zielgruppe
Akut oder latent pflegebedürftige Patientinnen und Patienten

Einschlusskriterien

Pflegegrad oder eine chronische Erkrankung, die zu dauerhafter medizinischer und/oder pflegerischer Versorgung führt
65 Jahre oder älter
Wohnhaft im Oberbergischen Kreis
Bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert
Hausarztpraxis nimmt am Versorgungsvertrag teil

Ausschlusskriterien

beatmete Patientinnen und Patienten
präfinale Patientinnen und Patienten

Kostenträger
1. Kostenträger
Vertragspartner
GBA Innovationsfonds

Web
https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/oberberg-fairsorgt-intersektoral-vernetzte-betreuung-pflegebeduerftiger-im-oberbergischen-kreis.262

Teilnehmende Versicherte
1. Teilnehmende Versicherte
Einzugsgebiet
DE Nordrhein-Westfalen

Gesamtprojektleiter

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner Organisation
Oberbergischer Kreis

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner Anrede
Frau

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner Titel
Dr.

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner Vorname
Jessica

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner Nachname
Möltgen

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner Straße Hausnummer
Am Wiedenhof 1-3

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner PLZ Ort
51643 Gummersbach

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner URL
https://www.obk.de/cms200/gesundheit_soziales/fair/index.shtml

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner E-Mail
fairsorgt@obk.de

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner Telefon
+49 2291 9071897

Gesamtprojektleiter/ Ansprechpartner Land
Deutschland

Ärztlicher Projektleiter

Ärztlicher Projektleiter Organisation
Oberbergischer Kreis

Ärztlicher Projektleiter Anrede
Frau

Ärztlicher Projektleiter Titel
Dr. med.

Ärztlicher Projektleiter Vorname
Nesrin

Ärztlicher Projektleiter Nachname
Wilke

Ärztlicher Projektleiter URL
https://www.obk.de/cms200/gesundheit_soziales/fair/index.shtml

Ärztlicher Projektleiter Telefon
+49 2291 9071897

Ärztlicher Projektleiter Land
Deutschland

Evaluation

Durchführung einer Evaluation
Laufend

Typ der Evaluation
Compliance

Medizinisch

Technisch

Usability

Ökonomisch

Ziele der Evaluation
Das Evaluationsdesign ist methodologisch geprägt von Prinzipien der Mixed Methods?Forschung in einem mehrdimensionalen Sinne, ist transdisziplinär offen und umfasst neben dem dominanten summativen Kern der Evaluation am Rande auch formative Evaluationskomponenten. Realisiert wird ein Mixed Methods?Design, in dem mehrere quantitative und qualitative Zugänge sowohl parallel als auch sequenziell kombiniert werden.
Die Überprüfung der Strukturqualität im Sinne des geplanten Aufbaus der Versorgungsstrukturen der Neuen Versorgungsform und deren personeller (quantitativ wie auch hinsichtlich der erforderlichen Qualifikationen) sowie sachlicher Ausstattung wird im Evaluationsmodell nicht berücksichtigt. Im Sinne einer Output?Evaluation wird auf der Strukturebene aber für die fakultativen Bestandteile der Neuen Versorgungsform (elektronische Plattform, interdisziplinäres Fallkonsil, telemedizinische Fallkonferenz, erweiterte Notfallbereitschaft und Telemonitoring) der Nutzungsgrad, auch differenziert nach Fallkonstellationen, erhoben. Dadurch soll geklärt werden, ob die Nutzung dieser Evaluationsbestandteile schwerpunktmäßig bei besonderen Fall? und/ oder Versorgungscharakteristika erfolgt.
Auf der Ebene der Prozessqualität bzw. der Wirkprinzipien werden zum einen Nutzungsdaten (der Kommunikationsplattform sowie der Leitstelle) ausgewertet, um abzubilden, welche Informationen in der interdisziplinären und zugleich intersektoralen Kommunikation bereitgestellt und genutzt werden. Zum anderen werden die Prozesse der einzelnen Elemente der Neuen Versorgungsform mittels Stakeholder?Interviews und Tagebuchaufzeichnungen von Patientinnen und Patienten nachgezeichnet und bewertet, um diese zu explizieren und um Verbesserungspotenziale abzuleiten. Erkenntnisse zu Verbesserungspotenzialen werden im Projektverlauf im Sinne einer formativen Evaluation an das Konsortium zurückgemeldet.
Auf der Ebene der Ergebnisqualität werden Effekte auf die Wirtschaftlichkeit, die Ausschöpfung von Regelleistungen des SGB XI und SGB V und den Verbleib in der Häuslichkeit (durch eine Analyse von Routinedaten der AOK Rheinland/ Hamburg) sowie auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (mittels standardisierter Fragebögen) erhoben. Einen wesentlichen Beitrag zum subjektiven Verständnis der beiden letztgenannten Effekte und das subjektive Erleben der Interventionen liefern, gewissermaßen als „Tiefenbohrung“ die bereits genannten Stakeholder?Interviews und Tagebuchaufzeichnungen.

Durchführende Organisation(en)
Durchführende Organisation
OBERBERG_FAIRsorgt – Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger im Oberbergischen Kreis

PLZ / Ort
50931 Köln

Internetseite
https://www.obk.de/cms200/gesundheit_soziales/fair/index.shtml

Weiterführende Informationen

PICO Fragen

Genutzte Förderprogramme

1. Genutzte Förderprogramme

Programmname
Innovationsfonds - Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen

Förderkennzeichen
01NVF18009

Programmvolumen
11,2 Millionen Euro

Vorhandene Rechtsgrundlage
§ 140 a SGB V (Integrierte Versorgung)

Öffentliche Förderung

verwendete Standards
XDT-Objektkatalog

Anhänge

Hiermit beantrage ich die Aufnahme dieser Anwendung in das Informationsportal unter www.informationsportal.vesta-gematik.de.

Geschäfts- und Verfahrensordnung zugestimmt
JA

Ich stimme ausdrücklich einer Veröffentlichung aller mit meinem Antrag übermittelten Informationen auf der Internetseite des Informationsportals unter www.informationsportal.vesta-gematik.de zu. Sämtliche mit meinem Antrag übermittelten Informationen sowie die mit meinem Antrag zusätzlich elektronisch übermittelten Dateianhänge dürfen auf www.informationsportal.vesta-gematik.de veröffentlicht werden. Ich sichere zu, dass ich selbst oder die Organisation, die mich wirksam bevollmächtigt hat, über die für die Stellung dieses Antrages erforderlichen Urheber- und/oder Nutzungsrechte an den zur Aufnahme beantragten Informationen verfüge bzw. verfügt und räume bzw. räumt der gematik das erforderliche inhaltlich, zeitlich und örtlich unbegrenzte, nicht ausschließliche Veröffentlichung-, Vervielfältigung-, Verbreitungsrecht und das Recht der öffentlichen Wiedergabe sowie das Archivierungs- und Datenbankenrecht an allen mit diesem Antrag zur Verfügung gestellten Informationen ein. Ich selbst oder die Organisation, die mich wirksam bevollmächtigt hat, stelle bzw. stellt die gematik von sämtlichen Ansprüchen Dritter frei, die im Zusammenhang mit einer Wahrnehmung der vorgenannten Rechte gegen die gematik erhoben werden sollten. Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen dabei auch die angemessenen Kosten einer Rechtsverfolgung und Rechtsverteidigung, die der gematik zur Abwehr von Ansprüchen Dritter entstehen sollten. Es gilt die Geschäfts- und Verfahrensordnung des Interoperabilitätsverzeichnisses.
JA

Gummersbach, 02.05.22
Ort, Datum

[redacted]
Unterschrift

Pfad Initialisierung Telemonitoring

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

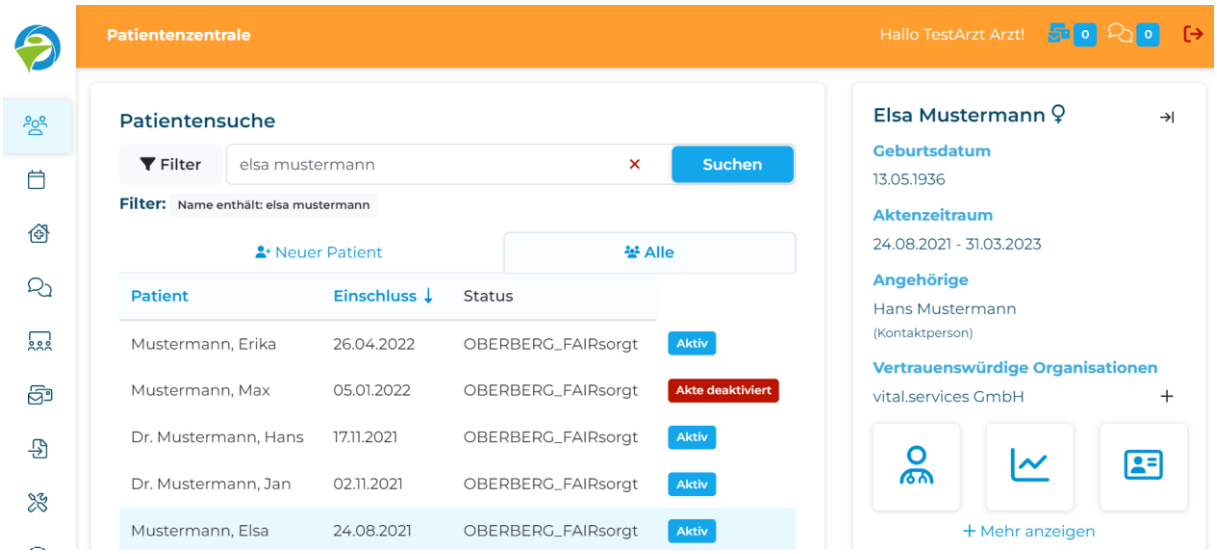
diese Schritt-für-Schritt-Anleitung soll Ihnen helfen das Telemonitoring für Ihre Patientinnen und Patienten auf unserer Plattform eigenständig zu initialisieren.

Hinweis: Diese Anleitung beschreibt jeden Schritt, so dass es möglicherweise als sehr aufwendig empfunden wird. Tatsächlich handelt es sich um einen Vorgang der keine Minute in Anspruch nimmt!

Schritt 1) Auswählen des Patienten

Patientennamen in der Suchleiste eingeben, auf „Suchen“ klicken und Patienten aus der Liste auswählen.

Der ausgewählte Patient ist auf der rechten Seite der Plattformansicht geöffnet.



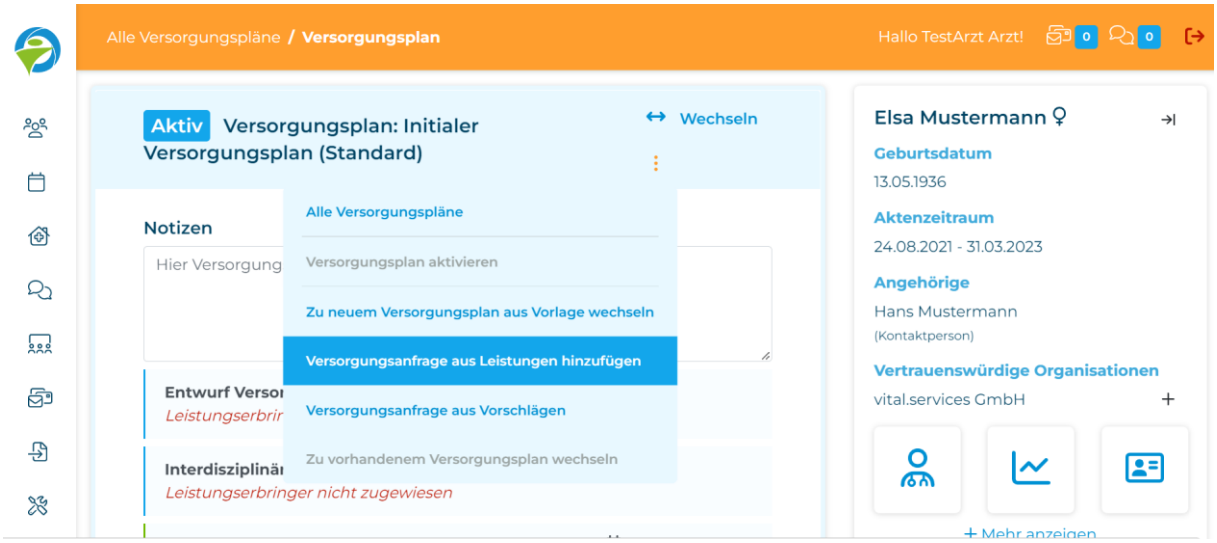
Schritt 2) Fallakte öffnen

Auf die Kachel „Case & Care“ klicken. Der Versorgungsplan öffnet sich.

Schritt 3) **Versorgungsanfrage aus Leistungen hinzufügen**

Auf die drei senkrecht angeordneten Punkte klicken. Es öffnet sich ein Auswahlfeld.

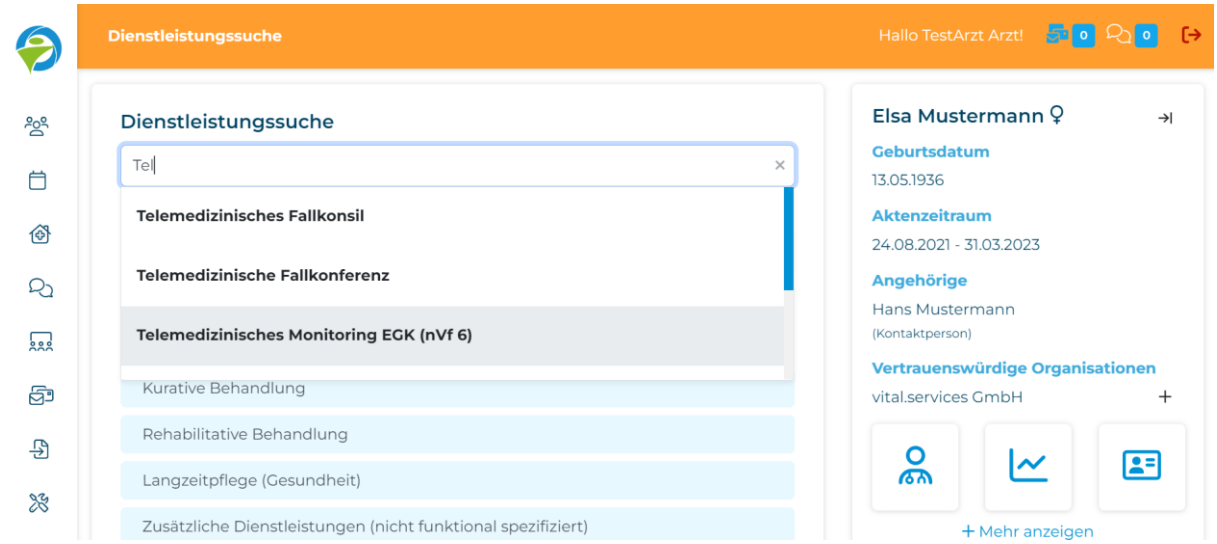
In der Liste auf „Versorgungsanfrage aus Leistungen hinzufügen“ klicken.



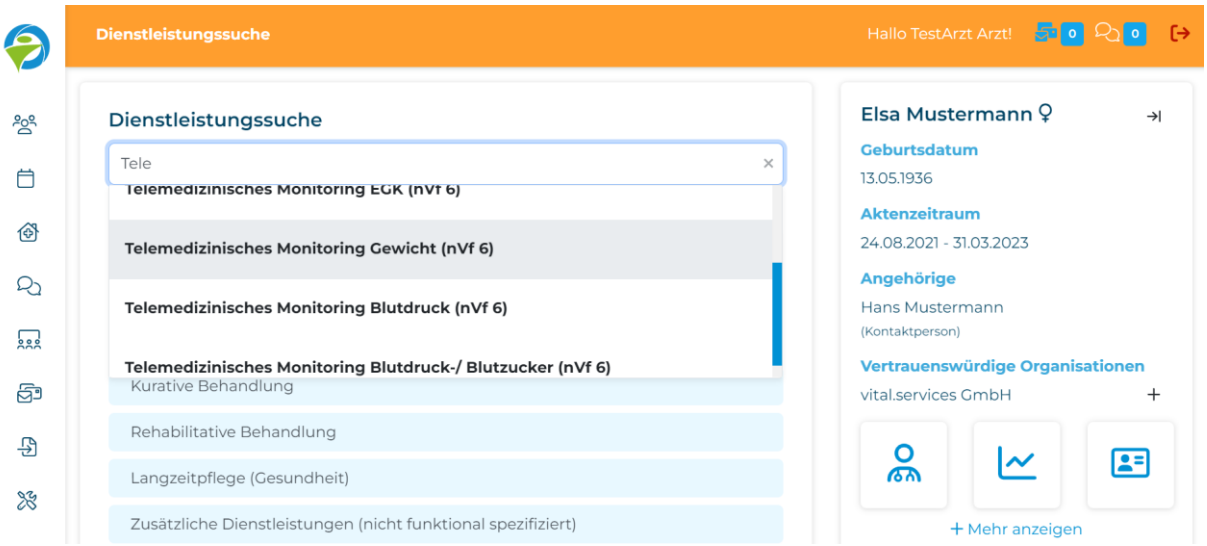
Schritt 4) **Dienstleistungssuche**

In die Suchleiste „Telemedizinisches Monitoring“ eingeben.

→ Tipp: Sobald nur Tel… getippt ist, erscheint schon eine Auswahl!



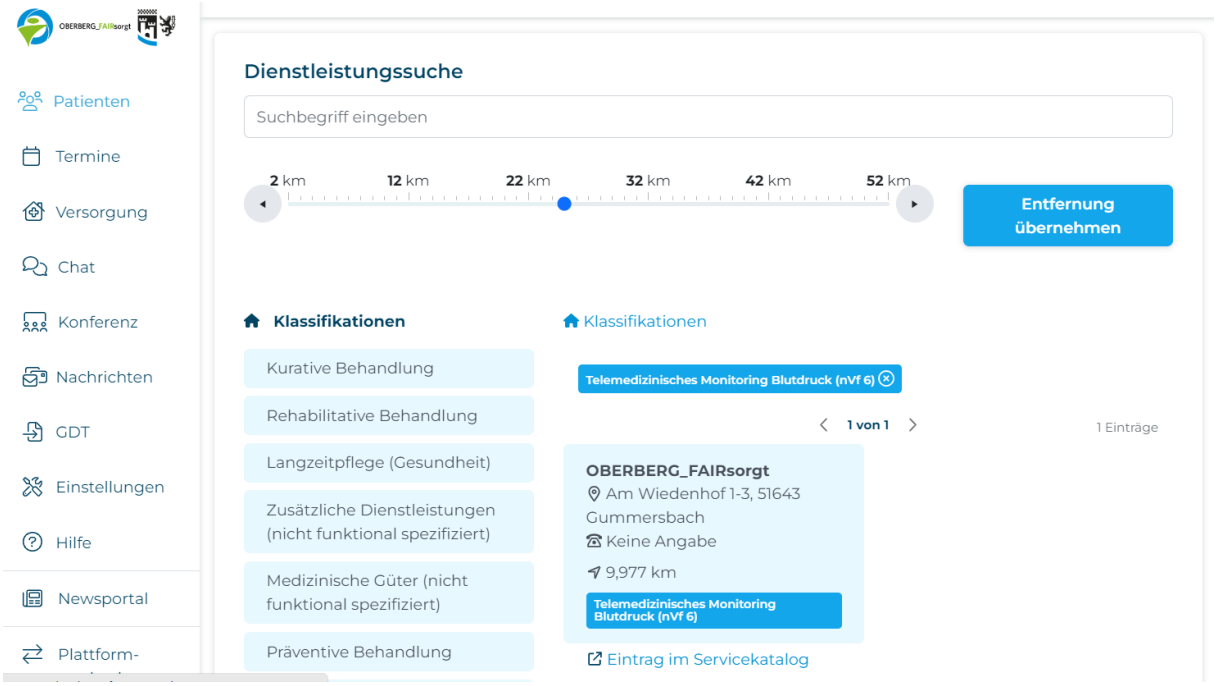
→ Tipp: mit der Maus nach unten scrollen, um die gesamte Auswahl zu sehen!



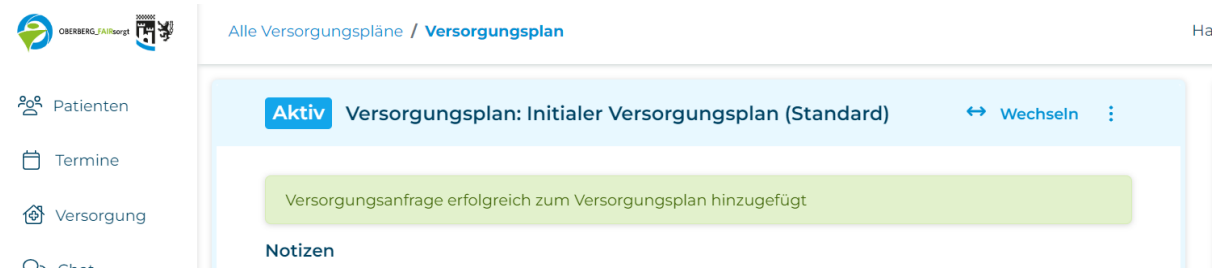
Schritt 5) **Gewünschtes Telemonitoring auswählen und anklicken** (hier: Blutdruck-Monitoring)

Es erscheint ein Eintrag aus dem Servicekatalog: OBERBERG_FAIRsorgt.

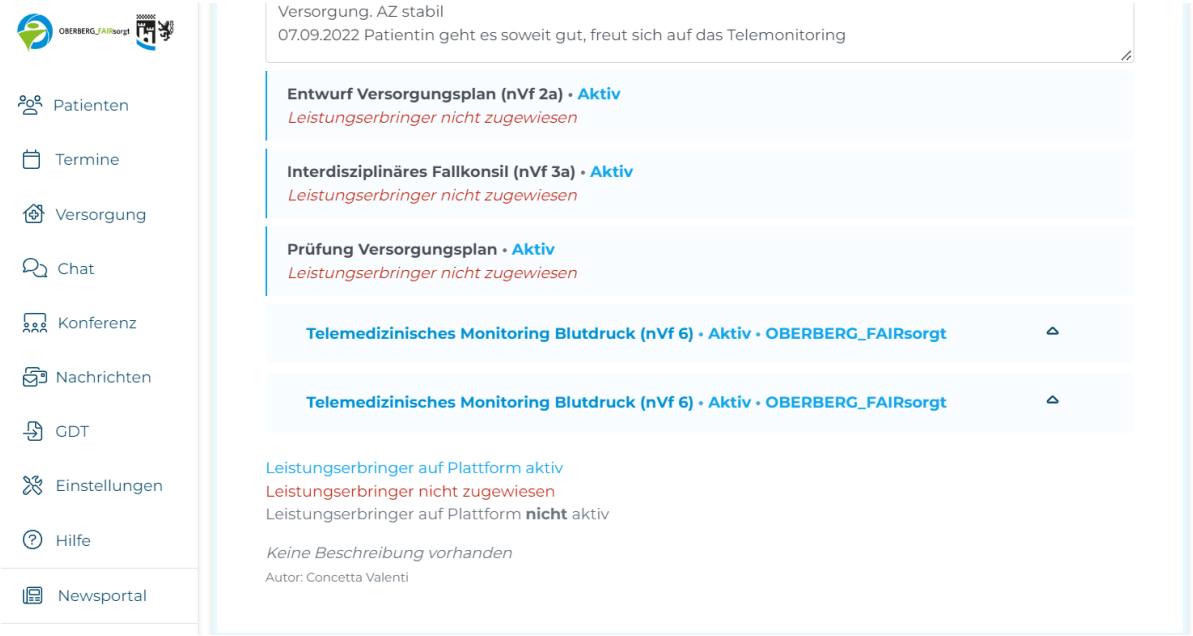
Bitte auswählen.



Es erscheint der Hinweis, dass die Versorgungsanfrage zum Versorgungsplan hinzugefügt wurde.



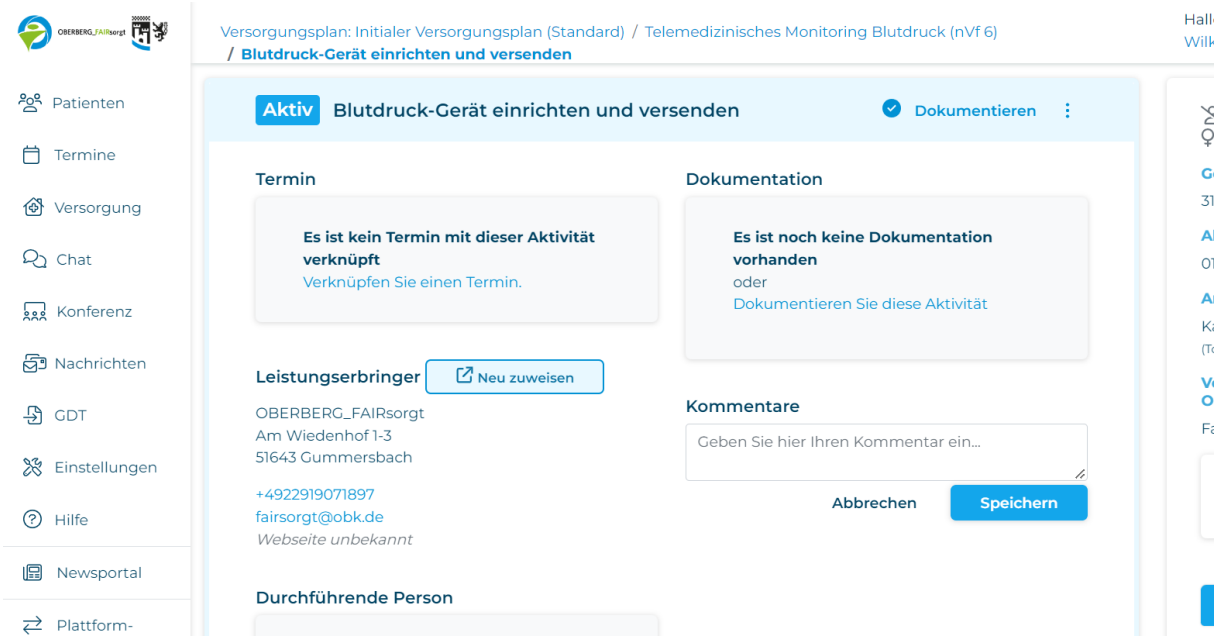
Die Versorgung erscheint unten in der Liste im Versorgungsplan (eigentlich nur 1 x)



Schritt 6) Gerät „einrichten und versenden“

Auf den „Auswahl-Pfeil“ auf der rechten Seite klicken. Es öffnet sich ein Detail-Fenster.

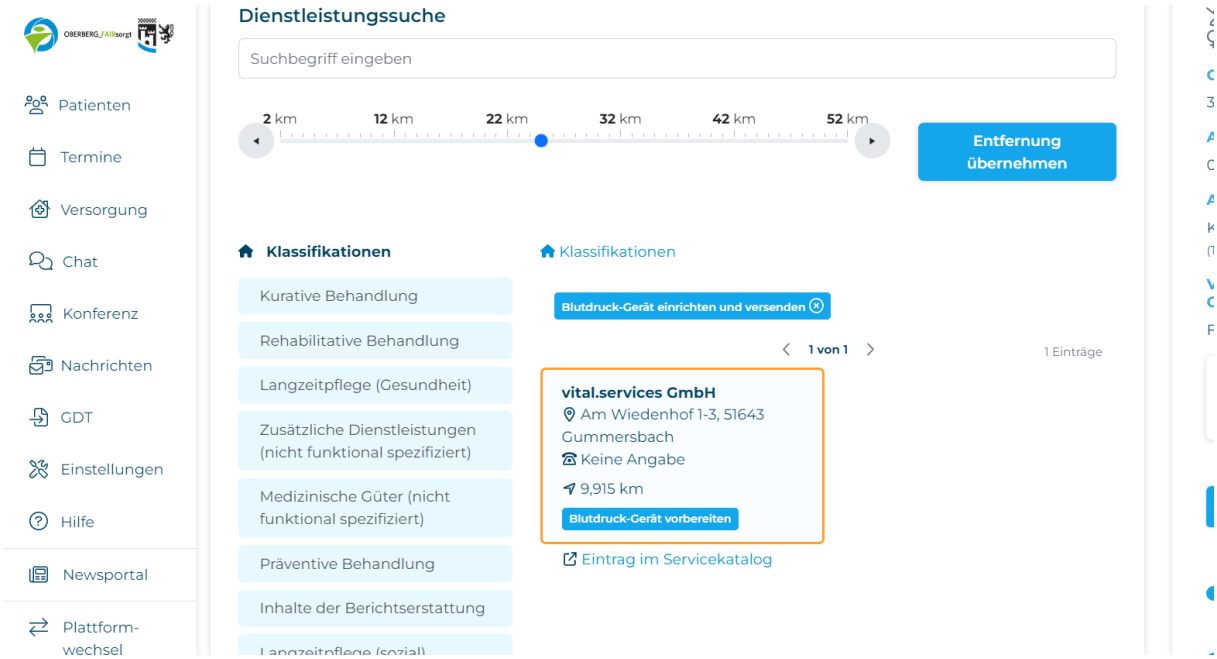
Auf „Gerät einrichten und versenden“ klicken. Es öffnet sich ein neues Fenster.



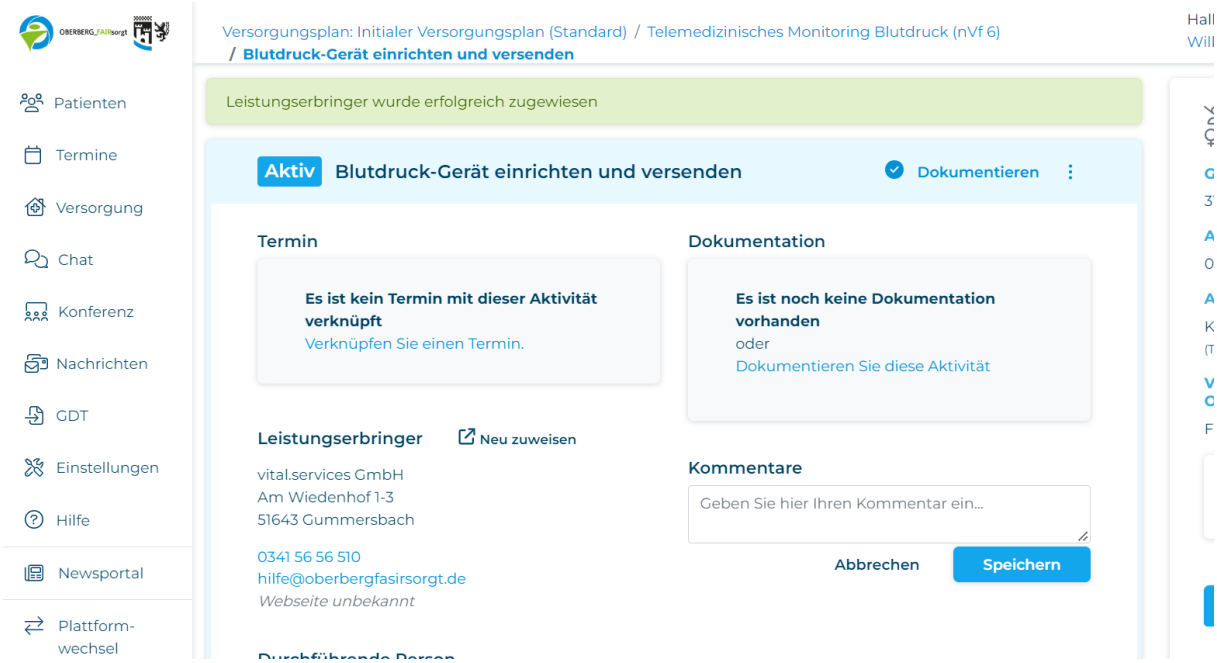
Hier den Leistungserbringer „neu zuweisen“ klicken

Es öffnet sich erneut ein Fenster mit einer Auswahlmöglichkeit:

vital.services GmbH. Bitte anklicken.



Es erscheint der Hinweis, dass der Leistungserbringer erfolgreich zugewiesen wurde.



FERTIG! Nun sieht die vital.services GmbH in ihren Versorgungsanfragen, dass ein Telemonitoring Gerät angefordert wird.

Wenn **dieser Vorgang bis Dienstag Abend** durchgeführt wurde,

wird **das Gerät vorbereitet und am Donnerstag versendet**,

so dass es **in der folgenden Woche bei OBERBERG_FAIRsorgt ankommt**

und der Patient in das Telemonitoring eingeführt werden kann.

Bei Fragen stehe ich Ihnen wie immer gerne zur Verfügung!

Herzliche Grüße,

Dr. med. Nesrin Wilke

Koordinierende Ärztin

Am Wiedenhof 1-3
51643 Gummersbach

Mobil 0151 44600866

nesrin.wilke@obk.de

Datenschutzkonzept Kommunikationsplattform

OBERBERG_FAIRsorgt

Exportiert am 15/03/2021

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung: Innovative Versorgungform 5
1.1 Geriatrisches Eingangsassessment 5
1.2 Erstellung des Versorgungsplan 5
1.3 Interdisziplinäres Fallkonsil 5
1.4 Erweiterte Erreichbarkeit 5
1.5 Elektive telemedizinische Fallkonferenz 6
1.6 Elektives telemedizinisches Monitoring 6
1.7 Wissenschaftliche Evaluation 6
2 Fachliche Organisatorische Hintergründe 7
3 Beschreibung und Zielsetzung 8
3.1 Ziele 8
3.2 Zweckbestimmung 8
3.3 Zu verarbeitende Daten 8
3.4 Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung 9
3.5 Datenverarbeitende Systeme 9
3.6 Lebenszyklus der personenbezogenen Daten 13
4 Akteure/ Beteiligte 37
4.1 Verantwortliche Stelle 37
4.2 Auftragsdatenverarbeitung 37
4.3 Teilnehmende Versorger/ Dienstleister 37
4.4 Teilnehmende Forscher 38
4.5 Zugriff durch Systemadministratoren 38
5 Datenschutzbezogene Anforderungen 39
5.1 Geeignetheit 39
5.2 Erforderlichkeit 39
5.3 Grundsatz der Datenverarbeitung und -sparsamkeit 39
5.4 Zweckbindung, Aufbewahrungsfristen 40
5.5 Betroffenenrechte 40
5.6 Gewährleistungsziele/ Schutzziele 41
5.7 Rechtskonformität 43
6 Implementierte Datenschutzmaßnahmen 45
6.1 Umsetzung des Grundsatz der Datenvermeidung und -sparsamkeit 45
6.2 Abwägung zwischen dem schutzwürdigen Interesse des Betroffenen und den eigenen Geschäftsinteressen 45
6.3 Gewährleistung von Betroffenenrechten 46
6.4 Maßnahmen zur Verteidigung der Gewährleistungsziele/ Schutzziele 49

6.5 Revisionsfähigkeit 52
7 Konzeptuelle Risikobetrachtung 53
7.1 Generelle Bedrohungen 53
7.2 Bedrohungen der verantwortlichen Stelle 53
7.3 Bedrohungen des Auftragsdatenverarbeiter 53
8 Mitgeltende Unterlagen 54

Dieses Datenschutzkonzept wurde für Kommunikationsplattform des Projektes: „OBERBERG_FAIRsorgt - Intersektoral vernetzte Betreuung Pflegebedürftiger im Oberbergischen Kreis“ erstellt. Das Projekt wird finanziert aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von neuen Versorgungsformen (§ 92a Abs. 1 SGB V, Förderkennzeichen: 01NVF18009).

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Ansprechpartner

Florian Meißner, vital.services GmbH
Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt

Telefon 0341 39298765
Fax 0341 392 987 66

Mobil 0151 684 423 19
meissner@vital-services.de[1]

1 mailto:meissner@vital-services.de

1 Einleitung: Innovative Versorgungform

OBERBERG_FAIRsorgt ist ein durch den Innovationsfonds des Bundes gefördertes Projekt mit dem Ziel die medizinische und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren im Oberbergischen Kreis zu verbessern. Es sollen sowohl ambulante als auch stationäre Versorgungslücken geschlossen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden. Ziel ist eine vernetzte und damit bedarfsgerechte Leistungserbringung, so dass Pflegebedürftige länger im eigenen Zuhause leben können und Krankentransporte sowie Krankenhausaufenthalte reduziert werden.

Um eine optimale Versorgung mit OBERBERG_FAIRsorgt zu gewährleisten, steht den beteiligten Leistungserbringern (z.B. Fallmanager, Pflegedienst, Hausarzt, Fachärzte, Therapeuten, Apotheker) sowie den Patienten selbst die Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt[2] zur Verfügung. Auf der Kommunikationsplattform werden zur Versorgungskoordination notwendige Daten und Gesundheitsdaten zum Patienten gespeichert. Für die Begleitung und Unterstützung im Rahmen des Versorgungsangebotes stehen dem Patienten Fallmanager zur Seite, diese koordinieren die notwendigen Versorgungsleistungen für den Patienten und schaffen damit eine neue Versorgungsform, die innerhalb des Projekt evaluiert wird.

Die neue Versorgungsform besteht für den Patienten aus den folgenden Bausteinen:

1.1 Geriatrisches Eingangsassessment

In diesem Baustein soll der aktueller Gesundheitszustand mit Hilfe von verschiedenen Tests erfasst werden. Die Tests werden von teilnehmenden Leistungserbringern (Hausarzt, Geriater oder Pflegedienst) durchgeführt. Führt ein Pflegedienst die Tests durch, begutachtet Ihr verantwortlicher Arzt das Ergebnis und stellt die Diagnose. Alle Ärzte und Pflegedienste nutzen das gleiche Testverfahren.

1.2 Erstellung des Versorgungsplan

Nachdem alle Tests abgeschlossen wurden und die Ergebnisse von Hausarzt und Fallmanager begutachtet wurden, wird ein individueller patientenspezifischer Versorgungsplan erstellt. Im Bedarfsfall werden weitere Leistungserbringer wie z.B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten hinzugezogen. Im Rahmen der Erstellung des Versorgungsplans wird auch des Medikation des Patienten berücksichtigt, ggf. wird zur weiteren Einschätzung ein Apotheker hinzugezogen. Wesentlicher Bestandteil des Versorgungsplanes zum Patienten sind dessen Bedarfe, eigenen Wünsche und Vorstellungen. Sofern sich der Gesundheitszustand des Patienten ändert, kümmert sich der Fallmanager um die Aktualisierung des Versorgungsplanes und eventuelle notwendige Abstimmungen zwischen den beteiligten Ärzten und weiteren Leistungserbringern.

1.3 Interdisziplinäres Fallkonsil

Das interdisziplinäre Fallkonsil ist ein fachlicher Austausch zwischen den in der individuellen Patientenversorgung beteiligten Ärzten und hinzugezogenen Leistungserbringern. Wann ein solcher Austausch notwendig ist, entscheidet der verantwortlicher Arzt in Abstimmung mit dem Fallmanager. In einem Fachgespräch wird geklärt, durch welche Maßnahmen, auch orientiert an den persönlichen Wünschen, der Gesundheitszustand des Patienten erhalten und verbessert werden kann.

1.4 Erweiterte Erreichbarkeit

Erweiterte Erreichbarkeit bedeutet, dass Patienten als Projektteilnehmer auch außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten einen Arzt erreichen können.

2 https://oberbergfairsorgt.de

1.5 Elektive telemedizinische Fallkonferenz

Für die Nutzung der Kommunikationsplattform können Patienten (sofern noch nicht vorhanden) ein digitales Gerät (z.B. ein Tablet, Handy) erhalten, um auf die digitale Plattform zugreifen zu können. Für die Verwendung ist ein kabelloser Internetzugriff notwendig. Benötigen Patienten Unterstützung bei der Handhabung der Plattform, gibt der Fallmanager des Pateinten entsprechende Unterstützung. Bei Bedarf können sich die an der Behandlung des Patienten beteiligten Leistungserbringer mithilfe der auf der Kommunikationsplattform vorgehaltenen Daten auch über räumliche Distanz hinweg fachlich austauschen. So wird gewährleistet, dass alle Maßnahmen optimal aufeinander abgestimmt sind.

Zusätzlich können Patienten die Kommunikationsplattform auch als Videosprechstunde nutzen. Das gibt ihnen die Möglichkeit, mit dem (Haus-)Arzt oder dem Pflegedienst direkt von zu Hause in Kontakt zu treten.

1.6 Elektives telemedizinisches Monitoring

Dieser Baustein ist besonders sinnvoll, wenn beispielsweise die Medikation des Patienten neu eingestellt werden muss oder bestimmte Werte und Symptome regelmäßig und engmaschig von verschiedenen (Fach-)Ärzten überprüft werden sollten. Die Messungen der Werte, beispielsweise des Gewichts, Blutdrucks, Blutzuckers, Herzfrequenz und der Sauerstoffsättigung führen Patienten mit Hilfe digitaler Geräte (z.B. eine digitale Uhr) durch. Die Messgeräte werden bedarfsweise kostenfrei zur Verfügung gestellt. Ziel dieser kontinuierlichen Überprüfung ist es, dass Patienten trotz neuer Medikation oder bei Veränderung des Gesundheitszustandes in der eigenen Häuslichkeit bleiben können und Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte möglichst reduziert werden.

1.7 Wissenschaftliche Evaluation

Die begleitende Versorgungsforschung wird evaluieren, ob die für das Projekt eingeschriebenen Patienten mit Hilfe der modularen Dienstleistungsstruktur länger zu Hause leben können und mehr Lebensqualität aufgrund geringerer Morbiditätsfolgen, einem gewährleisteten Rehabilitationsanspruch und einer verbesserten Versorgung im Pflegeheim, empfinden. Nicht nur sollen Behandlungskosten gesenkt, sondern auch die Behandlungsqualität erhöht und Ressourcen (insbesondere personelle) effektiver eingesetzt werden. Insbesondere soll die Zahl der Rettungstransporte und Krankenhausaufenthalte von Altenheimbewohnern signifikant reduziert werden. Diese Qualitätsverbesserungen ermöglichen eine erhöhte Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben und bewirken gleichzeitig eine Verlangsamung der Pflegegrad-Kaskade und damit eine Reduktion der Leistungszahlen.

Neben einer umfassenden Evaluation soll im Projekt bereits der Transfer des Versorgungsnetzwerkes konzipiert und ein Fahrplan zum Rollout in andere Teile der Region erstellt werden. Ein weiterer Transfer über die herausragende Auszeichnung als Referenzstandort „Integrierte Versorgung“ auf europäischer Ebene „EIP on AHA“ in andere Staaten der Europäischen Union ist möglich.

Die wissenschaftliche Evaluation (Auswertung) des Projekts wird durch die Universität zu Köln durchgeführt.

2 Fachliche Organisatorische Hintergründe

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen wird bis zum Jahr 2035 voraussichtlich 40 Prozent der Bevölkerung betreffen. Diese Entwicklung wird sich in dem ländlichen Raum stärker bemerkbar machen als in den Städten. Der damit verbundene Mehrbedarf kann durch die prognostizierten Strukturen innerhalb der professionellen Pflege nicht aufgefangen werden. Neben der zunehmenden Pflegebedürftigkeit wird im Alter auch eine intensivere medizinische Betreuung notwendig. Die Angehörigen der pflegedürftigen Patienten, die bereits heute über 70 Prozent der häuslichen Betreuung ausmachen, sind häufig überlastet und alleine gelassen, auch in ihrem Zugang zu Unterstützungsangeboten.

Hier setzt das Projekt OBERBERG_FAIRsorgt an: In der Modellregion Oberbergischer Kreis soll die bedarfsgerechte und (auch ethisch) angemessene Versorgung sichergestellt werden. Dazu gehören die ärztliche Betreuung außerhalb der Sprechstundenzeiten, die Beratungs- und Unterstützungsangebote zu Fragen der Pflege, sowie die Nutzung von Telemedizin. Dafür vernetzt OBERBERG_FAIRsorgt vorhandene Strukturen sowie handelnde Akteure vor Ort sektorenübergreifend innerhalb des Landkreises. Die Grundlage hierfür ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch Fallkonferenzen, der Austausch und die Verfügbarkeit der elektronischen Gesundheitsdaten wie z. B. des Medikationsplans und der Einsatz von digitalen Instrumenten.

Mit dem durch den INNOVATIONSFONDS geförderten Projekt „Oberberg_FAIRsorgt“ stellt sich der Oberbergische Kreis der Forderung zur stärkeren Einbindung der Kommunen als Gestaltungs- und Planungsinstanz im Gesundheitswesen. Der Landkreis will – unter Nutzung seiner gemeinwohlorientierten Stellung und durch Bündelung der knappen Ressourcen gemeinsam mit den Leistungserbringern des Gesundheitssystems – eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung konsentieren und als sektorenübergreifendes und populationsorientiertes Konzept umsetzen.

Zielgruppe der neuen Versorgungsform sind akut oder latent pflegebedürftige Senioren (über 65 Jahre) mit Wohnsitz in Oberberg, die aufgrund einer chronischer Erkrankung oder eines Pflegegrades einer dauerhaften medizinischen und/oder pflegerischen Versorgung bedürfen, und bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert sind.

Die aus dem Konzept resultierenden Angebote für die Patienten der zu versorgenden Population umfassen:

- Aufnahme und systematische Dokumentation der individuellen Ausgangsbedingungen der in das Modell einbezogenen Population
- Befundung und Diagnostik nach abgestimmten fachlichen Standards
- Abstimmung des jeweils individuellen Versorgungsplanes für den einzelnen Patienten unter den beteiligten Leistungserbringern
- individuell bedarfsgerechte ambulante Versorgung entsprechend den abgestimmten Leitlinien und Behandlungspfaden
- Überprüfung des individuellen Medikationsplanes auf Konsistenz
- Möglichkeit zu direkten Rückfragen beim Kompetenz-Zentrum des Netzwerkes
- Einsatz von Case-Managern, die sich um die Koordinierung komplexer Fälle kümmern und dabei auch die soziale Situation einbeziehen
- Angehörige von Patienten sollen in das Versorgungsgeschehen eingebunden werden

3 Beschreibung und Zielsetzung

3.1 Ziele

Mit der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt soll der Aufbau innovativer und sicherer Kommunikationswege, multidisziplinärer Behandlungsansätze sowie eine intersektorale und interdisziplinäre Patientenversorgung unterstützt werden. Im Besonderen soll

- ein umfassendes Krankheitsverständnis zum Patienten durch die Begleitung eines multiprofessionellen Teams vereinfacht werden.
- ein besserer Einblick zum jeweiligen Gesundheitszustand des Patienten ermöglicht werden.
- ein verbesserter Austausch zwischen Medizin und Pflege hergestellt werden.

3.2 Zweckbestimmung

Die Kommunikationsplattform ist ein netzwerkweites IT-gestütztes patientenzentriertes Dokumentations-, Kommunikations- und Koordinierungssystem. Mit diesen System werden nach Maßgabe der individuellen Bedarfe und aufgrund entsprechender Mandate der Patienten den am Netz beteiligten Akteuren die Teilnahme an dem für die arbeitsteilige Versorgung notwendigen Datenfluss erschlossen. Die kommunikative elektronische Vernetzung der Akteure soll nicht nur die Abstimmung zwischen Pflege und Medizin optimieren, sondern auch den ständigen Dialog mit Patienten und Angehörigen erleichtern.

3.3 Zu verarbeitende Daten

Bei dem betroffenen Personenkreis handelt es sich um an der Neuen Versorgungsform teilnehmende Patienten.

3.3.1 Versorgungsdaten

Als Versorgungsdaten werden die Daten bezeichnet, die für die Koordination und Versorgung des Patienten relevant sind. Sie stehen im unmittelbaren Behandlungskontext der Neuen Versorgungsformen, sind einrichtungsübergreifend und werden pseudonymisiert geführt.

Bei den Versorgungsdaten handelt es sich um

- Identifizierende Daten (IDAT)
  Sie enthalten demografische Daten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht sowie Kontaktinformationen), die eine eindeutige Identifikation des Patienten erlauben. Sie werden nicht im Register der Versorgungsdaten, sondern separat in einem Patientenregister gespeichert.
- Medizinische Daten (MDAT)
  Dazu gehören alle Daten, die über den Gesundheitsstatus und dessen Verlauf erfasst und verarbeitet werden, sie werden im Register der Versorgungsdaten gespeichert.
- Administrative Daten (ADAT)
  sind alle Daten, die zum reibungslosen Ablauf und zur Koordination der Patientenversorgung benötigt werden, sie werden im Register der Versorgungsdaten gespeichert.

Zur Aufrechterhaltung eines hohen Datenschutzniveaus werden die Daten pseudonymisiert, um den Patienten vor Rückidentifizierung zu schützen. Anstelle der identifizierenden Daten (IDAT) treten Pseudonyme. Diese logische Entkopplung zwischen identifizierenden Daten (IDAT) und medizinischen Daten (MDAT)/ administrativen Daten (ADAT) sichert, dass unberechtigte Personen nur unter hohem Aufwand an Mitteln und Zeit einen Bezug zwischen einem bestimmten Patienten und dessen Versorgungsinformationen herstellen können.

3.3.2 Studiendaten

Die im Rahmen der Versorgung erhobenen medizinischen Daten (MDAT) und administrativen Daten (ADAT) werden für die Qualitätssicherung der Behandlung, wissenschaftliche Zwecke und für eine Evaluation der Neuen Versorgungsform in einer eigenen Studiendatenbank getrennt von den Versorgungsdaten und unabhängig vom Master-Patienten-Index in pseudonymisierter Form gespeichert.

Für die Pseudonymisierung wird ein Pseudonym-Generator genutzt, er erzeugt für jeden Patienten ein unabhängiges Pseudonym zweiter Stufe (PSN_1). Der Pseudonym-Generator erzeugt außerdem organisationsspezifische Exportpseudonyme beim Export von Patientendaten (PSN_2), zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Versorgungsangebotes.

3.3.3 Schutzbedarf der Daten

Jede Verarbeitung personenbezogener Daten stellt einen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Das betrifft auch solche Verarbeitungen, die aus datenschutzrechtlicher Sicht zulässig sind, also auf der Basis einer gesetzlichen Grundlage oder einer wirksamen und informierten Einwilligung erfolgen.

Bei den im Rahmen der neuen Versorgungsform verarbeiteten Daten handelt es sich nach Art. 9 Abs. 2 DSGVO um die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten zum Zwecke der Gesundheitsvorsorge und erfordert grundsätzlich einem „hohen Schutzbedarf“. Diesem entsprechend bilden Standard-Sicherheitsmaßnahmen nach IT-Grundschutz einen Basisschutz, die durch zusätzliche geeignete Verfahren ergänzt sind.

3.4 Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Rechtsgrundlage für die Datenspeicherung und -verarbeitung erfolgt auf Basis der freiwilligen Einwilligung gemäß Art. 6.1a, der EU-Datenschutz-Grundverordnung. Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich nach einer informierten, schriftlichen Einwilligung.

Die Rechtsgrundlage zur Nutzung der erhobenen Patientendaten zur Patientenversorgung, Forschung und Qualitätssicherung bilden die nachfolgend genannten Gesetze.

Patientenversorgung: § 140a SGB V, §301 Abs. 1 SGB V.
Forschung: §27 Abs. 1 BDSG, Art. 89 EU-DSGVO.
Qualitätssicherung: §140a Abs. 2 SGB V.

3.5 Datenverarbeitende Systeme

3.5.1 Ecosystem GerontoNet

Im Ecosystem GerontoNet werden Dienste zur Verarbeitung und Visualisierung medizinischer und sozialer Stamm- und Verlaufsdaten zur bereichsübergreifenden Patientenversorgung bereitgestellt. Bei der technischen Realisierung wird der Ansatz einer dezentralen Architektur verfolgt, wodurch voneinander unabhängige Komponenten miteinander interagieren können. Die Komponenten, die patientenbezogene Daten verarbeiten oder deren Vertraulichkeit und Authentizität sichern, werden in den folgenden Absätzen detaillierter beschrieben.

3.5.1.1 Föderation

Mithilfe der Föderation wird der Zugriff auf Ressourcen und Daten für vertrauenswürdige Partner systemübergreifend ermöglicht. Die Föderation ermöglicht die verteilte Authentifizierung, sie kann vorhandene

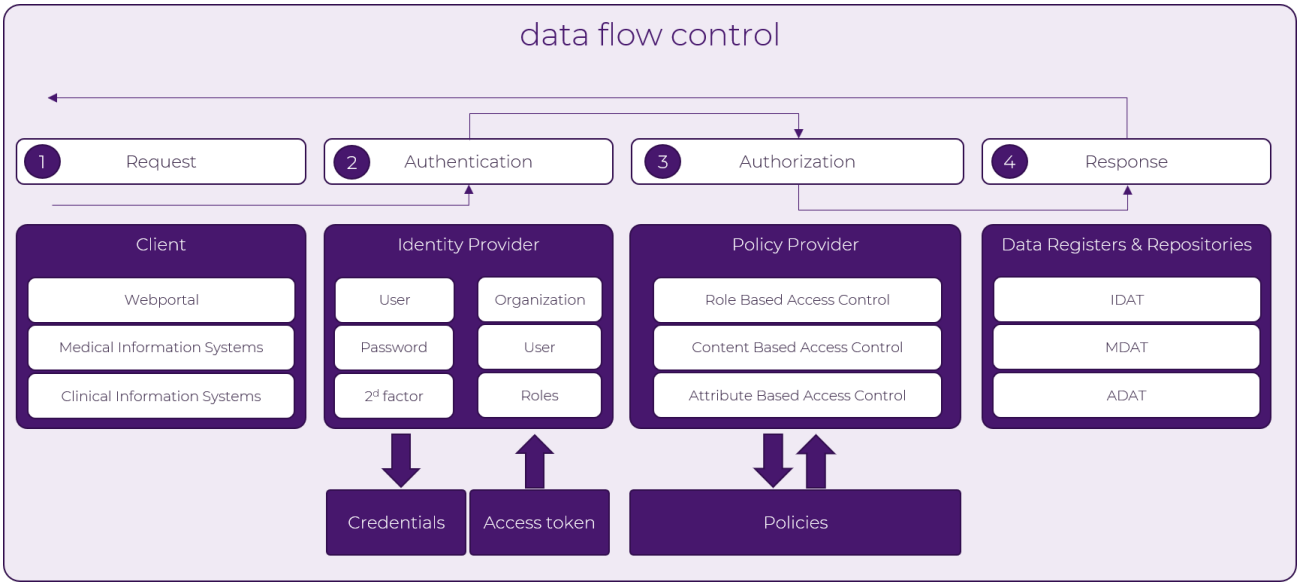
Benutzerverwaltungslösungen (Identity Provider) integrieren, um die in der Organisation verwendeten Benutzer und deren Rollen in die Nutzungsrechte im Ecosystem zu übersetzen.

GerontoNet gewährleistet mit der Föderation somit eine gemeinsame „Vertrauensumgebung“ (circle of trust) für verteilte IT-Systeme, so dass ein Benutzer nach einer einmaligen Authentifizierung auf alle Dienste und Informationen, für die er lokal berechtigt (autorisiert) ist. Die mehrfache Verwaltung von Benutzern und Rechten für die verschiedenen Dienste wird durch diese sog. Einmalanmeldung (Single Sign-on) vermieden.

3.5.1.2 Identitäts- und Berechtigungs-Management

Die konkreten Berechtigungen im Ecosystem GerontoNet werden durch einen Verzeichnis- und Berechtigungsdienst verwaltet. Berechtigungen zur Einsicht in patientenspezifische Informationen werden nur den direkt am Behandlungs- bzw. Versorgungsprozess beteiligten Personen bzw. Organisationen ermöglicht.

Das Identitäts- und Berechtigungs-Management besteht aus zwei technischen Komponenten. Der Identity Provider stellt einen als vertrauenswürdig akzeptierten Identitätsnachweis für authentifizierte Nutzer aus. Der Policy Provider liefert die für den aufrufenden Nutzer gültigen Berechtigungsregeln (Policy).



Identity Provider

Der Identity Provider verwaltet Benutzer und ihre Attribute (Rollen) und stellt Dienste zur sicheren Authentisierung für Organisationen zur Verfügung. Die Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt verfügt über einen eigenen Identity Provider, gegenüber den sich ein Benutzer authentisieren kann. Alternativ kann der Benutzer sich ebenfalls gegenüber den Identity Provider der eigenen Organisation authentisieren, wenn dieser in der Föderation des Ecosystem GerontoNet eingebunden ist.

In GerontoNet werden Benutzer systemübergreifend durch die Nutzung sogenannter Access token auf Basis des OAuth 2.0 Protokolls authentifiziert. Das Protokoll stellt sicher, dass Benutzer sich ausschließlich gegenüber des genutzten Identity Provider authentifizieren und der gesicherte Nachweis der Identität mittels des Access token systemübergreifend repräsentiert wird. Mittels des Access token werden die mit dem Nutzer verbundene Organisation und Benutzerrollen an den Policy Provider übergeben.

Über den Identity-Provider wird eine Zwei-Faktor-Authentifizierung auf Basis von TOTP-Richtlinien (Time-based One-time Password) gemäß RFC 6238 der Internet Engineering Task Force (IETF)[3] erzwungen.

Policy Provider

Der Policy Provider des Ecosystem ist für die Verwaltung der Berechtigungen in Form von Policies in einem Policy Repository zuständig. Berechtigungen sind an eine Benutzerrolle und einen bestimmten Zweck gebunden, sie steuern den Benutzerzugriff. Insbesondere gewährleistet der Policy Provider im datenschutzrechtlichen Kontext die Wahrung der unabdingbaren Patientenrechte. Für jedes einzelne patientenspezifische Informationselement müssen drei voneinander getrennte Anforderungen erfüllt sein:

1. Die Einwilligung des Patienten, dass die Organisation des Benutzers Einsicht erhält, muss vorliegen.
2. Der Benutzer muss der Rolle angehören, die Zugriff auf dieses Informationselement erhält.
3. Der Fallakten-Manager/ regionale Care–and–Case–Manager (RCCM) muss die Patientendaten zur Nutzung freigegeben haben.

Zugriffsberechtigungen werden rollenbasiert vergeben und mittels XACML-Standards (eXtensible Access Control Markup Language) im Policy-Provider definiert. Mittels dieses Standards werden rollenbasierte Zugriffsrechte (Role Based Access Control), inhaltsbasierende Zugriffsrechte (Content Based Access Control) und attributbasierte Zugriffsrechte (Attribute Based Access Control) zentral für das gesamte Ecosystem im Policy Repository definiert. Dieser generische Ansatz erlaubt es, mittels des Policy-Managements organisations-, rollen- oder auch personsspezifische Zugriffsrechte bis zur Eigenschaftsebene eines Informationselements zu definieren und die Zugriffsberechtigung mittels des Request-Response-Protokoll im gesamten Ecosystem zu überprüfen.

Rollenmanagement

Jeder Benutzer besitzt entsprechend seiner Funktion eine oder mehrere Rollen, die ihm individuell zugeordnet werden. Für die Definition der Zugriffsrechte werden Daten insbesondere nach ihrer Zuordnung zu der informationellen Einheit in der sie erhoben wurden, in identifizierende Daten (IDAT), medizinische Daten (MDAT) und administrative Daten (ADAT) klassifiziert.

Rollen in der Versorgung:

- Patient (IDAT, MDAT, ADAT)
- Related-Person-Contact (IDAT, MDAT, ADAT)
- Related-Person-Emergency (IDAT, MDAT, ADAT)
- Fallmanager/ Case Manager (IDAT, MDAT, ADAT)
- Arzt (IDAT, MDAT, ADAT)
- Pflege/ Pflegedienst (IDAT, MDAT, ADAT)
- Therapeut (IDAT, MDAT, ADAT)
- Patientenkoordinator Krankenhaus (IDAT, ADAT)
- Apotheke (IDAT, MDAT)
- Sanitätshaus (IDAT, MDAT, ADAT)
- Rettungsdienst (IDAT, MDAT, ADAT)
- Sozialamt (IDAT, ADAT)
- Clearingstelle (IDAT)
- Technischer Administrator (IDAT, MDAT, ADAT)
- Fallakten-Manager (IDAT, MDAT, ADAT)
- Servicekatalog organisatorischer Prüfer (keine)
- Servicekatalog fachlicher Prüfer (keine)
- Servicekatalog Nutzer (keine)

Rollen für Qualitätssicherung und Evaluation (ausschließlicher Zugriff auf Studiendatenbank):

3 https://tools.ietf.org/html/rfc6238

- Qualitätssicherung
- Forscher
- Technischer Administrator

3.5.1.3 Elektronische Fallakte

Jede am Versorgungsprozess teilnehmende Organisation ist verpflichtet, unabhängig von der elektronischen Fallakte, stets eine eigene primäre Dokumentation zu führen, bzw. die Kopie eines in der Fallakte bereitgestellten Dokuments für die eigene Dokumentation zu nutzen.

Die elektronische Fallakte enthält im Idealfall selbst keine eigenständigen Dokumente, sondern ist lediglich eine Sammlung von Referenzen auf Dokumente, die in anderen Systemen gespeichert sind. Der Zweck dieser Sammlung besteht darin, an der Patientenversorgung teilnehmende Organisationen schnell, kostengünstig, strukturiert und umfassend Zugang zu den entsprechenden und relevanten Informationen eines konkreten Versorgungsfalles eines Patienten zu ermöglichen.

In der Praxis muss jedoch davon ausgegangen werden, dass gerade kleine Organisationen nur in Ausnahmefällen über die notwendige technische Infrastruktur verfügen, welche die strengen Anforderungen eines Fallaktensystems erfüllt. Deshalb werden in diesem Fall Patientendaten in den Daten-Repositories von GerontoNet gespeichert und verarbeitet. Alle Daten werden versioniert gespeichert, d.h. geänderte und gelöschte Informationen bleiben in der Fallakte erhalten und können bis zur Auflösung der Akte wiederhergestellt werden.

Die elektronische Fallakte ist generell zugriffsbeschränkt. Die Zugriffe werden über den Policy-Provider gesteuert. Identifizierende Daten werden nicht in die Daten-Repositories, sondern direkt im Identitätsmanagement erfasst (Patientenregister). Die Kommunikation zwischen Identitätsmanagement, der zentralen Registry und der Daten-Repositories erfolgt über standardisierte Schnittstellen. Für den Benutzer erscheint die Eingabemaske des Identitätsmanagements integriert in der Benutzeroberfläche der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt.

3.5.1.4 Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt

Die Eingabe von Daten erfolgt an den Standorten der beteiligten Versorgungspartner über die webbasierte Benutzerschnittstelle der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt. Zusätzlich können Daten über Schnittstellen in der Fallakte des Ecosystem registriert bzw. gespeichert werden.

Datenfelder und Formulare sind in einem Metadaten-Repository bzw. Formular-Repository registriert und beschrieben.

3.5.2 Externe Systeme

3.5.2.1 Klinische Informationssysteme (KIS)/ Arztpraxisinformationssysteme (AIS), Pflegedokumentationssysteme (PDMS)

Bei den Informationssystemen der professionellen Gesundheitsdienstleister handelt es sich um mit Bestimmungen des Datenschutzes konforme Informationssysteme. Diese kommunizieren mit dem Ecosystem GerontoNet mittels standardisierter Nachrichtentypen und über gesicherte Transportverbindungen (VPN/ bzw. SSL-verschlüsselt). Können die bereitgestellten Schnittstellen nicht bedient werden, werden Dokumente manuell über das Webportal aus der bereitgestellten elektronischen Fallakte in die Primärsysteme zur Einhaltung der Dokumentationspflicht übertragen.

Dokumente, die zu Beweiszwecken archiviert werden müssen, werden in den Primärsystemen selbst vorgehalten, da die patientenspezifische Fallakte nur temporär vorgehalten wird und nach Ende des Bindungszwecks (Versorgungsangebot OBERBERG_FAIRsorgt), diese wieder aufgelöst und alle Patientendaten gelöscht werden.

3.6 Lebenszyklus der personenbezogenen Daten

3.6.1 Erheben, Sammeln der Daten

Daten von Patienten werden durch die teilnehmenden Versorger (Kooperationspartner) erhoben und verarbeitet, die direkt in die Patientenversorgung einbezogen sind. Die Daten werden auf folgende Weise erfasst:

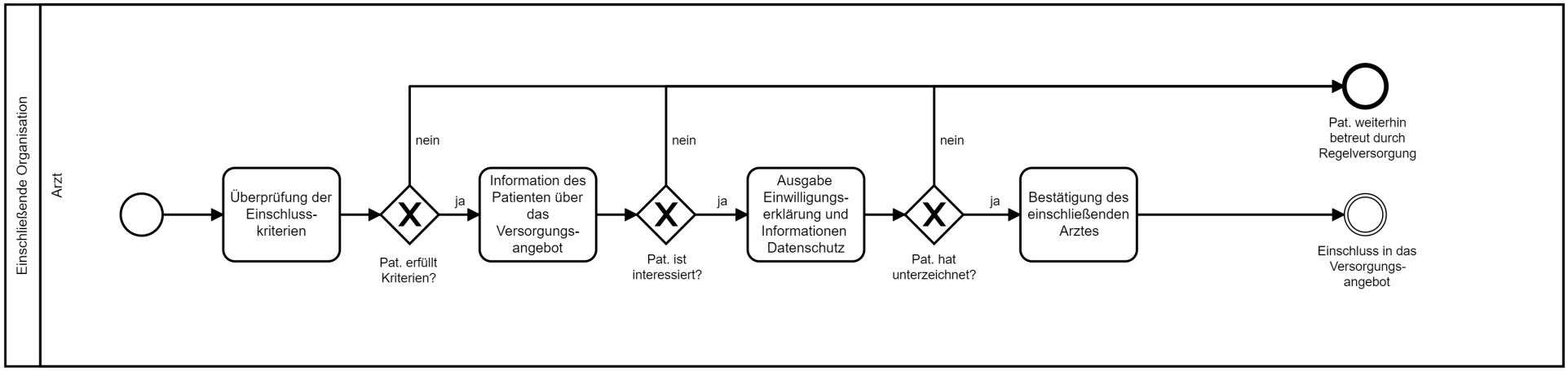
- manuell über die Weboberfläche des Web-Portals
- per Schnittstelle aus bestehenden Systemen (Klinische Informationssysteme (KIS)/ Arztpraxisinformationssysteme (AIS), Pflegedokumentationssysteme (PDMS)).

3.6.2 Datenverarbeitungsprozesse/ Verarbeitungstätigkeiten

Im folgenden Abschnitt werden die Datenflüsse der einzelnen Versorgungsprozesse schematisch den Verarbeitungstätigkeiten im Rahmen der neuen Versorgungsform zugeordnet. Die Details können dem Datenflussdiagramm und dem Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten in der Anlage entnommen werden.

3.6.2.1 00 Patienteneinschluss

Prozessübersicht



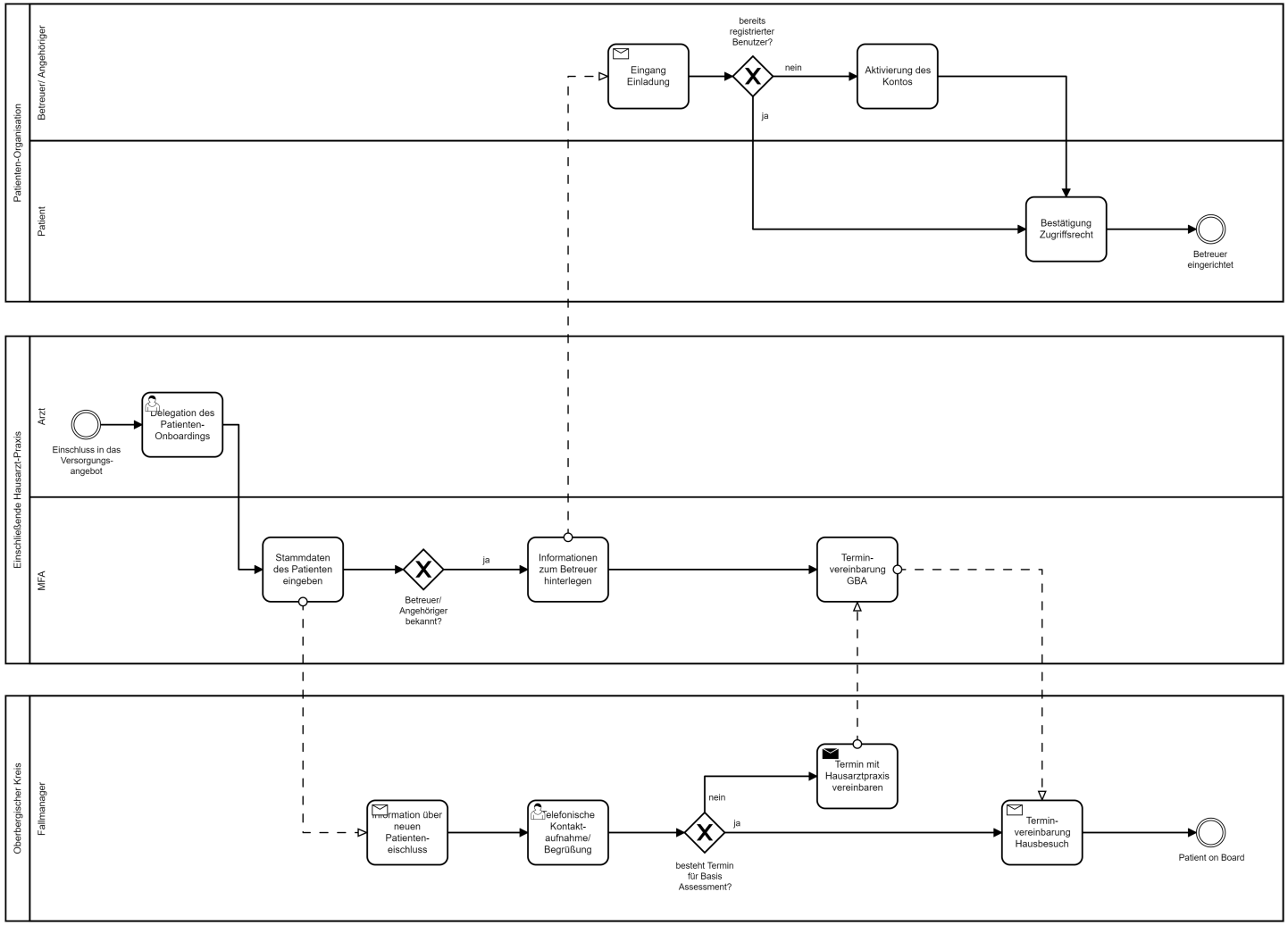
Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
1.1	Überprüfung der Einschlusskriterien	Voranmeldung Patient	keine Datenübertragung						

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
1.2	Information des Patienten über das Versorgungsangebot	Voranmeldung Patient							
1.2	Ausgabe Einwilligungserklärung und Informationen Datenschutz	Voranmeldung Patient							
1.3	Bestätigung des einschließenden Arztes	Eröffnung der Fallakte	IDAT	Kontaktinformation (Name/ Telefon-Nummer/ Email)	hoch	Hausarztpraxis	AIS/ PMS	Kommunikations-plattform	Patienten-Register
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation identifizierende Daten	IDAT	pseudonymisierte Patientendaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3.6.2.2 01 Onboarding Patient

Prozessübersicht


Patienten-Organisation
Betreuer/ Angehöriger
Patient
Eingang Einladung
bereits registrierter Benutzer?
nein
ja
Aktivierung des Kontos
Bestätigung Zugriffsrecht
Betreuer eingerichtet
Einschließende Hausarzt-Praxis
Arzt
MFA
Einschluss in das Versorgungs-angebot
Delegation des Patienten-Onboardings
Stammdaten des Patienten eingeben
Betreuer/ Angehöriger bekannt?
ja
Informationen zum Betreuer hinterlegen
Termin-vereinbarung GBA
Oberbergischer Kreis
Fallmanager
Information über neuen Patienten-eischluss
Telefonische Kontakt-aufnahme/ Begrüßung
besteht Termin für Basis Assessment?
nein
ja
Termin mit Hausarztpraxis vereinbaren
Termin-vereinbarung Hausbesuch
Patient on Board

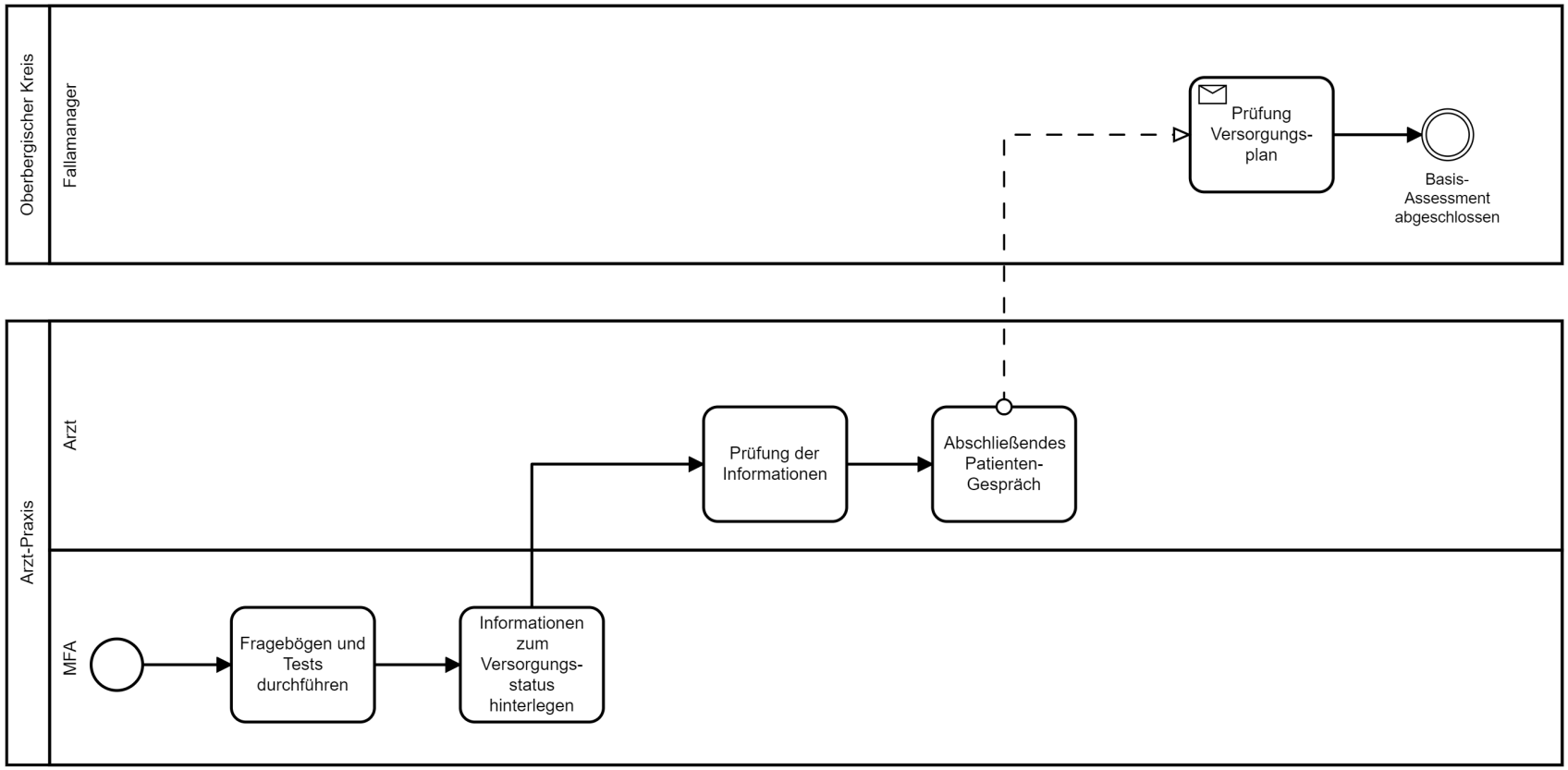
Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
2.1	Delegation des Patienten-Onboardings	Voranmeldung Patient	keine Datenübertragung						
2.2	Stammdaten des Patienten übertragen	Eröffnung der Fallakte	IDAT	Kontaktinformation (Name/ Telefon-Nummer/ Email)	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	AIS/ PMS	Kommunikations-plattform	Patienten-Register
2.2a	Informationen zum Betreuer hinterlegen	Eröffnung der Fallakte	IDAT	Kontaktinformation (Name/ Telefon-Nummer/ Email)	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Patienten-Register
2.3	Information über neuen Patienten-Einschluss	Eröffnung der Fallakte	ADAT	Prozessdaten	Gering	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
2.4	Telefonische Kontaktaufnahme/ Begrüßung	Einleitung Versorgung	ADAT	Prozessdaten	Gering	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
2.5	Termin mit Hausarztpraxis vereinbaren	Einleitung Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
2.6	Terminvereinbarung Hausbesuch	Einleitung Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
X2	Qualitätssicherung	Transformation identifizierende Daten	IDAT	pseudonymisierte Patientendaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3.6.2.3 02 Basis Assessment

Prozessübersicht

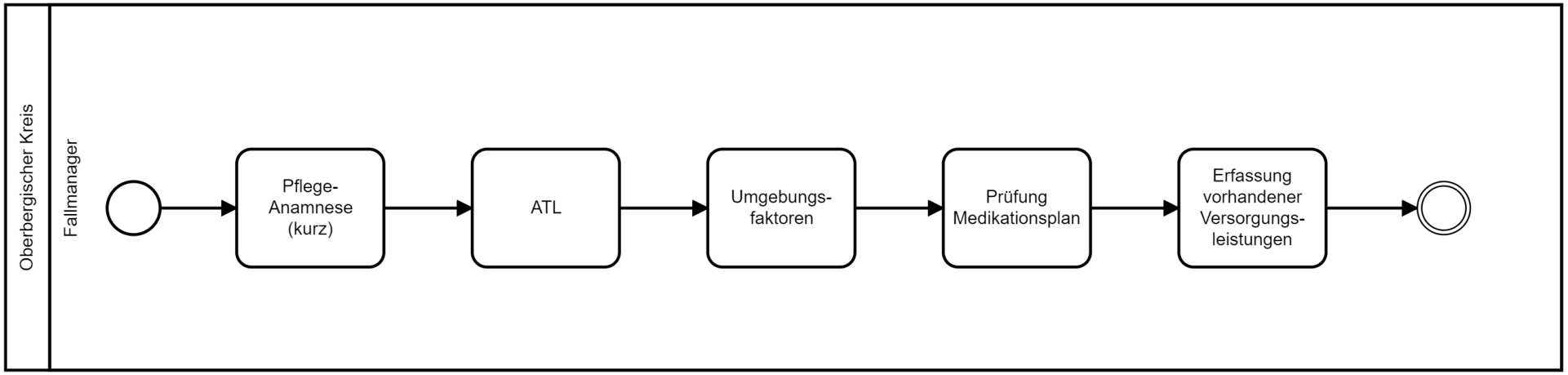


Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
3.1	Fragebögen und Tests durchführen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
3.2	Informationen zum Versorgungsstatus hinterlegen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
3.3	Prüfung der Informationen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse, Versorgungsinformationen	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
3.4	Abschließendes Patienten-Gespräch	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Versorgungsinformationen	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
3.5	Prüfung Versorgungsplan	Einleitung Versorgung	MDAT	Assessment-Ergebnisse, Versorgungsinformationen	hoch	Fallamanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	MDAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3.6.2.4 03 Initialer Hausbesuch

Prozessübersicht



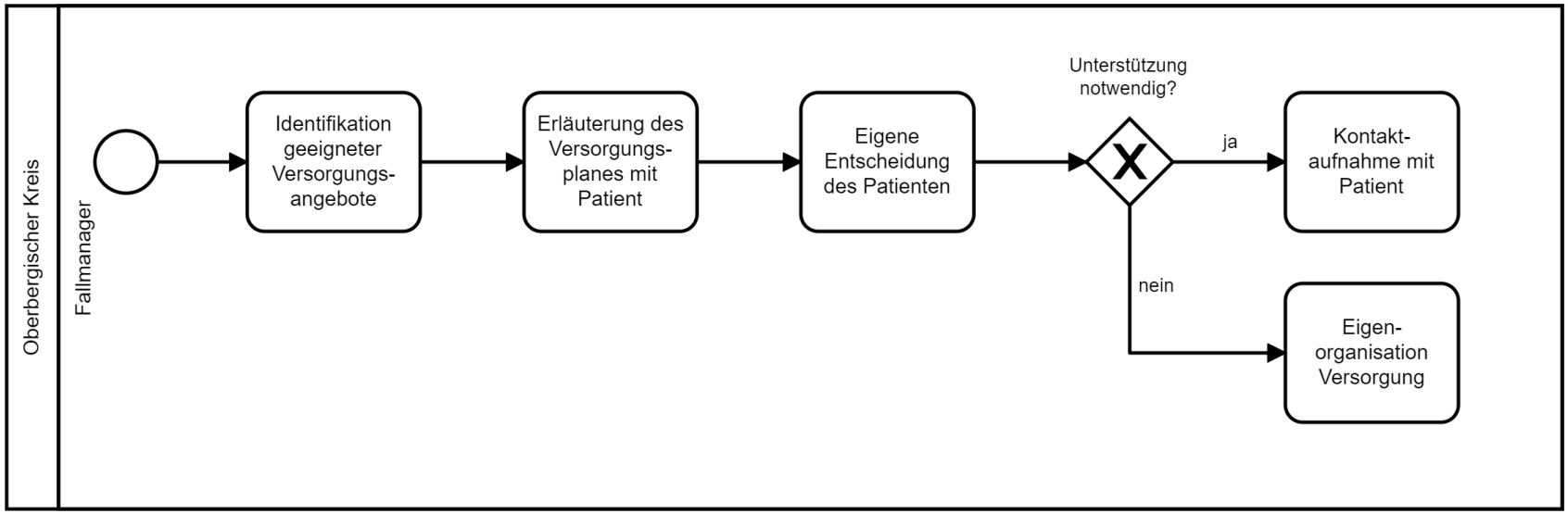
Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
4.1	Pflege-Anamnese (kurz)	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
4.2	Erhebung Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
4.3	Erhebung Umgebungsfaktoren	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
4.4	Prüfung Medikationsplan	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Medikation	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
4.5	Erfassung vorhandener Versorgungs-leistungen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	MDAT, ADAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten und Versorgungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3.6.2.5 04 Initiale Versorgungsplanung

Prozessübersicht



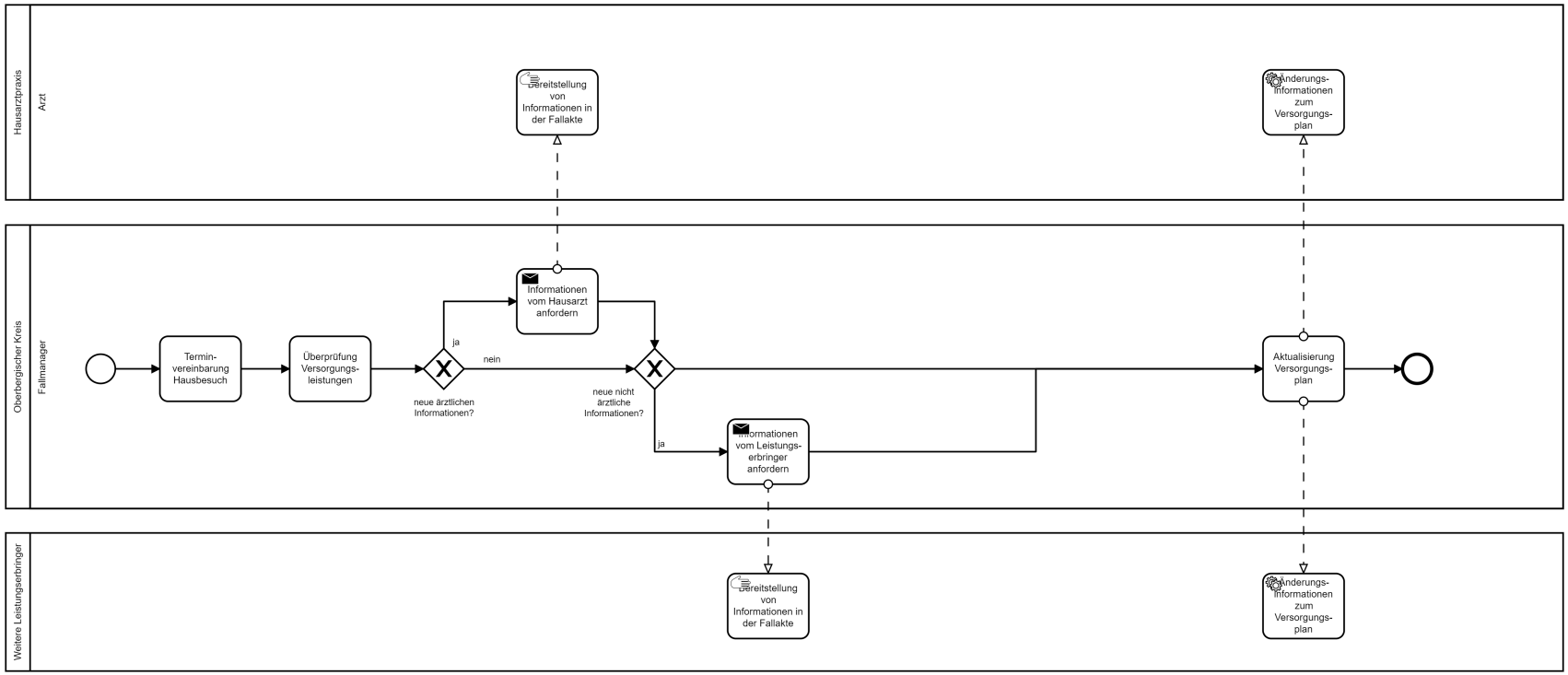
Verarbeitende Tätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
5.1	Identifikation geeigneter Versorgungs-angebote	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
5.2	Erläuterung des Versorgungsplanes mit Patient	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
5.3	Eigene Entscheidung des Patienten	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
5.4 a	Kontaktaufnahme mit Patient	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
5.4 b	Eigenorganisation Versorgung	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	ADAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3.6.2.6 05 Regelmäßige Kontaktaufnahme

Prozessübersicht



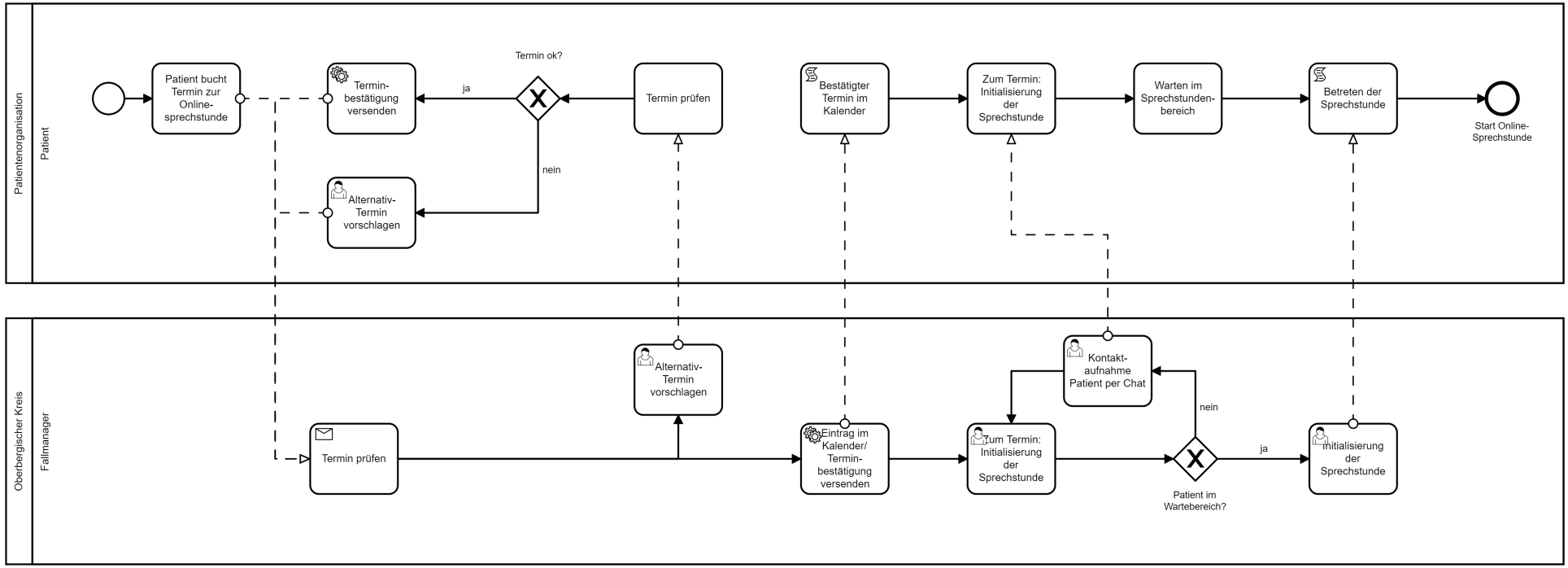
Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
6.1	Terminvereinbarung Hausbesuch	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.2	Überprüfung Versorgungs-leistungen	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.3	Informationen vom Hausarzt anfordern	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.4	Bereitstellung von Informationen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Untersuchungsergebnisse, Berichte	hoch	Hausarzt	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.5	Informationen vom Leistungserbringer anfordern	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	übrige Leistungserbringer	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.6	Bereitstellung von Informationen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Untersuchungsergebnisse, Berichte	hoch	übrige Leistungserbringer	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.7	Aktualisierung Versorgungsplan	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.8	Änderungsinformationen zum Versorgungsplan	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	MDAT, ADAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten und Abrechnungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3.6.2.7 06 Online-Sprechstunde

Prozessübersicht



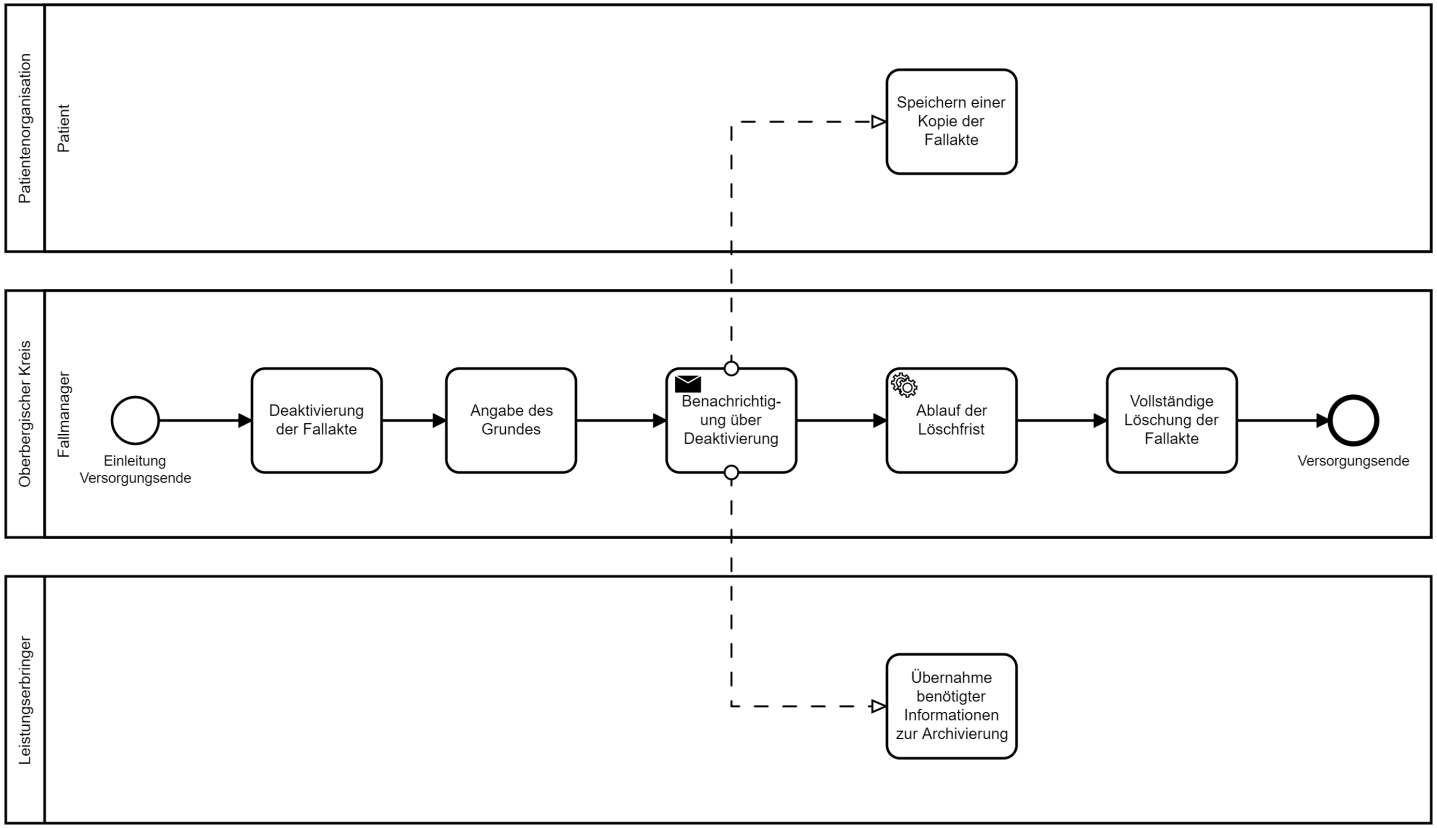
Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
7.1	Patient bucht Termin zur Onlinesprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.2	Termin prüfen	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.3	Alternativ-Termin vorschlagen	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.4	Eintrag im Kalender/ Terminbestätigung versenden	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallamanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.5	Zum Termin: Initialisierung der Sprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallamanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.6	Kontaktaufnahme Patient per Chat	Koordination der Versorgung	ADAT	Nachrichten	Normal	Fallamanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.7	Initialisierung der Sprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.8	Betreten der Sprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.9	Ende der Sprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	ADAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3.6.2.8 07 Ende der Versorgung

Prozessübersicht



Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
8.1	Deaktivierung der Fallakte	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.2	Angabe des Grundes	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.3	Benachrichtigung über Deaktivierung	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.4	Übernahme benötigter Informationen zur Archivierung	Koordination der Versorgung	ADAT, MDAT	Versorgungsinformationen	Hoch	übrige Leistungserbringer	Fallakte	übrige Leistungserbringer	AIS/ PMS
8.5	Speichern einer Kopie der Fallakte	Koordination der Versorgung	ADAT, MDAT	Versorgungsinformationen	Hoch	Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.6	Ablauf der Löschfrist	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.7	Vollständige Löschung der Fallakte	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	System	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	ADAT, MDAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3.6.3 Verwendung der Daten

Zur Verarbeitung patientenbezogener Daten werden diese Datenverarbeitende Systeme(see page 9) eingesetzt.

3.6.4 Speichern der Daten

Die Komponenten des Ecosystem GerontoNet werden in einem Datacenter am Standort Leipzig betrieben und unterliegen ausschließlich den Gesetzen der Bundesrepublik Deutschland. Das Datacenter ist zertifiziert nach ISO 27001 und erfüllt die Anforderung des IT-Grundschutzes.

3.6.5 Maßnahmen zur Zugriffsverhinderung

Der Betreiber der Kommunikationsplattform trifft geeignete Maßnahmen zum Schutz vor personenbezogenen Daten nach dem Stand der Technik entsprechenden Sicherheits- und Verschlüsselungsverfahren. Die Details können dem Kapitel 6 Implementierte Datenschutzmaßnahmen(see page 45) entnommen werden.

Die konkreten Berechtigungen für den Zugriff auf Patientendaten werden durch im Verzeichnis- und Berechtigungsdienst (Policy Provider)(see page 9) verwaltet. Berechtigungen zur Einsicht in patientenspezifische Informationen werden nur den direkt am Behandlungs- bzw. Versorgungsprozess beteiligten Personen bzw. Organisationen ermöglicht.

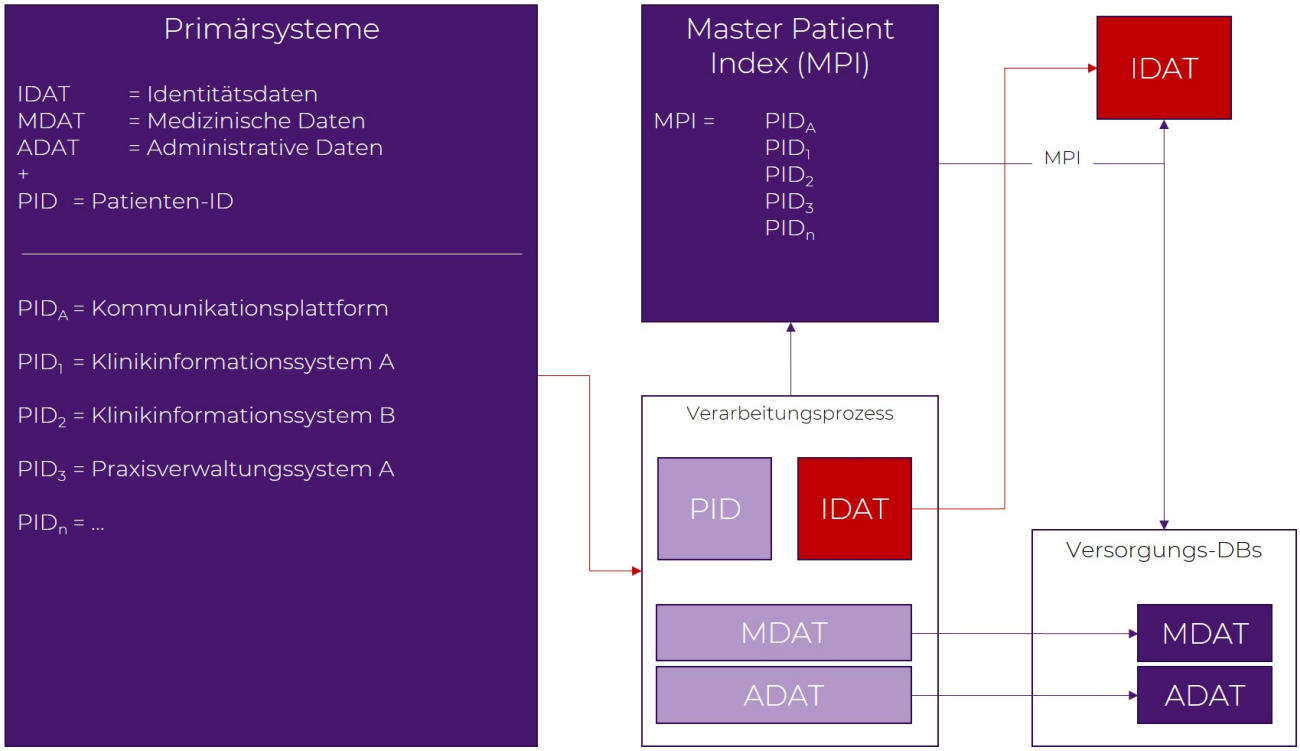
3.6.5.1 Pseudonymisieren

Zur Aufrechterhaltung eines hohen Datenschutzniveaus ist die Pseudonymisierung ein notwendiger Schritt, um den Patienten vor nicht autorisierter Identifizierung zu schützen. Anstelle seiner identifizierenden Daten (IDAT) treten Pseudonyme.

Dieser Vorgang entspricht den Maßstäben der in §71 Abs. 1 BDSG beschriebenen Vorgaben zur Technikgestaltung. Diese Pseudonymisierung ist ein technisches Verfahren, in dem der Name des Patienten vollständig durch ein geeignetes Pseudonym ersetzt wird und somit die Zuordnung einer pseudonymisierten Versorgungsinformation zu einem Klarnamen wesentlich erschwert wird. Die Patientendaten stehen dann zwar noch immer unter einem hohen Schutzbedarf, müssen dann aber nicht mehr zwingend in besonders hohem Maße geschützt werden.

Um sicher zu stellen, dass die Patientendaten auch aus verschiedenen Quellen zuverlässig und sicher einzelnen Patienten zugeordnet werden können, nutzt das Ecosystem GerontoNet einen Master Patient Index (MPI). Er gleicht bei der Übermittlung von Patientendaten die Stammdaten aus dem Primärsystem ab und ordnet sie bei Übereinstimmung einem Patienten zu.

Der MPI an sich ist nur dem internen Identiy Provider bekannt, er steht zu keiner Zeit einem Anwender oder angebundenen technischen System zur Verfügung. Zur systeminternen Patientenidentifikation wird eine eigene Patientenidentifikations-ID (PID_A) vergeben. Sie wird mit den erhobenen Patientendaten im jeweiligen Daten-Repository gespeichert, und bei Notwendigkeit über den MPI zugeordnet.



Da Patientendaten behandlungsnah lokal erfasst werden und um eine Verwechslungsgefahr zu minimieren, können Patientendaten mit den IDAT in der jeweiligen Benutzeroberfläche zusammen angezeigt werden. Dies geschieht mithilfe der lokalen Identifikatoren der Primärsysteme (PID_A bzw. PID_n) die mittels des Master-Patienten-Index temporär und ohne Speicherung mit den IDAT verknüpft werden. So wird sichergestellt, dass die Zuordnung zwischen dem Master-Patienten-Index und den IDAT des Patienten außerhalb des Identitätsmanagements nicht bekannt wird.

4 Akteure/ Beteiligte

4.1 Verantwortliche Stelle

Verantwortliche Stelle im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist der Oberbergische Kreis – Der Landrat, Moltkestraße 42, 51643 Gummersbach
Telefon 02261-88-0, E-Mail: datenschutz@obk.de[4]

4.2 Auftragsdatenverarbeitung

Im Rahmen der Auftragsdatenverarbeitung wird die Kommunikationsplattform durch den folgenden Betreiber bereitgestellt und betrieben:

vital.services GmbH
Dittrichring 4
04109 Leipzig

Ansprechpartner: Florian Meißner
Telefon: 0341 392 987 65
Email: meissner@vital-services.de[5]

4.2.1 Grundsätzliche Einstellung des Betreibers zum Datenschutz

Der Schutz personenbezogener Daten ist der Geschäftsführung der vital.services GmbH ein wichtiges Anliegen. Die Erfüllung hoher Anforderungen an Datensicherheit und Datenschutz zählt zu unserer Geschäftsphilosophie und wird als Vorteil im Wettbewerb verstanden. Deshalb verarbeiten wir die personenbezogenen Daten unserer Kunden, Mitarbeiter sowie Geschäftspartner in Übereinstimmung mit den anwendbaren Rechtsvorschriften zum Schutz personenbezogener Daten und zur Datensicherheit.

In unserer Unternehmensrichtlinie zur Datenschutz-Organisation (Version 5 vom 05.12.2019) wird beschrieben, wie wir die Sicherheit und Vertraulichkeit der Daten gewährleisten und wie betroffene Personen Kontakt mit uns aufnehmen können, wenn sie Fragen zu unserer Datenschutzpraxis haben.

Jeder unserer Mitarbeiter, der Umgang mit personenbezogenen Daten hat, ist auf einen vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Daten und die Einhaltung unserer Richtlinien verpflichtet. Mitarbeiter, die besonderen Geheimhaltungsverpflichtungen (z.B. Einhaltung der Schweigepflicht nach §203 StGB) unterliegen, werden von den Vorgesetzen ergänzend schriftlich verpflichtet.

Über Verfahren, die den Umgang mit personenbezogenen Daten betreffen, führen wir ein Verzeichnis von Verarbeitungen gemäß Art. 30 Abs. 1 EU-DSGVO.

4.3 Teilnehmende Versorger/ Dienstleister

Versorgungsdaten können von den in § 203 StGB genannten „schweigepflichtigen Personenkreis“ eingesehen werden. Hierzu zählen Angehörige anderer Heilberufe und Gesundheitsfachberufe, deren Ausbildung oder Berufsbezeichnung staatlich geregelt sind (z. B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Angehörige der Pflegeberufe). Gleiches gilt für die berufsmäßig tätigen Gehilfen der Ärzte und sonstigen Heilberufe, wie Medizinische Fachangestellte (MFA) oder medizinisch-technische Assistenten.

4 mailto:datenschutz@obk.de
5 mailto:meissner@vital-services.de

Personen, die nicht diesem Personenkreis angehören und trotzdem Zugriff auf die Daten erhalten sollen, werden zur Einhaltung der Schweigepflicht nach §203 StGB schriftlich verpflichtet.

4.4 Teilnehmende Forscher

Teilnehmende Forscher sind die Personen, die Zugriff auf in der Versorgung erhobene Daten (MDAT/ ADAT) als pseudonymisierte Studiendaten zur Qualitätssicherung der Behandlung, wissenschaftliche Zwecke und für eine Evaluation der neuen Versorgungsform über die bereitstehende Studiendatenbank haben.

Zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Versorgungsangebotes werden Patientendaten in der Studiendatenbank getrennt von den Versorgungsdaten und unabhängig vom Master-Patienten-Index in pseudonymisierter Form gespeichert. Hierfür wird ein unabhängiges Pseudonym zweiter Stufe (PSN_1) zur Speicherung verwandt.

Zum Export werden Patientendaten nochmals mit einem organisationsspezifisches Exportpseudonym (PSN_2) codiert, um die Möglichkeit eines nachträglichen organisationsübergreifenden Zusammenführens unterschiedlicher Exporte zu verhindern.

Aufgrund dieser Maßnahmen können PSN_1 und PSN_2 nur durch die verantwortliche Stelle aufgelöst werden. Ein solcher Fall muss begründet und im Interesse des Patienten sein, zudem ist dies zu dokumentieren und die beteiligten Versorgungspartner sind zu informieren.

Aus pseudonymisierten Patientendaten werden faktisch anonymisierte Patientendaten, sobald der Behandlungsfall abgeschlossen ist, die Fallakte aufgelöst und darin enthalten Informationen gelöscht werden. Eine Re-Identifikation einzelner Patienten ist ab diesem Zeitpunkt auch für die verantwortliche Stelle nicht mehr möglich.

4.5 Zugriff durch Systemadministratoren

Die gespeicherten Patientendaten können prinzipbedingt von den Administratoren des Betreibers eingesehen werden. Hierzu sind jedoch spezielle administrative Rechte notwendig. Zugriffe auf die Daten durch Administratoren dürfen nur erfolgen, wenn dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben zwingend erforderlich ist und dies entsprechend dokumentiert ist.

5 Datenschutzbezogene Anforderungen

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist mit Hilfe informationstechnischer Verfahren datenschutzrechtlich danach zu beurteilen, ob sie auf einer ausreichenden Rechtsgrundlage erfolgt. In diesem Kapitel werden die Anforderungen dargelegt, die aus den verschiedenen normativen Regelungen des Datenschutzes resultieren. Die Erstellung der folgenden SOLL-Vorgaben zur Umsetzung der datenschutzkonformen Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung von personenbezogenen Daten erfolgte unter Zuhilfenahme des Standard-Datenschutzmodell in der Version 2.0b herausgegeben von dem Arbeitskreis Technik der Konferenz der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder.

5.1 Geeignetheit

Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Daten ist grundsätzlich verboten. Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn es eine ausdrückliche gesetzliche Regelung dafür gibt oder die Betroffenen in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt haben. Die informierte Einwilligung des Patienten ist zu dokumentieren.

Organisationen dürfen nur dann personenbezogene Daten verarbeiten, wenn sie technische und organisatorische Maßnahmen treffen, die die Sicherheits- und Schutzanforderungen des BDSG gewährleisten. Insbesondere bedeutet dies auch, sicherzustellen, dass kein Unberechtigter auf die Daten zugreifen kann und entsprechende Zugangs- und Zugriffskontrollen eingerichtet sind. Nach der Datenerhebung gilt es, die Daten schnellstmöglich zu anonymisieren bzw. zu pseudonymisieren. Von einer Anonymisierung sollte nur dann abgesehen werden, wenn der Zweck der Datenverarbeitung dagegenspricht oder die Anonymisierung nicht möglich ist.

5.2 Erforderlichkeit

Grundsätzlich sind Informationen/ personenbezogene Daten nur dann zu erheben, wenn Sie der Zielerreichung dienen. Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist nur erforderlich, wenn die jeweilige Aufgabe ohne Datenerhebung, -verarbeitung und -übermittlung nicht vollständig erfüllt werden kann. Dazu zählt auch, dass die Aufgabe auf andere Weise nur unter unverhältnismäßig großen Schwierigkeiten, mit einem unvertretbar höheren Aufwand oder verspätet erfüllt werden könnte.

Die Erforderlichkeit setzt die Geeignetheit voraus, das heißt Daten, die zur Erreichung des Verarbeitungszieles überhaupt nicht geeignet sind, sind schon von daher auch nicht erforderlich. Systemseitig sind Vorkehrungen zu treffen, dass die Daten zum frühestmöglichen Zeitpunkt gelöscht oder zumindest der Personenbezug durch Anonymisierung aufgehoben oder durch Pseudonymisierung gelockert werden kann.

5.3 Grundsatz der Datenverarbeitung und -sparsamkeit

Der Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit gebietet, schon im Vorfeld bei der Entwicklung und Auswahl von Datenverarbeitungssystemen. Bei der Ausgestaltung der konkreten Datenverarbeitungsprozesse darauf hinzuwirken, dass keine oder möglichst wenig personenbezogene Daten verarbeitet werden.

Dieses sogenannte „privacy-by-design“-Prinzip gibt damit vor, dass das Entstehen von Daten mit Personenbezug oder Personenbeziehbarkeit von vornherein auszuschließen oder auf ein Minimum zu beschränken ist. Dieser Ansatz ist Ausdruck eines erweiterten Verständnisses von Datenschutz, der den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit für die Datenverarbeitung einzelfallübergreifend mit Handlungsvorgaben für die System- und Verfahrensausgestaltung konkretisiert.

5.4 Zweckbindung, Aufbewahrungsfristen

Das Gebot der Zweckbindung soll sicherstellen, dass Daten nur für den Zweck verarbeitet werden, für den sie erhoben worden sind (Zweckidentität). Der Zweck der Datenverarbeitung folgt aus der jeweiligen Aufgabe, zu deren Erfüllung die Daten erhoben wurden. Eine Datenverarbeitung zu einem anderen als dem ursprünglich festgelegten Zweck ist als Zweckänderung oder Zweckdurchbrechung nur auf gesetzlicher Grundlage oder dann zulässig, wenn der Betroffene eingewilligt hat.

Ein striktes Verbot der Zweckänderung besteht für Daten, die ausschließlich zur Datensicherung oder zur Sicherstellung des ordnungsgemäßen Betriebs einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

5.5 Betroffenenrechte

Nach Art. 13 der EU-DSGVO ist geregelt, dass betroffene Personen vor allem

- die Kontaktdaten des Verantwortlichen der verarbeitenden Stelle,
- der Zweck und die Dauer der Datenverarbeitung,
- Auskunfts- und Widerspruchsrechte
- die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung
- und eine nachvollziehbare Interessenabwägung

mitgeteilt werden. Allgemein muss der Betroffene über alle Betroffenenrechte informiert werden, also über das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch und auf Datenübertragbarkeit. Die Informationspflicht besteht nur dann nicht, wenn der Betroffene im Falle einer Datenverarbeitung bereits über die erforderlichen Informationen verfügt. Hierfür trägt die verantwortliche Stelle die Beweislast.

5.5.1 Recht auf Auskunft

Betroffene verfügen über ein Auskunftsrecht und dem damit verbundenen Recht in angemessenen Ab-ständen Auskunft über die Datenverarbeitung, vor allem über den Zweck, darüber welche Daten verarbeitet werden und über den Empfänger zu verlangen.

5.5.2 Aushändigung einer Kopie der Daten/ Datenübertragbarkeit

Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO) beinhaltet für den Betroffenen die Möglichkeit gespeicherte Daten auf einen anderen Anbieter übertragen zu lassen.

5.5.3 Recht zum Widerspruch bzgl. der Datennutzung

Betroffene Personen haben das Recht, der Datennutzung zu widersprechen und von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden. In diesem Fall ist die Verantwortliche Stelle verpflichtet, personenbezogene Daten unverzüglich zu löschen.

5.5.4 Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung

Zu den Korrekturrechten (Art. 16 EU-DSGVO) der Betroffenen gehört der Anspruch auf Berichtigung, Löschung und Sperrung der zu ihrer Person gespeicherten Daten. Unrichtige Daten beeinträchtigen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung genauso wie unrechtmäßig erhobene Daten und sind da-her unverzüglich zu berichtigen.

Die Pflicht zur Berichtigung besteht unabhängig davon, ob der Betroffene einen Anspruch geltend macht. Die speichernde Stelle hat die Daten zu löschen, wenn die Speicherung nicht zulässig oder für die Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich ist. Dabei bedeutet Löschen die Unkenntlichmachung von Daten, sodass sie für niemanden mehr zugänglich sind.

Die Löschung hat unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, zu erfolgen. Wenn Aufbewahrungspflichten bestehen oder wenn anzunehmen ist, dass schutzwürdige Interessen des Betroffenen durch die Löschung beeinträchtigt werden, tritt an die Stelle der Löschung eine Sperrung. Daten sind außerdem zu sperren, wenn ihre Richtigkeit nicht eindeutig ist oder die Sperrung von dem Betroffenen verlangt wird.

In §35 Abs. 3 BDSG ist definiert, unter welchen Umständen an Stelle der Löschung eine Sperrung der Daten treten kann. Dies ist u. a. dann der Fall, wenn einer Löschung gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen oder wenn eine Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich ist. Sofern Daten gelöscht oder als gesperrt gekennzeichnet werden, ist dies in geeigneter Art und Weise zu dokumentieren.

Für wissenschaftliche Auswertungen hat ein Widerruf keine Auswirkung auf bereits publizierte, aggregierte Auswertungen. Diese beruhen auf einem Datensatz, der zum Zeitpunkt der Auswertung rechtlich korrekt verarbeitet wurde. Zudem lassen statistische Analysen und abstrahierte Darstellungen qualitativer Ergebnisse keinen Rückschluss auf einzelne Personen zu. Für spätere Auswertungen kann aber nur der bereinigte Datensatz verwendet werden. Dass nur ein bereinigter Datensatz verwendet wird, ist in der datenverarbeitenden Stelle sicherzustellen.

5.5.5 Verpflichtung Betroffene bzgl. Datenpannen zu informieren

Grundsätzlich ist jede Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten an die zuständige Aufsichtsbehörde und den Betroffenen zu melden. Eine Ausnahme besteht nach Art 33 Abs. 1 EU-DSGVO nur dann, wenn die Datenpanne voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen führte.

5.5.6 Anspruch auf Anrufung der Datenschutzkontrollinstanz

Patienten haben das Recht sich bei Verdacht auf Rechtsverletzung bei der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten an die zuständige Kontrollstelle zu wenden.

5.6 Gewährleistungsziele/ Schutzziele

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung verlangt neben dem rechtlichen Schutz der personenbezogenen Daten eine angemessene Datensicherheit. Gestaltungsziele der informationstechnischen Sicherheit sind Vertraulichkeit, Authentizität, Integrität, Verfügbarkeit, Transparenz und Revisionsfähigkeit.

5.6.1 Wahrung der Vertraulichkeit

Das Gewährleistungsziel Vertraulichkeit bezeichnet die Anforderung, dass keine Person personenbezogene Daten unbefugt zur Kenntnis nehmen kann. Unbefugte sind nicht nur Dritte außerhalb der verantwortlichen Stelle, mögen sie mit oder ohne kriminelle Absicht handeln, sondern auch Beschäftigte von technischen Dienstleistern, die zur Erbringung der Dienstleistung keinen Zugriff zu personenbezogenen Daten benötigen, oder Personen in Organisationseinheiten, die keinerlei inhaltlichen Bezug zu einem Verfahren oder zu der oder dem jeweiligen Betroffenen haben.

5.6.2 Authentizität (Zurechenbarkeit)

Das Gewährleistungsziel der Authentizität beschreibt die Anforderung, dass personenbezogene Daten ihrem Ursprung gesichert zugeordnet werden können. Personenbezogene Daten müssen daher jeder-zeit ihrem Ursprung zugeordnet werden können. Dabei ist zu unterscheiden zwischen dem Identitätsnachweis (die Kommunikationspartner weisen sich zweifelsfrei aus) und dem Herkunftsnachweis (der Absender weist nach, dass eine Nachricht von ihm stammt und nicht verändert wurde).

Mit der Authentisierung sollen unberechtigte Zugriffe erkannt und abgewehrt werden sowie sensible Daten bei der Übertragung über Netze geschützt bleiben. Dazu sind Verfahren erforderlich, die allen Beteiligten die Feststellung der Identität ihrer Kommunikationspartner unmissverständlich ermöglichen.

5.6.3 Integrität der Daten

Das Gewährleistungsziel Integrität bezeichnet einerseits die Anforderung, dass informations-technische Prozesse und Systeme die Spezifikationen kontinuierlich einhalten, die zur Ausübung ihrer zweckbestimmten Funktionen für sie festgelegt wurden. Integrität bezeichnet andererseits die Eigenschaft, dass die zu verarbeitenden Daten unversehrt, vollständig und aktuell bleiben. Abweichungen von diesen Eigenschaften müssen ausgeschlossen werden oder zumindest feststellbar sein, damit sie berücksichtigt bzw. korrigiert werden können.

Verantwortliche Stellen sind verpflichtet, technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, damit nachträglich überprüft und festgestellt werden kann, wer welche personenbezogenen Daten zu welcher Zeit eingegeben bzw. übermittelt hat. Auch Versuche missbräuchlicher Verarbeitung müssen nachträglich untersucht werden können. Mit einer Protokollierung wird einer missbräuchlichen Verwendung personenbezogener Daten vorgebeugt, weil keiner darauf vertrauen kann, dass Verstöße unentdeckt bleiben.

Mit der Protokollierung entstehen besondere Sammlungen personenbezogener Daten über Nutzerinnen und Nutzer. Daraus lassen sich Nutzerprofile ableiten oder Listen über Auffälligkeiten erstellen. Das Datenschutzrecht lässt das jedoch ohne Einwilligung der Betroffenen grundsätzlich nicht zu. Protokolldaten dürfen nur zu Zwecken genutzt werden, die Anlass für ihre Speicherung waren, und dürfen nicht für andere Zwecke verarbeitet werden. Im Einzelfall ist eine Auswertung der Protokolldaten zur Aufdeckung von Missbräuchen zulässig. Die Zweckbindung der Protokollierung muss daher technisch und organisatorisch sichergestellt werden.

5.6.4 Verfügbarkeit

Das Gewährleistungsziel Verfügbarkeit bezeichnet die Anforderung, dass personenbezogene Daten zur Verfügung stehen müssen und ordnungsgemäß im vorgesehenen Prozess verwendet werden können. Dazu müssen sie im Zugriff von Berechtigten liegen und die vorgesehenen Methoden zu deren Verarbeitung müssen auf sie angewendet werden können. Das setzt voraus, dass die Methoden mit den vorliegenden Datenformaten umgehen können.

Die Verfügbarkeit umfasst die konkrete Auffindbarkeit von Daten, die Fähigkeit der verwendeten technischen Systeme, Daten auch für Menschen zugänglich angemessen darzustellen und die inhaltliche Interpretierbarkeit der Daten.

5.6.5 Intervenierbarkeit (Eingreifbarkeit)

Das Gewährleistungsziel Intervenierbarkeit bezeichnet die Anforderung, dass den Betroffenen die ihnen zustehenden Rechte auf Benachrichtigung, Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung jederzeit wirksam gewährt und die verarbeitende Stelle verpflichtet ist, die entsprechenden Maßnahmen umzusetzen. Dazu müssen die für die Verarbeitungsprozesse verantwortlichen Stellen jederzeit in der Lage sein, in die Datenverarbeitung vom Erheben bis zum Löschen der Daten einzugreifen.

5.6.6 Nichtverkettbarkeit (Zweckbindung)

Das Gewährleistungsziel Nichtverkettung bezeichnet die Anforderung, dass Daten nur für den Zweck verarbeitet und ausgewertet werden können, für den sie erhoben werden.

5.6.7 Transparenz

Das Gewährleistungsziel Transparenz bezeichnet die Anforderung, dass in einem unterschiedlichen Maße sowohl Betroffene, als auch die Betreiber von Systemen sowie zuständige Kontrollinstanzen erkennen können, welche Daten für welchen Zweck in einem Verfahren erhoben und verarbeitet werden, welche Systeme und Prozesse dafür

genutzt werden, wohin die Daten zu welchem Zweck fließen und wer die rechtliche Verantwortung für die Daten und Systeme in den verschiedenen Phasen einer Datenverarbeitung besitzt. Transparenz ist somit für die Beobachtung und Steuerung von Daten, Prozessen und Systemen von ihrer Entstehung bis zu ihrer Löschung erforderlich und eine Voraussetzung dafür, dass eine Datenverarbeitung rechtskonform betrieben und in diese, soweit erforderlich, von Betroffenen informiert eingewilligt werden kann. Transparenz der gesamten Datenverarbeitung und der beteiligten Instanzen kann dazu beitragen, dass insbesondere Betroffene und Kontrollinstanzen Mängel erkennen und ggf. entsprechende Verfahrensänderungen einfordern können.

5.6.8 Validität

Die Validität der erhobenen, gespeicherten, übermittelten oder sonst verarbeiteten Daten muss gewährleistet sein, d.h. personenbezogene Daten müssen aktuell in der für den Nutzungszweck angemessenen Qualität verarbeitet werden.

5.6.9 Nutzungsfestlegungen

Datenverarbeitungssysteme müssen es ermöglichen, für jede patientenbezogene Information den Nutzerkreis sowie abgestufte Nutzungsrechte festzulegen und Nutzungsausschlüsse zu definieren. Zugriffsvoraussetzung sind wie bei der Informationslieferung die fachliche Qualifikation der beteiligten Akteure ein Berechtigungskonzept sowie die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten.

5.7 Rechtskonformität

5.7.1 Allgemeines

Für eine rechtmäßige Verarbeitung personenbezogener Daten muss mindestens eine der in Art. 6 Abs. 1 EU-DSGVO genannten Bedingungen vorliegen. Gesundheitsdaten zählen zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 Abs. 1 EU-DSGVO und schreibt für die Verarbeitung zusätzliche Voraussetzungen vor. So ist eine Verarbeitung nur zulässig, wenn neben einem Erlaubnistatbestand nach Art. 6 Abs. 1 EU-DSGVO zusätzlich ein Fall des Art. 9 Abs. 2 EU-DSGVO Recht vorliegt.

5.7.2 Rechtssicherheit/ Gerichtsverwertbarkeit der Datenverarbeitung

Für jeden Verarbeitungsvorgang und dessen Ergebnisse ist der Verursachende bzw. Verantwortliche beweiskräftig nachweispflichtig. Die notwendige Voraussetzung für die Gewährleistung der Rechtssicherheit ist die Gewährleistung der Revisionsfähigkeit.

5.7.3 Nicht-Abstreitbarkeit von Datenübermittlungen

Die Nicht-Abstreitbarkeit des Sendens und des Empfangens von patientenbezogenen Informationen muss gewährleistet sein. Einerseits ist zu gewährleisten, dass der Sender patientenbezogener Informationen sicher sein kann, dass diese Information seinen Empfänger erreicht hat, und er darf nicht abstreiten können, genau diese Informationen an genau diesen Empfänger gesendet zu haben. Andererseits muss der Empfänger patientenbezogener Informationen sicher sein können, genau die Informationen von einem bestimmten Sender empfangen zu haben, und er darf nicht abstreiten können, genau die Informationen von einem bestimmten Sender empfangen zu haben. Die Nicht-Abstreitbarkeit ist eine Voraussetzung der Revisionsfähigkeit.

5.7.4 Revisionsfähigkeit/ Beweisfestigkeit von Datenverarbeitungen

Das Gewährleistungsziel der Revisionsfähigkeit beschreibt die Anforderung, dass festgestellt werden kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise verarbeitet hat. Es nimmt sowohl ändernde Verarbeitungen als auch Nutzungen und bloße Kenntnisnahmen in Betracht. Auch dieses Gewährleistungsziel ist in

das umfassendere Ziel der Gewährleistung der Transparenz der Verarbeitung einzuordnen und nur unter Wahrung der Integrität der Verknüpfung zwischen Datenbestand und Verarbeitungsnachweis zu erreichen.

6 Implementierte Datenschutzmaßnahmen

6.1 Umsetzung des Grundsatz der Datenvermeidung und -sparsamkeit

Der beste Datenschutz besteht darin, keine oder möglichst wenige personenbezogene Daten zu verarbeiten und zu speichern. Daher wird im Rahmen der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt der Umfang der Datenspeicherung auf ein wesentliches und notwendiges Maß zu beschränkt. Nach dem Ansatz „privacy-by-design“ werden ausschließlich personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und übertragen, die zur Durchführung der Versorgung und dessen Qualitätssicherung notwendig sind.

Die allgemeine Tendenz zur Zentralisierung von Daten an einem Punkt bietet viele Vorteile, stellt jedoch hohe Anforderungen an Maßnahmen zur Verhinderung des Datenmissbrauchs. Um das Risiko des Datenmissbrauchs auf technischer Ebene bereits zu minimieren, basiert das Ecosystem GerontoNet auf dem Ansatz föderierter verteilter IT-Systeme. Das heißt, Informationen werden nur in den technischen Systemen gespeichert und verarbeitet, in denen sie benötigt werden. Zwischen einzelnen Systemen werden personenbezogene Daten nur dann übertragen, wenn es zwingend notwendig ist. Dadurch ist gewährleistet, dass Daten im Rahmen der technischen Machbarkeit unter der Kontrolle der Personen gehalten werden, die sie erstellt haben, sie aber dennoch für berechtigte Personen zur Nutzung zur Verfügung stehen.

Mit dem Einsatz der elektronischen Fallakte wird zudem die Verhältnismäßigkeit der Datenverarbeitung gesichert. Es erhalten ausschließlich Benutzer Zugriff auf personenbezogenen Daten die unmittelbar im Behandlungskontext stehen. Dem allgemeinen Missbrauchsrisiko wird so entgegengewirkt, da ausschließlich in der Versorgung beteiligte Akteure Zugriff auf Daten/ Informationen erhalten. Ergänzend hierzu werden Versorgungsdaten für beteiligte Akteure in der elektronischen Fallakte vorgehalten, eine Rückübertragung von Daten in Primärsysteme erfolgt ausschließlich zu Abrechnungszwecken (Übermittlung des Abrechnungsgrundes) bzw. zu Dokumentationszwecken (Archivierung). Nach Ende des Versorgungsauftrages wird die Fallakte im Gegensatz zur elektronischen Patientenakte aufgelöst und alle Versorgungsdaten rückstandslos gelöscht.

6.2 Abwägung zwischen dem schutzwürdigen Interesse des Betroffenen und den eigenen Geschäftsinteressen

Patienten werden umfassend über Art und Weise der Datenerhebung, den Zweck sowie seine Patientenrechte im Rahmen der informierten Einwilligung aufgeklärt (vgl. Anlage "Einwilligungserklärung OBERBERG_FAIRsorgt"). Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich mit dem Einverständnis des Patienten sowie unter dessen Mitwirkung unter Berücksichtigung des Rechts auf informelle Selbstbestimmung.

Die Teilnahme der Patienten an der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt ist freiwillig und zum Vorteil des Patienten stellen die Vertragspartner eine an dem Versorgungsbedarf orientierte Zusammenarbeit sicher. Zur Koordination zwischen den Versorgungspartnern müssen die Regelungen zur integrierten Versorgung (§140 SGB V) berücksichtigt werden. Diesen Anforderungen folgend, ist eine ausreichende Dokumentation für alle an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich. Leistungserbringer können aus der gemeinsamen Dokumentation die den Patienten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde jedoch nur dann abrufen, wenn der Patient ihnen gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist bzw. verpflichtet wurde.

Der Patient willigt zudem ein, dass zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Forschung die erhobenen Daten genutzt werden dürfen. Hierzu werden die personenbezogenen Daten transformiert und pseudonymisiert in einer von den Versorgungsdaten getrennten Studiendatenbank gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Versorgungsangebot OBERBERG_FAIRsorgt werden die Fallakte und alle darin enthaltenen Daten rückstandslos gelöscht, so dass die bereits pseudonymisierten Daten in der Studiendatenbank als faktisch anonym betrachtet werden können. Die weitere Nutzung der so anonymisierten Daten für wissenschaftliche Forschungszwecke sowie

statistische Zwecke gemäß Art. 89 Abs. 1 EU-DSGVO ist daher vereinbar mit dem ursprünglichen Zweck der Patientenversorgung (Art. 5 Abs. 1 lit. B EU-DSGVO).

Mit diesem Vorgehen wird sichergestellt, dass Patienten mit der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt ein hochwertiges und stets nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen optimiertes Versorgungsangebot zur Verfügung steht und die Vertragspartner ihren Vorteil im Wettbewerb auch langfristig sichern können.

6.2.1 Darstellung der Maßnahmen zur Risikominimierung

Bei Konzeption und Entwicklung des Ecosystem GerontoNet wurde erheblicher Aufwand eingesetzt, um mittels technischer Maßnahmen ein hohes Maß an Sicherheits- und Datenschutz trotz einer einrichtungsübergreifenden Datenübermittlung zu erreichen. Zur Minimierung des Risikos findet eine dezentrale Datenhaltung bei den einzelnen Versorgungspartnern statt. Temporär für die Dauer des Behandlungsfalles werden personenbezogene Daten der verschiedenen Versorgungspartner an einer zentralen Stelle in einer gemeinsamen einrichtungsübergreifenden Fallakte zusammengeführt. In dieser elektronischen Fallakte werden Informationen bereitgestellt, soweit der den Patienten versorgende Partner Zugang zum Ecosystem hat und eine Einwilligung des Patienten in die Bereitstellung der Daten für den Abruf durch andere Versorgungspartner vorliegt.

Grundsätzlich bleibt im GerontoNet durch diese technischen Maßnahmen die Schweigepflicht nach §203 StGB gewahrt, da jede Einrichtung nur auf ihre eigenen Daten zugreifen kann. Der Patient kann einwilligen, dass seine Daten an einen bestimmten (benannten Versorgungspartner) übermittelt werden. Zusätzlich wird in jeder einzelnen Anfrage die rechtliche Legitimation für einen Datenzugriff durch den jeweiligen Versorgungspartner durch den zentralen Policy Provider geprüft.

Der Beschlagnahmeschutz von im Ecosystem vorgehaltenen Patientendaten besteht, da die Beschlagnahme von Gegenständen nach §97 Abs. 4 StPO unzulässig ist.

6.3 Gewährleistung von Betroffenenrechten

6.3.1 Recht auf Benachrichtigung über die Datenerhebung

Die informierte Einwilligung (siehe Anlage "Einwilligungserklärung OBERBERG_FAIRsorgt") ist Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung. Mit der Einwilligung erklärt sich der Patient insbesondere dazu bereit, dass

- seine identifizierenden Daten an das Identitätsmanagement übermittelt und dort gespeichert werden,
- Versorgungsdaten sowie Daten, die der Patient selbst bereitstellt in der Fallakte erfasst werden und zum Versorgungsmanagement genutzt werden,
- medizinische und soziale Daten, sowie Daten, die der Patient selbst bereitstellt aus der Fallakte mit einem Exportpseudonym in eine Studiendatenbank transferiert und zur Qualitätssicherung verarbeitet sowie für Forschungszwecke an externe Forscher übermittelt werden (Forschungsdaten).

Im Bedarfsfall kann die Einwilligungserklärung im Verlauf der Behandlung auf Wunsch des Patienten auf weitere Leistungserbringer erweitert werden. Innerhalb des Ecosystem GerontoNet existiert die Möglichkeit, den Kreis der zugriffsberechtigten Leistungserbringer zu erweitern. Hierzu erhält der Patient bei der initialen Eröffnung der elektronischen Fallakte eine eigene Zugriffsmöglichkeit (Patientenportal/ Patienten-App), mit dem er die Freigabe gegenüber weiterer Leistungserbringer autorisieren bzw. Zugriffsmöglichkeiten einschränken kann.

Der Patient kann ebenfalls über die Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt jederzeit den Status der Zugriffsberechtigungen einsehen und falls nötig Korrekturen veranlassen oder Zugriffsmöglichkeiten an bestimmte Leistungserbringer verweigern.

Macht ein Patient von seinem Auskunftsrecht nach Art. 15 EU-DSGVO oder Korrektur oder Widerspruchsrecht nach Art. 16 und Art. 21 EU-DSGVO Gebrauch, so erfolgt eine Bearbeitung innerhalb von 14 Tagen.

6.3.2 Recht auf Auskunft

Die betroffene Person kann von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber verlangen, ob dort sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden. Die verantwortliche Stelle stellt sicher, dass die Auskunft nur der betroffenen Person oder einer von ihr bevollmächtigten Person erteilt wird und die Rechte und Freiheiten anderer Personen nicht beeinträchtigt werden.

Patienten verfügen mit der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt über einen, wie im Erwägungsgrund Nr. 63 zur EU-DSGVO empfohlenen, direkten Zugang zu seinen personenbezogenen Daten. Über diesen Zugang erhält der Patient ausführliche Informationen über:

- Verarbeitungszweck,
- personenbezogene Daten, die verarbeitet werden,
- Empfänger denen die personenbezogenen Daten offengelegt werden
- geplante Speicherdauer,
- Informationen über die Rechte auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie über ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung,
- über das Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde,
- sowie über die Herkunft der Daten, soweit diese nicht von der betroffenen Person selbst erhoben wurden.

6.3.3 Recht auf Aushändigung einer Kopie der Daten

Der Patient hat das Recht auf die Aushändigung einer Kopie seiner Daten. Der entsprechende Antrag nach §630g Abs. 2 BGB ist schriftlich an die verantwortliche Stelle zu stellen. Die verantwortliche Stelle führt den Export durch und erzeugt einen Ausdruck, der dem Patienten bereitgestellt wird. Die entstandenen Kosten sind bis zu einer Höchstgrenze von 15,00 EUR durch den Patienten zu erstatten.

6.3.4 Daten von Betroffenen in ein neues System migrieren können

Interoperabilität ist für das Ecosystem GerontoNet und die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern aufgrund der Vielzahl von eingesetzten IT-Systemen ein wesentlicher Faktor und wird aktiv durch die verantwortliche Stelle zur Vermeidung von sogenannten „Lock-in-Effekten“ gefördert.

Aus diesem Grund und unter Berücksichtigung von Art. 20 EU-DSGVO stellen wir dem Patienten auf Wunsch die im Rahmen des Versorgungsangebotes OBERBERG_FAIRsorgt gespeicherten und verarbeiten Daten aus der elektronischen Fallakte ohne Kosten oder Behinderung zur Verfügung. Die Datenmigration erfolgt auf Basis von FHIR-Ressourcen und wird über eine API direkt oder als strukturierte maschinenlesbare Datensätze auf einer CD-R gespeichert und in einem versiegelten Umschlag dem Patienten bereitgestellt.

Zur Förderung der Interoperabilität stehen die im GerontoNet genutzten Profile, Erweiterungen, Valuesets, Dictionaries, Mappings usw. unter https://simplifier.net/OBERBERGFAIRsorgt in der offiziellen FHIR-Registry öffentlich zur Verfügung.

6.3.5 Recht zum Widerspruch bzgl. der Datennutzung

Patienten haben das Recht, die Einwilligung in die Verarbeitung ihrer Daten zu widersprechen. Der Widerspruch ist schriftlich an die verantwortliche Stelle zu richten. Mit der Bestätigung des Widerspruchs werden die technischen Routinen zur Auflösung der elektronischen Fallakte und der vollständigen Löschung der darin gespeicherten Versorgungsdaten ausgelöst.

6.3.6 Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung

Der Patient hat das Recht auf die Berichtigung, Sperrung oder Löschung seiner Daten. Zur Berichtigung von Daten wendet sich der Patient an den betreuenden Fallmanager. Gemeinsam mit dem Patienten wird der Korrekturbedarf festgestellt und die entsprechenden Berichtigungen vorgenommen.

Zudem kann der Patient jederzeit in der Versorgung beteiligten Akteuren das Zugriffsrecht auf seine personenbezogenen Daten über die Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt ohne Angabe von Gründen entziehen. Steht dem Patienten kein Zugriff auf die Kommunikationsplattform zur Verfügung, so kann er den zuständigen Fallaktenmanager mit dieser Aufgabe schriftlich beauftragen.

Dem Patienten wird nach der Sperrung bzw. Eingrenzung von Zugriffsrechten eine Übersicht erstellt, in der alle zugriffsberechtigten Akteure aufgeführt sind.

Im Falle einer Löschung werden alle dem Patienten zugeordneten Datensätze im Master-Patienten-Index und der Versorgungsdatenbank gelöscht. Ausgenommen von der Löschung sind Daten in der Studiendatenbank, die bereits Grundlage einer veröffentlichten Studie sind. Diese Daten werden dann besonders markiert und der Zugriff auf sie gesperrt.

Der Abschluss der Löschung wird dem Patienten schriftlich bestätigt.

6.3.7 Betroffene über erfolgte Angriffe informieren

Nach Art. 33 Abs. 5 EU-DSGVO ist jede Datenschutzverletzung unverzüglich binnen 72 Stunden, nachdem die Verletzung bekannt wurde der zuständigen Aufsichtsbehörde zu melden, es sei denn, die Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten führte voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen. Zur Abwägung, ob für den Betroffenen ein Risiko gegeben ist, wird der Risikokatalog des Erwägungsgrundes 75 EU-DSGVO (Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen) berücksichtigt und entsprechend dokumentiert.

Bei einem hohen Risiko ist zudem nach Art. 34 EU-DSGVO die betroffene Person durch den Verantwortlichen unverzüglich

- in verständlicher Sprache,
- mit einer Beschreibung, was genau passiert ist,
- was als Gegenmaßnahme getan wurde
- und wie nun reagiert werden soll, um Schlimmeres zu verhindern

benachrichtigen.

6.3.7.1 Anspruch auf Anrufung der Datenschutzkontrollinstanz

Betroffene, die der Ansicht sind, dass gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstoßen wurde, können sich an die zuständige Kontrollstelle den sächsischen Datenschutzbeauftragten (https://www.saechsdsb.de/anfragen-und-beschwerden) wenden. Dieser muss der Beschwerde nachgehen und den Betroffenen über den Ausgang unterrichten.

6.4 Maßnahmen zur Verteidigung der Gewährleistungsziele/ Schutzziele

6.4.1 Wahrung der Vertraulichkeit

6.4.1.1 Zutrittskontrolle

Unbefugten wird der den Zutritt zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene Daten verarbeitet oder genutzt werden, verwehrt. Der Zugang zum Rechenzentrum ist nur autorisierten Personen möglich.

6.4.1.2 Zugangskontrolle

Der elektronische Zugang zu den Systemen ist durch Firewall-Technologien geschützt. Der Zugang ist nach heutigen technischen Standards mittels VPN-Technologie und SSL-Verschlüsselung gesichert. Zugangsdaten zur Administration und Wartung der Firewall-Dienste sind nur Administratoren bekannt. Die Passwörter werden regelmäßig geändert.

6.4.1.3 Zugriffskontrolle

Alle in den zentralen Komponenten des Ecosystem GerontoNet erhobenen Daten werden auf verschlüsselten Festplattenpartitionen (AES-256) gespeichert. Der zugehörige Schlüssel befindet sich jeweils auf einem getrennten Medium pro Server. Dieses Medium wird nur während des Mount- bzw. Bootvorgangs benötigt und wird ansonsten sicher verwahrt. Nur die technischen Administratoren der verantwortlichen Stelle haben Zugriff auf das Schlüsselmedium. Der Schlüssel kann nicht errechnet werden. Alle Server befinden sich im Rechenzentrum, das über eine Zutritts- und- Zugangskontrolle für jeweils berechtigte Personen verfügen.

Der Datenzugriff ist ausschließlich über unsere Softwarelösungen möglich und nach Mandanten getrennt. Die Mandantendaten sind logisch voneinander getrennt und verfügen jeweils über eine eigenes Identitäts- und Berechtigungs-Management für die Vergabe individueller Zugriffsberechtigungen. Auf Basis des kundenspezifischen Berechtigungskonzept werden Zugriffsberechtigungen definiert, damit personenbezogene Daten nach ihrer Speicherung nicht unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder entfernt werden können.

6.4.1.4 Weitergabekontrolle

Eine elektronische Weitergabe (Übertragung) von Daten erfolgt automatisiert mittels standardisierter Schnittstellen innerhalb der Anwendungsumgebung. Der Zugriff auf Schnittstellen wird anwendungsseitig auf Basis der Berechtigungen gesteuert. Die Zugangskontrolle erfolgt anhand des eingesetzten Policy Provider. Die Verfahren zur Übertragung an weitere Stellen (Dritte) werden anhand der Schnittstellenspezifikation definiert und innerhalb der Dokumentation berücksichtigt.

Die Vertraulichkeit der Kommunikation zwischen den Komponenten und externen Systemen wird durch erfolgt grundsätzlich über verschlüsselte Verbindungen (HTTPS). Die Transportverschlüsselung wird durch den Einsatz von HSTS (HTTP Strict Transport Security) erzwungen. Die dafür eingesetzten Schlüssel und Zertifikate sind so erstellt, dass sie den aktuell anerkannten Anforderungen entsprechen (z.B. Schlüssellänge). Aktuelle Anforderungen können den IT-Grundschutz-Katalogen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik entnommen werden.

Durch Einsatz von Firewalls und Reverse Proxies ist sichergestellt, dass die Server, auf denen die zentralen Komponenten laufen, nur über diejenigen Protokolle und Ports erreichbar sind, die für die Kommunikation mit Benutzern oder anderen Komponenten erforderlich sind. Der administrative Zugang ist auf das Intranet der Verantwortlichen Stelle beschränkt.

6.4.2 Authentizität (Zurechenbarkeit)

Die Authentizität der Daten ergibt sich aus den in den verschiedenen Informationssystemen implementierten Verfahren, die eine Authentizität gewährleisten, zusammen mit Identitäts- und Berechtigungs-Management des Ecosystem GerontoNet.

6.4.2.1 Berechtigungskonzept

Zugriffe auf die Komponenten des Ecosystem erfolgen über die Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt oder bereitgestellte Schnittstellen nur nach erfolgreicher Authentifizierung. Die Authentifizierung erfolgt serverseitig über Serverzertifikate und clientseitig (je nach technischer Möglichkeit) über IP-Adresse und Nutzername/ Passwort oder über Clientzertifikate.

Die Details sind der Beschreibung der Zugriffsberechtigungen können dem Rollenmanagement entnommen werden. Die Zuordnung von Benutzern in definierte Rollen im Ecosystem GerontoNet erfolgt durch die verantwortliche Stelle. Die verantwortliche Stelle stellt hierzu sicher, dass

- eine vertragliche Vereinbarung zwischen der verantwortlichen Stelle und dem Versorgungspartner vorliegt.
- die Mitarbeiter des Versorgungspartners über die notwendigen Qualifizierungen zur Teilnahme am Versorgungsangebot OBERBERG_FAIRsorgt verfügen.
- den beteiligten Mitarbeitern des Versorgungspartners ein personengebundenes Benutzerkonto zur Authentifizierung zur Verfügung steht.
- dem individuellen personengebundenen Benutzerkonto nur die Rollen zugeordnet werden, deren Funktionen im Versorgungsangebot benötigt werden.

6.4.2.2 Informationssicherheit-Management

Unser Informationssicherheits-Managementsystem (ISMS) basiert auf den Vorgaben der Norm ISO/IEC 27001 unter Berücksichtigung der IT-Grundschutz-Kataloge[6] des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), die sowohl eine Prüfung des Informationssicherheitsmanagements als auch der konkreten Sicherheitsmaßnahmen auf Basis von IT-Grundschutz umfassen.

6.4.2.3 Protokollierungskonzept

In GerontoNet erfolgt eine Protokollierung aller Entgegennahmen und Übermittlungen von Daten im Ecosystem. Hierzu werden die Transaktionen von Benutzern oder Komponenten mittels des sogenannten Audit-Trails protokolliert. Das Protokoll enthält:

- Identität der zugreifenden Person (Pseudonym) und des autorisierten Systems/ Komponente.
- Datum und Uhrzeit der Transaktion.
- Inhalt der Transaktion (Anlass und Zweck bei Datenübermittlung) bzw. Informationen, aus denen der Inhalt rekonstruiert werden kann (Referenzieren auf ein Datenelement)
- das Quellsystem soweit es sich um eine Datenübermittlung handelt.

Das Protokoll wird zusammen mit den Nutzdaten des entsprechenden Servers gespeichert und je nach Schutzbedarfskategorie der Daten zwischen einem und sechs Monaten aufbewahrt. Die aufgezeichneten Informationen dürfen nur im Rahmen der technischen Administration (insbesondere zur Fehlersuche) und bei der Verfolgung von Missbrauch eingesehen werden.

6 https://www.bsi.bund.de/DE/Themen/ITGrundschutz/ITGrundschutzKataloge/itgrundschutzkataloge_node.html

6.4.3 Integrität der Daten

Anwendungsseitig ist mittels des Audit-Trails gewährleistet, dass berechtigte Administratoren nachträglich feststellen können, wann und von wem personenbezogene Daten erfasst, verändert oder entfernt worden sind. Die Dokumentation erfolgt zum jeweiligen Datensatz und ist nicht manipulierbar.

6.4.4 Verfügbarkeit

Ein umfangreiches Monitoringsystem ermittelt kontinuierlich die Systemzustände der einzelnen Komponenten des Ecosystem. Bei von der Norm abweichenden Zuständen erfolgen automatisierte Warnungen an die Administratoren von GerontoNet, die proaktiv entstehende Fehlfunktionen einzelner Komponenten vermeiden können. Aufgrund der Nutzung von Technologien zur Server-Virtualisierung können ohne Ausfallzeit Ersatzsysteme (Live-Migration) im GerontoNet-Cluster bereitgestellt und betrieben werden.

Um die Verfügbarkeit von Daten auch im Notfall sicherzustellen, werden die Systeme im GerontoNet regelmäßig gesichert. Zu diesem Zweck werden tägliche Systemsicherungen auf einem extra Sicherungsspeicher im Intranet der verantwortlichen Stelle erstellt. Befugte Administratoren sind dadurch in der Lage, Daten nach einem Vorfall in angemessener Zeit Daten wieder zur Verfügung zu stellen. Die maximale Speicherdauer der Systemsicherungen beträgt 3 Monate, da spätestens nach 90 Sicherungszyklen die erste Systemsicherung wieder vollständig überschrieben ist.

6.4.5 Intervenierbarkeit (Eingreifbarkeit)

Auf Basis der elektronischen Fallakte stehen dem Patienten die ihm zustehenden Einwilligungs-, Rücknahme- sowie Widerspruchsmöglichkeiten zur Verfügung. Die Details können dem Kapitel Gewährleistung von Betroffenenrechten entnommen werden.

Die dokumentierte Bearbeitung von Störungen, Problembearbeitungen und Änderungen am Verfahren sowie an den Schutzmaßnahmen der IT-Sicherheit und des Datenschutzes können über den Help- und Servicedesk der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt von authentifizierten Nutzern unter der Adresse: Hilfe für Patienten und Angehörige (gerontonet.org)[7] eingesehen und gemeldet werden. Der Helpdesk ist ebenfalls als erste Anlaufstelle bei technischen Anwendungsproblemen oder für Auskünfte zu den Betroffenenrechten als Single Point of Contact (SPoC) für Betroffene verfügbar.

6.4.6 Nichtverkettbarkeit (Zweckbindung)

Die im Ecosystem GerontoNet bereitgestellte patientenspezifische elektronische Fallakte wird automatisch in den Status inaktiv versetzt, wenn spätestens zum 30.06.2023 keine erneute Einverständniserklärung des Patienten oder der Bindungszweck der Fallakte nicht mehr vorliegt. Eine Reaktivierung der Fallakte ist innerhalb von 6 Monaten nach der Versetzung in den inaktiven Zustand durch die Fallaktenbesitzer mit gesonderten Rechten möglich, hierzu muss eine gesonderte Einverständniserklärung des Patienten vorliegen. Nach Ablauf der 6-monatigen inaktiven Phase wird die Fallakte geschlossen und die Patientendaten vollständig gelöscht. Selbiges gilt für den Fall, dass der Patient vorzeitig aus dem Versorgungsangebot ausscheidet oder verstirbt.

6.4.7 Versorgungsdaten

Die erhobenen Daten bleiben in der Fallakte für die Dauer des Versorgungsangebotes OBERBERG_FAIRsorgt gespeichert. Wird die Speicherung der Daten durch den Patienten mit einer erneuten Einverständniserklärung bestätigt, verlängert sich die Dauer erneut um 12 Monate. Solange der Patient jährlich die weitere Speicherung der Daten durch eine Einverständniserklärung erlaubt, ist die Weiterführung der Fallakte und die damit verbundene Speicherung der Daten möglich.

---

7 https://help.gerontonet.org/display/HDPATOB

Nach dem Patientenrechtegesetz besteht jedoch die zivilrechtliche Verpflichtung des behandelnden Arztes zu einer beweissicheren Patientendokumentation (§630f BGB). Ebenso besteht die Aufbewahrungspflicht gemäß der Heilberufe-Kammergesetze in Verbindung mit der Berufsordnung der Landesärztekammern für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung. Aus diesen Gründen wird eine Behandlungsdokumentation im Primärsystem (Klinische Informationssysteme (KIS)/ Arztpraxisinformationssysteme (AIS)) des jeweiligen Versorgungspartners aufbewahrt bzw. archiviert. Zur datenschutzkonformen Speicherung dieser personenbezogenen Daten handelt der jeweiligen Versorgungspartner eigenverantwortlich.

6.4.8 Studiendaten

Die erhobenen und anonymisierten Studiendaten verbleiben in der Studiendatenbank, solang es für sie eine sinnvolle wissenschaftliche Verwendung im Rahmen der Patienteneinwilligung gibt. Falls die Daten nicht mehr in der vorgesehenen Form genutzt werden können, werden die Daten gelöscht, spätestens jedoch nach 10 Jahren.

6.4.9 Transparenz

Dem Transparenzgebot wird durch dieses Datenschutzkonzept genügt, in dem die Methoden der Erhebung und Nutzung der Daten im Kapitel Lebenszyklus der personenbezogenen Daten beschrieben werden.

Mit dem Betriebskonzept von GerontoNet ist sichergestellt, dass alle Schnittstellen und deren Funktionalität und Möglichkeiten direkt an der API dokumentiert sind und alle technischen sowie organisatorischen Abläufe mittels Vorgangs- und Projektverfolgung (zur Dokumentation von Tests, der Freigabe und Vorabkontrolle von neuen oder geänderten Verfahren) abgebildet sind. Für den bestmöglichen Anwender-Support steht ein eigener Help- und Servicedesk einschließlich eines Ticketsystems zur Verfügung.

6.4.10 Validität

Zur Sicherung der Datenqualität erfolgt ein zweistufiges Verfahren zur Plausibilitätsprüfung. Über die Oberfläche der Kommunikationsplattform OBERBERG_FAIRsorgt werden Eingaben zur Laufzeit auf die Plausibilität geprüft. Anwender werden Plausibilitätsprobleme direkt im Erstellprozess visualisiert. Die zweite Stufe der Plausibilitätsprüfung betrifft auch die Schnittstellen, die neben der Kommunikationsplattform von externen Systemen genutzt werden. Soweit es sich um strukturierte Informationen handelt, werden diese durch eine Schema-Validierung auf Plausibilität überprüft, bei fehlerhaften oder unvollständigen Daten wird die Annahme verweigert und dem Versender eine aussagekräftige Fehlermeldung zurückgegeben.

6.4.11 Nutzungsfestlegungen

Nutzungsfestlegungen erfolgen systemübergreifend im GerontoNet über das Identitäts- und Berechtigungs-Management bzw. das OBERBERG_FAIRsorgt-spezifische Berechtigungskonzept.

6.5 Revisionsfähigkeit

Die Revisionssicherheit der erhobenen Daten wird gewährleistet durch:

- die vollständige Dokumentation der an die elektronische Fallakte übertragenen administrativen und medizinischen Informationen (ADAT, MDAT) einschließlich deren Historie.
- die Einhaltung der gesetzlich geforderten Aufbewahrungsfristen durch die Vertragspartner selbst.
- die Nachvollziehbarkeit der Datenerhebung und -verarbeitung mittels der systemweiten Audit Trails.

7 Konzeptuelle Risikobetrachtung

7.1 Generelle Bedrohungen

Elektronisch gespeicherte und übertragene Daten sind ohne technische Hilfsmittel nicht lesbar. Das kann dazu führen, dass selbst ordnungsgemäß gespeicherte Informationen ohne entsprechende Hard- und Software nur noch fehlerhaft oder gar nicht mehr interpretiert werden können, Nutzer nicht mehr in der Lage sind zu prüfen, ob Daten tatsächlich in der von ihnen gewollten Weise verarbeitet (gespeichert, verschlüsselt, gelöscht usw.) werden und dass Kopie und Original digitaler Dokumente nicht voneinander zu unterscheiden sind.

Zudem ermöglicht die ständig zunehmende Vernetzung den Zugriff auf die elektronisch gespeicherten Daten unabhängig vom Ort (weltweit) und vom Endgerät des Abrufenden und dessen technische Integrität. Grenzüberschreitende Telekommunikationssysteme ermöglichen, dass nationalstaatliche Regelwerke sowohl von Informationsanbietern als auch von -nutzern umgangen werden.

Gefährdungen für die Zweckbindung, Verfügbarkeit und Integrität ergeben sich, wenn Berechtigte nicht sorgsam mit personenbezogenen Daten umgehen. Beispiele hierfür sind die unzulässige Datenübermittlung (fahrlässig oder vorsätzlich) an Dritte oder die fehlende Sorgfalt bei der manuellen Dateneingabe.

7.2 Bedrohungen der verantwortlichen Stelle

Eine mangelhafte Beachtung der Benutzer- und Rechteverwaltung kann dazu führen, dass Unberechtigten Zugang zu personenbezogenen Daten gewährt wird. Derartige Gefährdungen entstehen, wenn beispielsweise die immer personengebundene Benutzerkennung von mehreren Personen genutzt wird, Anwendungen durch Mitarbeiter ausgeführt werden, die die betreffenden Daten für ihre Aufgabenstellung nicht benötigen, oder Benutzer über Rechte verfügen, die sie für die Aufgabenerledigung nicht benötigen.

7.3 Bedrohungen des Auftragsdatenverarbeiter

Anwendungen erfordern elektronische Kommunikation. Die dafür erforderliche „Öffnung“ des Ecosystem kann zu erheblichen Gefährdungen für die Integrität und die Vertraulichkeit der personenbezogenen Daten der Behörde führen. Schadprogramme wie Viren, Würmer oder Trojanische Pferde können die technische Infrastruktur und Komponenten des Ecosystem nachhaltig schädigen.

8 Mitgeltende Unterlagen

Anlage 8: Plattform Datenverarbeitung

Datenverarbeitungsprozesse/ Verarbeitungstätigkeiten

Oberberg fairsorgt

Exportiert am 16/04/2021

Inhaltsverzeichnis

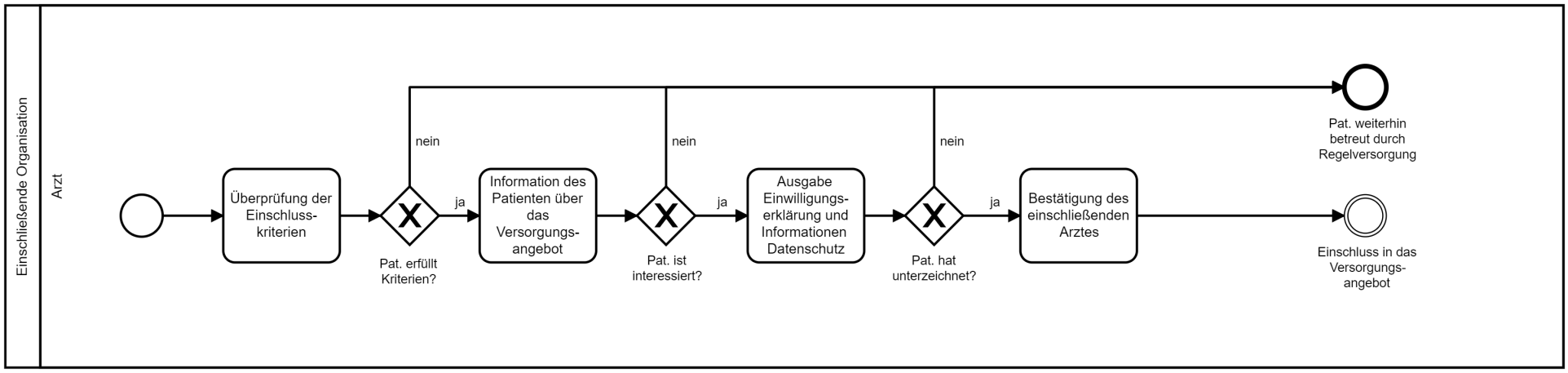
1 00 Patienteneinschluss 5
1.1 Prozessübersicht 5
1.2 Verarbeitungstätigkeiten 5
2 01 Onboarding Patient 7
2.1 Prozessübersicht 7
2.2 Verarbeitungstätigkeiten 9
3 02 Basis Assessment 11
3.1 Prozessübersicht 11
3.2 Verarbeitungstätigkeiten 12
4 03 Initialer Hausbesuch 13
4.1 Prozessübersicht 13
4.2 Verarbeitungstätigkeiten 14
5 04 Initiale Versorgungsplanung 15
5.1 Prozessübersicht 15
5.2 Verarbeitende Tätigkeiten 16
6 05 Regelmäßige Kontaktaufnahme 17
6.1 Prozessübersicht 17
6.2 Verarbeitungstätigkeiten 18
7 06 Online-Sprechstunde 20
7.1 Prozessübersicht 20

7.2 Verarbeitungstätigkeiten 21
8 07 Ende der Versorgung 23
8.1 Prozessübersicht 23
8.2 Verarbeitungstätigkeiten 24

Im folgenden Abschnitt werden die Datenflüsse der einzelnen Versorgungsprozesse schematisch den Verarbeitungstätigkeiten im Rahmen der neuen Versorgungsform zugeordnet. Die Details können dem Datenflussdiagramm und dem Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten in der Anlage entnommen werden.

1 00 Patienteneinschluss

1.1 Prozessübersicht



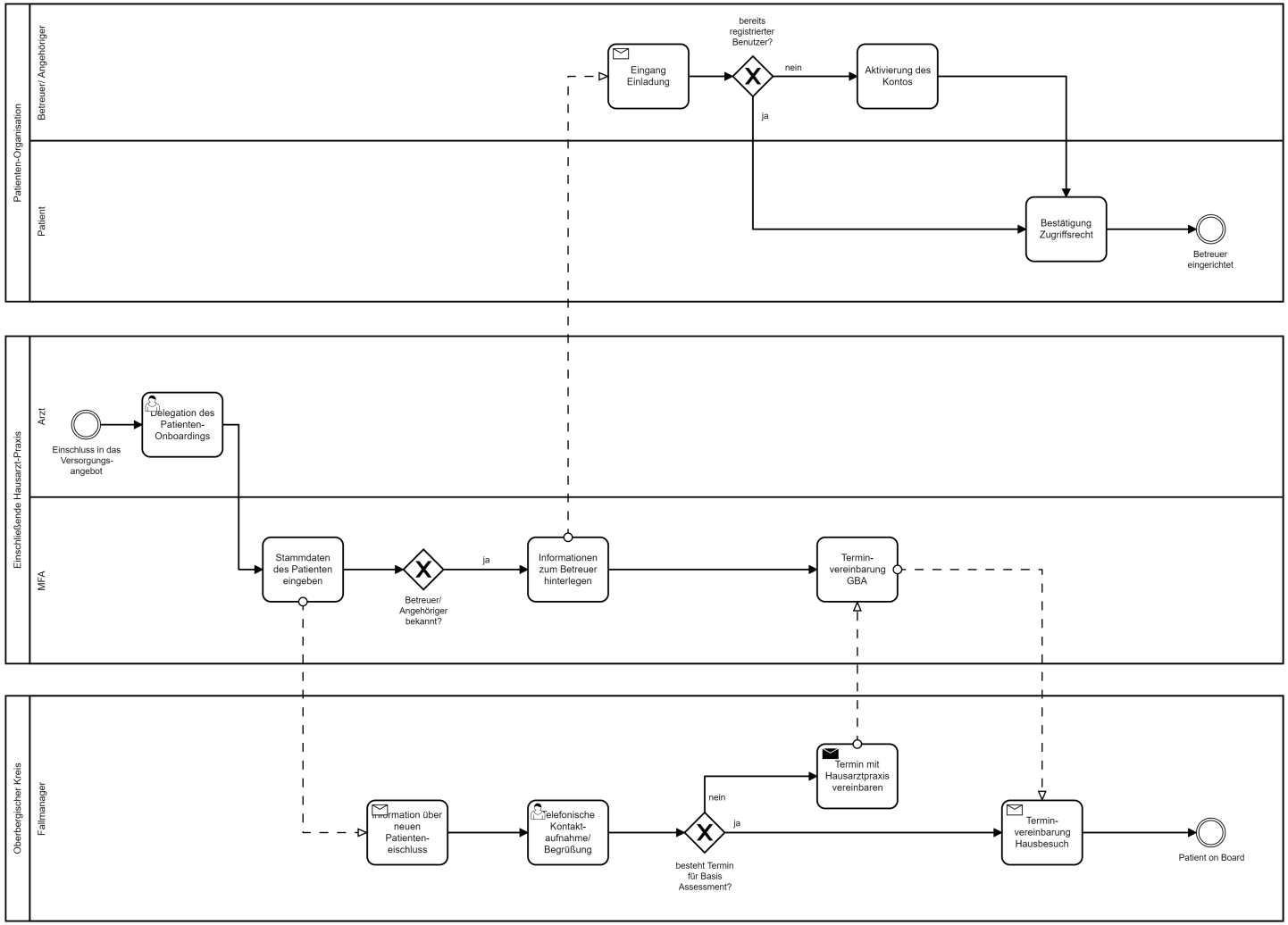
1.2 Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
1.1	Überprüfung der Einschlusskriterien	Voranmeldung Patient	keine Datenübertragung						

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
1.2	Information des Patienten über das Versorgungsangebot	Voranmeldung Patient							
1.2	Ausgabe Einwilligungserklärung und Informationen Datenschutz	Voranmeldung Patient							
1.3	Bestätigung des einschließenden Arztes	Eröffnung der Fallakte	IDAT	Kontaktinformation (Name/ Telefon-Nummer/ Email)	hoch	Hausarztpraxis	AIS/ PMS	Kommunikations-plattform	Patienten-Register
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation identifizierende Daten	IDAT	pseudonymisierte Patientendaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

2 01 Onboarding Patient

2.1 Prozessübersicht


Patienten-Organisation
Betreuer/ Angehöriger
Patient
Eingang Einladung
bereits registrierter Benutzer?
nein
ja
Aktivierung des Kontos
Bestätigung Zugriffsrecht
Betreuer eingerichtet
Einschließende Hausarzt-Praxis
Arzt
MFA
Einschluss in das Versorgungs-angebot
Delegation des Patienten-Onboardings
Stammdaten des Patienten eingeben
Betreuer/ Angehöriger bekannt?
ja
Informationen zum Betreuer hinterlegen
Termin-vereinbarung GBA
Oberbergischer Kreis
Fallmanager
Information über neuen Patienten-eischluss
Telefonische Kontakt-aufnahme/ Begrüßung
besteht Termin für Basis Assessment?
nein
ja
Termin mit Hausarztpraxis vereinbaren
Termin-vereinbarung Hausbesuch
Patient on Board

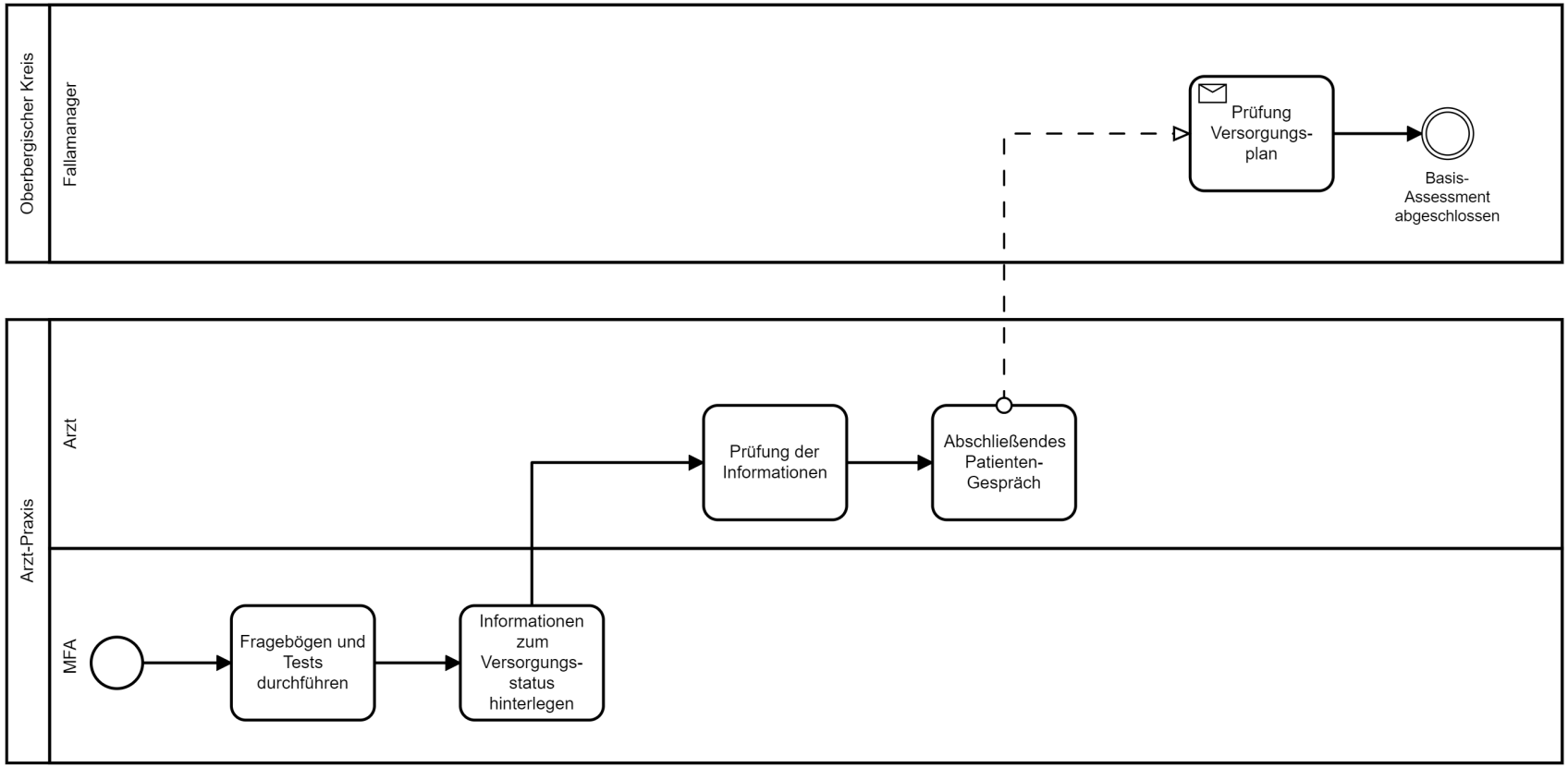
2.2 Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
2.1	Delegation des Patienten-Onboardings	Voranmeldung Patient	keine Datenübertragung						
2.2	Stammdaten des Patienten übertragen	Eröffnung der Fallakte	IDAT	Kontaktinformation (Name/ Telefon-Nummer/ Email)	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	AIS/ PMS	Kommunikations-plattform	Patienten-Register
2.2a	Informationen zum Betreuer hinterlegen	Eröffnung der Fallakte	IDAT	Kontaktinformation (Name/ Telefon-Nummer/ Email)	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Patienten-Register
2.3	Information über neuen Patienten-Einschluss	Eröffnung der Fallakte	ADAT	Prozessdaten	Gering	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
2.4	Telefonische Kontaktaufnahme/ Begrüßung	Einleitung Versorgung	ADAT	Prozessdaten	Gering	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
2.5	Termin mit Hausarztpraxis vereinbaren	Einleitung Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
2.6	Terminvereinbarung Hausbesuch	Einleitung Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
X2	Qualitätssicherung	Transformation identifizierende Daten	IDAT	pseudonymisierte Patientendaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

3 02 Basis Assessment

3.1 Prozessübersicht

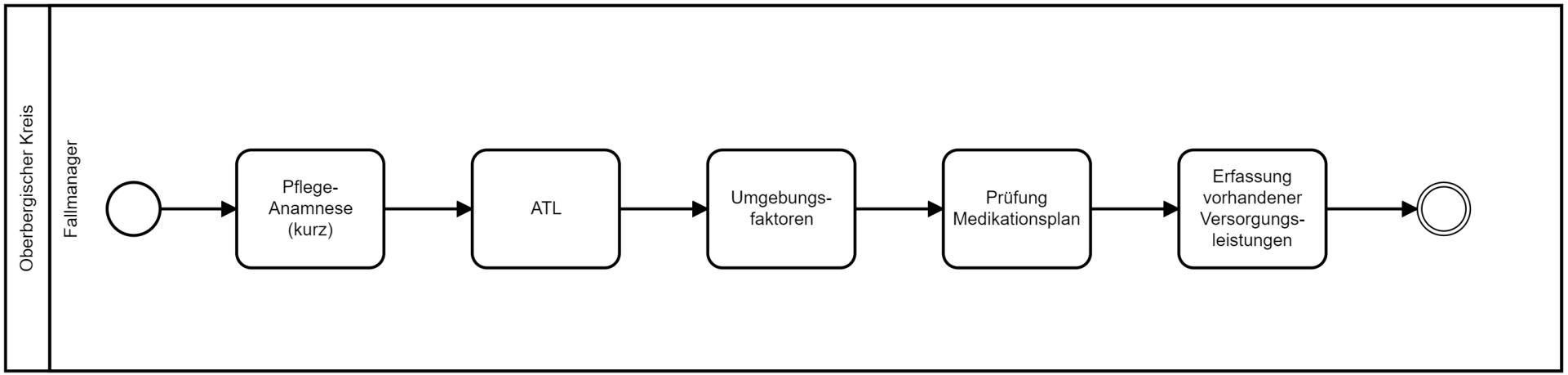


3.2 Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
3.1	Fragebögen und Tests durchführen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
3.2	Informationen zum Versorgungsstatus hinterlegen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
3.3	Prüfung der Informationen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse, Versorgungsinformationen	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
3.4	Abschließendes Patienten-Gespräch	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Versorgungsinformationen	hoch	Hausarztpraxis/ Pflegedienst	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
3.5	Prüfung Versorgungsplan	Einleitung Versorgung	MDAT	Assessment-Ergebnisse, Versorgungsinformationen	hoch	Fallamanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	MDAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

4 03 Initialer Hausbesuch

4.1 Prozessübersicht

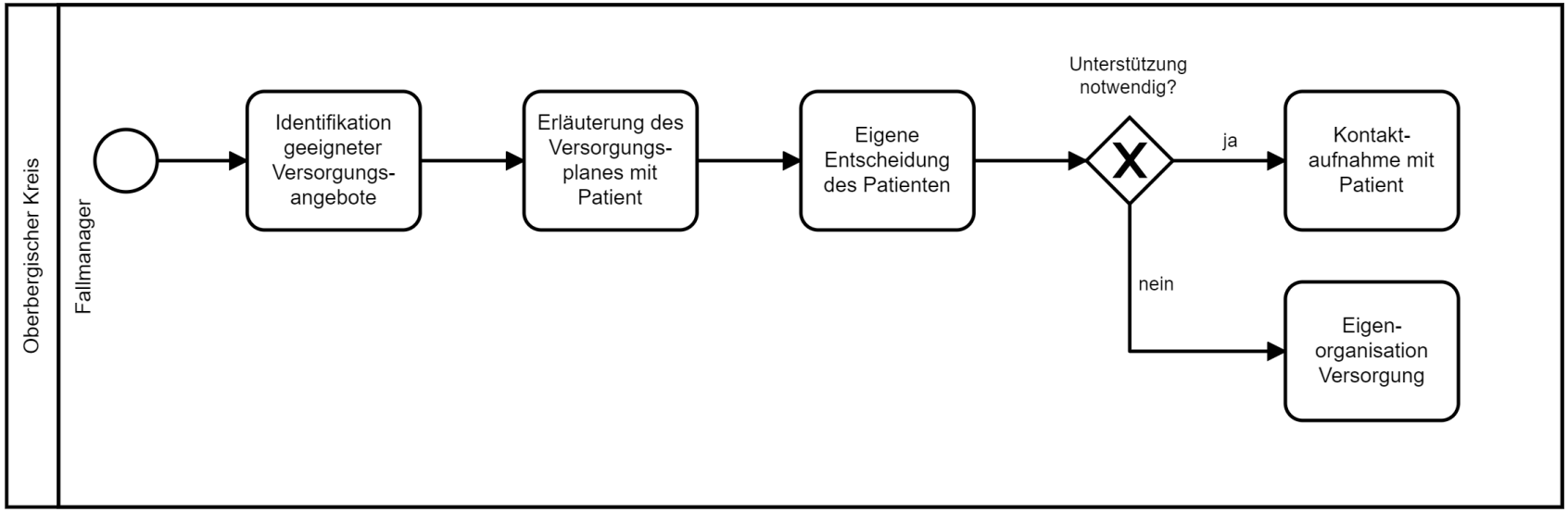


4.2 Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
4.1	Pflege-Anamnese (kurz)	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
4.2	Erhebung Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
4.3	Erhebung Umgebungsfaktoren	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Assessment-Ergebnisse	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
4.4	Prüfung Medikationsplan	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Medikation	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
4.5	Erfassung vorhandener Versorgungs-leistungen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	MDAT, ADAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten und Versorgungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

5 04 Initiale Versorgungsplanung

5.1 Prozessübersicht

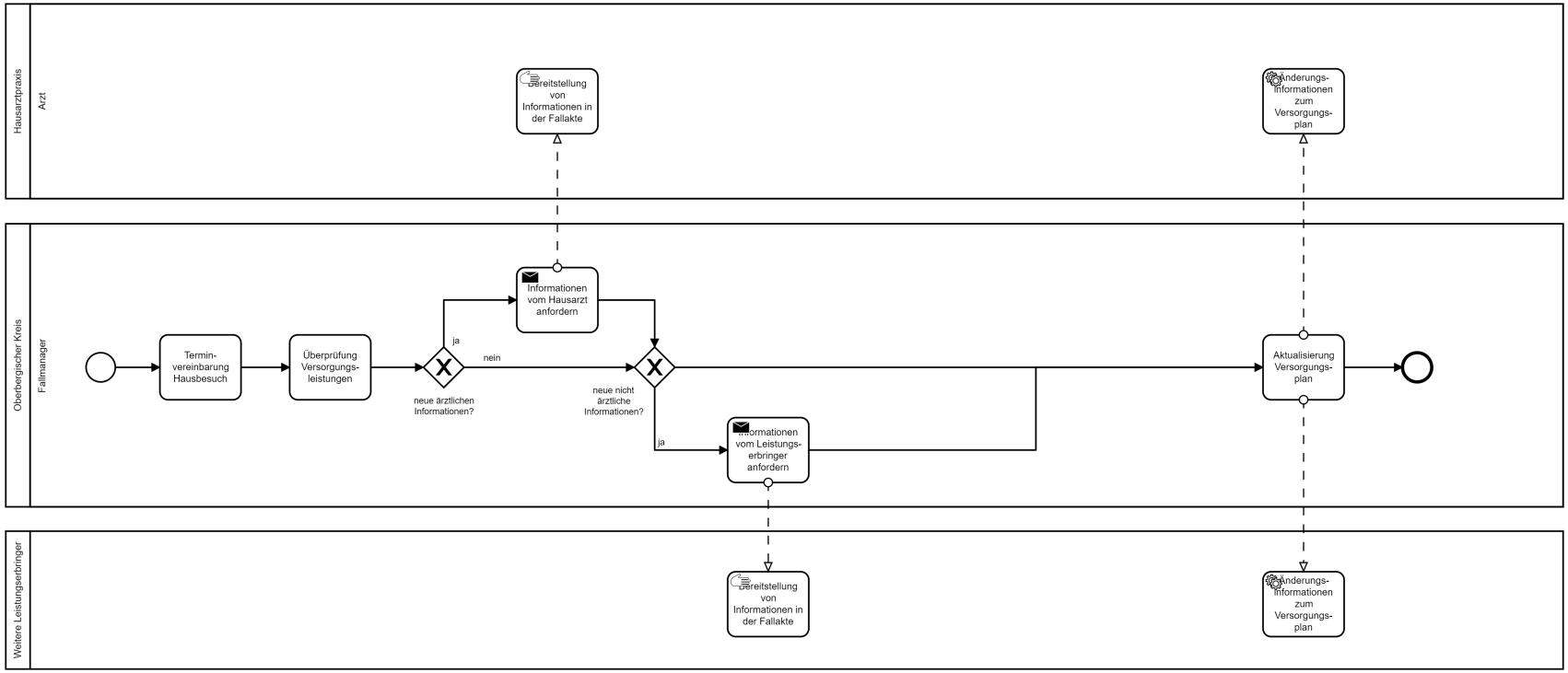


5.2 Verarbeitende Tätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
5.1	Identifikation geeigneter Versorgungs-angebote	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
5.2	Erläuterung des Versorgungsplanes mit Patient	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
5.3	Eigene Entscheidung des Patienten	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
5.4 a	Kontaktaufnahme mit Patient	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
5.4 b	Eigenorganisation Versorgung	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	ADAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

6 05 Regelmäßige Kontaktaufnahme

6.1 Prozessübersicht



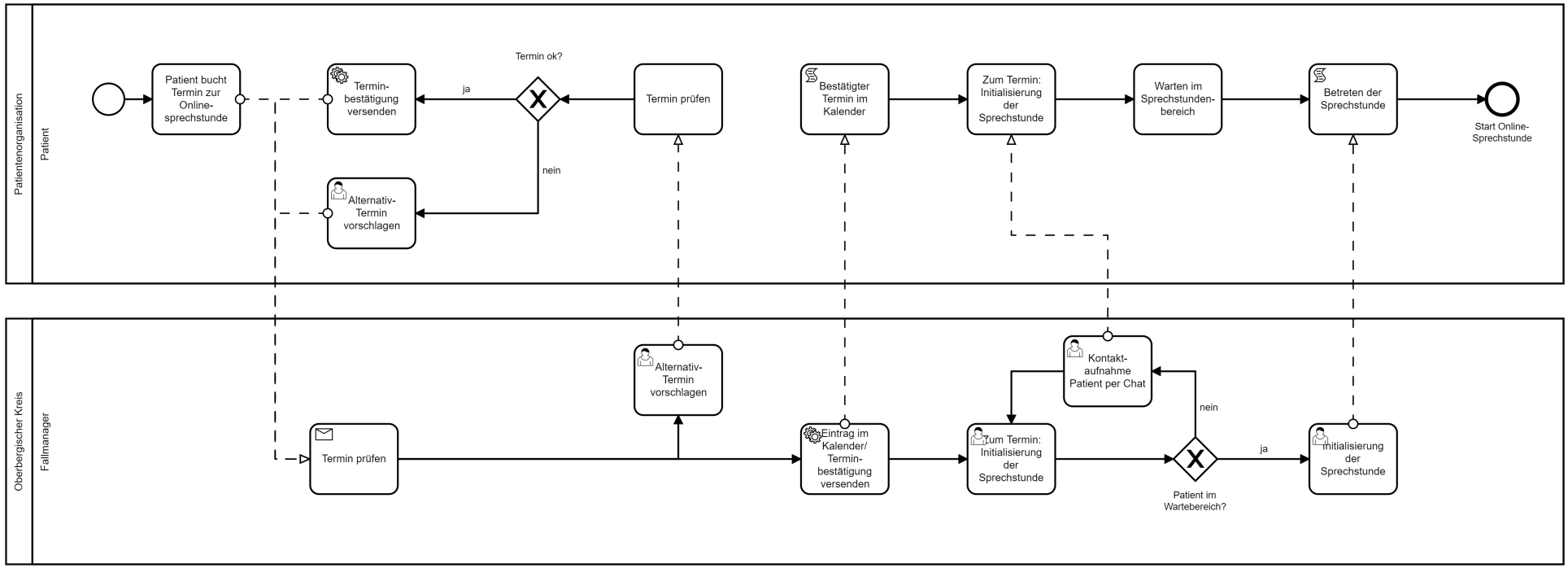
6.2 Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
6.1	Terminvereinbarung Hausbesuch	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.2	Überprüfung Versorgungs-leistungen	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.3	Informationen vom Hausarzt anfordern	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.4	Bereitstellung von Informationen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Untersuchungsergebnisse, Berichte	hoch	Hausarzt	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.5	Informationen vom Leistungserbringer anfordern	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	übrige Leistungserbringer	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.6	Bereitstellung von Informationen	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	MDAT	Untersuchungsergebnisse, Berichte	hoch	übrige Leistungserbringer	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.7	Aktualisierung Versorgungsplan	Hinterlegung Informationen zum Gesundheitsstatus	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
6.8	Änderungsinformationen zum Versorgungsplan	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	hoch	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	MDAT, ADAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten und Abrechnungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

7 06 Online-Sprechstunde

7.1 Prozessübersicht



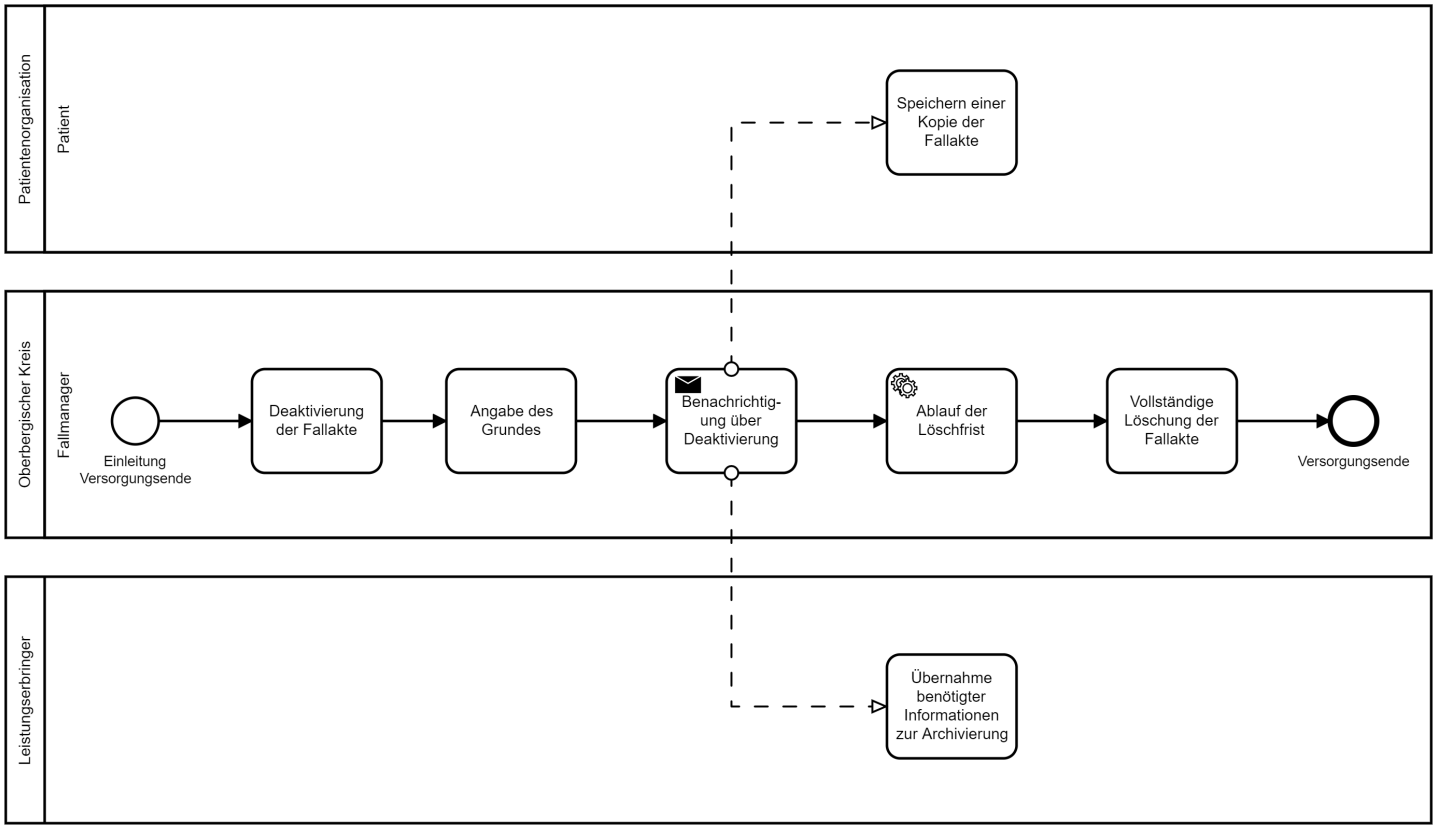
7.2 Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
7.1	Patient bucht Termin zur Onlinesprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.2	Termin prüfen	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.3	Alternativ-Termin vorschlagen	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.4	Eintrag im Kalender/ Terminbestätigung versenden	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallamanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.5	Zum Termin: Initialisierung der Sprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallamanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.6	Kontaktaufnahme Patient per Chat	Koordination der Versorgung	ADAT	Nachrichten	Normal	Fallamanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.7	Initialisierung der Sprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.8	Betreten der Sprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
7.9	Ende der Sprechstunde	Koordination der Versorgung	ADAT	Datum, Terminart	Normal	Fallmanager, Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	ADAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

8 07 Ende der Versorgung

8.1 Prozessübersicht



8.2 Verarbeitungstätigkeiten

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutz bedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
8.1	Deaktivierung der Fallakte	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.2	Angabe des Grundes	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.3	Benachrichtigung über Deaktivierung	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.4	Übernahme benötigter Informationen zur Archivierung	Koordination der Versorgung	ADAT, MDAT	Versorgungsinformationen	Hoch	übrige Leistungserbringer	Fallakte	übrige Leistungserbringer	AIS/ PMS
8.5	Speichern einer Kopie der Fallakte	Koordination der Versorgung	ADAT, MDAT	Versorgungsinformationen	Hoch	Patient/ Angehörige	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.6	Ablauf der Löschfrist	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	Fallmanager	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
8.7	Vollständige Löschung der Fallakte	Koordination der Versorgung	ADAT	Versorgungsinformationen	Normal	System	Webportal	Kommunikations-plattform	Fallakte
- kontinuierlich pro Transaktion -									
X1	Protokollierung	Audit Trail	ADAT	Log-Daten	Gering	n/a	n/a	Kommunikations-plattform	Audit Trail Register

Prozess-Nr.	Zweck	Verarbeitungs-tätigkeit	Daten-kategorie	Datenart	Schutzbedarf	Sender	Quelle	Empfänger	Speicherort
X2	Qualitätssicherung	Transformation Versorgungsdaten	ADAT, MDAT	pseudonymisierte Untersuchungsdaten	Normal	Kommunikations-plattform	Fallakte	Kommunikations-plattform	Studiendatenbank

DANIELA SPIES

Ernährungsberatung

- zuhören
- motivieren
- beraten in kleinen Schritten
- Rückmeldung meiner Beobachtungen

0176 81215223
www.daniela-spies.de

Mangelernährung, Appetitlosigkeit, Wundheilung

Hilfestellung bei Mangelernährung, Appetitlosigkeit, Wundheilung

Ideen zur Unterstützung

Es gibt verschiedene Gründe, warum ihr Körper gerade nicht ausreichend versorgt ist. Folgende Ideen bieten einen ersten Anhaltspunkt. Die Ernährungsberatung wird sie begleiten, individuelle Lösungen zu finden.

Lauschen sie auf ihren Körper! Er weiß am besten, was er braucht und ihm bekommt!

Gönnen sie sich regelmäßig kleine, schmackhafte Mahlzeiten. Ihr Körper reagiert darauf, wenn die Speisen schön aussehen und duften. Die Verdauung wird so vorbreitet und sie werden die Mahlzeit mit mehr Appetit und Bekömmlichkeit essen.

Je nach Verträglichkeit, geben sie etwas Sahne, Butter, Pflanzenöl in die Spiesen.

Setzen sie sich zu regelmäßigen Mahlzeiten an den Tisch und essen sie soviel, bis sie angenehm gesättigt sind. Vermeiden sie "Dauersnacken" auch wenn ihnen ihr Umfeld liebevoll Kekse und Snacks anbieten. Das nimmt ihnen den Hunger zu den einzelnen Mahlzeiten. Gerne genießen sie nach den Mahlzeiten einen Nachtisch.

Welche Speise tut ihnen gerade gut? Soll sie warm oder kalt, süß oder salzig, weich oder knusprig sein? Was macht ihnen Freude zu essen? Erinnern sie sich, was sie als Kind gerne gegessen haben? Vielleicht ist es genau das, was ihren Appetit fördert.

Wählen sie ihr lieblings Geschirr! Ein kleiner Teller, der liebevoll befüllt ist, den sie sogar leer essen können, motiviert und unterstützt das genussvolle Essen.

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Hilfestellung bei Mangelernährung, Appetitlosigkeit, Wundheilung

Eiweiß unterstützt den Aufbau

Um ihren Körper zu kräftigen, benötigen sie 1g-1,2g Eiweiß (bei Wundheilungsstörung 1,5g Eiweiß) pro Kilogramm Körpergewicht. Dies entspricht im Durchschnitt 70-90g Eiweiß pro Tag.

ca. 10g Eiweiß steckt z.B. in folgenden Nahrungsmitteln:

- 50g Fleisch / Fisch
- 1 Ei
- 100g Hüttenkäse
- 1 große Scheibe Schnittkäse
- 100g Quark
- 30g Erdnüsse
- 150g Linsen
- 200ml Joghurt
- 300ml Milch

Um ihren Bedarf zu decken, sind verhältnismäßig große Portionen notwendig. Bei Appetitmangel benötigen sie wahrscheinlich eiweißreiche Zusatznahrung. Bitte sprechen sie das mit der Ernährungsberatung oder ihrer Ärztin/ihrem Arzt ab.

Weitere Ideen zur Anreicherung von Kalorien und Vitalstoffen:

- Käsehäppchen mit Weintrauben
- Mandelmus in Suppen,Soßen oder aufs Brot
- bittere Schokolade (auch als Flocken im Joghurt)
- Haferflocken in jeglicher Form
- Quarkspeisen (auch Skyr)
- Griechischer Joghurt (enthält 10% Fett)
- Nüsse
- Oliven
- Trockenfrüchte
- Sportler Eiweißshakes
- Eiweißpulver und Maltodextrin in Suppen, Soßen, Cremespeisen

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Goldene Tipps bei Überernährung

Insulinresistenz, DiabetesTyp2,
Hypercholesteinämie, Adipositas

Goldene Tipps bei Überernährung

Erste Empfehlungen bei Insulinresistenz, Diabetes Typ2, Übergewicht, erhöhter Cholesterinspiegel etc.

Ihre Ernährung ist aus dem Gleichgewicht gekommen. Aus unterschiedlichen Gründen passt ihr Essen und Trinken nicht mehr zu dem, was ihr Körper wirklich braucht. Hier finden sie erste Schritte auf dem Weg zu neuem Gleichgewicht. Eine Ernährungsberatung wird sie dabei unterstützen, ihren individuellen Weg zu finden.

Esspausen sind wertvolle Helfer!

Essen sie zwischen den Mahlzeiten ganz bewusst **nichts**! Reichlich kalorienfreie Getränke werden sie unterstützen. So kann der Körper den Insulinspiegel senken und damit eine optimale Verwertung der Körper Ressourcen nutzen.

Essen sie langsam und mit Genuss!

Langsames Essen unterstützt ihr natürliches Sättigungsgefühl. Essen sie, wenn sie körperlich hungrig sind, und beenden sie ihre Mahlzeit, wenn sie wohltuend gesättigt sind.

Frisch und vitalstoffreich Essen belebt!

Nutzen sie die große Vielfalt frischer Lebensmittel. Essen sie bunt und frisch. Nutzen sie so viele unverarbeitete Lebensmittel wie möglich.

Goldene Tipps bei Übererernährung

Gemüse und Eiweiß machen und halten lange satt!

Nutzen sie die sättigende Wirkung von Eiweiß und Gemüse zum Beispiel schon zum Frühstück. Zusammen mit Vollkorn steigt ihr Blutzuckerspiegel nur moderat an, sodass der nächste Hunger länger auf sich warten lässt. Ergänzen sie jede Hauptmahlzeit mit einer Portion Gemüse und einer Portion eiweißreicher Lebensmittel wie Linsen, Fisch, Milchprodukten, Nüssen, Fleisch etc.

Bewegung unterstützt nachhaltig!

Unser Körper ist für die Bewegung gemacht! Gönnen sie sich täglich 20Min angenehme, ausgleichende Bewegung!

Zucker, Weißmehl und hoch industriell verarbeitete Lebensmittel machen schlapp und müde!

Unterstützen sie ihren Körper, seine Balance wieder zu finden! Zucker und Weißmehl macht sie im Übermaß auf Dauer krank!

Bereits eine kleine Gewichtsreduktion bewirkt eine Veränderung!

Mit jedem kleinen Schritt kommen sie ihrem gesunden Ziel näher! Bleiben sie dran! Es lohnt sich!

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Klassische Schonkost

Durchfälle

- akut
- chronisch

Verstopfungen

- akut
- chronisch

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Diese Liste gibt ihnen einen ersten Anhaltspunkt zur **SCHONKOST**. **Grundsätzlich dürfen sie alles essen, was ihnen bekommt!** Schränken sie ihr Essen und Trinken nur so lange ein, bis es ihnen wieder besser geht! Sie können täglich eine neue Speise hinzunehmen und auch etwas mehr Fett verwenden! Klären sie evtl. Nahrungsmittel- Intoleranzen mit ihrer Ärztin/ ihrem Arzt ab!

Lebensmittelgruppen	Leicht verträgliche Lebensmittel	Lebensmittel, die im Allgemeinen schlecht vertragen werden
Milch und Milchprodukte	fettarme Milch (1,5 %), fettarme gesäuerte Milchprodukte (Joghurt, Dickmilch, Sauermilch), milde Käsesorten bis 45 % Fett i. Tr. (z. B. Frisch-, Weich-, Schmelz-, Schnittkäse);	Vollmilch und vollfette, auch gesäuerte, Milchprodukte, Sahne, Rahm, Sauerrahm über 20 % Fett, würzige und fetthaltige Käsesorten (über 45 %), Schimmelkäse wie Gorgonzola, Roquefort, Bergkäse, Überreifer Camembert
Fleisch	mageres Rind-, Kalb-, Geflügelfleisch (Filet, Schnitzel), mageres Ziegenfleisch, Kaninchen, Wild und Wildgeflügel, Hähnchen Wichtig: fettarm zubereitet (gekocht, gegrillt, in Folie gegart, im Römertopf, geschmort)	fettes, geräuchertes, gepökeltes, scharf angebratenes Fleisch, mit Speck gespickte Fleischteile, fettes Fleisch u. a. Ente, Gans, Grillhähnchen fritiert
Fleischwaren	milde magere Wurstsorten z. B. gekochter Schinken, deutsches Corned Beef, Sylzwurst, Geflügelwurst, kalter Bratenaufschnitt	fette und geräucherte Wurstwaren wie Salami, Leberwurst etc.
Suppen und Soßen	fettarme Bouillon, Suppen und Soßen	fettreiche Suppen und Soßen

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Fisch und Fischwaren	magere Süß- und Salzwasserfische, fettarm zubereitet, Schalen- und Krustentiere	fette Fischsorten wie Aal, Hering, Lachs, geräucherte Fische, eingelegte und/oder konservierte Fische oder Fischwaren
Eier	weich gekochte Eier, fettarme Eierspeisen	hart gekochte Eier, fettreiche süße oder pikante Eierspeisen, Majonnaise
Fette und Öle	kleine Mengen Pflanzenöle, Butter, ungehärtete reine Pflanzenmargarine	größere Mengen Öle, Schmalz,
Brot	Graubrot, Weißbrot, Mischbrot, feine Vollkornbrote, zur besseren Verträglichkeit getoastet	frisches Brot, frische Backwaren, grobe Vollkornbrote
Backwaren	Backwaren aus einfachen Rühr- und Hefeteigen, Kuchen aus Quark-Öl-Teig, Obstkuchen ohne Sahne, Baiser, einfache Kekse	frisches Hefegebäck, fette Backwaren wie Sahne- und Cremetorten, Blätter- teig, Fettgebackenes
Getreideprodukte	Reis, Nudeln, Grieß, Mehle, Stärkemehle, Getreideflocken	keinerlei Einschränkungen

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Kartoffeln	fettlos bzw. fettarm zubereitet, Pell-, Salzkartoffeln, Kartoffelpüree, Klöße	alle gebratenen und in Fett ausgebackenen Kartoffelgerichte, z. B. Pommes Frites, Bratkartoffeln, Kroketten, Kartoffelsalat mit Speck, Majonnaise oder viel Öl
Gemüse	leicht verträgliche Gemüsesorten wie Karotten, Fenchel, junge Kohlrabi, Blumenkohl, feine grüne Erbsen und Bohnen, Tomaten, Zucchini, grüner Salat	schwer verdauliche und blähende Sorten wie Blatt-Kohlsorten, Lauch, Zwiebeln, Knoblauch
Obst	reife, leicht verträgliche Sorten wie Bananen, Äpfel, Mandarinen, Himbeeren, Heidelbeeren roh oder gekocht, Nüsse und Samen sehr gut kauen!	unreifes Obst, rohes Steinobst wie Pfirsiche und Kirschen austesten,
Zucker	nur in kleinen Mengen	größere Mengen
Süßigkeiten	Konfitüre, Marmelade, Honig, Dunkle Schokolade	Schokolade, Pralinen, Nougat, Marzipan, Sahnebonbons, Gummibärchen, Kaugummis und Bonbons mit Zuckeraustauschstoffen wie Xylit etc.
Gewürze	frische und getrocknete Kräuter, milder Essig (z. B. Balsamico), mildes Paprik-/Currypulver	größere Mengen Pfeffer, Salz, Curry, Paprikapulver, Senf, Meerrettich, Zwiebel- und Knoblauchpulver, scharfe Gewürzmischungen, Geschmacksverstärker wie Natriumglutamat
Getränke	alle Teesorten, milder Kaffee, Getreidekaffee, Mineralwasser evtl ohne Kohlensäure, Gemüsesäfte, verdünnte Obstsäfte, alkoholfreies Bier	Alkohol in jeder Form, kohlensäurehaltige Getränke z. B. Limonade, Cola, Eisgekühlte Getränke, Getränke mit Süßstoffen oder Zuckeraustauschstoffen
Zubereitungsarten	Kochen, Dünsten, Dämpfen, Garen in Folie, im Tontopf, in der beschichteten Pfanne oder im beschichteten Topf, im Backofen, in der Mikrowelle, Grillen ohne Fett	starkes Anbraten, rösten, Frittieren, mit Speck und Zwiebeln anbraten

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223
Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Empfehlungen bei akuten Durchfällen
z.B. bei Magen -Darm Virus
Bitte klären sie länger anhaltende Stuhlgangveränderungen mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt ab!

Anfänglich verzichten sie auf Essen und Tinken reichlich. Bis sie merken, dass ihr Körpter sich beruhigt. Beginnen sie sanft mir sehr leichten Speisen. Essen sie sehr langsam und kauen sie gut! Beginnen sie mit folgenden Speisen und Getränken:

- Schwarztee, Grüntee -> diese sind sehr Hilfreich, um den Kreislauf anzuregen. Gerne bei Bedarf mit etwas Traubenzucker oder Honig süßen
- Heidelbeertee -> dieser stopft sanft!
- Schafgarbentee -> er beruhig den Verdauungstrakt sanft
- Fenchel-Anis-Kümmeltee -> er ist beruhigend und wirkt entblähend
- abgekochtes Wasser (wird warm oder kalt getrunken)

- Salzstangen
- Zwieback
- Graubrot getoastet
- Salzkartoffeln
- Gekochte Möhren
- Leichte Kartoffelsuppe oder Möhrensuppe (Kartoffeln oder/und Möhren stampfen, mit Brühe auffüllen, einen Stich Butter hinzugeben)
- Haferflocken! z.B. in Brühe oder mit etwas Wasser im Topf mit Honig gesüßt
- reife Banane
- geriebener Apfel mit Schale! Diesen stehen lassen, bis er braun wird.
- abgekochtes Wasser (wird warm oder kalt getrunken)
- Elektrolytausgleich bei länger andauernden Duchfällten!

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Empfhelungen bei länger andauernden Durchfällen und Blähungen
(z.B. gereizter Magen-Darm)

Obst/Gemüse

- Banane
- Apfel (evtl. gerieben)
- Wassermelone
- Honigmelone
- reife Aprikose
- Heidelbeeren
- Mango
- Möhren (evtl. gegart)
- Zuccini
- Kohlrabi gegart
- grüne Erbsen
- Prinzessbohnen
- Kartoffeln
- Paprika gegart (bitte testen, evtl. ohne Haut)

Getreideprodukte

- Reis, Naturreis
- Nudeln, Vollkornnudeln
- Quinoa, Hirse, Buchweizen etc.
- Toast, feines Brot, Knäckebrot
- Grieß
- Getreideflocken
- Müsli
- Zwieback
- einfache Kekse wie Butterkekse, Löffelbisquit, ABC Brot, Obstkuchen

Obst/Gemüse

- Pflaumen
- Trauben
- Kaktusfeige
- Apfelsine
- Tomaten
- Sauerkraut
- Kohlsalate
- Lauch

Zwiebeln und Knoblauch nur gegart und in kleinen Mengen, evtl. nach dem Garen entfernen

Getreideprodukte

- Fritiertes Gebäck
- Blätterteig wie Croissants

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Empfhelungen bei **länger andauernden** Durchfällen und Blähungen (z.B. gereizter Magen-Darm)

Getränke

- Wasser mit und ohne Kohlensäure
- Schwarztee, Grüntee, Roibuschtee, Kräutertee wie Fenchel, Anis, Kümmel, Schafgarbentee!
- ab und zu ein alkohlfreies Bier oder Malzbier

Getränke

- Alkohl
- Energiedrings
- Limonaden
- Süßstoffhaltige Getränke
- Getränke mit Zuckeraustauschstoff wie Stevia
- eiskalte Getränke vermeiden
- Buttermilch
- Kevier
- wenig Milch

Milchprodukte

- Naturjogurt in Kombination mit Haferflocken
- Creme fine o.ä. 7%, 19%
- Quark 10%
- Saure Sahne
- Käse bis ca. 45% F.i.Tr. wie Gouda
- Frischkäse

Milchprodukte

- Schlagsahne 30%
- Creme fraiche
- sehr fetter Käse über 55% F.i.Tr.

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Empfhelungen bei länger andauernden Durchfällen und Blähungen
(z.B. gereizter Magen-Darm)

Fleisch/Fisch

- unpanniertes, leicht gebratenes fettarmes Fleisch
- selbst gemachte Frikadellen, Hackbraten etc. je nach Verrträglichkeit und leicht angebraten
- fettarme Wurstwaren wie Schinken, Bratenaufschnitt
- unpanniertes Fisch gedünstet oder leicht in der Pfanne angebraten

Fleisch/Fisch

- panniertes
- scharf angebratenes
- scharf gewürztes
- sehr fettes wie Bauchspeck
- wenig oder keine fetten Wurstsorten wie Leberwurst, Salami

Süßwaren und Knabberreien

- Salzstangen
- Nüsse und Mandeln nach Bekömmlichkeit in kleinen Mengen
- Kekse ohne Cremefüllung
- dunkle Schololade 70%
- ABC Brot
- Löffelbisquit

Süßwaren und Knabbereien

- fette Süßwaren und Chips
- Fruchtgummies
- Kaugummis Bonbons mit Süßstoff oder Xylit

Diese Tabelle hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit! Sie bietet einen ersten Anhaltspunkt.

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Testen Sie einzelne Getränke und Speisen und notieren Sie Ihre Erfahrungen. Grundsätzlich dürfen sie alles Essen, was ihnen bekommt! So entsteht ihre eigene Wohlfühlliste.

Das habe ich gut vertragen:

Das habe ich nicht gut vertragen:

Das muss ich noch weiter testen:

Hier habe ich noch Fragen:

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Weitere Empfhelungen bei akuten Durchfällen und Blähungen

- Fenchel, Anis, Kümmeltee oder /und Schafgarbentee trinken
- Schwarztee, Grüntee
- viel Wasser trinken
- nicht zu kalt trinken
- gut kauen und langsam essen
- täglich Haferflocken 3El
- so natürlich wie möglich essen
- Auf Fertigprodukte weitestgehend verzichten
- frische Kräuter verwenden und keine "Fixtütchen"
- Süßstoffe und Zuckeraustauschstoffe (wie Xylit, Birkenzucker)vermeiden

Klären sie evtl. Nahrungsmittel- Intolleranzen mit ihrer Ärztin/ ihrem Arzt ab!

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Empfehlungen bei **akuten Verstopfungen**

Bitte klären sie länger anhaltende Stuhlgangveränderungen mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt ab!

Ihre Verstopfungen sind akut? Das bedeutet, sie spüren Bauchschmerzen, evtl. Blähungen und haben seltener als 3x pro Woche Stuhlgang! Dann sorgen sie erst dafür, dass ihr Stuhlgang wieder regelmäßiger und weicher wird, bevor sie mit Weizenkleie, Leinsamen etc. beginnen! Dies folgt, als Dauerernährung (siehe Empfehlungen bei chronischen Verstopfungen)

- Erhöhen sie ihre Trinkmenge!
- Essen sie über den ganzen Tag verteilt treibende Lebensmittel! 3-4 Portionen. Dies ist wichtig, um den Stuhl durchgehend weich zu halten.
- Beispiel: Essen sie morgens einen Naturjoghurt mit einem Löffel Haferflocken, oder 3 am Tag zuvor eingeweichte Trockenpflaumen. Als Zwischenmahlzeit wählen sie eine reife Kiwi. Das Mittagessen enthält 10ml kalt gepresstes Öl extra. Trinken sie abends ein Glas Buttermilch oder Kefir.

  - Treibende Lebensmittel und Getränke:

  gesäuerte Milchprodukte wie Joghurt, Buttermilch und Kefir
  Kiwi, Apfelsine, Pflaumen, Kirschen
  Säfte wie Apfel, Gemüse, Pflaume
  Kaffee
  getrocknete Aprikosen, getrocknete Pflaumen
  Öle (die Speise wird durch Öl und Butter geschmeidiger)
  Apfelessig, Brottrunk 1 zu 3 mit Wasser gemischt

- Regelmäßige Bewegung!
- Gewöhnen sie ihren Darm an regelmäßige Toilettengänge! Stellen sie einen Hocker unter ihre Füße. Der Darm wird dadurch im Endbereich leichtgängiger. Verweilen sie jedoch nicht zu lange auf der Toilette und vermeiden starkes Drücken. Damit beugen sie Divertikel vor
- Betroffene berichten von einer wohltuenden Wirkung von warmem Wasser am Morgen, einer Bauchmassage im Uhrzeigersinn und Wärme.

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

Schonendes Essen für einen wohligen Magen Darm

Empfehlungen bei **chronischen Verstopfungen**
-> Ihr Darm neigt zu Verstopfungen
(z.B. aufgrund von Medikamenten)

Um verhärtenden Verstopfungen vorzubeugen sind folgende Empfehlungen hilfreich! ACHTUNG! Sind die Verstopfungen sehr hart, setzen sie Ballaststoffkonzentrate wie Weizenkleie, Leinsamen etc. nicht ein! Erst wenn der Stuhlgang wieder regelmäßiger und weicher ist, beginnen sie mit Kleie etc.

- Erhöhen sie ihre Trinkmenge!
- Essen sie langsam und kauen sie gut.
- Essen sie über den ganzen Tag verteilt treibende Lebensmittel! Dies ist wichtig um den Stuhl durchgehend weich zu halten.

- Treibende Lebensmittel und Getränke:

gesäuerte Milchprodukte wie Joghurt, Buttermilch und Kefir
Kiwi, Apfelsine, Pflaumen, Kirschen
Säfte wie Apfel, Gemüse, Pflaume
Kaffee
getrocknete Aprikosen, getrocknete Pflaumen
Öle (die Speise wird durch Öl und Butter geschmeidiger)
Apfelessig, Brottrunk 1 zu 3 mit Wasser gemischt

- Regelmäßige Bewegung!
- Gewöhnen sie ihren Darm an regelmäßige Toilettengänge! Stellen sie einen Hocker unter ihre Füße. Der Darm wird dadurch im Endbereich leichtgängiger. Verweilen sie jedoch nicht zu lange auf der Toilette und vermeiden starkes Drücken. Damit beugen sie Divertikel vor
- Betroffene berichten von einer wohltuenden Wirkung von warmem Wasser am Morgen, einer Bauchmassage im Uhrzeigersinn und Wärme.
- Ergänzen sie ihre täglichen Speisen mit reichlich Ballaststoffen. Essen sie dazu 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst und Vollkornprodukte
- **1-2 Teel. Kleie, Flohsamen, Leinsamen oder andere Ballaststoffkonzentrate können unter die Speise gerührt werden. Z.B. in einen Joghurt. Achtung! zu jedem Teelöffel Konzentrat benötigen sie** 200ml Wasser extra!!!

www.daniela-spies.de
Mobil: 0176 81215223

Daniela Spies
Ernährungsberatung

>>Das Einzige, was die Menschen zu retten vermag, ist Zusammenarbeit.
Und der Weg zur Zusammenarbeit nimmt im Herzen der Einzelnen seinen Anfang<<

Bertrand Russell 1872-1970

Entwurf Protokollierung Anruf erweiterte Erreichbarkeit

1. [Anrufer] (autom. Übernahme aus System)

2. [Datum, Uhrzeit] (autom. aus System übernehmen?)

3. Sachverhalt (Freitext):

- Grund des Anrufs - Symptome - Grund Entsendung RTW (z.B. gesundheitlicher Zustand; Kommunikationsprobleme) - …..

4. Vitaldaten überprüft (falls vorhanden): ☐

5. Vitaldaten von Patient ermittelt:

- ☐ Blutdruck: [Feld für Eingabe des Werts]
- ☐ Herzfrequenz: [Feld für Eingabe des Werts]
- ☐ Temperatur: [Feld für Eingabe des Werts]
- ☐ Sauerstoffsättigung [Feld für Eingabe des Werts]
- ☐ Blutzucker [Feld für Eingabe des Werts]

6. Weiterer Verlauf:

☐ Rettungsdienst

☐ NEF

☐ Transport (KTW)

☐ Hausarzt

☐ Notdienst KV

☐ Beratung

☐ Medikation

☐ Hausbesuch durch RCCM erwünscht

[Freitext]

7. [Gesprächspartner (NoAH)] (automatisch aus dem System)

8. Rückruf beim Patienten durch RCCM:

☐ Dringend

☐ Aufschiebbar

9. Grund des Anrufs:

☐ Medizinisch:

- ☐ Kardiologisch
- ☐ Psychosomatisch
- ☐ Neurologisch
- ☐ Orthopädisch
- ☐ ……
- ☐ Sonstiges Freitext

(Mehrfachnennung möglich)

☐ Sozial

☐ Sonstiges: Freitext

Checkliste für den initialen Hausbesuch

◯ Sind alle Formulare unterschrieben?

◯ Von wem wurde Pat. aufgeklärt?

- Hausarzt
- Facharzt

- Pflegedienst

◯ Stammdaten

Name:	
Vorname:	
Anschrift:	
Geb. -Datum:	
KV Nummer:	

◯ Hat Pat. eine E-Mail-Adresse/ Mobilfunknummer?

Email:	
Handy:	

◯ E-Mail-Adresse von Angehörigen?

Email:	

◯ Liegen die erforderlichen Passwörter vor?

- App-Store/Play-Store
- Emailadresse
- WLAN - Router
- andere

◯ OBERBERG_FAIRsorgt App installiert?

◯ Medikation (OTC, Eigenmedikation, verordnete Med.)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nacht	Bei Bedarf

◯ Diagnosen ggf. mit ICD 10 Schlüssel

Diagnose	ICD 10 Schlüssel

◯ Pflegegrad beantragt?
- ja
- nein

◯ Gibt es einen Pflegedienst?

Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	

◯ Andere Dienstleister? (Mahlzeiten, med. Fußpflege, Hauswirtschaft, Physio/ Ergo?

◯ Hilfsmittel vorhanden:

◯ Hilfsmittel empfohlen:

◯ Sozialanamnese

◯ Soziales Umfeld

- Ehe-Partner*in
- Alleinlebend
- Freunde
- Nachbarn

Angaben zur Kontaktperson

Name:
Anschrift:
Telefon:
Email:

◯ Umgebungsfaktoren

- Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erfolgt?
  (z.B.: Badumbau, Pflegezimmer, Rampe, Treppenlift, Türverbreiterung etc.)

- Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen geplant?

- ATLs
  - atmen
  - essen und trinken
  - ausscheiden
  - sich bewegen
  - wach sein und schlafen
  - sich beschäftigen
  - Körpertemperatur regulieren
  - sich waschen und kleiden
  - für Sicherheit sorgen
  - kommunizieren
  - Sich als Kind, Frau oder Mann fühlen
  - Sinn finden im Werden - Sein - Vergehen

◯ Wünsche/Ziele

◯ Interview Uni (Eingangs-Ausgangsfragebogen, Tagebuch, Telefonat)

◯ Info an Susi Schmidt / Ira Kellert - Versand Eingangsfragebogen

OBERBERG_FAIRsorgt

Test Help Desk

Exported on 01/15/2025

Table of Contents

1 Professional 5
1.1 Anmelden/Login Pro 5
1.1.1 Voraussetzungen 5
1.1.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung 5
1.2 Management Patient*innen 8
1.2.1 Management Patient*innen: Übersicht Pro 8
1.2.1.1 Voraussetzungen 8
1.2.1.2 Übersicht Management Patient*innen 9
1.2.2 Management Patient*innen: Übersicht Funktion "Patient*in melden" 13
1.2.2.1 Zugang zur Funktion "Patient*in melden" 13
1.2.2.2 Patient*in melden 15
1.2.2.3 Patient*in melden als Gast ohne weitere Registrierung 19
1.2.2.4 Patient*in melden als Gast und Registrierung 22
1.2.2.5 Patient*in melden mit Konto 27
1.2.3 Management Patient*innen: Übersicht Funktion "Daten einsehen und bearbeiten" 29
1.2.3.1 Zugang zur Datenübersicht einer Patient*in Pro 29
1.2.3.2 Patient*in: Datenübersicht Pro 30
1.2.3.3 Patient*in: Allgemeine Informationen bearbeiten 32
1.2.3.4 Patient*in: interne ID bearbeiten 35
1.2.3.5 Patient*in: Adressdaten bearbeiten 36
1.2.3.6 Patient*in: Adresse lokalisieren 39
1.2.3.7 Patient*in: Kontaktdaten bearbeiten 40
1.2.4 Management Patient*innen: Übersicht Funktion "Fallakte" 42
1.2.4.1 Patient*in: Fallakte anlegen 42
1.2.4.2 Patient*in: Fallakte bzw. Programm pausieren / reaktivieren 45
1.2.4.3 Patient*in: Fallakte deaktivieren / reaktivieren 48

1.2.4.4 Patient*in: Fallakte löschen....54
1.3 Management Versorgung (Case & Care) 57
1.3.1 Management Versorgung: Übersicht....57
1.3.1.1 Voraussetzungen....57
1.3.1.2 Übersicht Versorgungsplan....57
1.3.2 Versorgungsplan zuweisen....58
1.3.2.1 Voraussetzungen....58
1.3.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung....58
1.3.3 Versorgungsplan wechseln....61
1.3.3.1 Voraussetzungen....61
1.3.3.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung....61
1.3.4 Leistungserbringer*in zuweisen....63
1.3.4.1 Voraussetzungen....63
1.3.4.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung....63
1.3.5 Versorgungsleistung stornieren....66
1.3.5.1 Voraussetzungen....66
1.3.5.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung....66
1.4 Management Termine....68
1.4.1 Management Termine: Übersicht Pro....68
1.4.1.1 Voraussetzungen....68
1.4.1.2 Übersicht Terminkalender....68
1.4.2 Termin erstellen....69
1.4.2.1 Voraussetzungen....69
1.4.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung....70
1.5 Videokommunikation....72
1.5.1 Anmelden und Abmelden....72
1.5.1.1 Voraussetzungen....72
1.5.1.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung....72
1.5.2 Modul Videokommunikation: Übersicht....73

1.5.2.1 Voraussetzungen 74
1.5.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung 74
1.5.3 Zugang zum Modul Videokommunikation 77
1.5.4 Videokommunikation starten und beenden 77
1.5.4.1 Voraussetzungen 77
1.5.4.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung 78
1.5.5 Terminierte Videokommunikation starten 80
1.5.5.1 Voraussetzungen 80
1.5.5.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung 80

1 Professional

1.1 Anmelden/Login Pro

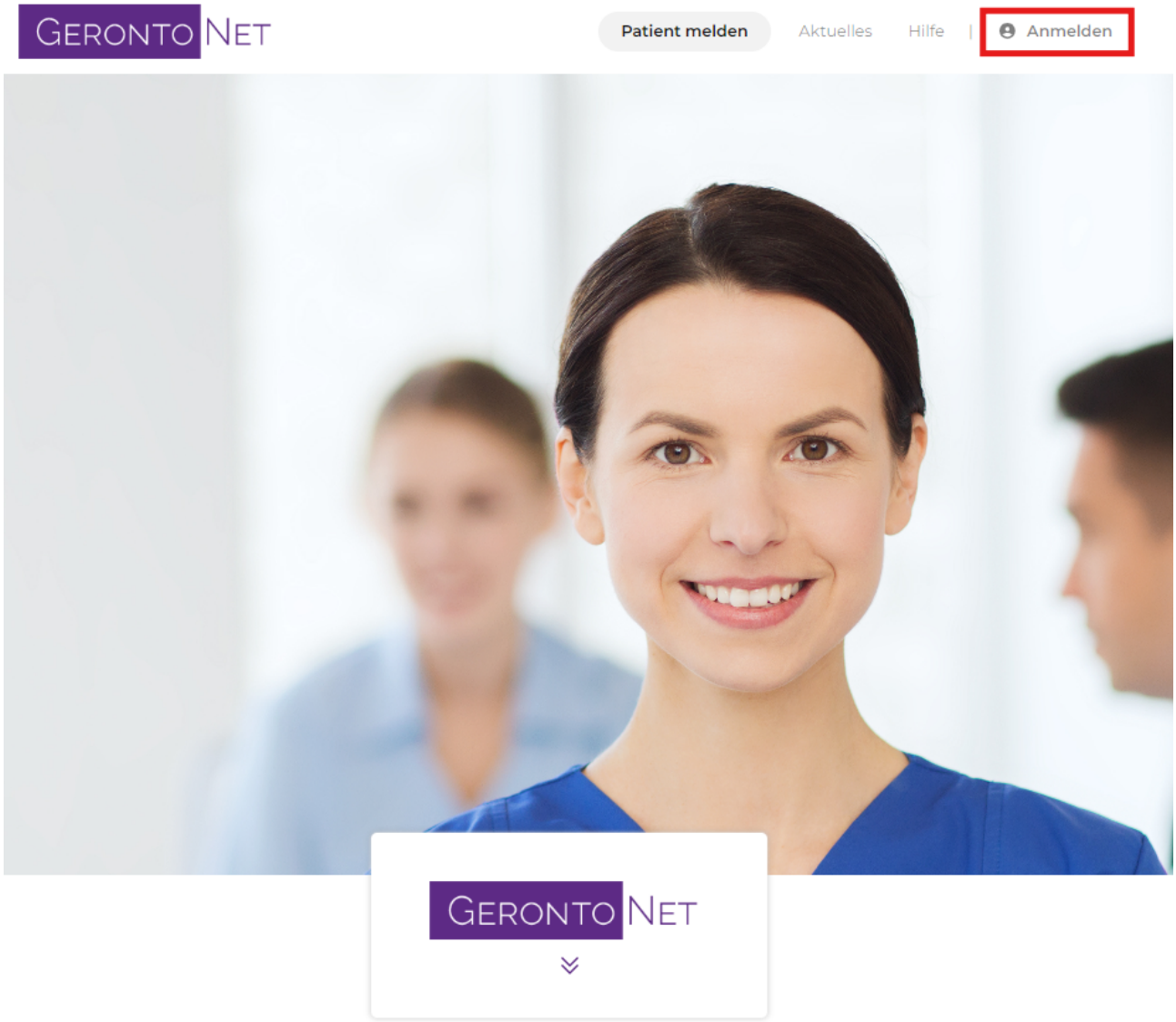
Sie haben die Möglichkeit, von Ihrem Computer, Laptop, Handy oder Tablet aus auf Ihre Plattform zuzugreifen. Wie das geht und was Sie dafür brauchen, erfahren Sie in diesem Artikel.

1.1.1 Voraussetzungen

- Sie benötigen einen Browser mit Internetzugang
- Nutzendenname bzw. registrierte E-Mail-Adresse und Passwort, fragen Sie ggf. eine zuständige Ansprechperson in Ihrer Einrichtung

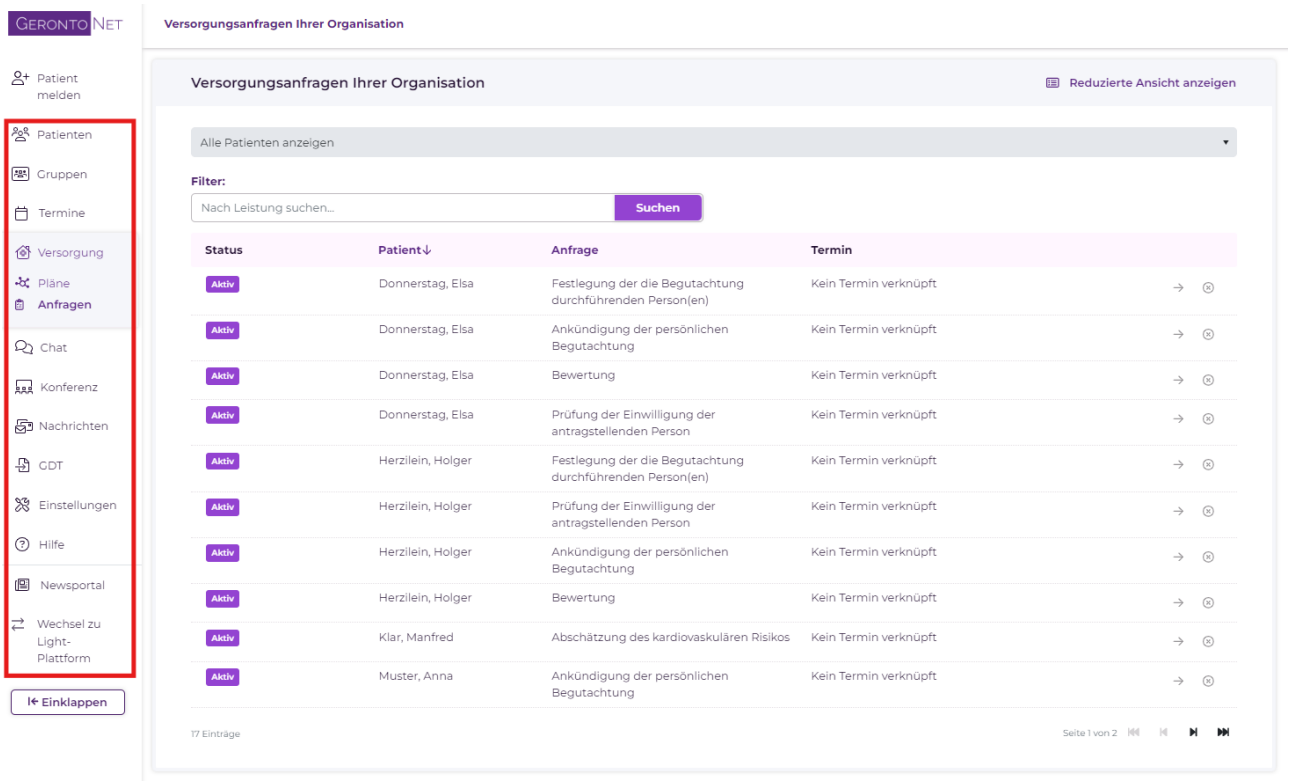
1.1.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

- geben Sie den Link zu Ihrer Plattform in die Adresszeile des Browsers ein
- Klicken Sie im rechten Bereich des Bildschirms auf “Anmelden”



- geben Sie Ihren Nutzendennamen bzw. Ihre registrierte E-Mail-Adresse und Ihr Passwort in die entsprechenden Zeilen ein
    - Klicken Sie hierzu in den entsprechenden Felder und geben Sie die Daten über die Tastatur ein
- Klicken Sie anschließend auf die Schaltfläche “Anmelden”

- Nach der Anmeldung werden Sie direkt auf die Seite “Versorgungsanfragen Ihrer Organisation” geleitet.
- Nutzen Sie die Navigationsleiste links, um zu den anderen Bereichen zu gelangen.



1.2 Management Patient*innen

1.2.1 Management Patient*innen: Übersicht Pro

Sie bekommen hier eine Übersicht über die Funktionen des Moduls “Patient*innenmanagement” in der professionellen Ansicht. Die Funktionen werden benannt und ihre Position auf der Plattform angezeigt. Wie die einzelnen Funktionen zu verwenden sind, entnehmen sie bitte den entsprechenden Anleitungsartikeln:

Patient*in melden (see page 13)

Patient*innen: Daten einsehen und bearbeiten (see page 29)

Patient*innen: Fallakte (see page 42)

1.2.1.1 Voraussetzungen

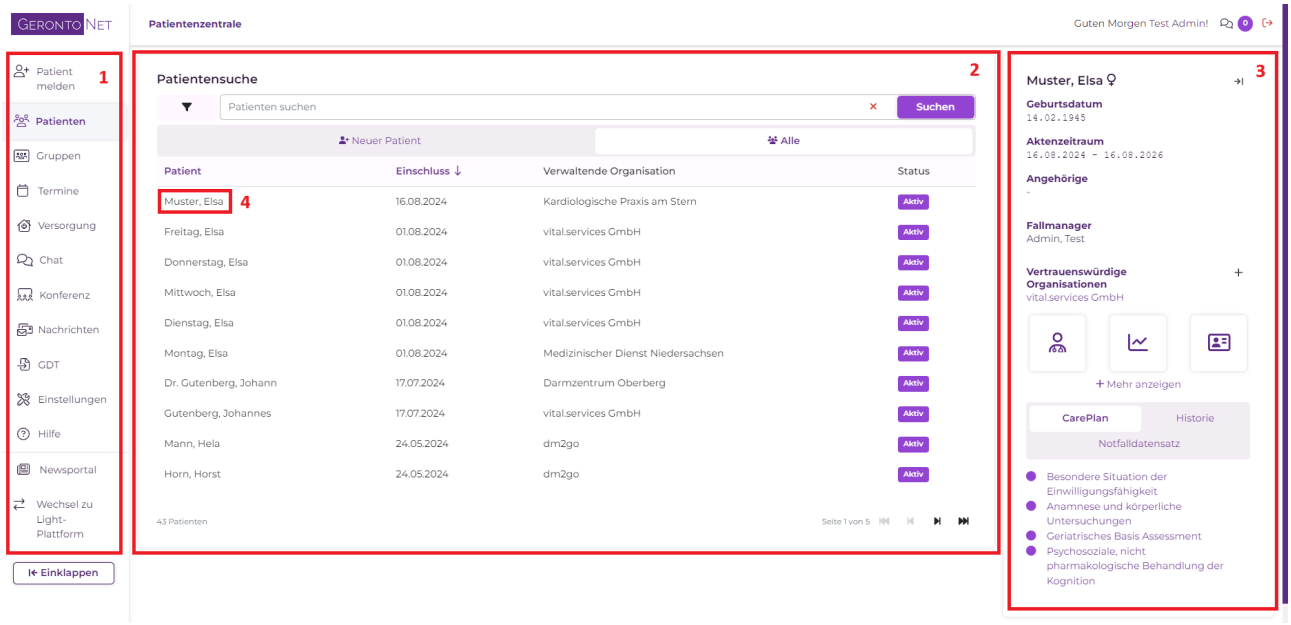
Sie befinden sich auf der Plattform in der professionellen Ansicht und sind angemeldet. Wie Sie sich auf der Plattform anmelden können erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/680198145/Anmelden+Login+Pro (see page 5)

1.2.1.2 Übersicht Management Patient*innen

1.2.1.2.1 Schritt 1: Allgemeine Übersicht

Die Ansicht im Patient*innenmanagement ist aufgeteilt in folgende Bereiche:

- linke Seite: Navigationsbereich (1)
    - Möglichkeit zwischen einzelnen Funktionen und Übersichten zu wechseln
- mittlerer Bereich: Patient*innensuche (2)
    - Möglichkeit nach Patient*innen zu suchen
- rechte Seite: Patient*in-Navigation (3)
    - Übersicht über eine*n ausgewählten Patient*in
    - wenn kein*e Patient*in ausgewählt wurde, bleibt dieser Bereich frei
    - Auswahl einer Patient*in durch anklicken dieser im Suchbereich (4)

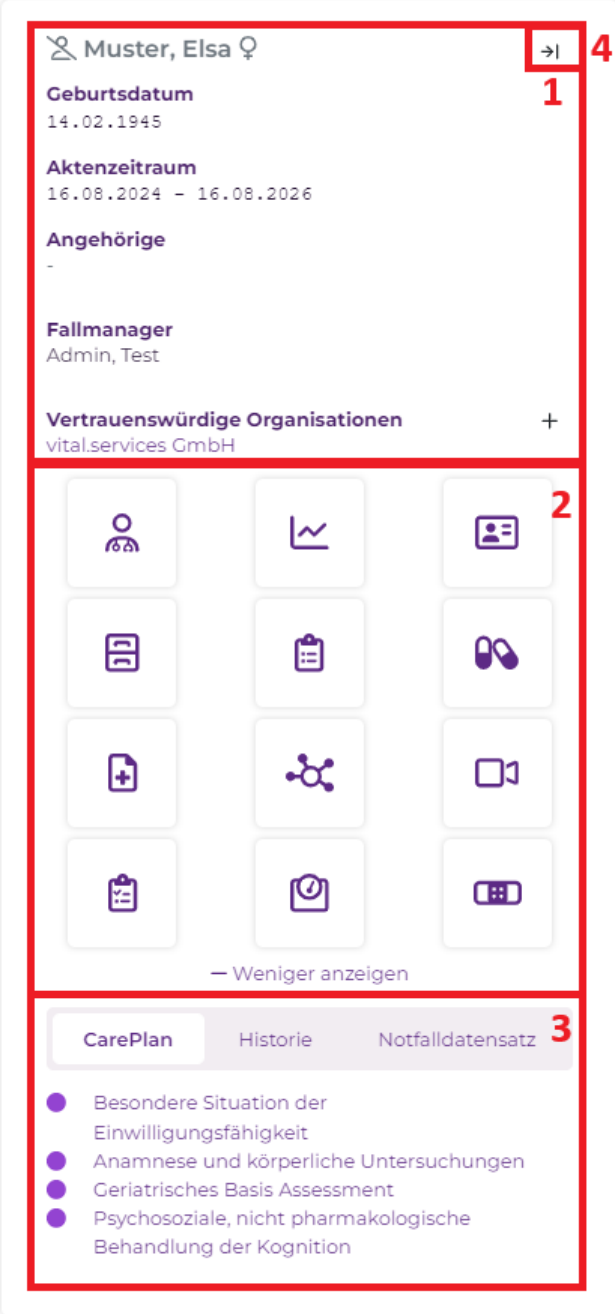


1.2.1.2.2 Schritt 2: Übersicht Patient*in-Navigation

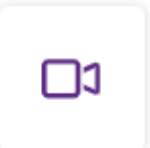
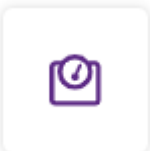
Die Patient*in-Navigation ist aufgeteilt in folgende Bereiche:

- oberer Bereich: Basisdaten und -netzwerk der Patient*in (1)
- mittlerer Bereich: Navigation (2)
- unterer Bereich: Übersicht aktueller Versorgungstand (3)

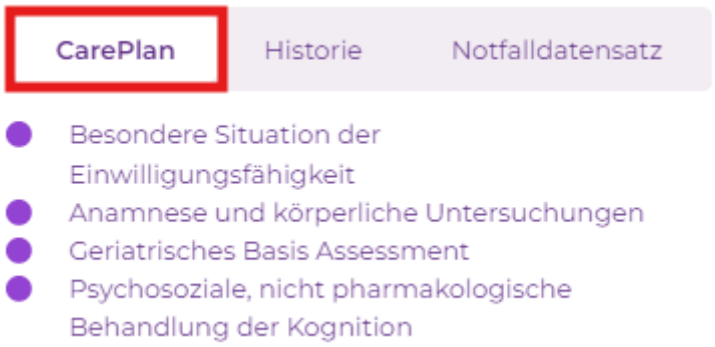
Sie können die Patient*in-Navigation durch Klicken auf den kleinen Pfeil (4) ausblenden.



- oberer Bereich: Basisdaten und -netzwerk der Patient*in
    - Sie können durch Klicken auf das “+” alle der Patient*in zugeordnete Vertrauenswürdigen Organisationen ansehen
- mittlerer Bereich: Navigation
    - Klicken Sie auf das jeweilige Symbol, um in den entsprechenden Bereich zu gelangen
    - wenn Sie mit dem Mauszeiger auf ein Symbol zeigen, wird Ihnen der Name des Bereichs angezeigt (Mouse-Over)

Versorgungsplan	Vitaldaten	Profil
Fallakte	Assessments	Medikamente
		
ICF-Status	Versorgungsnetzwerk	Konsil
		
Diagnosen	Geräte	Wunden

- unterer Bereich: Übersicht aktueller Versorgungstand
  - CarePlan (Versorgungsplan)
    - Klicken Sie auf die Schaltfläche “CarePlan”, um den Versorgungsplan der Patient*in anzuzeigen
    - weitere Vorgehen im Umgang mit dem CarePlan finden Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/676560962/Management+Versorgung+Case+Care (see page 57)



- Historie
  - Klicken Sie auf die Schaltfläche “Historie”, um die letzten Aktivitäten in Bezug auf die Patient*in, sowie die handelnde Person und die Zeit der Aktivität anzuzeigen
  - weitere Vorgehen im Umgang mit der Historie finden Sie hier:

- Notfalldatensatz

- Klicken Sie auf die Schaltfläche “Notfalldatensatz”, um sich alle Informationen anzeigen zu lassen, welche im Notfall wichtig sind
- weitere Vorgehen im Umgang mit dem Notfalldatensatz finden Sie hier:

1.2.2 Management Patient*innen: Übersicht Funktion "Patient*in melden"

1.2.2.1 Zugang zur Funktion "Patient*in melden"

1.2.2.1.1 Patient*in melden über Pro ohne Anmeldung

Sie haben die Möglichkeit Patient*innen über die Pro-Ansicht der Plattform zu melden. Hierfür müssen Sie weder angemeldet sein, noch ein Konto auf der Plattform besitzen. Wie sie die Formulare zur Patient*innenmeldung öffnen erfahren Sie in diesem Beitrag.

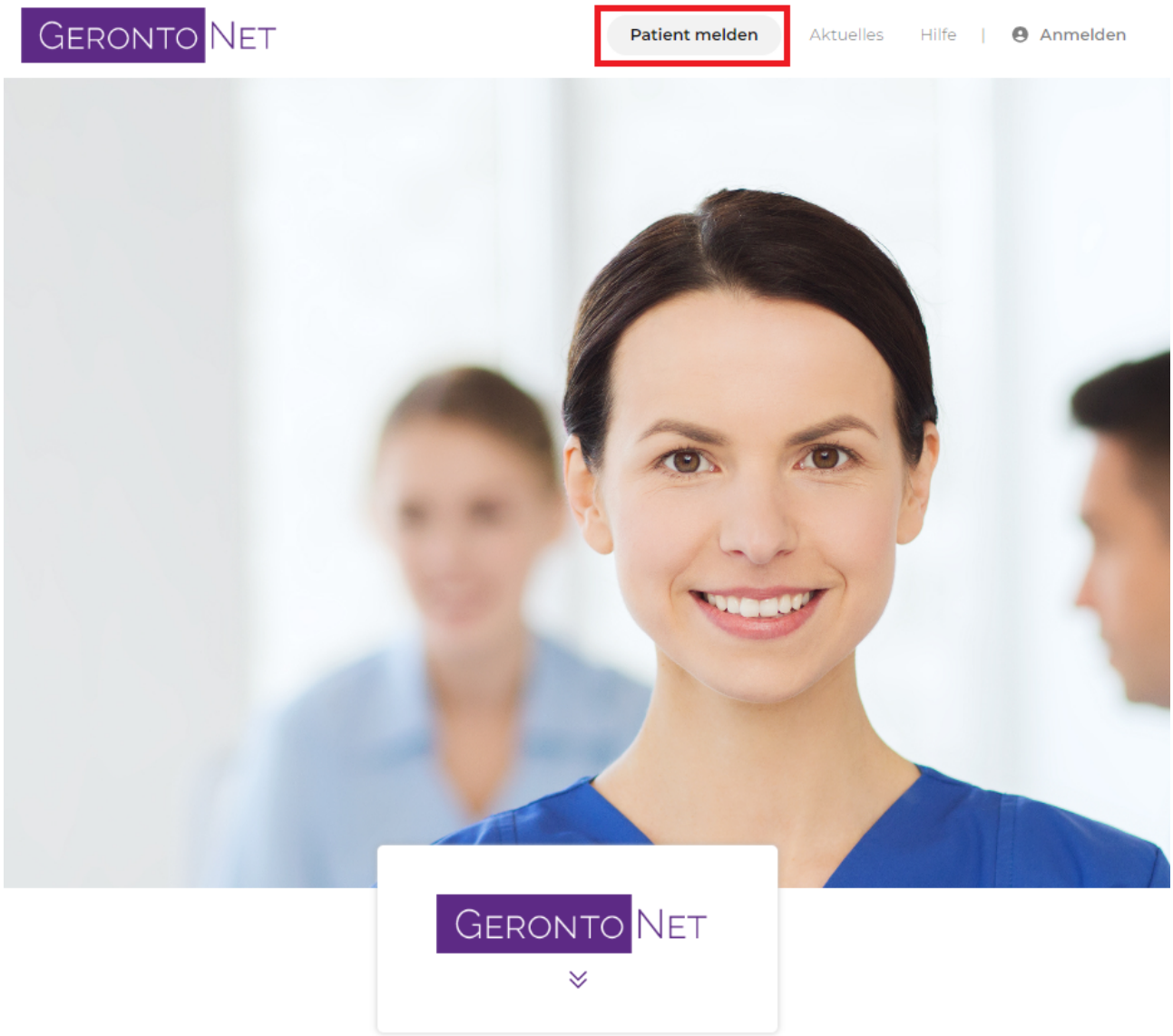
1.2.2.1.1.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich auf der Startseite der Pro-Ansicht der Plattform

1.2.2.1.1.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

Schritt 1: Zugang zur Meldung einer Patient*in

- Klicken Sie auf der Startseite der Plattform auf die farbige Schaltfläche “Patient melden”
- anschließend öffnen sich die Anmeldeformulare und sie können wie im Beitrag Patient*in melden (see page 15) beschrieben, Ihre Meldung machen



1.2.2.1.2 Patient*in melden über Pro / angemeldet

Sie haben die Möglichkeit Patient*innen zu melden, während Sie sich auf der Pro-Version der Plattform befinden und angemeldet sind. Wie sie die Formulare zur Patient*innenmeldung öffnen erfahren Sie in diesem Beitrag.

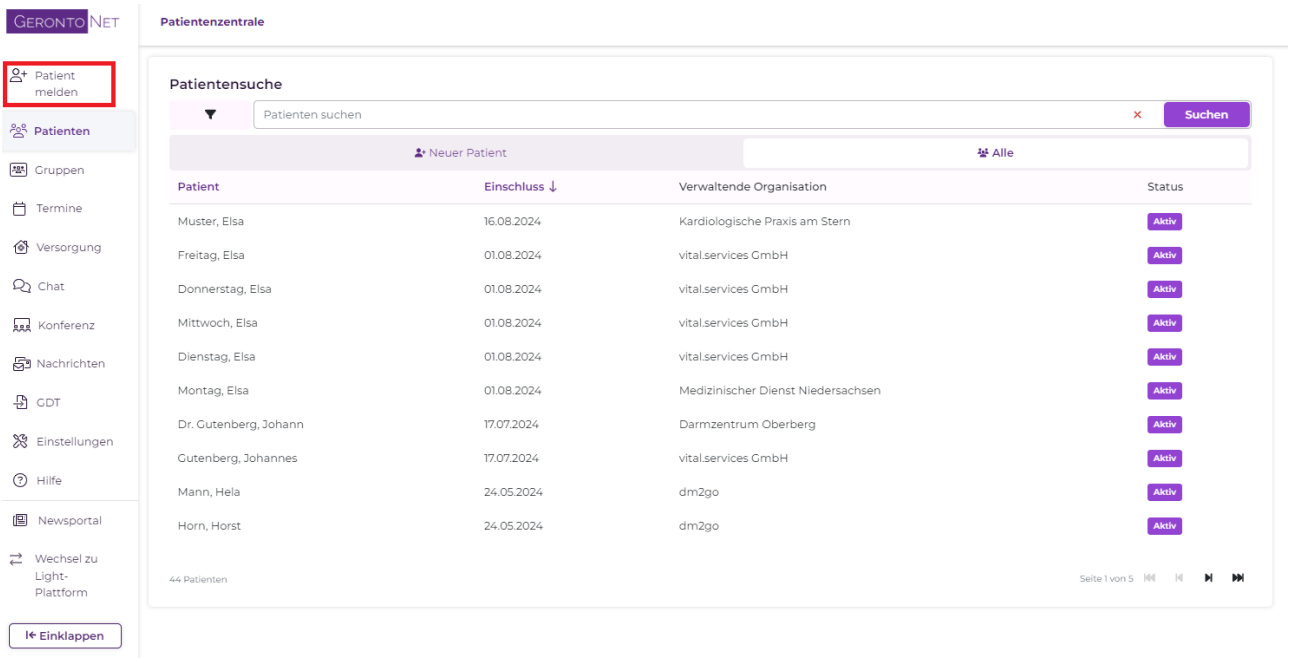
1.2.2.1.2.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich auf der Plattform und sind angemeldet

1.2.2.1.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

Schritt 1: Zugang zur Meldung einer Patient*in

- Klicken Sie in der Navigationsleiste auf der rechten Seite die Schaltfläche “Patient melden”
- anschließend öffnen sich die Anmeldeformulare und sie können wie im Beitrag Patient*in melden (see page 15) beschrieben, Ihre Meldung machen



1.2.2.2 Patient*in melden

In diesem Artikel zeigen wir Ihnen, wie Sie als Gast, also ohne dass Sie ein Konto für die Plattform besitzen eine*n Patient*in melden können.

1.2.2.2.1 Voraussetzungen

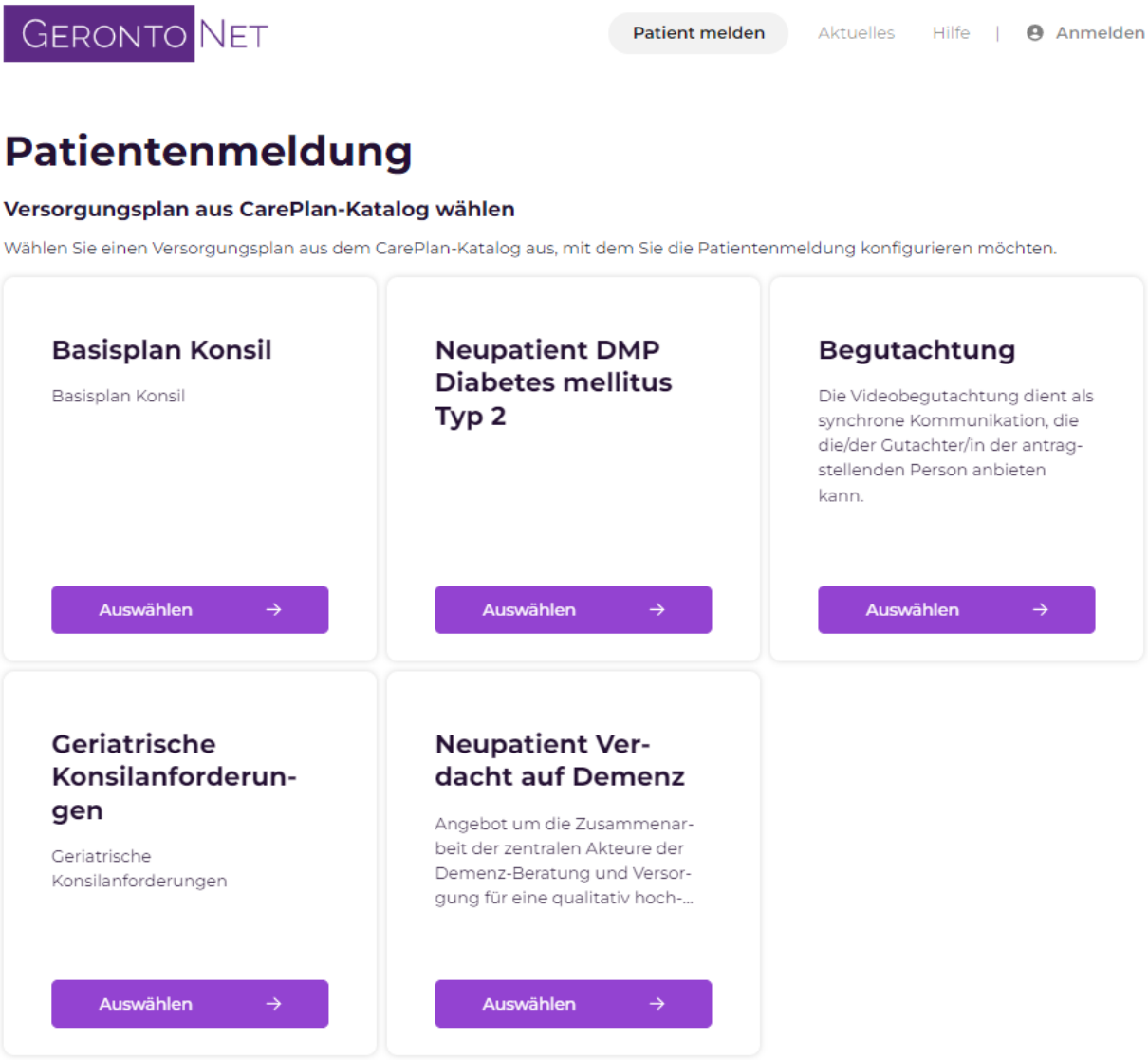
- Sie befinden sich auf der Plattform über die Sie eine*n Patient*in melden wollen

- ob Sie bereits ein Konto auf der Plattform besitzen und/oder angemeldet sind ist dabei irrelevant
- über folgende Möglichkeiten können sie zur Startseite der Patient*innenmeldung kommen:
    - https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/540409875/Patient+in+melden+ber+Pro+ohne+Anmeldung (see page 13)
    - https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/540803073/Patient+in+melden+ber+Pro+angemeldet (see page 15)

1.2.2.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

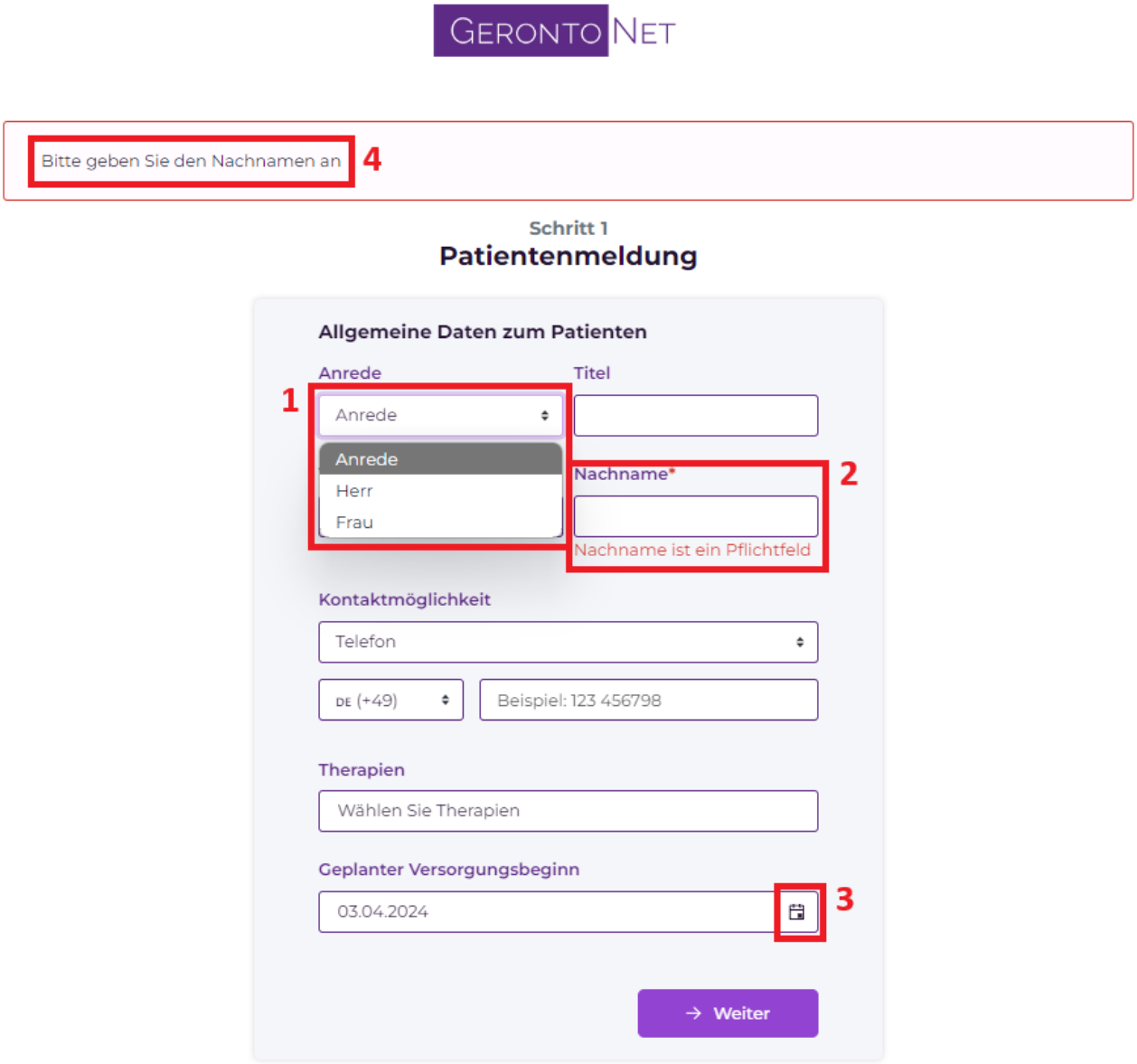
1.2.2.2.2.1 Schritt 1: Versorgungsplan / CarePlan auswählen

- wählen Sie einen Versorgungsplan aus dem CarePlan-Katalog aus und klicken Sie auf die entsprechende farbige Schaltfläche “Auswählen →”
- es öffnet sich eine Seite mit dem entsprechenden CarePlan
- Klicken Sie die farbige Schaltfläche “weiter”



1.2.2.2.2.2 Schritt 2: Patientenmeldung / Dateneingabe

- füllen Sie folgende Formulare mit Ihnen vorliegenden Daten zur Patient*in aus
- Klicken Sie hierfür in die entsprechenden Formularfelder
- bei Auswahlfeldern wählen Sie unter den vorgegebenen Möglichkeiten aus (1)
- Felder mit rotem Sternchen "*" sind Pflichtfelder und müssen mindestens ausgefüllt werden (2)
- im Feld "geplanter Versorgungsbeginn" gibt es die Möglichkeit das Datum aus einem Kalender auszuwählen
    - Klicken Sie hierfür das entsprechende Symbol (3) an
- nachdem Sie die vorliegenden Daten eingegeben haben, klicken Sie die farbige Schaltfläche "-> Weiter"
- falls Pflichtangaben fehlen, werden Sie im Kopfbereich und unter dem entsprechenden Pflichtfeld darauf hingewiesen (4, 2)



1.2.2.2.2.3 Schritt 3: Angaben zur meldenden Person

- um die Meldung der Patient*in abzuschließen, werden Daten zur meldenden Person benötigt
- als Person, welche die Patient*in meldet, haben Sie folgende Möglichkeiten Ihre Kontaktdaten zu hinterlassen:
    - https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/537886721/Patient+in+melden+als+Gast+ohne+weitere+Registrierung (see page 19)
    - https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/537853954/Patient+in+melden+als+Gast+und+Registrierung (see page 22)
    - https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/540311570/Patient+in+melden+mit+Konto (see page 27)

1.2.2.3 Patient*in melden als Gast ohne weitere Registrierung

Um die Meldung einer Patient*in abzuschließen, werden Angaben zur meldenden Person benötigt. Dies ist auch ohne Registrierung Ihrer Person oder Organisation auf der entsprechenden Plattform möglich. Wie das geht, wird Ihnen in diesem Artikel gezeigt.

Wenn Sie mit der Meldung einer Patient*in auch Ihre Organisation registrieren wollen, dass klicken Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/537853954/Patient+in+melden+als+Gast+und+Registrierung (see page 22)

Wenn Sie eine Patient*in melden wollen und bereits ein Konto besitzen, klicken Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/537853954/Patient+in+melden+als+Gast+und+Registrierung (see page 22)

1.2.2.3.1 Voraussetzungen

- Sie haben alle zur Verfügung stehenden Angabe zur Patient*in gemacht und befinden sich auf der Seite zu den Angaben der meldenden Person.
- Wie und wo Sie die Daten der Patient*in angeben können, erfahre Sie hier:
  - Patient*in melden (see page 15)

1.2.2.3.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.2.3.2.1 Schritt 1: Als Gast fortfahren

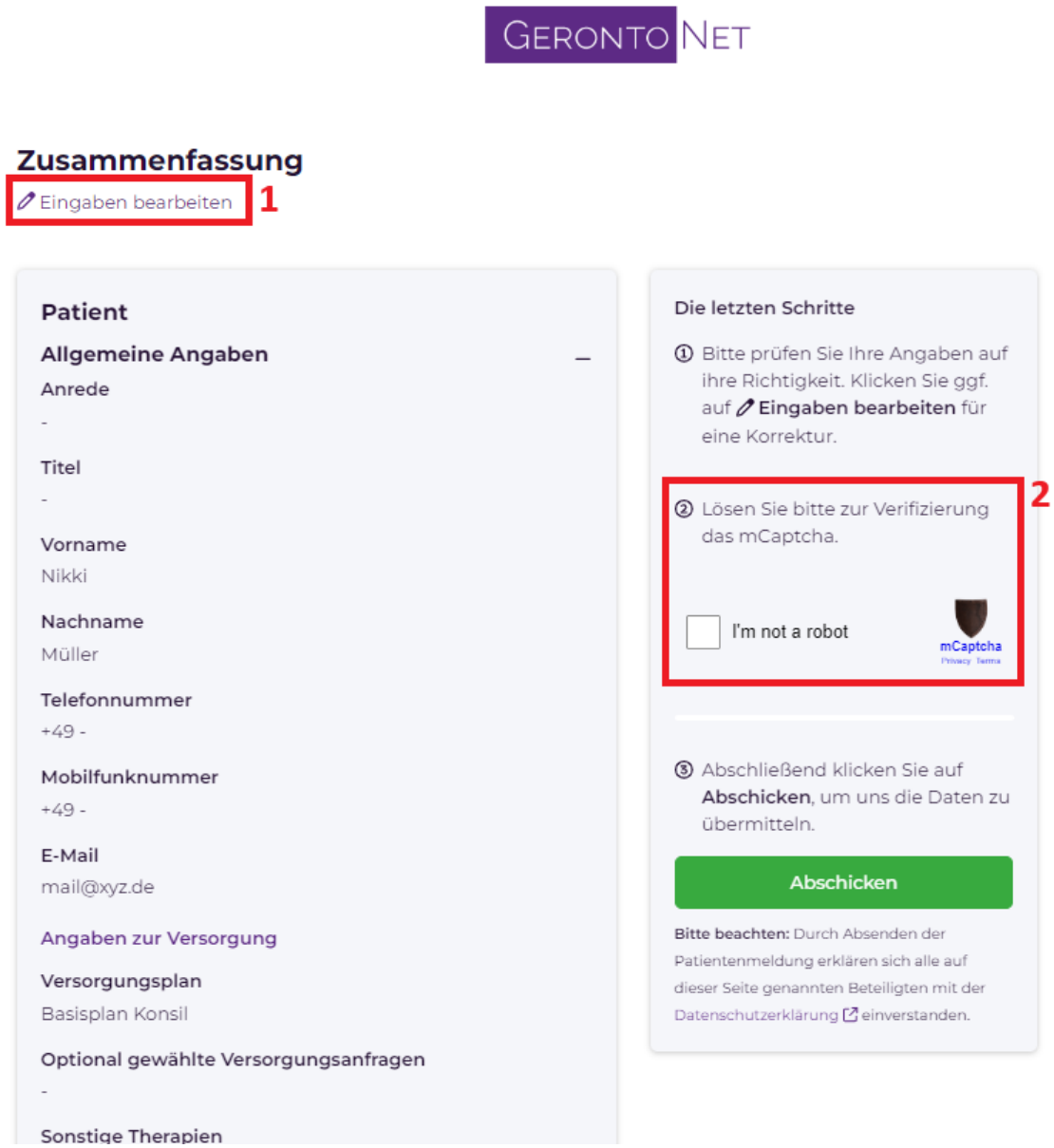
- klicken Sie am Ende des Meldeprozesses einer Patient*in auf die Schaltfläche: “als Gast fortfahren”

1.2.2.3.2.2 Schritt 2: Angaben zur meldenden Person

- füllen Sie folgendes Formular mit Angaben zur meldenden Person aus
- Klicken Sie hierfür in die entsprechenden Formularfelder
- bei Auswahlfeldern wählen Sie unter den vorgegebenen Möglichkeiten aus (1)
- Felder mit rotem Sternchen "*" sind Pflichtfelder und müssen mindestens ausgefüllt werden (2)
- bei Kontaktmöglichkeiten reicht entweder die Telefonnummer oder die E-Mail-Adresse aus
- nachdem Sie die Daten eingegeben haben, klicken Sie die farbige Schaltfläche "-> Zur Zusammenfassung"

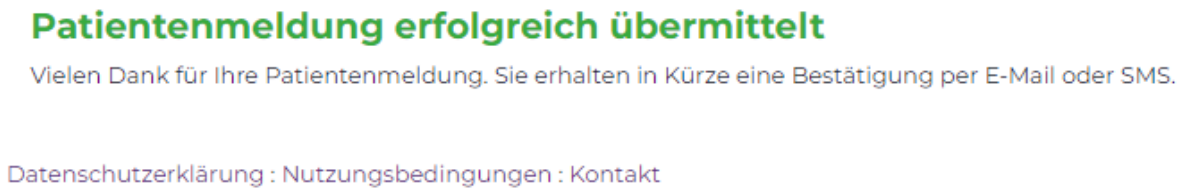
1.2.2.3.2.3 Schritt 2: Zusammenfassung

- in der folgenden Übersicht haben Sie die Möglichkeit noch mal alle eingegebenen Daten zu überprüfen und ggf. zu ändern
- bei Änderungswünschen klicken Sie auf “Eingabe bearbeiten” (1)
    - → Sie werden wieder auf die ersten Seite der Meldung geleitet und können Ihre Eingaben entsprechend ändern
- lösen Sie zur Verifizierung das mCaptcha (2)
- klicken Sie abschließend auf die farbige Schaltfläche “Abschicken”



1.2.2.3.2.4 Schritt 3: Bestätigung

- bei erfolgreicher Übermittlung bekommen Sie folgende Information angezeigt und Meldung der Patient*in ist abgeschlossen



1.2.2.4 Patient*in melden als Gast und Registrierung

Um die Meldung einer Patient*in abzuschließen, werden Angaben zur meldenden Person benötigt. In diesem Beitrag lesen Sie, wie sich gleichzeitig mit Ihrer Organisation auf der Plattform registrieren können.

Wenn Sie eine*n Patient*in ohne eine Registrierung melden wollen, dann klicken Sie hier: Patient*in melden als Gast ohne weitere Registrierung (see page 19)

Wenn Sie eine Patient*in melden wollen und bereits ein Konto besitzen, klicken Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/537853954/Patient+in+melden+als+Gast+und+Registrierung (see page 22)

1.2.2.4.1 Voraussetzungen

- Sie haben alle zur Verfügung stehenden Angabe zur Patient*in gemacht und befinden sich auf der Seite zu den Angaben der meldenden Person.
- Wie und wo Sie die Daten der Patient*in angeben können, erfahre Sie hier:
  - Patient*in melden (see page 15)

1.2.2.4.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.2.4.2.1 Schritt 1: Zugang anfragen

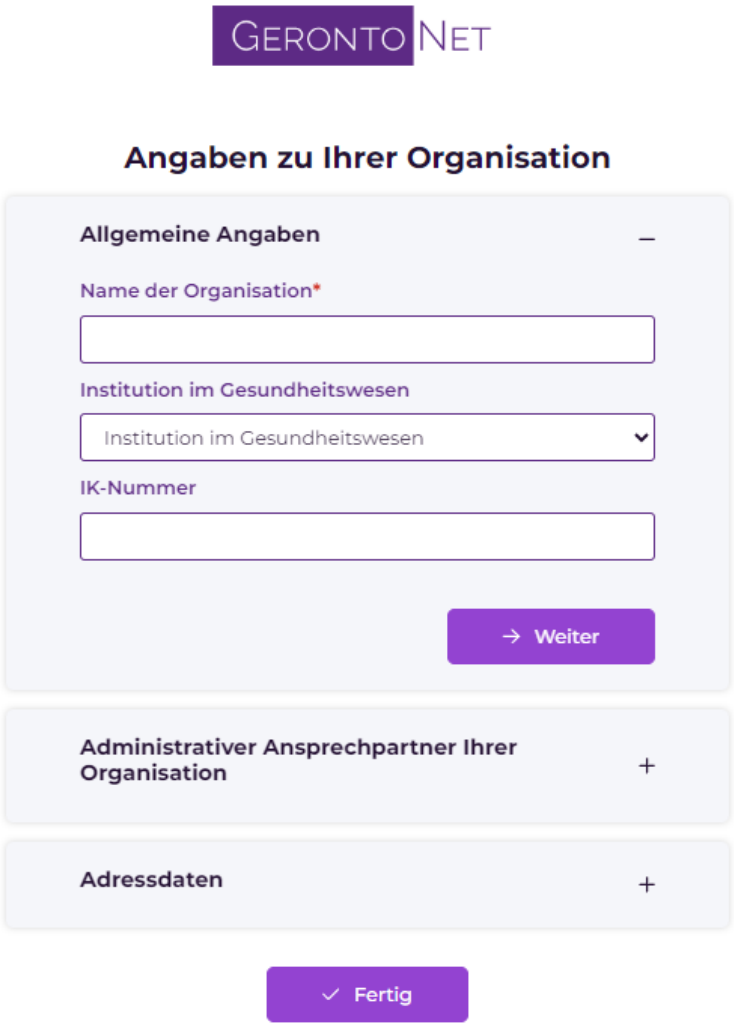
- klicken Sie am Ende des Meldeprozesses einer Patient*in auf die Schaltfläche: “Ich möchte einen Zugang anfragen”

1.2.2.4.2.2 Schritt 2: Angaben zur meldenden Person

- füllen Sie folgendes Formular mit Angaben zur meldenden Person aus
- Klicken Sie hierfür in die entsprechenden Formularfelder
- bei Auswahlfeldern wählen Sie unter den vorgegebenen Möglichkeiten aus (1)
- alle Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt sein, damit Sie zur nächsten Seite gelangen
    - bei Kontaktmöglichkeiten reicht entweder die Telefonnummer oder die E-Mail-Adresse aus
- nachdem Sie die Daten eingegeben haben, klicken Sie die farbige Schaltfläche “-> Weitere Angaben zur Organisation”

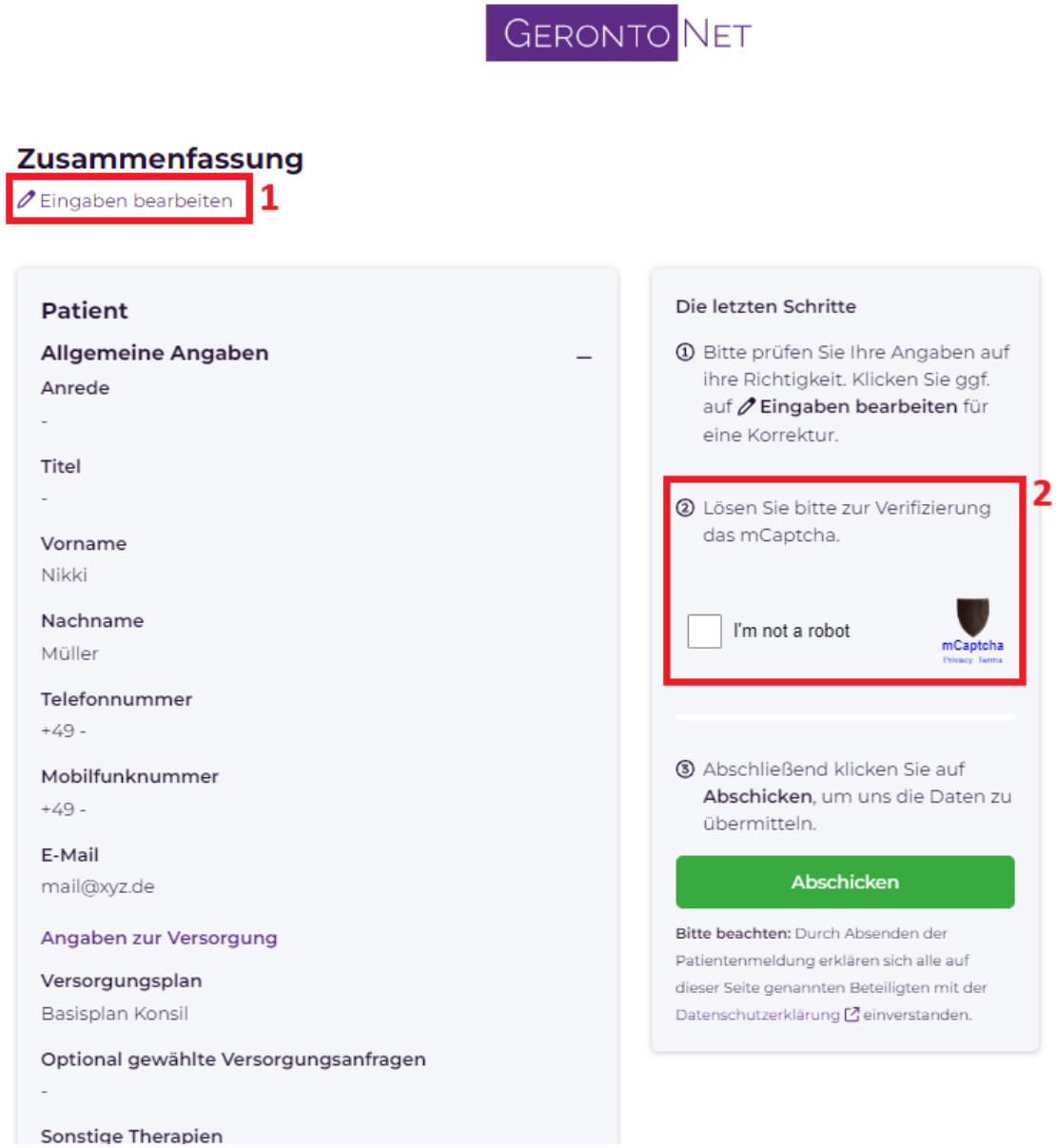
1.2.2.4.2.3 Schritt 3: Angaben zur Organisation

- füllen Sie das Formular wie in Schritt 2 beschrieben aus
- durch Klicken auf die farbige Schaltfläche “-> Weiter” öffnet sich der Abschnitt “Administrativer Ansprechpartner Ihrer Organisation” und anschließend der Abschnitt für die “Adressdaten”
- wenn Sie alle Abschnitte, wie in Schritt 2 beschrieben, ausgefüllt haben klicken Sie auf die farbige Schaltfläche “Fertig”



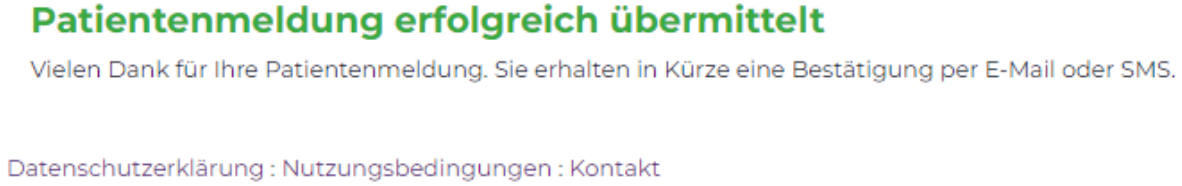
1.2.2.4.2.4 Schritt 4: Zusammenfassung

- in der folgenden Übersicht haben Sie die Möglichkeit noch mal alle eingegebenen Daten zu überprüfen und ggf. zu ändern
- bei Änderungswünschen klicken Sie auf “Eingabe bearbeiten” (1)
    - → Sie werden wieder auf die ersten Seite der Meldung geleitet und können Ihre Eingaben entsprechend ändern
- lösen Sie zur Verifizierung das mCaptcha (2)
- klicken Sie abschließend auf die farbige Schaltfläche “Abschicken”



1.2.2.4.2.5 Schritt 5: Bestätigung

- bei erfolgreicher Übermittlung bekommen Sie folgende Information angezeigt und Meldung der Patient*in ist abgeschlossen



1.2.2.5 Patient*in melden mit Konto

Um die Meldung einer Patient*in abzuschließen, werden Angaben zur meldenden Person bzw. Organisation benötigt. In diesem Beitrag lesen Sie, wie Sie vorgehen können, wenn Sie bereits ein Konto in der Plattform besitzen.

Wenn Sie noch kein Konto haben, sich aber mit der Meldung der Patient*in registrieren wollen, dann klicken Sie bitte hier: Patient*in melden als Gast und Registrierung (see page 22)

Wenn Sie eine*n Patient*in ohne eine Registrierung melden wollen, dann klicken Sie hier: Patient*in melden als Gast ohne weitere Registrierung (see page 19)

1.2.2.5.1 Voraussetzungen

- Sie haben alle zur Verfügung stehenden Angabe zur Patient*in gemacht und befinden sich auf der Seite zu den Angaben der meldenden Person.
- Wie und wo Sie die Daten der Patient*in angeben können, erfahre Sie hier:
  - Patient*in melden (see page 15)

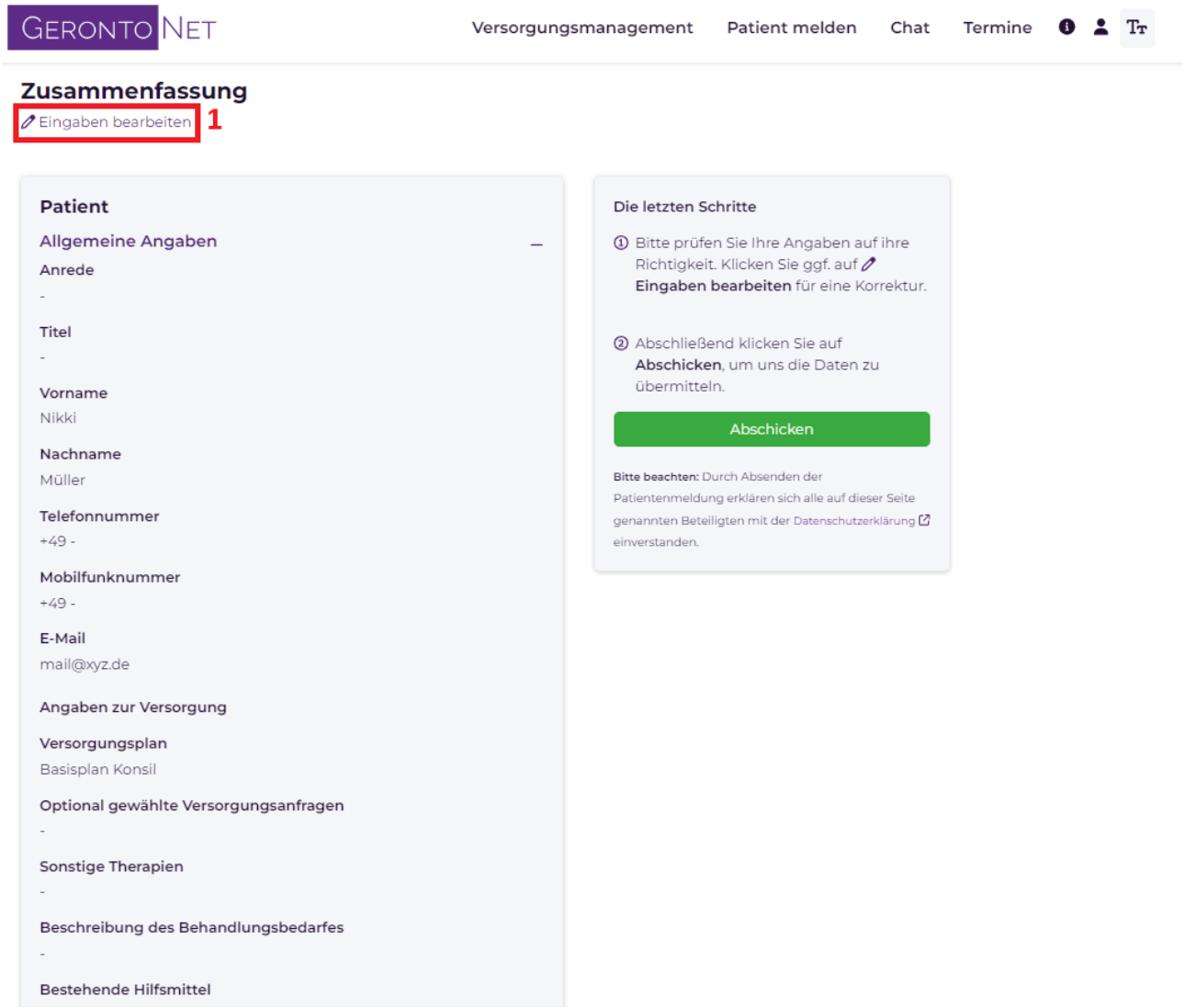
1.2.2.5.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.2.5.2.1 Schritt 1: Anmelden

- klicken Sie am Ende des Meldeprozesses einer Patient*in auf die Schaltfläche: “Ich habe bereits einen Zugang”
- Sie können sich anschließen auf der Plattform anmelden, indem Sie ihre Zugangsdaten eingeben

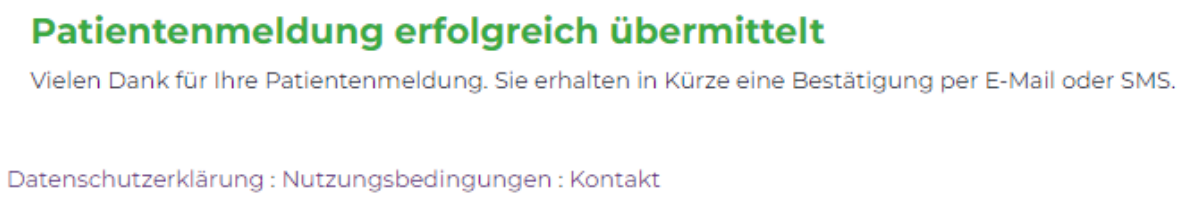
1.2.2.5.2.2 Schritt 4: Zusammenfassung

- nach der Anmeldung bekommen Sie folgende Übersicht angezeigt
- Sie haben hier die Möglichkeit noch mal alle eingegebenen Daten zu überprüfen und ggf. zu ändern
- bei Änderungswünschen klicken Sie auf “Eingabe bearbeiten” (1)
    - → Sie werden wieder auf die ersten Seite der Meldung geleitet und können Ihre Eingaben entsprechend ändern
- klicken Sie abschließend auf die farbige Schaltfläche “Abschicken”



1.2.2.5.2.3 Schritt 4: Bestätigung

- bei erfolgreicher Übermittlung bekommen Sie folgende Information angezeigt und Meldung der Patient*in ist abgeschlossen



1.2.3 Management Patient*innen: Übersicht Funktion "Daten einsehen und bearbeiten"

1.2.3.1 Zugang zur Datenübersicht einer Patient*in Pro

In diesem Artikel erfahren Sie, wie Sie zur Übersicht aller Informationen über eine Patient*in gelangen. Das ist die Grundlage für weitere Schritte, wie z. B. das Hinzufügen oder Ändern von Daten.

1.2.3.1.1 Voraussetzungen

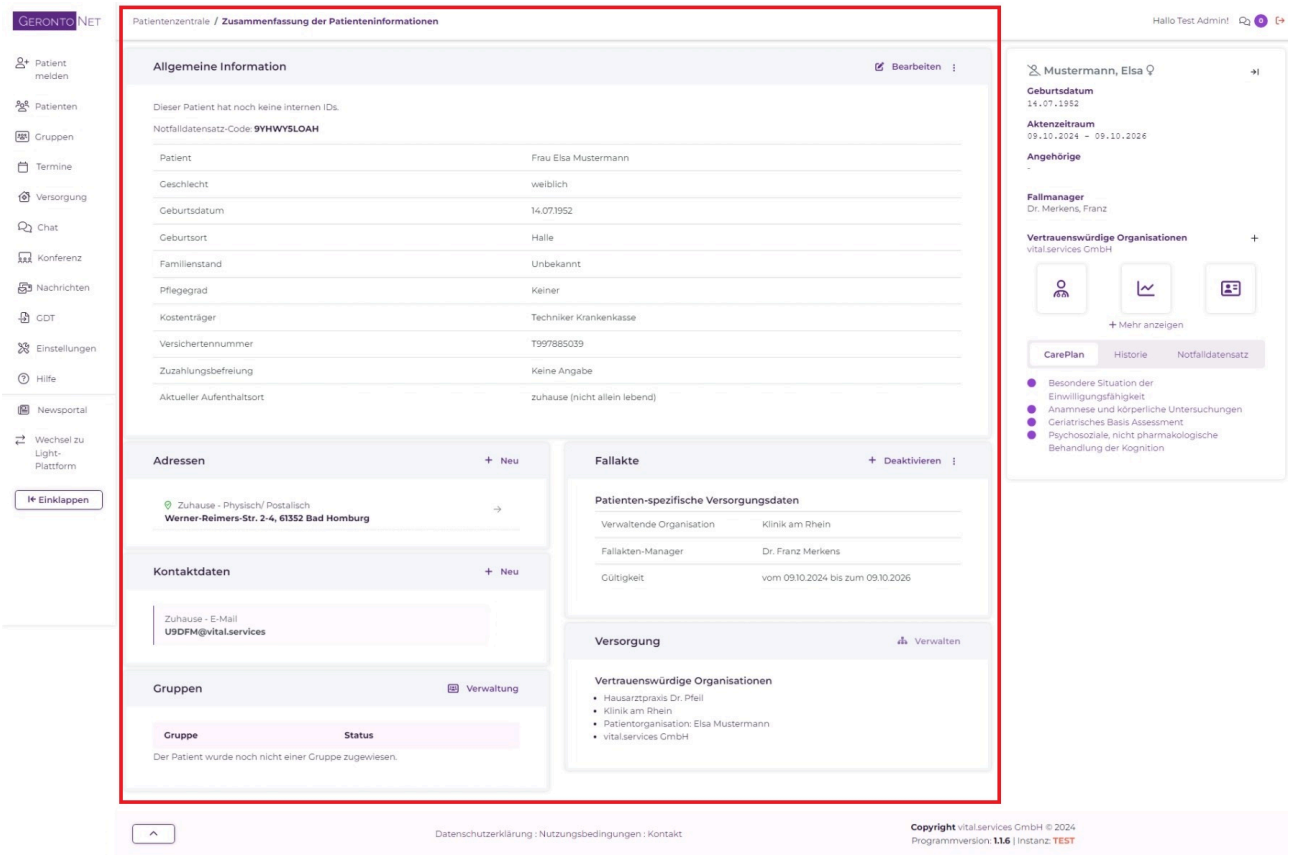
- Sie befinden sich in der professionellen Ansicht Ihrer Plattform
- Sie sind auf der Plattform angemeldet (eingeloggt)

1.2.3.1.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.3.1.2.1 Schritt 1: Suche nach einer Patient*in

- Klicken Sie im Navigationsbereich auf die Schaltfläche “Patienten” (1)
- im mittleren Bereich wird nun eine Liste von Patient*innen angezeigt
- falls Sie Ihre gesuchte Patient*in nicht direkt sehen, suchen Sie in der Suchleiste (2), indem Sie den Namen oder Teile des Namens eingeben und anschließend auf “Suchen” klicken
- → es werden nun Patient*innen mit den entsprechenden Namen bzw. Namensteilen angezeigt
- Klicken Sie auf die gesuchte Patient*in (3)
- im rechten Bereich wird die Patient*innenavigation (4) angezeigt
- Klicken Sie nun auf das Symbol für das Profil der Patient*in:

- im mittleren Bereich öffnet sich die Zusammenfassung aller Patienteninformationen (Datenübersicht)



1.2.3.2 Patient*in: Datenübersicht Pro

Sie bekommen hier eine Übersicht über die Möglichkeiten Informationen über Ihre Patient*innen zu verwalten in der professionellen Ansicht. Die einzelnen Bereiche werden benannt und ihre Position auf der Plattform angezeigt. Wie sie in den jeweiligen Bereichen Änderungen vornehmen, entnehmen Sie bitte den entsprechenden Anleitungsartikeln:

https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/548044804/Patient+in+Allgemeine+Informationen+bearbeiten (see page 32)

https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/549945346/Patient+in+interne+ID+bearbeiten (see page 35)

https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/551780353/Patient+in+Adressdaten+bearbeiten (see page 36)

https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/551780372/Patient+in+Adresse+lokalisieren (see page 39)

https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/554663937/Patient+in+Kontaktdaten+bearbeiten (see page 40)

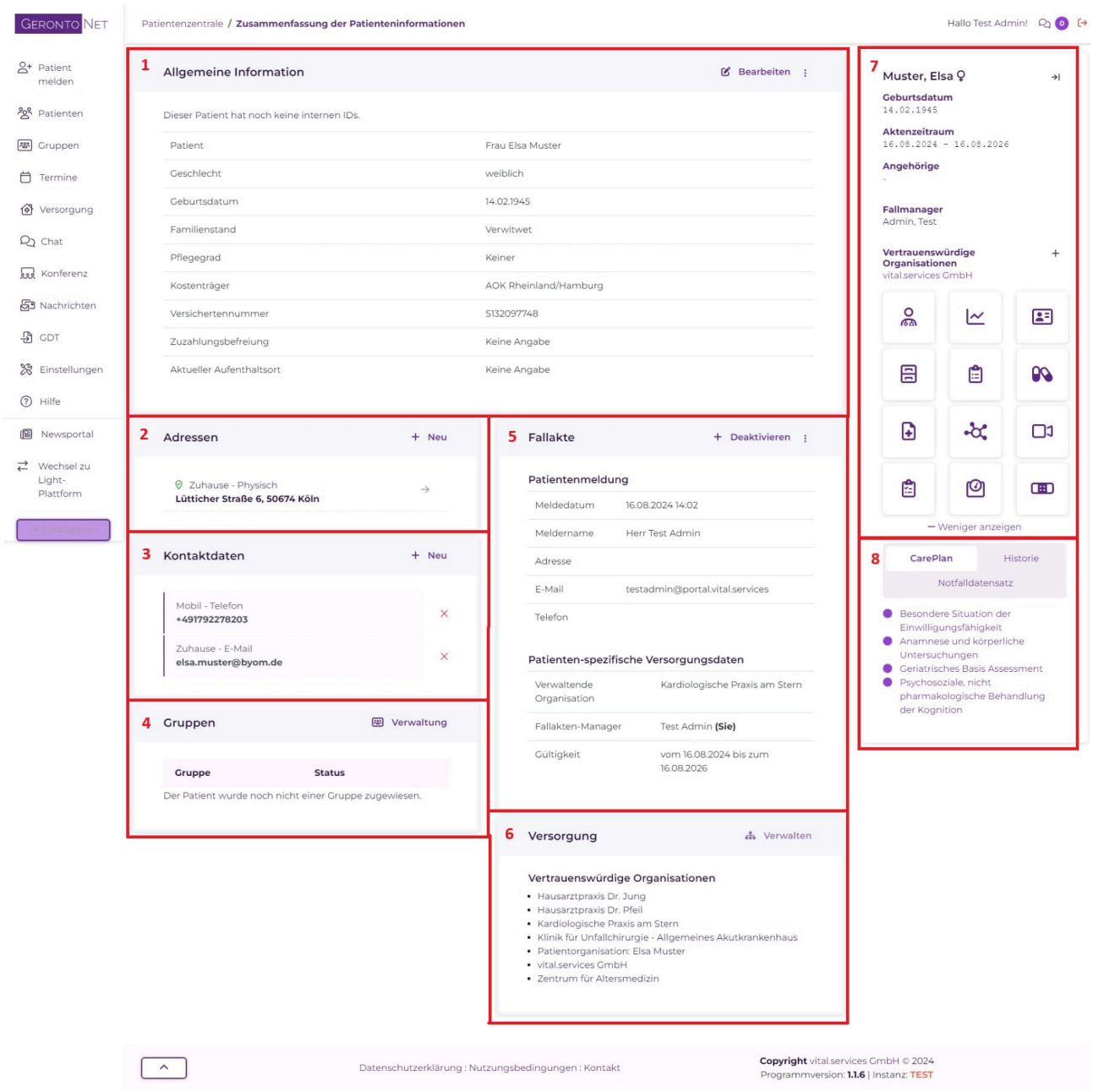
1.2.3.2.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in
- wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

1.2.3.2.2 Übersicht Profil einer Patient*in

Die Datenübersicht besteht aus folgenden Bereichen:

- mittlerer Bereich: Übersicht Patienteninformationen
    - Allgemeine Informationen (1)
    - Adressen (2)
    - Kontaktdaten (3)
    - Gruppen (4)
    - Fallakte (5)
    - Versorgung (6)
- rechter Bereich:
    - Übersicht Fallakte (7)
    - Übersicht Careplan (8)



1.2.3.3 Patient*in: Allgemeine Informationen bearbeiten

In diesem Artikel wird beschrieben, wie sie allgemeine Informationen einer Patient*in einsehen und diese bearbeiten können.

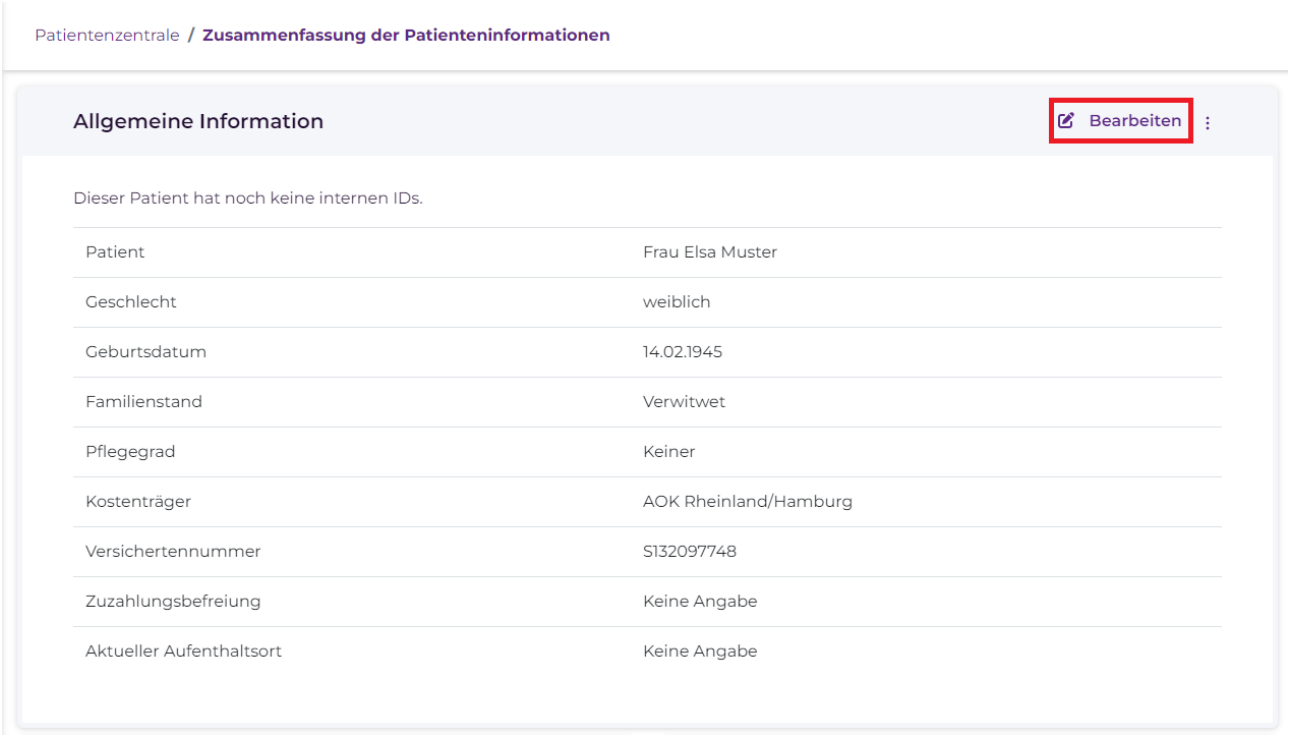
1.2.3.3.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich auf der Datenübersicht der Patient*in
- wie Sie zur Datenübersicht gelangen, erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

1.2.3.3.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

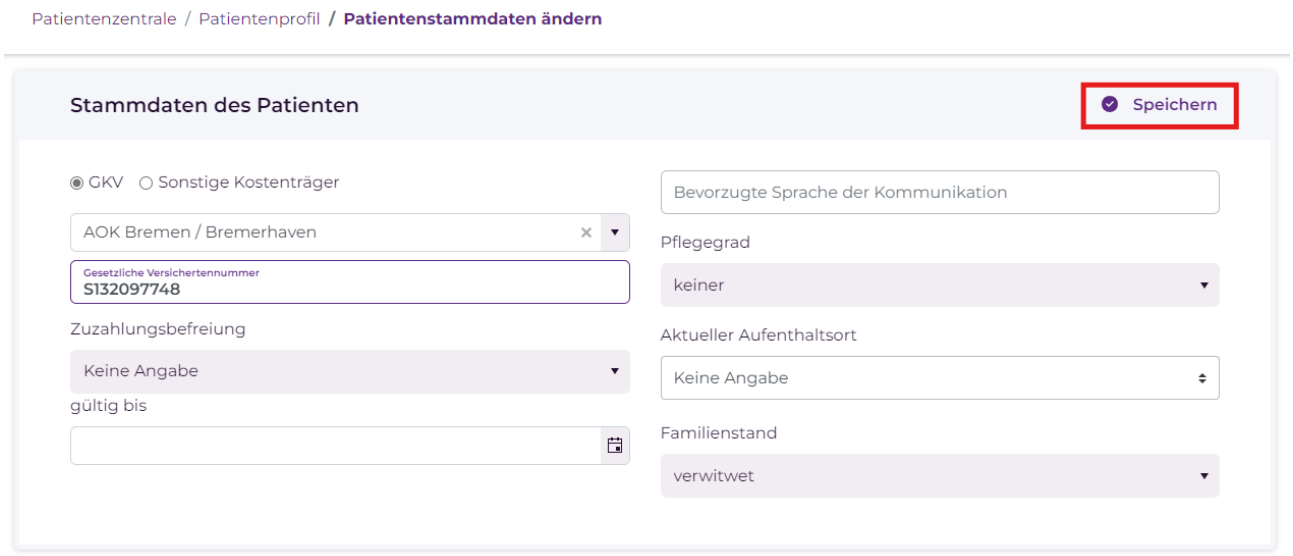
1.2.3.3.2.1 Schritt 1: Allgemeine Informationen einsehen

- Im Bereich “Allgemeine Informationen” bekommen Sie einen Überblick über alle vorhanden personenbezogenen Daten der Patient*in.



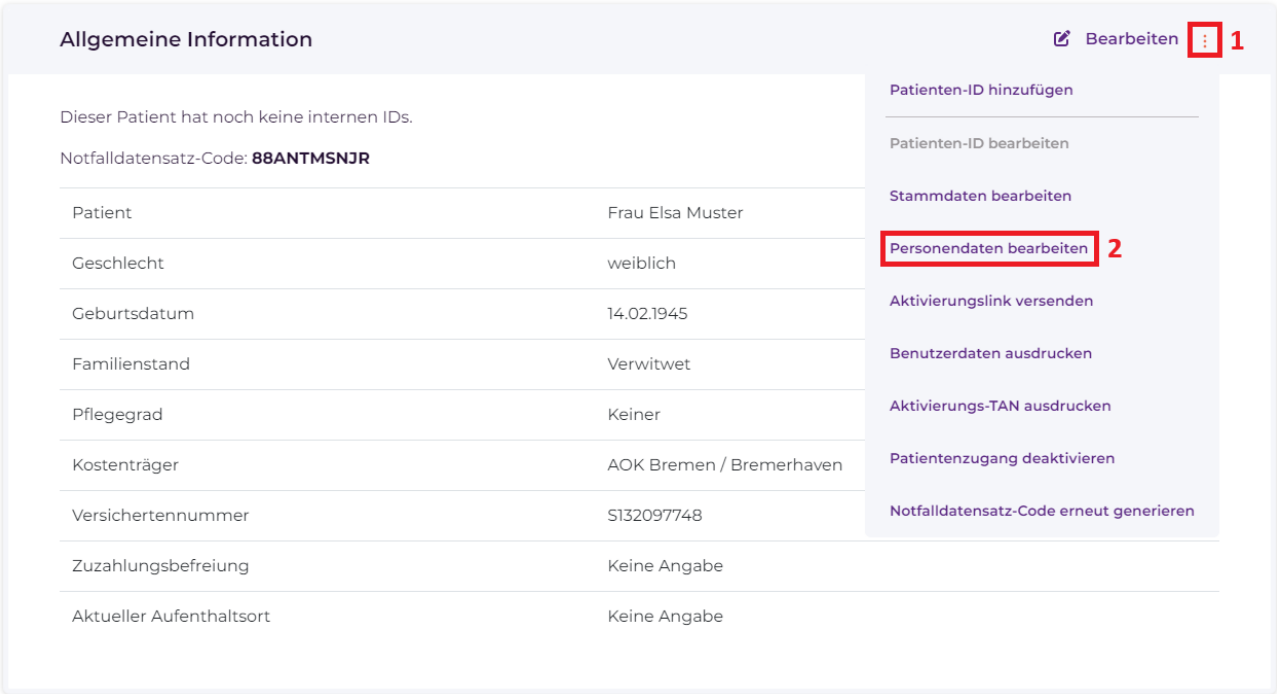
1.2.3.3.2.2 Schritt 2: Stammdaten bearbeiten

- Klicken Sie in der Übersicht in der oberen rechten Ecke auf die Schaltfläche “Bearbeiten”
- es öffnet sich eine neue Ansicht, in der Sie die Stammdaten anpassen können
- um Daten zu ändern, klicken Sie in das entsprechende Formularfeld
- wenn Sie alle Daten angepasst haben, klicken Sie auf die Schaltfläche “Speichern” und Sie kehren zur Übersicht zurück



1.2.3.3.2.3 Schritt 3: Personendaten bearbeiten

- wenn Sie Daten wie Namen, Geburtsdatum, etc. ändern wollen, dann klicken Sie in der Übersicht auf die 3 Punkte (1) und anschließend auf “Personendaten bearbeiten” (2)



- es öffnet sich eine neue Ansicht, in der Sie die Personendaten anpassen können
- um Daten zu ändern, klicken Sie in das entsprechende Formularfeld
- Formularfelder mit rotem Sternchen “*” sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden, damit Sie die Änderung speichern können
- wenn Sie alle Daten angepasst haben und der Vertrag von der Patient*in neu eingewilligt wurde, klicken Sie auf die Schaltfläche “Speichern” und Sie kehren zur Übersicht zurück

1.2.3.4 Patient*in: interne ID bearbeiten

Erfahren Sie hier wie sie die interne ID einer Patient*in anlegen oder ändern können.

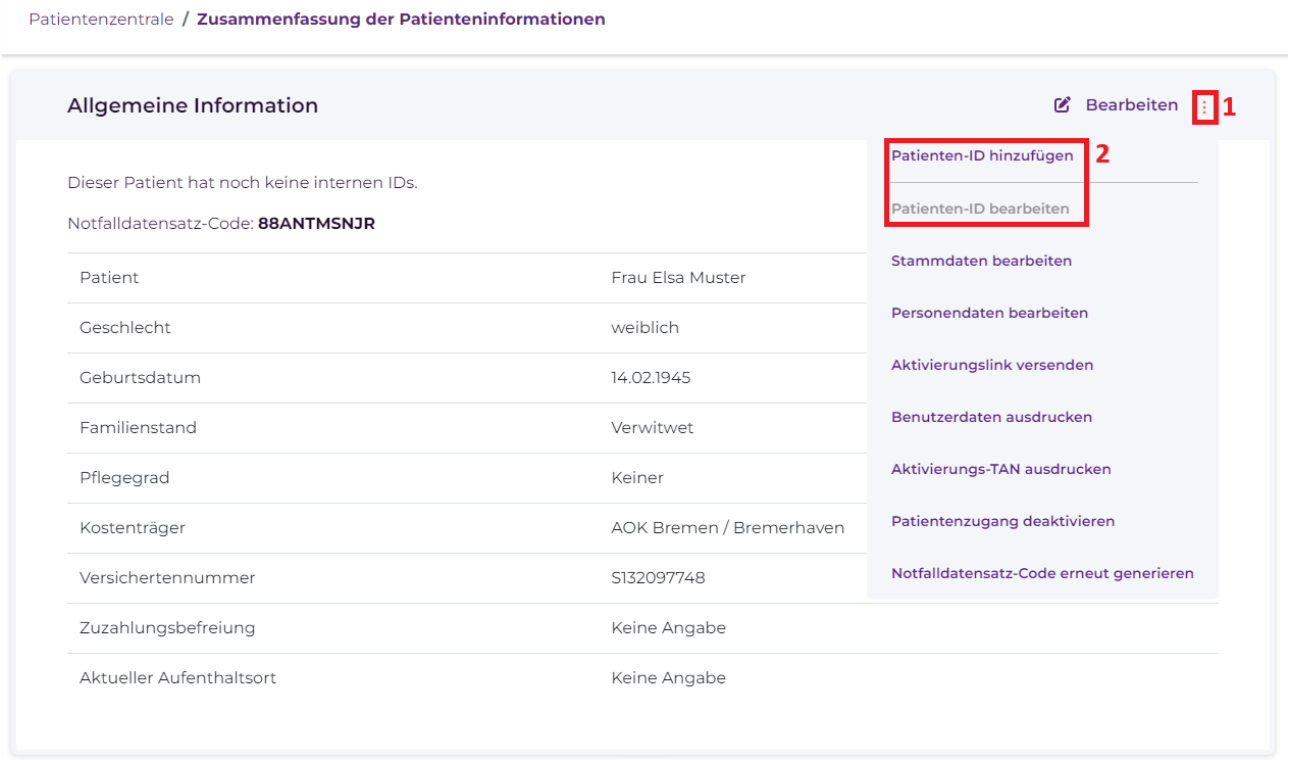
1.2.3.4.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in
- wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

1.2.3.4.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

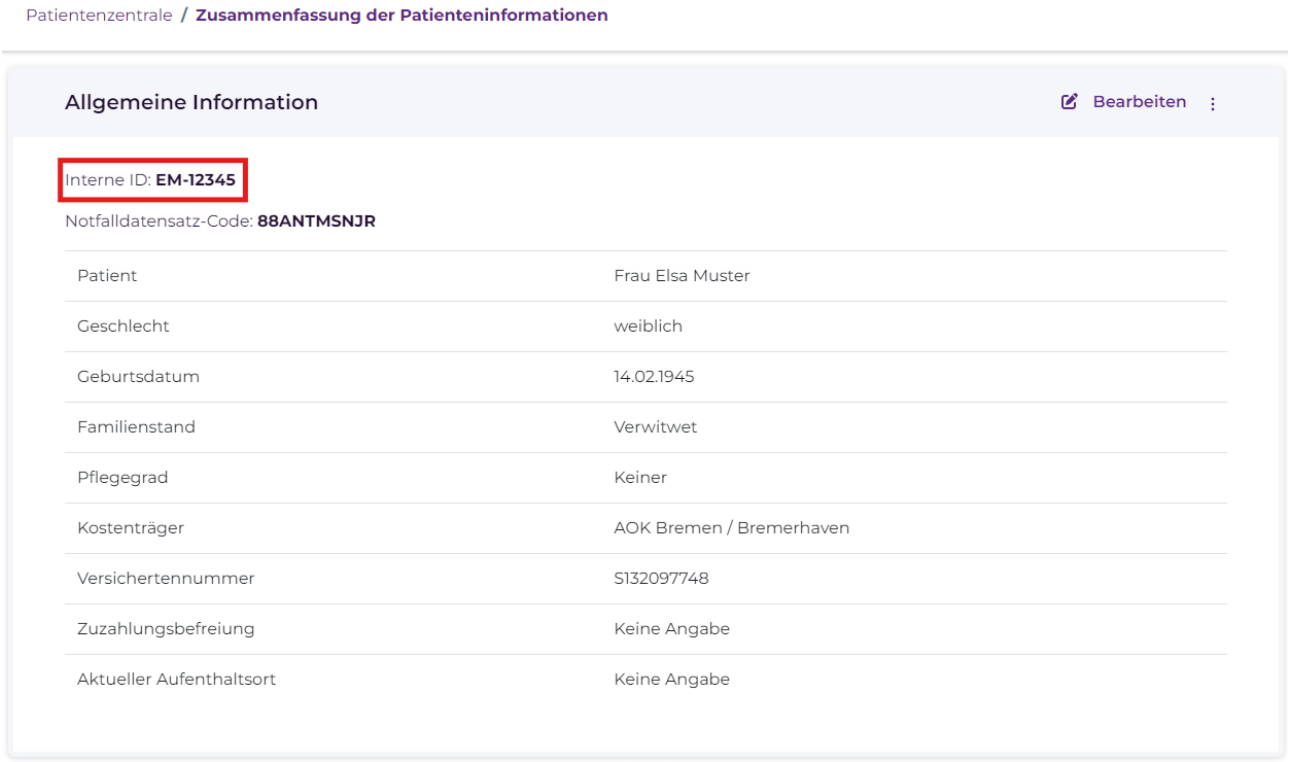
1.2.3.4.2.1 Schritt 1: Patienten-ID bearbeiten

- Im Bereich “Allgemeine Informationen” bekommen Sie einen Überblick über alle vorhanden personenbezogenen Daten der Patient*in.
- klicken Sie in der Übersicht auf die 3 Punkte (1) und anschließend auf “Patienten-ID hinzufügen” bzw. “Patienten-ID bearbeiten” (2)



- klicken Sie in die Formularfelder, um diese auszufüllen
- klicken Sie anschließend auf die Schaltfläche “Speichern”, um die Daten zu speichern und in die Übersicht zurückzukehren

- die (aktualisierte) ID befindet sich links oben in der Datenübersicht



1.2.3.5 Patient*in: Adressdaten bearbeiten

In diesem Artikel erfahren Sie, wie Sie Adressdaten einer Patient*in anlegen, ändern und löschen können.

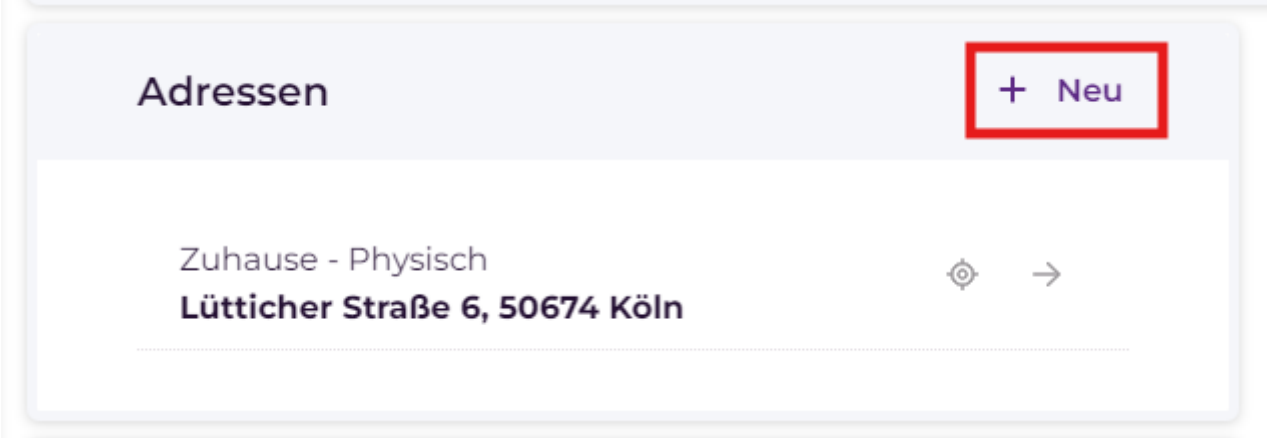
1.2.3.5.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in
- wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

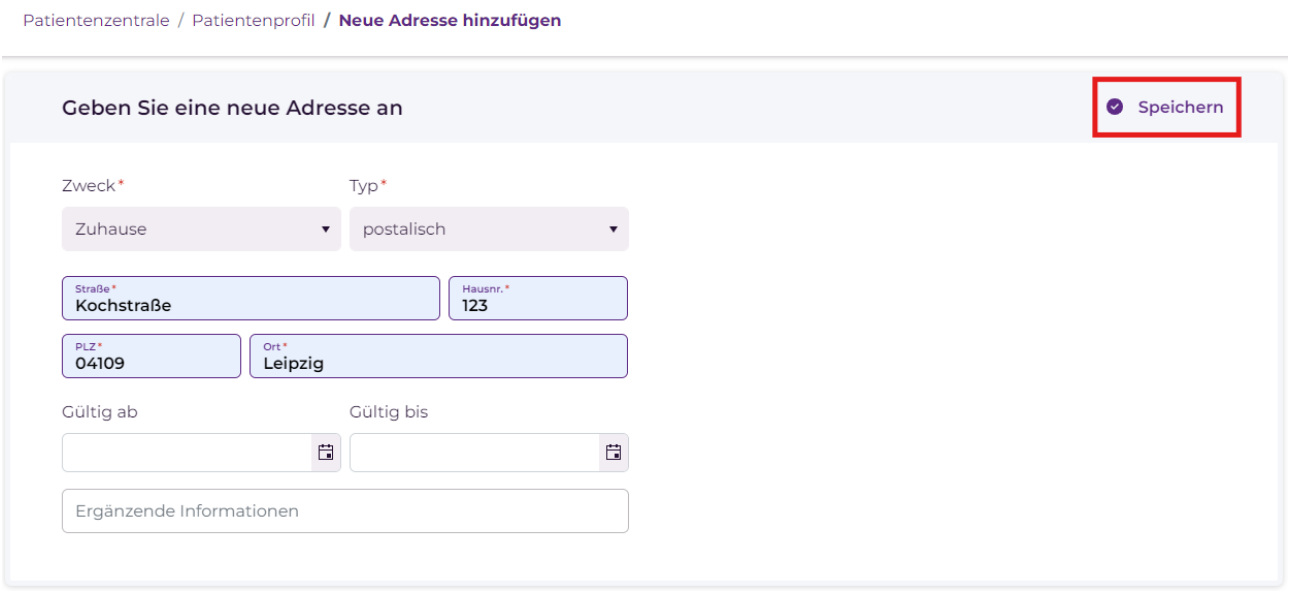
1.2.3.5.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.3.5.2.1 Schritt 1: Adressen hinzufügen

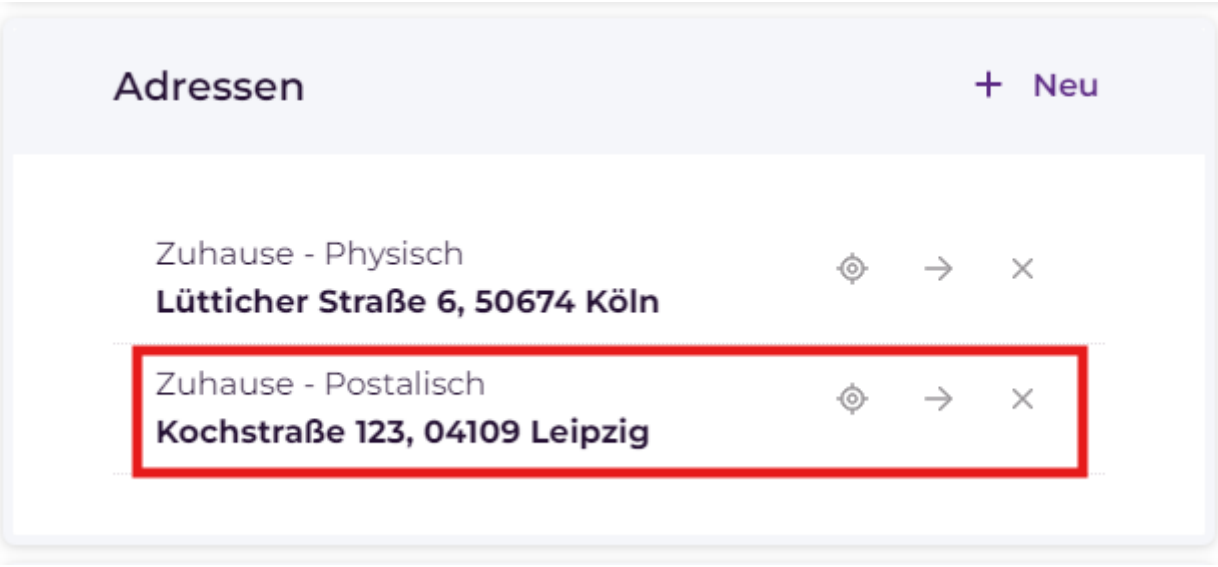
- klicken Sie im Bereich “Adressen” auf die Schaltfläche “+ Neu”



- es öffnet sich eine neue Ansicht, in der Sie die Adressdaten hinterlegen können
- klicken Sie dafür in die vorgesehenen Formularfelder
- Felder mit Sternchen “*” sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt sein, um den Datensatz speichern zu können
- wenn Sie alle vorhandenen und notwendigen Daten eingegeben haben, klicken Sie auf “speichern”

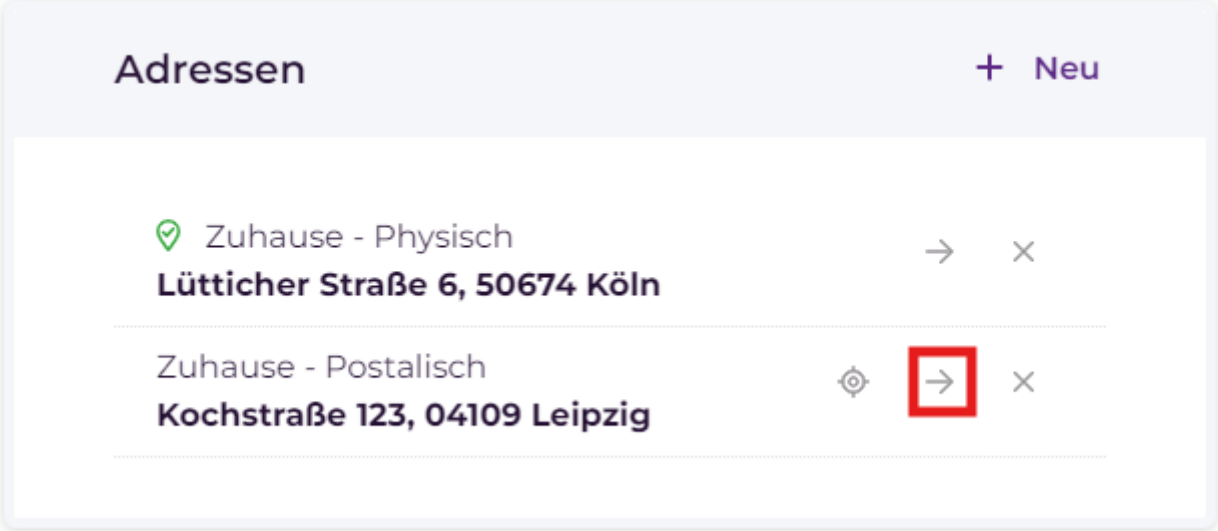


- der Datensatz wird gespeichert und erscheint in der Adressenübersicht

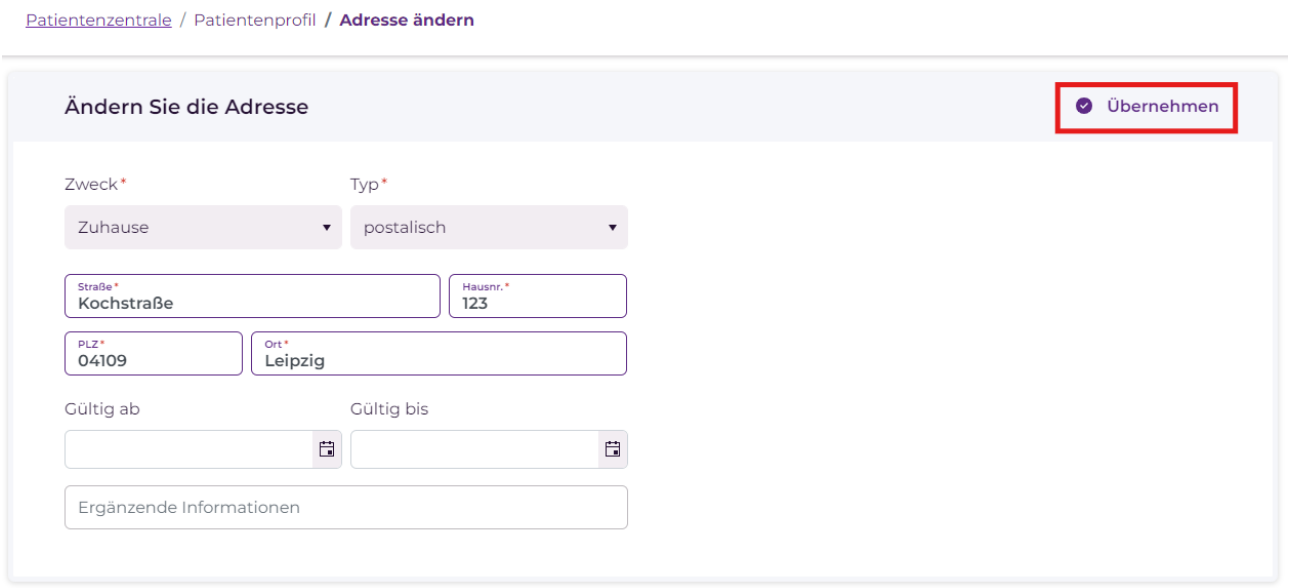


1.2.3.5.2.2 Schritt 2: Adresse ändern

- Finden Sie in der Adressübersicht die Adresse, welche sie ändern wollen
- Klicken Sie in der entsprechenden Zeile auf den Pfeil



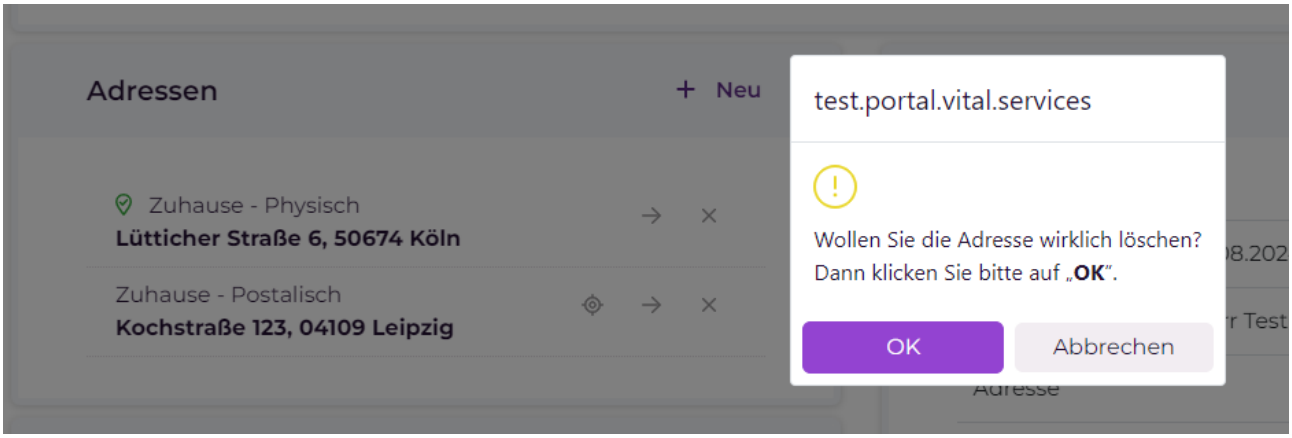
- es öffnet sich eine neue Ansicht, in der sie Ihre Änderungen durchführen können
- Klicken Sie anschließend auf “übernehmen”



- im oberen Bereich des Bildschirms erscheint die farbige Information “Adresse wurde geändert”
- in der Adressenübersicht wird ebenfalls die Änderung angezeigt

1.2.3.5.2.3 Schritt 3: Adresse löschen

- Finden Sie in der Adressübersicht die Adresse, welche sie löschen wollen
- Klicken Sie in der entsprechenden Zeile auf das “x”
- es öffnet sich ein “Pop-up-Fenster”
- Klicken Sie auf “OK”



- die gelöschte Adresse verschwindet aus der Adressenübersicht

1.2.3.6 Patient*in: Adresse lokalisieren

In diesem Artikel erfahren Sie, wie Sie die Adresse einer Patient*in lokalisieren können. Das dient dazu, die Versorgung der Patient*in wohnortsnah gestalten zu können.

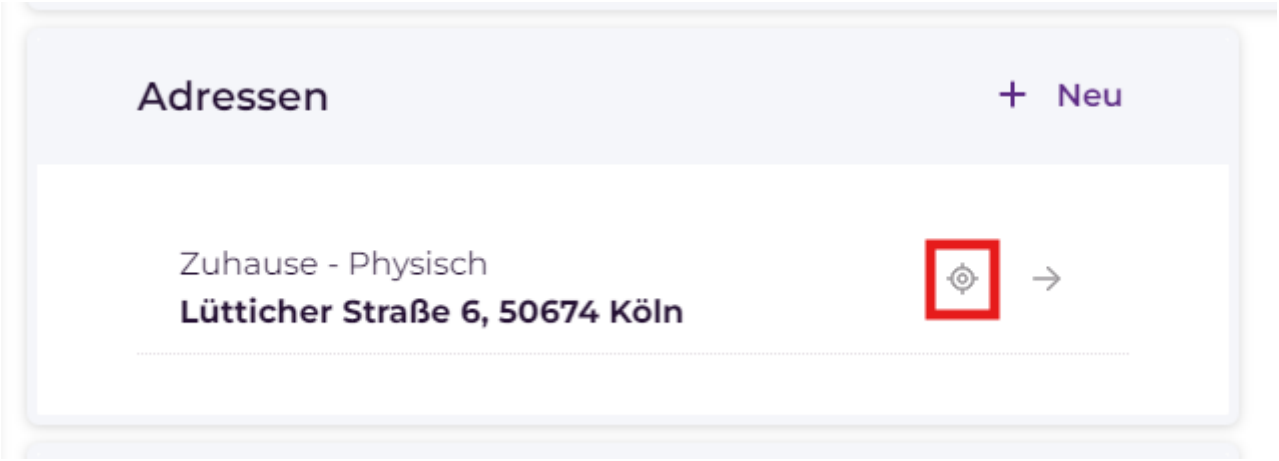
1.2.3.6.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in
- wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

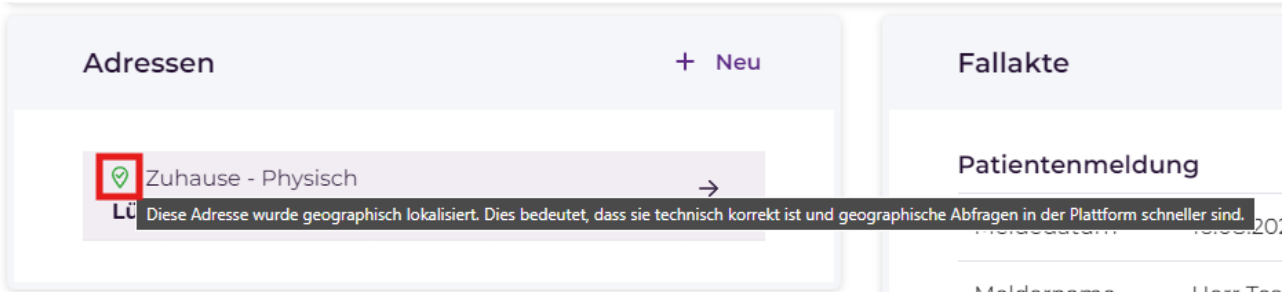
1.2.3.6.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.3.6.2.1 Schritt 1: Adresse lokalisieren

- Finden Sie in der Adressübersicht die Adresse, welche sie lokalisieren wollen
- Klicken Sie in der entsprechenden Zeile auf das kleine Fadenkreuz



- im oberen Bereich des Bildschirms erscheint die farbige Information “Die gewählte Adresse des Patienten wurde erfolgreich geographisch lokalisiert”
- in der Adressenübersicht wird die Adresse mit einem kleinen farbigen Symbol markiert
- wenn sie mit dem Zeiger der Computermaus über diesem Symbol stoppen, erscheint folgende Information: “Diese Adresse wurde geographisch lokalisiert. Dies bedeutet, dass sie technisch korrekt ist und geographische Abfragen in der Plattform schneller sind.”



1.2.3.7 Patient*in: Kontaktdaten bearbeiten

In diesem Artikel erfahren Sie, wie Sie Kontaktdaten einer Patient*in hinzufügen, ändern und löschen können. Kontaktdaten können in Form von Telefon- und/oder Faxnummer sowie als E-Mail-Adresse angelegt werden.

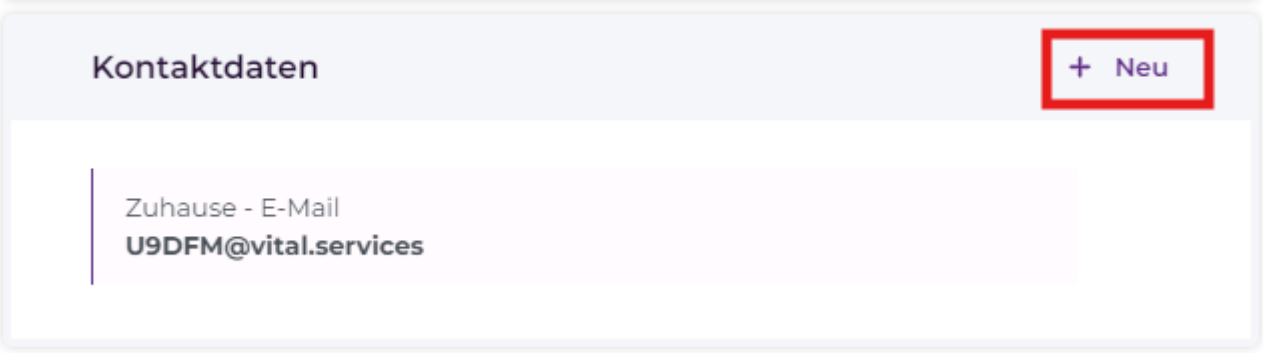
1.2.3.7.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in
- wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

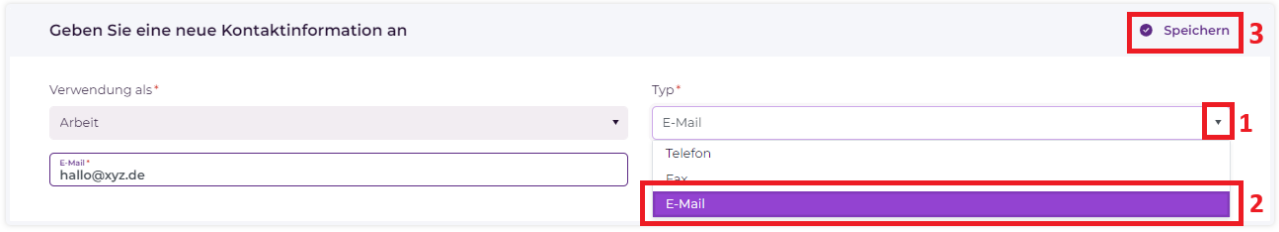
1.2.3.7.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.3.7.2.1 Schritt 1: Kontaktdaten hinzufügen

- klicken Sie im Bereich “Kontaktdaten” auf die Schaltfläche “+ Neu”

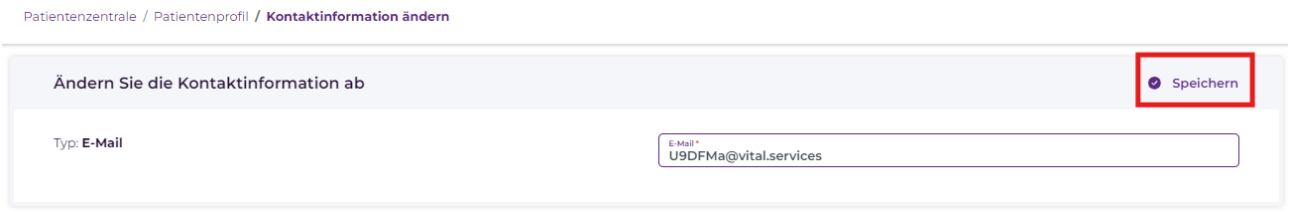


- es öffnet sich eine neue Ansicht, in der Sie die Adressdaten hinterlegen können
- klicken Sie dafür in die vorgesehenen Formularfelder
- Felder mit rotem Sternchen “*” sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt sein, um den Datensatz speichern zu können
- Formularfelder mit einem kleinen Dreieck am Ende des Feldes sind Auswahlfelder (1), bitte treffen Sie hier eine Auswahl durch Klicken auf die entsprechende Wahl (2)
- wenn Sie alle vorhandenen und notwendigen Daten eingegeben haben, klicken Sie auf “speichern” (3)



1.2.3.7.2.2 Schritt 2: Kontaktdaten ändern

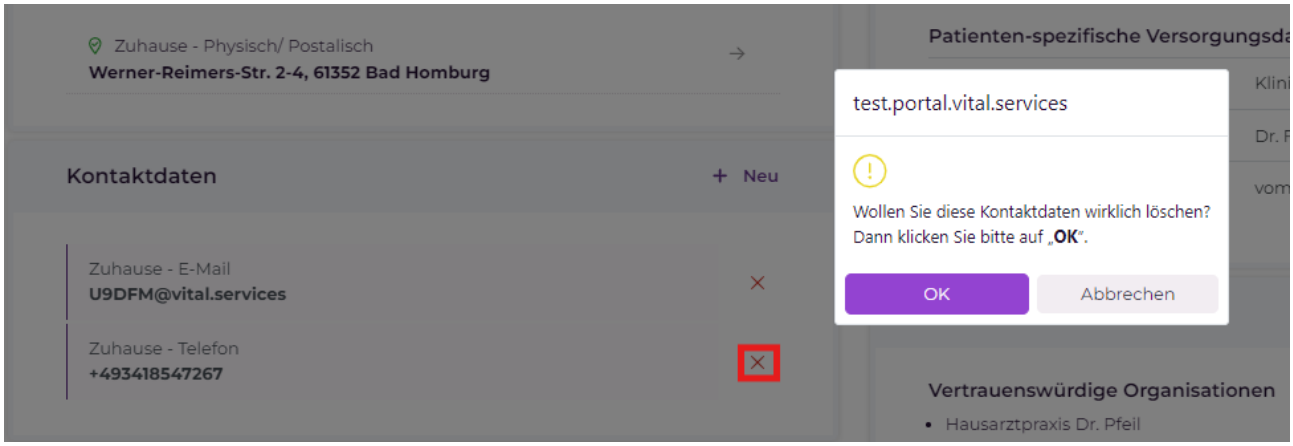
- Klicken Sie in der Übersicht auf den Kontakt, welchen Sie ändern wollen
- es öffnet sich eine neue Ansicht, in der sie Ihre Änderungen durchführen können
- Ändern Sie Kontaktdaten, indem Sie in das entsprechende Formularfeld klicken und die Änderung eingeben
- Klicken Sie anschließend auf die Schaltfläche “Speichern”



- im oberen Bereich des Bildschirms erscheint die farbige Information “Die Kontaktinformation wurde erfolgreich gespeichert”
- in der Übersicht der Kontaktdaten wird die Änderung ebenfalls angezeigt

1.2.3.7.2.3 Schritt 3: Kontaktdaten löschen

- Klicken Sie in der Übersicht auf dem Kontakt, welchen Sie löschen wollen
- Klicken Sie in der entsprechenden Zeile auf das “x”
- es öffnet sich ein “Pop-up-Fenster”
- Klicken Sie auf “OK”



- der gelöschte Kontaktdatensatz verschwindet aus den Kontaktdaten

1.2.4 Management Patient*innen: Übersicht Funktion "Fallakte"

1.2.4.1 Patient*in: Fallakte anlegen

Die elektronische Fallakte beinhaltet sämtliche Dokumente zu einem Fall einer Patient*in. Wie eine Fallakte angelegt wird und welche Voraussetzungen gelten, erfahren Sie hier.

1.2.4.1.1 Voraussetzungen

> ⚠ Achtung: Die Fallakte kann nur angelegt werden, wenn eine gültige Einwilligung der Patient*in vorliegt.

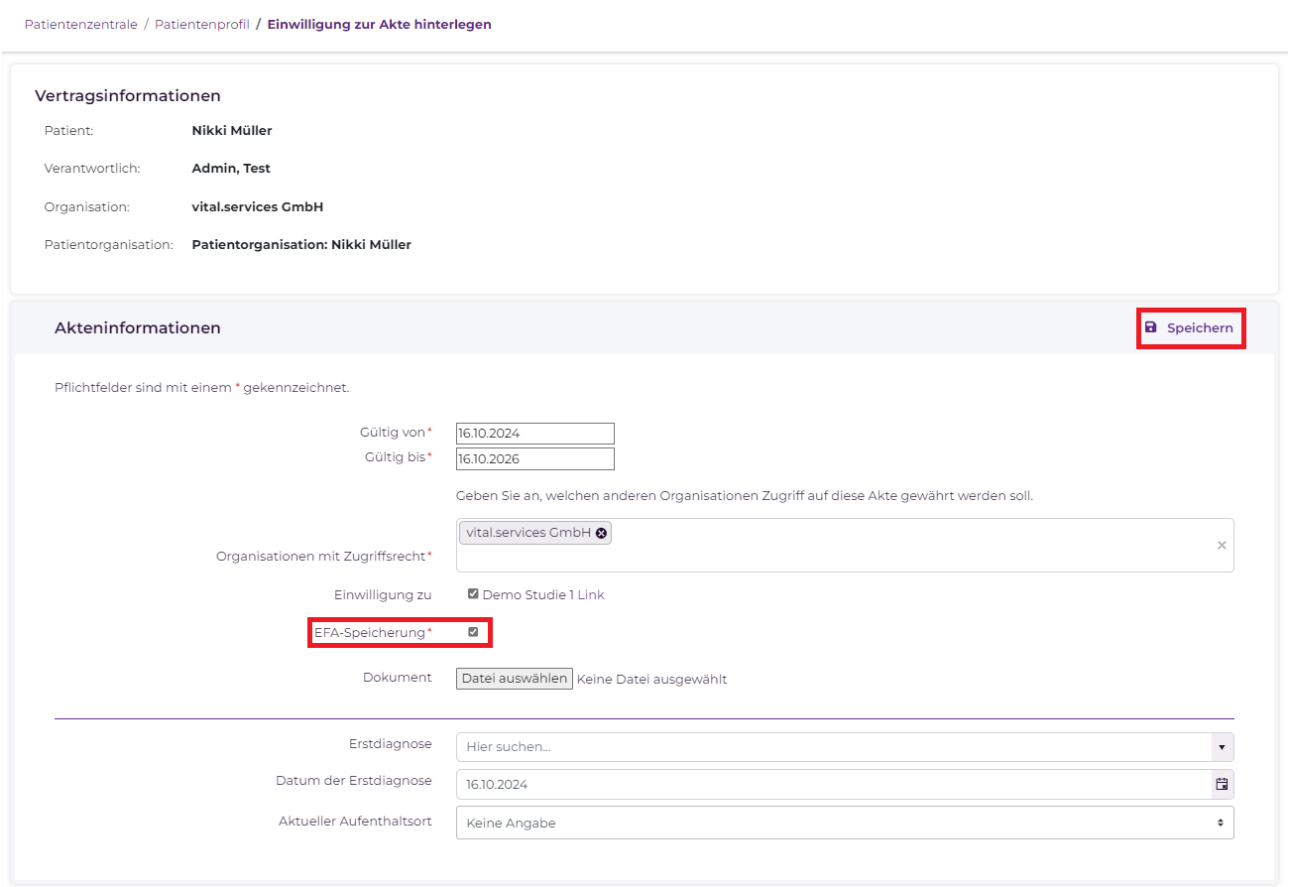
- **bezogen auf die Plattform:**
  - Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in
  - wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

1.2.4.1.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

- klicken Sie im Bereich “Fallakte” auf die Schaltfläche “+ Hinterlegen”

- es öffnet sich eine neue Ansicht, in der Sie die Adressdaten hinterlegen können
- klicken Sie dafür in die vorgesehenen Formularfelder und füllen Sie diese aus
- Felder mit rotem Sternchen “*” sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt sein, um den Datensatz speichern zu können
- Formularfelder mit einem kleinen Dreieck am Ende des Feldes sind Auswahlfelder, bitte treffen Sie hier eine Auswahl durch Klicken auf die entsprechende Wahl
- wenn Sie alle vorhandenen und notwendigen Daten eingegeben haben, klicken Sie auf “speichern”

⚠ Achtung: Die Fallakte kann nur angelegt werden, wenn eine gültige Einwilligung der Patient*in vorliegt.



- die Bildschirmansicht wechselt nach dem Speichern wieder in die Übersicht der Patient*innendaten
- im oberen Bereich des Bildschirms erscheint die farbige Information “Einwilligung wurde erfolgreich gespeichert”
- im Bereich “Fallakte” werden hinterlegte Informationen zur Fallakte angezeigt

1.2.4.2 Patient*in: Fallakte bzw. Programm pausieren / reaktivieren

Die elektronische Fallakte beinhaltet sämtliche Dokumente zu einem Fall einer Patient*in. Das Pausieren bzw. Unterbrechen des Programms hat keinen Einfluss auf die Einwilligung zur Fallakte. Jedoch wird die Patient*in aus allen gebuchten Terminen rausgenommen und erscheint nicht mehr bei offenen Termine. Die Pause kann jederzeit auf Wunsch der Patient*in aufgehoben werden. Wie Sie eine Fallakte bzw. das Programm pausieren und erneut aktivieren können erfahren Sie hier.

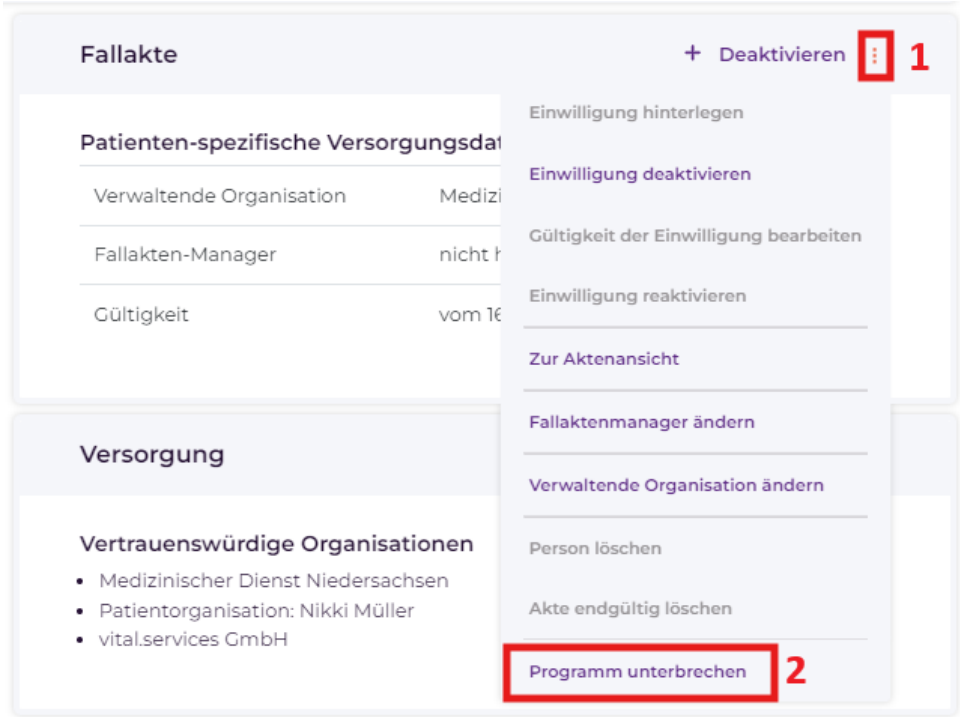
1.2.4.2.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in
- wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

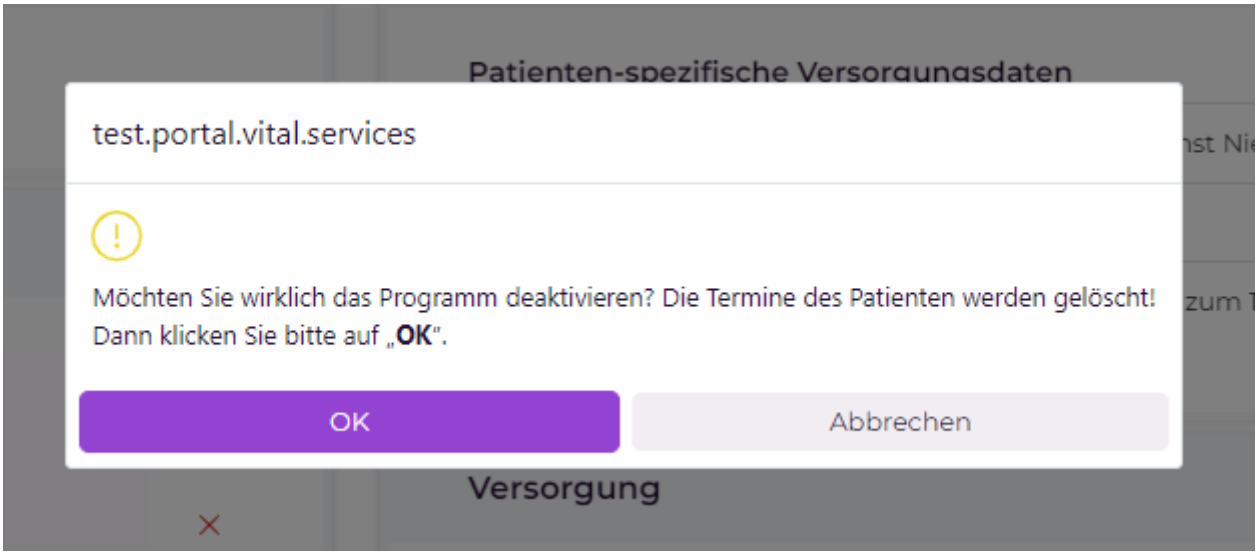
1.2.4.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.4.2.2.1 Schritt 1: Programm unterbrechen

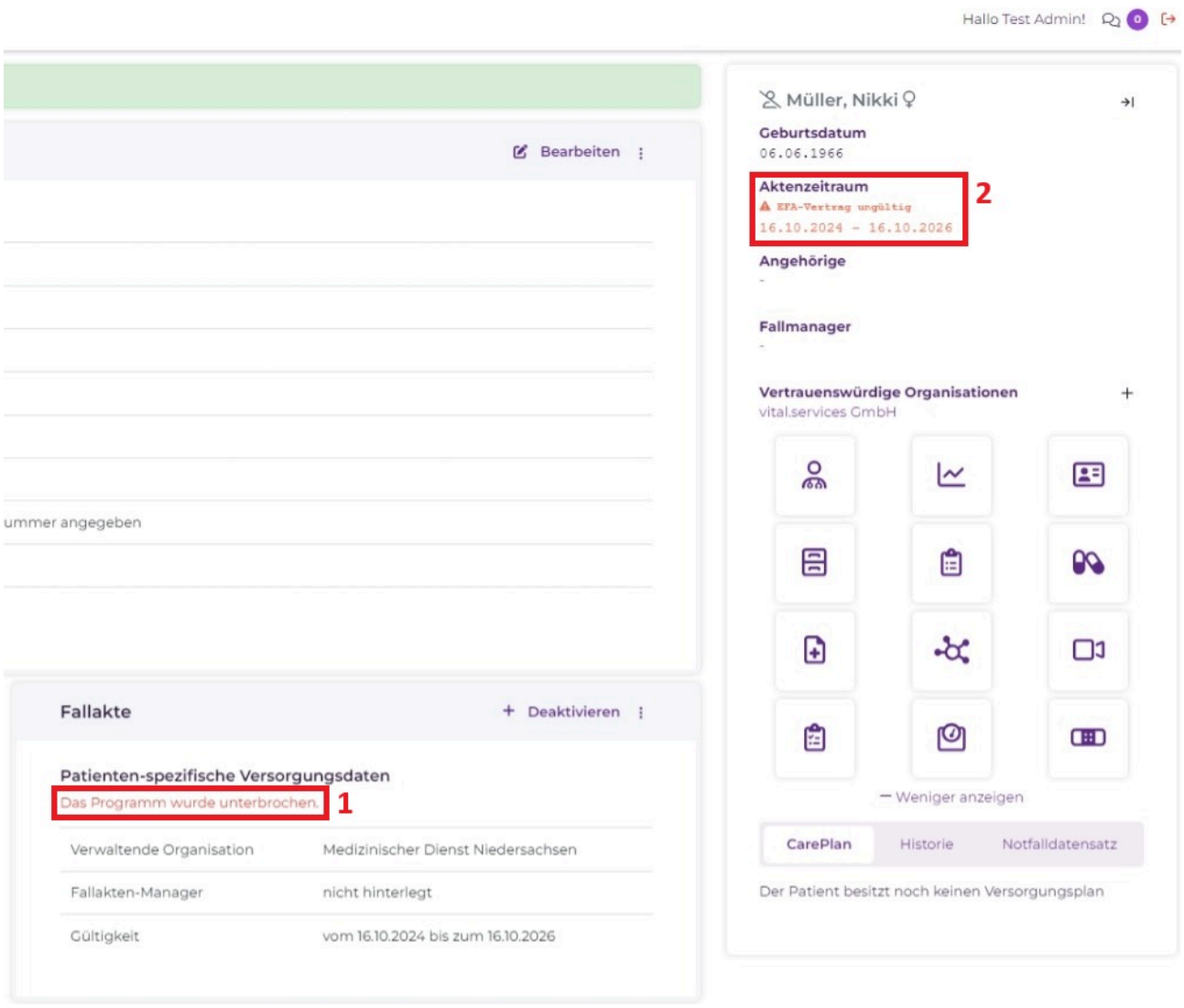
- klicken Sie im Bereich “Fallakte” auf die drei Punkte (1), anschließend öffnet sich ein Drop-Down-Menü
- klicken Sie auf “Programm unterbrechen” (2), um das Programm und die Akte zu pausieren



- es öffnet sich ein Pop-up-Fenster, in dem Sie die Unterbrechung bestätigen sollen
- klicken Sie auf “OK”

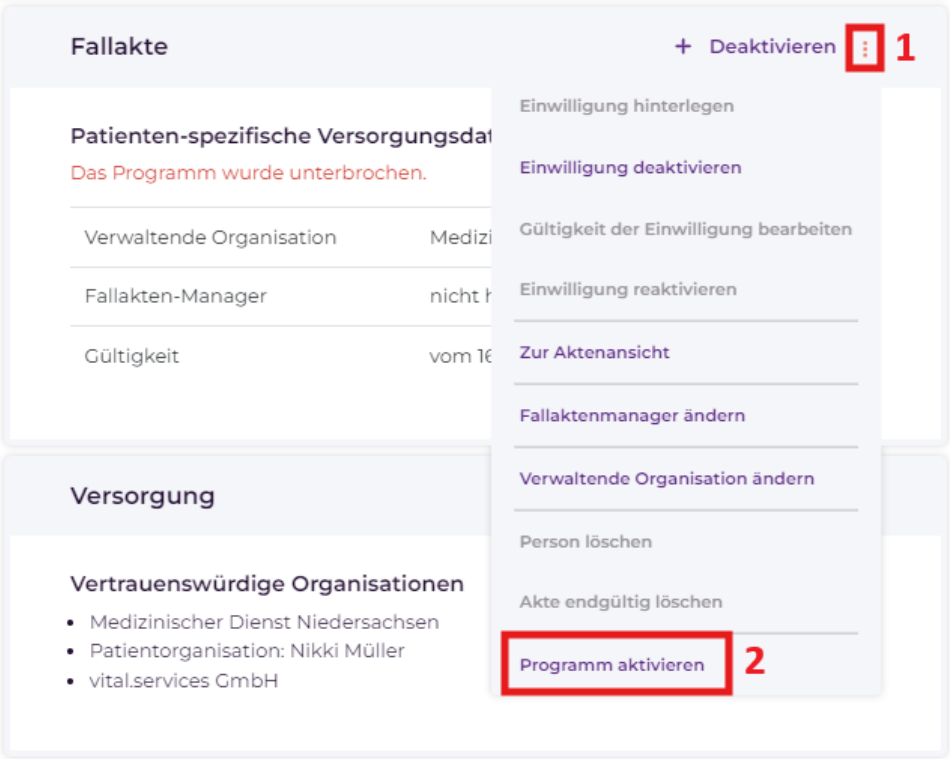


- im Bereich “Fallakte” erscheint der farbige Hinweis “Das Programm wurde unterbrochen” (1)
- in der Patient*innen-Navigation (rechter Bildschirmbereich) erscheint unter “Aktenzeitraum” der farbige Hinweis “EFA-Vertrag ungültig” + der Zeitraum der eigentlichen Gültigkeit der Fallakte (2)



1.2.4.2.2.2 Schritt 2: Programm reaktivieren

- klicken Sie im Bereich “Fallakte” auf die drei Punkte (1), anschließend öffnet sich ein Drop-Down-Menü
- klicken Sie auf “Programm aktivieren” (2), um das Programm und die Akte erneut zu aktiveren



- im oberen Bildschirmbereich erscheint die farbige Information “Aktivierung der Fallakte erfolgreich”
- die farbigen Hinweise zur Unterbrechung des Programms im Bereich “Fallakte” und der Patient*innen-Navigation sind verschwunden

1.2.4.3 Patient*in: Fallakte deaktivieren / reaktivieren

Die elektronische Fallakte beinhaltet sämtliche Dokumente zu einem Fall einer Patient*in. Die Fallakte kann auf Wunsch bzw. durch das Ändern äußerer Gegebenheiten deaktiviert werden. Das heißt, die Einwilligung zur Fallakte wurde zurückgezogen. Nach Versorgungsvertrag dürfen personenbezogene Daten anschließend nicht mehr erhoben, verarbeitet, genutzt werden. Das Deaktivieren kann im Patientenprofil wieder rückgängig gemacht werden. Wie Sie eine Fallakte bzw. das Programm deaktivieren und erneut aktivieren können erfahren Sie hier.

1.2.4.3.1 Voraussetzungen

⚠ Achtung: Die Fallakte kann nur reaktiviert werden, wenn eine gültige Einwilligung der Patient*in vorliegt.

- **bezogen auf Plattform:**
  - Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in

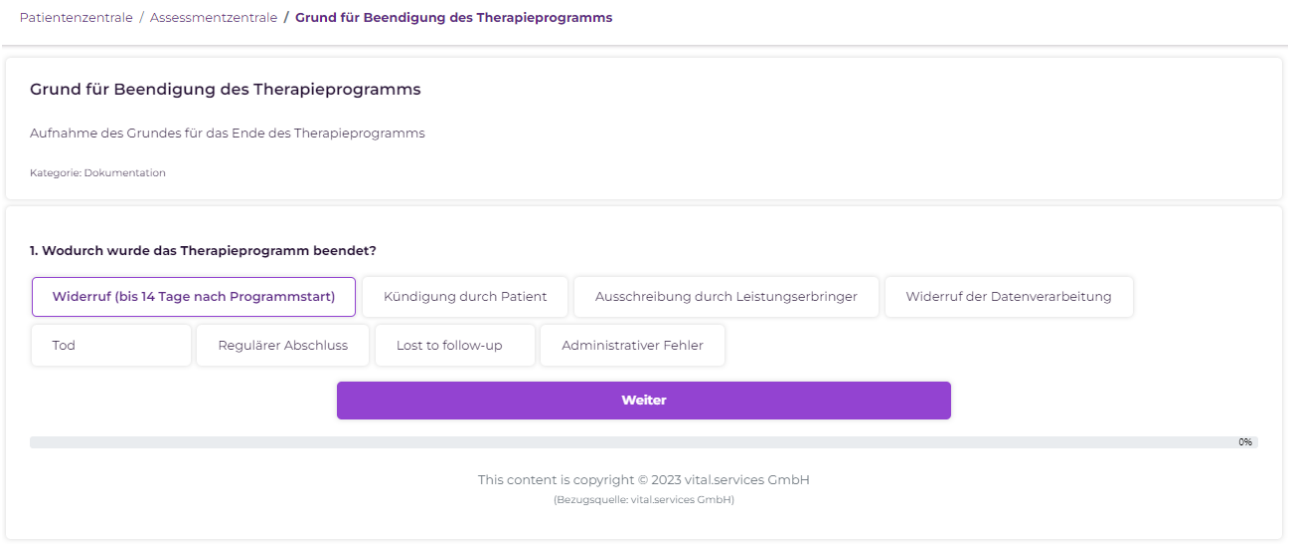
- wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI

1.2.4.3.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

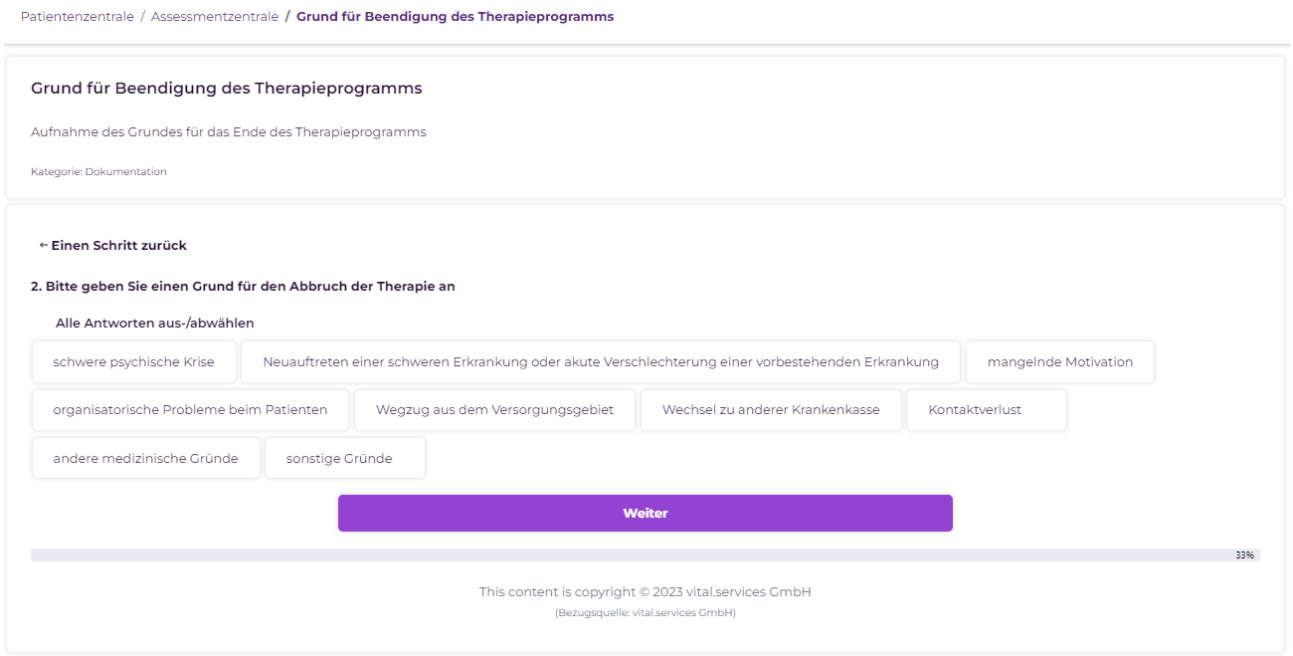
1.2.4.3.2.1 Schritt 1: Fallakte deaktivieren

- klicken Sie im Bereich “Fallakte” auf die Schaltfläche “+ Deaktivieren”

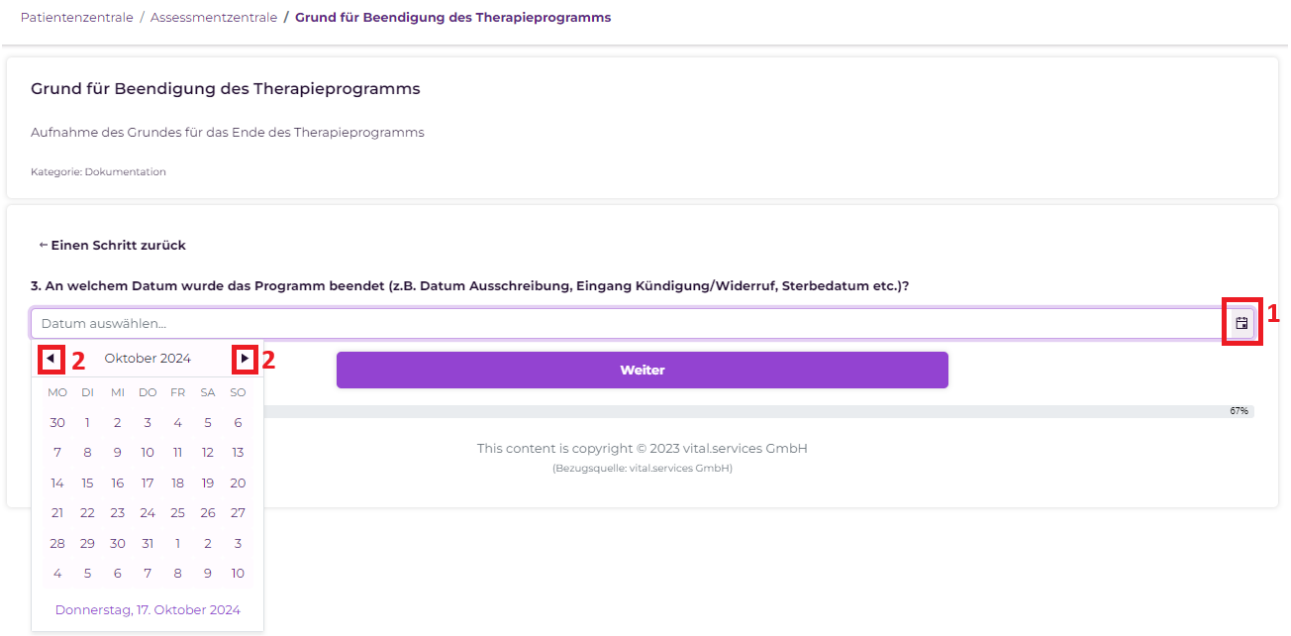
- es öffnet sich eine neues Fenster
- geben Sie an, wodurch das Therapieprogramm beendet wurde, indem sie auf die entsprechende Schaltfläche klicken
  - es kann nur eine Schaltfläche ausgewählt werden
  - die Auswahl einer Antwort ist notwendig, um zur nächsten Seite zu gelangen
- klicken Sie anschließend auf die farbige Schaltfläche “weiter”



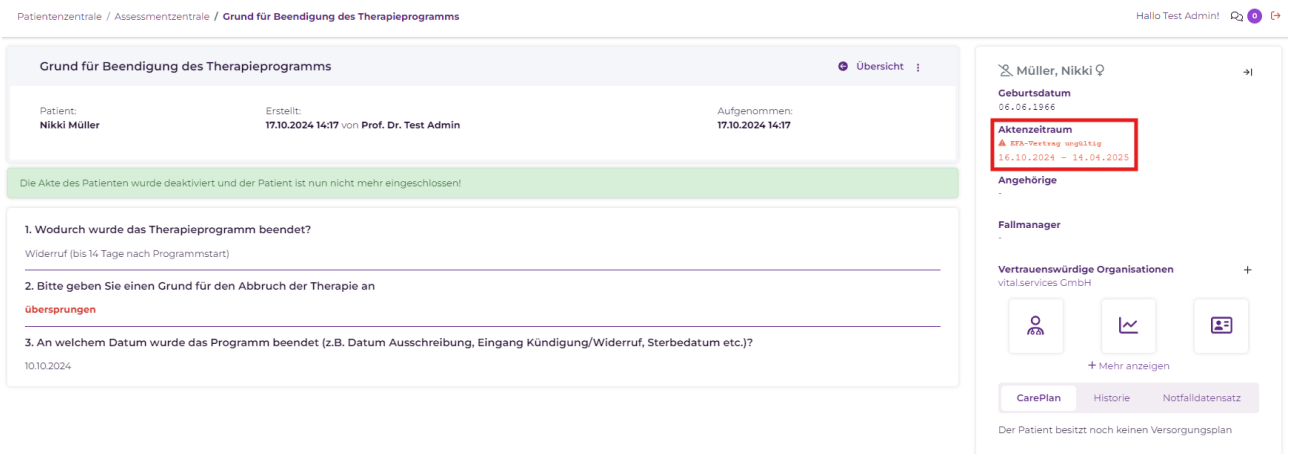
- im neuen Fenster können Sie den Grund für den Abbruch der Therapie angeben, klicken Sie hierfür auf die entsprechende Schaltfläche
- anschließend klicken Sie auf die farbige Schaltfläche “weiter”



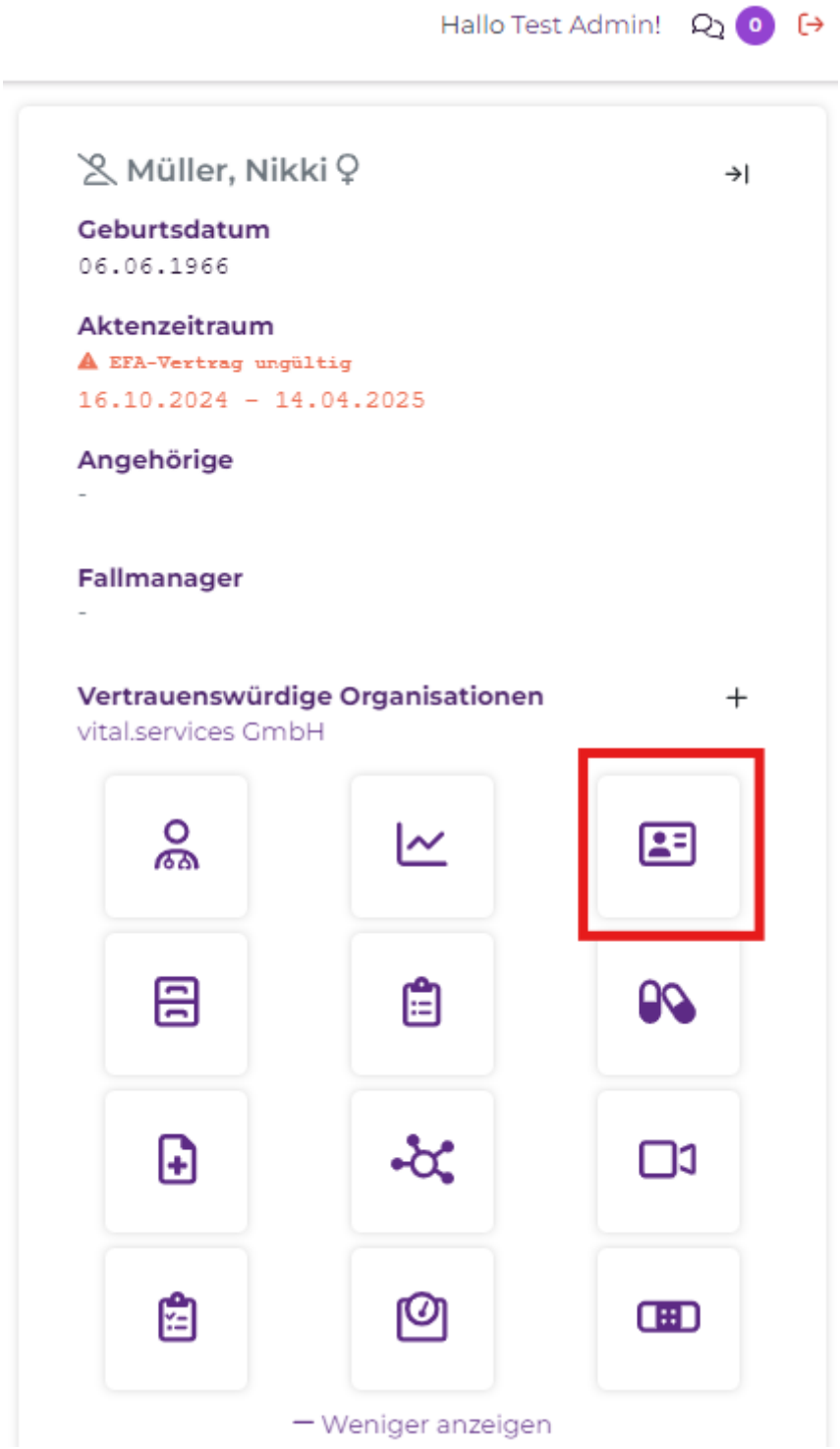
- im letzten Fenster müssen Sie das Datum eingeben, an dem die Therapie beendet wurde
- klicken Sie hierfür in das Formularfeld und geben das Datum ein
- alternativ können Sie das das Kalendersymbol am Ende der Formularzeile anklicken, um einen Kalender zur Auswahl des Datums zu öffnen (1)
- wählen Sie anschließend das Datum durch klicken auf den Tag im Kalender aus
    - Sie können durch Klicken auf die kleinen Pfeile neben dem Monat zwischen den Monaten springen (2)
- klicken Sie anschließend auf die farbige Schaltfläche “weiter”



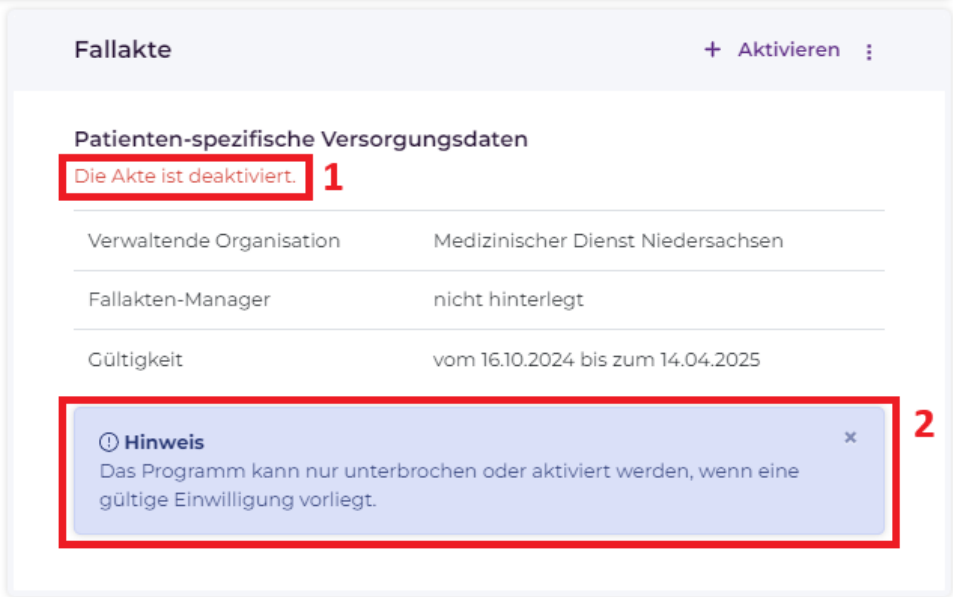
- in der folgenden Ansicht werden die Informationen zur Deaktivierung der Akte angezeigt
- in der Patient*innen-Navigation (rechte Bildschirmseite), wird der farbige Hinweis angezeigt “EFA-Vertrag ungültig” + Zeitraum der eigentlichen Aktengültigkeit



- durch Klicken des Symbols “Profil” in der Patient*innen-Navigation (rechte Bildschirmseite) gelangen Sie zurück zur Datenübersicht der Patient*in:



- im Bereich Fallakte wird folgender farbiger Hinweis angezeigt: “Die Akte ist deaktiviert” (1)
- zudem erscheint der Hinweis: “Das Programm kann nur unterbrochen oder aktiviert werden, wenn eine gültige Einwilligung vorliegt.” (2)



1.2.4.3.2.2 Schritt 2: Programm reaktivieren

> ⚠ Achtung: Die Fallakte kann nur reaktiviert werden, wenn eine gültige Einwilligung der Patient*in vorliegt.

- klicken Sie im Bereich “Fallakte” auf die Schaltfläche “+Aktivieren”, um das Programm und die Akte zu reaktiveren

- im oberen Bildschirmbereich erscheint die farbige Information “Aktivierung der Fallakte erfolgreich”
- die farbigen Hinweise zur Unterbrechung des Programms im Bereich “Fallakte” und der Patient*innen-Navigation sind verschwunden

1.2.4.4 Patient*in: Fallakte löschen

Die elektronische Fallakte beinhaltet sämtliche Dokumente zu einem Fall einer Patient*in. Auf Wunsch der Patient*in bzw. nach einer gewissen Zeit der Deaktivierung der Akte, wird diese unwiderruflich gelöscht. Das Löschen lässt sich nicht rückgängig machen. Wie Sie eine Fallakte bzw. das Programm deaktivieren und erneut aktivieren können erfahren Sie hier.

Achtung: Bei Löschung der Fallakte werden alle darin enthaltenen Dokumente und Daten unwideruflich gelöscht!

1.2.4.4.1 Voraussetzungen

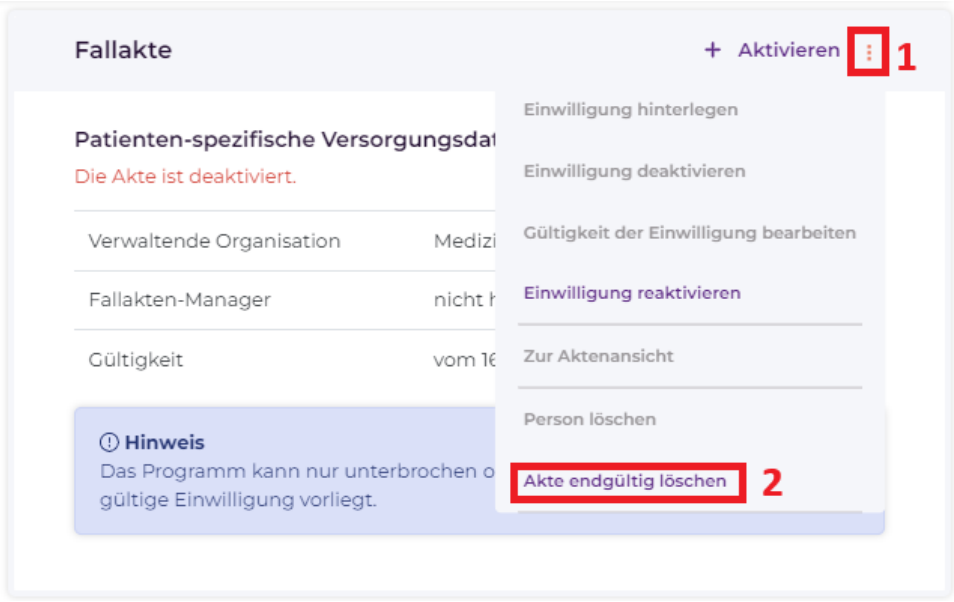
- Sie befinden sich in der Datenübersicht einer Patient*in
  - wie Sie in diese Übersicht gelangen erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/x/RoDjI
- die Fallakte ist deaktiviert

- wie Sie die Fallakte deaktivieren können erfahren Sie hier: Patient*in: Fallakte deaktivieren / reaktivieren (see page 48)

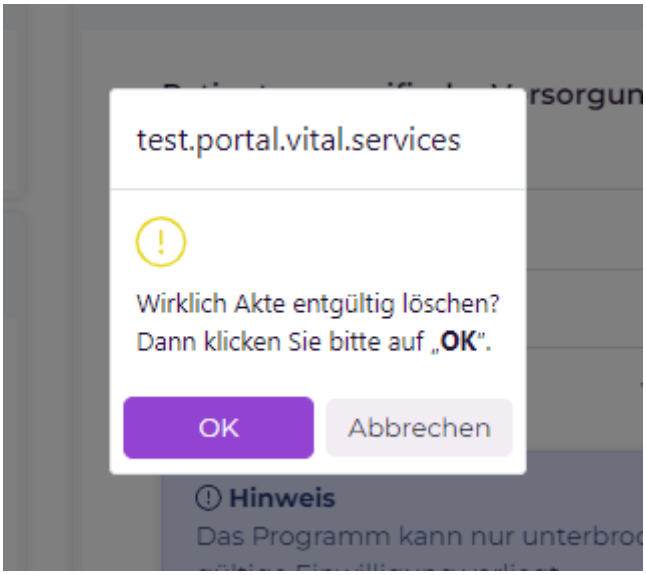
1.2.4.4.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.2.4.4.2.1 Schritt 1: Fallakte löschen

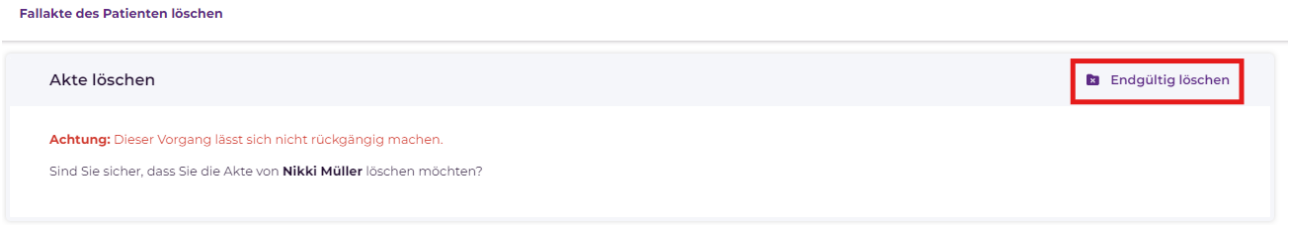
- klicken Sie im Bereich “Fallakte” auf die drei Punkte (1), anschließend öffnet sich ein Drop-Down-Menü
- klicken Sie auf “Akte endgültig löschen” (2), um die Akte endgültig zu löschenes



- es öffnet sich ein Pop-Up-Fenster, indem Sie das Löschen der Akte bestätigen müssen
- Klicken Sie auf die Schaltfläche“OK”



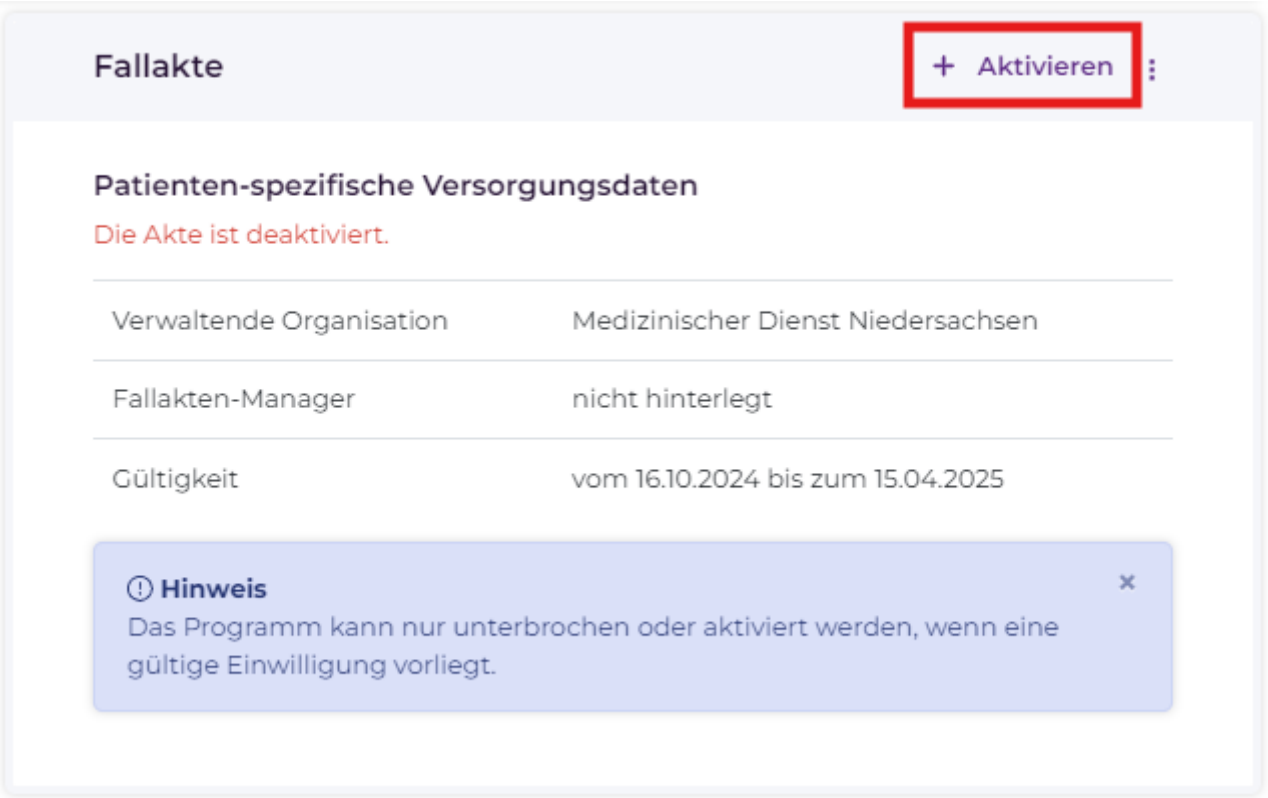
- es erscheint eine erneute Warnung, welche Sie bestätigen müssen
- Klicken Sie hierfür auf “Endgültig löschen”



1.2.4.4.2.2 Schritt 2: Programm reaktivieren

> ⚠ Achtung: Die Fallakte kann nur reaktiviert werden, wenn eine gültige Einwilligung der Patient*in vorliegt.

- klicken Sie im Bereich “Fallakte” auf die Schaltfläche “+Aktivieren”, um das Programm und die Akte zu reaktiveren



- im oberen Bildschirmbereich erscheint die farbige Information “Aktivierung der Fallakte erfolgreich”
- die farbigen Hinweise zur Unterbrechung des Programms im Bereich “Fallakte” und der Patient*innen-Navigation sind verschwunden

1.3 Management Versorgung (Case & Care)

Im Versorgungsplan können Sie als Fallmanager wählen, welche medizinischen Versorgungsleistungen der Patient erhalten soll. Sie können Versorgungsanfragen an Leistungserbringer zur Durchführung der Leistungen stellen und Termine für die Leistungen buchen.

1.3.1 Management Versorgung: Übersicht

In diesem Artikel bekommen Sie eine Übersicht über den Aufbau des Versorgungsmanagements einer Patient*in.

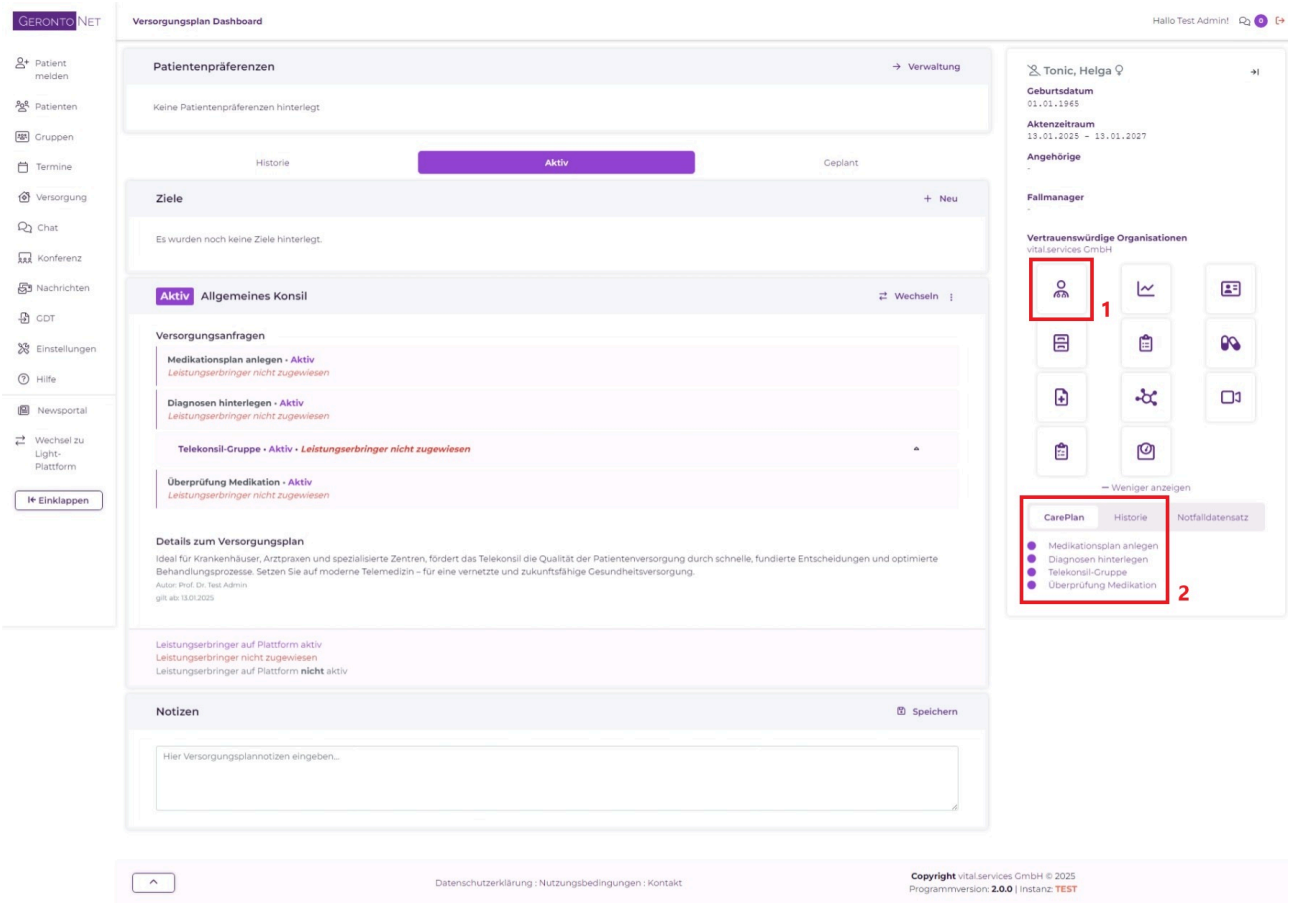
1.3.1.1 Voraussetzungen

- Sie sind auf Ihrer Plattform angemeldet
    - wie sich anmelden können erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/680198145/Anmelden+Login+Pro (see page 5)
- Sie befinden sich in der professionellen Ansicht Ihrer Plattform
- Sie befinden sich in der Übersicht der Versorgung des Patienten

1.3.1.2 Übersicht Versorgungsplan

1.3.1.2.1 Allgemeine Übersicht (Dashboard)

- im mittleren Bildschirmbereich befindet sich eine Übersicht über:
    - Patientenpräferenzen
    - Maßnahmenziele
    - aktuellen Versorgungsplan
    - Notizen
- im rechten Bildschirmbereich befindet sich die Navigation über Daten einer Patient*in
    - Zugang zur Allgemeinen Übersicht (Case & Care) (1)
    - Status des aktuellen Versorgungsplans (2)



1.3.2 Versorgungsplan zuweisen

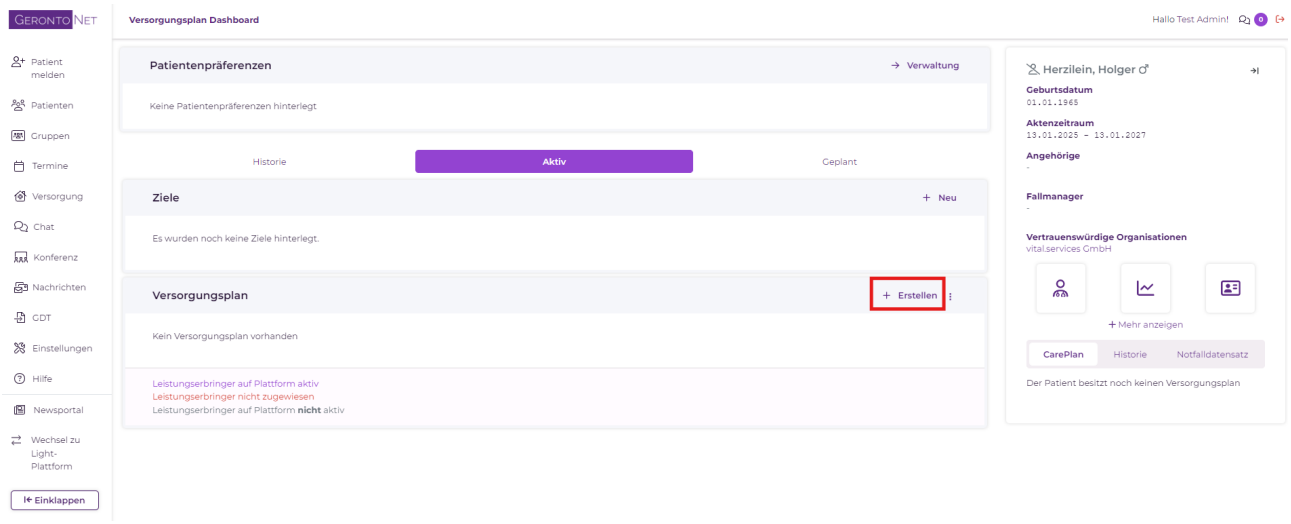
In diesem Artikel erfahren Sie, wie sie einer Patient*in einen Versorgungsplan (CarePlan) zuweisen können, um diesen anschließend erfüllen zu können.

1.3.2.1 Voraussetzungen

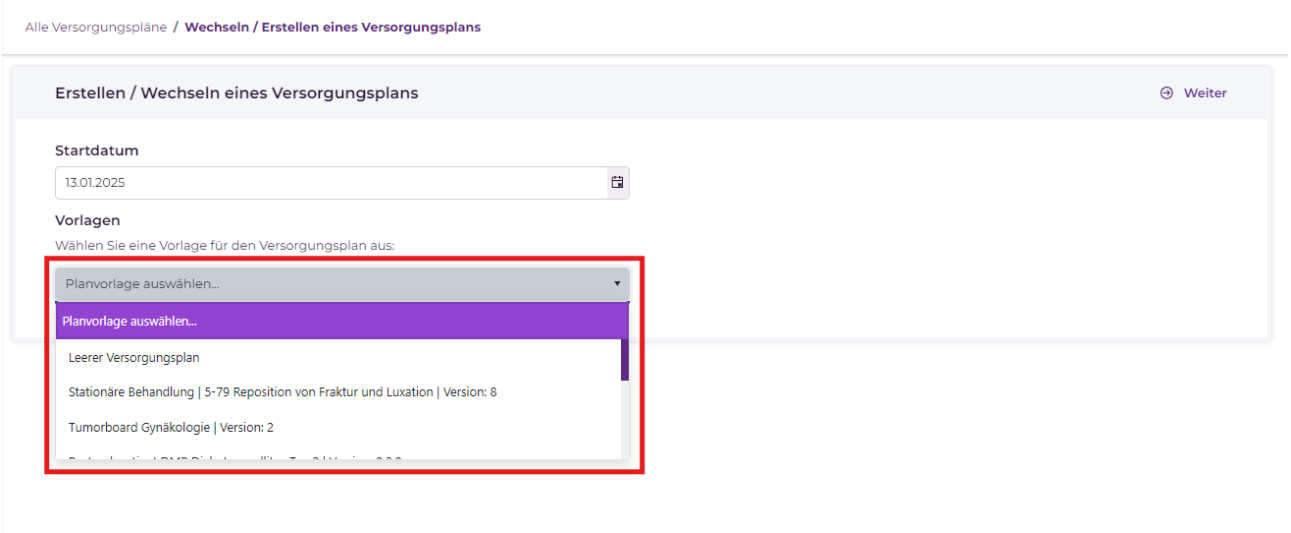
- Sie sind auf Ihrer Plattform angemeldet
    - wie sich anmelden können erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/680198145/Anmelden+Login+Pro (see page 5)
- Sie befinden sich in der professionellen Ansicht Ihrer Plattform
- Sie befinden sich in der Übersicht der Versorgung des Patienten

1.3.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

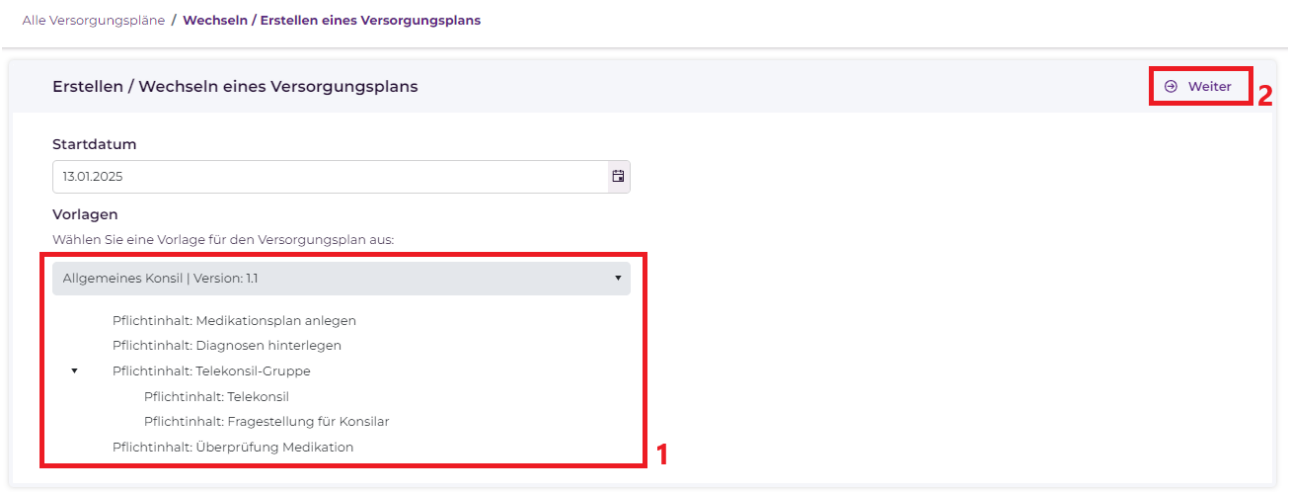
- Klicken Sie im Bereich Versorgungsplan auf die Schaltfläche “+Erstellen”



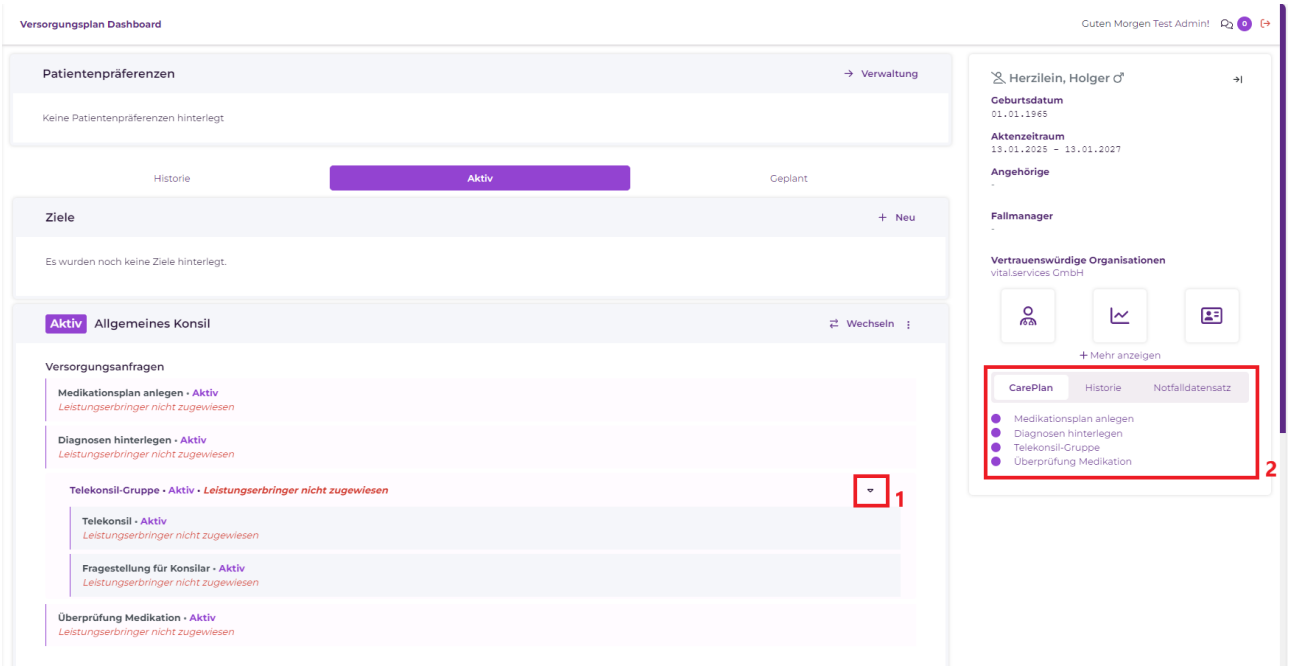
- es öffnet sich ein neues Fenster
- geben Sie das Startdatum des Versorgungsplan ein
- Wählen Sie eine Planvorlage aus, indem Sie in das vorgesehene Feld klicken
    - es öffnet sich eine Liste mit Vorschlägen
    - Klicken Sie die gewünschte Vorlage an



- die Vorlage wird angezeigt und darunter alle dazugehörigen Versorgungsleistungen (1)
- Klicken Sie auf die Schaltfläche “Weiter” (2), um Ihre Eingabe zu bestätigen



- eine neue Seite öffnet sich und Sie werden gefragt, ob Ziele oder Versorgungsanfragen übernommen werden sollen
- hier werden keine Versorgungsanfragen angezeigt, da es erst relevant wird, wenn es zu einem Wechsel des Versorgungsplans kommen sollte
- klicken Sie auf die Schaltfläche “weiter”
- Sie werden zur Übersicht des Versorgungsmanagements geleitet und können jetzt im Bereich “Versorgungsplan” den Namen, den Status und die Versorgungsleistungen des Plans einsehen
- Klicken Sie auf das kleine Dreieck (1) am Ende einer Leistung, um Unteraufgaben einsehen zu können
- zudem können Sie in der Patientennavigation (rechte Bildseite) unter dem Punkt “Careplan” (2) die einzelnen Versorgungsleistungen einsehen und auch direkt öffnen, indem Sie auf die entsprechende Aufgabe klicken



1.3.3 Versorgungsplan wechseln

In diesem Artikel erfahren Sie, wie sie einer Patient*in einen neuen Versorgungsplan (CarePlan) zuweisen können.

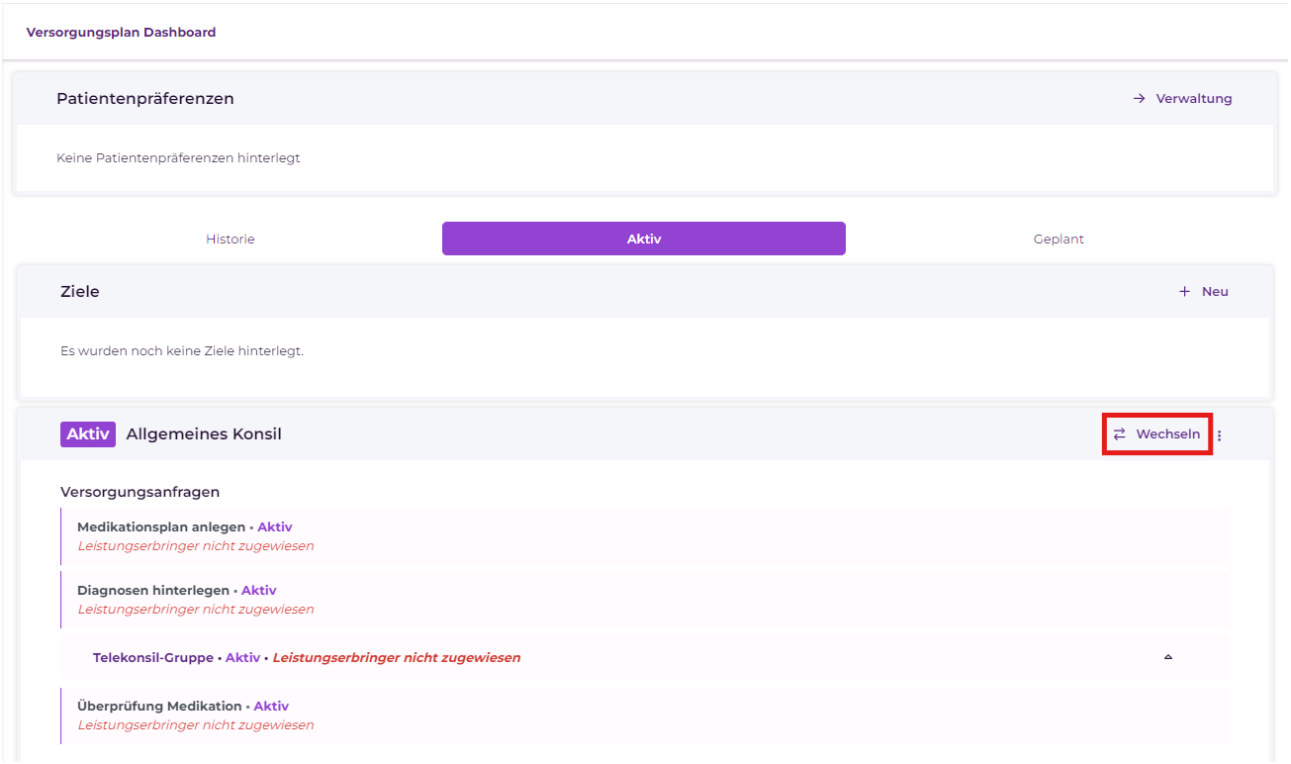
1.3.3.1 Voraussetzungen

- Sie sind auf Ihrer Plattform angemeldet
  - wie sich anmelden können erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/680198145/Anmelden+Login+Pro (see page 5)
- Sie befinden sich in der professionellen Ansicht Ihrer Plattform
- Sie befinden sich in der Übersicht der Versorgung des Patienten

1.3.3.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.3.3.2.1 Schritt 1: neuen Versorgungsplan wählen

- Um einen neuen Versorgungsplan auszuwählen, klicken Sie im Bereich Versorgungsplan auf die Schaltfläche “Wechseln”



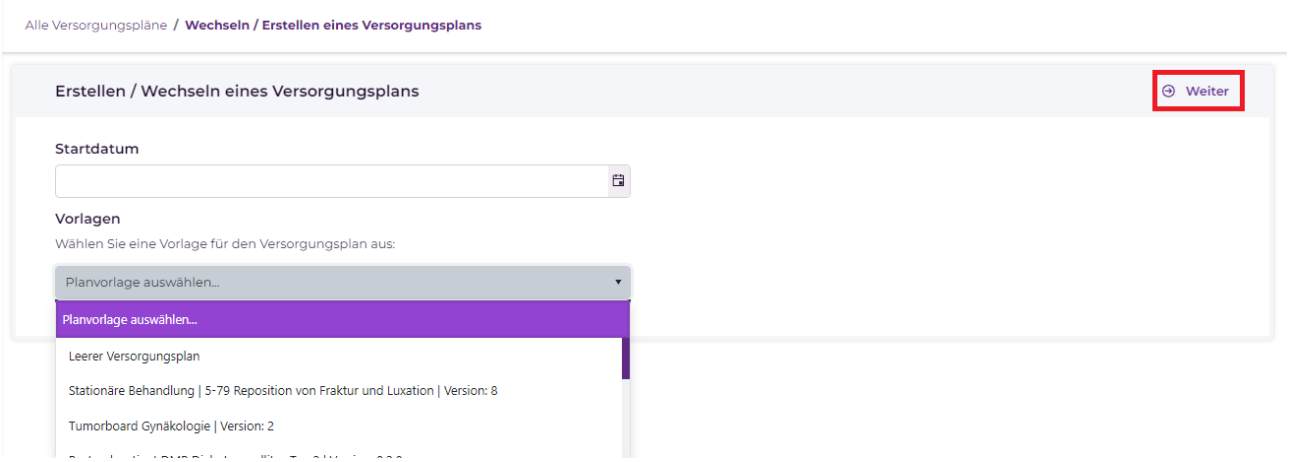
Startdatum

- Als Startdatum wird automatisch das tagesaktuelle Datum angegeben.

- Möchten Sie ein anderes Startdatum wählen, dann klicken Sie in das Formularfeld und geben das gewünschte Datum ein.
    - Alternativ können Sie das Datum auch durch Anklicken des Kalendersymbols am Ende des Felds auswählen.

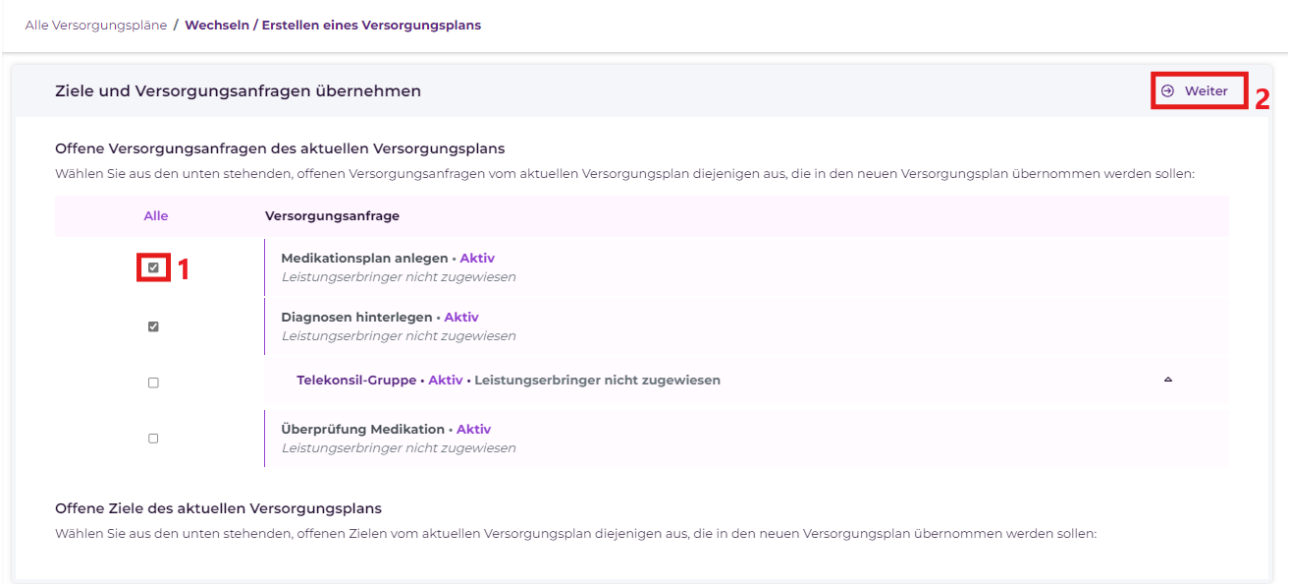
Vorlagen

- wählen Sie Ihre Planvorlage durch klicken auf das Feld “Planvorlage auswählen…”
- es öffnet sich ein Drop-Down-Menü aus dem Sie die gewünschte Vorlage durch anklicken auswählen können
- Klicken Sie anschließend auf “Weiter”



1.3.3.2.2 Schritt 2: Übernahme offener Punkte

- im folgenden Fenster werden offene Ziele und Versorgungsanfragen aufgeführt
- Sie können durch Klicken auf die kleinen Quadrate vor den Aufgaben entscheiden, welche in den neuen Versorgungsplan übernommen werden sollen
- Klicken Sie anschließend auf “Weiter”



- in der Übersicht des Versorgungsplans sind nun die neuen Versorgungsleistungen und ggf. offene Punkte aus dem vorherigen Plan aufgelistet

1.3.4 Leistungserbringer*in zuweisen

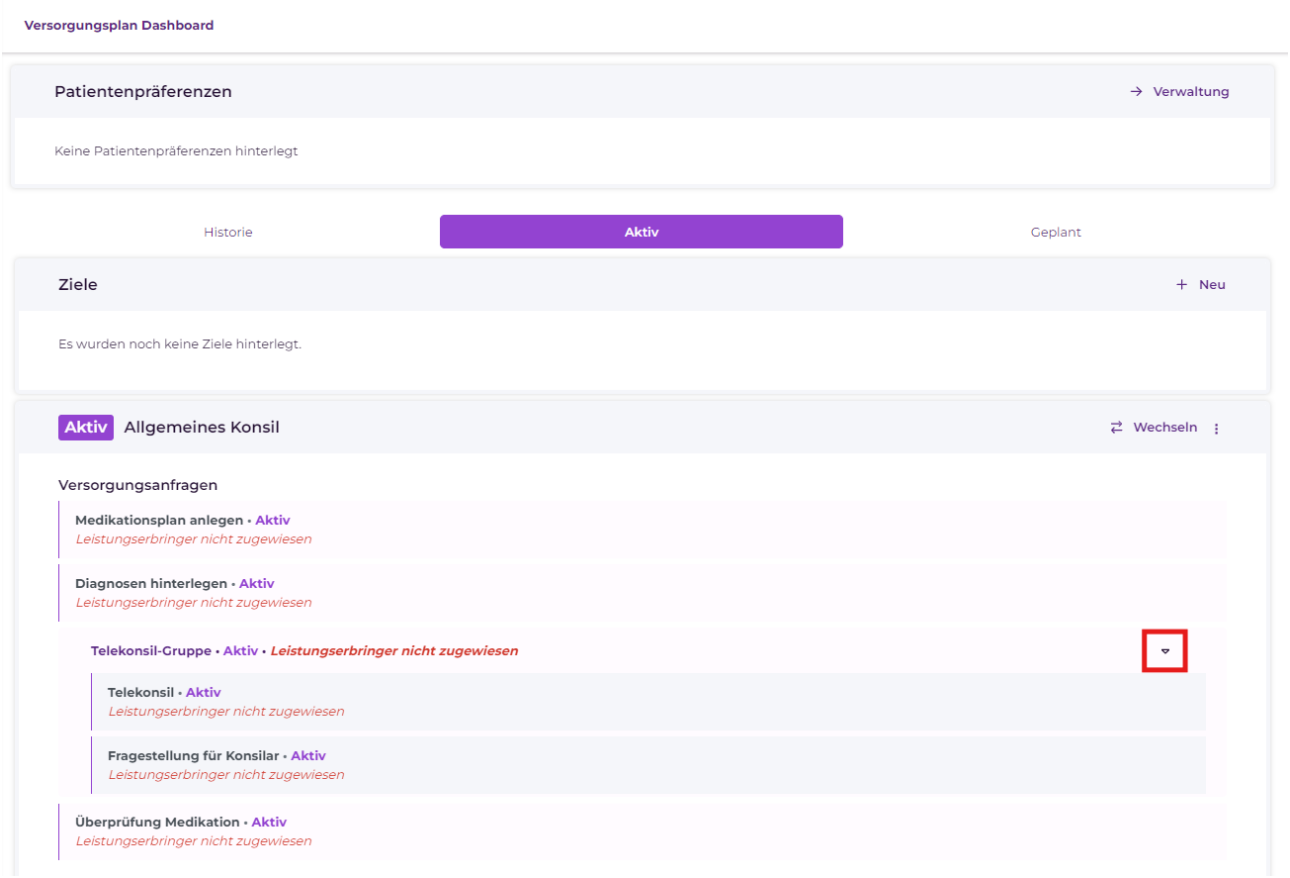
In der Übersicht des Versorgungsplans werden Ihnen die einzelnen Leistungskategorien angezeigt. Wurde noch kein*e Leistungserbringer*in zur Durchführung einer Leistung ausgewählt, steht hinter der Leistung „Leistungserbringer nicht zugewiesen". Wurde bereits ein Erbringer zugeordnet, steht dessen Name hinter der Leistung. Wie Sie ein*e Leistungserbringer*in hinzufügen können erfahren Sie in diesem Artikel.

1.3.4.1 Voraussetzungen

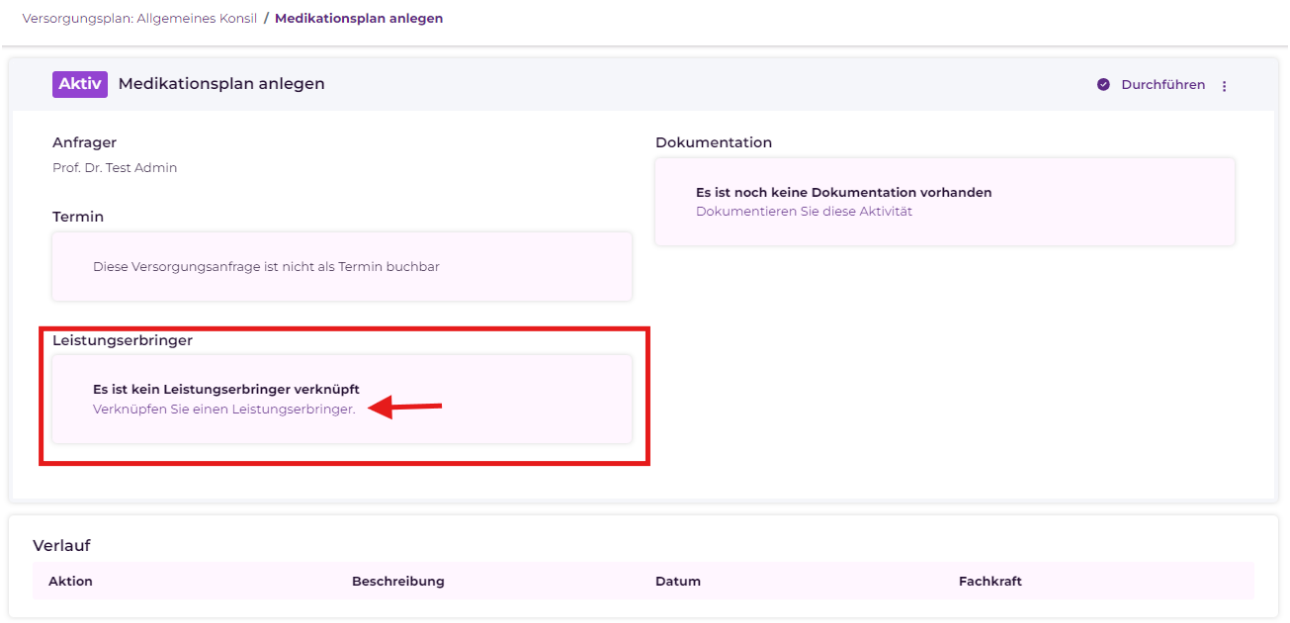
- Sie sind auf Ihrer Plattform angemeldet
    - wie sich anmelden können erfahren Sie hier:https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/680198145/Anmelden+Login+Pro (see page 5)
- Sie befinden sich in der professionellen Ansicht Ihrer Plattform
- Sie befinden sich in der Übersicht der Versorgung des Patienten

1.3.4.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

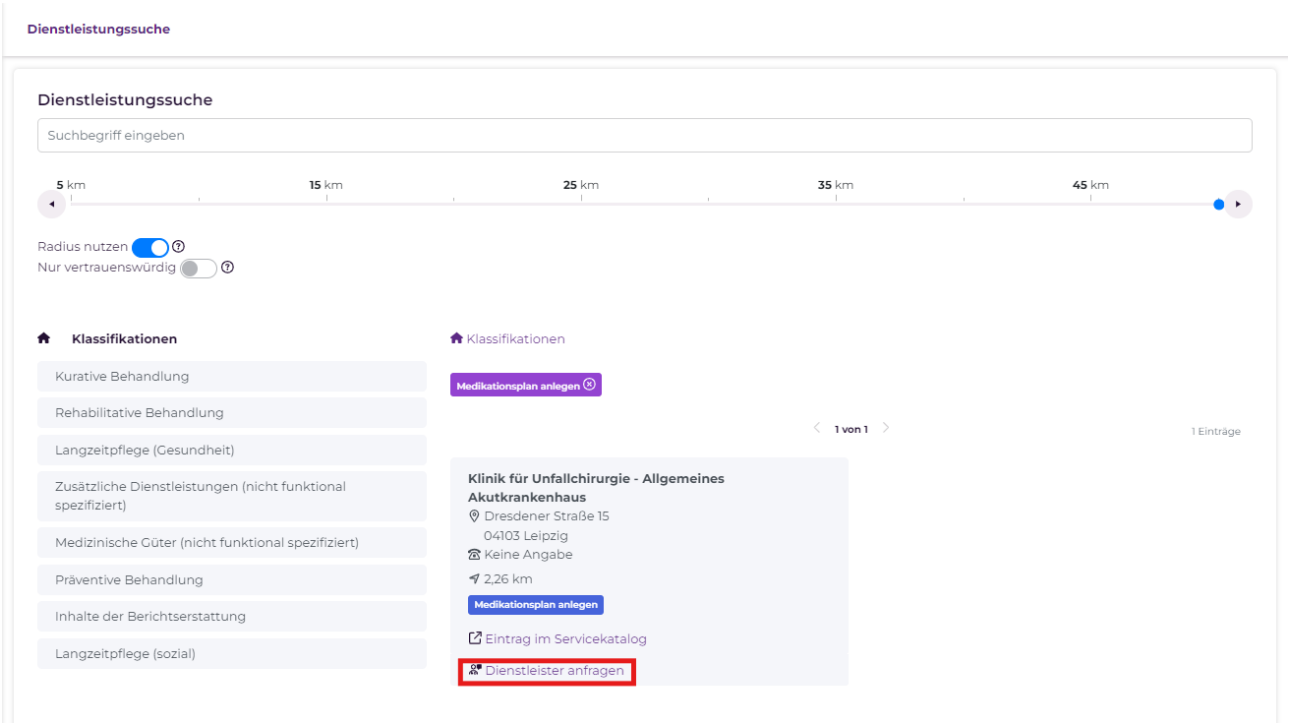
- Klicken Sie im Versorgungsplan auf das Dreieck hinter einer Leistungskategorie, um alle enthaltenen Leistungen anzuzeigen.



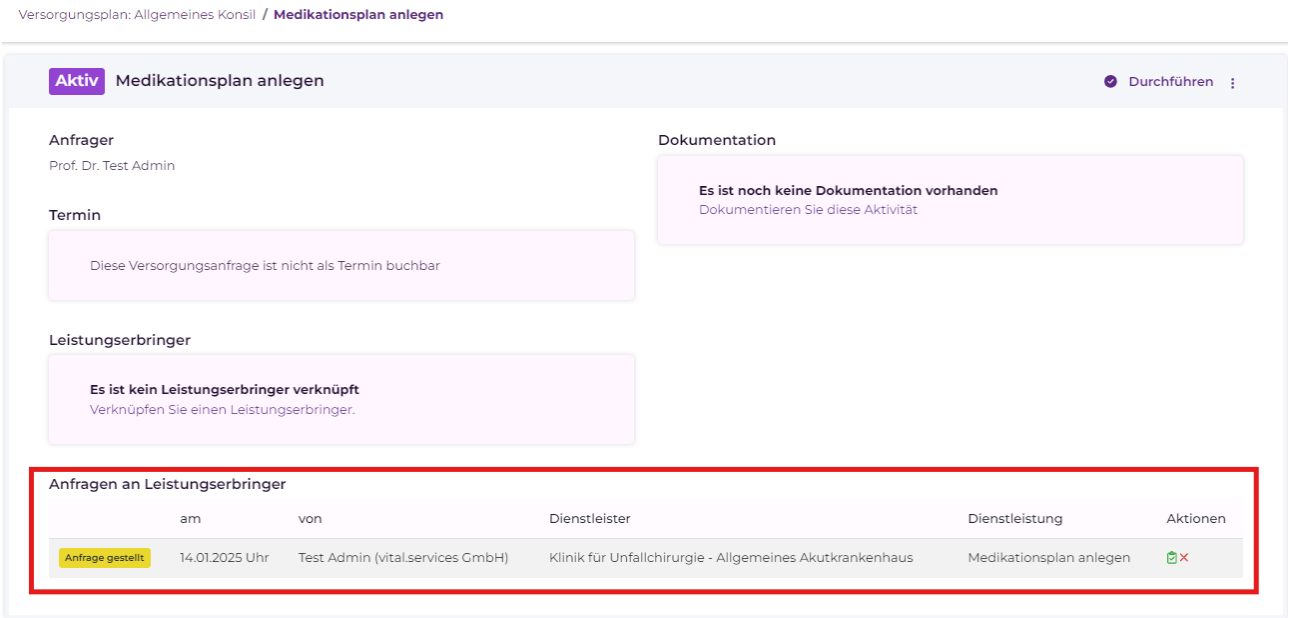
- Klicken Sie auf eine Leistungskategorie, um zur Detailansicht zu gelangen.
- Hier können Sie einer Leistungskategorie eine*n Leistungserbringer*in sowie einen Termin zur Durchführung aller Leistungen bzw. Versorgungsanfragen dieser Leistungskategorie zuweisen und wieder entfernen.
- Klicken Sie hierfür im Bereich Leistungserbringer auf die Textzeile “Verknüpfen Sie einen Leistungserbringer”.



- Es öffnet sich ein neues Fenster und es werden Ihnen Dienstleistende zur Durchführung der Versorgungsleistung vorgeschlagen.
- Sie können folgende Parameter einstellen und wählen:
    - Entfernung vom Wohnort der Patient*in
    - Vertrauenswürdigkeit
    - Filtermöglichkeiten der Ergebnisse
- Wählen Sie eine*n Dienstleistenden durch Klicken auf “Dienstleister anfragen”



- Sobald Sie eine*n Leistungserbringer*in zuweisen, wird diese*r als Leistungserbringer*in angezeigt und erhält eine Versorgungsanfrage, die ihn über die Zuweisung informiert.
- In der Detailübersicht der Versorgungsleistung wird die Anfrage angezeigt.



- Nimmt die angefragte Dienstleistende die Anfrage an, wird dieser als Leistungserbringer in der Übersicht des Versorgungsplan angezeigt.

1.3.5 Versorgungsleistung stornieren

Sie können Leistungskategorien zurückziehen bzw. stornieren, wenn Sie diese Leistungen nicht (mehr) im Versorgungsplan haben bzw. nicht mehr durchführen möchten. In diesem Artikel erfahren Sie, wie es geht.

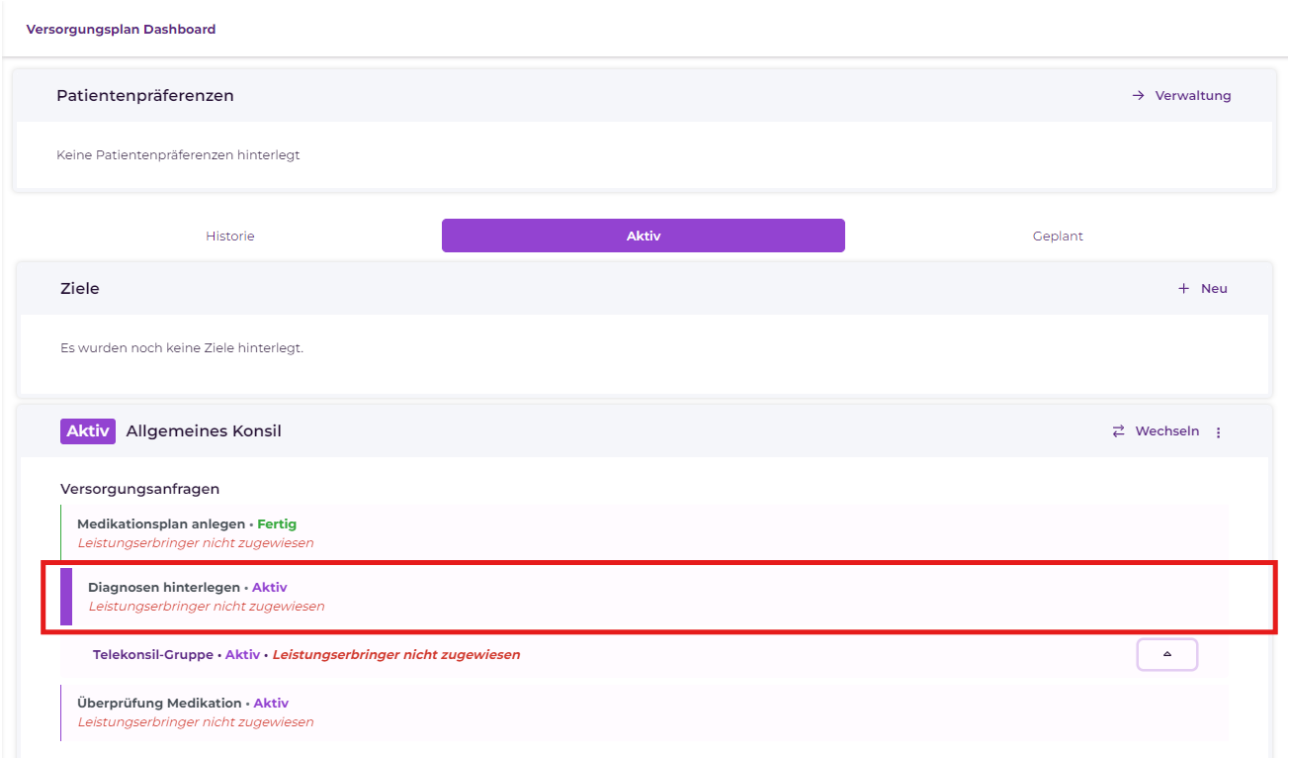
1.3.5.1 Voraussetzungen

- Sie sind auf Ihrer Plattform angemeldet
  - wie sich anmelden können erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/680198145/Anmelden+Login+Pro (see page 5)
- Sie befinden sich in der professionellen Ansicht Ihrer Plattform
- Sie befinden sich in der Übersicht der Versorgung des Patienten

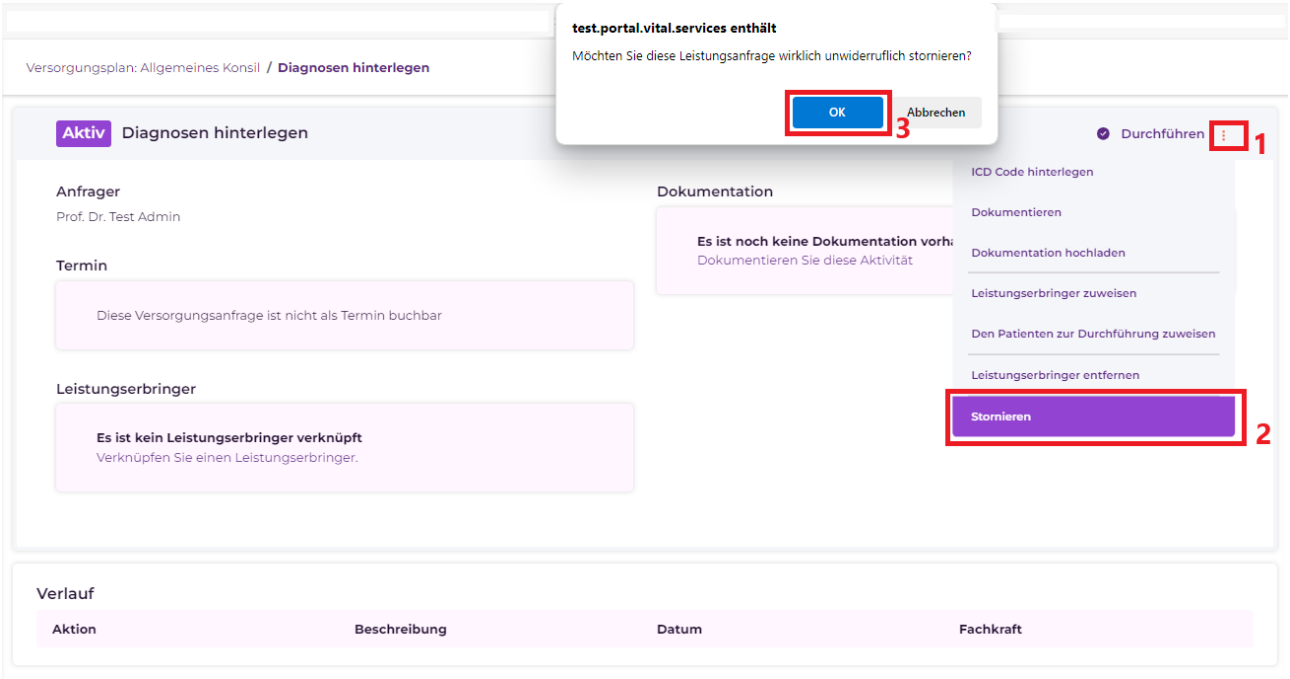
1.3.5.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

⚠ Dieser Vorgang kann nicht rückgängig gemacht werden, d.h. nach dem Stornieren können die Leistungen nicht mehr im Versorgungsplan dokumentiert werden.

- Klicken Sie in der Übersicht zum Versorgungsplan auf die Versorgungsleistung, welche sie stornieren wollen.



- Es öffnet sich ein neues Fenster mit der Detailansicht zu dieser Leistung.
- Klicken Sie rechts oben auf die das Drei-Punkte-Menü (1) und anschließend auf „Stornieren" (2).
- Sie werden nochmals gefragt, ob Sie diese Leistungsanfrage **unwiderruflich** stornieren möchten. Bestätigen Sie mit “OK” (3), wenn Sie das möchten.



- Danach ändert sich der Status der Leistungskategorie und aller enthaltenen Leistungen auf „Zurückgezogen".

1.4 Management Termine

1.4.1 Management Termine: Übersicht Pro

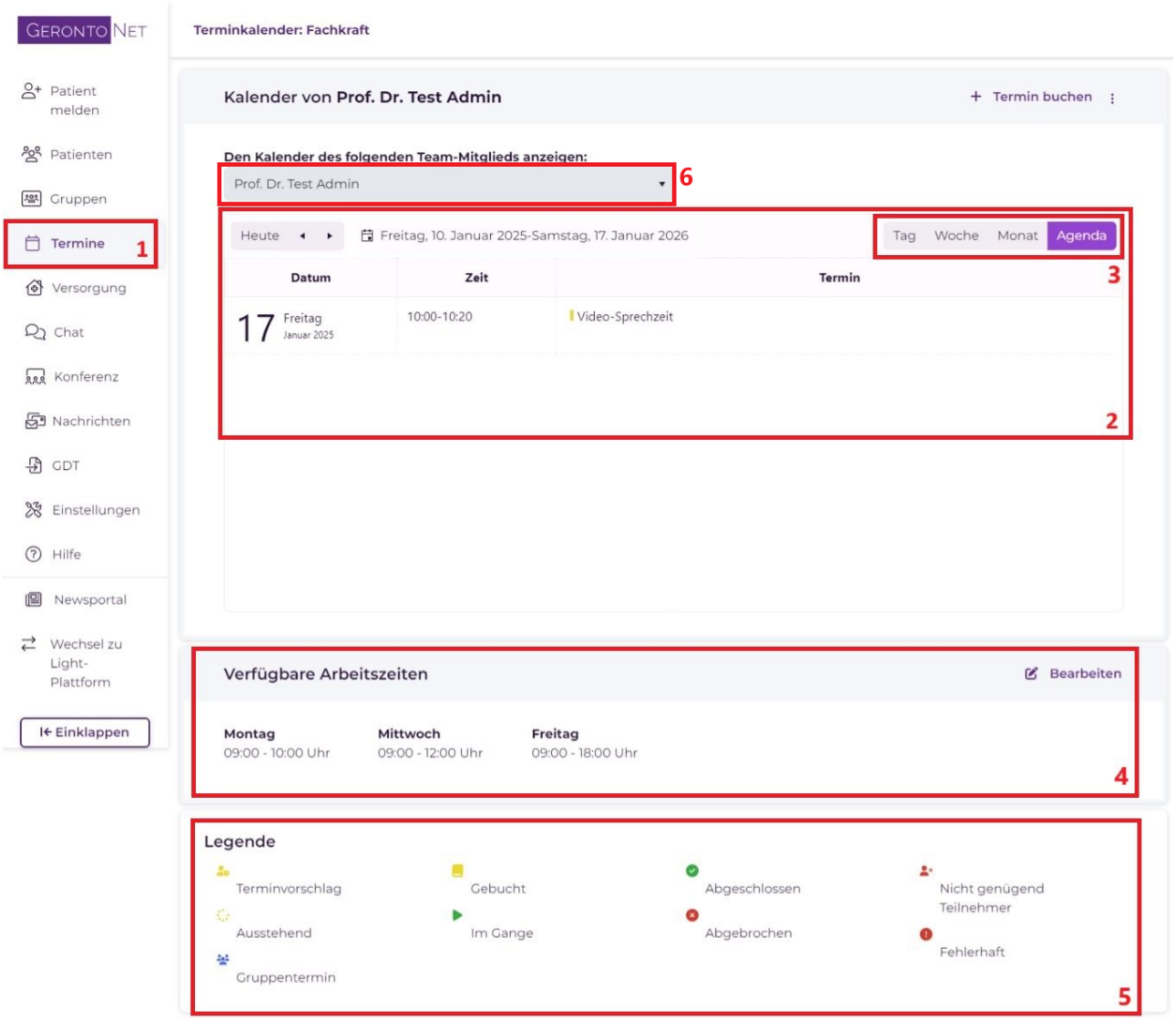
Unter „Termine" können Sie Ihren Kalender verwalten. Sie können neue Termine erstellen und Ihre Termine sowie auch die anderer Fachkräfte Ihrer Organisation einsehen, Terminanfragen versenden und einsehen. Unter „Kalender bearbeiten" können Sie Ihre verfügbaren Zeiten einstellen, zu denen Patienten und Fachkräfte Termine mit Ihnen buchen können. Außerdem können Sie Ihren Kalender deaktivieren. Hiernach können keine Termine mit Ihnen mehr gebucht und Ihr Kalender von Ihrer Organisation nicht mehr eingesehen werden.

1.4.1.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich in der professionellen Ansicht Ihrer Plattform
- Sie sind auf der Plattform angemeldet
- wie sich anmelden können erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/680198145/Anmelden+Login+Pro (see page 5)

1.4.1.2 Übersicht Terminkalender

- **Kalender anderer Team-Mitglieder einsehen**
  - beim Öffnen des Kalenders wird Ihr eigener Kalender angezeigt
  - Klicken Sie in das graue Auswahlfeld (6) mit Ihrem Namen und es öffnet sich eine Auswahlliste
  - Klicken Sie auf die Person, deren Kalender Sie einsehen wollen
- **Kalenderansicht**
  - Sie können die Kalenderansicht ändern, indem Sie “Tag”, “Woche”, “Montag” oder “Agenda” auswählen (3)
- **Arbeitszeiten**
  - unter der Terminübersicht können Sie Ihre Arbeitszeiten ansehen und bearbeiten (4)
- **Legende**
  - in der der Legende (5) können Sie mit Hilfe der Symbole den Status der Termine erkennen



1.4.2 Termin erstellen

Hier erfahren Sie wie Sie Termine erstellen können und welche Arten von Terminen es gibt.

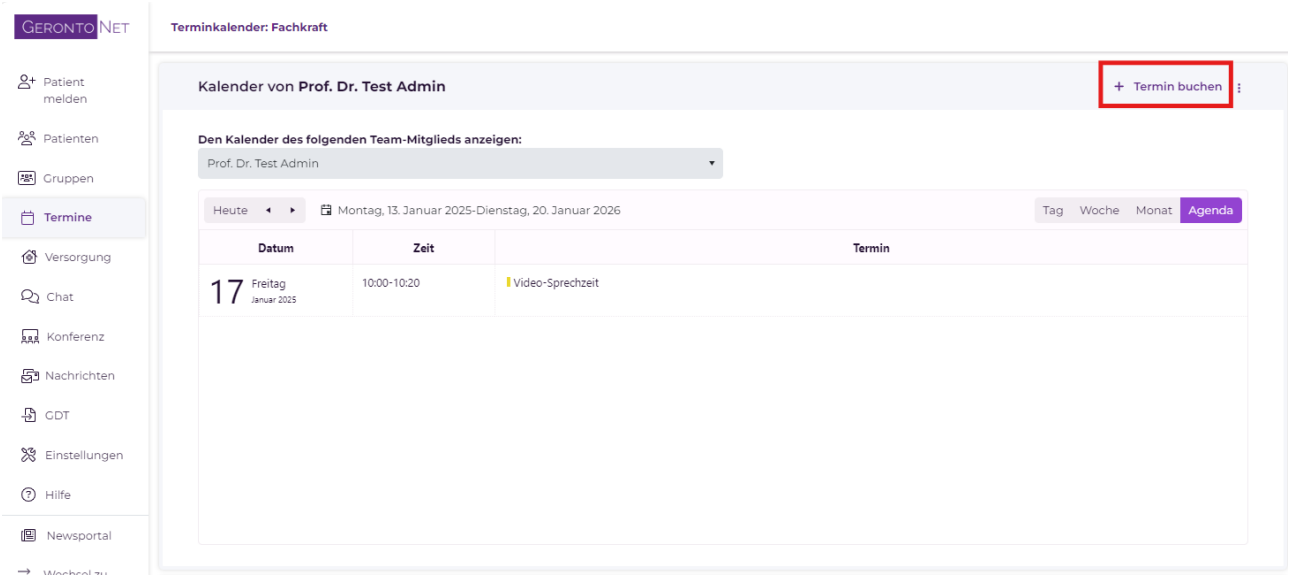
1.4.2.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich in der professionellen Ansicht Ihrer Plattform
- Sie befinde sich in der Terminübersicht Ihres eigenen Kalenders
- Sie sind auf der Plattform angemeldet
    - wie sich anmelden können erfahren Sie hier: https://vital-services.atlassian.net/wiki/spaces/thd/pages/680198145/Anmelden+Login+Pro (see page 5)

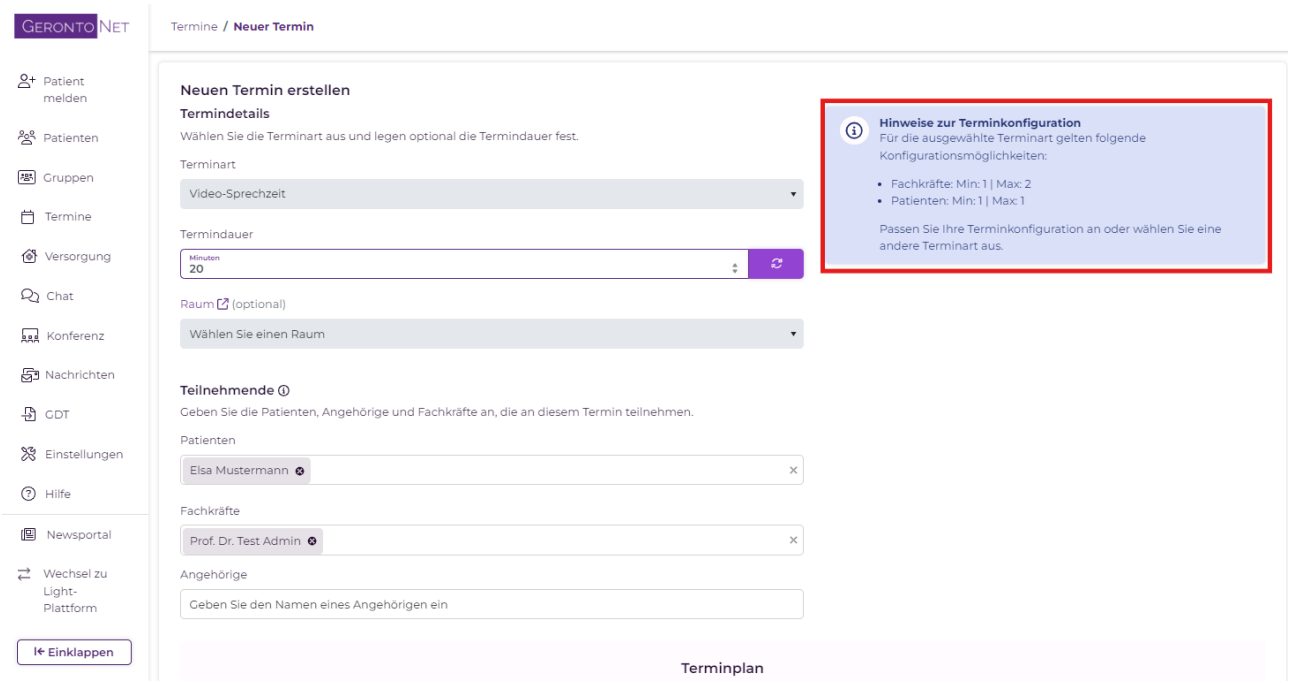
1.4.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.4.2.2.1 Schritt 1: Termin anlegen

- Um einen neuen Termin zu erstellen, klicken Sie in Ihrem eigenen Kalender in der Übersicht auf „Termin buchen"



- es öffnet sich ein neues Fenster
- Wählen Sie Patienten, Fachkraft bzw. Fachkräfte, Terminart, Termindauer und optional einen Raum, indem Sie in die entsprechenden Felder klicken und diese ausfüllen
- Sobald Sie eine Terminart ausgewählt haben, öffnet sich eine Ausfüllhilfe in einem farbigen Feld auf der rechten Bildschirmseite



⚠ Es muss mindestens eine Terminart ausgewählt sein, damit der Terminplan mit den freien Terminen angezeigt wird.

1.4.2.2.2 Schritt 2 Terminplan

- um den Terminplan mit freien Terminen anzuzeigen, muss mindestens die Terminart ausgewählt sein
- Klicken Sie auf die Pfeile, um zwischen den Wochen zu wählen
- freie Termine sind grün unterlegt
- klicken Sie auf eine Uhrzeit, um den Termin auszuwählen

- es öffnet sich ein kleines Fenster, bitte bestätigen Sie Ihre Terminbuchung, indem Sie auf “OK” klicken
- der Termin wurde gebucht und Sie werden zurück zur Übersicht Ihrer Termine geleitet
- zur Bestätigung wird Ihnen der gebuchte Termin in der Übersicht angezeigt und im oberen Bereich des Fenster erscheint ein farbig unterlegter Hinweis “Der Termin wurde gebucht”

1.5 Videokommunikation

1.5.1 Anmelden und Abmelden

In diesem Artikel erfahren Sie, wie Sie sich auf der Plattform für Videokommunikation an- und abmelden können. Weitere Schritte und Details der Videokommunikation erfahren Sie im Abschnitt “Weiter Schritte” bzw. “Verwandte Artikel”. Bitte geben Sie uns zur weiteren Verbesserung unserer Hilfe-Artikel eine Rückmeldung über die Feedbackfunktion am Ende des Artikels. Vielen Dank.

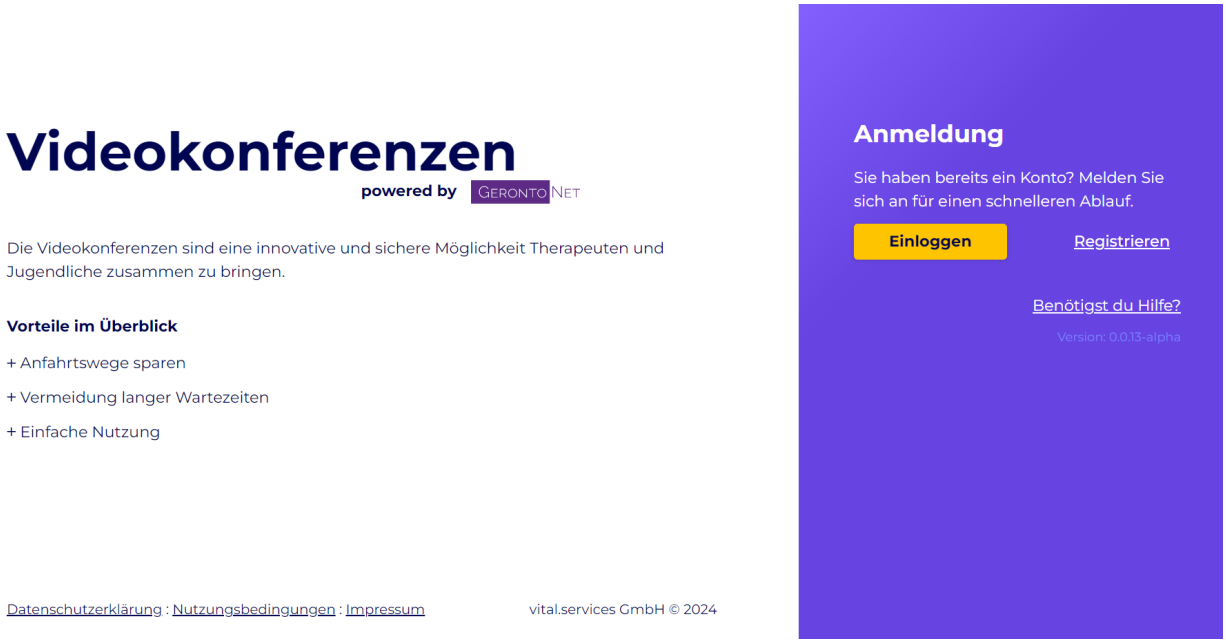
1.5.1.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich auf der Startseite der Videokommunikationsplattform

1.5.1.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

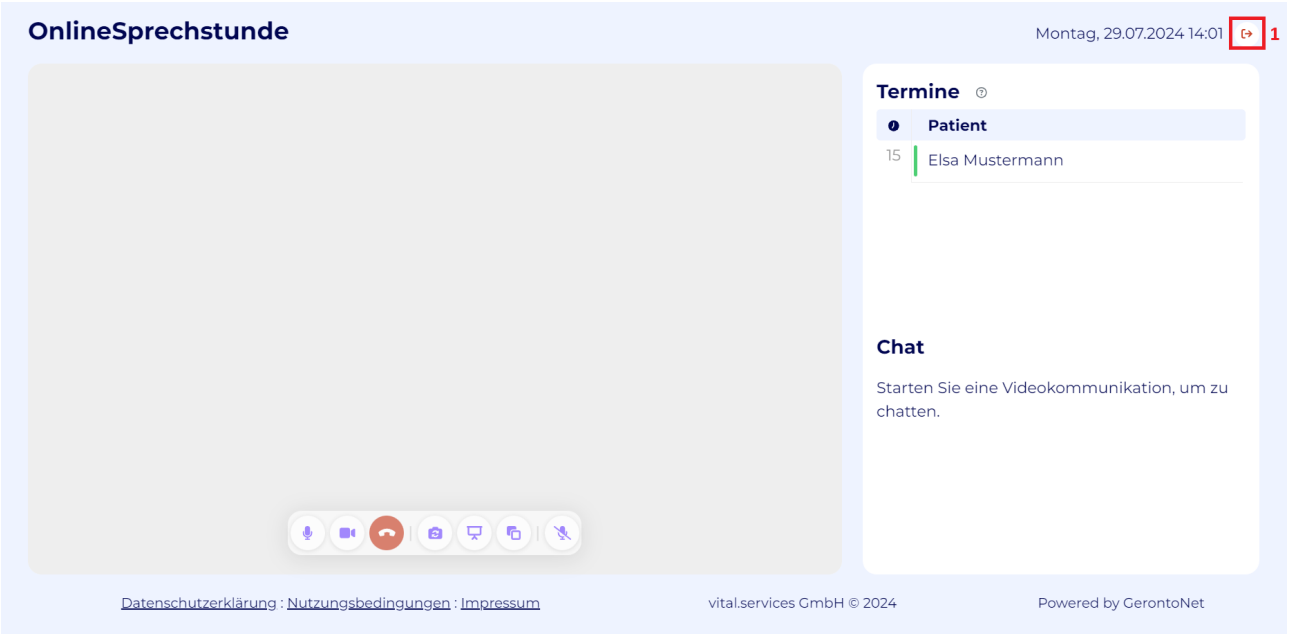
1.5.1.2.1 Schritt 1: Anmelden / Einloggen

- Wenn Sie sich über Ihre Plattform anmelden, könne Sie sich direkt durch Klicken der gelben Schaltfläche “Einloggen” auf der Videokommunikationplattform anmelden.
- Sie müssen Ihre Anmeldedaten nicht noch einmal angeben



1.5.1.2.2 Schritt 2: Abmelden / Ausloggen

- melden Sie sich, durch Klicken der Schaltfläche zum Abmelden (1) rechts oben, von der Videokommunikationsplattform ab
- Sie werden wieder auf die Startseite geleitet



1.5.2 Modul Videokommunikation: Übersicht

In diesem Artikel erfahren Sie, wie die Plattform für Videokommunikation aufgebaut ist und welche grundlegenden Funktionen es gibt. Weitere Schritte und Details der Videokommunikation erfahren Sie im

Abschnitt “Weiter Schritte” bzw. “Verwandte Artikel”. Bitte geben Sie uns zur weiteren Verbesserung unserer Hilfe-Artikel eine Rückmeldung über die Feedbackfunktion am Ende des Artikels. Vielen Dank.

1.5.2.1 Voraussetzungen

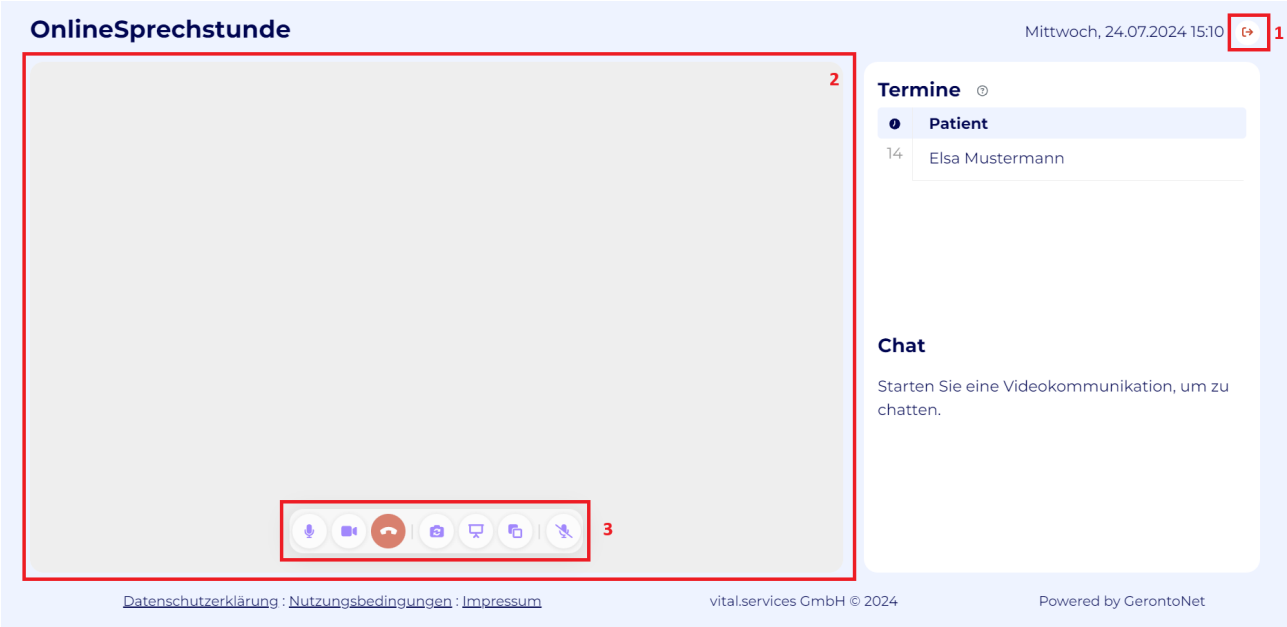
- Sie befinden sich auf der Videokommunikationsplattform und sind angemeldet/eingeloggt
    - Eine Schritt für Schrittanleitung zum Anmelden/Einloggen finden Sie hier.

1.5.2.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.5.2.2.1 Schritt 1: Aufbau Kommunikationsplattform

Die Kommunikationsplattform besteht aus folgenden Bereichen:

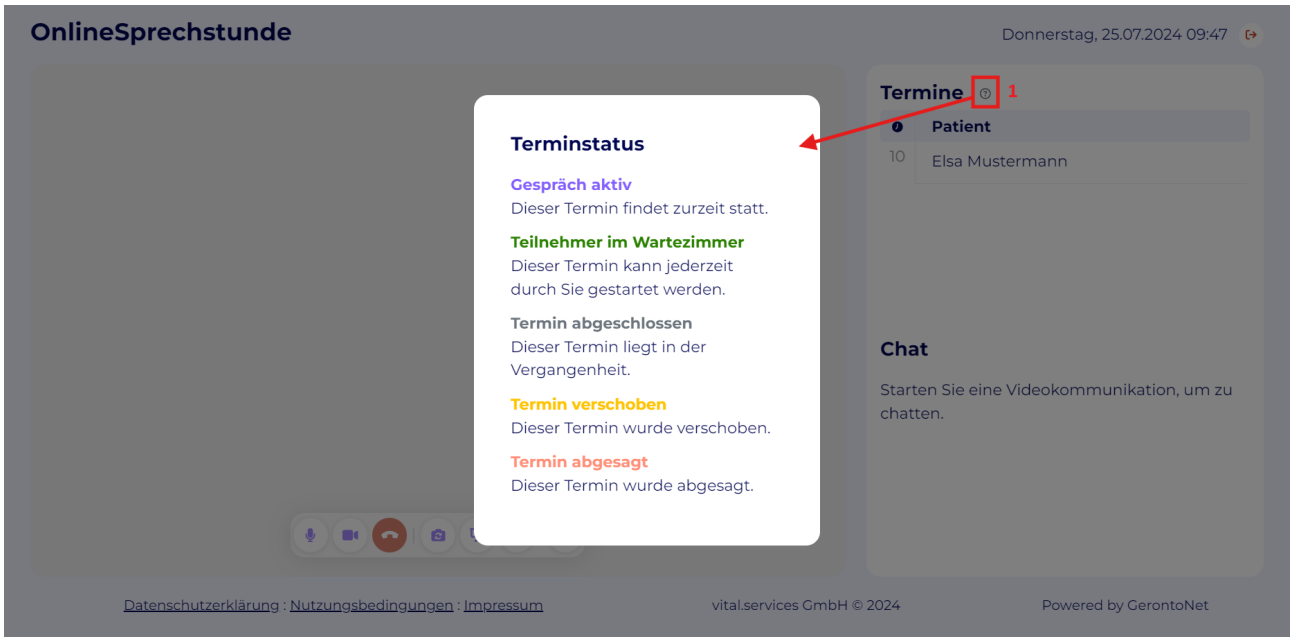
- Kopfbereich:
    - links: Bezeichnung z. B. “Onlinesprechstunde”
    - rechts: Datum und Uhrzeit und Abmelden (1)
- Inhaltsbereich:
    - links: Videobereich (2) mit Werkzeugübersicht (3)
    - rechts: Terminübersicht und Chatfenster
- Fußbereich:
    - Verknüpfungen zu Datenschutzerklärung / Nutzungsbedingungen / Impressum



1.5.2.2.2 Schritt 2: Funktionen der einzelnen Bereiche

1.5.2.2.2.1 Terminübersicht:

- Anzeige der tagesaktuellen Termine
- Anzeige der Stunde, in welcher der Termin beginnt (Uhr-Symbol)
- Hilfebereich (1) öffnet eine Übersicht zur farblichen Kennzeichnung der Termine



1.5.2.2.2.2 Chatbereich:

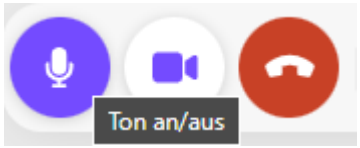
- Möglichkeit zum Senden und Empfangen von Dokumenten
- Möglichkeit zur schriftlichen Kommunikation, z. B. im Warteraum

1.5.2.2.2.3 Videobereich:

- Möglichkeit zum Sehen der Kommunikationspartner*innen und sich selbst

1.5.2.2.2.4 Werkzeuge:

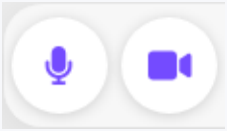
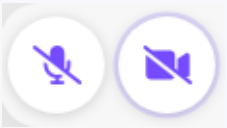
- Sie haben die Möglichkeit durch halten des Maus-Anzeigers auf einer Schaltfläche (ohne Anklicken) die Funktion der Schaltfläche anzeigen zu lassen:



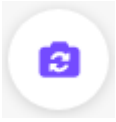
- Übersicht Werkzeuge zur Videokommunikation:

	1. Mikrofon 2. Kamera 3. Auflegen 4. Kamera wechseln 5. Bildschirm teilen 6. Bild-in-Bild 7. Mikrofon aller anderen Teilnehmenden einmalig ausschalten

- Mikrofon / Kamera
  - aktivieren oder deaktivieren Sie Ihr eigenes Mikrofon bzw. Ihre eigene Kamera durch Klicken auf die Schaltflächen

	Mikrofon / Kamera an
	Mikrofon / Kamera aus

- Auflegen
  - Beenden Sie ein Gespräch durch das Klicken auf folgende Schaltfläche:

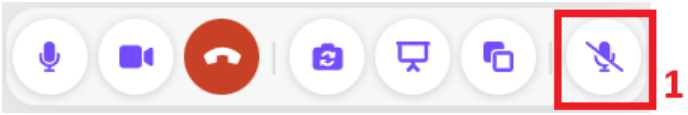
- Kamera wechseln
  - bei mobilen Endgeräten mit einer Vorder- und Rückkamera gibt es die Möglichkeit die Kamera zu wechseln
  - nutzen Sie hierfür folgende Schaltfläche:
    

- Bildschirm teilen

    - Sie haben die Möglichkeit Ihren Computerbildschirm mit den anderen Teilnehmenden zu teilen, um z. B. eine Anwendung direkt erklären zu können
    - nutzen Sie hierfür folgende Schaltfläche:

- Bild-in-Bild
    - Sie haben die Möglichkeit den Videobereich zu verkleinern und Ihren Computerbildschirm besser zu sehen, z. B. um ein Dokument zu suchen und zu versenden
    - nutzen Sie hierfür folgende Schaltfläche:

- Mikrofon aller anderen Teilnehmenden einmalig ausschalten
    - Sie haben als Professional die Möglichkeit die Mikrofone der anderen Teilnehmenden auszuschalten, z. B. bei Störgeräuschen
    - nutzen Sie hierfür folgende Schaltfläche:



1.5.3 Zugang zum Modul Videokommunikation

1.5.4 Videokommunikation starten und beenden

In diesem Artikel erfahren Sie, wie Sie eine Videokommunikation starten und beenden können. Weitere Schritte und Details der Videokommunikation erfahren Sie im Abschnitt “Weiter Schritte” bzw. “Verwandte Artikel”. Bitte geben Sie uns zur weiteren Verbesserung unserer Hilfe-Artikel eine Rückmeldung über die Feedbackfunktion am Ende des Artikels. Vielen Dank.

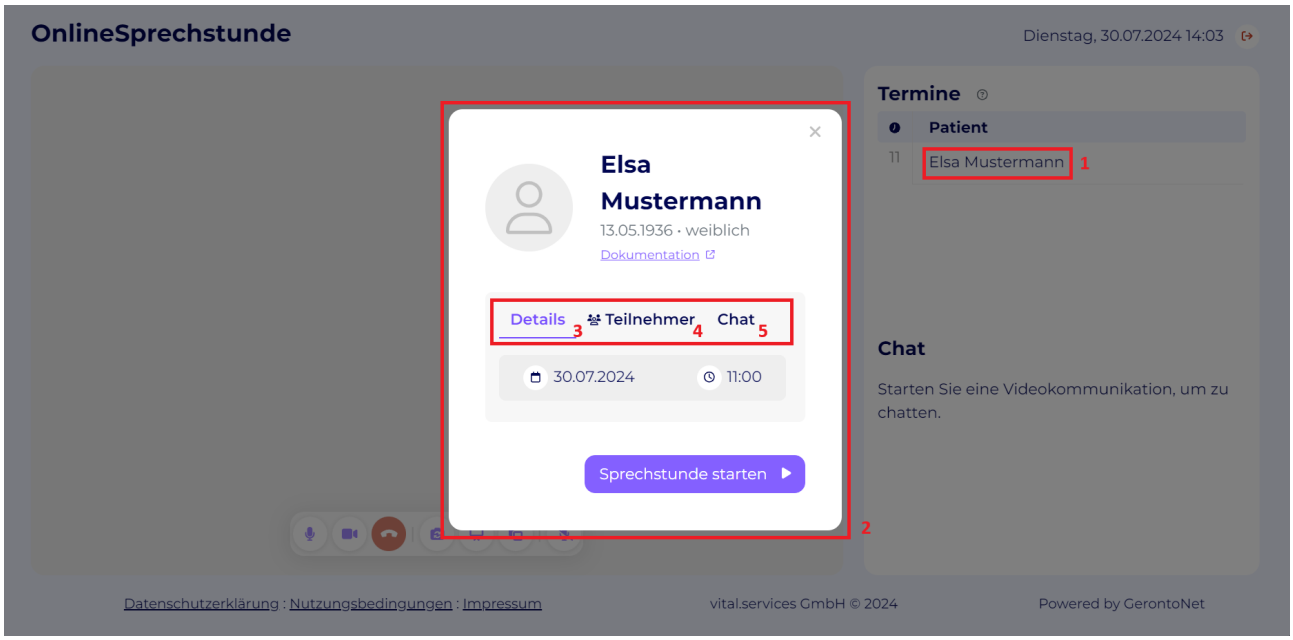
1.5.4.1 Voraussetzungen

- Sie befinden sich auf der Videokommunikationsplattform und sind angemeldet/eingeloggt
    - Eine Schritt für Schrittanleitung zum Anmelden/Einloggen finden Sie hier.

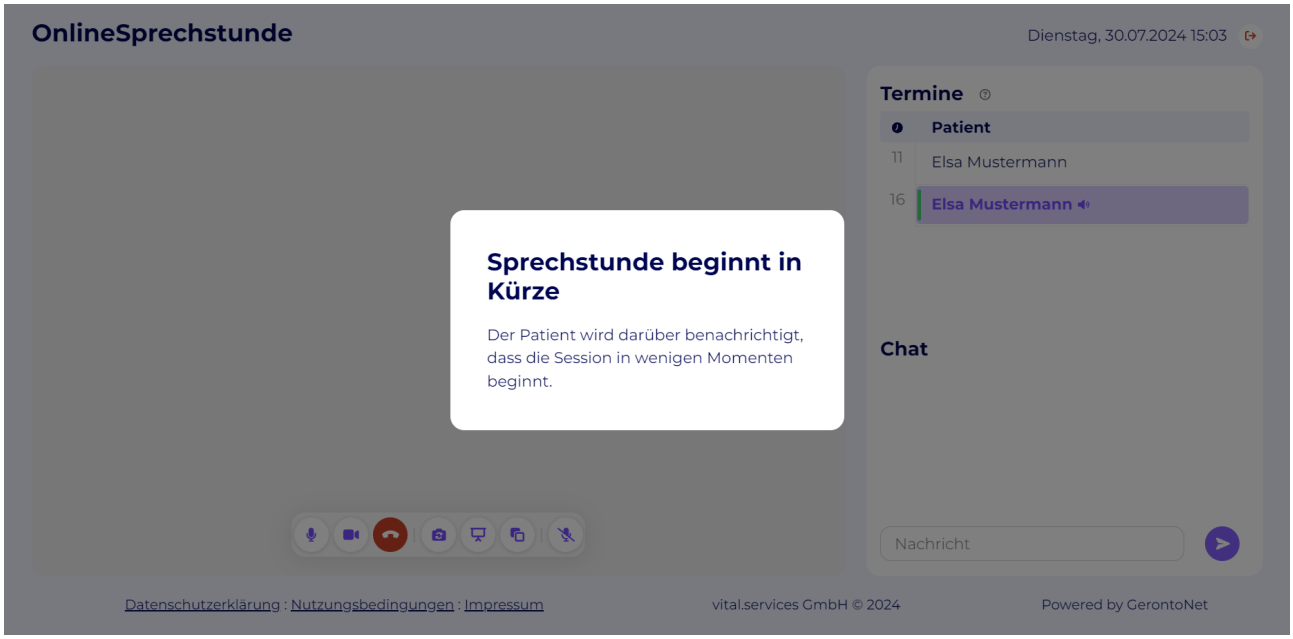
1.5.4.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

1.5.4.2.1 Schritt 1: Starten einer Videokommunikation

- wählen Sie im Bereich “Termine” den entsprechenden Termin aus und klicken Sie ihn an (1)
- es öffnet sich ein neues Fenster (Pop-Up-Fenster) mit weiteren Informationen zum Termin (2)
- durch Klicken auf die Schaltflächen “Details” (3), “Teilnehmer” (4) oder “Chat” (5) können Sie zwischen diesen Informationen wechseln bzw. den Chat mit den Teilnehmenden der Videokommunikation starten
- um die Videokonferenz zu starten klicken Sie auf die Schaltfläche “Sprechstunde starten”



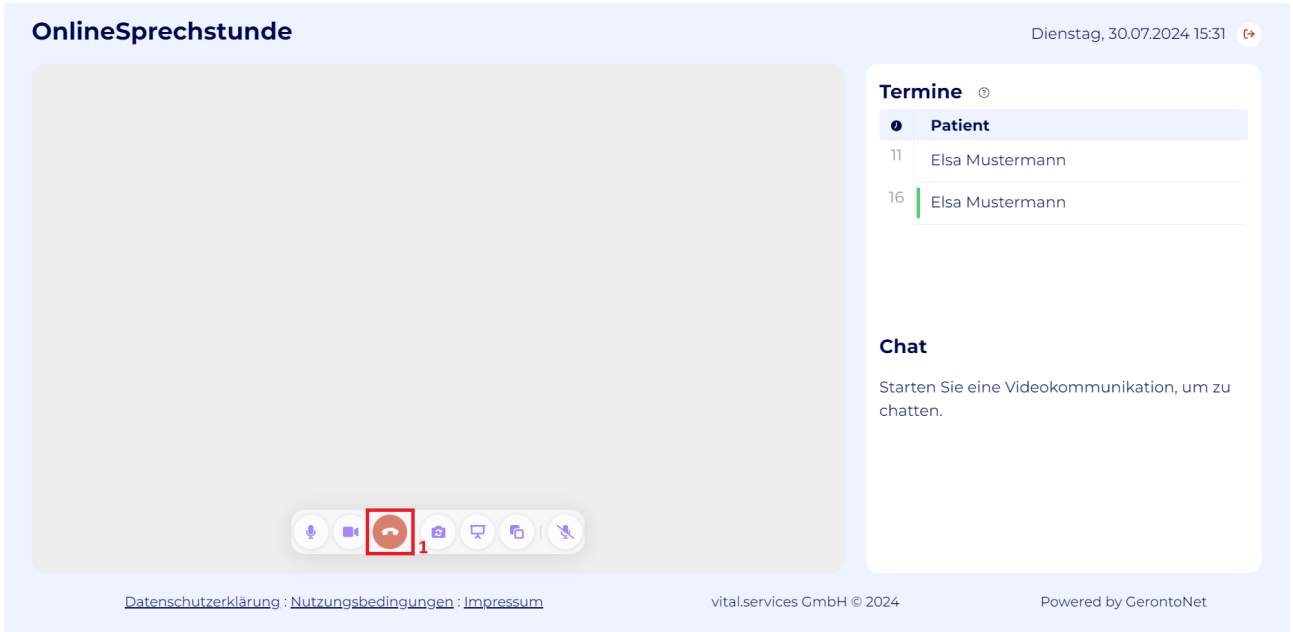
- es öffnet sich ein Informationsfenster mit dem Hinweis: “Sprechstunden beginnt in Kürze” und der Termin mit der laufenden Videokommunikation ist farblich hinterlegt sowie mit einem kleinen Lautsprechersymbol gekennzeichnet



1.5.4.2.2 Schritt 2: Beenden einer Videokommunikation

- Klicken Sie zum beenden einer Videokommunikation auf die rote Schaltfläche in Videobereich (1)
- die Videokommunikation ist beendet

> Bitte beachten Sie, dass Sie dann auch den Chat mit den Teilnehmenden nicht mehr nutzen können. Dieser gilt nur im Zusammenhang mit einer laufenden Videokommunikation.



1.5.5 Terminierte Videokommunikation starten

In diesem Artikel erfahren Sie, wie Sie eine termininerte Videokommunikation starten sowie welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen. Weitere Schritte und Details einer Videokonferenz erfahren Sie im Abschnitt “Weiter Schritte” bzw. “Verwandte Artikel” am Ende dieses Artikels. Bitte geben Sie zur weiteren Verbesserung.

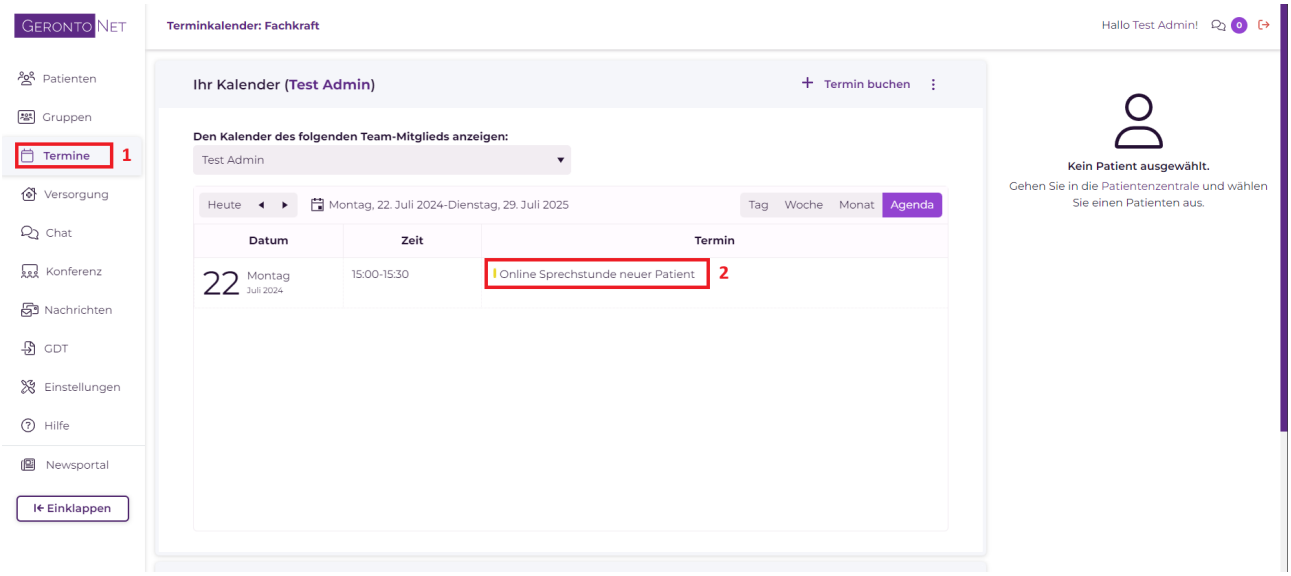
1.5.5.1 Voraussetzungen

- Sie sind auf der Plattform angemeldet
- Es wurde ein Termin erstellt

1.5.5.2 Schritt-für-Schritt-Anleitung

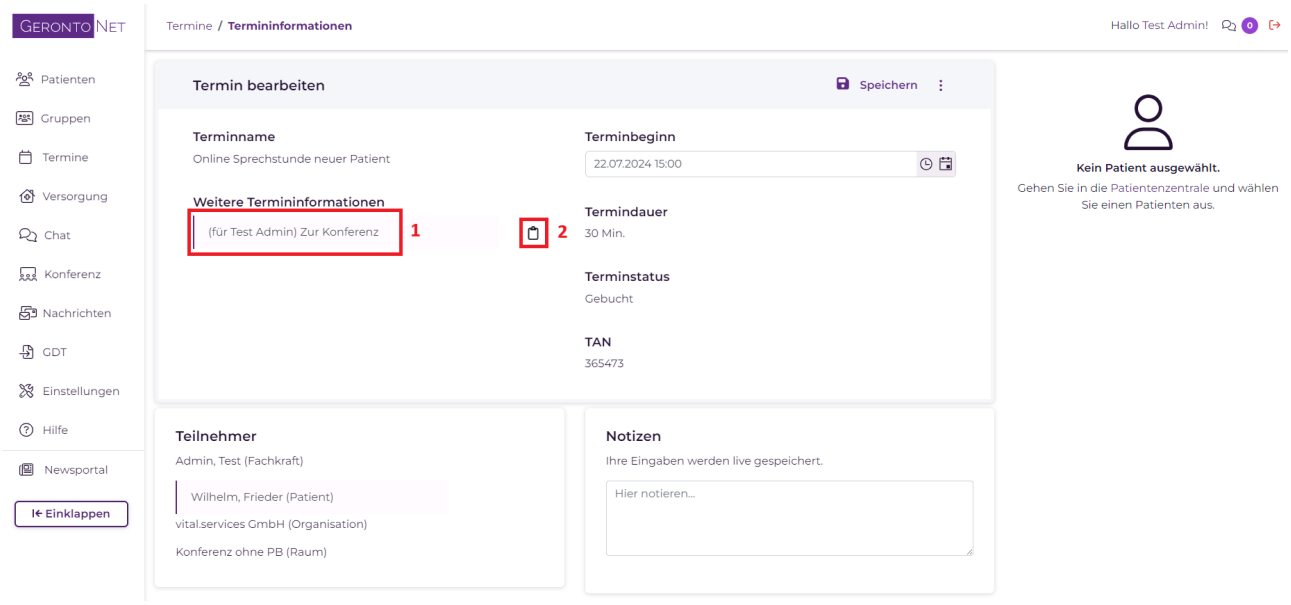
1.5.5.2.1 Schritt 1: Termin für Videokonferenz auswählen

- Um eine Videokonferenz zu starten, klicken Sie in der Navigationsleiste (links) auf die Schaltfläche “Termine” (1).
- Klicken anschließend den gewünschten Termin an (2).



1.5.5.2.2 Schritt 2: Videokonferenz öffnen

- Klicken Sie unter „Weitere Termininformationen” auf „(für Test Admin) Zur Konferenz” (1), damit sich die Videokonferenz in einem neuen Tab öffnet.
- Alternativ: Klicken Sie auf das Symbol rechts daneben (2), um den Link zur Videokonferenz zu kopieren, und fügen Sie ihn dann in einem neuen Tab oder Browserfenster ein. Sie können immer nur an einer Videokonferenz teilnehmen.



1.5.5.2.3 Schritt 3: Auf Videokonferenz-Plattform anmelden/einloggen

- melden Sie sich auf der Videokommunikationsplattform an, wie hier beschrieben

Strukturierte Informationen

Oberberg fairsorgt

Exportiert am 06/05/2021

9 PRO - ATL erheben

Als Fallmanager möchte ich während meines Hausbesuchs die Aktivitäten des täglichen Lebens in der Fallakte dokumentieren, um Versorgungsbedarfe zu identifizieren.

Fragebogeninformationen	
Fragebogen Name	Aktivitäten des täglichen Lebens
Kürzel	ATL
Beschreibung	Pflegeanamnese der Aktivitäten des täglichen Lebens nach Juchli
Benötigte Informationen vor Fragebogen	keine
Autor	
Lizenz (Verlag/ Lizenz-Art)	
Version	1.0
Medizinische Kategorie	Interview

Informationen zur Anforderung	
Zielveröffentlichung	Basis-System
Status	Entwurf
Autor der Anforderung	Florian Meißner
Freigaben	
User Story	Jessica Möltgen
Entwicklung	Florian Meißner
Qualitätssicherung	Florian Meißner
Release	Nathalie Wiegel

Literatur:

Liliane Juchli: Ganzheitliche Pflege - Vision oder Wirklichkeit. 3. Auflage. RECOM, Basel 1993, ISBN 3-315-00076-X

Edith Kellnhauser u.a. (Hrsg.), Begr. von Juliane Juchli: THIEMEs Pflege - Professionalität erleben. 10., völlig neu bearb. Auflage. Thieme, Stuttgart 2004, ISBN 3-13-500010-9 (1. Auflage unter Juchli L (1971): Allgemeine und spezielle Krankenpflege. Thieme, Stgt.)

9.1 Fragen und Antworten

Frage	Ergebnis
Team Oberberg fairsorgt Wir haben die aktualisierte Version bereitgestellt, könnten Sie diese bitte prüfen. Die Frage zur Kategorie "Atmen" im Word-Dokument haben wir nicht umgesetzt, da diese Information bereits mit Frage 44 aufgenommen wird und keine Verkürzung erzielt wird.	Wir haben etwas an der Grammatik verändert und uns unter anderem bei dem Begriff *selbständig* für eine Schreibweise entschieden. Im Teilbereich schlafen haben wir die Begrifflichkeiten ausgetauscht, das die Frage nach wirklichen Problemen uns sinnhafter erschien. Die Bearbeitung ist noch nicht komplett abgeschlossen. **Wir haben das bei dem Bereich *Atmung* so verstanden, dass eine vorherige Frage nicht notwendig ist, weil es nur diesen einen Baustein für Atmung gibt. Wird die Frage dennoch im Kurzanamnesebogen erhoben oder geschieht das nur bei den gelb hinterlegten Bausteinen? Unser Wunsch wäre es, dass die Atmung im Kurzanamnesebogen erhoben wird.** **Sind die Bereich 46 -51 bei *Sich sicher fühlen und verhalten* überspringbar, weil sie keine Verknüpfung haben?** **Wenn die vorhandenen Fragen beantwortet werden, sind wir sehr zufrieden mit der Umsetzung der ATL´s. Vielen Dank 🙂 Die Begutachtung ist abgeschlossen**
Florian MeißnerBesteht die Möglichkeit, dass im Teilbereich Sich bewegen, die Beweglichkeit der unteren Extremitäten ergänzen wird?	Ist als Frage 10 Aufgenommen
Florian Meißner Besteht die Möglichkeit, dass der Anbieter des Hausnotrufs als Freitext in die ATL´s einzutragen ist (oder an einer anderen Stelle der Plattform?	

Frage	Ergebnis
Team Oberberg fairsorgt Folgender Empfehlung zu den letzten Fragen (Freitext-Antworten): Was ist das Wichtigste für Sie bzgl. Lebensqualität? Wo sehen Sie ihr größtes Problemfeld? Was möchten Sie unbedingt für Sich ermöglichen? Aus meiner Sicht sind die Aspekte eher zur Bestimmung des Therapiezieles gedacht und nicht im Sinner einer Kurzanamnese zu sehen. Daher sollten wir diese Fragen aus dem ATL-Fragebogen herausnehmen und als Informationen zum Therapieplan (Ziele/ Goals) hinterlegen. Der Freitext ist dann als Narrativ zum Therapieplan hinterlegbar. Im ersten Schritt können wir mit einem Fragebogen zu den individuellen Therapiezielen starten und im Projektverlauf besser zur Operationalisierung der Versorgungsplanung nutzen.	Wir empfinden Ihren Vorschlag als passend und möchten gerne das es so umgesetzt wird. Wir können uns noch nicht konkret vorstellen wie eine Anpassung in Zukunft aussehen wird, aber das wird sich im Verlauf bestimmt klären.
Florian Meißner In welchem Rahmen erfolgt die Wunddokumentation? Gibt es da schon etwas passendes auf der Plattform?	

9.2 Informationsmodell

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
1	Wach sein und schlafen	1	Haben Sie einen gesunden Schlaf und Schlafrhythmus?	Choice	nein						
				ja (weiter mit Frage 3)							
				nein (weiter mit Frage 2)				b134			
2	Wach sein und schlafen	2	Schlafgewohnheiten	Multiple-Choice	nein						nein
				Einschlafprobleme				b1341			
				Durchschlafprobleme				b1342			
				Tag-, Nachtumkehr				b1349			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
3	Sich bewegen	1	Können Sie sich selbständig bewegen?	Choice	nein		0-3				nein
				ja (weiter mit Frage 12)		0		d410.0			
				nein (weiter mit Frage 4)				b710			
4	Sich bewegen	2	Bewegen im Bett	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d429.3			
				Teilweise unselbständig		2		d429.2			
				Bedingt selbständig		1		d429.1			
				Selbständig		0		d429.0			
5	Sich bewegen	3	Aufstehen/ Hinlegen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d4100.3			
				Teilweise unselbständig		2		d4100.2			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Bedingt selbständig		1		d4100.1			
				Selbständig		0		d4100.0			
6	Sich bewegen	4	Freies Sitzen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d4153.3			
				Teilweise unselbständig		2		d4153.2			
				Bedingt selbständig		1		d4153.1			
				Selbständig		0		d4153.0			
7	Sich bewegen	5	Stehen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d4154.3			
				Teilweise unselbständig		2		d4154.2			
				Bedingt selbständig		1		d4154.1			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Selbständig		0		d4154.0			
8	Sich bewegen	6	Gehen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d450.3			
				Teilweise unselbständig		2		d450.2			
				Bedingt selbständig		1		d450.1			
				Selbständig		0		d450.0			
9	Sich bewegen	7	Mobilität der oberen Extremitäten	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		s730.3			
				Teilweise unselbständig		2		s730.2			
				Bedingt selbständig		1		s730.1			
				Selbständig		0		s730.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
10	Sich bewegen	8	Mobilität der unteren Extremitäten	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		s750.3			
				Teilweise unselbständig		2		s750.2			
				Bedingt selbständig		1		s750.1			
				Selbständig		0		s750.0			
11	Sich bewegen	9	Transfer	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d465.3			
				Teilweise unselbständig		2		d465.2			
				Bedingt selbständig		1		d465.1			
				Selbständig		0		d465.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
12	Sich bewegen	10	Kommen Sie ohne Hilfsmittel zurecht?	Choice	nein		0-3				nein
				ja (weiter mit Frage 15)				d450.0			
				nein (weiter mit Frage 13)				e120			
13	Sich bewegen	11	Gebrauch von Gehilfen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d465.3			
				Teilweise unselbständig		2		d465.2			
				Bedingt selbständig		1		d465.1			
				Selbständig		0		d465.0			
14	Sich bewegen	12	Umgang mit dem Rollstuhl	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d465.3			
				Teilweise unselbständig		2		d465.2			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Bedingt selbständig		1		d465.1			
				Selbständig		0		d465.0			
15	Sich waschen und kleiden	1	Können Sie sich selbständig waschen und kleiden?	Choice	nein		0-3				nein
				ja (weiter mit Frage 28)				d5.0			
				nein (weiter mit Frage 16)				d510.4			
16	Sich waschen und kleiden	2	Baden/Duschen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5101.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5101.2			
				Bedingt selbständig		1		d5101.1			
				Selbständig		0		d5101.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
17	Sich waschen und kleiden	3	Waschen am Waschbecken	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5100.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5100.2			
				Bedingt selbständig		1		d5100.1			
				Selbständig		0		d5100.0			
18	Sich waschen und kleiden	4	Intimpflege n. Ausscheidung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d530.3			
				Teilweise unselbständig		2		d530.2			
				Bedingt selbständig		1		d530.1			
				Selbständig		0		d530.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
19	Sich waschen und kleiden	5	Waschen im Bett	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5108.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5108.2			
				Bedingt selbständig		1		d5108.1			
				Selbständig		0		d5108.0			
20	Sich waschen und kleiden	6	Mund-, Zahn-, Prothesenpflege	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5201.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5201.2			
				Bedingt selbständig		1		d5201.1			
				Selbständig		0		d5201.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
21	Sich waschen und kleiden	7	Hautpflege	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5200.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5200.2			
				Bedingt selbständig		1		d5200.1			
				Selbständig		0		d5200.0			
22	Sich waschen und kleiden	8	Rasieren nass	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5202.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5202.2			
				Bedingt selbständig		1		d5202.1			
				Selbständig		0		d5202.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
23	Sich waschen und kleiden	9	Rasieren trocken	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5202.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5202.2			
				Bedingt selbständig		1		d5202.1			
				Selbständig		0		d5202.0			
24	Sich waschen und kleiden	10	Nagel-, Fußpflege	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5204.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5204.2			
				Bedingt selbständig		1		d5204.1			
				Selbständig		0		d5204.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
25	Sich waschen und kleiden	11	Haarpflege	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5202.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5202.2			
				Bedingt selbständig		1		d5202.1			
				Selbständig		0		d5202.0			
26	Sich waschen und kleiden	12	An-, Auskleiden	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5400.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5400.2			
				Bedingt selbständig		1		d5400.1			
				Selbständig		0		d5400.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
27	Sich waschen und kleiden	13	Auswahl von Kleidung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5404.3			
				Teilweise unselbständig		2		d5404.2			
				Bedingt selbständig		1		d5404.1			
				Selbständig		0		d5404.0			
28	Sich waschen und kleiden	14	Hautzustand	Multiple-Choice	nein		0-4				nein
				normal		0		b810			
				feucht		1		b830			
				trocken		1		d5200			
				schuppig		1		b830			
				Ekzeme		2		b820			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
29	Essen und Trinken	1	Essen und Trinken Sie regelmäßig und selbständig?	Choice	nein						nein
				ja (weiter mit Frage 33)		0					
				nein (weiter mit Frage 30)				d570			
30	Essen und Trinken	2	Essen zubereiten	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d630.3			
				Teilweise unselbständig		2		d630.2			
				Bedingt selbständig		1		d630.1			
				Selbständig		0		d630.0			
31	Essen und Trinken	3	Essen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d550.3			
				Teilweise unselbständig		2		d550.2			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Bedingt selbständig		1		d550.1			
				Selbständig		0		d550.0			
32	Essen und Trinken	4	Trinken	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d560.3			
				Teilweise unselbständig		2		d560.2			
				Bedingt selbständig		1		d560.1			
				Selbständig		0		d560.0			
33	Essen und Trinken	5	Ernährungszustand	Multiple-Choice	nein		0-2				nein
				Normal		0		d5701			
				Adipös		1		d5701			
				Kachektisch		1		d5701			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Exsikkiert		1		d5701			
34	Essen und Trinken	6	Trinkmenge	Choice	nein		0-2				nein
				normal		0		d5702.0			
				wenig		1		d5702.1			
				braucht Anregung		2		d5702.2			
35	Essen und Trinken	7	Darreichungsform	Choice	nein						nein
				normal				b510			
				gabelweich				b510			
				Fleisch passiert				b510			
				alles passiert				b510			
				bissfest				b510			
				flüssig				b510			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
36	Ausscheiden	1	Können Sie selbständig und ohne Hilfsmittel die Toilette benutzen?	Choice	nein						nein
				ja (weiter mit Frage 44)		0					
				nein (weiter mit Frage 37)				d530			
37	Ausscheiden	2	Benutzung der Toilette	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d530.3			
				Teilweise unselbständig		2		d530.2			
				Bedingt selbständig		1		d530.1			
				Selbständig		0		d530.0			
38	Ausscheiden	3	Benutzung des Toilettenstuhls	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d530.4			
				Teilweise unselbständig		2		d530.3			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Bedingt selbständig		1		d530.2			
				Selbständig		0		d530.1			
39	Ausscheiden	4	Benutzung der Urinflasche/ Steckbecken	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d5308.4			
				Teilweise unselbständig		2		5308.3			
				Bedingt selbständig		1		d5308.2			
				Selbständig		0		d5308.1			
40	Ausscheiden	5	Inkont. Hilfsmittel Benutzung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		e115.3			
				Teilweise unselbständig		2		e115.2			
				Bedingt selbständig		1		e115.1			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Selbständig		0		e115.0			
41	Ausscheidung	6	Stuhlgang	Multiple-Choice	nein		0-5				nein
				normal		0		b525			
				regelmäßig		0		b5252			
				unregelmäßig		1		b5252			
				neigt zu Durchfall		2		b5251			
				neigt zu Verstopfung		2		b5251			
42	Ausscheidung	7	Stuhlinkontinenz	Choice	nein		0-2				nein
				nein		0		d5301.0			
				gelegentlich		1		b5253			
				immer		2		b5253			
43	Ausscheidung	8	Harninkontinenz	Choice	nein		0-2				nein

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				nein		0		d5300.0			
				gelegentlich		1		b6202			
				immer		2		b6202			
44	Körpertemperatur regulieren	1	Wärme/ Kälteempfinden	Choice	nein		0-1				nein
				normal		0		d570			
				friert schnell		1		d5700			
				schwitzt stark		1		d5700 b270			
45	Atmen	1	Atmung	Mulitple-Choice	nein		0-5				nein
				normal		0		b440.0			
				eingeschränkt		1		b440.1			
				Auswurf		1		s4301			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Zyanose		1		b455 s430			
				Asthma		1		b445			
				Atemnot bei Anstrengung		1		b440.2			
46	Sich sicher fühlen und verhalten	1	Selbstgefährdung	Choice	nein		0-2				nein
				ja		0		b147.4			
				nein		2		b147.0			
				zeitweise		1		b147 d240			
47	Sich sicher fühlen und verhalten	2	Fremdgefährdung	Choice	nein		0-2				nein
				ja		0		b114.4			
				nein		2		b114.0			
				zeitweise		1		b160			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
48	Sich sicher fühlen und verhalten	3	Verantwortungsvoller Umgang mit Gas	Choice	nein		0-2				nein
				ja		0					
				nein		2		e530.4			
				zeitweise		1		e530+2			
49	Sich sicher fühlen und verhalten	4	Verantwortungsvoller Umgang mit Strom	Choice	nein		0-2				nein
				ja		0					
				nein		2		e530.4			
				zeitweise		1		e530+2			
50	Sich sicher fühlen und verhalten	5	Verantwortungsvoller Umgang mit Wasser	Choice	nein		0-2				nein
				ja		0					
				nein		2		e530.4			
				zeitweise		1		e530+2			
51	Sich sicher fühlen und verhalten	6	Verantwortungsvoller Umgang mit Feuer	Choice	nein		0-2				nein
				ja		0					

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				nein		2		e530.4			
				zeitweise		1		e530+2			
52	Sich sicher fühlen und verhalten	7	Hausnotruf	Choice	nein						nein
				ja		0		ICHA.HCR. 1.5.1			
				nein		1		e535			
53	Sich sicher fühlen und verhalten	8	Selbstschützende Maßnahmen	Choice	nein		0-2				nein
				ja		0		d570.0			
				nein		2		d570.4			
				zeitweise		1		d570.2			
54	Sich sicher fühlen und verhalten	9	Medikamente stellen	Choice	nein		0-1				nein
				selbständig		0		d210.0			
				unselbständig		1		d210.4			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
55	Sich sicher fühlen und verhalten	10	Medikamente einnehmen	Choice	nein		0-3				nein
				unselbständig		3		d230.3			
				teilweise unselbständig		2		d230.2			
				bedingt selbständig		1		d230.1			
				selbständig		0		d230.0			
~~56~~	~~Raum und Zeit gestalten~~	~~1~~	~~Können Sie sich gut alleine beschäftigen?~~	~~Choice~~	~~nein~~		~~0-3~~				~~nein~~
				~~ja (weiter mit Frage 62)~~		~~0~~		~~d699.0~~			
				~~nein (weiter mit Frage 57)~~		~~0~~					
57	Raum und Zeit gestalten	~~2~~ 1	Fähigkeiten sich zu beschäftigen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		d699.3			
				Teilweise unselbständig		2		d699.2			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Bedingt selbständig		1		d699.1			
				Selbständig		0		d699.0			
58	Raum und Zeit gestalten	32	Mit Medien	Choice	ja		0-3				nein
				Unselbständig		3		d360.4			
				Teilweise unselbständig		2		d360.2			
				Bedingt selbständig		1		d360.1			
				Selbständig		0		d360.0			
59	Raum und Zeit gestalten	43	Spiele	Choice	ja		0-3				nein
				Unselbständig		3		d9200.3			
				Teilweise unselbständig		2		d9200.2			
				Bedingt selbständig		1		d9200.1			
				Selbständig		0		d9200.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
60	Raum und Zeit gestalten	54	Teilnahme an Veranstaltungen	Choice	ja		0-3				nein
				Unselbständig		3		d9205.3			
				Teilweise unselbständig		2		d9205.2			
				Bedingt selbständig		1		d9205.1			
				Selbständig		0		d9205.0			
61	Raum und Zeit gestalten	65	Aktivitäten	Multiple-Choice	ja						nein
				Kochen/ Mahlzeiten zubereiten				d6300			
				Handarbeit				d440 d9203			
				Fernsehen				d920			
				Radio				d920			
				Zeitung				d920			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Computer/ Internet				d360			
				Sonstiges				d920			
				Keine							
				Möglichkeit zur sinnvollen Beschäftigung bei Bettlägerigkeit							
62	Kommunizieren	1	Können Sie selbständig und ohne Hilfsmittel kommunizieren?	Choice	nein						nein
				ja (weiter mit Frage 74)		0		b167.0			
				nein (weiter mit Frage 63)				b167.4			
63	Kommunizieren	2	Hören	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b230.3			
				Teilweise unselbständig		2		b230.2			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Bedingt selbständig		1		b230.1			
				Selbständig		0		b230.0 d115			
64	Kommunizieren	3	Sehen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b210.3			
				Teilweise unselbständig		2		b210.2			
				Bedingt selbständig		1		b210.1			
				Selbständig		0		b210.0 d110			
65	Kommunizieren	4	Sprechen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b310.3			
				Teilweise unselbständig		2		b310.2			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Bedingt selbständig		1		b310.1			
				Selbständig		0		b310.0 d330			
66	Kommunizieren	5	Wahrnehmung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b156.3			
				Teilweise unselbständig		2		b156.2			
				Bedingt selbständig		1		b156.1			
				Selbständig		0		b156.0 d120			
67	Kommunizieren	6	Zeitl. Orientierung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b1140.3			
				Teilweise unselbständig		2		b1140.2			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Bedingt selbständig		1		b1140.1			
				Selbständig		0		b1140.0			
68	Kommunizieren	7	Örtl. Orientierung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b1141.3			
				Teilweise unselbständig		2		b1141.2			
				Bedingt selbständig		1		b1141.1			
				Selbständig		0		b1141.0			
69	Kommunizieren	8	Situative Orientierung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b1148.3			
				Teilweise unselbständig		2		b1148.2			
				Bedingt selbständig		1		b1148.1			
				Selbständig		0		b1148.0			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
70	Kommunizieren	9	Persönl. Orientierung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b1142.3			
				Teilweise unselbständig		2		b1142.2			
				Bedingt selbständig		1		b1142.1			
				Selbständig		0		b1142.0			
71	Kommunizieren	10	Konzentration	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b140.3			
				Teilweise unselbständig		2		b140.2			
				Bedingt selbständig		1		b140.1			
				Selbständig		0		b140.0			
72	Kommunizieren	11	Erinnerung	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		3		b144.3			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Teilweise unselbständig		2		b144.2			
				Bedingt selbständig		1		b144.1			
				Selbständig		0		b144.0			
73	Kommunizieren	12	Bewusstsein/ Gedächtnis	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		0		d163.3			
				Teilweise unselbständig		1		d163.2			
				Bedingt selbständig		2		d163.1			
				Selbständig		3		d163.0			
74	Kind, Frau, Mann sein	1	Verhält sich geschlechtsbezogen	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		0		d710.3			
				Teilweise unselbständig		1		d710.2			
				Bedingt selbständig		2		d710.1			

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				Selbständig		3		d710.0			
75	Kind, Frau, Mann sein	2	Kann Schamgefühl ausdrücken	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		0		d7104.3			
				Teilweise unselbständig		1		d7104.2			
				Bedingt selbständig		2		d7104.1			
				Selbständig		3		d7104.0			
76	Kind, Frau, Mann sein	3	Wahrt die Intimität	Choice	nein		0-3				nein
				Unselbständig		0		d720.3			
				Teilweise unselbständig		1		d720.2			
				Bedingt selbständig		2		d720.1			
				Selbständig		3		d720.0			
~~77~~	~~Kind, Frau, Mann sein~~	~~4~~	~~Pflegemaßnahmen erwünscht~~	~~Choice~~	~~nein~~		~~0-2~~				~~nein~~

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
				~~weibliche Pflegekraft~~							
				~~männliche Pflegekraft~~							
				~~kein geschlechtsspezif. Wunsch~~							
~~78~~	~~Kind, Frau, Mann sein~~	~~5~~	~~Intimpflege gewünscht durch~~	~~Choice~~	~~nein~~						~~nein~~
				~~weibliche Pflegekraft~~							
				~~männliche Pflegekraft~~							
				~~kein geschlechtsspezif. Wunsch~~							
79	Sinn finden	1	Seelsorger erwünscht	Choice	nein			d930			nein
				ja							
				nein							

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
~~80~~	~~Fazit~~	~~1~~	1. ~~Was ist das Wichtigste für Sie bzgl. Lebensqualität?~~ 2. ~~Wo sehen Sie ihr größtes Problemfeld?~~ 3. ~~Was möchten Sie unbedingt für Sich ermöglichen?~~	~~Freitext (Anmerkung: ein Freitext für alle Fragen, bis zu 85 Wörter maximal)~~							

Nr.	Kategorie	Nr. in Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
	Kategorien		Sich bewegen Sich waschen und kleiden Essen und Trinken Ausscheiden Sich sicher fühlen und verhalten Raum und Zeit gestallten Kommunizieren Kind, Frau, Mann sein	bitte Summenwerte zu den Kategorien bilden.							

9.3 Akzeptanzkriterien

1

Datei	Geändert
Fragenkatalog für die Anamnese (kurz) gemeinsam.docx	01. Feb, 2021 by Florian Meißner
Fragekatalog für die Kurzanamnese (Version 2).docx	03. Feb, 2021 by Florian Meißner

10 PRO - Barthel–Index erheben

Als Professional möchte ich den Barthel-Index erheben, um die Fähigkeit des Patienten zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag zu bewerten.

Fragebogeninformationen	
Fragebogen Name	Barthel-Index
Kürzel	Barthel-Index
Beschreibung	Instrument zur Messung der Fähigkeit zur körperlichen Selbstversorgung im Alltag.
Benötigte Informationen vor Fragebogen	keine
Autor	Mahoney FI, Barthel DW
Lizenz (Verlag/ Lizenz-Art)	Creative Commons BY-NC 3.0
Version	1.0
Medizinische Kategorie	Fremdeinschätzung

Informationen zur Anforderung	
Zielveröffentlichung	Basis-System
Status	Fertig
Autor der Anforderung	Florian Meißner
Freigaben	
User Story	Achim Viktor
Entwicklung	Florian Meißner
Qualitätssicherung	Florian Meißner
Release	Nathalie Wiegel

Literatur:

Erstveröffentlichung - Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation. The Barthel Index. MD State Med J 1965;14: 61-65.

Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index[16] und Lübke N, Meinck M, von Renteln-Kruse W. Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. Z Gerontol Geriatr 2004;37:316-326

Weitere Informationen

1. https://medical-data-models.org/27620
2. https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/Bereich_-_Selbstversorgung.aspx
3. Originalpaper Barthel-Index

10.1 Fragen und Antworten

Frage	Ergebnis
Unter 6. muss es im letzten Feld zu beginn heißen: Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz...	

16 http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/systematik/hamburger_manual.pdf

10.2 Informationsmodell

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Codierung (Standard: ICF)	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
1	Essen	Essen	Choice	nein		0-10		barthel_1	Barthel, Essen	nein
			Kein selbständiges Einnehmen und keine MS (Magensonde)/ PEG-Ernährung (perkutane endoskopische Gastrostomie)		0		d550.4			
			Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung		5		d550.3			
			Komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung /-Versorgung		10		d550.0			
2	Baden / Duschen	Baden / Duschen	Choice			0-5		barthel_2	Bartel, Baden	nein
			Erfüllt Bedingungen nicht		0		d5101.4			

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Codierung (Standard: ICF)	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			Selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/ Ausstieg, sich reinigen oder abtrocknen		5		d5101.8			
3	Sich waschen	Sich waschen	Choice	nein		0-5		barthel_3	Barthel, Waschen	nein
			Erfüllt Bedingungen nicht		0		d520.4			
			Vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren		5		d520.0			
4	An- und Auskleiden	An- und Auskleiden	Choice	nein		0-10		barthel_4	Barthel, Ankleiden	nein
			Erfüllt Bedingungen nicht		0		d540.4			
			Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus		5		d540.3			
			Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus (10)		10		d540.1			

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Codierung (Standard: ICF)	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
5	Stuhlinkontinenz	Stuhlinkontinenz	Choice	nein		0-10		barthel_5	Barthel, Stuhlkontinenz	nein
			Ist durchschnittlich mehr als 1x pro Woche stuhlinkontinent		0		d5301.3			
			Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x pro Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung (5)		5		d5301.2			
			Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung (10)		10		d5301.0			
6	Harninkontinenz	Harninkontinenz	Choice	nein		0-10		barthel_6	Barthel, Harnkontinenz	nein
			Ist durchschnittlich mehr als 1x pro Tag harninkontinent		0		d5300.3			
			Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems		5		d5300.2			

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Codierung (Standard: ICF)	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harnkontinenz oder versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)		10		d5300.0			
7	Toilettenbenutzung	Toilettenbenutzung	Choice	nein		0-10		barthel_7	Barthel, Toilettenbenutzung	nein
			Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl		0		d5309.4			
			Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung		5		d5309.3			
			Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung		10		d5309.0			
8	Aufsetzen und Umsetzen	Aufsetzen und Umsetzen	Choice	nein		0-15		barthel_8	Barthel, Aufsetzen und Umsetzen	nein
			Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert		0		d429.4			

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Codierung (Standard: ICF)	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)		5		d429.3			
			Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)		10		d429.1			
			Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück		15		d429.0			
9	Aufstehen und Gehen	Aufstehen und Gehen	Choice	nein		0-15		barthel_9	Barthel, Aufstehen und Gehen	nein
			Erfüllt Bedingungen nicht		0		d469.4			
			mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen. *alternativ*: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl		5		d469.3			

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Codierung (Standard: ICF)	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen		10		d469.2			
			Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken / Gehstützen) gehen		15		d469.1			
10	Treppensteigen	Treppensteigen	Choice	nein		0-10		barthel_10	Barthel, Treppensteigen	nein
			Erfüllt Bedingungen nicht		0		d4508.4			
			Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter		5		d4508.2			
			Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen		10		d4508.0			

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Codierung (Standard: ICF)	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
11		Bewertung als Summenscore 0 - 30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig 35-80 Punkte: hilfsbedürftig 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig 96-100 Punkte: Zustand kompletter Selbständigkeit	Sumscore			0-100	*ICD-10-GM-2021:* 96-100 Punkte U50.0- Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung 80-95 Punkte U50.1- Leichte motorische Funktionseinschränkung 60-75 Punkte U50.2- Mittlere motorische Funktionseinschränkung 40-55 Punkte U50.3- Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung	barthel_sum	Barthel, Summenscore	nein

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Codierung (Standard: ICF)	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
							20-35 Punkte U50.4- Schwere motorische Funktionseinschränkung 0-15 Punkte U50.5- Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung			

10.3 Akzeptanzkriterien

1. Der Fragebogen kann Schritt für Schritt durchgeführt werden.
2. Der Fragebogen kann im Interview-Stil auf einer Seite durchgeführt werden.
3. Bei Beantwortung mit jeweils der niedrigsten Bewertung ergibt der Summenscore 0 Punkte = "weitgehend pflegeabhängig"
4. Bei Beantwortung 1=5, 2 = 5, 3 = 5, 4 =5, 6 = 5, 7 = 5, 8 =5, 9 = 5, 10 = 5 beträgt der Summenscore 45 = "hilfsbedürftig"
5. Bei Beantwortung 1=10, 2 = 5, 3 = 5, 4 =10, 6 = 10, 7 = 10, 8 = 15, 9 = 15, 10 = 5 beträgt der Summenscore 85 = "punktuell hilfsbedürftig"
6. Bei Beantwortung mit jeweils der höchsten Bewertung ergibt der Summenscore 100 Punkte = "Zustand kompletter Selbständigkeit"

11 PRO - ISAR Fragebogen durchführen

Als Professional möchte ich den ISAR-Fragebogen durchführen, um Gesundheitsrisiken des Patienten zu bewerten.

Informationen zur Anforderung	
Zielveröffentlichung	Basis-System
Status	Entwurf
Autor der Anforderung	Florian Meißner
Freigaben	
User Story	Jessica Möltgen
Entwicklung	Florian Meißner
Qualitätssicherung	Florian Meißner
Release	Nathalie Wiegel

Fragebogeninformationen	
Fragebogen Name	Identification of Seniors at Risk
Kürzel	ISAR
Beschreibung	Screeninginstrument zur Identifizierung älterer Risikopatienten
Benötigte Informationen vor Fragebogen	keine
Autor	Thiem U, Greuel HW, Reingräber A, Koch-Gwinner P, Püllen R, Heppner HJ, Pfisterer M.
Lizenz (Verlag/ Lizenz-Art)	Creative Commons BY-NC 3.0
Version	1.0
Medizinische Kategorie	Interview

Literatur:

Emergency Screening „Identification of Seniors at Risk“ (ISAR) Sources: Thiem U, Greuel HW, Reingräber A, Koch-Gwinner P, Püllen R, Heppner HJ, Pfisterer M. [Consensus for the identification of geriatric patients in the emergency care setting in Germany]. Z Gerontol Geriatr. 2012 Jun;45(4):310-4 PubMed PMID: 22622678

Weitere Informationen

1. https://medical-data-models.org/18254#model-info
2. https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/Geriatrische_Screenings.aspx

11.1 Fragen und Antworten

Frage	Ergebnis
Die Leistungsbeschreibung spezifiziert, dass der ISAR-Fragebogen um Fragen nach den Aspekten Erschöpfung und unfreiwilligem Gewichtsverlust erweitert werden soll. Können Sie bitte die gewünschten Fragen in der unten aufgeführten Tabelle ergänzen.	Als Instrument der Erschöpfung kann verwendet werden: https://www.wasog.org/dynamic/media/78/documents/Questionairres/FAS_Germany_PDF.pdf. Steht hier bereit: PRO - Fragebogen über Ermüdungserscheinungen durchführen(see page 108) Fragen zum Gewichtsverlust wären: 1. Haben Sie in letzter Zeit unfreiwillig Gewicht verloren? 2. Wenn ja: wie viel Gewicht haben Sie in welchem Zeitraum verloren? Vgl. Frage 7/ 8

11.2 Informationsmodell

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Werteberich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
1	Hilfebedarf	Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die "Klinik" geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	Choice ja/ nein	nein	ja=1 / nein =0	0-1	ja= d5.8 nein = d5.0	isar_1	ISAR, Hilfebedarf regelmäßig	nein
2	Hilfebedarf	Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	Choice ja/ nein	nein	ja=1 / nein =0	0-1	ja= d5.3 nein = d5.9	isar_2	ISAR, Hilfebedarf letzte 24h	nein
3	Hospitalisation	Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	Choice ja/ nein	nein	ja=1 / nein =0	0-1		isar_3	ISAR, Krankenhausaufenthalt	nein
4	Sensorische Einschränkung	Haben Sie unter normalen Umstanden erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	Choice ja/ nein	nein	ja=1 / nein =0	0-1	ja = b210.3 nein = b210.8	isar_4	ISAR, Sehen	nein
5	Kognitive Einschränkungen	Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	Choice ja/ nein	nein	ja=1 / nein =0	0-1	ja = b144.3 nein = b144.8	isar_5	ISAR, Gedächtnis	nein

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Werteberich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
6	Multimorbidität	Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	Choice ja/nein	nein	ja=1 / nein =0	0-1		isar_6	ISAR, Multimedikation	nein
7	Gewichtsverlust	Haben Sie in letzter Zeit unfreiwillig Gewicht verloren?	Choice ja/nein	nein						
8	Gewichtsverlust	Wenn ja: wie viel Gewicht haben Sie in welchem Zeitraum verloren?	Decimal	Bedingung: Frage 7 = ja	keine					
9		Bewertung als Summenscore 0-1 Punkte: unauffällig ≥2 Punkte: erhöhtes Risiko für Mortalität, Wiederaufnahme, stationäre Pflegbedürftigkeit oder zukünftige funktionelle Einschränkungen	Sumscore			0-6		isar_sum	ISAR, Summenscore	nein

11.3 Akzeptanzkriterien

1. Der Fragebogen kann Schritt für Schritt durchgeführt werden.

2. Der Fragebogen kann im Interview-Stil auf einer Seite durchgeführt werden.
3. Bei mehr als einer Antwort mit "ja" erfolgt die Bewertung "erhöhtes Risiko für Mortalität, Wiederaufnahme, stationäre Pflegbedürftigkeit oder zukünftige funktionelle Einschränkungen"

12 PRO - Uhr-Ergänzungs-Test durchführen

Als Professional möchte ich den Uhr-Ergänzungs-Test (CCT) durchführen, um die visuell-konstruktiven Fähigkeiten des Patienten zu überprüfen.

Informationen zur Anforderung	
Zielveröffentlichung	Basis-System
Status	Fertig
Autor der Anforderung	Florian Meißner
Freigaben	
User Story	Dr. Jessica Möltgen
Entwicklung	Florian Meißner
Qualitätssicherung	Florian Meißner
Release	Dr. Jessica Möltgen

Fragebogeninformationen	
Fragebogen Name	Uhr-Ergänzungs-Test
Kürzel	CCT
Beschreibung	Prüfung komplexer Handlungsplanung und visuell-konstruktiver Fähigkeiten. Einzeichnen der Ziffern 1 bis 12 in einen vorgegebenen Kreis, auf störungsfreies Setting achten.
Benötigte Informationen vor Fragebogen	keine
Autor	Watson YI, Arfken CL, Birge SJ.
Lizenz (Verlag/ Lizenz-Art)	keine
Version	1.0
Medizinische Kategorie	Dokumentation

Literatur:

Watson YI, Arfken CL, Birge SJ. Clock completion: an objective screening test for dementia. J Am Geriatr Soc. 1993;41:1235-1240

Weitere Informationen

1. https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/Bereich_-_Kognition.aspx

12.1 Fragen und Antworten

Frage	Ergebnis

12.2 Informationsmodell

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Werteberreich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
1	Kognition	Ist die Zahl "12" korrekt platziert?	Choice ja/ nein	nein	ja=2 nein =0	0-2				
2	Kognition	Sind genau 12 Zahlen vorhanden?	Choice ja/ nein	nein	ja=1 nein =0	0-1				

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
3	Kognition	Kann man zwei Zeiger unterscheiden?	Choice ja/ nein	nein	ja=2 nein =0	0-2				
4	Kognition	Entspricht die geschriebene Zeit der gezeichneten Zeit?	Choice ja/ nein	nein	ja=2 nein =0	0-2				
9	Kognition	Bewertung als Summenscore 6-7 Punkte = Auf Grund des Resultates ist noch keine weitere Abklärung angezeigt. Trotzdem kann auf Grund des klinischen Urteils eine eingehende Untersuchung indiziert sein. 0-5 Punkte = Eine eingehende Untersuchung ist angezeigt.	Sumscore			0-7	00-05 = b167.3	cct_sum	CCT, Summenscore	nein

12.3 Akzeptanzkriterien

1. Der Fragebogen kann Schritt für Schritt durchgeführt werden.
2. Der Fragebogen kann im Interview-Stil auf einer Seite durchgeführt werden.
3. Bei bis auf Frage 1 nicht korrekter Aufgabenerfüllung erfolgt die Bewertung "Eine eingehende Untersuchung ist angezeigt."

13 PRO - Mini–Mental–Status–Test durchführen

Als Professional möchte ich den Mini–Mental–Status–Test durchführen, um kognitive Defizite des Patienten zu identifizieren.

Informationen zur Anforderung	
Zielveröffentlichung	Basis-System
Status	Fertig
Autor der Anforderung	Florian Meißner
Freigaben	
User Story	Jessica Möltgen
Entwicklung	Florian Meißner
Qualitätssicherung	Florian Meißner
Release	Nathalie Wiegel

Fragebogeninformationen	
Fragebogen Name	Mini-Mental Status Test
Kürzel	MMST
Beschreibung	Prüfung komplexer Handlungsplanung und visuell-konstruktiver Fähigkeiten
Benötigte Informationen vor Fragebogen	Blatt Papier und Stift notwendig
Autor	Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR
Lizenz (Verlag/ Lizenz-Art)	Beltz Test GmbH
Version	3.1.0
Medizinische Kategorie	Interview

Literatur:

Watson YI, Arfken CL, Birge SJ. Clock completion: an objective screening test for dementia. J Am Geriatr Soc. 1993;41:1235-1240

Weitere Informationen

1. https://medical-data-models.org/23109#model-info
2. https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/Bereich_-_Kognition.aspx

13.1 Fragen und Antworten

Frage	Ergebnis
☐ Dr. Jessica MöltgenDer Mini–Mental–Status–Test ist in Deutschland lizenzrechtlich geschützt. Vor dem Einsatz ist daher die Lizenzierung[17] zu klären.	Bitte kurz klären wie hoch Lizenz ist und dann beschaffen.
☑ Achim ViktorBitte prüfen	Wir sollten einen lizenzierten Fragebogen käuflich erwerben.

17 https://www.testzentrale.de/shop/mini-mental-status-test.html?taxmode=incl

13.2 Informationsmodell

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
1	Zeitliche Orientierung	Zuerst nach dem Datum fragen, dann gezielt nach den noch fehlenden Punkten (z. B. "Können Sie mir auch sagen, welche Jahreszeit jetzt ist?").	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
2	Zeitliche Orientierung	Welche Jahreszeit ist jetzt?	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
3	Zeitliche Orientierung	Welches Jahr haben wir?	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
4	Zeitliche Orientierung	Welchen Wochentag haben wir heute?	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
5	Zeitliche Orientierung	Welchen Monat haben wir heute?	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
6	Örtliche Orientierung	In welchem Bundesland sind wir?	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
7	Örtliche Orientierung	In welchem Landkreis/ Stadt?	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
8	Örtliche Orientierung	In welcher Stadt/ Stadtteil ?	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
9	Örtliche Orientierung	Wo sind wir (in welcher Praxis, Altenheim)	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
10	Örtliche Orientierung	Auf welchem Stockwerk?	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
11	Merkfähigkeit	Der Untersuchte muss zuerst gefragt werden, ob er mit einem kleinen Gedächtnistest einverstanden ist. Er wird darauf hingewiesen, dass er sich 3 Begriffe merken soll. Die Begriffe langsam und deutlich - im Abstand von jeweils circa 1 Sekunde - nennen. Direkt danach die 3 Begriffe wiederholen lassen, der erste Versuch bestimmt die Punktzahl. Gegebenenfalls wiederholen, bis der Untersuchte alle 3 Begriffe gelernt hat. Die Anzahl der notwendigen Versuche zählen und notieren (maximal 6 Versuche zulässig). Wenn nicht alle 3 Begriffe gelernt wurden, kann der Gedächtnistest nicht durchgeführt werden.	Choice Apfel, Pfennig, Tisch	nein	Apfel=1 Pfennig=1 Tisch=1	0-3				

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
12	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	Beginnend bei 100 muss fünfmal jeweils 7 subtrahiert werden. Jeden einzelnen Rechenschritt unabhängig vom vorangehenden beurteilen, damit ein Fehler nicht mehrfach gewertet wird. Alternativ (z. B. wenn der Untersuchte nicht rechnen kann oder will) kann in Ausnahmefällen das Wort "STUHL" rückwärts buchstabiert werden. Das Wort sollte zunächst vorwärts buchstabiert und wenn nötig korrigiert werden. Die Punktzahl ergibt sich dann aus der Anzahl der Buchstaben, die in der richtigen Reihenfolge genannt werden (z. B. "LHTUS" = 3 Punkte).	Choice Rechnen, Buchstabieren	nein						

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
13	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< 93 >	Choice richtig/falsch	Bedingung Frage 12 = Rechnen	richtig=1 falsch=0					
14	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< 86 >	Choice richtig/falsch	Bedingung Frage 13 = richtig	richtig=1 falsch=0					
15	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< 79 >	Choice richtig/falsch	Bedingung Frage 14 = richtig	richtig=1 falsch=0					
16	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< 72 >	Choice richtig/falsch	Bedingung Frage 15 = richtig	richtig=1 falsch=0					
17	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< 65 >	Choice richtig/falsch	Bedingung Frage 16 = richtig	richtig=1 falsch=0					
18	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< L >	Choice richtig/falsch	Bedingung Frage 12 = Buchstabieren	richtig=1 falsch=0					

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
19	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< H >	Choice richtig/ falsch	Bedingung Frage 18 = richtig	richtig=1 falsch=0					
20	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< U >	Choice richtig/ falsch	Bedingung Frage 19 = richtig	richtig=1 falsch=0					
21	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< T >	Choice richtig/ falsch	Bedingung Frage 20 = richtig	richtig=1 falsch=0					
22	Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit	< S >	Choice richtig/ falsch	Bedingung Frage 21 = richtig	richtig=1 falsch=0					
23	Erinnerungsfähigkeit	Der Untersuchte muss die 3 Begriffe nennen, die er sich merken sollte.	Choice Apfel, Pfennig, Tisch	ja	Apfel=1 Pfennig=1 Tisch=1	0-3				

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
24	Sprache	Eine Uhr und ein Stift werden gezeigt, der Untersuchte muss diese richtig benennen.	Choice Uhr, Stift	ja	Uhr=1 Stift=1	0-2				
25	Sprache	Nachsprechen des Satzes "Kein wenn und oder aber." (maximal 3 Wiederholungen). Der Satz muss unmittelbar nachgesprochen werden, nur 1 Versuch ist erlaubt. Es ist nicht zulässig, die Redewendung "Kein wenn und aber." zu benutzen.	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0					
26	Sprache	Kommandos befolgen: Der Untersuchte erhält ein Blatt Papier, der dreistufige Befehl wird nur einmal erteilt. 1 Punkt für jeden Teil, der korrekt befolgt wird.		nein		0-3				
		Nehmen Sie bitte das Papier in die Hand.	Choice richtig/ falsch		richtig=1 falsch=0					

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
		Falten Sie es in der Mitte.	Choice richtig/ falsch		richtig=1 falsch=0					
		Lassen Sie es auf den Boden fallen.	Choice richtig/ falsch		richtig=1 falsch=0					
27	Sprache	Schriftliche Anweisungen befolgen "AUGEN ZU": Die Buchstaben ("AUGEN ZU") müssen so groß sein, dass sie auch bei eingeschränktem Visus noch lesbar sind. 1 Punkt wird nur dann gegeben, wenn die Augen wirklich geschlossen sind.	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
28	Sprache	Schreiben Sie bitte irgendeinen Satz: Es darf kein Satz diktiert werden, die Ausführung muss spontan erfolgen. Der Satz muss Subjekt und Prädikat enthalten und sinnvoll sein. Korrekte Grammatik und Interpunktion ist nicht gefordert. Das Schreiben von Namen und Anschrift ist nicht ausreichend.	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
29	Sprache	Fünfecke nachzeichnen: Auf einem Blatt Papier sind 2 sich überschneidende Fünfecke dargestellt, der Untersuchte soll diese so exakt wie möglich abzeichnen. Alle 10 Ecken müssen wiedergegeben sein und 2 davon sich überschneiden, nur dann wird 1 Punkt gegeben. ☐	Choice richtig/ falsch	nein	richtig=1 falsch=0	0-1				
30	Zwischensummen	Orientierung	Subscore	ja		0-10	00-02 = b114.4 03-04 = b114.3 05-06 = b114.2 07-08 = b114.1 09-10 = b114.0	mmst_1	MMST, Orientierung	nein

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
		Merkfähigkeit				0-3	00-01 = b144.3 02-03 = b144.8	mmst_2	MMST, Merkfähigkeit	nein
		Aufmerksamkeit				0-5	00-02 = b140.3 03-05 = b140.8	mmst_3	MMST, Aufmerksamkeit	nein
		Erinnerungsfähigkeit				0-3	0 = b144.3 1-3 = b144.8	mmst_4	MMST, Erinnerungsfähigkeit	nein
		Sprache				0-9	00-03 = d329.3 04-06 = d329.2 07-08 = d329.1 09 = d329.0	mmst_5	MMST, Sprache	nein

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
31	Gesamt	Bewertung als Summenscore 30-27 Punkte = keine Demenz 26-20 Punkte = leichte Demenz 19-10 Punkte = mittelschwere Demenz ≤ 9 Punkte = schwere Demenz	Sumscore			0-30		mmst_sum	MMST, Summenscore	nein

13.3 Akzeptanzkriterien

1. Der Fragebogen kann Schritt für Schritt durchgeführt werden.
2. Der Fragebogen kann im Interview-Stil auf einer Seite durchgeführt werden.
3. Bei keiner korrekten Antwort in der Kategorie "Sprache" und sonst volle Punktzahl erfolgt die Bewertung "leichte Demenz".
4. Bei keiner korrekten Antwort in der Kategorie "Merkfähigkeit" und sonst volle Punktzahl erfolgt die Bewertung "keine Demenz".

14 PRO - Fragebogen über Ermüdungserscheinungen durchführen

Als Professional möchte ich den Fragebogen über Ermüdungserscheinungen durchführen, um den Zustand des Patienten zu beschreiben.

Informationen zur Anforderung	
Zielveröffentlichung	Basis-System
Status	Fertig
Autor der Anforderung	Florian Meißner
Freigaben	
User Story	Achim Viktor
Entwicklung	Achim Viktor
Qualitätssicherung	Florian Meißner
Release	Nathalie Wiegel

Fragebogeninformationen	
Fragebogen Name	Fatigue Assessment Scale
Kürzel	FAS
Beschreibung	Fragebogen über Ermüdungserscheinungen
Benötigte Informationen vor Fragebogen	keine
Autor	De Vries, Michielsen H, Van Heck GL, Drent M.
Lizenz (Verlag/ Lizenz-Art)	ild care foundation
Version	1.0
Medizinische Kategorie	Interview

Literatur:

- Drent M, Lower EE, De Vries J. Sarcoidosis-associated fatigue. Eur Respir J 2012; 40: 255–263. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22441750[18]

18 http://nih.gov/pubmed/22441750

- Kleijn WPE, De Vries J, Wijnen PAHM, Drent M. Minimal (clinically) important differences for the Fatigue Assessment Scale in sarcoidosis. Respir Med 2011; 105: 1388-95. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21700440
- De Vries, Michielsen H, Van Heck GL, Drent M. Measuring fatigue in sarcoidosis: the Fatigue Assessment Scale (FAS). Br J Health Psychol 2004; 9: 279-91. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15296678

Weitere Informationen

1. https://www.wasog.org/dynamic/media/78/documents/Questionairres/FAS_Germany_PDF.pdf

14.1 Fragen und Antworten

Frage	Ergebnis

14.2 Informationsmodell

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Alternativtext	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
1	Ermüdungserscheinungen	Ich leide unter Ermüdungserscheinungen.	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
2	Ermüdungserscheinungen	Ich bin schnell müde	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Alternativtext	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
3	Ermüdungserscheinungen	Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Alternativtext	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
4	Ermüdungserscheinungen	Ich habe genug Energie für den Alltag.	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
5	Ermüdungserscheinungen	Körperlich fühle ich mich erschöpft.	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Alternativtext	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
6	Ermüdungserscheinungen	Es fällt mir schwer Sachen anzufangen.	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Alternativtext	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
7	Ermüdungserscheinungen	Es fällt mir schwer klar zu denken.	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
8	Ermüdungserscheinungen	Ich habe keine Lust etwas zu unternehmen	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Alternativtext	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
9	Ermüdungserscheinungen	Ich fühle mich geistig erschöpft.	Choice		nein		0-4				nein
			niemals	niemals		0					
			manchmal	monatlich oder weniger		1					
			regelmäßig	ein paar Mal pro Monat		2					

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Alternativtext	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
			oft	wöchentlich		3					
			immer	täglich		4					
10	Ermüdungserscheinungen	Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren.	Choice		nein		0-4				nein
			niemals			0					
			manchmal			1					
			regelmäßig			2					
			oft			3					
			immer			4					

Legende:

1. niemals
2. manchmal (d.h. monatlich oder weniger)
3. regelmäßig (d.h. ein paar Mal pro Monat)
4. oft (d.h. wöchentlich)
5. immer (d.h. täglich)

14.3 Akzeptanzkriterien

1. Der Fragebogen kann Schritt für Schritt durchgeführt werden.
2. Der Fragebogen kann im Interview-Stil auf einer Seite durchgeführt werden.

15 PRO - Timed “Up & Go”-Test durchführen

Als Professional möchte ich den Timed “Up & Go”-Test durchführen, um die Mobilität des Patienten objektiviert zu bewerten.

Informationen zur Anforderung	
Zielveröffentlichung	Basis-System
Status	Fertig
Autor der Anforderung	Florian Meißner
Freigaben	
User Story	Dr. Jessica Möltgen
Entwicklung	Florian Meißner
Qualitätssicherung	Florian Meißner
Release	Nathalie Wiegel

Fragebogeninformationen	
Fragebogen Name	Timed “Up & Go”-Test
Kürzel	Timed “Up & Go”
Beschreibung	Performancetest zur Mobilitätsmessung - Durchführung: aufstehen aus dem Sitz, 3 Meter hin und zurück gehen, hinsetzen, ohne Fremdhilfe, Hilfsmittel sind erlaubt, zeitmessend.
Benötigte Informationen vor Fragebogen	keine
Autor	Podsiadlo D, Richardson S.
Lizenz (Verlag/ Lizenz-Art)	kein Copyright
Version	1.1.0
Medizinische Kategorie	Dokumentation

Literatur:

Podsiadlo D, Richardson S. The Timed „Up & Go“: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-148.

Weitere Informationen

1. https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/Bereich_-_Mobilit%C3%A4t.aspx

15.1 Fragen und Antworten

Frage	Ergebnis

15.2 Informationsmodell

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Werteberreich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
1	Mobilität	Durchführung des Timed “Up & Go”-Test möglich?	Choice ja/ nein	nein	ja=1 nein =0	0-1	d450.4	tug_1	TUG, Durchführung	nein

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Werteberreich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
2	Mobilität	Wieviel Sekunden wurden zur Bewältigung der Aufgabe benötigt?	numerisch	Bedingung: Frage 1 = ja		5-120		tug_2	TUG, Zeit	nein
3	Mobilität	Wurde eine Gehhilfe genutzt?	Choice ja/ nein	Bedingung: Frage 1 = ja	ja=1 nein =0	0-1		tug_3	TUG, Gehhilfe	nein
4	Mobilität	Welche Gehilfe benutzt?	Auswahl aus dem Servicekatalog	Bedingung: Frage 3 = ja			ISO9999	tug_3	TUG, Gehhilfe - ISO	nein
5	Mobilität	Bewertung als Summenscore Zeitdauer	Sumscore	nein		0-4		tug_4	TUG, Summenscore	nein
		unter 10 Sekunden = völlig uneingeschränkt			0		d450.0			
		10 bis 19 Sekunden = weniger mobil, aber noch uneingeschränkt			1		d450.1			

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	ICF-Zuordnung	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
		20 bis 29 Sekunden = eingeschränkte Mobilität			2		d450.2			
		30 oder mehr Sekunden = ausgeprägte Mobilitätseinschränkung			3		d450.3			
		Kann nicht gehen = nicht gehfähig			4		d450.4			

15.3 Akzeptanzkriterien

1. Der Fragebogen kann Schritt für Schritt durchgeführt werden.
2. Der Fragebogen kann im Interview-Stil auf einer Seite durchgeführt werden.
3. Bei der Beantwortung von Frage 1 mit "nein" erfolgt die Bewertung "nicht gehfähig".
4. Bei einer eigegebenen Zeitdauer von 9 Sekunden erfolgt die Bewertung "völlig uneingeschränkt".
5. Bei einer eigegebenen Zeitdauer von 16 Sekunden erfolgt die Bewertung "weniger mobil, aber noch uneingeschränkt".
6. Bei einer eigegebenen Zeitdauer von 28 Sekunden erfolgt die Bewertung "eingeschränkte Mobilität".
7. Bei einer eigegebenen Zeitdauer von 42 Sekunden erfolgt die Bewertung "ausgeprägte Mobilitätseinschränkung".

16 PRO - Dauerdiagnosen eingeben

Als Professional möchte ich eine Dauerdiagnose in der Akte des Patienten hinterlegen.

Informationen zur Anforderung	
Zielveröffentlichung	Basis-System
Status	Fertig
Autor der Anforderung	Florian Meißner
Freigaben	
User Story	Dr. Jessica Möltgen
Entwicklung	Florian Meißner
Qualitätssicherung	Florian Meißner
Release	Nathalie Wiegel

16.1 Fragen und Antworten

Frage	Ergebnis
Achim Viktor Bestimmung Workflow Diagnosen	

16.2 Informationsmodell

Nr.	Kategorie	Frage	Typ	Überspringbar	Bewertung	Wertebereich (Plausibilität)	Code-System	Studien-DB Variable	Studien-DB Beschriftung	Studien-DB Transformation
1	Condition (Gesundheitszustand, Erkrankung)		Zeichenkette	Nein	keine		ICD10-GM2021	ICD-Code	Diagnosen	nein
		Diagnosesicherheit	Choice	Optional	keine	A = ausgeschlossen G = gesicherte Diagnose V = Verdacht auf/ zum Ausschluss von Z= Zustand nach				
		Seitenlokalisation	Choice	Optional	keine	B = beiderseits L = links R = rechts				

16.3 Akzeptanzkriterien

1. Der Diagnoseschlüssel E11.7 wird nach Eingabe als "E11.7 Diabetes mellitus, Typ 2 - Mit multiplen Komplikationen" angezeigt.
2. Der Diagnoseschlüssel I21.0 wird nach Eingabe als "I21.0 Akuter Myokardinfarkt - Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand" angezeigt und kann mit der Diagnosesicherheit "Z - Zustand nach" ergänz werden.
3. Der Diagnoseschlüssel S72.0 wird nach Eingabe als "S72.0 Fraktur des Femurs - Schenkelhalsfraktur" angezeigt und kann mit der Seitenlokalisation "rechts" ergänzt werden.