

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

Aufgabe Nr.	Kontext / Erfordernis	Anforderung / Aufgabe	Beispiel (in der CDC werden die ROT markierten Werte durch andere ersetzt)	Ziele (Welche Fähigkeiten Ihres Systems sollen herausgestellt werden)
1	Aufnahme eines Patienten auf die Intensivstation			15 min
1.1	Ausgangssituation: Das System ist hochgefahren, es ist kein Anwender angemeldet. Ein Anwender tritt an den PC und meldet sich an.	<ul style="list-style-type: none"> Anmeldung am System 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Wie erfolgt die Anmeldung am System? Welche technische Unterstützung bieten Sie zur Authentisierung an?
1.2	Ein Patient, der vorher auf einer konservativen (anderen) Intensivstation gelegen hat wird aktuell operiert und soll nach der Operation auf die Operative Intensivstation verlegt werden. Um die unmittelbar bevorstehende Aufnahme vorbereiten zu können nimmt der Anwender den Patienten bereits auf und ordnet ihm seinen Bettplatz zu.	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme eines Patienten auf die Intensivstation Zuordnung zu einem freien Bettplatz 	<ul style="list-style-type: none"> Aufzunehmen ist der Patient Akud Ödreimer 	<ul style="list-style-type: none"> Wie erfolgt die Aufnahme auf die Station? (Wenn die Aufnahme über das KIS erfolgt, dies kurz erläutern und ggf. kurz mit einer Folie darstellen) Erläutern: Wie erfolgt die Abstimmung mit dem KIS? Können Aufnahmen „vorgemerkt“ / „geplant“ werden oder muss direkt eine Aufnahme im führenden KIS erfolgen?
1.3	Der Patient wird aus dem OP übernommen. Der aufnehmende Arzt verschafft sich nach der mündlichen Übergabe einen Überblick über die Anästhesie- und OP-Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Falls im System vorgesehen, Bestätigung dass der Patient auf Station eingetroffen ist. Der aufnehmende Arzt sieht das OP-Protokoll (Kurzer OP-Bericht) und das Anästhesieprotokoll ein. 	<ul style="list-style-type: none"> Der Patient wurde aufgrund eines akuten Herzinfarktes operativ mit einem aortokoronaren Venenbypass (ACVB) versorgt. Stellen Sie dar, welche Daten aus dem OP / aus der Anästhesie übernommen werden 	<ul style="list-style-type: none"> Wie kann der tatsächliche Aufnahmezeitpunkt nachvollzogen werden? Werden OP-Protokoll und Anästhesieprotokoll übernommen oder können eingesehen werden? Welche weiteren Daten werden aus dem OP übernommen?

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

1.4	Dokumentation der Aufnahme Der folgende Block ist als gesamtes zu betrachten, da ggf. durch die Konfiguration des Systems auch Schritte zusammengefasst werden (können)			
1.4.1	Der Patient wird beatmet aus dem OP übernommen.	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt dokumentiert die Übernahme eines beatmeten Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> Zeitpunkt der Übernahme ist der aktuelle Zeitpunkt während der Präsentation. 	<ul style="list-style-type: none"> Wie erfolgt die Dokumentation, das ein Patient beatmet übernommen wird? Werden Daten aus dem OP (Anästhesieprotokoll) oder von der vorherigen Intensivstation übernommen?
1.4.2	Die Anamnese des Patienten vor der Aufnahme wird erfasst. Dabei greift der Arzt auf die Anamnese der Intensivstation zurück, auf der der Patient vor der Operation behandelt wurde	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt nimmt Einsicht in die Anamnese der vorhergehenden Intensivstation Der Arzt dokumentiert die Anamnese 	<ul style="list-style-type: none"> Einsicht und Übernahme von Textteilen aus der Anamnese der Intensivstation, auf 	<ul style="list-style-type: none"> Wie kann der Aufenthalt vorher eingesehen werden? Wie können Texte übernommen werden? Wie kann die Änderung erfolgen? Welche Möglichkeiten bietet das System zur strukturierten Erfassung der Anamnese (Darstellung der technischen Möglichkeiten zur Parametrierung ansprechen)
1.4.3	Der Arzt untersucht den Patienten.	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt dokumentiert den Aufnahmestatus des Patienten. 	<ul style="list-style-type: none"> Es werden einfache Befunde interaktiv vorgegeben (z.B. Herzrhythmus, Herzgeräusche, Lungenauskultation, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Wird die Erfassung
1.4.4	Der Arzt sieht die Diagnosen der vorhergehenden Station und aus dem OP ein, übernimmt diese in die eigene Dokumentation, ändert eine Diagnosen und ergänzt eine weitere (kodiert im aktuell gültigen ICD-10-GM 2014)	<ul style="list-style-type: none"> Einsicht und Übernahme der Diagnosen der vorbehandelnden Station / OP. Übernahme der Diagnosen in die Dokumentation Änderung einer Diagnose Ergänzung (inkl. Kodierung) einer Diagnose. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosen werden innerhalb des ICD-10-GM 2014 vorgegeben. 	<ul style="list-style-type: none"> Wie können Diagnosen eingesehen /übernommen werden? Wie können Diagnosen verändert werden? Wie können Diagnosen dokumentiert (und kodiert) werden?

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

1.4.5	In die Berechnung des SAPS II für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung fließen täglich die Parameter „Chronische Leiden“ und „Aufnahmestatus“ ein. Diese sollen vom Arzt bei der Aufnahme erfasst werden, um danach bei der täglichen Scoreberechnung zur Verfügung zu stehen.	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der vorgegeben Parameter als Grundlage für die Scoreberechnung. • Einsichtnahme und ggf. Übernahme mit Korrektur der Daten von vorhergehender Station 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronisches Leiden: Übernahme des negativ Eintrages („kein chronisches Leiden“) von Vorstation • Aufnahmestatus: Übernahme von „Medizinisch“ und Korrektur auf „Nichtgeplant chirurgisch“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie können Daten eingesehen / übernommen / korrigiert werden? • Gibt es eine Vollständigkeitskontrolle?
1.4.6	Der Arzt dokumentiert die weiteren Parameter, die gemäß des Kerndatensatzes Intensivmedizin (DIVI / DGAI 2010) für die externe Qualitätssicherung erforderlich sind.	<ul style="list-style-type: none"> • Das System sollte für eine spätere Auswertung eine strukturierte Erfassung des Kerndatensatzes ermöglichen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Parameter „ITS Aufnahme geplant / ungeplant“ • „Grund für die Aufnahme auf ITS“ • „Akuter Infekt bei Aufnahme auf ITS“ • Oxygenierung (Niedrigste) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird die strukturierte Dokumentation unterstützt? • Wie wird der Arzt an die Dokumentation erinnert? Gibt es Vollständigkeitskontrollen? • Wie wird die Oxygenierung berechnet? (ggf. Darstellung bei Scoreberechnung / SAPS III)
1.4.7	Der Arzt ordnet gemäß der SOPs der Station für den Patienten eine Oberkörperhochlagerung an	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der Verordnung der Oberkörperhochlagerung am System 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie werden Verordnungen für die Lagerung durchgeführt? • Wie wird die Verordnung von SOPs (z.B. Template für Aufnahmen) unterstützt?
1.4.8.	Der Arzt übernimmt die Medikation der Vorstation und passt diese an die aktuelle Situation an.	<ul style="list-style-type: none"> • Einsicht und Übernahme der Medikation von der Vorstation • Änderung des Medikationsplanes (Absetzen eines Medikaments, Ansetzen und Dosisänderung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansetzen, absetzen und ändern eines Arzneimittels oder eines Blutproduktes mit einem OPS-Code (6-xxx oder 8-xxx), z.B. Aktivierter Faktor VII (NovoSeven®) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kann die Medikation von der vorherigen Station übernommen werden? • Wie werden Änderungen am Medikationsplan vorgenommen? • (Vorbereitung) Wie fließt das in die OPS-Ermittlung ein?

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

1.5	Pflegedokumentation / Dekubitusdokumentation			
1.5.1	Da für den Patientenzuständige Pflegekraft übernimmt nun die weitere Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Nutzerwechsel 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Wie zeitaufwendig ist der Nutzerwechsel? Was verändert sich in der Ansicht bei einem Nutzerwechsel?
1.5.2	Die Pflegekraft bestätigt die Durchführung der für sofort angesetzten Verordnungen	<ul style="list-style-type: none"> Bestätigung Oberkörperhochlage Bestätigung der Gaben der für jetzt angesetzten Arzneimittel 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Übersicht über die To-Do-Listen? Aufwand zur Quittierung von Verordnungen
1.5.3	Die Pflegekraft hat den Patienten einmal vollständig untersucht und zwei Stellen mit einem Dekubitus gefunden. Nach der Durchsicht der Pflegedokumentation der vorherigen Intensivstation stellt sie fest, daß der Dekubitus am Hinterkopf bereits dort bestanden hat, ein weiterer ist hinzugekommen.	<ul style="list-style-type: none"> Einsicht, Übernahme, Korrektur und Ergänzung der vorbestehenden Dekubitusdokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> Übernahme des Dekubitus der Vorstation und Änderung des Schweregrades und der Größe Hinzufügen eines weiteren Dekubitus (z.B. Ellenbogen, 2°, cm im Durchmesser) 	<ul style="list-style-type: none"> Wird eine strukturierte Erfassung unterstützt? Wird eine Bilderfassung unterstützt? Wie kann der Verlauf beurteilt werden (Bild + Text)? Wie erfolgt die Verknüpfung zu einem ICD-Code?
1.5.4	Es wird zur Pflegeplanung ein Assessment für das Dekubitusrisiko durchgeführt.	<ul style="list-style-type: none"> Erfassung des individuellen Dekubitusrisikos des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> Die Wahl des Assessments (z.B. Norton-Skala) steht dem Hersteller frei. Es sollte eins implementiert sein. Die Vorgabe des Inhaltes erfolgt interaktiv. 	<ul style="list-style-type: none"> Wie wird das Assessment eingebunden? Werden Hinweise zur Pflegeplanung abgeleitet?

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

Aufgabe Nr.	Kontext / Erfordernis	Anforderung / Aufgabe	Beispiel (in der CDC werden die ROT markierten Werte durch andere ersetzt)	Ziele (Welche Fähigkeiten Ihres Systems sollen herausgestellt werden)
2	Verlaufsdokumentationca.			Ca. 8 min
2.1	Der Arzt tritt an den Rechner, meldet sich an und wählt einen Patienten aus.	<ul style="list-style-type: none"> Auswahl des Patienten „Hirnfiedler Dölerich“ 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none">
2.2.	Bei dem Patienten „Dölerich“ ist es zu einer Verschlechterung gekommen. Der Arzt bronchoskopiert den Patienten, dokumentiert den Befund und die dabei gestellte Diagnose.	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt 	<ul style="list-style-type: none"> Die Diagnose wird eine metastasierte Neoplasie sein. 	<ul style="list-style-type: none"> Wie kann die klinische Dokumentation strukturiert erfasst werden und die Verknüpfung zu ICD und OPS-codes erzeugt werden.
2.3	Der Patient „Dölerich“ erhält ein weiteres Organersatzverfahren, sowie eine weitere Maßnahme die OPS-kodiert werden kann.	<ul style="list-style-type: none"> Strukturierte Dokumentation der Organersatzverfahren 	<ul style="list-style-type: none"> Das Organersatzverfahren kommt aus dem Bereich IABP, Nierenersatzverfahren, Leberersatzverfahren oder Kunstherz 	<ul style="list-style-type: none"> Wie kann die klinische Dokumentation strukturiert erfasst werden und die Verknüpfung zu ICD und OPS-codes erzeugt werden Achtung: Der Therapiebeginn sollte rückwärtsdatierbar sein – ggf. am Tag vorher Rücksprache wie dies umgesetzt werden kann.
2.4	Der Patient erhält ein Arzneimittel oder ein Blutprodukt, welches im OPS aufgeführt ist.	<ul style="list-style-type: none"> Dokumentation der Arzneimittelgaben. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Umsetzung der Medikation erfolgt im Bereich der ZE abrechenbaren Arzneimittel, z.B. Aktivierter Faktor VII, NovoSeven®. 	<ul style="list-style-type: none"> Der Schritt dient zur Verdeutlichung, wie die Generierung der OPS-codes geschieht.

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

2.5	Bei der Aktendurchsicht fällt dem Arzt auf, daß am Vortag Werte nicht korrekt eingetragen sind.	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt korrigiert an dem System einen Wert vom Vortag. 	<ul style="list-style-type: none"> Z.B. Änderung eines Blutdruckwertes, der Herzfrequenz, des PaO2/FiO2-Koeffizienten, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Kann die Änderung nachvollzogen werden? (Revisionssicherheit?) Der Schritt dient der Darstellung der Scoreerfassung.
2.6	Dem Arzt fällt auf, daß Maßnahmen an der Beatmung am Vortrag nicht korrekt eingetragen sind und ergänzt die Dokumentation.	<ul style="list-style-type: none"> Der Arzt trägt eine Weaningsphase nach. 	<ul style="list-style-type: none"> Es wird die Unterbrechung der Beatmung dokumentiert. 	<ul style="list-style-type: none"> S.o.
Aufgabe Nr.	Kontext / Erfordernis	Anforderung / Aufgabe	Beispiel (in der CDC werden die ROT markierten Werte durch andere ersetzt)	Ziele (Welche Fähigkeiten Ihres Systems sollen herausgestellt werden)
3	Interoperabilität / Patientenzusammenführung			5 min
3.1	Der Patient Dölerich Hirnfiedler wurde fehlerhaft ein zweites mal im KIS unter dem Namen „Friedrich Hölderlin“ angelegt. Ein Kollege hatte bereits in der zweiten Akte Eintragungen vorgenommen. Die Akten sollen nun zusammengeführt werden.	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenführung der beiden Akten unter dem Namen und den Ordnungsnummern von „Dölerich Hirnfiedler“ 		<ul style="list-style-type: none"> Wie kann eine Zusammenführung der Akten erfolgen? Wie werden bei einer Zusammenführung gefährliche Doppelverordnungen vermieden? Welche organisatorischen oder administrativen Maßnahmen sind erforderlich um Leistungsdaten (Medikation, Scores, etc.) mit dem KIS abzugleichen und die weitere Interoperabilität sicherzustellen?

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

Aufgabe Nr.	Kontext / Erfordernis	Anforderung / Aufgabe	Beispiel (in der CDC werden die ROT markierten Werte durch andere ersetzt)	Ziele (Welche Fähigkeiten Ihres Systems sollen herausgestellt werden)
4	Scoring			5 min
4.1	Auf der Station wird die Dokumentation zur Entgeltermittlung und für das Qualitätsmanagement durch einen Medizinischen Dokumentar (MD) unterstützt. Dieser führt u.a. die täglich anfallenden Dokumentationsaufgaben wie der Ermittlung der Scores für	<ul style="list-style-type: none"> Der MD soll am System erkennen, bei welchen Patienten noch Scores zu erfassen sind. 	<ul style="list-style-type: none"> Dies müsste für beide Patienten der Fall sein. 	<ul style="list-style-type: none"> Aufgabenangemessenheit, Übersichtlichkeit?
4.2	Der Patient öffnet den ersten Patienten (Akud Ödreimer) und berechnet den Score für die ersten 24h.	<ul style="list-style-type: none"> Der MD erzeugt am System den SAPS II / TISS 10 für die ersten 24h 		<ul style="list-style-type: none"> Wie wird der Zeitraum für die ersten 24h berechnet? Wird Intensivstationsübergreifend gescored? Wird die OP automatisch berücksichtigt? Werden weitere Scores angeboten (APACHE II, SOFA, SAPS III, NEMS, TISS-28, etc.)? Wie erfolgt die Berechnung?
4.3	Der MD wechselt zu dem nächsten Patienten	<ul style="list-style-type: none"> Durchführen eines Patientenwechsels auf Dölerich Hirnfiedler 		<ul style="list-style-type: none"> Wie schnell / einfach sind Patientenwechsel möglich? Ist ein Wechsel innerhalb des Scoringtools / Ansicht) möglich?
4.4	Der MD ist aus dem Urlaub zurückgekehrt und will überprüfen, ob seine Urlaubsvertretung die täglich zu erfassenden Score-Werte vollständig dokumentiert hat.	<ul style="list-style-type: none"> Der MD muss am System Tage ohne SAPS II / TISS-10 erkennen 	<ul style="list-style-type: none"> Der fehlende Tag ist vorgegeben. 	<ul style="list-style-type: none"> Wie wird die Vollständigkeit dargestellt? Gibt es Meldungen, Arbeitslisten oder andere Funktionalitäten?

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

4.5	Der MD stellt fest, dass sich der Status „Chronisches Leiden“ bei dem Patienten durch die Feststellung der Metastasierten Neoplasie geändert hat. Daher sind die bisher ermittelten SAPS-II-Werte zu korrigieren.	<ul style="list-style-type: none"> • Der MD muss alle bisher erfassten SAPS II in dem System korrigieren. • 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie Aufwendig ist die korrektur? • Wie erfolgt der Abgleich mit dem KIS? (ggf. erläutern)
4.6	Optional: Erfassung von Scores für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung in der Pädiatrie		

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

Aufgabe Nr.	Kontext / Erfordernis	Anforderung / Aufgabe	Beispiel (in der CDC werden die ROT markierten Werte durch andere ersetzt)	Ziele (Welche Fähigkeiten Ihres Systems sollen herausgestellt werden)
5	Verlegung / Entlassung von Patienten			5 min
5.1	Herr Hirnfiedler soll in eine andere Klinik verlegt (entlassen) werden. Dazu schließt der Arzt die Dokumentation ab, in dem er die Daten „Entlassung von der Intensivtherapiestation“ aus dem Kerndatensatz Intensivmedizin von DIVI und DGAI erfasst	<ul style="list-style-type: none"> Erfassung der Daten für den Kerndatensatz Intensivmedizin am System. 	<ul style="list-style-type: none"> Da die Inhalte vorgegeben sind erfolgt die Dokumentation interaktiv. 	<ul style="list-style-type: none"> Wird der Arzt bei der Dokumentation unterstützt? Gibt es eine Unterstützung durch Vollständigkeits- / Plausibilitätskontrollen? Wann werden diese aktiviert (z.B. vor Verlegung?)
5.2	Der Arzt (oder Medizinische Dokumentar) überprüft die Korrektheit der abrechnungsrelevanten Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Das System sollte die Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrolle unterstützen 	Relevant sind die Parameter <ul style="list-style-type: none"> Beatmungsstunden Diagnosen vollständig OPS-Codes und Zusatzentgelte Scores vollständig erfasst? Kodierrichtlinien eingehalten? Welche ZE-Medikamente wurden gegeben? 	<ul style="list-style-type: none"> Darstellung wie das System den Arzt / Medizinischen Dokumentar unterstützt Wird er dabei auf verstöße gegen die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) hingewiesen (Regelprüfung)?
5.3	Der Arzt sollte, falls notwendig die fehlenden ICD- / OPS-Codes ergänzen / korrigieren.	<ul style="list-style-type: none"> Dokumentation der entsprechenden Codes im System 	<ul style="list-style-type: none"> Entsprechend der zuvor dokumentierten Maßnahmen. 	<ul style="list-style-type: none"> Wie unterstützt das System bei der Kodierung (ggf. das Zusammenspiel mit dem KIS kurz darstellen)
5.4	Patientenwechsel und Darstellung der Daten für Herrn Ödreimer	<ul style="list-style-type: none"> Dokumentation der ICD- und OPS-Kodes mit Bezug zu der durchgeführten Dokumentation. 	<ul style="list-style-type: none"> Entsprechend der zuvor durchgeführten Dokumentation (einschl. ICD für Dekubitus) 	<ul style="list-style-type: none"> Wie fließt die Dekubitusdokumentation in die Kodierung ein?
5.5	Der Arzt muss einen Verlegungsbericht schreiben, inkl. Diagnosen, Operationen, Beatmungsverlauf und den transfundierten Blutprodukten	<ul style="list-style-type: none"> Das System soll die Erstellung eines Arztbriefes / Verlegungsberichtes unterstützen. 	<ul style="list-style-type: none"> Übernahme von Diagnosen, Operationen, Verlauf der Beatmungstherapie und der Transfusionen aus der Dokumentation. 	<ul style="list-style-type: none"> Komfort und Vollständigkeit bei der Arztbrieferstellung.

PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2014

Medizincontrolling

Aufgabe Nr.	Kontext / Erfordernis	Anforderung / Aufgabe	Beispiel (in der CDC werden die ROT markierten Werte durch andere ersetzt)	Ziele (Welche Fähigkeiten Ihres Systems sollen herausgestellt werden)
6	Qualitätsmanagement und Medizincontrolling			5 min
6.1	Der Patient Ödreimer hat einen neu aufgetretenen Dekubitus. Dies muss an das AQUA-Institut berichtet werden.	<ul style="list-style-type: none"> Stellen Sie dar, wie Sie die Daten aus dem Intensivsystem für die verpflichtende Qualitätssicherung nutzen 		<ul style="list-style-type: none"> Wie können die Daten exportiert werden? Gibt es eine eigene Berichtsfunktion zur unterjährigen Überwachung?
6.2	Die Intensivstationen müssen in den meisten Bundesländern eine Surveillance über Nosokomiale Infektionen durchführen.	Stellen Sie dar, wie Sie die erforderlichen Daten für die Ventilatorassoziierte Pneumonie, sowie die ZVK-assoziierte Sepsis exportieren oder darstellen können.		<ul style="list-style-type: none">
6.3	Durch den hohen Ressourceneinsatz in der Intensivmedizin ist ein enges Monitoring von Kosten und erbrachter Leistung sinnvoll.	Stellen Sie dar, welche Auswertungsmöglichkeiten Sie anbieten, bzw. welche möglich sind: <ul style="list-style-type: none"> Intensivbelegung Beatmungsstatistik Aufwandspunkte Intensiv- und Krankenhaussterblichkeit Materialverbrauch gegen Zusatzentgelte Etc. 		<ul style="list-style-type: none"> Stellen Sie dar, welche Berichte mitgeliefert werden Welche Tools stehen dem Kunden zur Erweiterung der Berichte zur Verfügung? Welche Kenntnisse sind für komplexe Berichte (Aufwandspunkte vs. ZE-Kodierung) erforderlich?
6.4	Die Klinik möchte an der externen Qualitätssicherung teilnehmen und einen Datensatz gemäß dem Kerndatensatz Intensivmedizin exportieren.	<ul style="list-style-type: none"> Durchführen eines Exports 		<ul style="list-style-type: none"> Wie kann der Kerndatensatz Intensivmedizin exportiert werden? Wie werden vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen unterstützt?