

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

28. – 29.9.2015

UMIT, Hall in Tirol, Österreich

ENI 2015
IT im Gesundheits-,
Pflege- und Sozialbereich:
Qualität und Effizienz durch IT?

Programm

UMIT

the health & life sciences university

hpsmedia

www.kongress-eni.eu

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

INHALTSVERZEICHNIS

- 3 Begrüßungsworte
- 7 ENI 2015 in Hall in Tirol
- 11 Tagungsleitung & wissenschaftlicher Beirat
- 14 Aussteller & Sponsoren
- 15 Programmübersicht
- 40 Abstracts
- 122 ENI-Dinner Abendprogramm
- 123 Walk & Talk Preconference
- 124 Studierende@ENI
- 125 Partner
- 126 Anreise

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich



Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer der ENI2015!

Im Namen des gesamten Organisationsteams darf ich Sie recht herzlich auf der ENI2015 hier an der UMIT, der Tiroler Landesuniversität, begrüßen! Als moderne Gesundheitsuniversität hat sich die UMIT auf die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen und in der Technik spezialisiert und in den letzten Jahren besondere Kompetenz im Bereich der Pflege- und Gesundheitsinformatik aufgebaut.

Die Abkürzung „ENI“ steht für „European Nursing Informatics“. Dieser Name setzt die lange Tradition der ENI-Tagungen fort, welche zwischen 2002 und 2008 in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit Erfolg stattgefunden haben. Diese Tradition möchten wir jetzt - nach einer Pause zwischen 2009 und 2014 - mit der ENI 2015 als 8. ENI-Tagung fortsetzen.

Das Feld der Pflegeinformatik hat sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. Längst ist die Pflegeinformatik Teil einer größeren Bewegung, welche sich mit dem Einsatz von Informationstechnologie auch außerhalb des engeren Pflegebereichs beschäftigt. Hierzu gehören z.B. der IT-Einsatz in Alten- und Pflegeheimen, im sozialen Bereich, in Behinderteneinrichtungen, in der ambulanten Pflege oder in co-therapeutischen Bereichen. IT-Lösungen werden in Zukunft noch viel stärker als heute zu einer qualitativ hochwertigen, leistbaren und vor allem patientenzentrierten Versorgung beitragen.

Der reine Fokus auf "Nursing Informatics" - also nur auf Pflegeinformatik - erscheint also heute nicht mehr zeitgemäß. Daher haben wir uns entschlossen, den Kongress inhaltlich zu öffnen. Und dies spiegelt sich auch im Namen wieder: Die ENI ist jetzt der "Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich". Damit werden der breitere Fokus und auch die Notwendigkeit der Vernetzung aller IT-Lösungen explizit deutlich gemacht. Die bewährte und bekannte Abkürzung "ENI" behalten wir aber natürlich bei.

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Die ENI möchte ein Forum für den anwendungsorientierten Austausch zwischen Praktiker/innen, Wissenschaftler/innen und der Industrie bieten. Ich freue mich sehr, dass dieses Konzept der ENI2015 aufzugehen scheint und Vertreter/innen aller genannten Bereiche teilnehmen werden. Besonders darf ich auch die Studierenden begrüßen, welche unseren Nachwuchs für die Zukunft darstellen.

Die ENI2015 bietet neben zwei hochkarätigen Keynotes, wissenschaftlichen Vorträgen, Erfahrungsberichten, Best-Practice-Berichten, Postern und Workshops auch wieder Nursing Documentation Challenges an. In diesen Challenges stellen Firmen ihre Produkte im direkten Vergleich vor. Wir freuen uns, dass wir so viele Anmeldungen zu den Challenges und auch zur Industrieausstellung haben!

In diesem Zusammenhang darf ich mich ausdrücklich bei allen Förderern, Partnern, Sponsoren und Ausstellern der ENI2015 bedanken. Ohne Ihre Unterstützung wäre die Durchführung so einer Veranstaltung nicht denkbar! Ebenso geht mein herzlicher Dank an die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats, die bei der Konzeption, Begutachtung und Detailplanung intensiv und unentgeltlich mitgewirkt haben, sowie an das Organisationskomitee und die vielen Helfer/innen im Hintergrund – vielen Dank dafür!

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen interessante Vorträge, spannende Challenges, konstruktive Diskussionen und viele neue Erkenntnisse! Lassen Sie uns die Zukunft der Pflege- und Sozialinformatik gemeinsam und interdisziplinär gestalten! Und wenn Sie etwas Zeit mitbringen, genießen Sie die wunderschöne Umgebung hier in Tirol – dem Land in den Bergen.

Elske Ammenwerth



UMIT – Priv. Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik
Tagungsleiterin

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich



Herzlich willkommen im Medical Valley von Tirol!

Neue leistungsfähige Technologien erzeugen, verwalten und analysieren Daten im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich. Für die PatientInnen und KlientInnen streben wir mit Unterstützung der Informationstechnologie grundsätzlich nach einer verbesserten individualisierten Betreuung.

Wurde früher auf der Grundlage von Lochkartensystemen und Mikrofilmen ein Bild geschaffen, das unvollständig zu sein drohte, besteht jetzt eine andere Gefahr: Die Übervollständigkeit des Bildes verhilft uns zwar zu einer extremen, vielfach überlagerten Auflösung – aber verbunden mit einem Risiko zu dicht davor zu sitzen, gleichsam den Wald vor lauter Bäumen nicht zu erkennen.

Umso wichtiger ist der wissenschaftliche Kongress ENI für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich. Hier können sich IT-Fachleute aus der Industrie mit WissenschaftlerInnen, Studierenden sowie PraktikerInnen der Gesundheits- und Sozialberufe austauschen.

Die Vision vom Medical Valley im Inntal ist mit der Gründung der Landesuniversität UMIT im Jahr 2002 wahr geworden, dem Schauplatz des achten internationalen ENI-Kongresses 2015. Diese junge Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik in Hall bietet gemeinsam mit den traditionsreichen Innsbrucker Universitäten Spitzenleistungen. Davon profitieren nicht nur die PatientInnen der Tiroler Krankenhäuser im Inntal, von Zams bis Kufstein, mit einer optimalen Versorgung.

Einen angeregten Informationsaustausch rund die Bits und Bytes in der Gesundheitsversorgung wünscht Ihnen

Univ.-Prof. DI Dr. Bernhard Tilg
Landesrat für Gesundheit, Pflege und Wissenschaft

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich



Sehr geehrte Damen und Herren!

Es freut mich als Rektorin der UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik ganz besonders, dass heuer am 28. und 29. September die 8. Auflage der ENI an unserem Universitätscampus in Hall in Tirol stattfindet. Als Gesundheitsuniversität hat sich die UMIT inhaltlich den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens verschrieben. Deshalb war dieser Bereich schon bei der Gründung der Universität im Jahr 2001 ein wesentlicher wissenschaftlicher Schwerpunkt.

Ohne den Einsatz von modernen Kommunikations- und Informationstechnologien wäre heute eine moderne Gesundheitsversorgung und eine weitere Verbesserung von Qualität und Effizienz undenkbar. Gerade deshalb ist der Wissensaustausch zwischen Wissenschaftlern, Herstellern und Anwendern, wie er jetzt zwei Tage in Hall stattfindet, essentiell.

Ich gratuliere dem Tagungsteam unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Elske Ammenwerth vom UMIT-Institut für Biomedizinische Informatik zum Programm dieses Kongresses. In immerhin 50 wissenschaftlichen und Praxisvorträgen, in fünf Workshops und bei der Zukunftswerkstatt zur Pflege- und Sozialinformatik wird der Frage nachgegangen inwieweit IT im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich die Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen erhöhen kann. Eine Industrieausstellung und eine Posterpräsentation runden das umfangreiche Programm noch ab.

Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünsche ich eine spannende und informative Tagung und einen angenehmen Aufenthalt in der Universitätsstadt Hall.

Univ.-Prof. Dr. Sabine Schindler, Rektorin der UMIT

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich



IT im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich: Qualität und Effizienz durch IT?

Moderne Gesundheitsversorgung ist ohne den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie kaum mehr denkbar. Die IT nimmt jetzt zunehmend eine strategische Rolle ein und unterstützt die Prozessoptimierung, die Behandlungsplanung, die Arzneimitteltherapie, die Evaluation von Behandlungsergebnissen, die Qualitätssicherung, die Personalbedarfsermittlung und die Personalkostenberechnung. Des weiteren ermöglicht IT das Telemonitoring von Patient/innen und insbesondere auch die Kommunikation und Kooperation im multidisziplinären Behandlungsteam und über Einrichtungsgrenzen hinaus. Der Fachkongress „ENI: IT im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich“ lädt Sie herzlich ein, Einsatzmöglichkeiten, Qualitätsanforderungen, Nutzen und Risiken von Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich gemeinsam mit Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen zu diskutieren.

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

28. – 29.9.2015
UMIT, Hall in Tirol, Österreich



ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

KONGRESSSCHWERPUNKTE

1 IT in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

IT in stationären und ambulanten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, in Sozial- und Behinderteneinrichtungen, in Funktionsbereichen, in der intersektoralen Kommunikation, im häuslichen Umfeld

2 Auswahl, Einführung, Evaluation und Betrieb von IT

IT-Strategieentwicklung, Nutzer/-innen-gerechte Gestaltung von Gesundheits- und Pflege-IT, Usability, Prozessanalysen und Prozessoptimierung durch IT, Datenschutz und Datensicherheit, IT-Qualität, Evaluation von Kosten und Nutzen von IT, IT Migration, IT Governance, IT Compliance

3 Kennzahlensysteme

Ordnungssysteme und Klassifikationen, Standardisierung, Qualität der Dokumentation, Kennzahlen in der Pflege, Nursing Minimum Data Sets, Clinical Data Analytics, Data Warehousing

4 Neue Technologien

elektronische Fieberkurve, IT im Medikationsprozess, Gesundheits-IT im häuslichen Umfeld, elektronische Gesundheitsakten, mobile IT, Gesundheits-Apps, Robotik in der Pflege, AAL

5 IT und Informatik in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

IT-Ausbildungsempfehlungen, IT-Kompetenzen in der Pflege

6 Freie Themen.

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

ZIELGRUPPEN DES KONGRESSES

Der Kongress richtet sich an alle Personen aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich, welche IT-Systeme entwickeln, einsetzen, auswählen, einführen, betreiben, evaluieren oder lehren, insbesondere:

- Praktiker/-innen und Anwender/-innen oder Key User aus den Pflegeberufen und aus anderen Gesundheits- und Sozialberufen (z. B. soziale Arbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, dem Hebammen- und Rettungswesen);
- IT-Fachleute aus der Industrie oder aus Gesundheitseinrichtungen;
- Führungskräfte und andere Entscheidungsträger;
- Wissenschaftler/-innen;
- Lehrpersonen und Studierende.

KONGRESSORT

Der Universitätscampus der UMIT in Hall in Tirol:

UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik GmbH
Eduard Wallnöfer-Zentrum 1
A-6060 Hall in Tirol
www.umat.at

Als moderne Gesundheitsuniversität hat sich die UMIT in Hall in Tirol auf die neuen Berufs- und Forschungsfelder und damit auch auf die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen und der Technik spezialisiert. In enger Kooperation mit der Medizinischen Universität Innsbruck und mit der Leopold-Franzens Universität Innsbruck bietet die UMIT Forschung und Lehre auf höchstem Niveau. Die Universität befindet sich zu 100 Prozent im Besitz des Landes Tirol.




bisherige ENI-Kongresse

2002: USZ Zürich | 2003: FH Frankfurt | 2004: LKI Innsbruck | 2005: USZ Zürich | 2006: FH Osnabrück | 2007: LKI Innsbruck | 2008: FH Münster

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

ENI steht für European Nursing Informatics. Dieser Name setzt die lange Tradition der ENI-Tagungen fort, welche von 2002 bis 2008 in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit Erfolg stattgefunden haben. Diese Tradition möchten wir jetzt - nach einer Pause zwischen 2009 und 2014 - mit der ENI 2015 als 8. ENI-Tagung fortsetzen. Wir haben uns entschieden, den Kongress jetzt "Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich" zu nennen und so diesen breiten Fokus explizit deutlich zu machen. Die bewährte und bekannte Abkürzung "ENI" behalten wir aber natürlich bei.

-  Vorträge, Poster und Workshops, Pre-Conference und Abendprogramm
-  Documentation Challenge führender Softwareunternehmen
-  Industrieausstellung

Vorträge

Die diesjährige ENI bietet Vorträge aus den Bereichen „**Best-Practice-Projekte**“, „**Wissenschaftliche Vorträge**“ sowie „**Erfahrungsberichte**“. Diese sind im Programm entsprechend farblich markiert.

Workshops

In vertiefenden Fachworkshops bietet die ENI 2015 weitere Themen an. Die Workshops sind interaktiv ausgerichtet.

Documentation Challenge

Auf der „Documentation Challenge“ demonstrieren Hersteller ihre Software unter Echt-Bedingungen anhand eines praxisnahen Anwendungsfalls. Die Challenge bietet einen professionellen Rahmen, um Softwarelösungen kennen zu lernen.

Pre-Conference

Am Vortag der ENI bieten wir die Pre-Conference „Walk&Talk“ an. Gemeinsam mit Teilnehmer/innen, Aussteller/innen und Referent/innen wandern wir auf eine zünftige Alm – Willkommensgetränk inklusive!

Industrieausstellung

Die ENI 2015 wird durch eine umfangreiche Industrieausstellung ergänzt. Neben Softwareanbietern finden sich Verlage, Buchhandlungen und weitere Anbieter rund um die IT im Gesundheitsbereich.

Abendprogramm

Wir laden Sie ein zum ENI-Dinner in das mittelalterliche Ambiente der historischen Burg Hasegg. Preis inkl. Abendessen & Welcome-Getränk: 49.- €.

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

TAGUNGSLEITUNG



Prof. Dr. Elske Ammenwerth

Prof. Dr. Elske Ammenwerth ist Medizininformatikerin und hat an der Universität Heidelberg promoviert. Seit 2001 arbeitet sie an der Tiroler Gesundheitsuniversität UMIT. Sie leitet dort das Institut für Biomedizinische Informatik. Ihre Forschungsgebiete umfassen Pflege- und Gesundheitsinformatik, Management und Evaluation von Informationssystemen sowie IT in der Arzneimitteltherapie. Sie ist International Fellow des American College of Medical Informatics und Leiterin bzw. stellv. Leiterin der GMDS-AG Arzneimittelinformationssysteme, der GMDS-AG Pflegeinformatik, des Arbeitskreises Medizinische Informatik von OCG/ÖGBMT sowie der Arbeitsgruppe "IT Evaluierung" der European Federation for Medical Informatics.

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT



Mag. Beate Czegka, Tiroler Landeskrankenanstalten

DGKS Mag. Beate Czegka, MAS ist seit 2013 Abteilungsvorständin Pflegemanagement in der Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK). Zuvor war sie 5 Jahre lang im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien und vier Jahre lang im A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen in Klagenfurt als Pflegedirektorin tätig.



Dr. Inge Eberl, Klinikum der Universität München

Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege; 2004 bis 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahere Pflege an der Privaten Universität Witten/Herdecke; seit 2004 Pflegewissenschaftlerin am Klinikum der Universität München; seit 2010 Leiterin der Stabstelle Pflegewissenschaft, Pflegedirektion, am Klinikum der Universität München. Forschungsschwerpunkte sind Family Health Nursing, Erfassung des Pflegeaufwands bei DRGs, Pflegerische Klassifikationssysteme und pflegerische Leistungserfassung, Implementierungs- und Evaluationsforschung.



Dr. Werner Hackl, UMIT Hall in Tirol

Dr. Werner Hackl ist Universitätsassistent am Institut für Biomedizinische Informatik an der UMIT. Er hat medizinische und biomedizinische Informatik studiert und zum Thema der Sekundärnutzung medizinischer und pflegerischer Daten promoviert. Seine Forschungsinteressen umfassen den Aufbau von Informationssystemen zur Analyse pflegerischer und medizinischer Daten sowie IT zur Unterstützung der Medikationssicherheit. Die Untersuchung von Erfolgsfaktoren und Wandlungsbarrieren für IT-Innovationen im Gesundheitswesen bildet einen weiteren Schwerpunkt seiner Arbeit.

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich



Prof. Dr. Ursula Hübner, Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Ursula Hübner forscht und lehrt an der Hochschule Osnabrück als Professorin für Medizinische und Gesundheitsinformatik und Quantitative Methoden. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind die interprofessionelle Versorgungskontinuität und IT Adoption und Benchmarking. Als sie 1997 an die Hochschule Osnabrück berufen wurde, was sie die erste Professorin in Deutschland, die Pflegeinformatik lehrte.



Prof. Manfred Hülsken-Giesler, Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Gesundheits- und Krankenpfleger, Studium der Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaften, Erziehungs- und Gesellschaftswissenschaften. Seit 2013 Lehrstuhl für „Gemeindenaher Pflege“ an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) und Sprecher der DGP-Sektion „Entwicklung und Folgen von Technik und Informatik in der Pflege“.



Prof. Dr. Guido Kempter, Fachhochschule Vorarlberg

Studium der Psychologie, Promotion 1993, seit 2000 Hochschullehrer für Psychologie an der Fachhochschule Vorarlberg. Seit 2003 Leiter des interdisziplinären Forschungszentrums für Nutzerzentrierte Technologien und seit 2008 Leiter des Departments für Gestaltung und mediale Kommunikation an der Fachhochschule Vorarlberg. Mitbegründer des Arbeitskreis „Usability & Human Computer Interaction“ in der Österreichischen Computer Gesellschaft.



Prof. Dr. Peter König, Hochschule Furtwangen

Studium des Pflegemanagements und der Pflegewissenschaft. Seit 2014 Professor für Pflege und Rehabilitationsmanagement an der Hochschule Furtwangen. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen Evidenzbasierte Pflege, assistive Technologien bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie Klassifikationen und Terminologien.



Prof. Helmut Kreidenweis, Kathol. Universität Eichstätt-Ingolstadt

Dipl.Päd., Dipl. Soz.päd. (FH), ist seit 2006 Professor für Sozialinformatik an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, seit 2010 Gründer und Vorstandsmitglied des Fachverbandes für IT in Sozialwirtschaft und Sozialverwaltung FINSOZ e.V. und seit 1998 Inhaber von KI Consult, IT-Beratung für soziale Organisationen.

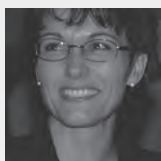


Dr. Robert Mischak, FH Joanneum Graz

Robert Mischak, geboren in Graz, hat sein Doktorat in Maschinenbau-Wirtschaft absolviert. Nach einer dreijährigen Tätigkeit in einer Forschungsgruppe an der Karl-Franzens-Universität Graz zum Thema LKF hat er als Controllingleiter der Finanzdirektion der KAGes gearbeitet und später in der selben Position in der Merkur Versicherung. In dieser Zeit hat er berufsbegleitend Public Health studiert, aktuell ist er Institutsleiter für eHealth an der FH JOANNEUM.

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich



Prof. Dr. Maria Müller Staub, Stadtpital Waid Zürich & Hanze University Groningen

Maria Müller Staub (PhD, RN, FEANS) ist Leiterin Pflegeentwicklung am Waidspital und Professorin am Lehrstuhl für Pflegediagnostik. Ihre Schwerpunkte in Lehre und Forschung sind Pflegediagnosen, kritisches Denken, klinische Entscheidungsfindung, DRG und elektronische Klinikinformationssysteme.



Prof. Dr. Rüdiger Ostermann, Fachhochschule Münster

Rüdiger Ostermann ist Diplom-Statistiker (Studium Angewandte Statistik mit Nebenfach Informatik an der Universität Dortmund) und promovierte auch dort 1987. Danach war er in verschiedenen Positionen an der Universität Siegen tätig und auch Mitglied des Zentrums für Planung und Evaluation Sozialer Dienste. Seit 2002 ist er Professor für Informatik und Statistik im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Münster – dort seit 2006 Dekan. Von 2011–2013 war er Mitglied der Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft.



Mag. Renate Ranegger, Steiermärkische KAGes

DGKS Mag. Renate Ranegger, BSc, ist seit 2010 in der Steiermärkischen KAGes im Bereich EDV-Pflegeentwicklung und -controlling (IT-gestützte Pflegedokumentation, Entwicklung der Pflegeklassifikation DiZiMa®, Analyse von pflegerischen Routinedaten) tätig. Derzeit ist sie Doktorandin im Studiengang Gesundheitsinformationssysteme an der UMIT in Hall in Tirol.



Dr. Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Studium der Soziologie und Pflegewissenschaft. Angestellt bei Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Abteilung Gesundheitsberufe.



Prof. Dr. Sabine Steffan, Akkon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Sabine Steffan als promovierte Diplom-Pflegewirtin ist seit 2013 an der Akkon Hochschule für Humanwissenschaften in Berlin als Professorin tätig. Zuvor baute sie eine Berufsfachschule für Altenpflege auf und leitete diese drei Jahre lang. Davor war sie mehrere Jahre im Pflege- und Funktionsbereich der Charité tätig.



Prof. Dr. Christa Them, UMIT Hall in Tirol

Christa Them habilitierte 2003 im Fach Gesundheitswissenschaften – mit Schwerpunkt Pflegewissenschaft an der UMIT. 2006 wurde sie zur Professorin der Pflegewissenschaft an der UMIT ernannt und leitet seitdem das Department Pflegewissenschaft und Gerontologie. Ihre Forschungsschwerpunkte sind: Pflegepädagogik, Pflege und Betreuung älterer Menschen (mit chronischen Erkrankungen).

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

SPONSOREN & AUSSTELLER



Gefördert von

Land Tirol



Recom GmbH

D-Kassel

www.recom.eu



LEP GmbH

CH-St. Gallen

www.lep.ch



Standard Systeme GmbH

A-Linz

www.standardsysteme.at



ePACC

D-Wiesbaden

www.epa-cc.de



opta data Abrechnungs GmbH

A-Linz

www.optadata.at



Weil wir Sie verstehen.

Professional Clinical Software GmbH

A-Klagenfurt

www.pcs.at



Care Solutions

A-Veit/Clan

www.caresolutions.at



K.I.S. Krankenhaus Informations Systeme GmbH

A-Wien

www.kis.at



CareSocial GmbH

Software für ambulante Pflegedienste

D-Dresden

www.caresocial.de



Sanalogic GmbH

D-Niederolm

www.sanalogic.com



eBC e.U. - eBusiness Consulting

A-Ried/Riedmark

www.ebc.b



IT-Lösungen für Kliniken, Soziales und Labore

CGM Systema

D-Koblenz

www.systema.de



FHS St. Pölten

AT- St. Pölten

www.fhstp.ac.at



atacama Software GmbH

D-Bremen

www.atacama.de



Telematik-Markt

D-Hamburg

telematik-markt.de



Standortagentur Tirol

Standortagentur Tirol für Wirtschaft und Wissenschaft

www.standort-tirol.at



ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

PRE-CONFERENCE

SONNTAG, 27. SEPTEMBER 2015

Für alle, die schon vor Montag zur ENI anreisen und die Gelegenheit nutzen wollen, bereits erste Kontakte zu knüpfen und dabei die herrliche Tiroler Bergwelt zu genießen, bieten wir eine Wanderung auf die Arzler Alm an. Die Arzler Alm liegt in bester Sonnenlage auf 1067 m hoch über Innsbruck und zählt zu den beliebtesten Ausflugszielen in der Region.

**MONTAG,
28. SEPTEMBER 2015**

	SR 101	HS 001	SR105	SR 106	SR 104	Aula
12.30 Uhr 90 min.		Eröffnung der ENI 2015 Keynote				Industrieausstellung
14.00 Uhr 30 min.	Pause					
14.30 Uhr 90 min.	Einführung IT-gestützter Pflegedokumentation	Documentation Challenge	Elektronische Gesundheitsakte und Telematik	Zukunftswerkstatt: Pflege- und Sozialinformatik 2030	IT als Thema und Werkzeug in Aus- und Fortbildung	
16.00 Uhr 30 min.	Pause					
16.30 Uhr 90 min.	IT-gestützte Pflegedokumentation in der Routine	Documentation Challenge	Workshop: Weiterbildung in der Pflegeinformatik	IT-Unterstützung für das Pflegemanagement		

**DIENSTAG,
29. SEPTEMBER 2015**

	HS 002	HS 001	SR101	SR 105	SR 109	Aula
8.30 Uhr 30 min.						Industrieausstellung
9.00 Uhr 90 min.	Ambient Assisted Living 1	Documentation Challenge	Kurzpräsentationen zur Posterausstellung	Monitoring von Qualität und Effizienz	Workshop: Pflegedaten intelligent nutzen	
10.30 Uhr 30 min.	Pause und Posterbegehung					
11.00 Uhr 90 min.	Ambient Assisted Living 2	Documentation Challenge	Wissensmanagement und Pflegeklassifikationen	Zukunftswerkstatt: Pflege- und Sozialinformatik 2030	Workshop: IT-Risikomanagement	
12.30 Uhr 60 min.	Pause					
13.30 Uhr 90 min.	Interdisziplinäre nutzerorientierte Softwareentwicklung	Documentation Challenge	Nutzung von Sekundärdaten	Workshop: Arbeiten mit ENP		
15.00 Uhr 30 min.	Pause					
15.30 Uhr 60 min.		Keynote Preisvergabe Abschluss				










ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Montag, 28. September 2015








Documentation Challenge – Patientenübergreifende Auswertungen der Pflegedokumentation für Pflegemanagement und Qualitätssicherung

Moderation: Werner Hackl

 HS 001	
 14.30 Uhr  5 min.	Impulsvortrag: Pflegedaten. Goldmine oder Tretmine? (W. Hackl)
 14.35 Uhr  25 min.	atacama Software GmbH
 15.05 Uhr  25 min.	Cerner Österreich GmbH
 15.35 Uhr  25 min.	bayonet AG

Documentation Challenge – Einsatz von Sensortechnik im häuslichen Bereich und in der Langzeitpflege




















Moderation: Peter König

 HS 001	
 16.30 Uhr  25 min.	Impulsvortrag: Einsatz von Sensortechnik in der häuslichen Pflege – Forschungsvision und Realität in der Praxis (Ch. Kunze)
 17.00 Uhr  25 min.	LOIDL Consulting GmbH und CareCenter Software GmbH
 17.30 Uhr  25 min.	ITH ICOSERVE

Dienstag, 29. September 2015

Documentation Challenge: Elektronische Pflegedokumentation im klinischen sowie extramuralen Bereich und in der Langzeitpflege

Moderation: Renate Ranegger, Inge Eberl

 HS 001	
 9.00 Uhr  25 min.	Impulsvortrag: Entscheidungsmacht und Handlungskontrolle im Rahmen IT-gestützter Dokumentationssysteme (E. Rappold)
 9.30 Uhr  25 min.	WigaSoft AG (Settingübergreifend)
 10.00 Uhr  25 min.	Recom GmbH (Settingübergreifend)
	PAUSE
 11.00 Uhr  25 min.	Meierhofer AG (Klinisches Setting)
 11.30 Uhr  25 min.	Care Solutions GmbH (Klinisches Setting)
 12.00 Uhr  25 min.	K.I.S. Krankenhaus Informations Systeme GmbH (Klinisches Setting)
	PAUSE
 13.30 Uhr  25 min.	Standard Systeme GmbH / opta data Abrechnungs GmbH (Langzeitpflege)
 14.00 Uhr  25 min.	Sanocon Software AG (Langzeitpflege)
 14.30 Uhr  25 min.	CareCenter Software GmbH (Langzeitpflege)

Montag, 28. September 2015

Eröffnung der ENI 2015

Moderation: Andreas Lauterbach

HS 001

12.30 Uhr
30 min.

Eröffnung der ENI 2015

Begrüßungsworte Prof. Dr. Elske Ammenwerth, UMIT, Tagungsleiterin

Begrüßungsworte Dr. Bernhard Tilg, Landesrat für Gesundheit Tirol

Begrüßungsworte Prof. Dr. Sabine Schindler, Rektorin der UMIT

13.00 Uhr
60 min.

Keynote:

Technologische Innovationen in der Pflege von morgen

Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler, Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar



Gesundheits- und Krankenpfleger, Studium der Pflegewissenschaft, Sozialwissenschaften, Erziehungs- und Gesellschaftswissenschaften. Seit 2013 Lehrstuhl für „Gemeindenaher Pflege“ an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar. Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) und Sprecher der DGP-Sektion „Entwicklung und Folgen von Technik und Informatik in der Pflege“.

Technologische Innovationen werden in der Pflege zukünftig eine prominente Rolle spielen. Bereits heute ist absehbar, dass sich in diesem Zusammenhang Aufgabenprofile, Arbeitsprozesse und ggf. auch berufliches Selbstverständnis der professionellen Pflege verändern werden. Vor diesem Hintergrund sind nicht nur einzelne Technologien auf ihren Innovationsgehalt, auf Möglichkeiten und Begrenzungen im Kontext der Pflegearbeit zu befragen. Vielmehr ist stetig zu prüfen, in wie weit sich die Weiterentwicklung der Pflege prominent an den Zyklen der Technologieentwicklung ausrichtet oder aber diese ggf. auch prominent beeinflussen kann, sich also Technikentwicklung auf Vorstellungen einer Pflege von morgen einlässt. Ein Ausblick auf die Pflege im Jahr 2050 soll Inspirationen dazu liefern, Debatten dieser Art offensiv und transdisziplinär voranzutreiben.

Montag, 28. September 2015

Documentation Challenge: Patientenübergreifende Auswertungen der Pflegedokumentation für Pflegemanagement und Qualitätssicherung

Moderation: Werner Hackl

HS 001

14.30 Uhr
90 min.

Patientenübergreifende Auswertungen der Pflegedokumentation für Pflegemanagement und Qualitätssicherung

Die Documentation Challenge, welche im Rahmen des Kongresses ENI2015 stattfinden wird, bietet eine Plattform, um verschiedene IT-Lösungen aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich unter vergleichbaren Bedingungen bei der Lösung von praxisnahen Aufgaben (Nutzungsszenario) vorzustellen.

In der Documentation Challenge zeigen Anbieter von Informationssystemen für den Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich anhand eines vorgegebenen Szenarios die Funktionalitäten ihrer Produkte im Rahmen vorgegebener Themen in einer Live-Präsentation.

Die Zuhörer der Documentation Challenge können so die Verfügbarkeit von Funktionen, den Aufwand für die Erledigung von Aufgaben sowie das „Look-and-Feel“ der vorgestellten IT-Lösungen unmittelbar miteinander vergleichen. Die Documentation Challenge bietet Entscheidungsträgern aus Gesundheit-, Pflege- und Sozialeinrichtungen die Möglichkeit, das Produkt hinsichtlich der Eignung für das eigene Setting unter vergleichbaren Bedingungen zu beurteilen und unterstützt so einen systematischen Entscheidungs- und Auswahlprozess.

Der Schwerpunkt dieser Documentation Challenge liegt auf der Darstellung der Möglichkeiten, vorliegende Daten zu einzelnen Patienten und deren Behandlungsfällen (z.B. aus der elektronischen Pflegedokumentation, aus diversen Assessment-Instrumenten, aus medizinischen Dokumentationssystemen, aus Leistungserfassungs- und Abrechnungssystemen, etc.) für patientenübergreifende Analysen und Auswertungen in den Bereichen 1) Pflegemanagement und 2) Qualitätssicherung in der Pflege wieder zu verwenden.

Eine Übersicht der Teilnehmer befindet sich auf Seite 15.




ENI 2015



8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Montag, 28. September 2015

Einführung IT-gestützter Pflegedokumentation

Moderation: Rüdiger Ostermann, Anke Simon

 SR101

 14.30 Uhr
 90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Best-Practice Projekt

Einführung IT-gestützter Pflegedokumentation in der stationären Altenhilfe: Bedeutung und Veränderung im Pflegealltag. (Anne Meißner, Universität Witten/Herdecke; Wilfried Schnepf, Universität Witten/Herdecke)

Erfahrungsbericht zur IT-Nutzung in der klinischen Pflegepraxis am Universitätsklinikum Erlangen. (Daniela Stadler, Universitätsklinikum Erlangen; Christine Fiedler, Universitätsklinikum Erlangen)

Patientenversorgung im Fokus: Modernisierung eines Pflegedokumentationssystems. (Anja Schmidt, Universitätsklinikum Halle (Saale); Thomas Giesel, Universitätsklinikum Halle (Saale))

Kontinuierliche Klink Beratung im Kontext medizinischer Applikationen an einem Universitätsspital – vom einzelnen Insel zum integrierten Atoll. (Christian Studer, Inselspital, Universitätsspital Bern)

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Montag, 28. September 2015

Elektronische Gesundheitsakte und Telematik

Moderation: Ursula Hübner, Anne Vollmer

SR 105

14.30 Uhr
90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Best-Practice Projekt

Die elektr. Gesundheitsakte ELGA und ihre Umsetzung in Tirol (Christian Stark, Tirol Kliniken, Innsbruck)

Auf dem Weg zu einer selbstbestimmten Gestaltung der gesundheitlichen Lebenssituation – Chancen und Herausforderungen der persönlichen Gesundheitsakte. (Sabrina Pohlmann, Universitätsklinikum Heidelberg; Ines Baudendistel, Universitätsklinikum Heidelberg; Eva Winkler, Universitätsklinikum Heidelberg; Oliver Heinze, Universitätsklinikum Heidelberg; Aline Kunz, Universitätsklinikum Heidelberg; Martina Kamradt, Universitätsklinikum Heidelberg; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg; Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg)

Implementierung des ELGA-Pflege-Entlassungsbrieft in der Steiermärkischen Krankenhausgesellschaft m.b.H. (Renate Ranegger, Steiermärkische Krankenhausgesellschaft m.b.H.; Birgit Fürst, Steiermärkische Krankenhausgesellschaft m.b.H.; Markus Pedevilla, Steiermärkische Krankenhausgesellschaft m.b.H.)

Untersuchung der Machbarkeit und Nützlichkeit des ePflegerichts in der deutschen Telematik-Infrastruktur. (Georg Schulte, Hochschule Osnabrück; Ursula Hübner, Hochschule Osnabrück; Björn Sellemann, Universitätsmedizin Göttingen; Nicole Egbert, Hochschule Osnabrück; Matthias Quade, Universitätsmedizin Göttingen; Thorsten Rottmann, Universitätsmedizin Göttingen; Matthias Fenske, Diakoniewerk Osnabrück gGmbH; Raik Kuhlisch, Fraunhofer FOKUS; Otto Rienhoff, Universitätsmedizin Göttingen)

Implementierung einer praxisnetzbasierter, softwaregestützter Case Management Intervention am Bsp. von multimorbiden Patienten mit Diabetes mellitus Typ II. (Martina Kamradt, Universitätsklinikum Heidelberg; Johannes Krisam, Universitätsklinikum Heidelberg; Werner Besier, Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.; Christian Jacke, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit; Hans-Joachim Salize, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit; Ralf Brandner, InterComponentWare AG; Sandra Schmitt, InterComponentWare AG; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg; Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg)

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Montag, 28. September 2015

IT als Thema und Werkzeug in Aus- und Fortbildung

Moderation: Robert Mischak, Christophe Kunze

SR 104

14.30 Uhr
90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Best-Practice Projekt

Vermittlung von Kompetenzen zur Technikgestaltung in pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen: Motivation, Konzept und Erfahrungen. (Christophe Kunze, Hochschule Furtwangen)

Angewandte Informatik als Ausbildungschance für Pflege- und MTD-Berufe im deutschsprachigen Raum. (Robert Mischak, Institut eHealth)

Digitale Medien für eine evidenzbasierte Pflege – Exemplarische Konzepte zum Einsatz von Mediencoaches in Pflegebildung und Pflegepraxis. (Anna-Maria Kamin Kamin, Universität Paderborn; Agnes-Dorothee Greiner, Universität Bremen; Dorothee M. Meister, Universität Paderborn; Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen)

Realisierung eines Online-Pflegekurses für pflegende Angehörige. (Prof. Dr. Matthias Zündel, Hochschule Bremen (University of Applied Sciences); Florian Caspari, Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer mbH; Elisabeth Rother, Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer mbH)

TABLU – ein niedrigschwelliges technisches Assistenzsystem im Bereich der informellen Pflege. (Jutta Mohr, Universitätsklinikum Tübingen; Tamara Gund, Universitätsklinikum Tübingen; Petra Renz, Universitätsklinikum Tübingen; Christiane Graboski, Deutsches Rotes Kreuz; Isabell Kämmerle, Altenhilfe Tübingen gGmbH; Lisa Haug, Eberhard Karls Universität Tübingen; Thomas Heine, Eberhard Karls Universität Tübingen; Jessica Bensen, LUNAR EUROPE GMBH; Matthias Vogel, gameworker)

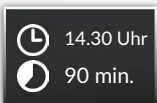
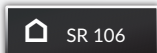
ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Montag, 28. September 2015

Zukunftswerkstatt: Pflege- und Sozialinformatik im Jahre 2030

Moderation: Elske Ammenwerth



Die Anzahl der verfügbaren Plätze ist begrenzt! Bitte melden Sie sich unter

[www.kongress-eni.eu/
programm-eni0215/
workshopanmeldung](http://www.kongress-eni.eu/programm-eni0215/workshopanmeldung)

online für diesen Workshop an.

Zukunftsszenarien für den Einsatz der Pflege- und Sozialinformatik in der Gesundheitsversorgung stehen im Spannungsfeld verschiedener wissenschaftlicher, technologischer, politischer und rechtlicher Entwicklungen. Fortschritte sind oft nur schleppend. Die ENI2015 widmet daher der Zukunft das innovative Format einer „Zukunftswerkstatt“.

In dieser Zukunftswerkstatt werden am 1. Kongresstag eingeladene Expert/inn/en gemeinsam mit den Kongressteilnehmer/innen in Kleingruppen Szenarien für die zukunftsfähige Entwicklung der Pflege- und Sozialinformatik und für den zukünftigen Einsatz entsprechender Anwendungen in der Gesundheitsversorgung entwickeln. Die Ergebnisse werden dann am 2. Kongresstag dem Kongresspublikum öffentlich präsentiert und zur Diskussion gestellt.

Ablauf des 1. Teils der Zukunftswerkstatt:

Eingeladene Expert/inn/en bringen zunächst einen Gegenstand mit, der für sie die Zukunft der Pflege- und Sozialinformatik symbolisiert. Die Expert/inn/en und KongressteilnehmerInnen erarbeiten dann in Kleingruppen Szenarien für die zukunftsfähige Entwicklung der Pflege- und Sozialinformatik und für den zukünftigen Einsatz entsprechender Anwendungen in der Gesundheitsversorgung.

Hinweis: Die Präsentation der Ergebnisse findet im 2. Teil der Zukunftswerkstatt am Dienstag, 29. September, 11 Uhr statt.

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Montag, 28. September 2015

IT-Unterstützung für das Pflegemanagement

Moderation: Inge Eberl, Karin Wolf-Ostermann

SR 106

16.30 Uhr

90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Kennzahlengestützte Entscheidungsfindung – von Daten zum Wissen. (Yvonne Dintelmann, Hochtaunus-Kliniken gGmbH; Madlen Fiebig, ePA-CC GmbH)

Patientenversorgung im Fokus: Entwicklung des Berichtswesens hin zum Pflege-Controlling. (Thomas Giesel, Universitätsklinikum Halle (Saale); Anja Schmidt, Universitätsklinikum Halle (Saale))

Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) in die elektronische Pflegedokumentation am Universitätsklinikum Erlangen. (Christine Fiedler, Universitätsklinikum Erlangen; Daniela Stadler, Universitätsklinikum Erlangen)

Das NursingDRG Projekt. (Dieter Baumberger, SBK, SVPL; Dante Cheda, SBK, SVPL; Alain Junger, Projekt NursingDRG; Walter Bosshard, Projekt NursingDRG; Yvonne Ribi, SBK, SVPL)

Automatisierte Nutzung von Pflegeinterventionsdaten für Nursing Minimum Data Sets. (Renate Ranegger, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.; Inge Eberl, Klinikum der Universität München; Dieter Baumberger, LEP AG)

Zeit- und Kostenoptimierung im Pflegedienst mit Einführung eines planungsgestützten Abrechnungstools – Ein Praxisbeispiel. (Perdita Neumann, TU Dresden)

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Montag, 28. September 2015

IT-gestützte Pflegedokumentation in der Routine

Moderation: Christa Them, Peter Tackenberg

SR 101

16.30 Uhr
90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Best-Practice Projekt

Der Nutzen multiprofessioneller elektronischer Dokumentation für Patientenversorgung, Prozessoptimierung sowie Pflege- und Versorgungsforschung in einer deutschen Universitätsklinik.

(Christian Dahlmann, Universitätsklinikum Essen)

Organisatorische Rahmenbedingungen der elektronischen Pflegedokumentation in einem amerikanischen Krankenhaus. (Anne-Maria Vollmer, Universität Erlangen-Nürnberg)

Patientenversorgung im Fokus: IT-Service als wichtiger Partner. (Frank Lippert, Universitätsklinikum Halle (Saale); Anja Schmidt, Universitätsklinikum Halle (Saale))


Sturz – ein Ereignis mit konstruktivem Potential. (Elfriede Binder, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien)


A multi-centred empirical study to measure and validate user satisfaction with hospital information services in Australia and Germany. (Anke Simon, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart; Margrit Ebinger, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart; Bettina Flaiz, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart; Katrin Heeskens, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart)

Montag, 28. September 2015

Workshop: Weiterbildung in der Pflegeinformatik

Organisation: Ursula Hübner, Elske Ammenwerth, Georg Schulte, Werner Hackl

 SR105

 16.30 Uhr

 90 min.

Die Anzahl der verfügbaren Plätze ist begrenzt! Bitte melden Sie sich unter

[www.kongress-eni.eu/
programm-eni0215/
workshopanmeldung](http://www.kongress-eni.eu/programm-eni0215/workshopanmeldung)

online für diesen Workshop an.

Ziel des Workshops: Ziel des Workshops ist es, eine Kompetenzmatrix für Pflegeinformatik vorzustellen, die auf Basis einer internationalen Literaturrecherche und einer deutsch-österreichisch-schweizerischen Befragung erstellt wurde. Es wird gezeigt, wie aus dieser Kompetenzmatrix Weiterbildungsmodulare entwickelt und diese zu einem Curriculum zusammengestellt werden können. Die Kompetenzmatrix sieht unterschiedliche Einsatzfelder von Pflegeinformatik in der Pflege vor, nämlich Pflegemanagement, Qualitätssicherung und pflegerisches IT-Management. Ferner ist es das Ziel des Workshops, die Kompetenzmatrix mit den Workshop-Teilnehmern in Fokusgruppen zu diskutieren.

Zielgruppe des Workshops: Der Workshop richtet sich an alle Personen, die in irgendeiner Weise Weiterbildungsangebote in der Pflege konzipieren, erstellen und durchführen beziehungsweise an diesem Thema interessiert sind.

Ablauf des Workshops

- 1 Vorstellung der Kompetenzmatrix: Hintergrund, Methodik, Inhalte und Nutzung
- 2 Fragen und Antworten
- 3 Moderierte Diskussion zur Relevanz der Kompetenzen, ihrer Zuordnung zu den Einsatzfeldern von Pflegeinformatik und ihrer Ausgestaltung
- 4 Fazit

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Montag, 28. September 2015

Documentation Challenge: Einsatz von Sensortechnik im häuslichen Bereich und in der Langzeitpflege

Moderation: Peter König

HS 001

16.30 Uhr

90 min.

Einsatz von Sensortechnik im häuslichen Bereich und in der Langzeitpflege

Die Documentation Challenge, welche im Rahmen des Kongresses ENI2015 stattfinden wird, bietet eine Plattform, um verschiedene IT-Lösungen aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich unter vergleichbaren Bedingungen bei der Lösung von praxisnahen Aufgaben (Nutzungsszenario) vorzustellen.

In der Documentation Challenge zeigen Anbieter von Informationssystemen für den Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich anhand eines vorgegebenen Szenarios die Funktionalitäten ihrer Produkte im Rahmen vorgegebener Themen in einer Live-Präsentation.

Die Zuhörer der Documentation Challenge können so die Verfügbarkeit von Funktionen, den Aufwand für die Erledigung von Aufgaben sowie das „Look-and-Feel“ der vorgestellten IT-Lösungen unmittelbar miteinander vergleichen. Die Documentation Challenge bietet Entscheidungsträgern aus Gesundheit-, Pflege- und Sozialeinrichtungen die Möglichkeit, das Produkt hinsichtlich der Eignung für das eigene Setting unter vergleichbaren Bedingungen zu beurteilen und unterstützt so einen systematischen Entscheidungs- und Auswahlprozess.

Der Schwerpunkt dieser Documentation Challenge liegt auf der Darstellung der Möglichkeiten, wie Sensortechnik (elektronische Assistenzsysteme) mehr Sicherheit für KlientInnen, PatientInnen und BewohnerInnen mit sich bringt und wie das Personal im extramuralen sowie klinischen Setting bzw. im Langzeitpflegebereich unterstützt werden kann.

Eine Übersicht der Teilnehmer befindet sich auf Seite 15.



ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Dienstag, 29. September 2015

Ambient Assisted Living 1

Moderation: Maria Müller Staub, Bernd Seeberger

HS 002

9.00 Uhr
90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Technik, die gewollt ist – Ein Vergleich von Entwicklungsansätzen von Techniken zur Unterstützung von Menschen mit Demenz. (Johannes Hirsch, KIT)

Anforderungen an ein IT System zur Unterstützung des Nachtdienstes im Betreuten Wohnen und in Demenz-Wohngemeinschaften. (Paul Panek, TU Wien; Peter Mayer, TU Wien; Herwig Loidl, CareCenter Software GmbH; Katharina Werner, raltec – research group for assistive living technologies)

Nutzen eines Smart Bed Informationssystems in der Langzeitpflege von Demenzbetroffenen. (Mario Stark, FHS St. Gallen; Heidrun Gattinger, FHS St. Gallen; Virpi Hantikainen, FHS St. Gallen)

Mobility Monitor: APN-Schwerpunkte bezüglich Schlafqualität bei Menschen mit Demenz. (Maria Müller-Staub, Stadtspital Waid; Jeanine Altherr, Stadtspital Waid)

Sag mir: wo? – Ortungstechnologien in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. (Wolfgang Rob, ITH icoserve GmbH)

Effektive Unterstützung pflegender Angehöriger durch SmartWatches. (Klemens Waldhör, FOM Hochschule für Oekonomie & Management gemeinnützige GmbH; Rainer Lutze)

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Dienstag, 29. September 2015

Monitoring von Qualität und Effizienz

Moderation: Helmut Kreidenweis, Larissa Schwarzkopf

SR 105

9.00 Uhr
90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Best-Practice Projekt

IT-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Pflege – Erste Ergebnisse der MADRIC-Studie. (Karin Wolf-Ostermann, Universität Bremen; Johannes Gräske; Annika Schmidt; Andreas Worch)

Sektorenübergreifendes Qualitätsmonitoring und Public Reporting durch Kombination von Patientenbefragungen mit Routinedaten auf Basis einer Patientenmoderierten Elektronischen Patientenakte. (Stefan Nöst, Universitätsklinikum Heidelberg; Martina Kamradt, Universitätsklinikum Heidelberg; Mariell Hoffmann, Universitätsklinikum Heidelberg; Christina Reiß, Heidelberger Selbsthilfebüro; Björn Schreiweis, Universitätsklinikum Heidelberg; Katja Götz, Universitätsklinikum Heidelberg; Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg)

Peterchens Mondfahrt – Oder: Wie man mit Fachsoftware die Effizienz sozialer Organisationen steigern könnte. (Helmut Kreidenweis, Katholische Universität Eichstätt)

Ein IT-gestützter Report für die MDK-Prüfung in der stationären Altenhilfe. (Florian Niermann, Fachhochschule Münster; Mark Steinmann, Fachhochschule Münster; Katrin Garthaus, Fachhochschule Münster; Jennifer Kötter, Fachhochschule Münster; Pia Többen, Fachhochschule Münster)

Dienstag, 29. September

Documentation Challenge: Elektronische Pflegedokumentation im klinischen sowie extramuralen Bereich und in der Langzeitpflege

Moderation: Renate Ranegger, Inge Eberl

HS 001

9.00 Uhr
90 min.

11.00 Uhr
90 min.

13.30 Uhr
90 min.

Elektronische Pflegedokumentation im klinischen sowie extramuralen Bereich und in der Langzeitpflege

Die Documentation Challenge, welche im Rahmen des Kongresses ENI2015 stattfinden wird, bietet eine Plattform, um verschiedene IT-Lösungen aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich unter vergleichbaren Bedingungen bei der Lösung von praxisnahen Aufgaben (Nutzungsszenario) vorzustellen.

In der Documentation Challenge zeigen Anbieter von Informationssystemen für den Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich anhand eines vorgegebenen Szenarios die Funktionalitäten ihrer Produkte im Rahmen vorgegebener Themen in einer Live-Präsentation.

Die Zuhörer der Documentation Challenge können so die Verfügbarkeit von Funktionen, den Aufwand für die Erledigung von Aufgaben sowie das „Look-and-Feel“ der vorgestellten IT-Lösungen unmittelbar miteinander vergleichen. Die Documentation Challenge bietet Entscheidungsträgern aus Gesundheit-, Pflege- und Sozialeinrichtungen die Möglichkeit, das Produkt hinsichtlich der Eignung für das eigene Setting unter vergleichbaren Bedingungen zu beurteilen und unterstützt so einen systematischen Entscheidungs- und Auswahlprozess.

Der Schwerpunkt dieser Documentation Challenge liegt auf der Darstellung der möglichst vollständigen Abbildung von Dokumentations- und Kommunikationsvorgängen und bezieht sich auf drei Bereiche: den ambulanten (extramuralen) Bereich, das akutstationäre (klinische) Setting und/oder den Bereich der Langzeitpflege. Das Kernszenario bezieht sich auf einen Kunden/Patienten/Bewohner, der im Zuge seines Behandlungsprozesses in den drei angeführten Settings betreut wird.

Eine Übersicht der Teilnehmer befindet sich auf Seite 16.



ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Dienstag, 29. September 2015

Kurzpräsentationen zur Posterausstellung

Moderation: Manfred Hülsken-Giesler, Alexander Hörbst

SR101

9.00 Uhr
90 min.

Posterpreis der ENI2015

Unter allen Posterpräsentationen wird eine Jury den ENI-Posterpreis 2015 vergeben. Die Bewertung erfolgt nach Informationsgehalt und darstellerischer Qualität. Die Preisverleihung an die Gewinnerin/den Gewinner erfolgt bei der Abschlussitzung der ENI2015. Als Preis winken ein Bücherpaket aus dem Verlag hpsmedia im Wert von 200 Euro.

Die Autorinnen und Autoren der Poster stellen ihre Poster in jeweils 3-minütigen Kurzvorträgen dem Kongresspublikum vor. Im Anschluss (ab 10.30 Uhr) besteht im Rahmen die Möglichkeit, mit den Autorinnen und Autoren direkt am Poster zu diskutieren.

Die Pflegeklassifikation DiZiMa® – Aus der Praxis für die Praxis (Renate Ranegger, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.; Brigitte Walzl, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.)

IT als strategisches Werkzeug: Etablierung einer Balanced Scorecard (Christian Dr. Stoffers, St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH)

Eine systematische Untersuchung zum Implementierungsprozess der mobilen EDV-gestützten Pflegedokumentation im Bereich der ambulanten Pflege in der Landeshauptstadt München (Kathi Brockmann)

Unerfüllter Kinderwunsch im Netz: Online-Foren als Kanal des Peer-to-Peer-Wissenstransfers am Beispiel der Reproduktionsmedizin (Matthias Vernim, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg; Karsten Weber, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg; Sonja Haug, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg)

Entwicklung einer web-basierten Anwendung zur Vereinfachung und Standardisierung der Entwicklungsdokumentation von Säuglingen (Karin Messer-Misak, FH-JOANNEUM GmbH; Christoph Hammedinger)

Nebendiagnosen und Pflegeaufwand – Eine Analyse von LEP Nursing 3 Daten (Tobias Mai, Universitätsklinikum Frankfurt; Christa Flerchinger, Universitätsklinikum Frankfurt)

Entwicklung eines „Interactive Health Communication System“ für Patienten mit Biologika-Therapien. (Barbara Schärer, Inselspital, Universitätsspital Bern; Agnes Kocher, Inselspital, Universitätsspital Bern)

Schnittstellenübergreifendes Medikamentenmanagement in der Sozialwirtschaft. (Thomas Kirpal, CGM Systema GmbH)

KümmerCommunity: Verteiltes mobiles System zur Unterstützung und Kooperation informell pflegender Menschen. Nutzerzentriert von der ersten Idee bis zum geprüften Produkt. (Michaela Ramm, Hochschule Osnabrück; Elke Hotze, Hochschule Osnabrück)

Dienstag, 29. September 2015

Kurzpräsentationen zur Posterausstellung

Moderation: Manfred Hülsken-Giesler, Alexander Hörbst

SR101

9.00 Uhr
90 min.

Pseudonymisierungsdienst für Gesundheits- und Sozialdaten. (Peter Ihle, Universität zu Köln)

Electronic distribution of research evidence: International uptake of the Quality in Acute Stroke Care (QASC) trial – a cross-sectional survey. (Dominik Bruch, Nursing Research Institute; Cintia Martinez-Garduno, Nursing Research Institute; Simeon Dale, Nursing Research Institute; Sandy Middleton, Nursing Research Institute)

NetNursing das Krankenhaus im Wohnzimmer. (Christoph Bocksrucker, Hirslandenklinik Beau-Site Bern)

Patientenorientierte Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen: Das INFOPAT-Projekt. (Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg)

Prozessorientiertes Change Management durch Implementierung von E-Health-Lösungen in Gesundheitseinrichtungen. (Christoph Reichebner, UMIT)

Health Apps – Where ist the Quality? – Zertifizierung von Apps am Beispiel painApp. (Sven Kernebeck, Paracelsus Medizinische Universität; Sascha Quitter, Paracelsus Medizinische Universität; Andre Ewers, Paracelsus Medizinische Universität; Irmela Gnass, Paracelsus Medizinische Universität; Nina Schürholz, Paracelsus Medizinische Universität; Daniel Zenz, 2Smart-Q GmbH)

Distance Caregiving: Pflege-- und Hilfepotenziale über nationale Distanzen und internationale Grenzen hinweg

(Annette Franke, Evangelische Hochschule Ludwigsburg; Iren Bischofberger, Kalaidos Fachhochschule; Ulrich Otto, Kalaidos Fachhochschule)

Chancengerechtigkeit – Migration – Gesundheit. Videodolmetschen im Gesundheitswesen. (Sabine Parrag, Universität Wien)

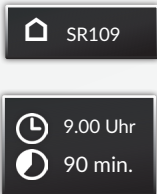
Die Brücke zum Erfolg – spezifisches Aufnahmeverfahren als Bridgingansatz für erfahrene Pflegende ohne Matura. (Alexander Kraus, Paracelsus Medizinische Privatuniversität; Diana Brodda, Paracelsus Medizinische Privatuniversität)

Lernoffensive für die Pflegeausbildung mit E-Learning: Qualitative Expertinnen- und Experteninterviews zu den Bedingungen und Voraussetzungen für eine nachhaltige Einführung von E-Learning in der Pflegeausbildung. (Christa Knigge, Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Krankenhaus Reinbek St. Adolf – Stift)

Dienstag, 29. September 2015

Workshop: Pflegedaten intelligent nutzen: Herausforderungen und Chancen der Sekundärnutzung von Routinedaten aus der Pflegedokumentation

Moderation: Werner Hackl



Organisator/inn/en

Dr. Werner Hackl (Senior Research Scientist, Institut für Biomedizinische Informatik, UMIT Hall in Tirol), Dr. Dieter Baumberger (Leiter Forschung und Entwicklung, LEP AG St. Gallen), Thomas Jucker (Leiter Abt. Leistungserfassung und Controlling der Direktion Pflege und medizinisch-therapeutischen und medizinisch-technischen Bereiche (DPM), UniversitätsSpital Zürich)

Ziel des Workshops

In der täglichen pflegerischen Routine entsteht durch diverse Dokumentationspflichten eine Fülle an Daten zu einzelnen Patienten und deren Behandlungsfällen. Durch die Einführung elektronischer Dokumentationssysteme können diese Routinedaten strukturiert erfasst und nicht nur für den aktuellen Behandlungsfall, sondern auch für eine Vielzahl von patientenübergreifenden Fragestellungen genutzt werden. Eine solche Wiederverwendung der dokumentierten Daten für Zwecke außerhalb des Pflegeprozesses (wie zum Beispiel pflegewissenschaftliche Forschung, Prozessmanagement- und -optimierung, Qualitäts- und Risikomanagement, Pflegecontrolling, Personaleinsatzplanung, Leistungstransparenz, Ressourcenallokation, etc.) wird als Sekundärnutzung bezeichnet.

Die Sekundärnutzung pflegerischer Routinedaten birgt großes Potenzial. Dem gegenüber stehen aber große Herausforderungen, die gelöst werden müssen, um die vorhandenen Daten sinnvoll nutzen zu können. Im Rahmen des Workshops werden drei ausgewiesene Experten aus Praxis und Forschung im Bereich der Sekundärnutzung pflegerischer Routinedaten in Impulsreferaten von ihren Erfahrungen berichten. Dann werden gemeinsam mit den Teilnehmer/innen die zentralen Chancen und Herausforderungen der Sekundärnutzung von pflegerischen Routinedaten herausgearbeitet und mögliche Lösungsstrategien für identifizierte Problemfelder aufgezeigt.

Zielgruppe des Workshops

Der Workshop richtet sich prinzipiell an alle Personen, die am Thema „Intelligente Nutzung von Pflegedaten“ interessiert sind. Insbesondere können sich Entscheidungsträger und Personen, die Managementaufgaben im Bereich der Pflege übernehmen, gezielt über Möglichkeiten und Grenzen der Sekundärdatenutzung in der Pflege informieren sowie interessante Erkenntnisse gewinnen.

Ablauf des Workshops

- 1 Impulsvortrag „Chancen“ (D Baumberger): Chancen der Sekundärnutzung von Routinedaten für wen?
- 2 Impulsvortrag „Praxiseinblick“ (T Jucker): Sekundärnutzung von Routinedaten im UniversitätsSpital Zürich
- 3 Impulsvortrag „Herausforderungen und Lösungsstrategien“ (W Hackl): Failing to plan is planning to fail: Strategien gegen das Scheitern bei der Sekundärnutzung pflegerischer Routinedaten
- 4 Aktivierung der TeilnehmerInnen: Moderierte Diskussion zur Synopsis der drei Impulsvorträge und zur Detektion weiterer Einsatzmöglichkeiten bzw. Problemfelder. Diskussion möglicher Lösungen für die aufgezeigten Probleme und Herausforderungen

Die Anzahl der verfügbaren Plätze ist begrenzt! Bitte melden Sie sich unter www.kongress-eni.eu/programm-eni0215/workshopanmeldung

online für diesen Workshop an.

Dienstag, 29. September 2015

Wissensmanagement und Pflegeklassifikationen

Moderation: Elisabeth Rappold, Daniela Deufert

SR101

11.00 Uhr
90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Best-Practice Projekt

Einsatzmöglichkeiten von Wissensmanagementsystemen zur Lösung von Problemen in der stationären Krankenpflege. (Johannes Krell, Technische Universität München)

Eine IT-Unterstützung bei der Einführung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“. (Antonino Mendolia; Marleen Meissner; Gülay Mizrak, Fachhochschule Münster; Paula Cipsler, Fachhochschule Münster; Jennifer Lauber)

Der steile Weg zu Qualität: Die systematische Weiterentwicklung und Validierung von ENP-Praxisleitlinien am Beispiel von Schluckstörungen. (Sebastian Kraus, RECOM GmbH)

Pflegeklassifikationen - Qualität und Verbreitung: anything goes? (Maria Müller-Staub, Hanze University, Groningen)

ICNP® handhabbar für die Praxis umsetzen: Wie können Kataloge erstellt werden? – Beispiele. (Peter Tackenberg, DBfK Bundesverband e.V.; Peter König, Hochschule Furtwangen; Dieter Baumberger, LEP AG; Franziska Perhab, ÖGKV Bundesverband)

Mapping der Pflegeinterventionsklassifikation LEP NURSING 3 auf die internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP). (Dieter Baumberger, ICN Accredited Research and Development Centre/ Deutschsprachige ICNP Nutzergruppe. LEP AG, Forschung und Entwicklung; Kay Jansen, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland. University of Wisconsin–Milwaukee, College of Nursing, Milwaukee, Wisconsin, USA; Nicholas R. Hardiker, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland. School of Nursing, Midwifery, Social Work & Social Sciences, University of Salford, UK; Martin Studer, LEP AG; Peter Tackenberg, ICN Accredited Research and Development Centre/ Deutschsprachige ICNP Nutzergruppe. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband e.V. Berlin, Deutschland; Peter König, ICN Accredited Research and Development Centre/ Deutschsprachige ICNP Nutzergruppe. Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft, Hochschule Furtwangen)

Dienstag, 29. September 2015

Ambient Assisted Living 2

Moderation: Klemens Waldhör, Eva Schulc

 HS002

 11.00 Uhr
 90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Servicerobotik in der Altenpflege: Eine empirische Untersuchung des Einsatzes der Serviceroboter in der stationären Altenpflege am Beispiel von PARO und Care-O-bot. (Ulrike Scorna, OTH Regensburg)

Faktoren zum Bedarf eines Hausnotrufes per Knopfdruck- Modellüberlegungen zur Identifizierung von Zielgruppen. (Eva Schulc, UMIT; Alexander Hörbst, UMIT; Christa Them, UMIT)


Indikatoren zur Messung der Qualität von assistiven Technologien in der häuslichen Pflege. (Katharina Hauer, Forschung Burgenland GmbH)



Wirksamkeit der Telepflege auf den Langzeit-zuckerwert von Menschen mit Diabetes: Eine Literaturarbeit. (Christoph Leimer, Hirslanden Klinik Beau-Site, Bern)

Entwicklung einer altersgerechten Informations- und Kommunikationsplattform. (Barbara Weber-Fiori, Hochschule Ravensburg-Weingarten)

Zukunftswerkstatt: Pflege- und Sozialinformatik im Jahre 2030 (Teil 2: Präsentation der Ergebnisse)

Moderation: Elske Ammenwerth

 SR 105

 11.00 Uhr
 90 min.

Zukunftswerkstatt: Pflege- und Sozialinformatik im Jahre 2030

Teil 2: Präsentation der Ergebnisse

Die Berichterstatter der Gruppen präsentieren die Ergebnisse des 1. Teils der Zukunftswerkstatt nun dem Kongresspublikum. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Erläuterung und gemeinsamen Diskussion der erarbeiteten Zukunftsszenarien für die Pflege- und Sozialinformatik. Welche sind wünschenswert? Welche sind umsetzbar?

Dienstag, 29. September 2015

Workshop: Vernetzte Informations- und Medizintechnik: Schutz von Patienten, Informationen und klinischen Prozessen durch medizinisches IT-Risikomanagement

Organisator und Referent:

Dipl.-Ing. Stefan Leber, MBA, Med. IT-Risikomanager bei den Tiroler Landeskrankenanstalten (TILAK)

SR 109

11.0 Uhr
90 min.

Die Anzahl der verfügbaren Plätze ist begrenzt! Bitte melden Sie sich unter

[www.kongress-eni.eu/
programm-eni0215/
workshopanmeldung](http://www.kongress-eni.eu/programm-eni0215/workshopanmeldung)

online für diesen Workshop an.

Ziel des Workshops:

Der Workshop soll eine grundlegende Einführung und Motivation in das Thema Medizinisches IT-Risikomanagement (nach ISO/IEC 80001) darstellen. Dabei wird neben den rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen hauptsächlich auf die praktische Umsetzung und dessen Bedeutung für die Sicherheit von Patienten, Informationen und klinischen Prozessen eingegangen. Anhand realer Fallbeispiele werden die einzelnen Risikomanagementprozesse gemeinsam erarbeitet und diskutiert. Für die unterschiedlichen Interessensgruppen (z.B. IT-Leiter, IT-Mitarbeiter, Pflegekräfte, Industrie, etc.) werden auch die jeweils relevanten Anforderungen und der Nutzen (z.B. Unternehmensrelevanz, Ressourcenaufwände, Verantwortungen, etc.) erarbeitet.

Zielgruppe des Workshops:

IT-Fachleute aus Industrie und Gesundheitseinrichtungen, IT-Leiter/-innen, Risikomanager/-innen, Key-User und Entscheidungsträger aus Pflege- oder anderen Gesundheitsberufen.

Vorkenntnisse:

Grundlegende Kenntnisse im Bereich Medizintechnik, Informationstechnologie, Risiko- oder Qualitätsmanagement sind von Vorteil aber nicht zwingend erforderlich.

Ablauf des Workshops:

- 1 Begrüßung und Vorstellung
- 2 Chancen und Risiken durch vernetzte Informations- und Medizintechnik (Vortrag, 5 min)
- 3 Vorstellung, Erarbeitung und Diskussion realer Gefährdungsdiskussionen (Brainstorming und Fragerunde, 10 min)
- 4 Grundlagen des medizinische IT-Risikomanagements (Vortrag, 15 min)
- 5 Prozesse des med. IT-Risikomanagement anhand realer Fallbeispiele (Vortrag, 20 min)
- 6 Praktische Risikoanalyse anhand eines fiktiven Fallbeispiels inkl. Ergebnisdiskussion (Gruppenarbeit, 20 min)
- 7 Interessensgruppen, Anforderungen und Nutzen des med. IT-Risikomanagements (Vortrag und Fragerunde, 10 min)
- 8 Wissenschaftliche Sichtweise und daraus resultierende Fragestellungen (Vortrag, 10 min)

Dienstag, 29. September 2015

Nutzung von Sekundärdaten – Erfahrungen aus Medizin und Versorgungsforschung für die Pflege

Moderation: Holger Gothe, Jürgen Stausberg

 SR 101

 13.30 Uhr
 90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Best-Practice Projekt

Sekundärdaten in der Gesundheits- und Pflegeforschung. (Holger Gothe)


Diabetische Versorgung von Demenzerkrankten und der Einfluss von Pflegesetting und –stufe – Eine Evaluation anhand von Kassendaten. (Larissa Schwarzkopf, Helmholtz Zentrum München; Michaela Schunk, Helmholtz Zentrum München)



Nutzung von Sekundärdaten – Abdeckung pflegerischer Leistungen der stationären Versorgung in internationalen Datenbeständen. (Jürgen Stausberg, Essen)

Sekundärnutzung von LEP-Daten. (Yvonne Frick, Hirslanden Klinik Stephanshorn; Dieter Baumberger, LEP AG)

Workshop: Arbeiten mit ENP – Förderung von Critical Thinking und Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung

Organisation: Pia Wieteck, Monika Linhart, RECOM GmbH

 SR105

 13.30 Uhr
 90 min.

Die Anzahl der verfügbaren Plätze ist begrenzt! Bitte melden Sie sich unter

[www.kongress-eni.eu/
programm-eni0215/
workshopanmeldung](http://www.kongress-eni.eu/programm-eni0215/workshopanmeldung)

online für diesen Workshop an.

Ziel des Workshops

Die Teilnehmer lernen das Pflegeklassifikationssystem ENP (European Nursing care Pathways) und die Bedeutung für die Pflege kennen. Es wird die praktische Anwendung und das Arbeiten mit ENP demonstriert. Die Teilnehmer lernen die Zusammenhänge zwischen Critical Thinking im Kontext des pflegediagnostischen Prozesses und der Pflegeklassifikation kennen. Ebenso lernen die Teilnehmer wie man die ENP-Praxisleitlinien im klinischen Entscheidungsfindungsprozess des Pflegeprozesses adäquat nutzen kann. Zudem gewinnen die Teilnehmer erste Ideen über die Potenziale der Nutzung elektronischer Patientendaten, welche durch die ENP-Pflegeprozessdokumentation entstehen. Ein weiterer zentraler Aspekt des Workshops ist die kritische Auseinandersetzung mit den entwickelten „Bewertungssystematiken“ (z. B. Odenbreit et al. 2013; Müller Staub 2004, Just 2005, Engelbrecht 2010) zur Einschätzung von Pflegeklassifikationssystemen. Ebenso wird ENP exemplarisch bei einigen Bewertungspunkten von der Gruppe eingeschätzt.

Zielgruppe des Workshops

Alle Pflegefachpersonen der Alten- und Krankenpflege, sowie an Pflegeklassifikationen interessierte Personen. Auch Pflegemanager und Entscheidungsträger welche sich mit der Nutzung von Pflegeklassifikationen in elektronischen Patienten-/ Bewohnerakten beschäftigen, können hier interessante Erkenntnisse gewinnen.

Ablauf des Workshops

Impulsvortrag: Aufbau, Struktur, Entwicklung und Status quo von ENP Version 2.9 (20 Min.)

Impulsvortrag: ENP im Kontext von Critical Thinking und dem pflegerischen Entscheidungsfindungsprozess. (20 Min.)

Aktivierung der TeilnehmerInnen: Arbeiten mit Fallbeispielen zum Themenbereich Pneumonie Risiko und Schluckstörungen; Herstellen der Verbindungen zu dem Impulsvortrag Critical Thinking und Entscheidungsfindung. (30 Min.)

Impulsvortrag: Bewertungs- und Einschätzungssystematik von Pflegeklassifikationssystemen mit exemplarischer Einschätzung von ENP (20 Min.)

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Dienstag, 29. September 2015

Interdisziplinäre und nutzerorientierte Softwareentwicklung

Moderation: Peter König, Paul Panek

 HS002

 13.30 Uhr
 90 min.

Wissenschaftliches Projekt

Erfahrungsbericht

Best-Practice Projekt

„Was meinen die denn mit ‚GUI?!“ – Interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Entwicklung nutzerorientierter Software-Lösungen. (Aline Kunz, Universitätsklinikum Heidelberg; Sabrina Pohlmann, Universitätsklinikum Heidelberg; Martina Kamradt, Universitätsklinikum Heidelberg; Antje Brandner, Universitätsklinikum Heidelberg; Christina Reiß, Selbsthilfe Heidelberg/Mannheim; Oliver Heinze, Universitätsklinikum Heidelberg; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg; Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg)

Perspektiven „der Selbsthilfe“ auf IT-Entwicklungsprojekte. (Christina Reiß, Selbsthilfe Heidelberg / Mannheim)

Untersuchung von Anwendungspotenzialen unter dem Einsatz von Surface Computing zur Förderung der Aktivität und sozialen Interaktion von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege. (Patrizia Murko, Hochschule Furtwangen; Peter König, Hochschule Furtwangen, Prof. Dr. Christophe Kunze)

painApp – Mobiles Schmerzmonitoring. (Andre Ewers, Paracelsus Medizinische Universität; Irmela Gnass, Paracelsus Medizinische Universität; Sven Kernebeck, Paracelsus Medizinische Universität; Sascha Quitter, Paracelsus Medizinische Universität; Nina Schürholz, Paracelsus Medizinische Universität; Daniel Zenz, Smart-Q GmbH)

Akzeptanz EDV-gestützter Pflegedokumentation in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. (Judith Bauer, Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar)

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Dienstag, 29. September

Abschlusssitzung der ENI 2015

Moderation: Elske Ammenwerth

HS 001

15.30 Uhr
60 min.



Walter SERMEUS is professor of healthcare management, School of Public Health & Primary Care, Leuven University KU Leuven, Belgium. He is Programme Director of the Master in Health Care Policy & Management. He was coordinator of the EU-FP7 RN4CAST-project, Nurse Forecasting in Europe. He is member of the European Academy of Nursing Science (EANS), member of the Strategic Advisory Committee of the European Health Management Association (EHMA). He is author of more than 120 international peer reviewed publications.

Keynote:

The role of nurses in eHealth: beyond the barriers of the human mind

Prof. Dr. Walter Sermeus, University of Leiden

Safety and quality have always been at the forefront of nursing. And there is ample evidence that the number and qualification of nurses have impact on patient mortality, complication rates and patient satisfaction. Going deeper into the backbox of nurse staffing, research has shown that essential nursing activities such patient surveillance, skin care, comforting and informing patients is highly affected by nursing workload and qualification. A solution might be to staff hospitals with high number and qualifications of nurses. We see high variability of nursing staff around Europe and safe nurse staffing ratios may be one element. But again evidence is showing that this is not solving the problem completely and that we also have to invest in innovative ways of transforming clinical practice. There was once a time when knowledge was embedded in education and that you could learn everything there was to learn. Now we understand that knowledge is everywhere and is going far beyond human limits. eHealth can play an important role.

Mit freundlicher Unterstützung des Landes Tirol



Bekanntgabe der Gewinner des Studierendenpreise
Bekanntgabe der Gewinner des Posterpreises

Abschlussworte

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

ABSTRACTS ALLER VORTRÄGE UND POSTER

Dienstag, 29. September 2015

Akzeptanz EDV-gestützter Pflegedokumentation in der stationären und ambulanten Langzeitpflege.

Judith Bauer, Philosophisch Theologische Hochschule Vallendar

HS 002

13.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Entwicklungen seit Einführung der Pflegeversicherung führen dazu, dass Pflegeeinrichtungen immer mehr unter Druck stehen, wirtschaftlich effizient zu arbeiten und gute Qualität abzuliefern (Hielscher et al, 2013: 48). Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, werden EDV-gestützte Dokumentationssysteme genutzt, die mit Unterstützung bei betriebswirtschaftlicher Unternehmensführung sowie Verbesserung der Dokumentations- und Pflegequalität werben (Zieme, 2010: 93).

Die vermehrte Technisierung der Pflegearbeit bewirkt außerdem aus pflegewissenschaftlicher Sicht nachhaltige Veränderungen. Zum einen soll der Einsatz von Technik die Pflege professionalisieren, indem die Pflegequalität durch den Einsatz von EDV-gestützter Dokumentation unter Nutzung von pflegerischer Fachsprache verbessert werden soll. Das pflegerische Handeln soll so unter anderem auf evidenzbasierter Grundlage ausgeführt und die interdisziplinäre Kommunikation verbessert werden (Zieme, 2010: 93). Andererseits besteht die Gefahr der Deprofessionalisierung im Sinne eines Verlustes von intuitiven Wissensbeständen, einem erhöhten Autonomieverlust der Pflegenden durch erhöhte Transparenz des Arbeitsprozesses und einer damit verbundenen Ausrichtung an betriebswirtschaftlichen Vorgaben (Harris, 1990, Manzei, 2005; 2011, Hülsken-Giesler, 2008; 2010). Diese Veränderungen wirken sich auf die direkte Pflegearbeit aus und können die Nutzerakzeptanz beeinflussen.

Bei dieser Arbeit erfolgt eine Beteiligung an dem Forschungsprojekt „Technikeinsatz (Technisierung) der Pflegearbeit“, welches vom iso-Institut in Saarbrücken umgesetzt wird. Hier soll eine Bestandsaufnahme zu den Anforderungen und Grenzen eines sinnvollen Technikeinsatzes in Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege erfolgen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen eine positive Beeinflussung der Akzeptanz bei Einführung einer EDV-gestützten Dokumentation durch die Beteiligung der Mitarbeiter, eine systematische Vorgehensweise und eine umfassende Schulung. Akzeptanzbeeinflussend wirken außerdem die Einstellung der Leitungskraft zum System und die Nützlichkeit des Systems im Arbeitsprozess. Im Hinblick auf Professionalisierungs- bzw. Deprofessionalisierungstendenzen durch die Einführung des Systems, zeigen sich widersprüchliche Ergebnisse. Es kommt im Sinne einer Professionalisierung zu einer verbesserten Interdisziplinären Kommunikation. Beim Beispiel mobiler Datenerfassung wird die Kommunikation mit dem Klienten eher eingeschränkt, weil den Pflegenden durch minutengenaue Aufzeichnung ihrer Leistungszeiten keine Zeit mehr bleibt. Hier kommt es im Sinne einer Deprofessionalisierung zu einem Autonomieverlust durch betriebswirtschaftliche Vorgaben. Auf einen Verlust professioneller Urteilsfähigkeit durch Einsatz der Systeme lassen sich erste Hinweise erkennen.

Dienstag, 29. September 2015

Mapping der Pflegeinterventionsklassifikation LEP NURSING 3 auf die internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP).

Dieter Baumberger, ICN Accredited Research and Development Centre/Deutschsprachige ICNP Nutzergruppe. LEP AG, Forschung und Entwicklung; Kay Jansen, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland. University of Wisconsin–Milwaukee, College of Nursing, Milwaukee, Wisconsin, USA; Nicholas R. Hardiker, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland. School of Nursing, Midwifery, Social Work & Social Sciences, University of Salford, UK; Martin Studer, LEP AG; Peter Tackenberg, ICN Accredited Research and Development Centre/Deutschsprachige ICNP Nutzergruppe. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Bundesverband e.V. Berlin, Deutschland; Peter König, ICN Accredited Research and Development Centre/Deutschsprachige ICNP Nutzergruppe. Fakultät Gesundheit, Sicherheit, Gesellschaft, Hochschule Furtwangen)

SR 101

11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Die Öffentlichkeit als auch die professionellen Leistungserbringer und Leistungsvergüter im Gesundheitswesen möchten von „eHealth“, dem integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmerinnen im Gesundheitswesen, profitieren (BAG, 2007; EU, 2012). Eine wesentliche Voraussetzung für die Effizienz einer integrierten Gesundheitsversorgung ist der elektronische Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den beteiligten Akteuren. Um die Daten empfängerseitig weiterverarbeiten zu können, muss das empfangende System inhaltlich verstehen, was der Absender geschickt hat. Dies wird durch semantische Interoperabilität von Gesundheitsdaten sichergestellt (eHealth Suisse, 2013), beispielsweise von Pflegeinterventionsdaten.

Die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP; ICN, 2013) ist eine „Related Classification“ in der WHO-Familie der internationalen Klassifikationen (WHO-FIC) und ist international anerkannt (WHO, 2012). Die ICNP erleichtert die semantische Interoperabilität von Pflegeinterventionsdaten aus verschiedenen Klassifikationen. Ihre Anwendung ermöglicht, eine internationale Pflegeklassifikation einzusetzen, ohne auf lokale und nationale Lösungen verzichten zu müssen oder diese zu konkurrenzieren (DBfK et al., 2012). Mit der ICNP sind zwischen den lokal unterschiedlichen Ordnungssystemen keine einzelnen Mappings nötig, sondern jeder Fachbegriff einer Pflegeintervention ist nur einmal auf die ICNP zu übertragen (Nielsen, 2001). Unter einem Mapping wird die Zuordnung eines Begriffs zum ähnlichsten Begriff in einem anderen Ordnungssystem verstanden (Mayr, 2008). Für die Sicherung der semantischen Interoperabilität von LEP Nursing 3, einer in der Patientendokumentation von über 130 Gesundheitsbetrieben Deutschlands, Österreichs, Italiens und der Schweiz angewendeten Klassifikation für Pflegeinterventionen, wurde ein Mapping auf die ICNP durchgeführt.

Ergebnisse

Von den überprüften 45 Interventionsbegriffen der LEP Klassifikation können 13 nicht auf die ICNP übertragen werden (z.B. Patientin suchen, Dokument organisieren). Damit sind abschliessend von den insgesamt 536 Fachbegriffen für Pflegeinterventionen aus LEP 523 (97.6 %) auf die ICNP übertragbar, also wurde zum Beispiel „Teilkörper waschen“ aus LEP auf „Körperregion waschen“ in ICNP übertragen. Neu werden 7 Interventionsbegriffe in die ICNP Version 2015 aufgenommen (z.B. Patientin begleiten, Motivationsgespräch durchführen).

Montag, 28. September 2015

Das NursingDRG Projekt.

Dieter Baumberger, SBK, SVPL; Dante Cheda, SBK, SVPL; Alain Junger, Projekt NursingDRG; Walter Bosshard, Projekt NursingDRG; Yvonne Ribl, SBK, SVPL

SR 106

16.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Der Kernauftrag eines Krankenhauses ist die Behandlung und Pflege der Patienten. Darum löst der Aufwand für die erbrachten Pflegeleistungen einen grossen Teil des leistungsorientierten DRG-Erlöses eines Spitals aus und ist bei der Beurteilung der Güte von DRG-Systemen zu überprüfen.

Die Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) sowie der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) lancierten im Jahr 2008 das Projekt „SwissDRG und Pflege“, das seit 2014 unter dem Begriff „NursingDRG“ weitergeführt wird. Ziel ist es, den Pflegeaufwand in den SwissDRGs leistungsgerecht abzubilden (SBK, 2014; SVPL, 2014).

Schon bevor die Entwicklung von SwissDRG 2004 startete, wiesen Studien darauf hin, dass die Pflegeleistungen mit DRG-Systemen teilweise nur unbefriedigend abgebildet werden können. Als 2004 das Projekt SwissDRG in Angriff genommen wurde, formulierte der SBK vor diesem Hintergrund in einem Positionspapier die wichtigsten Erwartungen an das neue Spitalfinanzierungssystem. Der SBK konnte erfolgreich einbringen, dass für die Berechnung der Fallkosten fallspezifische Pflegeleistungen einbezogen werden müssen und dass für SwissDRG der Einbau von pflegerischen Klassifikationskriterien zur Verfeinerung der Fallgruppierung geprüft werden muss (SwissDRG AG, 2007).

Ergebnisse

Die CHOP-Codes wurden 2011 beim Bundesamt für Statistik (BFS) zwecks Aufnahme in den CHOP eingereicht. Dieser Antrag wurde jedoch abgelehnt. Beim zweiten Antrag 2012 wurden handlungsbezogene CHOP-Codes in Form von Pflegeinterventionsprofilen eingereicht. Dieser Antrag wurde im Juli 2013 angenommen und in die CHOP Version 2014 integriert (BFS, 2013, 269–270, 273–274), d.h. ab 2014 können Pflegedaten für DRG-Zwecke mit dem sogenannten Code «CHOP-Pflege-Komplexbehandlung» (99.C1) DRG-systemkonform in der Pflegepraxis erfasst werden.

Erste Ergebnisse von Datenauswertungen einzelner Spitäler zeigen, dass mit dem Code zurzeit rund 1% der Fälle den CHOP-Code 99.C1 auslösen. Ob das Ziel des Codes «Pflege-Komplexbehandlung», den Pflegeaufwand in den DRG leistungsgerecht abzubilden, erreicht werden kann, hängt massgeblich von der Qualität der gelieferten Pflegedaten ab.



Wissen für das
Gesundheitswesen

Besuchen Sie uns auf dem
8. Wissenschaftlichen Kongress
für Informationstechnologie im
Gesundheits-, Pflege- und
Sozialbereich

Der Name RECOM steht seit fast
30 Jahren nicht mehr nur für
Fachbücher und Lehrmedien, sondern
vor allem für eine umfassende
Beratung im Bereich interdisziplinärer
und interprofessioneller
IT-Lösungen – mit dem Ziel einer
papierlosen Dokumentation von allen
an der Pflege beteiligten Berufsgruppen
im Gesundheitswesen.

ENI 2015

28. – 29.9.2015

UMIT, Hall in Tirol, Österreich

Montag, 28. September 2015

Sturz – ein Ereignis mit konstruktivem Potential.

Elfriede Binder, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien

SR 101

16.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Ein Sturzereignis (vgl. WHO 2007, DNQP 2013) ist ein zu erwartendes Geschehen im Krankenhaus, woraus der größtmögliche Nutzen hinsichtlich abzuleitender Verbesserungsmaßnahmen gezogen werden muss. Eine Steuerung durch das Management im Umgang mit Prävalenzzahlen, dem hohen Verletzungsrisiko und möglichen Folgekosten ist somit unerlässlich. Eine umfassende Datengenerierung ist hierbei ebenso entscheidend wie die Interpretation der Datenlage. Die Erfassung der Sturzereignisse ist im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien seit dem Jahr 2002 fixer Bestandteil im Umgang mit pflegerelevanten Kennzahlen. Um das konstruktive Potential intensiver zu nutzen, wurde im Jahr 2011 der Prozess des Datenmonitorings analysiert und gezielt erweitert.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Seit Beginn dieser intensiven Auseinandersetzung im Jahr 2011 hat sich die Fachkompetenz der Mitarbeiter deutlich erhöht und zeigt sich in der Qualität der erhobenen Sturzrisikoassessments sowie in der Interventionsplanung zur patientenorientierten Sturzprävention. Aufgrund der unterschiedlichen Herangehensweisen der jeweiligen Führungskraft bei der Datenanalyse und -interpretation ist eine Begleitung zu erwägen. Ein weiterer Faktor ist die Kompetenzsteigerung des mittleren Managements im Umgang mit dem IT-gestützten Prozess des Datenmonitorings. Damit ist beispielsweise eine deutliche Reduktion fehlerhafter Dateninterpretationen verbunden. Für eine lernende Organisation ist die Umsetzung des beschriebenen Datenmonitoringprozesses im Ganzen sinnvoll, da eine umfassende Betrachtungsweise auf das Thema durch die unterschiedlichen Stellen gegeben ist.


Ein bedeutender Faktor ist die Übertragbarkeit des gesamten Prozesses auf andere Themengebiete, wie beispielsweise Dekubitus oder IAD. Das ermöglicht eine Ressourceneinsparung in Schulungsmaßnahmen zum Datenmonitoring und erlaubt eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigentlichen Thema.


Die Evaluation des Prozesses im vergangenen Jahr hat gezeigt, dass die multiprofessionelle Bearbeitung des Themas unabdingbar ist. Diese disziplinübergreifende Ausrichtung wird mit der Ausrollung des Datenmonitoringprozesses auf die gesamte österreichische Provinz der Barmherzigen Brüder in Zukunft mitberücksichtigt werden. Die Ausweitung dieser einheitlichen Vorgehensweise ermöglicht einen Vergleich von einheitlich generierten Daten in ähnlichen Settings und lässt eine ressourcenschonende und organisations-übergreifende Weiterentwicklung zu.

Dienstag, 29. September 2015

NetNursing das Krankenhaus im Wohnzimmer.

Christoph Bocksrucker, Hirslandenklinik Beau-Site Bern

 SR 101

 9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Die zunehmende Belastung von chronischen Krankheiten führt zur Frage nach Möglichkeiten und Fähigkeiten der Telemedizin in der Behandlung dieser Krankheiten. Vor allem die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und die chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVD) spielen zukünftig eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung. Eine Möglichkeit in der Bewältigung dieser Krankheiten bietet die virtuelle Patientenversorgung (z.B.: Telemonitoring/Telenursing). Es werden dabei gewisse krankheitsspezifische Daten (wie Vitalwerte und Fragebögen) digital übermittelt und ausgewertet. Bei Abweichungen von individuellen Grenzwerten können frühzeitig gezielte Intervention veranlasst werden. Des Weiteren unterstützen diese Systeme in der Bewältigung des Alltags durch gezielte Unterstützung und eine Erleichterung der Kontaktaufnahme. Ziel der Bachelorarbeit war es, die Auswirkungen vom Telemonitoring/Telenursing auf die Krankenhauseinweisungsrate zu zeigen.

Ergebnisse

Dreizehn randomisierte kontrollierte Studien (RCT) wurden in die Arbeit aufgenommen. Obwohl sich die Ergebnisse weit unterschieden, gab es keine Studie, die einen Nachteil im Vergleich zur üblichen Versorgung gezeigt hat. Acht der 13 eingeschlossenen Studien zeigten eine signifikante Reduktion der Einweisungen in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Wobei die Interventionsgruppe immer virtuell unterstützt und überwacht wurde und die Kontrollgruppe bekam die ortsübliche häusliche Pflege. Je nach Arbeit reduzierten sich die Einweisungen dabei um 29,3% bis 67,8%. Fünf der behandelten Studien konnten keine signifikanten Ergebnisse zeigen.

Trotz der unterschiedlichen Resultate, zeigt sich eine erhöhte Patientensicherheit und mehr Eigenverantwortung der Patienten. Es können Krankenhausaufnahmen auch früher geplant werden und deshalb gezielter erfolgen. Diese Ergebnisse zeigen weiters, dass noch mehr Arbeiten erforderlich sind, um eine klare Empfehlung zu erhalten, in welchen Bereichen Telemedizin am besten angewendet werden sollte.

Dienstag, 29. September 2015

Eine systematische Untersuchung zum Implementierungsprozess der mobilen EDV-gestützten Pflegedokumentation im Bereich der ambulanten Pflege in der Landeshauptstadt München

Kathi Brockmann, Technische Universität München

SR 101

9.00 Uhr

Wissenschaftlicher Hintergrund

Im stationären Pflegebereich wird die traditionelle Patientenakte aus Papier zunehmend von der EDV-gestützten abgelöst. In der ambulanten Pflege vollzieht sich dieser Prozess jedoch eher zurückhaltend. Obwohl auf den Pflegefachmessen Tablet-PCs und Smartphones als Revolutionäre der Pflegedokumentation vorgestellt werden, ist in der ambulanten Pflege die Implementierung einer mobilen EDV-gestützten Pflegedokumentationssoftware deutlich schlechter ausgeprägt.

Fragestellung:

1. Welche Formen der Pflegedokumentation finden in den ambulanten Pflegediensten Münchens derzeit ihre Anwendung?
2. Welche Vorteile sehen die Leitungen der ambulanten Pflegedienste Münchens in der mobilen EDV-gestützten Pflegedokumentation?
3. Welche Hindernisse sehen die Leitungen der ambulanten Pflegedienste Münchens in der mobilen EDV-gestützten Pflegedokumentation?

Ergebnisse

Der Großteil der ambulanten Pflegedienste Münchens nutzt derzeit zur pflegerischen Dokumentation eine Kombination aus EDV und Papierformularen. Lediglich 8% aller ambulanten Pflegedienste Münchens verwenden für ihre Pflegedokumentation eine vollelektronische Dokumentationssoftware mittels mobiler Endgeräte. Jedoch planen 46% der befragten Einrichtungen die Umstellung ihrer bisherigen Pflegedokumentation auf ein mobiles vollelektronisches Dokumentationssystem. Der Einsatz einer mobilen EDV-gestützten Pflegedokumentation verbessert die Dokumentationsqualität und erleichtert die Tourenplanung sowie das Abrechnungswesen.

Dagegen hemmen die hohen Implementierungskosten und die Gefahr eines Systemabsturzes die Einführung einer mobilen EDV-basierten Pflegedokumentation in die ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen den im Vergleich zur stationären Pflege geringer ausgeprägten Einsatz der mobilen EDV-basierten Pflegedokumentation in den ambulanten Pflegeeinrichtungen Münchens. Für die Mitte des Jahres 2017 wird der Implementierungsgrad der mobilen EDV-gestützten Pflegedokumentation im ambulanten Pflegesektor auf 38% geschätzt.

Dienstag, 29. September 2015

Electronic distribution of research evidence: International uptake of the Quality in Acute Stroke Care (QASC) trial – a cross-sectional survey.

Dominik Bruch, Nursing Research Institute; Cintia Martinez-Garduno, Nursing Research Institute; Simeon Dale, Nursing Research Institute; Sandy Middleton, Nursing Research Institute)

SR 101

9.00 Uhr

Introduction and aim

The Quality in Acute Stroke Care (QASC) Trial showed that supported implementation of three clinical protocols (FeSS protocols) to manage fever, sugar and swallowing in patients following an acute stroke, resulted in decreased death and dependency by 16% ($p=0.002$), reduced temperature ($p=0.001$) and glucose ($p=0.02$); and improved swallowing management ($p<0.001$). Following publication of the trial, the QASC resources (consisting of the FeSS protocols, and the implementation strategy which included educational material) were made freely available for download at www.acu.edu.au/qasc for others to access, to improve these processes of care locally.

The aim of this study was to identify successful international uptake of the FeSS protocols and use of the QASC resources by people who downloaded electronic copies of the protocols after publication of the trial. A secondary aim was to examine barriers to successful local implementation and to compare them with those identified in the QASC trial.

Results

A total of 159 people from 21 countries participated in our survey (response rate 56%). The majority ($n=97$, 64%) downloaded the resources for the purpose of clinical practice. Of the 50 participants who were personally involved in the implementation process, only 54% ($n=27$) reported successful implementation of the clinical protocols, of which only 48% ($n=13$) used the implementation strategy. In addition, of those reporting 'successful' implementation, only 33% ($n=9$) had evaluated uptake by conducting an audit to substantiate this. Of those perceived barriers to implementation identified prior to commencement of the QASC Trial, two were identified by more than half of respondents as being a barrier to local implementation, namely, the potential for an increase in nursing workload ($n=28$, 56%) and lack of medical staff engagement ($n=27$, 54%). Self-reported high autonomy of respondents in their nursing role increased the likelihood of implementation ($p=0.038$).

Montag, 28. September 2015

Realisierung eines Online-Pflegekurses für pflegende Angehörige.

Dr. Florian Caspari, Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer mbH Berlin; Prof. Dr. Matthias Zündel, Hochschule Bremen (University of Applied Sciences); Elisabeth Rother, Töchter & Söhne Gesellschaft für digitale Helfer mbH Berlin

SR 104

14.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Parallel zur Verbreitung des Internets als Massenmedium haben Gesundheitswissenschaftler, Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und Krankenkassen das Potential onlinebasierter Selbstlernprogramme erkannt. Unter „Selbstlernprogrammen“ werden in diesem Beitrag strukturierte Programme verstanden, die unter Einsatz erwachsenenpädagogischer und verhaltenstheoretischer Techniken durch Information, Beratung, Motivation und Schulung positive Veränderungen im Gesundheitsverhalten bewirken sollen: Dies erfolgt in der Regel über einen längeren Zeitraum, ohne dass ein Experte steuernd eingreift (vgl. Caspari, 2007). In der Prävention haben sich onlinebasierte Selbstlernprogramme bereits in verschiedenen Handlungsfeldern fest etabliert.

Pflegekurse sind in Deutschland eine verpflichtende Leistung der Pflegekassen für ehrenamtlich Pflegende, um unter anderem die häusliche Pflege zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Gesetzlich geregelt ist der Anspruch darauf in § 45 SGB XI. Pflegekassen können Pflegekursen selbst durchführen oder Dienstleister mit deren Durchführung beauftragen.

Bisher ist es für ehrenamtlich Pflegende recht mühsam einen passenden Pflegekurs zu besuchen. Onlinebasierte Pflegekurse bieten die Möglichkeit flächendeckend ein Schulungsangebot für eine heterogene Zielgruppe anzubieten, das gezielt an den Bedürfnissen einzelner Personen ansetzt.

Ziel des Projekts war es ein onlinebasiertes Schulungsangebot zur Fortbildung pflegender Angehöriger und ehrenamtlich Pflegende zu entwickeln, das alle Anforderungen des §45 SGB XI erfüllt und so eine Lücke in der Versorgungslandschaft schließt.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Sicher ist, dass es nicht genügt, Pflegekurse online verfügbar zu machen. Vielmehr sind reichweitenstarke Maßnahmen notwendig, um die Zielgruppe zu erreichen. Die Information über das Angebot erfolgt idealerweise über Pflegekassen sowie die Pflegestützpunkte. Die Pflegekassen sind gefordert, Online-Pflegekurse in ihr Leistungsportfolio aufzunehmen und den Teilnehmern – wie es in der Prävention bereits möglich ist – die Kursgebühren auf der gesetzlichen Grundlage zu erstatten. Letztlich entscheiden jedoch die Pflegenden mit ihrer Nachfrage, ob Online-Angebote ihren Bedürfnissen entsprechen.

Montag, 28. September 2015

Der Nutzen multiprofessioneller elektronischer Dokumentation für Patientenversorgung, Prozessoptimierung sowie Pflege- und Versorgungsforschung in einer deutschen Universitätsklinik.

Christian Dahlmann, Universitätsklinikum Essen

SR 101

16.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Das Universitätsklinikum Essen setzt in weiten Bereichen eine elektronische Dokumentation für alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen ein. Die Nutzung dieser Dokumentation eröffnet neben den bekannten Vorteilen wie Lesbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Erhöhung der Plausibilität vor allem die Möglichkeit der Verfügbarkeit von Routinedaten für die Prozessoptimierung, die Sicherstellung der Abrechnung und für die Pflege- und Versorgungsforschung.

Bereits bei der Einführung wurden durch die gezielte Auswahl standardisierter Instrumente und Kataloge wie LEP Nursing 3 und dem ergebnisorientierten Pflege-Assessment Acute Care (ePA-AC) die Grundlagen geschaffen, die Dokumentation des gesamten Behandlungs- und Versorgungsprozesses neben dem Zweck der Dokumentation in möglichst hoher Granularität und mit minimalem technischem Aufwand für die vorgenannten Verwendungszwecke verfügbar zu machen. Daraus haben sich Initiativen zur Verbesserung der Patientenüberleitung, zur Identifikation vulnerabler geriatrischer Patienten, zum Ernährungsmanagement inkl. Mangelernährungsscreening und zur Nutzung der klinischen Daten für Zwecke der Leistungsabbildung und Kalkulation der Personalausstattung entwickelt.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Neben der gegebenen Verfügbarkeit und ausreichender Performanz des Systems sind vor allem die Benutzerfreundlichkeit und Aspekte der Rechtssicherheit der Authentifizierung am System und der Archivierung relevant. Als Seitenarm des Gesamtprojektes wurde eine technische Lösung für kontextsensitives Single-Sign-On entwickelt. Diese Lösung deckt gleichzeitig die Anforderungen an eine multifaktorielle Authentifizierung ab. Die gesetzlich vorgeschriebene Langzeitarchivierung erfolgt via Schnittstelle zu einem Archivierungssystem, welches zeitgleich die Funktion der Bereitstellung von elektronischen Behandlungsakten für nachfolgende Behandlungsepisoden abdeckt. Aktive Unterstützungs-, Informations- und Kommunikationsfunktionen unterschiedlichster Art (E-Mail-Benachrichtigungen, Arbeitslisteneinträge oder Mahnlisten) wurden in Zusammenarbeit mit den klinischen Anwendern erstellt und reduzieren den Zeitaufwand für Kommunikation zugunsten der Patientenzuwendung. Eine vereinfachte Identifikation von Patienten einer Fachabteilung, die auf unterschiedlichen Stationen des Gesamtklinikums behandelt werden, trägt ebenso zu Akzeptanz und Prozessoptimierung bei wie die Nutzung des KIS-Systems für Versorgungsprozesse wie Beköstigung oder die Zuordnung von Wahlleistungs-Services. An praktischen Beispielen wird verdeutlicht, dass eine sinnvolle Mehrfachnutzung von Informationen und aktive Unterstützung der Anwender zentrale Erfolgsfaktoren darstellen.

Montag, 28. September 2015

Kennzahlengestützte Entscheidungsfindung – von Daten zum Wissen.

Yvonne Dintelmann, Hochtaunus-Kliniken gGmbH; Madlen Fiebig, ePA-CC GmbH

SR 106

16.30 Uhr

Hintergrund

Die Anforderungen, die an die Pflegedokumentation gestellt werden, nehmen kontinuierlich zu – allerdings nicht immer im Sinne der klinisch relevanten Informationen. Damit sinkt der Erkenntnisgewinn, da die Pflegefachkraft sowie das Management die dokumentierten Informationen nicht konsequent für ihre fachliche Entscheidungsfindung heranziehen können. Konkrete Umsetzung: Im Praxisbeispiel der Hochtaunus-Kliniken gGmbH soll der Nutzen dieser Dokumentationsform für die Pflegefachpersonen sowie für das Management zur Prozesssteuerung und Handlungsleitung auf der Grundlage von Kennzahlen dargestellt werden. An den Hochtaunus-Kliniken ist die Umsetzung der elektronischen Patientenakte zu 80% abgeschlossen. Die Methode ePA ist fester Bestandteil der elektronischen Pflegedokumentation und unterstützt die Prozesssteuerung der Klinik. Neben den gewonnenen Mehrwerten einer elektronischen Pflegedokumentation soll im Rahmen des Vortrags auch eine kritische Auseinandersetzung mit den Herausforderungen einer elektronischen Dokumentation stattfinden. Dabei sollen Themen wie bspw. die Auswirkungen einer schnelleren Dokumentation auf die Arbeits- und Handlungsprozesse, die Veränderungen des Dokumentationsverhaltens und die Herausforderungen durch eine ortsungebundene Dokumentation angesprochen und kritisch diskutiert werden. Weiterhin können diese Veränderungsprozesse zu einem Wandel des Führsorgeverständnisses führen (siehe auch Manzeschke, Weber, Rother, & Fangerau, 2013). Daher muss auch eine ethische und moralische Auseinandersetzung angestoßen werden.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Die Dokumentation muss in erster Linie einfach, schnell, übersichtlich und handlungsleitend sein. Dabei sollte sich die Dokumentationstiefe an der Pflegebedürftigkeit orientieren. Bei gering pflegebedürftigen Patienten kann der Aufwand reduziert werden. Das schafft Ressourcen für pflegebedürftige Patienten, wo eine umfangreichere Dokumentation unumgänglich und auch fachlich gerechtfertigt ist. Weiterhin müssen die routinehaft erfassten Daten sinnvoll verknüpft, in Relation gebracht und in Kennzahlen übersetzt werden. Hierbei ist es besonders hilfreich, wenn die Dokumentation integraler Bestandteil einer elektronischen Patientenakte ist. Lösungsansatz: Die Methode ePA (ergebnisorientiertes PatientenAssessment) ermöglicht eine bedarfsorientierte, fachlich begründete Dokumentation:

Dienstag, 29. September 2015

painApp – Mobiles Schmerzmonitoring.

Andre Ewers, Paracelsus Medizinische Universität; Irmela Gnass, Paracelsus Medizinische Universität; Sven Kernebeck, Paracelsus Medizinische Universität; Sascha Quitter, Paracelsus Medizinische Universität; Nina Schürholz, Paracelsus Medizinische Universität; Daniel Zenz, Smart-Q GmbH

HS 002

13.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Schmerz ist ein unangenehmes Ereignis, an dem viele ältere und hochbetagte Menschen leiden (Osterbrink et al. 2012; Häuser et al. 2014). Für die ambulante Versorgung wird seit langem ein Optimierungsbedarf konstatiert (Dietl 2011). Mobile Kommunikations- und Multimediatechnologien (mHealth) fungieren in diesem Bereich als ein Interventionsfeld, aus dem ein hohes Potential zur Steigerung der Versorgungsqualität resultieren kann (Fiorella et al., 2013). Die Entwicklung von mHealth Interventionen ist jedoch von zahlreichen Mängeln behaftet. Im Besonderen werden die Bedürfnisse der geriatrischen NutzerInnen außer Acht gelassen (Reynolds et al., 2014).

Vor diesem Hintergrund lag das Ziel des Projektes, in der Entwicklung einer nutzerorientierten Software (painApp) für eine mobile Schmerzdokumentation von älteren Menschen (65+) in der hausärztlichen Versorgung. Die im Rahmen des Projekts vom Patienten selbst erhobenen Daten wurden dem Hausarzt in einem Web-Portal zur Verfügung gestellt und ermöglichten eine zeit- und ortsunabhängige Einsicht der Behandler.

Ergebnisse

Die Erkenntnisse aus den Interviews führten unter anderem zur nutzerorientierten Entwicklung einer bedienerfreundlichen Tastatur, in der z. B. Umlaute aus dem Kontextmenü in die Haupttastatur übernommen wurden. Zudem gab es Anpassungen hin zu einer kontrastreicheren Farbgestaltung. Die Verständlichkeit der Fragen in der Schmerzdokumentation war laut Evaluation zu jedem Zeitpunkt gegeben. Dahingegen die Relevanz der Darstellung von Fragen bezüglich Schmerzauslöser, -qualität und durch Schmerz bedingte Einschränkungen bei wiederholter regelhafter Erfassung von den PatientInnen infrage gestellt bzw. diese als unnötig empfunden wurde. Aus hausärztlicher Sicht sind die Parameter übersichtlich und gebündelt im Webportal dargestellt und ermöglichen eine schnelle Einsicht und Einschätzung der Schmerzsituation.

Ältere SchmerzpatientInnen, mit und ohne Medienkenntnissen bestätigen der painApp eine einfache und altersgerechte Handhabung. Das Vorgehen der formativen Evaluation und die kontinuierliche Begleitung haben es ermöglicht, ein nutzerfreundliches mhealth Produkt entlang gruppenspezifischer Bedürfnisse zu entwickeln. PatientInnen haben gezeigt, dass sie mit und ohne vorherige Medienkenntnis mittels painApp ihre Schmerzen dokumentierten.

SANALOGIC

Gemeinschaftsverpflegungs-Logistik GmbH

IT-Verpflegungsmanagement für

- Krankenhäuser
- Reha-Kliniken
- Altenheime

SANALOGIC

macht Komplexes einfach!

SANALOGIC

&

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

info@sanalogic.com; www.sanalogic.com



Montag, 28. September 2015

Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) in die elektronische Pflegedokumentation am Universitätsklinikum Erlangen.

Christine Fiedler, Universitätsklinikum Erlangen; Daniela Stadler, Universitätsklinikum Erlangen)

SR 106

16.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Mit Einführung der DRGs in Deutschland im Jahr 2004 wurden pflegerische Leistungen nur noch unzureichend vergütet. Pflegeprobleme mit daraus resultierenden Mehrkosten konnten nur durch medizinische Nebendiagnosen abgerechnet werden. (Fischer, 2002)

Insbesondere die mit erhöhtem Personalbedarf einhergehende hochaufwendige Pflege von Patientinnen und Patienten konnte mittels des Fallpauschalen-Systems nicht adäquat abgerechnet werden (GKV-Spitzenverband, 2013). Dies führte zum Stellenabbau in der Pflege. Der Bund verabschiedete infolgedessen ein Pflegesonderprogramm, mit dem die Krankenhäuser in Deutschland von 2009 – 2011 zusätzliche Mittel von rund 220 Millionen jährlich von den Krankenkassen erhielten. Damit sollten innerhalb der drei Jahre rund 17.000 zusätzliche Pflege-Stellen geschaffen werden. Ab 2012 wurde eine dauerhafte Zusatzfinanzierung angestrebt, die einerseits über jährlich verhandelte Landesbasisfallwerte, andererseits durch Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege erfolgen sollte. (GKV-Spitzenverband, 2013)

Zur Abrechnung von Zusatzentgelten für hochaufwendige Pflege im DRG-System wurde von einer Expertengruppe des Deutschen Pflegerates (DPR) der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) für drei Altersstufen entwickelt: Erwachsene, Jugendliche und Kinder (GKV-Spitzenverband, 2013).

Ab dem Jahr 2010 wurden damit Aufwandspunkte für die Pflege anhand des PKMS berechnet und dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zugeordnet, gesetzlich erlösrelevant ist der PKMS seit 2012. Im ersten Jahr wurde die hochaufwendige Pflege Erwachsener mit 1.290,93 Euro pro Fall, die von Kindern und Jugendlichen mit 2.805,80 Euro pro Fall entschädigt. (GKV-Spitzenverband, 2013)

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

In einer Gegenüberstellung beider Varianten wurde der zu erwartete Benefit vorab ermittelt. Resümierend hat sich die elektronische Dokumentation des PKMS gegenüber der Papierdokumentation nicht nur wegen des vergleichsweise niedrigen Erfassungsaufwandes bewährt. Ein weiterer großer Vorteil besteht darin, dass die generierten Aufwandspunkte automatisch berechnet und an das Abrechnungssystem übermittelt werden. Somit entfallen aufwendige Berechnungen und Kodierungen, was Zeit und Kosten spart.

Zugleich ermöglicht die elektronische PKMS-Erfassung das Controlling der erhobenen Daten. So wird transparent, auf welchen der Stationen vermehrt pflegeaufwendige Patientinnen und Patienten betreut werden.

Die elektronische PKMS-Dokumentation wird derzeit noch parallel zur Papierakte geführt. Dies verursacht einen erhöhten Dokumentationsaufwand. Deshalb ist angestrebt, die Pflegedokumentation komplett elektronisch zu erfassen und die PKMS-relevanten Daten daraus automatisch abzuleiten.

Dienstag, 29. September 2015

Distance Caregiving: Pflege- und Hilfepotenziale über nationale Distanzen und internationale Grenzen hinweg

Annette Franke, Evangelische Hochschule Ludwigsburg; Iren Bischofberger, Kalaidos Fachhochschule; Ulrich Otto, Kalaidos Fachhochschule

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Angehörige vor Ort, die sich ausschließlich bzw. vorwiegend um die Pflege und Hilfe Ihrer Angehörigen kümmern können, werden immer mehr zur knappen Ressource – im Kontext von Demografie, steigender Mobilität, Wertewandel und veränderten Familienstrukturen (Engstler & Huxhold 2010). Deshalb sucht die Gesellschaft nach sämtlichen Formen für informelle Sorge- und Pflegearbeit – auch jenseits der bisher vorrangigen Figur der hochinvolvierten „Hauptpflegeperson vor Ort“. Der deutsch-schweizerische F+E-Projektverbund „Di-Ca“ rückt hier „Distance Caregiving“ ins Blickfeld. Das Projekt wird ab Herbst 2015 gefördert vom deutschen BMBF (SILQUA). Es geht um Unterstützung trotz einer geografischen Entfernung von mind. einer Fahrstunde zwischen den Angehörigen (MetLife & NAC, 2004). Gerade Distance Caregivers sind in hohem Masse auf Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Qualität seitens der Vor-Ort-Fachleute angewiesen (Bezaitis 2009; Bischofberger et al, 2015; Cagle & Munn, 2012). Besonders wichtig ist die zunehmende Offenheit gegenüber sozial gut eingebundenen IuK-Technologien und AAL-Formen (vgl. Mahoney et al, 2008). Hier bestehen jedoch starke Forschungslücken zu den Rahmenbedingungen von Pflege auf Distanz, Herausforderungen und möglichen technikerunterstützten Interventionen. In diesem Beitrag wird der im Projekt generierte nationale und internationale Forschungsstand zum Thema Distance Caregiving präsentiert. Das Poster verfolgt folgende Ziele: Es arbeitet den Forschungsstand zu Distance Caregiving auf – unter besonderer Berücksichtigung von IuK-Anwendungen, es stellt die Projektanlage des F+E-Projekts DiCa vor und diskutiert hier insb. konzeptionelle Fragen mit Blick auf Interventionsmöglichkeiten und deren Implementation.

Ergebnisse/Ausblick

Auf der o.g. methodischen Basis werden Tools (u.a. Handreichungen, innovative Kommunikations- und Vernetzungsformen, Workshops, Webinars, Café Scientifique) gemeinsam mit der Praxis entwickelt, pilotiert, modifiziert und formativ evaluiert. Differenzierte, innovative Produkte und eine intensive Mehrebenen-Dissemination – unter zusätzlichem Einbezug eines darauf und auf Transfer spezialisierten Praxispartners – sichern nachhaltige Wirkungen und zielen auf bundesweite Übertragbarkeit. Erste Forschungsarbeiten und Praxisempfehlungen liegen international zu „Distance Caregiving“ vor. Allerdings wurden effiziente Strategien und Chancen bspw. durch technische IuK- und weitere AAL-Lösungen, aber auch Informationen, Vernetzung und Case Management bislang unzureichend untersucht. Ebenso ist unklar, welche praktischen Instrumente und Maßnahmen in Betrieben die Situation für die Betriebe, die Mitarbeitenden und ihre entfernt lebenden Angehörigen sowie deren Netzwerkpartner verbessern könnten. Vor allem ist der Fokus auf „Distance Caregiving“ in Deutschland noch kaum in die laufende Diskussion um die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eingeflossen, weder aus wissenschaftlicher noch aus betrieblicher Sicht. Integrierte Konzepte auf Basis anspruchsvoller Rahmenkonzepte fehlen.

Dienstag, 29. September 2015

Sekundärnutzung von LEP-Daten.

Yvonne Frick, Hirslanden Klinik Stephanshorn; Dieter Baumberger, LEP AG

SR 101

13.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Im SwissDRG-System können seit 2014 pflegeintensive Fälle der allgemeinen Pflegestationen (nicht Intensivstation, Intermediate Care oder Aufwachraum) erfasst werden. Untersuchungen haben aufgezeigt, dass sowohl die Aufenthaltsdauer als auch die Fallkosten innerhalb der einzelnen DRGs grosse Streubreiten aufweisen können (Baumberger et al, 2014; Fischer, 2002). Aufgrund dieser Erkenntnis wurden pflegerelevante Klassifikationskriterien entwickelt und in die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) unter dem neuen Code 99.C1 Pflege-Komplexbehandlung aufgenommen (Bundesamt für Statistik, 2013). Die Auslösung des CHOP-Codes 99.C1 fordert einen Nachweis der Pflegeaufwände und eine nachvollziehbare Dokumentation. Mit dieser erweiterten Klassifizierungsmöglichkeit wird mittelfristig für Fälle mit intensiven Pflegeaufwänden eine leistungsorientierte finanzielle Abgeltung angestrebt. In der Schweiz hat sich für die Erfassung der Pflegeaufwände die Methode LEP® (Maeder et al, 2006) bewährt. LEP® steht für Leistungserfassung und Prozessdokumentation im Gesundheitswesen. Die neueste Generation, LEP® Nursing 3, ist eine Klassifikation für Pflegeinterventionen und wird in der elektronischen Patientendokumentation in rund 130 Betrieben in Deutschland, Österreich, Italien und der Schweiz eingesetzt (LEP®, 2014). Das Pflegepersonal in der Hirslanden Klinik Stephanshorn dokumentiert seit 2009 mit LEP® Nursing 3. Dieses bietet die ideale Datenlage, um den CHOP-Code 99.C1 automatisiert abzuleiten. Daher wurde im Rahmen eines Praxisprojektes die automatisierte Ableitung dieses Codes mit der Firma Boxler Informatik AG (2012) und ihrem PKsplus-Tool eingeführt. In der Folge wurden die daraus generierten Daten in einem Forschungsprojekt bearbeitet, und so das neue Klassifikationskriterium bewertet.

Erfolgsfaktoren

Damit Praxisprojekte in dieser Art möglich sind, braucht es ein pflegeökonomisches Bewusstsein im Pflegemanagement. Ergänzend benötigt es auch das Wissen im Umgang mit Daten aus der Pflegepraxis und zu neuen Informationstechnologien. Zentral war auch das fachliche Netzwerk an Fachpersonen zur Erreichung der Projektziele sowie der Förderung des inner- als auch ausserbetrieblichen Wissens- und Erfahrungsaustausches.

Die mehrjährige Erfahrung in der Erfassung der Pflegeaufwände mit LEP® Nursing 3 und die bestehende hohe Erfassungsqualität boten eine optimale Ausgangslage für die automatisierte Ableitung des CHOP-Codes 99.C1. Automatisiert abgeleitete Daten erfordern festgelegte Prüfkriterien (z.B. Prüfung des Dokumentationsnachweises). Diese sind strukturiert festzulegen sowie deren Zuständigkeiten zur Überprüfung.

Die Wissens- und Methodenvermittlung erfolgte anhand von Beispielen aus der eigenen Praxis. Ein komplexes Thema, wie das des CHOP-Codes 99.C1, benötigt einen direkten Bezug zum praktischen Alltag für eine korrekte und nachhaltige Umsetzung.

Montag, 28. September 2015

Patientenversorgung im Fokus: Entwicklung des Berichtswesens hin zum Pflege-Controlling.

Thomas Giesel, Universitätsklinikum Halle (Saale); Anja Schmidt, Universitätsklinikum Halle (Saale)

SR 106

16.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Im zweiten Teil dieser Vortragsreihe wird die Ausgestaltung leistungs- und kennzahlenorientierter Steuerungsgrößen beschrieben.

(...) Im Rahmen umfangreicher Restrukturierungsmaßnahmen im Krankenversorgungsprozess wurde am Universitätsklinikum Halle (Saale) (UKH) die pflegerische Leitungsorganisation neu geregelt. Ziel war und ist es, die administrative Ebene zu verflachen und die Eigenverantwortung der Pflege zu stärken. Einhergehend mit dieser Entwicklung wurden die Führungsaufgaben neu definiert, darunter auch die Budgetverantwortlichkeit.

Aus diesem Grund wurde für die Leitungsebenen die Entwicklung eines zeitnahen Planungs- und Lenkungs-kennzahlensystem auch für die Pflege dringlich. Dieser Kennzahlenpool muss dazu geeignet sein, einerseits die Kosten- sowie Erlösseite abzubilden, andererseits einen Beitrag zur Sicherstellung der qualitätsgerechten Pflege zu leisten.

Im Universitätsklinikum Halle (Saale) wurde ein entsprechendes Controlling-Konzept, bestehend aus Schwerpunktthemen, der Beschreibung notwendiger Informationsinhalte, die Erhebungsintervalle sowie Quelldefinitionen entwickelt.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Die Kennzahldefinition erfolgte in enger Zusammenarbeit mit den pflegerischen Leitungen, der Stabsstelle Forschung und Entwicklung, des Zentralen Dienstes Pflegeentwicklung und -koordinierung, der Lenkungsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegedokumentation“ sowie dem Zentralen Dienst Information und Kommunikation und beweist den Geschäftsbereich übergreifenden Charakter des Vorhabens.

Im Vortrag werden die hierzu vorgenommenen Schritte schwerpunktmäßig skizziert. Die Ausleitung Leistungsbezogener Daten wird durch die Schaffung einer standardisierten Pflegedokumentation unterstützt und wesentlich erleichtert.

Im Ergebnis der Bewertung des noch laufenden Prozesses können nur vorläufige Schlüsse gezogen werden. Die Zielerreichung – Bereitstellung eines Kennzahlenpools zwecks Analyse und Begleitung laufender Behandlungsprozesse als Lenkungsinstrument – ist mehrphasig und bedingt die zwingende Einbindung der Leistungserbringenden, also Klinik bzw. Stationsebene als auch der Leistungsbewertenden Ebene (neben dem Klinikbereich das Management). Controlling versteht sich im Zusammenspiel aller Akteure des Behandlungsprozesses als Support, welches letztendlich der optimalen Patientenversorgung dient.

Dienstag, 29. September 2015

Sekundärdaten in der Gesundheits- und Pflegeforschung.

Holger Gothe, UMIT Hall in Tirol

SR 101

13.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Seit Beginn dieses Jahrtausends hat die Sekundärdatenforschung starke Impulse erfahren durch die zunehmende Bedeutung des Nutzenbegriffs in der gesundheitspolitischen Debatte. Wie groß nämlich ein für die Bevölkerung relevanter Nutzen unter Alltagsbedingungen ist, lässt sich nur dann authentisch abbilden, wenn die Datengrundlage dafür aus der Versorgungsrealität selbst stammt. Die für die Versorgung essentiellen Bereiche Medizin und Pflege wissen seit geraumer Zeit um den Wert der Sekundärdaten für ihre Forschungszwecke. Die umfassenden Erfahrungen, die die Medizin auch in methodischer Hinsicht sammeln konnte und die u. a. zur Formulierung von Good-Practice-Leitlinien (Swart et al. 2015) geführt haben, begünstigen eine prosperierende Nutzung von Sekundärdaten in der Pflegeforschung.

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, anhand von Beispielen aus der versorgungsbezogenen Sekundärdatenforschung zukünftige, auch disziplinenübergreifende, Einsatzmöglichkeiten aufzuzeigen.

Ergebnisse

Die Suche in MEDLINE mit dem Suchstring »(nursing research[Title/Abstract] OR long-term care[Title/Abstract] OR nursing care[Title/Abstract]) AND (administrative data[Title/Abstract] OR claims data[Title/Abstract] OR secondary data[Title/Abstract])« erbrachte 244 Publikationen. Knapp die Hälfte davon beschäftigt sich im engeren Sinne mit Sekundärdatenanalysen im pflegerischen Bereich, wobei neben der Versorgungsqualität sowie gesundheitlichen und/oder pflegerischen Outcomes dem Pflegemanagement besondere Aufmerksamkeit zuteil wird. Dem steht auf dem Gebiet der medizinischen Versorgungsforschung ein breites Spektrum von Themenfeldern gegenüber, das sich nach Pfaff (2003) untergliedern lässt in Bedarfs-, Inanspruchnahme- und Organisationsforschung, Health Technology Assessment, Versorgungsökonomie, Qualitätsforschung und Versorgungsepidemiologie. Aufgrund der Besonderheiten der für die Beforschung dieser Themenfelder genutzten Daten liegt ein Schwerpunkt der medizinischen Versorgungsforschung in der Arzneimittelversorgung (Häussler & Gothe 2012).

Dienstag, 29. September 2015

Indikatoren zur Messung der Qualität von assistiven Technologien in der häuslichen Pflege.

Katharina Hauer, Forschung Burgenland GmbH

HS 002

11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Viele ältere Personen möchten, auch wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, so lange und so selbstständig wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben (Georgieff, 2009). Altersgerechte Assistenzsysteme stellen eine mögliche Lösung für das drohende Defizit der Pflege- und Betreuungspersonen dar. Sie ermöglichen älteren Personen den Verbleib im häuslichen Umfeld (Sträter, 2011). Assistive Technologien reichen von einfachen Geräten, wie Gehhilfen, bis zu elektronischen Systemen zur Überwachung und Unterstützung, wie Erinnerungssysteme (Georgieff, 2009). Im Kontext assistiver Technologien ist die Qualität von großer Bedeutung, da es bei Schwierigkeiten mit der Bedienung in bestimmten, kritischen Situationen zu schwerwiegenden Folgen kommen kann (Sträter, 2011).

Ziel dieser Arbeit ist es, Indikatoren zur Messung der Qualität von assistiven Technologien zu identifizieren. Die Fragestellung lautet wie folgt: Anhand welcher Indikatoren kann die Qualität von assistiven Technologien für pflegebedürftig gewordene ältere Menschen gemessen werden?

Ergebnisse

In der Literatur gibt es bereits Ansätze, Qualitätskriterien für assistive Technologien festzulegen. So bietet z.B. Hersh (2010) eine detaillierte Aufstellung von Kriterien unter der Zuordnung in die Bereiche Konformität und gute Praxis, Technik, Nutzer sowie Ressourcen und Finanzen. In Deutschland wurden Qualitätskriterien zusammengestellt, welche die Interessen der Nutzer, der Dienstleister und der Produkthanbieter berücksichtigen (Sträter, 2011).

Die Ergebnisse sowohl der Literatur als auch der empirischen Untersuchung zeigen, dass die Zufriedenheit und die Lebensqualität, d.h. das subjektive Empfinden, der betroffenen Person für die Qualität der häuslichen Pflege ausschlaggebend sind. Dies kann auf die Anwendung assistiver Technologien umgelegt werden. Hier ist es besonders wichtig, dass das Produkt die individuellen Erwartungen erfüllt. Zukünftig sind dringend Finanzierungsmodelle sowie massentaugliche Produkte zu entwickeln, um eine weitere Verbreitung zu ermöglichen. Dies erleichtert auch fortführende Forschungsarbeiten im Rahmen der Qualitätssicherung.

Dienstag, 29. September 2015

Technik, die gewollt ist – Ein Vergleich von Entwicklungsansätzen von Techniken zur Unterstützung von Menschen mit Demenz.

Johannes Hirsch, KIT

HS 002

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Charakterisiert durch Einschränkungen bis hin zum Verlust höherer kognitiver Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen (z.B. Schneekloth et al, 2007), erfordert Demenz ein erhöhtes Maß an Pflege und Betreuung: Beispielsweise beginnen 37 bis 60% der Menschen mit Demenz im Verlauf ihrer dementiellen Erkrankung mit einem ruhelosen Umhergehen, dem so genannten „Wandering“, was sowohl pflegende Angehörige als auch institutionell Pflegende vor besondere Herausforderungen stellt, da hier die Gefahr des Weglaufens und sich Verirrens besteht (z.B. Landau et al, 2012). Als Lösungsansatz für diese Herausforderungen werden seit einigen Jahren verstärkt „Assisted Living Strategies“ diskutiert, da sie nach Ansicht von Experten das Potential haben, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz durch ein unabhängigeres Leben zu verbessern. Hier sind verschiedene Typen von Dienstleistungen und unterschiedliche Techniken bereits erhältlich. Neben diesen bereits am Markt erhältlichen Produkten gibt es eine Vielzahl von Technologien im Prototyp-Stadium, die in Feldversuchen positiv evaluiert wurden. Am Markt verfügbar sind GPS-Ortungssysteme mit frei definierbarem Geofence. In aktuellen Forschungsprojekten wird dieser durch Kontextinformationen dynamisch angepasst. Neben diesen Entwicklungen wird zurzeit erforscht, wie bestehende Mensch-Maschine-Schnittstellen durch den Einsatz neuer mobiler Sensorik erweitert werden können. Eine dieser Modifikationen könnte eine nutzerorientierte Entwicklung von Technologien sein, die seit einiger Zeit unter „Responsible Research and Innovation“ diskutiert wird (z.B. BMBF, 2013)

Ergebnisse

Technikentwicklungsansätze ohne eine frühe Einbindung der späteren Anwender sowie der Betrachtung des sozio-technischen Umfelds scheitern mitunter an den Besonderheiten des Einsatzgebietes. Die tatsächlichen Potentiale der Betroffenen und die Vorstellungen der Technikentwickler gehen weit auseinander. Eine Schlüsselrolle bekommt dabei die Übersetzung der Bedarfe in technische Anforderungen und der Informationstransfer der technischen Möglichkeiten an die Akteure im Untersuchungskontext. Also benötigt eine Technikentwicklung bestimmte Rahmen, die es erlauben anhand der Bedarfe iterativ zu entwickeln, ausführlich und im großen Stil zu testen und den Testpartnern Nutzungsmöglichkeiten des durch die Tests eingebundenen Systems über die Evaluierung hinaus zu ermöglichen. Für Betreuung und Wartung der Technologien bedarf es darüber hinaus Konzepte, wer dies leisten kann und wird.

Dienstag, 29. September 2015

Pseudonymisierungsdienst für Gesundheits- und Sozialdaten

Peter Ihle, Universitätsklinik Köln

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Versichertenbezogene Routinedaten - insbesondere Gesundheits- und Sozialdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland - werden zunehmend für andere als zu den primären Erhebungszwecken genutzt, vor allem für Fragen der Epidemiologie, Versorgungsforschung, Gesundheitsberichterstattung oder Gesundheitsökonomie (Sekundärdatenanalyse). Da es sich bei den Gesundheitsdaten um besondere Daten im datenschutzrechtlichen Sinn handelt (siehe hierzu Datenschutz-Richtlinie 95/46 der Europäischen Gemeinschaft, die jeweils in Nationales Recht umzusetzen ist), ist neben methodischer und medizinischer Expertise auch ein datenschutzrechtlich geprüftes Datenschutzkonzept notwendiger Bestandteil für die Erhebung und Nutzung dieser Daten. Nach Deutschem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) §3 ist dabei von den Möglichkeiten der Pseudonymisierung Gebrauch zu machen.

Sind in einem Projekt mehrere Daten liefernde Stellen beteiligt, so ist es zwingend erforderlich, dass die Pseudonymisierung durch eine zentrale Vertrauens- oder Datentreuhänderstelle mit sicherer Verwahrung des für die Pseudonymisierung verwendeten Schlüssels erfolgt. Damit diese Funktion für die Projektpartner kostengünstig angeboten werden kann, wurde in einem Projekt der Arbeitsgruppe »Datenschutz und Datensicherheit« der Telematikplattform für medizinische Forschungsnetze (TMF) ein Pseudonymisierungsdienst konzipiert und umgesetzt [1].

Ergebnisse

Die in der Vertrauensstelle notwendige Pseudonymisierungssoftware wurde in der Programmiersprache C++ (Microsoft Visual Studio) für das Betriebssystem Windows geschrieben. Der verwendete symmetrische Verschlüsselungsalgorithmus »Blowfish« steht lizenzfrei zur Verfügung. Das Programm verarbeitet die einer CD entsprechende Datenmenge, in der Regel bis zu mehrere Millionen Datensätze, innerhalb weniger Minuten. Neben versichertenbezogenen Kennzeichen werden auch institutionsbezogene Angaben wie Kassenarztnummern oder Institutionskennzeichen stationärer Einrichtungen pseudonymisiert. Die hierfür notwendigen Angaben werden dem Datentreuhänder von der datenliefernden Institution zusammen mit den zu pseudonymisierenden Daten in einer Steuerdatei geliefert, so dass die Pseudonymisierung in der Vertrauensstelle parametrisierbar ohne manuelles Eingreifen erfolgen kann. Dieser Pseudonymisierungsvorgang kann in der Daten liefernden Stelle bereits ausgetestet, wenn dort die identische Version der Pseudonymisierungssoftware installiert ist und mit einem Testschlüssel die Pseudonymisierung simuliert und damit die Angaben in der Steuerdatei plausibilisiert werden können. In einer Log-Datei werden die Arbeitsschritte dokumentiert.

Mit dem Pseudonymisierungsdienst für GKV-Daten konnte ein sowohl in organisatorischer als auch technischer Hinsicht datenschutzrechtlich unbedenkliches und geprüftes Verfahren implementiert werden.

Montag, 28. September 2015

Digitale Medien für eine evidenzbasierte Pflege – Exemplarische Konzepte zum Einsatz von Mediencoaches in Pflegebildung und Pflegepraxis.

Anna-Maria Kamin, Universität Paderborn; Agnes-Dorothee Greiner, Universität Bremen; Dorothee M. Meister, Universität Paderborn; Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen

SR 104

14.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Professionelle Pflege setzt voraus, dass Pflegenden das derzeit beste wissenschaftlich belegte Wissen in das Arbeitsbündnis mit dem/der zu Pflegenden einbringen (Behrens/Langer 2010, S. 25ff.). Um diesen Anspruch gewährleisten zu können, müssen die Pflegenden über die Kompetenz verfügen, entsprechendes Wissen zu recherchieren, zu bewerten und daraus Schlussfolgerungen für den Einzelfall abzuleiten. Neben wissenschaftlichen Kompetenzen benötigen sie hierfür auch umfassende Medienkompetenzen, um auf relevante Wissensressourcen zurückzugreifen und diese anschließend bewerten zu können. Bislang haben digitale Bildungsmedien allerdings noch nicht systematisch Eingang in die Pflege gefunden (Kamin 2013; S. 66ff). International und national konnten einige Barrieren, die einer wissensbasierten Pflege mithilfe digitaler Medien im Wege stehen, identifiziert werden. Zu diesen Problemfeldern wurde in den Jahren 2012-2015 ein vom BMBF gefördertes Verbundvorhaben mit dem Titel "Mediencoaches für das Berufsfeld Pflege (MeCoPflege)" der Disziplinen Pflegedidaktik (Universität Bremen) und Medienpädagogik (Universität Paderborn) durchgeführt. Ziel des Projekts ist es, die Medienkompetenz von Mitarbeiter_innen im Pflegebereich zu stärken, digitale Medien in Arbeitsprozesse zu integrieren und somit einen Beitrag zur Professionalisierung des Pflegepersonals zu leisten.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Ein zentraler Erfolgsfaktor des Einsatzes der Mediencoaches besteht darin, die Entwicklung und Umsetzung der individuellen Medienkonzepte als Prozess der Organisationsentwicklung zu verstehen: Ausgehend von einrichtungsindividuellen Voraussetzungen sowohl materieller als auch personeller Art müssen gezielt Ansatzpunkte ermittelt werden, um bestehende Arbeits- und Lernroutinen der Pflegenden durch digitale Medien zu optimieren. Für die inhaltliche Konzeption hat sich herausgestellt, dass digital unterstützte Lernangebote eng an den Gegenstand beruflichen Lernens – in diesem Fall pflegewissenschaftliche Themenfelder – gebunden sein müssen. Nur durch eine so erzeugte Bedeutungszuschreibung können die Berufstätigen einen eindeutigen Mehrwert in der Nutzung digitaler Lernmedien erkennen und sind motiviert, sich trotz vormals vorhandener Barrieren mit neuen Lernformen auseinanderzusetzen (Kamin 2013:231ff). Um diese Relevanz zu erzeugen ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegewissenschaftler_innen und Medienpädagog_innen zwingend notwendig, bei der fachdidaktische und mediendidaktische Ansätze miteinander verknüpft werden (Kamin et al., 2014).

CGM SOZIAL

Damit aus Software
Lösung wird.

Der ganzheitliche CGM SOZIAL Leistungs- und Lösungsansatz für eine qualitativ hochwertige, menschliche Pflege und Bereung.

**WEBINAR-AKADEMIE
FÜR PFLEGEPROFIS:**

Null Kosten, null Reisezeit,
100% Information

**Innovativ.
Ganzheitlich.
Zukunftssicher.**

**systema.de
cgm.com/de**

CGMCOM-2226_SYS_0715_AVO

Montag, 28. September 2015

Implementierung einer praxisnetzbasieren, softwaregestützten Case Management Intervention am Bsp. von multimorbiden Patienten mit Diabetes mellitus Typ II.

Martina Kamradt, Universitätsklinikum Heidelberg; Johannes Krisam, Universitätsklinikum Heidelberg; Werner Besier, Gesundheitsprojekt Mannheim e.G.; Christian Jacke, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit; Hans-Joachim Salize, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit; Ralf Brandner, InterComponentWare AG; Sandra Schmitt, InterComponentWare AG; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg; Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg

SR 105

14.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Die steigende Prävalenz an multimorbiden Menschen mit chronischen Erkrankungen fordert eine individuelle, patientenzentrierte und sektorenübergreifende Koordination der Gesundheitsversorgung. Entsprechend dieser Ausgangssituation ist die sektorenübergreifende Versorgung von multimorbiden Patienten mit chronischen Erkrankungen ein zentraler Aspekt im BMBF geförderten Vorhaben „Gesundheitsregion der Zukunft“ (2012-2016). Im Rahmen dieses Großprojektes werden in der Metropolregion Rhein-Neckar, Deutschland, in enger Zusammenarbeit von Wissenschaft und Industrie Strukturen und Prozesse etabliert, welche eine patientenzentrierte Weiterentwicklung der Versorgung ermöglichen. An das INFOPAT-Projekt (INFOrmationstechnologie für eine PATientenorientierte Gesundheitsversorgung; www.infopat.eu) angebunden ist die Implementierung und Evaluation einer praxisnetzbasieren, softwaregestützten Case Management Intervention am Beispiel von multimorbiden Patienten mit Diabetes mellitus Typ II. Technische Grundlage dieses Projektes ist der „ICW Care Manager“, eine Software der InterComponentWareAG, welche speziell an die Anforderungen des praxisnetzbasieren Case Managements angepasst ist. Diese webbasierte Software unterstützt den NCM durch aufgabenbasiertes Arbeiten mit elektronischen Formularen und sorgt dafür, dass die einzelnen Aufgaben zum richtigen Zeitpunkt ausgeführt werden. Bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse im Bereich der Case Management-Ansätze lassen positive Effekte bezüglich der Versorgungskoordination und einer Vielzahl unterschiedlicher Outcomes erkennen (Bodenheimer T, Berry-Millet R, 2009; Norris et al., 2002). Dennoch ist die Evidenz begrenzt, welche die Auswirkungen eines praxisnetzbasieren Case Managements auf gesundheitsbezogene, patienten-berichtete Outcomes, wie z.B. des Selbstsorgeverhaltens, von multimorbiden Patienten mit Diabetes mellitus Typ II beschreibt. Aus diesem Grund ist das Ziel der Studie die Implementierung einer praxisnetzbasieren, softwaregestützten Case Management Intervention bei multimorbiden Patienten mit Diabetes mellitus Typ II zu evaluieren.

Vorläufige Ergebnisse

Der praxisnetzbasierte Case Management-Ansatz ermöglicht die Umsetzung einer individuellen und intensiven Betreuung von Patienten durch einen NCM auch für kleinere und mittlere Hausarztpraxen ohne großen zusätzlichen Zeitaufwand. Darüber hinaus könnte dieser Ansatz dazu beitragen, den Austausch von Informationen zwischen NCM, Hausarztpraxis und anderen Leistungserbringern zu verbessern, sowie die Gesundheitsversorgung stärker den individuellen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten.

Dienstag, 29. September 2015

Health Apps – Where ist the Quality? – Zertifizierung von Apps am Beispiel painApp.

Sven Kernebeck, Paracelsus Medizinische Universität; Sascha Quitter, Paracelsus Medizinische Universität; Andre Ewers, Paracelsus Medizinische Universität; Irmela Gnass, Paracelsus Medizinische Universität; Nina Schürholz, Paracelsus Medizinische Universität; Daniel Zenz, 2Smart-Q GmbH

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Der Einsatz von Apps im Bereich der gesundheitlichen Versorgung hat in den vergangenen Jahren drastisch zugenommen. Die Anzahl der Apps mit Gesundheitsbezug lag nach Schätzungen im Jahre 2013 bereits bei ca. 97.000 (research2guidance, 2013). Bei der Entwicklung und Anwendung von Apps lassen sich jedoch zahlreiche Mängel konstatieren (Kernebeck et al., 2014). Infolgedessen ist es für die Nutzer/innen nicht hinreichend beurteilbar, wie die Qualität einer App einzuschätzen ist. In diesem Kontext stehen verschiedene Zertifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung, die für die Nutzer/innen die Qualität einer App ausweisen. Bei der Entwicklung von Apps mit Gesundheitsbezug ist es somit wichtig zu wissen, nach welchen Kriterien die Zertifizierungsmodelle Apps bewerten, damit diese bei der Konzeption berücksichtigt werden können. Ziel des Posters ist es, zum einen die verschiedenen Zertifizierungsmodelle mit den jeweiligen Kriterien darzustellen und zum anderen relevante Kriterien zu beschreiben, die derzeit noch nicht bei den untersuchten Zertifizierung berücksichtigt werden.

Im Rahmen des Projektes painApp wurde durch eine formative Evaluation eine App zur mobilen Schmerzerfassung nutzer/innenzentriert entwickelt. In der Datenerhebungsphase von 12 Monaten wurden PatientInnen mit einer schmerzassoziierten ICD mit einem Mindestalter von 65 Jahren eingeschlossen. Bereits vor der Entwicklung der painApp wurde eine Recherche verschiedener Zertifizierungsmodelle von Apps durchgeführt:

Erfolgsfaktoren

Damit die Qualität von Apps für die Nutzer/innen hinreichend beurteilbar ist, ist eine Berücksichtigung von Qualitätskriterien unabdingbar. Jedoch fehlt auf der einen Seite das Wissen der Entwickler über die Zertifizierungsverfahren, und auf der anderen Seite ist das Problembewusstsein für die Bedeutung der Qualität nicht immer gegeben. Insofern müssen hier einheitliche Regularien zur Verfügung stehen, die für Entwickler von Apps im Bereich der gesundheitlichen Versorgung verpflichtend sind. Überdies ist es für Entwickler in Teilen schwierig zu beurteilen, wie genau die Kriterien bei der Zertifizierung beurteilt werden. Insbesondere ist es wichtig, die Qualität von Apps für ältere Menschen transparent auszuweisen. Dies liegt daran, dass diese derzeit eine geringe Affinität zu technischen Produkten aufweisen und zum anderen gerade diese Population von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen ist, bei denen Apps häufig eingesetzt werden können. Zukünftig wird die Anzahl an Apps im Gesundheitswesen weiter zunehmen. Eine entsprechende Qualitätssicherung in Bezug auf Gefahren und den Nutzen von Apps ist somit unabdingbar. Hier können Zertifizierungsverfahren einen Beitrag leisten, um eine Transparenz der Qualität von Apps für die Patienten/innen sicherzustellen.

Dienstag, 29. September 2015

Schnittstellenübergreifendes Medikamentenmanagement in der Sozialwirtschaft.

Thomas Kirpal, CGM Systema GmbH

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Die Arzneimittelversorgung von Bewohnern stationärer Einrichtungen ist ein hochkomplexer Prozess, der von Pflegeexperten nicht zu Unrecht als Hochrisikoprozess eingestuft wird (Huhn, 2011). Die Abläufe und Vorgehensweisen werden maßgeblich durch drei Akteure bestimmt, das sind Apotheken, Arztpraxen und Einrichtungen des stationären Wohnens. Allerdings ist das intersektorale Medikamentenmanagement bei tiefergehender Betrachtung gekennzeichnet von Medienbrüchen, zeitaufwändigen Kommunikationswegen und fehleranfälliger Mehrfachdokumentation (Kirpal und Blocher, 2014). Beispielsweise führen sowohl Apotheken, als auch Arztpraxen und natürlich das stationäre Wohnen jeweils einen eigenen Medikationsplan für ein und denselben Patienten/Bewohner. Bei genauerer Betrachtung kann man feststellen, dass die drei Pläne häufig nicht übereinstimmen. Veränderungen in Verordnung und Dosierung werden handschriftlich, per Fax oder telefonisch übermittelt. Die Konsequenz dieser Vorgehensweisen führt zu erhöhter Fehleranfälligkeit in der Medikamentenversorgung und damit zu gravierenden Risiken für die Patienten/Bewohner. Darüber hinaus verursacht der damit verbundene Zeitaufwand erhebliche aber vermeidbare Kosten bei allen beteiligten Akteuren.

Erfolgsfaktoren

Die Erfolgsaussicht des Medikationsmanagers MediPlanOnline am Markt steht und fällt mit der Bereitschaft der drei genannten Akteure, sich auf eine gemeinsame Kommunikationsplattform einzulassen und anschließend konsequent den Medikationsplan ihrer Patienten/Bewohner mittels einer webbasierten Lösung zu führen. Resultierend aus vielen Gesprächen mit Betreuungs- und Pflegefachkräften vor Ort, eigenen Organisationsanalysen und Beratungsdienstleistungen lässt sich feststellen, dass vor allem stationäre Einrichtungen und Apotheken derzeit intensiv nach einer Optimierung der Versorgungsprozesse suchen. Dagegen fällt es heimversorgenden Arztpraxen noch sehr schwer, sich auf eine webbasierte Lösung einzulassen. Allerdings wird sich mittel- und längerfristig auch die Ärzteschaft einer solchen Lösung nicht verschließen können, da auch Verbände und Politik dazu drängen, gemeinsame Kommunikationsplattformen zu entwickeln und zu betreiben, wie es z. B. in der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V beschlossen wurde.

Dienstag, 29. September 2015

Lernoffensive für die Pflegeausbildung mit E-Learning: Qualitative Expertinnen- und Experteninterviews zu den Bedingungen und Voraussetzungen für eine nachhaltige Einführung von E-Learning in der Pflegeausbildung.

Christa Knigge, Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Krankenhaus Reinbek, Hamburg

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Unternehmen und Organisationen sind grundsätzlich aufgefordert, sich immer schneller an den gesellschaftlichen Wandel anzupassen, um damit die Lernbedürfnisse und die Kompetenzentwicklung der Lernenden sowie lebenslanges Lernen zeitgemäß zu gestalten. Gerade in den pflegerischen und medizinischen Berufen muss das Wissen immer wieder aktualisiert und angepasst werden, das heißt lebenslanges Lernen über die Ausbildung hinaus ist gefordert. Zudem ist ein Transfer des Wissens aus der Pflegewissenschaft und der Pflegeforschung in die Praxis erforderlich. Die zukünftig Pflegenden benötigen eine Medienkompetenz im Umgang mit der Wissensrecherche im Internet, um relevante wissenschaftliche Ergebnisse aus den Studien in die pflegerische Praxis übertragen zu können (vgl. Darmann--Finck 2014, S. 2). Durch den Einsatz von E-Learning und Blended Learning, wird ein innovatives, kollaboratives, selbstgesteuertes und zeitunabhängiges Lernen ermöglicht (vgl. Dittler 2011, S. 8). Kausal wird dieser Anlass dadurch bestärkt, dass im Wettbewerb um Auszubildende mit anderen Bildungseinrichtungen in der Pflege Angebote mit elektronischen Medien immer wichtiger werden für die sogenannte „Generation C“ (vgl. Sauter/Sauter 2013, S. 5). Bestätigt wird diese Entwicklung durch die Aussage von Sabine Steffan: „Zudem wird die Zukunftsfähigkeit der Bildungseinrichtungen daran gemessen, wie sie die Kompetenzen eines habitualisierten Umganges mit IKT (Information-- und Kommunikationstechnologien) vermitteln“. (Steffan 2010, S. 14)

Ergebnisse/Ausblick

Das Ergebnis ist eine Handlungsempfehlung für die Pflegefachschule am Krankenhaus Reinbek zur Einführung von E-Learning. Die Empfehlungen der Expertinnen und Experten sind neben der wissenschaftlichen Literaturanalyse äußerst relevant, um die hypothetische Annahme von Rahmenbedingungen zur nachhaltigen Einführung von E-Learning zu stützen. Eine hohe Relevanz der Interviewergebnisse sieht die Autorin auch darin, dass vor allem implizites und praktisches Expertinnen- und Expertenwissen durch die Interviews expliziert und damit nutzbar gemacht werden konnte.

Es bleibt zu überprüfen, ob die Umsetzung der Empfehlungen der Expertinnen und Experten die Nachhaltigkeit, d.h. die konsequente Durchführung von E-Learning an der Pflegefachschule unterstützt haben und ob durch E-Learning und Blended Learning die Attraktivität und Wettbewerbssituation der Pflegefachschule mittelfristig gesteigert, sowie die Learning Outcomes nachhaltig verbessert werden konnten!

Dienstag, 29. September 2015

Der steile Weg zu Qualität: Die systematische Weiterentwicklung und Validierung von ENP-Praxisleitlinien am Beispiel von Schluckstörungen.

Sebastian Kraus, RECOM GmbH

SR 101

11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Wie in vielen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung findet moderne Informations- und Kommunikationstechnologie vermehrt auch in der Pflege Einzug. Insbesondere mit Bezug auf die Anwendung von pflegerischer Diagnostik bzw. Pflegeklassifikationssystemen als Bestandteil einer elektronischen Patientenakte bietet dieser Umstand große Potenziale nicht nur für die Pflegepraxis, sondern auch für Management und Forschung. Pflegende als Anwender sind dabei per Gesetz angehalten, ihre Leistungen evidenzbasiert, d.h. „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“, zu erbringen (§11 SGB XI und §70 SGB V, vgl. Schulin 2014). Auch hinsichtlich aktueller Akademisierungs- und Professionalisierungsbemühungen werden entsprechende Forderungen zunehmend lauter (Meyer et al. 2013). Unabdingbar sind demnach adäquate Konzepte zur systematischen und wissenschaftsbasierten Erarbeitung und Prüfung der den Pflegenden im Rahmen von Pflegeklassifikationssystemen angebotenen Inhalte, welche sie bei der Entscheidungsfindung und Umsetzung des Pflegeprozesses unterstützen sollen.

Ziel ist, anhand eines konkreten Beispiels einen Einblick in den systematischen Weiterentwicklungs- und Validierungsprozess der Praxisleitlinien des Pflegeklassifikationssystems European Nursing care Pathways (ENP) zu ermöglichen. Hiermit sollen die Herausforderungen der einzelnen Arbeitsschritte aufgezeigt, aber auch die Diskussion um umsetzungsbezogene wie methodische Aspekte angeregt werden.

Ergebnisse

Die systematische Weiterentwicklung und Validierung von Pflegediagnosen und anderen pflegeklassifikatorischen Elementen kann bisherigen Erfahrungen zufolge zu großen Qualitätssprüngen der den Pflegenden zur täglichen Arbeit angebotenen Inhalte führen. Wesentliche Herausforderung hierbei ist etwa die zielgruppengerechte Umsetzung der Erkenntnisse der in zunehmender Fülle publizierten Fachliteratur, die vielfach nicht der Pflege selbst entstammt. Nicht zu vernachlässigen sind zudem Barrieren in der Entwicklung und Verwirklichung geeigneter Methoden zur Validierung der Überarbeitungsergebnisse. Beispielhaft können die Gewinnung einer ausreichenden Zahl geeigneter Experten als Studienteilnehmer, die Sicherstellung eines deckungsgleichen Informations- und Kenntnisstandes der Partizipanten oder die Ermittlung einer adäquaten Methodik zur Kalkulation der Interrater-Reliabilität genannt werden.

Dienstag, 29. September 2015

Die Brücke zum Erfolg – spezifisches Aufnahmeverfahren als Bridgingansatz für erfahrene Pflegende ohne Matura

Alexander Kraus, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg; Diana Brodda, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Lünen

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Die Akademisierung der Pflege ist in Österreich schon vor der anstehenden Reform des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes mit der geplanten Vollakademisierung des gehobenen Dienstes voll im Gange. Essentiell für die erfolgreiche Umsetzung der anstehenden Reform dürfte sicherlich die sinnvolle Gestaltung der Zugänge der bereits jahrelang in der Praxis tätigen Pflegekräfte zu den Hochschulen sein. Dabei ist der Zugang zu Universitäten mit der Pflicht der Matura klar gestaltet. Viele Pflegekräfte sehen sich nun ohne Matura einer unüberwindbaren Hürde gegenüber. Als weitere Alternative gibt es die Möglichkeit der Studienberechtigungs- oder Berufsreifepfprüfung. Beide Angebote sind etabliert und wertvoll, stellen erfahrungsgemäß aber vor allem für Berufstätige eine immense Hürde dar, die durch familiäre Pflichten oft noch vergrößert wird. Die AQ Austria hat diese Situation ebenfalls erkannt und in der Boardsitzung vom 3. September 2013 (GZ: I/20/2013) entschieden, den Privatuniversitäten die Gelegenheit zu eröffnen, eigene Aufnahmeprüfungen für BewerberInnen ohne Matura zu entwickeln und anzubieten. Diese müssen allerdings streng nach den relevanten Gesetzen gestaltet werden, qualifizieren immer nur für einen einzigen Studiengang, und bescheinigen keinerlei Berechtigung zu einem Studium an öffentlichen Universitäten. Daraufhin wurde der „Zulassungskurs Bachelorstudium Pflegewissenschaft Online“ entwickelt.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Der große Erfolgsfaktor des Verfahrens ist der Einsatz einer IT-gestützten Lehr-Lern-Umgebung, präziser einer Lernplattform, auf der neben dem Datenaustausch, den Lernziel- und Lernerfolgskontrollen und der Austausch in den Learning-Communities auch der Kern der Wissensvermittlung durch die aufwändig produzierten Selbstlernbausteine stattfindet. Ergänzt wird dies durch die anschließende Vertiefungsphase, in der durch den diskursiven Austausch der BewerberInnen mit den Lehrenden und Studierenden des Regelstudiums in virtuellen Klassenzimmern das Wissen konsolidiert und nachhaltig memoriert werden kann. Eine durch Erfahrung gewachsene Supportstruktur und die Einrichtung einer eigenen Abteilung für die Betreuung der Technik der Angebote ist eine weitere Säule. Dieser extrem hohe Aufwand sichert letztlich das innovative Momentum des Verfahrens, und nur so kann der Zugang für die Zielgruppe realisiert werden.

Das neue Verfahren wurde nach der Implementierung in den Studienalltag bereits einige Male durchgeführt, und brachte sehr gute Ergebnisse. Einige Verbesserungen konnten durch die Begleitevaluation identifiziert und umgesetzt werden. Aufgrund dieser Erfahrungen stellt diese Option ein praktikables Aufnahmeverfahren inklusive einer adäquaten Eignungsdiagnostik dar, und ist durch die Errungenschaften moderner E-Learning-Formen durchaus breiter einsetzbar.

Dienstag, 29. September 2015

Peterchens Mondfahrt – Oder: Wie man mit Fachsoftware die Effizienz sozialer Organisationen steigern könnte.

Helmut Kreidenweis, Katholische Universität Eichstätt

SR 105

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Der Beitrag befasst sich mit Effizienzsteigerung durch Einsatz von Branchensoftware in sozialwirtschaftlichen Organisationen. Obgleich dieser Software-Typus bereits seit rund 30 Jahren in Deutschland eingesetzt wird und die Branche jährlich rund 250 Mio. Euro für derartige Software und den zugehörigen Service aufwendet, wurden ihre Effizienzeffekte bislang noch nie mit wissenschaftlichen Methoden untersucht.

Das Dominikus Ringeisen Werk, ein sozialwirtschaftlicher Komplexträger mit 3.300 Mitarbeitern in Bayern und Schwerpunkt Behindertenhilfe, war Auftraggeber dieser Studie und wollte diese Fragen als Beitrag zur wissenschaftlichen Fundierung der Sozialinformatik und zur eigenen Organisationsentwicklung beantwortet wissen.

Die Forschungsfragen lauteten:

- Welche Effizienzeffekte im Sinne von Zeitersparnis kann die Einführung von Branchensoftware generieren?
- Wie können diese Effizienzeffekte für die Organisation nutzbar gemacht werden?

In der vorliegenden Studie wurde bewusst auf die Untersuchung von Qualitätseffekten verzichtet.

Folgende Ziele wurden mit der Studie verfolgt:

- Ziel 1: Entwicklung eines praxistauglichen Methoden-Sets zur Identifikation von Effizienzeffekten einer Branchensoftware-Einführung in sozialen Organisationen
- Ziel 2: Exemplarische Klassifizierung typischer Effizienzeffekte
- Ziel 3: Konkrete Handlungsempfehlungen für den Auftraggeber

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Alle Analysen zeigten in der Summe vergleichsweise geringe Effizienzgewinne, teilweise sogar Effizienzverluste. Am ehesten waren Effizienzgewinne feststellbar, wenn es sich um Prozesse handelte, die durch externe Vorgaben oder fachliche Standards bereits einer gewissen Standardisierung unterworfen waren und die Software gute Funktionalitäten dafür bot. Die geringsten Effekte waren bei komplexen, organisationsintern entwickelten Prozessen feststellbar, die durch einen hohen Grad an Individualität geprägt waren.

Die Empfehlung an die Organisation lautete daher, im Nachgang zur Software-Einführung ein Prozessmanagement einzuführen und dies organisatorisch mit dem IT-Bereich und dem Qualitätsmanagement zu verbinden.

Dienstag, 29. September 2015

Einsatzmöglichkeiten von Wissensmanagementsystemen zur Lösung von Problemen in der stationären Krankenpflege.

Johannes Krell, Technische Universität München

SR 101

11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Bereits 1993 wurde von Trill (1993) vorgeschlagen, Informationssysteme zur Unterstützung von Entscheidungen im Pflegebereich einzusetzen, die in der neueren Literatur häufig unter dem Begriff „Wissensmanagementsysteme“ diskutiert werden. Um solche Systeme effektiv entwickeln zu können wurde von Giehoff (2008) ein Modell erarbeitet, das im Kern darauf abzielt, Erfahrungen von Pflegepersonen für deren Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung zu stellen und ihnen dadurch zu ermöglichen, Pflegesituationen trotz unbekannter Lösungsstrategien zu bewältigen. Um Wissensmanagementsysteme so zu gestalten, dass ein optimaler Beitrag zur Realisierung dieses Ziels entsteht, sind Hinweise darüber erforderlich, in welchen Situationen sich Einsatzmöglichkeiten aus Sicht potentieller Anwender ergeben.

Hier setzt dieser Beitrag mit Blick auf das Handlungsfeld der stationären Krankenpflege an. Die Grundlage bildet die Annahme, dass Pflegepersonen bei der Ausführung von Aufgaben innerhalb des Pflegeprozesses (Yura, Walsh 1997; Wilkinson 2012) die Nutzung von Wissensmanagementsystemen erst dann in Betracht ziehen, wenn sie das Hinzuziehen externer Informationen zur Lösung eines Problems als erforderlich oder zumindest als nützlich einschätzen (Homann 2000). Vor diesem Hintergrund sollen in diesem Beitrag auf empirischer Basis Probleme erfahrener und weniger erfahrener Pflegepersonen in der stationären Krankenpflege identifiziert werden, zu deren Lösung das Heranziehen externer Informationen als erforderlich oder nützlich angesehen wird, um Hinweise zur anwendungsbezogenen Gestaltung und zu geeigneten Einsatzmöglichkeiten von Wissensmanagementsystemen zu gewinnen.

Ergebnisse

Ergebnisse liegen aktuell (März 2015) noch nicht vor, die Datenauswertung wird im August abgeschlossen sein. Empirische Vorbefunde aus der Literatur lassen zum jetzigen Stand vermuten, dass weniger erfahrene Pflegekräfte sich insbesondere Problemen im direkten Umgang mit Patienten ausgesetzt fühlen, während erfahrene Pflegekräfte eher die Koordination verschiedener patientenbezogener Tätigkeiten zur gleichen Zeit als problematisch ansehen (Benner 2012; Reuschenbach 2008). Ferner wird erwartet, dass in den Interviews generell Probleme geschildert werden, die in Verbindung mit mangelnder Compliance und Aggressivität von Patienten stehen und mit einer starken emotionalen Eingebundenheit der Pflegepersonen einhergehen (Wittmann et al. in prep.).

Dienstag, 29. September 2015

„Was meinen die denn mit ‚GUI‘?!“ – Interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Entwicklung nutzerorientierter Software-Lösungen.

Aline Kunz, Universitätsklinikum Heidelberg; Sabrina Pohlmann, Universitätsklinikum Heidelberg; Martina Kamradt, Universitätsklinikum Heidelberg; Antje Brandner, Universitätsklinikum Heidelberg; Christina Reiß, Selbsthilfe Heidelberg/Mannheim; Oliver Heinze, Universitätsklinikum Heidelberg; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg; Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg

HS 002

13.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Die Entwicklung von Software-Lösungen für das Gesundheitswesen sieht sich heute mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert: Entwicklerteams müssen einem stetig steigenden Bedarf an IT-Lösungen begegnen und sich dabei auch kontinuierlich wandelnden technischen Möglichkeiten stellen. Darüber hinaus ist die Einbeziehung der Lebens- und Arbeitswelt aller Zielgruppen, die die entwickelte Informationstechnologie anwenden sollen, aus dem Entstehungsprozess nicht mehr wegzudenken (vgl. Schmidt-Kraepelin et al, 2014; Goldberg et al, 2011). Ein Scheitern von Software-Entwicklungen im Gesundheitswesen, das darauf zurückzuführen ist, dass entscheidende Rahmenbedingungen des Versorgungsalltags außer Acht gelassen wurden, ist nicht nur mit Frustration seitens der Anwender, sondern letztlich auch mit hohen finanziellen Risiken für die Entwicklungsorganisationen verbunden (vgl. Boddy et al, 2009).

Seit 2012 wird das Projekt INFOPAT (Informationstechnologie für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung) durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Wettbewerbs „Gesundheitsregion der Zukunft“ gefördert. Das Ziel von INFOPAT ist es, Strukturen und Prozesse zu etablieren, welche eine integrierte und sektorenübergreifende Versorgung von chronisch kranken Menschen ermöglichen. Zentraler Baustein für die Erreichung dieser Zielsetzung ist die Etablierung der persönlichen, einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte (PEPA). Dabei werden in einem „Entwicklungsprojekt“ der technische Aufbau der PEPA-Architektur und in einem „Anwendungsprojekt“ exemplarisch die Herausforderungen der Implementierung in der Versorgung von Patienten mit Darmkrebs in den Blick genommen.

(Ausgewählte) Erfolgsfaktoren

Um die interdisziplinäre Abstimmung zu vereinfachen entstand die Idee, auch die entwickelten Anforderungen aus dem Anwendungsprojekt am Vorgehen der technischen Software-Entwicklung (SCRUM) auszurichten. Die Zielsetzung bestand dabei darin, den bestehenden Anforderungskatalog in konkrete, priorisierte und allgemein verständliche Arbeitspakete zu untergliedern. Dazu werden nun im Anwendungsprojekt sogenannte „Action Sheets“ entwickelt und mit dem Product Owner von Seiten des Entwicklungsteams abgestimmt. Alle am Entwicklungsprozess Beteiligten sollen sich durch die „Action Sheet“-gestützte Vorgehensweise besser mit den Nutzeranforderungen identifizieren können. Auf diese Weise kann eine stabile Basis für ein System geschaffen werden, das die tatsächlichen Bedarfe adressiert. Im Rahmen der ENI 2015 werden diese „Action Sheets“ in einem Vortrag ausführlich dargestellt und diskutiert.

Montag, 28. September 2015

Vermittlung von Kompetenzen zur Technikgestaltung in pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen: Motivation, Konzept und Erfahrungen.

Christophe Kunze, Hochschule Furtwangen

SR 104

14.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Im Zuge der zunehmenden Bedeutung von IT für die Professionalisierung der Gesundheitsberufe wird die Vermittlung von IT- und Technikkompetenzen in pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen und Ausbildungscurricula seit Längerem diskutiert (siehe z.B. Saba und Riley, 1997; Steffan und Ostermann, 2010). Ziel ist dabei primär die Befähigung zur Nutzung von Informationstechnologien. Im Kontext der in den letzten Jahren verstärkt erfolgenden Entwicklung von technischen Assistenzsystemen in der Pflege und zur Alltagsunterstützung von älteren und behinderten Menschen stellt sich die Frage, inwiefern nicht auch die Vermittlung von Kompetenzen zur Technikgestaltung in gesundheitsbezogenen Studiengängen wünschenswert und möglich ist. Häufig werden Entwicklungsaktivitäten im Bereich technischer Unterstützungssysteme als technikgetrieben und nicht bedarfsgerecht kritisiert und Anwendungshemmnisse wie geringe Akzeptanz oder mangelnde Einbettung neuer Technologien in Versorgungsstrukturen darauf zurückgeführt. Die für die Konzeption technischer Lösungsansätze notwendige Übersetzungsarbeit von Anwenderbedürfnisse in technische Anforderungen und Spezifikationen werden in der Praxis heute als Requirements Engineering in der Regel von Technikern durchgeführt. Auch wenn mit nutzerzentrierten und partizipativen Entwicklungsmethoden in den letzten Jahren dabei verstärkt auch sozialwissenschaftliche Ansätze Einklang in die Arbeit gefunden haben, werden Entwicklungsprozesse und Technikgestaltung fast ausschließlich von Technikentwicklern gesteuert und durchgeführt.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Dabei zeigte sich, dass es durchaus möglich ist, Studierenden ohne technische Vorkenntnisse und mit überwiegend geringer Technikaffinität Methoden und Werkzeuge der Anforderungsanalyse und Systemkonzeption zu vermitteln. Teilweise bedarf dies aber spezieller Zugänge zum Thema und angepasster Ansätze, wie z.B. bei der Vermittlung von UML-Modellierungskompetenzen an Studierende ohne Programmierkenntnisse und ohne grundlegendes Verständnis der Objektorientierung. Erfahrungen aus studentischen Projekten, Abschlussarbeiten und Rückmeldungen aus Praktika zeigen, dass die Studierenden die erworbenen Kenntnisse erfolgreich in Entwicklungsprozesse einbringen und Schnittstellenfunktionen zwischen Technikentwicklern und Anwendern einnehmen können. In der Praxis zeigen sich aber auch deutliche Grenzen im Bereich der Konzeption technischer Lösungen. Grenzen zeigen sich auch bei einer weiteren Vertiefung der Kenntnisse im Rahmen von Wahlpflichtveranstaltungen oder Masterprogrammen, weil der Umfang der für eine Vertiefung nötigen technischen Grundlagenkenntnisse dann schnell anwächst.

Besser dokumentieren – rascher heilen

Die steigende Bedeutung des Wundmanagements in der intra- und extramuralen Pflege ist ein deutliches Indiz dafür, dass sich die Wundbehandlung zusehends als eigener hochspezialisierter Bereich etabliert. Care Solutions bietet dazu die maßgeschneiderte Dokumentations-Software.

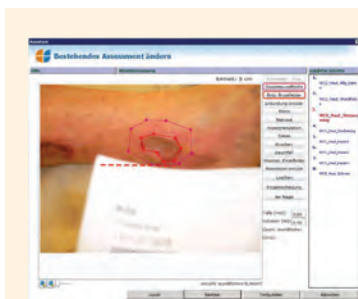
In zahlreichen Krankenhäusern, Pflege- und Behindertenbetreuungseinrichtungen in Österreich erfolgt die Dokumentation des Wundmanagements seit vielen Jahren mit der Software WCaSol (Wound Care Solution) von „Care Solutions“. Care Solutions arbeitet eng mit der Firma PCS zusammen, auf deren weit verbreitetem Krankenhausinformationssystem „PATIDOK“ die Programme von Care Solutions aufsetzen.

Wund-Anamnese

WCaSol begleitet Anwender von der Wundanamnese durch den gesamten Behandlungs- und Pflegeprozess bis zur Evaluation. In der Anamnese werden die Informationen zur Wunde (Genese, Typ, Historie, Lokalisation, status quo etc.) sowie zum Patienten digital erfasst. Im Bedarfsfall können pro Patient beliebig viele und auch unterschiedlichste Wunden dokumentiert werden. Am Ende der Wunderfassung können ToDos konfiguriert sowie pro Wunde ein oder mehrere Assessments erstellt werden.

Die Fotodokumentation ist Bestandteil der Software. Ein Foto wird als Referenzbild definiert und weitere können importiert werden. Im Sinne der Patientensicherheit muss im Dateinamen die Fallzahl enthalten sein. Die Ausdehnung und Fläche der Wunde kann anschließend digital vermessen und die Größe in Prozent zur gesamten Hautoberfläche ermittelt werden. Ebenso sind zur Unterstützung der weiteren Verlaufskontrolle Einzelfelder (Entzündungen, Fibrin, Nekrose, etc.) sowie Wundtiefe und Volumen definierbar.

Da WCaSol auf dem Konzept „Zertifizierter Wundmanager“ nach Kammerlander basiert, ist die Wunde dementsprechend klassifizierbar bzw. um weitere individuelle Parameter erweiterbar.



Digitale Wundvermessung

Durchgeführte Assessments werden in einer Verlaufsliste dargestellt. Ähnlich der digitalen Fieberkurve sind die Anzahl der darzustellenden Tage konfigurierbar, und im Zeitverlauf kann geblättert werden.

Welche Daten zur Wunde bzw. Haut im Detail erfasst werden können, unterscheidet sich bei den Protokollen in der Ambulanz und auf der Station. Um zu gewährleisten, dass immer alle Daten einsehbar sind, egal wo der Patient gerade aufgenommen ist, werden alle erfassten Daten in der Assessment-Übersicht dargestellt.

Für Bereiche wie Wundstatus, Hautstatus allgemein/Wundumgebung/Wundrand, Graduierung, Lebensqualität und Schmerz, Wundfläche oder Ödemkontrolle, zu denen Daten eingegeben wurden, wird jeweils eine Verlaufsübersicht dargestellt.

Wund-Therapie

Zusätzlich zur Erfassung der Wunddaten können in WCaSol Therapieanordnungen erfasst und deren Durchführung digital protokolliert werden. Es müssen ein Therapieansatz und mindestens eine Therapieform fest-

Wound Care Solution (WCaSol): die Software-Lösung für Profis

Sie ermöglicht Anwendern ein rundum professionelles Wundmanagement auf qualitativ höchstem Niveau. Der integrierte Wundassistent begleitet dabei von der Ersteintragung der Wunddaten über die regelmäßige Beurteilung bis hin zur Evaluation des Wundstatus.

Diese Wunddokumentation trägt höchsten Ansprüchen der Patientensicherheit Rechnung und unterstützt interdisziplinär und multiprofessionell bei der Wundbehandlung. WCaSol bietet eine transparente Dokumentation, hilft die Kosten im Griff zu behalten und unterstützt zum Wohle der Patienten die Behandlungsqualität.

gelegt werden, optional können auch therapeutische Unterstützungsformen gewählt werden. In der Therapieanordnung wird die Häufigkeit festgelegt, an welchen Tagen (inkl. optionalem Start- und Enddatum) die Therapie durchgeführt werden soll.

Auch die zu verwendenden Materialien sind im Voraus definierbar, wobei zur Unterstützung der Wundmanager die verwendeten Produkte bestimmten Kategorien wie z. B. Wundreinigungs-/Spüllösung, Wundumgebung/Wundrand oder Wundfüller zuordenbar sind. Die Produkte werden nach Auswahl automatisch in Listenform dargestellt.

Die Durchführung der Therapie wird ebenfalls in WCaSol dokumentiert, wobei optional die Therapie erst nach Vidierung durch eine weitere Person begonnen werden kann.

Hochkonfigurierbar

Darüber hinaus sind die zu dokumentierenden Parameter ebenso wie Wundtypen oder Lokalisations-Schemata frei definierbar. Die Adaption auf eigene Modelle in der jeweiligen Einrichtung ist damit jederzeit für den geschulten Benutzer möglich.



CARE SOLUTIONS
Care Solutions GmbH
GF Michael Wiltschnigg
Parkgasse 12
9300 St. Veit/Glan
Tel.: +43 4212 909090/0
info@caresolutions.at
www.caresolutions.at





PCS Professional Clinical Software GmbH
Prokurist Alfred Amann
Industriering 11
9020 Klagenfurt
Tel.: +43 463 3003
office@pcs.at
www.pcs.at

Dienstag, 29. September 2015

Wirksamkeit der Telepflege auf den Langzeitzuckerwert von Menschen mit Diabetes: Eine Literaturarbeit.

Christoph Leimer, Hirslanden Klinik Beau-Site, Bern

 HS 002

 11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Sobald die Diagnose Diabetes Mellitus feststeht, kann die Therapie zur adäquaten Zuckereinstellung mittels Bestimmung des Langzeitzuckerwertes (HbA1C) kontrolliert werden. Um einen guten HbA1C Wert zu erreichen, bedarf es bei den Patienten an starker Adhärenz. Ein möglicher Ansatzpunkt für innovative Versorgungsmodelle, der eine Lösung für bessere Adhärenz bei Diabetikern bedeuten könnte, liegt in der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien.

Ziel der Bachelorarbeit war es, den Nutzen und die Effektivität des Einsatzes von technischen Hilfsmitteln wie Telefonanrufe und SMS Benachrichtigungen von qualifiziertem Pflegepersonal auf den Langzeitzuckerwert bei Diabetikern. Die Anrufe die vom Personal durchgeführt wurden waren dabei in den meisten Fällen routinemäßige Kontrollanrufe die die Patienten im Selbstmanagement unterstützen sollten.

Ergebnisse/Ausblick

Insgesamt wurden elf Studien aus sechs Ländern ausgewählt. Tipps oder Beratungen durch Pflegepersonal zeigten einen positiven Effekt sowohl auf den HbA1C-Wert als auf die Adhärenz. Beinahe alle Studienergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen des HbA1C Werts in der Interventionsgruppe.

Telepflege wird über kurz oder lang ein wesentlicher Bestandteil im Sozial- und Versorgungssystem einnehmen. Durch die rasant steigenden Patientenzahlen in den Krankenhäusern kann Telepflege ein gutes Hilfsmittel darstellen, um die Patienten vor einem Krankenhausbesuch virtuell zu begutachten.

Montag, 28. September 2015

Patientenversorgung im Fokus: IT-Service als wichtiger Partner.

Frank Lippert, Universitätsklinikum Halle (Saale); Anja Schmidt, Universitätsklinikum Halle (Saale)

SR 101

16.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Im dritten Teil dieser Vortragsreihe wird die Unterstützung der pflegerischen Versorgung durch die IT beschrieben.

Meist ist die IT im Krankenhaus ein Dienstleister, der die Pflege indirekt unterstützt, um den pflegerischen Arbeitsauftrag erbringen zu können. Im Rahmen dieser Projektgruppe ist jedoch eine deutlich weitreichendere Kooperation entstanden, da sowohl in der Projektvorbereitung als auch in der Durchführung der IT-Bereich direkt eingebunden ist. Im Vortrag wird dargestellt, wie der IT-Service als Business-Enabler innerhalb des Projektes funktioniert. Dadurch ergeben sich neue Gestaltungsmöglichkeiten, die weit über den Status der IT als Erfüllungsgehilfen hinausgehen.

Das Ziel ist es, die Pflegedokumentation mit geeigneten Technologien und Instrumenten so auszustatten, dass eine optimale Prozessunterstützung entsteht. IT-seitig steht dabei die Ausstattung der Stationen im Zentrum der Betrachtung. Neben der Einführung passender Endgeräte muss auch die Infrastruktur entwickelt werden. Durch diese technischen Bedingungen wird maßgeblich der korrekte Umgang und die Abarbeitung der Pflegedokumentation beeinflusst. Damit bilden die eingesetzten Geräte einen zentralen Aspekt des Arbeitsalltages und tragen unmittelbar zu der gefühlten und erlebten Ausgestaltung der pflegerischen Tätigkeit bei.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Im Vortrag wird dargestellt, welche der verfügbaren Industriestandards und die zugehörige verfügbare Standardsoftware im UKH helfen, die benannten Probleme zu lösen. Beim Infrastrukturausbau ist die umfassende WLAN-Erschließung zu benennen um die IT-Versorgung vor Ort abzusichern. Durch die im Gesamtkonzept berücksichtigte Rolle der IT-Administration soll die Unzufriedenheit bei den Benutzern und Administratoren sowohl beim Rollout als auch im Regelbetrieb minimiert werden.

Auch zukünftig ist durch die bescheidene Investitionsmittelausstattung eine Differenz zwischen Ist- und Soll-Ausstattung zu erwarten. Durch die Zusammenarbeit der Bereiche IT, Controlling und Pflegeentwicklung kann dies nach objektiven Gesichtspunkten bewertet werden und somit in wirtschaftlich und prozesstechnisch sinnvollen Bereichen umgesetzt und weiter optimiert werden.

Durch die interdisziplinäre Ausgestaltung der Projektgruppe konnte die Lösung der benannten Probleme in den Mittelpunkt gestellt werden.

Durch eine regelmäßige Kontrolle, Überarbeitung und Anpassung der Gegebenheiten und Ziele innerhalb der Projektgruppe, wird den ständigen Veränderungsprozessen im Krankenhaus Rechnung getragen.

Dienstag, 29. September 2015

Nebendiagnosen und Pflegeaufwand – Eine Analyse von LEP Nursing 3 Daten

Tobias Mai, Universitätsklinikum Frankfurt; Christa Flerchinger, Universitätsklinikum Frankfurt

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Im Universitätsklinikum Frankfurt werden seit mehr als zehn Jahren pflegerische Handlungen mit Hilfe der Leistungserfassung in der Pflege (LEP) dokumentiert. Durch die Weiterentwicklung des LEP zu einem System von Pflegeinterventionen und die technische Anpassung des Dokumentationssystems werden mit LEP Nursing 3 seit Oktober 2013 pflegerische Leistungen nicht mehr nacherfasst, sondern im Rahmen der Pflegeplanung dokumentiert. Gleichzeitig werden durch die Einführung des Patientendatenmanagementsystem (PDMS) auf Intensivstationen und auf Intermediate Care Units LEP Interventionen automatisch über eine Backend-Verknüpfung generiert. Die so gewonnenen Daten über geleistete Pflegeinterventionen bilden einen erstmals weitgehenden lückenlosen Datensatz über den Pflegeaufwand einzelner Patientengruppen, Stationen oder Kliniken. Die routinemäßige Analyse der Passung von Pflegeminuten und Personalminuten zur Interpretation der Auslastung einzelner Organisationseinheiten spiegelt bei Weitem nicht die Möglichkeiten der Nutzung der Daten wider (z.B. AL-Rawajfah et al, 2014). Eine erste explorative Analyse der Daten zweier ähnlicher Diagnosegruppen zeigte einen deutlichen Einfluss der Anzahl der Nebendiagnosen auf den Pflegeaufwand pro Fall. Die vorliegende Untersuchung hat zum Ziel, den Einfluss verschiedener Nebendiagnosen auf den Pflegeaufwand allgemein und dessen qualitativen Unterschied innerhalb des Pflegeaufwandes zu untersuchen. Lassen sich neben der Anzahl auch Einflussgrößen einzelner Nebendiagnosen aufzeigen, so könnten die Ergebnisse die Steuerung von Patientenaufnahmen und Mitarbeiterereinsätzen beeinflussen.

Ergebnisse

Erwartet werden Darstellungsmöglichkeiten einzelner Nebendiagnosen als Prädiktoren für einen höheren Pflegeaufwand, gemessen in Minuten, die durch die LEP Nursing 3 Interventionen generiert sind. Gleichsam wird erwartet, dass die Analyse der Daten aufzeigen kann, ob einzelne Nebendiagnosen einen bestimmten Pflegeaufwand in den LEP Gruppen resp. einzelner Interventionen bedingen. Die Ergebnisse bringen zudem das Ausmaß an Pflegeaufwand mit der Art von Tätigkeiten in Verbindung.

Montag, 28. September 2015

Einführung IT-gestützter Pflegedokumentation in der stationären Altenhilfe: Bedeutung und Veränderung im Pflegealltag.

Anne Meißner, Universität Witten/Herdecke; Wilfried Schnepf, Universität Witten/Herdecke)

SR 101

14.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Mit IT-gestützter Pflegedokumentation wird eine Prozessoptimierung angestrebt (Häyrinen, Saranto und Nykänen, 2008). Gleichzeitig zeigen Studien heterogene Ergebnisse (Meißner und Schnepf, 2014). Eine Zeitersparnis und Verbesserung der Informationsqualität ist möglich. Gleichwohl kann ein Mehraufwand an Zeit und eine Verschlechterung der Dokumentationsqualität eintreten. Bekannt ist, dass verschiedene Bedingungen die Integration und den Nutzwert begünstigen oder behindern (Häyrinen et al, 2008). Es existieren verschiedene Modelle, die versuchen Wirkzusammenhänge zu erklären, wie z. B. das Technologie Akzeptanz Model von Davis (1989) oder das DeLone und McLean Model der Systemintegration (2003).

Die Studie untersucht welche Veränderungen durch die Einführung IT-gestützter Pflegedokumentation von den Pflegenden wahrgenommen werden, wie Pflegende in diesem Kontext handeln und welche Bedingungen auf Erleben und Handlung einwirken.

Ergebnisse

IT-gestützte Pflegedokumentation wird als technische Instanz wahrgenommen, deren Forderungen, anders als bei Papier, Pflegende sich nicht entziehen können. Sie müssen sich entscheiden: Den Forderungen zu folgen, sie zu umgehen oder zu missachten. Die Entscheidung zu dokumentieren ist immer gleichzeitig die Bereitschaft, sich den Forderungen zu stellen und mit der technischen Instanz auseinander zu setzen. Die Motivation für die Entscheidung und Wahl der Strategie ist darauf gerichtet, den Arbeitsauftrag so gut wie möglich zu erfüllen und dem Anspruch gerecht zu werden. Welche Handlungsstrategie im Einzelnen gewählt wird, hängt vom Ausmaß der zugewiesenen Bedeutsamkeit ab. Ist die Dokumentation für den Bewohner bedeutsam und dient seiner guten und sicheren Versorgung, werden regelhafte oder regelumgehende Strategien gewählt. Diese haben das Ziel, für die gute und sichere Bewohnerversorgung als notwendig erachtete Informationen weiterzugeben. Wird die Dokumentation nicht als bedeutsam für die gute und sichere Versorgung des Bewohners eingeschätzt, gleichwohl faktisch oder vermutet gefordert, erweitert sich das Handlungsspektrum auf regelmissachtende Strategien. Diese haben zum Ziel, den Anforderungen Dritter formal zu genügen. Verschiedene Bedingungen wirken hinderlich oder förderlich. Die veränderte Situation führt zu verschiedenen Konsequenzen. Auch diese werden im Verhältnis zum Nutzen des Bewohners bewertet. Wird eine veränderte Informationsqualität erlebt und diese als nützlich für den Bewohner interpretiert, wird sie als sinnvoll bewertet, und zwar auch dann wenn dafür mehr Zeit benötigt wird.

Die Arbeit liefert neue Erkenntnisse und erklärt warum verschiedene Unternehmensbereiche bei gleichen Voraussetzungen unterschiedlich reagieren können.

Dienstag, 29. September 2015

Eine IT-Unterstützung bei der Einführung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“.

Antonino Mendolia; Marleen Meissner; Gülay Mizrak, Fachhochschule Münster; Paula Cipsler, Fachhochschule Münster; Jennifer Lauber

SR 101

11.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Das DNQP ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Experten aus der Kranken- und Altenpflege, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen und Expertenstandards zu pflegerisch relevanten Themenbereichen entwickeln. Expertenstandards dienen der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. Dabei berücksichtigen sie Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft sowie der pflegepraktischen Erfahrung. Sie sind also von zentraler Bedeutung für unseren Berufsstand und für die Professionalisierung der Pflege. Die Implementierung der Expertenstandards in die Praxis bei fehlender Erfahrung oder fehlender Unterstützung kann sich jedoch besonders für kleine und mittelständische Unternehmen oft als schwierig und problematisch erweisen. Des Weiteren benötigt schon die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Standard enorme zeitliche Kapazitäten. Im Rahmen der Projektarbeit des Fachbereichs Pflege- und Gesundheit der Fachhochschule Münster wurden mit Unterstützung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und der RISUS GmbH die Struktur und der Inhalt des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ in eine bestehende „Software-Lösung“ zum Projektmanagement integriert, um Gesundheitseinrichtungen bei dessen Implementierung zu unterstützen.

Erfolgsfaktoren/Ausblick

Das Projektteam erhofft sich durch die Software-Lösung eine einfachere und zielgerichtete Einführung des Expertenstandards innerhalb eines mit der Institution abgestimmten Zeitraums. Dabei steht die individuelle Anpassung des Standards an die Rahmenbedingung der jeweiligen Einrichtung im Vordergrund. Alle Arbeitspakete stellen Teilziele dar, die erreicht sein müssen, bevor der nächste Schritt der Umsetzung angegangen werden kann. Die schrittweise Anleitung durch die Arbeitspakete bietet der verantwortlichen Person zum einen Unterstützung und zum anderen die Rückversicherung, alle relevanten Schritte des Projektmanagements eingeleitet zu haben. Die abschließende Evaluation sichert zudem eine erfolgreiche Umsetzung ab. Zukünftig soll die Software somit einer mangelhaften Implementierung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ vorbeugen und das Vertrauen in dessen Realisierung stärken.

Dienstag, 29. September 2015

Entwicklung einer web-basierten Anwendung zur Vereinfachung und Standardisierung der Entwicklungsdokumentation von Säuglingen

Karin Messer-Misak, FH-JOANNEUM GmbH; Christoph Hammedinger

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Der Studiengang eHealth/Gesundheitsinformatik und der Studiengang Hebammen der FH JOANNEUM Ges.mbh haben in Kooperation mit Studierenden eine webbasierte Anwendung zur Vereinfachung und Standardisierung der Entwicklungsdokumentation für Säuglinge entworfen. Die Entwicklung eines Neugeborenen sollte entlang der WHO-Referenzkurven verlaufen. Die WHO-Referenzkurven (Perzentile) berücksichtigen das Gewicht, Länge, Body Mass Index (BMI) und Kopfumfang der Säuglinge und Kleinkinder. Die Erfassung dieser Daten soll einerseits so einfach und fehlerfrei wie möglich erfolgen und andererseits historisch nachvollziehbar sein. Abweichungen sollen unverzüglich erkannt werden. Ziel des Projekts war die Entwicklung eines Prototyps einer intuitiv bedienbaren webbasierten Anwendung für freiberuflich tätige Hebammen und Stillberatungsstellen. Im Vordergrund stand die Vereinfachung und Standardisierung der Dokumentation von allen relevanten Indikatoren bezüglich der Kindesentwicklung.

Ergebnisse/Ausblick

Die erforderlichen Stammdaten der Mutter, bzw. der fürsorgeberechtigten Person werden ebenso übersichtlich dargestellt, wie die Stamm- und Anamnesedaten des/r Säuglings/e. Neben der Basisfunktionalität zur Speicherung und Aktualisierung von Stammdaten und Anamnesen für fürsorgeberechtigte Person und Kind, beinhaltet die Anwendung bereits Funktionen zur grafischen Aufarbeitung von großen miteinander in Beziehung stehenden Datenmengen wie des Gewichts, Kopfumfanges, Größe des Säuglings und deren Abtragung auf den grafisch dargestellten Perzentilen. Dadurch sind die Informationen einerseits standardisiert zu erfassen und gleichzeitig werden diese grafisch umgesetzt und sind somit leicht auswertbar. Der Zeitaufwand für die Analyse und Bewertung der Daten wird dadurch stark reduziert (Few, S., Edge, P., 2010). Durch den Einsatz der Anwendung kann eine gleichbleibend hohe Datenqualität gewährleistet werden und Abweichungen bei der Entwicklung des Kindes können frühzeitig erkannt und somit in Folge schneller behandelt werden.

Der erstellte Prototyp für die webbasierte Dokumentation dient als Ausgangspunkt für weitere Entwicklungen. Vor einer Freigabe/Nutzung der Software sind noch weitere Usertests durchzuführen. Eine professionelle Nutzung durch Hebammen und MitarbeiterInnen von Stillberatungsstellen ist nach einer ausführlichen Testreihe angestrebt. Durch eine standardisierte Erfassung der relevanten Daten und der Möglichkeit diese entsprechend zu exportieren, könnte diese Softwarelösung nicht nur für die individuelle Beobachtung der Entwicklung von Säuglingen von Vorteil sein, sondern auch standardisiert auswertbare Daten für zukünftige Forschungsfragen liefern.

Montag, 28. September 2015

Angewandte Informatik als Ausbildungschance für Pflege- und MTD-Berufe im deutschsprachigen Raum.

Robert Mischak, Institut eHealth

SR 104

14.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) sind ein wesentlicher Innovationstreiber unserer Gesellschaft. Mit der Verbreitung des Internet sowie mobiler Endgeräte und smarterer Anwendungen in beinahe alle Alters- und Gesellschaftsgruppen vollzieht sich ein dramatischer kultureller Wandel. Auch im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens zeichnen sich neue Anwendungsgebiete ab. Digitale persönliche Assistenzsysteme in Verbindung mit immer leistungsfähigeren Biosensoren ermöglichen Health-Apps für eine unendliche Zahl von Anwendungsfällen.

Aber auch der Gesundheitsbereich steht vor großen Veränderungen. Bestrebungen in Österreich den Bereich Primary Health Care zu etablieren, werden Pflege- und MTD-Berufe in ihrem Tätigkeits- und Verantwortungsbereich aufwerten. Ein strukturierter und standardisierter Informationsaustausch an den Schnittstellen wird bessere Dokumentationssysteme bzw. standardisierte Dokumentationsgrundlagen benötigen. Elektronische Gesundheitsakten werden neben ärztlichen (und administrativen) Dokumentationsinhalten auch noch pflegerische Inhalte (z. B. Pflegediagnosen) aufweisen.

Die Überalterung der Bevölkerung und der damit einhergehende Kostendruck erfordern eine ständige Produktivitätssteigerung in der Behandlung und Pflege von Patienten, welche mittels IKT teilweise erreichbar scheint. Um dieses Ziel aber wirklich erreichen zu können, muss in den Ausbildungsinhalten der Pflege- und MTD-Berufe das Thema Angewandte Informatik entsprechend verankert werden. Derzeit ist Pflegeinformatik im deutschsprachigen Raum eher noch im Aufbau begriffen (Hannah et al, 2002).

Ergebnisse

Ergebnis ist ein systematischer Überblick über den aktuellen Stand der Informatikausbildungen für Pflege- und MTD Berufe im deutschsprachigen Raum sowie eine Einschätzung inwieweit hier für aktuelle Ausbildungsziele Handlungsbedarf besteht. Handlungsbedarf könnte sich z.B. aus der Existenz unterschiedlicher Pflegeklassifikationssysteme (Müller Staub 2004) ergeben.

Realisierungsmöglichkeiten im deutschsprachigen Raum mit einem groben Zeitplan und der Vergleich zu England und den USA sollen die Ergebnisse kritisch würdigen.

Montag, 28. September 2015

TABLU – ein niedrighschwelliges technisches Assistenzsystem im Bereich der informellen Pflege.

Jutta Mohr, Universitätsklinikum Tübingen; Tamara Gund, Universitätsklinikum Tübingen; Petra Renz, Universitätsklinikum Tübingen; Christiane Graboski, Deutsches Rotes Kreuz; Isabell Kämmerle, Altenhilfe Tübingen gGmbH; Lisa Haug, Eberhard Karls Universität Tübingen; Thomas Heine, Eberhard Karls Universität Tübingen; Jessica Bensen, LUNAR EUROPE GMBH; Matthias Vogel, gameworker

SR 104

14.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

In Deutschland werden mehr als 1,7 Millionen Menschen mit Pflegebedarf zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2013), über 90% durch ihre nächsten Angehörigen (Gräßel & Adabbo, 2011). Der Betreuungsaufwand durch die Hauptpflegepersonen beträgt im Durchschnitt pro Woche 36,7 Stunden (Schneekloth, 2005). Probleme pflegender Angehöriger sind körperliche Erschöpfung sowie emotionale und geistige Erschöpfung (Heinemann-Knoch, Knoch & Korte, 2005). Negative Konsequenzen der Pflege zu Hause können betreffen: (1) die Gesundheit der Pflegenden; (2) die Interaktion mit der/dem Zu-Pflegenden und (3) generell die Pflegesituation (Gräßel & Adabbo, 2011). Die Akzeptanz online-basierter Technologien für Pflegehilfe ist oftmals gering. Gründe hierfür sind Hürden bei der Bedienung, fehlendes technisches Wissen, Stigmatisierung aufgrund des Hilfebedarfs oder unüberschaubare Kosten (Vetter, 2011). Eine Bedarfserhebung innerhalb dieses Projekts ergab ein Interesse an einem internetbasierten Pflegeassistenzsystem von 31,5% der pflegenden Angehörigen (n=108). Im Rahmen des vom BMBF in der Förderlinie „Assistierte Pflege von morgen“ geförderten Verbundprojekts (Laufzeit: 02/2013 bis 01/2016) soll ein technisches Assistenzsystem entwickelt werden, das pflegende Angehörige mittels eines modularen Angebots im Pflegealltag unterstützt. Ziel des Projekts ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines technischen Pflege-Assistenzsystems. Pflegenden-bezogenes Ziel ist die Erweiterung der persönlichen Handlungskompetenz pflegender Angehöriger, um die Belastung aufgrund der Pflegesituation zu senken.

Im Projektverlauf sollen die Anwenderfreundlichkeit geprüft sowie mögliche Szenarien für ein Geschäftsmodell und neue Beschäftigungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen entworfen werden.

Bisherige Ergebnisse

Auf Basis von User-Research wurde eine einfach zu bedienende Pflege-App entwickelt. Insgesamt gestaltet sich die Rekrutierung allerdings als schwierig. Die Bereitschaft für eine Teilnahme stellt nicht, wie ausgangs vermutet, eine Altersfrage dar, sondern hängt davon ab, ob im Vorfeld das Internet genutzt wurde (Ergebnis der Bedarfserhebung n=108; p=0,001). Zum jetzigen Zeitpunkt sind 34 Probanden eingeschlossen. Erste Rückmeldungen bezeichnen die Anwendung als hilfreich.

Dienstag, 29. September 2015

Pflegeklassifikationen - Qualität und Verbreitung: anything goes?

Maria Müller-Staub, Hanze University, Groningen

SR 101

11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Derzeit werden international verschiedene Pflegeklassifikationen eingesetzt. Dem Pflegemanagement fällt die Wahl nicht leicht, da Qualitätskriterien für Pflegeklassifikationen kaum bekannt sind. Die Studie hatte zum Ziel, Klassifikationskriterien zu etablieren und Klassifikationen bezüglich Qualität, Validität, Verbreitung und Studien, in denen die Klassifikation angewendet/evaluiert wurde, zu untersuchen.

Ergebnisse

Die Literatur ergab 38 spezifische Kriterien, die Pflegeklassifikationen erfüllen sollten. Zusammengefasst sind dies: Kriterien zur Validität (Summe peer-reviewed Studien pro Klassifikation/System): Range (R) 0 – 572 (POP - NANDA-I), Median (M)= 35 (ICF); Summe Validierungsstudien: R 0-130 (POP - NANDA-I), M= 6 (ICNP); Anwendung (Praxis, Bildung) und Summe an Übersetzungen (Sprachen) und vorhandene Literatur (klinische Entscheidungsfindung/Anwendung im Pflegeprozess): ≥ 100 Fachbücher und $\geq 11-15$ Sprachen (NNN); Taxonomische- und Codierungskriterien (Kohärenz) sowie Verwendung in Nomenklaturen (z.B. in SNOMED CT). Gemäss Resultaten erfüllen die NANDA-I, NIC und NOC (NNN) die Klassifikationskriterien in hohem Ausmass. Deren Entwicklung begann vor über 75 Jahren, erlaubte Überarbeitungen und die Mitarbeit internationaler Pflegender sowie renommierter Wissenschaftlerinnen. Die NNN sind ebenso die am Meisten angewendeten Klassifikationen (Anderson, Keenan, & Jones, 2009; Hubner, Ammenwerth, Flemming, Schaubmayr, & Sellemann, 2010; Lavin, 2004; Tastan et al., 2014) und es wurden über 1000 peer-reviewed Artikel publiziert, die deren Validierung, Einsatz in Praxis und Ausbildung sowie Evaluationen darstellen.

Dienstag, 29. September 2015

Mobility Monitor: APN–Schwerpunkte bezüglich Schlafqualität bei Menschen mit Demenz.

Maria Müller–Staub, Stadtsptial Waid; Jeanine Altherr, Stadtsptial Waid

HS 002

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Ältere Menschen sind oft mehrfach krank und ca. 70% der Behandelten in der universitären Klinik für Akutgeriatrie eines Schweizer Stadtsptials sind kognitiv eingeschränkt. Diese Menschen sind im Spital häufiger von Komplikationen betroffen und weisen eine längere Aufenthaltsdauer auf (Höpflinger et al, 2011).

Der Mobilty Monitor (MM) ist ein Sensor, der demenzkranken Patientinnen/Patienten unter der Matratze montiert wird und ein Bewegungsprofil erstellt. Er alarmiert die Pflegefachpersonen via Glockenalarm, wenn sich die Patientinnen/Patienten über einen von den Pflegefachpersonen definierten Zeitraum nicht selbständig umlagern oder das Bett verlassen. Der MM erstellt zudem eine IT gestützte Mobilitätsaufzeichnung zu Lagewechseln und zur Mikroaktivität der Patientinnen/Patienten. In diesem Forschungspraxisprojekt wurde untersucht, inwiefern der MM zur Verbesserung der Schlafqualität demenzkranker Patientinnen/Patienten beiträgt. Ziele waren:

1. Nutzen des Mobility Monitors bezüglich Verbesserung der Schlafqualität und von Schmerzen demenzkranker Patientinnen/Patienten in einer Akutgeriatrie untersuchen
2. Erfassen der Situationen, die sich für den Einsatz des MM eignen sowie Fördern der kritischen Reflexionsfähigkeit der Pflegenden und Erhöhung des Fachwissens (Assessment, Pflegediagnosen, Interventionen, Outcomes/Evaluation)
3. Advanced Practice Nurse (APN) Rollenumsetzung zur Förderung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Die Resultate bestätigten die Eignung des MM zur Beurteilung von Schlafqualität, Eigen- und Mikroaktivitäten und Betausstiegswarnung. Anhand der MM Daten wurden medizinische und pflegerische Behandlungen angepasst, die zu positiven Ergebnissen führten: Verbesserte Schlafqualität, weniger Fatigue, normalisierte Mikroaktivität, Angstabbau, Schmerzlinderung und Verhinderung von Dekubiti.

Die APN Rollenumsetzung erlaubte die Entwicklung und Implementierung eines MM-Einsatz- und Analyseprotokolls und entsprechender Schulungen aller Pflegefachpersonen.

Die Patientenergebnisse wurden dank dem MM verbessert und die APN Rollenumsetzung stärkte die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Systematisches Vorgehen, Involvieren der Ärzteschaft, Schulungen und Einzelbegleitungen von Pflegefachpersonen zeigten sich als Erfolgsfaktoren. Der Einsatz von IT gestützten Geräten ist anspruchsvoll und braucht professionelle Begleitung und Evaluation.

Dienstag, 29. September 2015

Untersuchung von Anwendungspotenzialen unter dem Einsatz von Surface Computing zur Förderung der Aktivität und sozialen Interaktion von Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege.

Patrizia Murko, Hochschule Furtwangen; Peter König, Hochschule Furtwangen, Prof. Dr. Christophe Kunze

HS 002

13.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

In der Betreuung von Menschen mit Demenz (MmD) nehmen Beschäftigungstherapien einen immer wichtigeren Stellenwert ein. Sie sollen Menschen aktivieren und die soziale Interaktion fördern. In der Literatur konnten einige wenige Pilotprojekte identifiziert werden, die von positiven Effekten computergestützter Therapie bei MmD berichten (z.B. Sixsmith et al, 2007; Astell et al, 2008; Topo et al, 2004). Als technische Grundlage dienen i.d.R. Touchscreen-Computer. Bislang jedoch gänzlich unerforscht ist der Einsatz von Surface Computing und haptischen Interfaces zur Gestaltung von Therapieangeboten für MmD. Im Rahmen dieser Arbeit werden daher Einsatzmöglichkeiten des Surface Computers für die Demenzbetreuung exemplarisch untersucht. Hierzu werden Anwendungen, welche das Wohlbefinden und die soziale Interaktion von MmD fördern sollen, im Rahmen eines nutzerzentrierten Designprozesses konzipiert und prototypisch umgesetzt. Die Grundlage dieser Anwendungen bilden biographiebezogene Daten. Im Rahmen einer Testphase im Fürstlich Fürstenbergischen Altenpflegeheim (FFA) in Hüfingen mit demenzerkrankten Bewohnern werden schließlich die Anwendungen unter dem Einsatz des Surface Computers auf ihre Gebrauchstauglichkeit im gegebenen Nutzungskontext überprüft.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen deutliche Effekte hinsichtlich einer Steigerung des Wohlbefindens der Probanden. Die Anwendungen regten zu unterhaltsamen Gesprächen zwischen Betreuer und Bewohner an und förderten die Kommunikation. Dabei versetzten die Inhalte die Teilnehmer in Erinnerungen, von denen nahezu alle positiv waren. Bei einem Großteil der Teilnehmer waren Spaß und Freude deutlich sichtbar. Die Objektanwendung wirkte sich besonders positiv auf die Stimmung der Teilnehmer aus. Weiterhin zeigen die Ergebnisse deutliche Effekte hinsichtlich einer gesteigerten Interaktion der Teilnehmer im Vergleich zu anderen Touchscreen Anwendungen. Die Teilnehmer verloren schnell ihre Berührungsängste und interagierten mit betreuender Unterstützung mit dem System. Dabei erwies sich vor allem das Zusammenspiel der interaktiven Anwendungen mit den Funktionen des Surface Computers als sehr geeignet für MmD. Allerdings zeigte sich auch, dass die Interaktion mit steigendem Schweregrad abnimmt und meist in ein passives Verhalten übergeht. Schließlich zeigte die Aktivierung innerhalb einer Kleingruppe positive Effekte hinsichtlich der sozialen Interaktion sowie einer gesteigerten Kommunikation zwischen den Gruppenteilnehmern. Die Testphase machte aber auch deutlich, dass die Nutzung des Systems durch verschiedene systembedingte, persönliche sowie umgebungsbedingte Faktoren beeinflusst wird.

Montag, 28. September 2015

Zeit- und Kostenoptimierung im Pflegedienst mit Einführung eines planungsgestützten Abrechnungstools – Ein Praxisbeispiel.

Perdita Neumann, TU Dresden

SR 106

16.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Kosten- und Ressourcenoptimierung stellen für Pflegeeinrichtungen und im Besonderen für Pflegedienste einen wichtigen Aspekt dar. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Kostenzusagen bzw. -erstattungen der Kranken- und Pflegeversicherung. Private Pflegedienste nutzen dafür die Angebote von Abrechnungsdienstleistern, die direkt mit den Kostenträgern abrechnen und mögliche Verzögerungen -von bis zu drei Monaten- im Bereich der Kostenerstattung für die Pflegedienste kompensieren. Im vorliegenden Praxisbeispiel erfolgte die bisherige monatliche Abrechnung der Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen mit einem Abrechnungsdienst, dem die Daten in Papierform übermittelt und nachfolgend -aufbereitet per DTA- den Kostenträgern übermittelt wurden. Kosten- und Leistungszusagen mussten dafür kopiert und ebenfalls miteingereicht werden. Zur Nachverfolgbarkeit musste im Pflegedienst von jeder Kosten- bzw. Leistungszusage -der 50 Patienten- eine Kopie vorgehalten werden, da der Abrechnungsdienst nicht mit der vorhandenen Software kompatibel war. Die rückgereichte Abrechnung erfolgte in Papierform und musste von Hand in das bestehende Rechnungstool eingepflegt werden. Unstimmigkeiten bzgl. der gestellten Rechnungen mussten im Nachgang per Telefon mit dem Abrechnungsdienst abgeglichen werden. Rückgereichte Abrechnungen durch die Kostenträger mussten vom Pflegedienst mit den Kostenträgern direkt abgeklärt werden. Im Vorfeld wurden über einen Zeitraum von einem halben Jahr der monatliche Zeitaufwand und die damit einhergehenden Kosten für Kopien und den postalischen Versand erfasst.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Nach Einführung des Abrechnungstools zeigt sich für den Pflegedienst mit 50 Stammkunden eine Kosten- und Zeitersparnis von ca. 30 %, da die angekauften Rechnungen direkt vom Abrechnungsdienst in das System eingepflegt werden.

Das Abrechnungstool ermöglicht eine hohe zeitnahe Nachvollziehbarkeit im Zusammenhang mit der Rechnungserstellung, -korrektur und -überarbeitung, erfordert aber ebenso eine konsequente, regelmäßige Stammdatenpflege. Zudem muss der Nutzer des Programmes/ Pflegedienst die Verknüpfungen innerhalb des Programmes beherrschen, um Fehlermeldungen im Programm einordnen und bearbeiten zu können. Einen hohen Zugewinn an Flexibilität stellt zum einen der direkte Abgleich der Daten dar. Fehler im Zusammenhang mit der Rechnungserstellung werden im Programm direkt ausgewiesen, was die Bearbeitung und Korrektur vereinfacht. Zum anderen die Möglichkeit der Erstellung von mehreren Sendungen, so dass nicht angekaufte Rechnungen nicht bis zum neuen Abrechnungszeitraum abgelegt werden müssen. Der Zugriff von Seiten des Anbieters und des Abrechnungsdienstes beim Einspielen von Daten, ohne vorherige Anmeldung wird kritisch betrachtet.

Dienstag, 29. September 2015

Ein IT-gestützter Report für die MDK-Prüfung in der stationären Altenhilfe.

Florian Niermann, Fachhochschule Münster; Mark Steinmann, Fachhochschule Münster; Katrin Garthaus, Fachhochschule Münster; Jennifer Kötter, Fachhochschule Münster; Pia Többen, Fachhochschule Münster

SR 105

9.00 Uhr

Hintergrund und Information

Bei der jährlich stattfindenden Qualitätsprüfung in der stationären Altenhilfe durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung werden neben einrichtungsspezifischen Informationen auch die Dokumentationen einer Bewohnerstichprobe begutachtet. Das Lesen der Bewohnerakte stellt im Falle einer Papierdokumentation kein Problem dar, da die Einrichtung dem MDK-Prüfer die notwendigen Unterlagen direkt zur Einsicht geben kann. Ganz anders sieht die Situation im Falle der Nutzung einer IT-Dokumentation aus. Bedingt durch die unterschiedlichen Benutzeroberflächen der Systemanbieter, sind die MDK-Prüfer in der Regel nicht in der Lage, das jeweilig vorhandene System zu bedienen, um sich die für die Prüfung notwendigen Informationen selbstständig zu erschließen. Eine Lösungsmöglichkeit dieses Problems besteht darin, dass die Einrichtung einen Mitarbeiter zur Verfügung stellt, der die Bedienung für den Prüfer vornimmt. Dieser Mitarbeiter steht dadurch dem Stationsalltag nicht zur Verfügung und muss durch anderes Personal adäquat ersetzt werden. Im Rahmen der Projektphase des Fachbereichs Pflege- und Gesundheit der Fachhochschule Münster wurde in Kooperation mit der „Gesellschaft sozialer Einrichtungen KG“ mit Sitz in Hamm, dem „Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen Westfalen-Lippe“(MDK) und „DAN Produkten Pflegedokumentation GmbH “ ein sogenannter „MDK-Report“ erstellt.

(Erste) Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Nach ersten Rückmeldungen seitens des MDK und der beteiligten Pflegeeinrichtung erhofft man sich von diesem Report eine Verbesserung des Klimas bei der Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfung. Zudem bietet der Report der Pflegeeinrichtung die Chance in einem Probelauf zu überprüfen, ob ihre Pflegedokumentation den Vorgaben der Qualitätsprüfung gerecht wird.

Der entwickelte Report wird vor seinem Einsatz im Rahmen einiger Probeläufe anhand der Daten zufällig ausgewählter Bewohner getestet. Die jeweiligen Ergebnisse werden sowohl von der beteiligten Einrichtung als auch von einem MDK-Prüfer kritisch gesichtet.

Bei einer Implementierung in „DAN-Produkte“ und einem erfolgreichen Einsatz in verschiedenen Einrichtungen ergibt sich die Möglichkeit diesen Report auch bei anderen Software-Anbietern umzusetzen.

Dienstag, 29. September 2015

Sektorenübergreifendes Qualitätsmonitoring und Public Reporting durch Kombination von Patientenbefragungen mit Routinedaten auf Basis einer Patientenmoderierten Elektronischen Patientenakte.

Stefan Nöst, Universitätsklinikum Heidelberg; Martina Kamradt, Universitätsklinikum Heidelberg; Mariell Hoffmann, Universitätsklinikum Heidelberg; Christina Reiß, Heidelberger Selbsthilfebüro; Björn Schreiweis, Universitätsklinikum Heidelberg; Katja Götz, Universitätsklinikum Heidelberg; Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg

SR 105

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Mit zunehmendem Wettbewerb und technologischem Fortschritt im Gesundheitswesen gehen neue Herausforderungen der pflegerischen und medizinischen Versorgung einher. Behandlungsverläufe werden komplexer, was sich besonders an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung in Form von unerwünschten Ereignissen widerspiegelt (SVR, 2012). Die Patientinnen und Patienten erleben bei diesen Sektoren-Übergängen Qualitätsprobleme und Mängel bei der Patientensicherheit. (Ludt et al., 2013; Ose et al., 2013). Das Besondere daran ist, dass viele dieser Qualitätsdefizite im Kontext der gesamten Versorgungskette einzig und alleine durch die Patienten selbst berichtet werden können (ebd.). Sowohl die Phase der Indikationsstellung als auch die Entlassung bringen aus Patientensicht eine Reihe an Qualitätsdefiziten mit sich (Nöst et al., 2014). Sektorenübergreifende Patientenbefragungen stellen daher eine essentielle Datenquelle für ein Qualitätsmonitoring dar, das kontinuierlich Versorgungsqualität erfasst und berichtet (Delnoij, 2009; Lee Hargraves, Hays, & Cleary, 2003; Noest et al., 2014). In Deutschland hat der Gesetzgeber im §137a des Sozialgesetzbuchs V festgelegt, ein Qualitätsindikatoren-System zur Messung und Darstellung sektorenübergreifender Versorgungsqualität zu entwickeln und durch Instrumente zur Patientenbefragung zu ergänzen. Vor diesem Hintergrund wird im BMBF-Vorhaben Infopat (Informationstechnologie für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Rhein-Neckar) ein regionales Qualitätsmonitoring interprofessionell entwickelt und auf Machbarkeit geprüft, mit dem Ziel, die sektorenübergreifende Versorgungsqualität am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Darmkrebs auf Basis eines patientenorientierten, sozio-technischen Ansatzes zu verbessern.

Ergebnisse

Analysen der ersten Fokusgruppen deuten darauf hin, dass bei den Leistungserbringern keine generellen Vorbehalte gegenüber einer objektiven Qualitätsmessung bestehen. Thematisiert werden vor allem soziale Herausforderungen und Unsicherheiten, die mit einem Public Reporting einhergehen: Wie fließen die Informationen in die Kommunikation mit Patienten ein? Welche Folgen hat dies auf die Kooperation mit anderen fachspezialisierten Ärzten? Und wer ist dafür verantwortlich, dass Qualitätsdefizite behoben werden? Das Konzept des Qualitätsmonitoring sollte daher die Interaktion zwischen den Akteuren fördern und nicht ersetzen.

Dienstag, 29. September 2015

Patientenorientierte Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen: Das INFOPAT-Projekt.

Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Eine zunehmende Anzahl chronisch kranker Menschen mit einem komplexen Organisations- und Abstimmungsprozess zwischen unterschiedlichen Institutionen und Sektoren, stellt das Gesundheitssystem vor wachsende Herausforderungen (Freund, Kunz, Ose, Szecsenyi, & Peters-Klimm, 2012). Zu den zentralen Schwachstellen zählen die mangelnde Kontinuität und Integration der Versorgung, Kooperations- und Koordinationsdefizite sowie die Fragmentierung der Versorgungssektoren (Ludt et al., 2011). Vor allem ein Mangel an Patientenorientierung wird immer wieder festgestellt (Ose, Freund, & Ludt, 2012). In der täglichen Versorgungspraxis bedeutet dies nicht selten, dass sich chronisch Kranke Patienten statt mit einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung mit Versorgungsbrüchen und Schnittstellenproblemen konfrontiert sehen. Damit verbunden sind Qualitätsdefizite und individuelle Belastungen, die eigentlich vermeidbar wären (Ludt et al., 2013).

Seit 2010 werden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fünf Gewinner des Wettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“ gefördert. Das Ziel des Wettbewerbs ist es, medizinische Forschung, Entwicklung und Gesundheitsversorgung in einer Region zusammenzubringen und dadurch Innovationen im Gesundheitssystem zu ermöglichen. Seit 2012 wird auch das Projekt INFOPAT (Informationstechnologie für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung) in der Metropolregion Rhein-Neckar gefördert (Baudendistel et al., 2015).

Dienstag, 29. September 2015

Anforderungen an ein IT System zur Unterstützung des Nachtdienstes im Betreuten Wohnen und in Demenz-Wohngemeinschaften.

Paul Panek, TU Wien; Peter Mayer, TU Wien; Herwig Loidl, CareCenter Software GmbH; Katharina Werner, raltec – research group for assistive living technologies

HS 002

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

In vielen Zentren mit Seniorenwohnungen wird auf ausdrücklichen Wunsch der älteren Mieter und Mieterinnen während der Nachtstunden mehrmals vom Nachtdienst nachgesehen, ob in der jeweiligen Wohnung alles in Ordnung ist. Der / die Diensthabende öffnet dazu kurz die Wohnungstüre und horcht, ob etwas Außergewöhnliches zu hören ist bzw. sieht nach, ob die Person im Bett ist. Den älteren Menschen ist es wichtig zu wissen, dass im Fall des Falles (z.B. Sturz beim Gang aufs WC) jemand regelmäßig vorbeischaut und sie daher zeitnah findet. Bei Menschen mit Demenz ergibt sich erfahrungsgemäß vermehrte Nachtaktivität und daher eine Verstärkung der Nachschauproblematik.

Das Forschungsprojekt signAAL hat die Entwicklung und Erprobung eines modularen technischen Assistenzsystems zum Ziel, das in der Lage ist, die objektive und die subjektiv empfundene Sicherheit älterer Personen während der Nachtzeit zu erhöhen und die Arbeit der Betreuungspersonen (z.B. Nachtpersonal im institutionellen Bereich, Familienangehörige im privaten Bereich) zu erleichtern. Während es viele Forschungsarbeiten zum allgemeinen Einsatz gibt (vgl. Flöck et al, 2011; Kleinberger et al. 2011; Mayer et al, 2012) sind kaum Arbeiten bezüglich Unterstützung in der Nacht bekannt. Die Gewährleistung der Sicherheit während der Nachtstunden, wenn am Körper getragene Sensoren nicht verwendet und kaum „normale“ Aktivitäten erwartet werden, bedingt besondere Anforderungen.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Das zu entwickelnde Grundsystem besteht aus einigen wenigen Sensoren im Zimmer bzw. Appartement der älteren Menschen (kleine unauffällige Kästchen), die (z.B.) die Anwesenheit im Bett, Bewegungen im Raum und das Öffnen einer Türe feststellen können.

Basierend auf den gemeinsam mit den Anwendungspartnern entwickelten Szenarien soll das System Situationen erkennen und darauf selektiv reagieren können: (a) Verlassen des Bettes / Abwesenheit vom Bett (b) nächtlicher (aber harmloser) Aufenthalt im Wohnraum (c) überlanger Aufenthalt auf der Toilette (d) Verlassen des Zimmers / der Wohneinheit.

Unter Verwendung eines bestehenden AAL Systems (Panek et al, 2015) wird derzeit (März 2015) aufbauend auf den mit Anwendungspartnern erarbeiteten Szenarien und der darauf aufbauenden Spezifikation ein Prototyp entwickelt und integriert, der auch die Einbindung in die Pflegedokumentation implementiert. Im Projekt werden rechtliche, sowie ethische Fragen berücksichtigt (Zagler et al, 2008; Rauhala et al, 2015).

Dienstag, 29. September 2015

Chancengerechtigkeit – Migration – Gesundheit. Videodolmetschen im Gesundheitswesen.

Sabine Parrag, Universität Wien

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Nicht alle in Wien lebenden Personen verfügen über Sprachkenntnisse, die es ihnen ermöglichen, beim Arztbesuch zufriedenstellend zu kommunizieren. Verständigungsschwierigkeiten sind nicht nur umständlich, zeitraubend und zudem kostenintensiv für alle Beteiligten, sondern bergen auch eine Reihe von Problemen. Dies betrifft beispielsweise die Aufklärung und Einwilligung in die Heilbehandlung, eine Erhöhung diagnostischer Untersuchungen und eine geringere Therapietreue sowie eine niedrigere PatientInnen- aber auch MitarbeiterInnenzufriedenheit (Leischner-Lenzhofer, 2013; Rásky, 2010; Binder-Fritz, 2011). Der Einsatz von Videokonferenzsystemen zählt im medizinischen Setting – ebenso bei Gerichtsverfahren – international bereits seit längerem zum Standard moderner Behandlungsansätze (Beispiel USA/Kanada/Australien/Großbritannien). Zur Überwindung von Kommunikationsbarrieren im Gesundheitswesen wurde diese hoch flexible technische Lösung allerdings in Österreich bisher weder im intramuralen noch im extramuralen Bereich eingesetzt.

Das Institut für Ethik und Recht in der Medizin, in Kooperation mit der Österreichischen Plattform Patientensicherheit, testete daher im Zeitraum von Oktober 2013 bis März 2014 im Rahmen des Forschungsprojektes „Qualitätssicherung in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen – Videodolmetschen im Gesundheitswesen“ den Einsatz von professionellen DolmetscherInnen, welche via Videokonferenz technisch unkompliziert zu jedem ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch zugeschaltet werden konnten. Getestet wurde das österreichweit neue Tool in zwölf ausgewählten Krankenanstalten und Institutionen des Gesundheitswesens sowie in niedergelassenen Arztpraxen. Das Projekt untersuchte dabei die Frage, inwiefern die Etablierung von Videodolmetschen und das Hinzuziehen professionell ausgebildeter DolmetscherInnen, einen Mehrwert für das involvierte Gesundheitspersonal, die Patientensicherheit und in weiterer Folge auch für das Gesundheitswesen hinsichtlich langfristiger Reduzierung der Kosten, bringt. Ziel sollte sein, dem Gesundheitspersonal und den nicht-deutschsprachigen PatientInnen ein Tool zur Verfügung zu stellen, mit welchem der Behandlungsablauf vereinfacht und professionell angegangen werden konnte.

Erfolgsfaktoren

Die Studie zeigte, dass durch den Einsatz von Videodolmetschen eine spürbare zeitliche und personelle Entlastung der Angehörigen der Gesundheitsberufe erreicht werden konnte, da diese nun eine professionelle, flexible und rasch verfügbare Lösungsstrategie zur Überwindung von Sprachbarrieren zur Verfügung hatten. Eine Erhöhung der MitarbeiterInnensicherheit als auch der MitarbeiterInnenzufriedenheit konnte insofern erzielt werden, als dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe durch die professionellen DolmetscherInnen mehr Rechtssicherheit in der Versorgung nicht-deutschsprachiger PatientInnen erlangten. Ihre Handlungsfähigkeit konnte dadurch maßgeblich wiedererlangt beziehungsweise ihre Unabhängigkeit von den zeitlich und organisatorisch aufwendigen und zudem unsicheren bisherigen Lösungsstrategien gestärkt werden. Darüber hinaus gab es nicht-deutschsprachigen PatientInnen die Möglichkeit zu mehr Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Ressourcen im Gesundheitswesen. Der Einsatz von Videodolmetschen weist jedenfalls ein enormes Potential zur Anwendung im Gesundheitswesen auf und stellt grundsätzlich eine sehr gute Möglichkeit zur qualitätsgesicherten Überwindung von Kommunikationsbarrieren dar.

Montag, 28. September 2015

Auf dem Weg zu einer selbstbestimmten Gestaltung der gesundheitlichen Lebenssituation – Chancen und Herausforderungen der persönlichen Gesundheitsakte.

Sabrina Pohlmann, Universitätsklinikum Heidelberg; Ines Baudendistel, Universitätsklinikum Heidelberg; Eva Winkler, Universitätsklinikum Heidelberg; Oliver Heinze, Universitätsklinikum Heidelberg; Aline Kunz, Universitätsklinikum Heidelberg; Martina Kamradt, Universitätsklinikum Heidelberg; Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg; Dominik Ose, Universitätsklinikum Heidelberg

SR 105

14.30 Uhr

Hintergrund, und Zielsetzung

Eine zentrale Herausforderung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist, dass diese stark fragmentiert und – mit Andauer der Erkrankung – von schwer zu bewältigender Komplexität ist. Das Problem spitzt sich daher für multimorbide chronisch Kranke zu. Hier geht die Schere zwischen der wachsenden Anzahl an Informationen, Dokumenten, Diagnosen und den sinkenden Kapazitäten, sie zu verarbeiten, besonders drastisch auseinander (Karagiannis et al., 2007; Mandl, Simons, Crawford, & Abbett, 2007).

Der Bedarf für die Einführung einer elektronischen persönlichen Gesundheitsakte ist vor diesem Hintergrund groß. Dennoch ist ihre flächendeckende Implementierung in Deutschland bisher noch nicht vollzogen. Unser vom BMBF gefördertes Forschungsprojekt INFOPAT verfolgt daher die Absicht, eine elektronische persönliche Gesundheitsakte erstmalig in Deutschland im Bereich der chronischen Erkrankungen zu entwickeln und zu implementieren. Hier knüpft der Beitrag an. Er hat zum einen zum Ziel, bestehende Erfahrungen aus anderen Ländern auf Basis einer Literaturrecherche zu systematisieren und auf die Entwicklung der persönlichen Gesundheitsakte in Deutschland zu beziehen. Zum anderen sollen Aufbau und die Struktur einer solchen Akte im Spiegel der Einstellungen und Erwartungen ihrer Nutzer genauer dargestellt werden.

Ergebnisse

Der Stand der Forschung zu diesem Thema macht deutlich, dass es bisher keine einheitlichen Begriffe und Kategorien gibt, die zur Anwendung kommen. Werden die damit verbundenen Patientenakten in der deutschsprachigen Diskussion oftmals als „Elektronische Gesundheitsakten“ (EGA) und im Englischen als „Personal Health Records“ (PHR) bezeichnet (Arbeitskreis EPA/EFA, 2011), so ist die Terminologie doch sehr heterogen (Heinze, Brandner, & Bergh, 2009; Krist et al., 2012; Weitzman, Kelemen, Kaci, & Mandl, 2012). Ein wichtiger Schritt wird daher sein, die verschiedenen Systeme in ihrer konzeptionellen und terminologischen Unterschiedlichkeit zu erfassen und ihre Gemeinsamkeiten zu analysieren. In der Anwendung zeigen sich die vorhandenen elektronischen Gesundheitsinformationssysteme in Deutschland derzeit zu eng begrenzt. International betrachtet erweitert sich das Feld der vorhandenen und erprobten Systeme. Hier spielen insbesondere Bemühungen eine größere Rolle, Patienten mehr Verantwortung im Umgang mit ihren persönlichen Gesundheitsinformationen zu ermöglichen.

Dienstag, 29. September 2015

KümmersCommunity: Verteiltes mobiles System zur Unterstützung und Kooperation informell pflegender Menschen. Nutzerzentriert von der ersten Idee bis zum geprüften Produkt.

Michaela Ramm, Hochschule Osnabrück; Elke Hotze, Hochschule Osnabrück

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

In Deutschland werden derzeit 1,76 Millionen Menschen zu Hause durch ihre Angehörigen gepflegt (vgl. Statistisches Bundesamt 2014). Auch wenn die Bereitschaft und die Möglichkeiten, Angehörige in ihrer eigenen Häuslichkeit zu betreuen zurückgeht, bewältigen pflegende Angehörige auch aktuell immer noch den Hauptteil pflegebezogener Aufgaben. Im Mittelpunkt des Projektes steht daher die Familie mit Pflegeverantwortung. Eine zentrale Herausforderung in der täglichen Praxis der pflegerischen Versorgung besteht darin, alle unterschiedlichen Aufgaben und Anforderungen rund um die Pflegesituation im Blick zu behalten und so zwischen den Mitgliedern des Pflegenetzwerkes aufzuteilen, dass zum einen alle Aufgaben adäquat erfüllt und zum anderen so koordiniert und verteilt werden, dass einzelne Mitglieder nicht überfordert werden.

Ein mobiles, verteiltes System zur Aufgabenverteilung auf mehrere Familienmitglieder bzw. Pflegenetzwerkpartner mit Erinnerungsfunktionen und einer zentralen Informationsdatenbank hat das Potential, diese Problematik zu verbessern. Neben den bisher üblichen Funktionen wie Notfalltasten, Erinnerungs- sowie Überwachungsfunktionen (vgl. dazu zusammenfassend Hilbert, Paulus 2011) soll KüCom insbesondere die Möglichkeiten sozialer Netzwerkfunktionen ausschöpfen. Aufgaben rund um die Betreuung des Pflegebedürftigen sollen definiert und sichtbar werden, so dass deutlich wird, wer mit welchen Aufgaben in die Pflege involviert ist und ob Aufgabenbereiche evtl. nicht oder nicht ausreichend abgedeckt sind oder neu verteilt werden müssen. Damit ist die App ein erweitertes und modernes Instrument der Koordination von Familienarbeit und der Schaffung von Transparenz über den Versorgungszustand der zu pflegenden Person. Dabei wird die Idee einer passgenauen Unterstützungsanwendung verfolgt, die dem Nutzer individualisiert für seine Pflegesituation zur Verfügung gestellt werden kann. Zudem soll es möglich sein, dass die Nutzer im Verlauf der pflegerischen Betreuung selbst erstellte Notizen oder kurze Videos zur Visualisierung einer Pflegehandlung im System hinterlegen können, um es z. B. ehrenamtlichen Helfern zu ermöglichen schnell auf im Alltag bewährte Pflegehinweise zurückzugreifen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Gruppendiskussion mit den Pflegenden Angehörigen zeigen u.a., dass sich auch wenig technikaffine Menschen eine solche Anwendung als hilfreich vorstellen können. Besonderer Wert wurde auf eine einfache Handhabbarkeit und intuitive Bedienbarkeit gelegt. Es sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass wenige nutzerangepasste Funktionen vorgehalten werden, anstatt eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten zu hinterlegen, die den Anwender nur verwirren und überfordern.

Montag, 28. September 2015

Automatisierte Nutzung von Pflegeinterventionsdaten für Nursing Minimum Data Sets.

Renate Ranegger, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.; Inge Eberl, Klinikum der Universität München; Dieter Baumberger, LEP AG

SR 106

16.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Die Entwicklungen im akutstationären Pflegebereich erfordern die Notwendigkeit nach einem validen und reliablen Instrument, das vergleichbare Daten zum Pflegeaufwand, den Kosten, dem Personalbedarf und der erbrachten Qualität liefern kann. Internationale Entwicklungen zeigen, dass das Nursing Minimum Data Set (NMDS) den vorab genannten Anforderungen am ehesten gerecht wird (Ranegger & Ammenwerth, 2014). Es ist ein abstraktes Instrument, zur Sammlung einheitlicher, standardisierter, vergleichbarer minimaler Pflegedaten. Es dient der Beschreibung der Patientenzustände, der daraus resultierenden Interventionen, der Pflegequalität und der pflegerischen Kosten. Anhand eines NMDS können pflegerische Daten auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene systematisch erfasst und verglichen werden.

Zum Abgleich der Erfassung pflegerischer Interventionen werden das German-NMDS (G-NMDS), das Austrian NMDS (NMDS-AT) und der Variablen LEP (Leistungserfassung in der Pflege) untersucht.

Das G-NMDS, (Eberl 2013, Eberl & Bartholomeyczik 2010) basiert auf dem Belgischen Nursing Minimum Dataset II (Van den Heede et al., 2009; Sermeus et al. 2004). Die pflegerischen Interventionen der beiden Systeme basieren auf der Nursing Intervention Classification (NIC) (McCloskey, et al. 1996) und können mit Pflegediagnosen und Outcomes verbunden werden.

Die neueste Generation, LEP Nursing 3, ist eine Klassifikation für Pflegeinterventionen und wird in der elektronischen Patientendokumentation und für die automatisierte Leistungserfassung und vielfältige Leistungsstatistiken genutzt (Baumberger, 2014).

Im Zuge dieser Untersuchung werden die Pflegeinterventionen des G-NMDS (Eberl 2013) und die Pflegeinterventionen des NMDS-AT (Ranegger et al., 2014) mit den Pflegeinterventionen von LEP Nursing 3 (Baumberger, 2014) gemappt. Das Ziel dieser Untersuchung ist es zu überprüfen, ob die Pflegeinterventionen von LEP Nursing 3 mit den Pflegeinterventionen vom G-NMDS und NMDS-AT übereinstimmen.

Ergebnisse

Diese Untersuchung befindet sich derzeit noch in der Umsetzung. Es wird erwartet, dass die Studienergebnisse eine semantische Übereinstimmung in vielen Interventionen zeigen. Das ist sowohl für die Praxis als auch für weitere Forschungsvorhaben relevant.

Hinsichtlich der pflegerischen Ressourcenplanung können die Übereinstimmung der jeweiligen Inhalte der Instrumente (G-MNDS, NMDS-AT, LEP) zur pflegerischen Leistungserfassung, den Möglichkeiten zur Ableitung von Daten für weitere Akteure, wie z.B. Controlling, sowie mögliche Folgestudien aufgezeigt werden.

Dienstag, 29. September 2015

Die Pflegeklassifikation DiZiMa® – Aus der Praxis für die Praxis

Renate Ranegger, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.; Brigitte Walzl, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Das Thema Pflegeprozessdokumentation beschäftigt die Pflegelandschaft seit mittlerweile rund 40 Jahren. Ursprünglich als Instrument der Professionalisierung gedacht, ist die Pflegedokumentation seit Einführung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 1997 in Österreich gesetzlich geregelt.

Knapp 17 Jahre nach der Einführung der Pflegeprozessdokumentation in Österreich wird der Ausprägungsgrad der Pflegeprozessdokumentation nach wie vor diskutiert: Wer hat wann, was, wie und in welcher Frequenz zu dokumentieren? Kaum ein Instrument wird in der Pflegepraxis und Pflegewissenschaft so umfangreich diskutiert, wie die Pflegeprozessdokumentation und in diesem Zusammenhang Pflegeklassifikationssysteme. In der Vergangenheit haben sich verschiedenste Klassifikationssysteme für die Pflege, sei es auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene entwickelt.

Was aber in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat und bis dato bei den Inhalten von Pflegeklassifikationssystemen wenig berücksichtigt wurde, ist der Trend zur verkürzten Aufenthaltsdauer. Vor diesem Hintergrund können Pflegeprobleme im akutstationären Setting nicht immer beeinflusst werden, was die Planung von Pflegediagnosen und Pflegezielen in der Pflegepraxis erschwert. Pflegeklassifikationssysteme müssen die diametrale Entwicklung hinsichtlich der theoretischen und wissenschaftlichen Anforderung und jener der der Pflegepraxis berücksichtigen.

Die Zielsetzung bei der Entwicklung der Pflegeklassifikation Diagnose-Ziele-Maßnahmen (DiZiMa®) ist es, eine theoriegeleitete und wissenschaftsbasierte Pflegeklassifikation zu entwickeln, die sowohl dem Bedarf der Praxis entspricht aber auch für weiterführende Datenauswertungen genutzt werden kann.

Ergebnisse/Ausblick

Zu Entwicklungsbeginn der Pflegeklassifikation DiZiMa® wurden Anliegen der Pflegepersonen bezüglich Änderungen und Erweiterungen der Pflegeklassifikation umgehend in die bestehende Systematik integriert, wodurch klassifikatorische und wissenschaftliche Erkenntnisse teilweise in den Hintergrund traten. Mittlerweile findet die Überarbeitung der Pflegeklassifikation DiZiMa® in einem zweijährigen Zyklus statt.

Zudem ist zukünftig ein Mapping der Pflegeinterventionen von der Pflegeklassifikation DiZiMa® mit den Pflegeinterventionen von der Leistungserfassung in der Pflege (LEP®) geplant.

Montag, 28. September 2015

Implementierung des ELGA-Pflege-Entlassungsbriefs in der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Renate Ranegger, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.; Birgit Fürst, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.; Markus Pedevilla, Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.

SR 105

14.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Professionell begleitete Prozesse für die Betreuung von Patientinnen und Patienten beim Übergang zwischen verschiedenen Einrichtungen und Leistungserbringern des Gesundheitssystems sind essentiell zur Gewährleistung einer hohen Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit. Die Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen für ein patientenorientiertes Nahtstellenmanagement unterstützt die Sicherstellung eines „raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufs“. Prozesse des Aufnahme- und Entlassungsmanagements werden dazu durch elektronische Vernetzung der Sektoren unterstützt (GÖG, 2012).

Durch Inkrafttreten des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 (GTelG 2012) mit 01. Jänner 2013 ist der elektronische Datenaustausch zwischen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) über die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) als Informationssystem vorgeschrieben. ELGA ist ein Informationssystem, das künftig allen Berechtigten (z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen sowie ELGA-Teilnehmerinnen und ELGA-Teilnehmern) einen orts- und zeitunabhängigen Zugang zu Gesundheitsdaten ermöglicht, um im Falle einer medizinischen Behandlung oder Betreuung den behandelnden Gesundheitseinrichtungen die notwendigen Vorinformationen bereitzustellen (ELGA, 2015a). Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe wird in der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) ein Umsetzungsprojekt durchgeführt. Entsprechend den Vorgaben des GTelG 2012, werden in einer ersten Phase die Dokumente Ärztlicher Entlassungsbrief, Pflege-Entlassungsbrief, Laborbefund sowie Radiologiebefund ELGA-konform erstellt und für die ELGA-Anbindung umgesetzt.

Die Inhalte dieses Beitrages beziehen sich ausschließlich auf die praktische Umsetzung des Pflege-Entlassungsbriefes.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Wenngleich im Zuge dieses Projektes einige Herausforderungen, wie bspw. Festlegung einheitlicher Inhalte für die intra- und extramuralen Bereiche, Schwierigkeiten bei der Interpretation des ELGA CDA Implementierungsleitfadens durch die Darstellung von pflegfachlichen sowie technischen Inhalten in einem Dokument und das Betreten technischen Neulands bei der Umsetzung des CDA-Dokuments zu bewältigen waren, konnte in der KAGes der ELGA-Pflege-Entlassungsbrief erfolgreich umgesetzt werden. Der Projekterfolg konnte anhand der festgelegten Projektziele und Evaluierungskriterien, wie beispielsweise die Einhaltung der vorab festgelegten technischen Umsetzungsvariante oder die Einhaltung von Umsetzungskonzepten und -zeitplänen, gemessen werden.

Dienstag, 29. September 2015

Prozessorientiertes Change Management durch Implementierung von E-Health-Lösungen in Gesundheitseinrichtungen.

Christoph Reichebner, UMIT

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Unternehmen sehen sich einer immer komplexeren und dynamischeren Umwelt konfrontiert. Vor allem eine immer weiter fortschreitende Technologiesierung erfordert ein Umdenken und benötigt die Entwicklung von neuen veränderten und flexiblen Strategien. Auch Gesundheitseinrichtungen sind mit diesem Wandel konfrontiert und müssen sich den geänderten Umständen anpassen. Hier zeigt sich die Technologiesierung durch eine immer stärkere Verwendung von E-Health-Lösungen, also Anwendungen aus dem Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie u.a. zur Unterstützung von Behandlungs- und Betreuungsprozessen von Patienten und Patientinnen. Ein bekanntes Beispiel ist die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) die in Österreich bundesweit in einem stufenweisen Roll-Out bis 2022 eingeführt wird.

Die Einführung von E-Health-Lösungen bzw. einem System wie ELGA beeinflusst beinahe jeden Bereich einer Gesundheitseinrichtung und bedingt eine Abstimmung bzw. Anpassung von Unternehmensprozesse. Dieser Wandel bzw. "Change" umschreibt die Veränderung eines Ist-Zustandes zu einem Ziel- oder Soll-Zustand: „Change is simply the alteration of the status quo“ (Hodge/Anthony/Gales 2003, S. 329). Um diesen Wandlungsprozess erfolgreich zu gestalten benötigt es eine zielgerichtete Identifikation, Gestaltung, Steuerung und Entwicklung von Veränderungen, was unter dem Begriff "Change Management" zusammengefasst wird. Ziel des Change Managements ist eine erhöhte Wettbewerbs- und Überlebensfähigkeit des Unternehmens sicherzustellen: „The purpose of change is to increase the organization's effectiveness or even to ensure its survival“ (Brown/Harvey 2006, S. 159).

Ziel dieser Arbeit ist es, zunächst eine Einführung in E-Health-Lösungen bzw. deren Anwendungsbereich, Funktionalität und Umfang zu geben.

Ergebnisse und Ausblick

Ergebnisse liegen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Inhalt einer möglichen Diskussion wird es sicherlich sein, dass die Ergebnisse dieser Arbeit nur exemplarisch zu sehen sind. Sie beziehen sich auf den aktuellen Stand der Forschung und vor allem auf den aktuellen Stand von E-Health-Lösungen. Auch die Experteninterviews stellen größtenteils nur ein Beispiel für die Implementierung einer bestimmten E-Health-Lösung dar.

Dienstag, 29. September 2015

Perspektiven „der Selbsthilfe“ auf IT-Entwicklungsprojekte.

Christina Reiß, Selbsthilfe Heidelberg / Mannheim

HS 002

13.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Patientenorientierung ist im Gesundheitswesen weitgehend als Qualitätsmerkmal anerkannt, spielt bei eHealth-Anwendungen bisher aber eine eher untergeordnete Rolle. Ursache könnte sein, dass die Zielgruppe von IT-Anwendungen meist die verschiedenen Gesundheitsanbieter und-berufe sind und deren (Zusammen-) Arbeit im Idealfall durch IT unterstützt und erleichtert wird. Der Patient, die Patientin bleibt dabei Objekt der Versorgung. Die Rollenänderung vom Objekt zum Subjekt im Sinne des „mündigen Patienten“ ist erklärtes Ziel der Patientenvertretung, die durch Selbsthilfe- und Patientenorganisationen erfolgt. Im Projekt INFOPAT (Informationstechnologie für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung), das, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Wettbewerbs „Gesundheitsregion der Zukunft“ seit 2012 in der Metropolregion Rhein-Neckar (Deutschland) durchgeführt wird, steht der Patient / die Patientin im Mittelpunkt: durch die PEPA, die persönliche, einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte. In dieser entscheiden die Patientinnen und Patienten, wer worauf Zugriff hat, wer etwas lesen oder etwas einstellen darf, und können dies durch eigene Informationen (von Kinderkrankheiten bis zum Schmerztagebuch, von hinterlegten Informationen über Notfallansprechpersonen, Organspendeausweis, Patientenverfügung etc) ergänzen.

Erfolgsfaktoren

Um Patientinnen und Patienten bei der Nutzung der PEPA zu unterstützen, werden Informationsmaterialien / Schulungen für Patientinnen und Patienten erarbeitet. Um ein zentrales Anliegen von Betroffenen umzusetzen werden qualitätsgeprüfte Informationspakete erarbeitet, die bei den Beispielerkrankungen innerhalb des Projekts (Kolorektales Karzinom und Diabetes Typ 2) wichtige Hilfestellungen und Informationen zur Erkrankung, deren Bewältigung und zur Orientierung im Gesundheitssystem geben können.

Die eigene psychosoziale und finanzielle Belastung muss bewältigt werden, gleichzeitig muss auch das (familiäre, evtl. auch berufliche) Umfeld berücksichtigt und ggf. unterstützt werden. Es sollte Vorsorge (durch Vollmacht u.ä.) bedacht und Versorgung organisiert werden. Um das Leben mit dieser Erkrankung gestalten und die Krankheit bewältigen zu können braucht es viele Informationen, aber auch für viele die Austausch- und Unterstützungsangebote der Selbsthilfe – denn nur wer weiß, welche Optionen es gibt, kann auch selbstbestimmt und verantwortungsvoll entscheiden.

Die PEPA kann ein wichtiger Baustein zur Qualität und Effizienz der Versorgung, aber auch zur Mündigkeit der Patientinnen und Patienten sein. Elementar für die Akzeptanz sind neben den o.g. Aspekten die Gewährleistung von Datenschutz und -sicherheit sowie die Unterstützung aller Nutzungsgruppen, um eine sinnvolle Handhabung zu ermöglichen.

Dienstag, 29. September 2015

Sag mir: wo? – Ortungstechnologien in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.

Wolfgang Rob, ITH icoserve GmbH

HS 002

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Die Projektgruppe ProAct® der Firma ITH icoserve beschäftigt sich seit Jahren mit intelligenten Ortungslösungen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass immer weniger Personal zur Verfügung steht. Ein ortungsbasiertes Personennotrufsystem, eine mobile Patientenglocke sowie ein Desorientiertenschutzsystem sind vielfach erfolgreich im Einsatz, teilweise in Kombination mit weiteren Systemen, etwa Türschließenanlagen.

Als Partner des 2013 preisgekrönten EU-AAL-Projektes iWalkActive arbeiten wir auch daran, gehbehinderten Personen ortungsbasiert wirksame Unterstützung in ihrem Aktivitäts- und Mobilitätsbedürfnis, auch über die Grenzen eines Seniorenheimes hinaus, anzubieten.

Ortungslösungen dienen in erster Linie der Beantwortung der Frage „wo ist was bzw. wer?“. Lässt sich diese Frage unmittelbar beantworten, entfallen bereits zahlreiche Zeitaufwände für die alltägliche Suche nach Geräten und Personen – und damit Kosten.

Automatisch gehen damit auch berührungslose Identifikationsmöglichkeiten einher, für welche allerdings im Falle von Personen zahlreiche Gesetze unbedingt zu beachten sind.

Mit intelligenten Softwarelösungen können aus der Kombination wer (oder was) gerade wo ist, weitere wertvolle Informationen abgeleitet und bei Bedarf ergänzende Systeme wechselseitig und vollautomatisch angesteuert werden (z.B.: „Liegt der richtige Patient auf dem richtigen OP-Tisch?“). Das Risiko von Medienbrüchen und damit verbundenen Verwechslungen lässt sich so erheblich senken.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Intelligente, ortungsbasierte Lösungen sind vielfältig als Schutz-, Such- und kontextliefernde Informationssysteme einsetzbar und werden bei Beachtung der genannten Kriterien von den Benutzern sehr gut angenommen.

Sie helfen, Suchvorgänge dramatisch abzukürzen und so Zeit und Geld zu sparen. Bei teuren medizinischen Geräten können unnötige Doppelschaffungen, aber auch deren Diebstahl leicht vermieden werden.

Sie kommen als exzellent zu handhabende Sicherheitssysteme zur Absicherung von Personen und mobilen Geräten in Betracht (Personennotruf, mobile Patientenglocke, Desorientiertenschutzsystem, OP-Sicherheit, Personenidentifikation, Wartungsunterstützung, Gerätesuche, Diebstahlschutz und Vieles mehr). Eine Vielzahl von Anwendungen ist durch ein einziges, intelligentes Ortungssystem heute möglich.

Die nächsten großen Schritte sind die nahtlose Verknüpfung von Ortungsdaten innerhalb und außerhalb von Gebäuden zu einer Navigation vom eigenen Standort zu einem Ziel sowie die automatische Bereitstellung von kontextspezifischen Daten oder häufig gesuchten Örtlichkeiten.

Dienstag, 29. September 2015

Entwicklung eines „Interactive Health Communication System“ für Patienten mit Biologika-Therapien.

Barbara Schärer, Inselspital, Universitätsspital Bern; Agnes Kocher, Inselspital, Universitätsspital Bern

SR 101

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Biologika, wie zum Beispiel Tumornekrosefaktor-Blocker, sind bei der Behandlung von rheumatischen und anderen chronischen Erkrankungen nicht mehr wegzudenken, denn sie wirken sehr spezifisch gegen die Entzündung; es können jedoch auch unerwünschte Ereignisse, wie allergische Reaktionen und Infektionen auftreten (Hausmann & Manigold, 2013; Singh et al., 2011). Der zunehmende Einsatz von Biologika im klinischen Alltag macht eine fachlich hochstehende Patientenedukation unabdingbar. Methoden wie individuelle Beratung und Gruppenschulung haben sich bei der Edukation von Patienten mit Disease-modifying-antirheumatic-drugs (DMARDs) als wirksam erwiesen (Homer, Nightingale, & Jobanputra, 2009). Zudem können mit einer fachlich hochstehenden Online-Plattform entsprechende Informationen und Hilfestellungen angeboten werden (van der Vaart, Drossaert, Taal, & van de Laar, 2011).

Erfolgsfaktoren

Computer-basierte Programme haben einen positiven Effekt auf die Benutzer ('User') betreffend Wissen, sozialem Support, Verhalten und klinischen Ergebnissen im Vergleich zu 'Non-Users'. Auch Menschen mit rheumatischen Erkrankungen suchen Krankheitsinformationen auf dem Internet und sind an vom Spital offeriertem Online-Support interessiert (van der Vaart et al., 2011). Die Verfügbarkeit von Informationen und Schulungsinhalten in einem IHCS erlaubt es Betroffenen und ihren Angehörigen, sich zeitunabhängig, entsprechend ihrer persönlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten mit den Themen auseinanderzusetzen (Gustafson et al., 2002). Dadurch können Patientenpräferenzen optimal berücksichtigt werden. Patienten werden befähigt, eine aktive Rolle in ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung zu übernehmen, Entscheidungen über Behandlung und Therapie in einer partnerschaftlichen Beziehung mit Gesundheitsfachleuten aktiv mitzugestalten und Verantwortung zu übernehmen. Durch den Einsatz eines IHCS erweitert die Institution ihren Wirkungsbereich. Patientengruppen können über die Spitalmauern hinaus zeitlich uneingeschränkt erreicht werden. Über das IHCS werden Möglichkeiten zur Information und Kommunikation geschaffen: Peer-to-Peer Support unter Betroffenen, Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patienten sowie Entscheidungshilfen zu spezifischen Themen.

Besuchen Sie uns beim
ENI-Kongress in Hall in Tirol
am 28. und 29. September



Stationäre Altenpflege

Krankenhaus und Klinik

Ambulante Pflegedienste

Behindertenhilfe



opta data Abrechnungs GmbH
Salzburger Straße 205
4030 Linz
www.optadata.at

Vertriebspartner der Standard Systeme GmbH
0732 38 75 13
standardsysteme@optadata.at
www.standardsysteme.at



Die Standard Systeme GmbH und die opta data Abrechnungs GmbH bieten seit über 35 Jahren innovative Lösungen für Unternehmen aus dem Gesundheitswesen. Die Gesellschaften ergänzen sich durch ihre Vertriebskooperation im österreichischen Markt und auch Sie als Kunde profitieren von den Synergien. Sie verfolgen das gemeinsame Ziel, Freiräume für ihre Kunden zu schaffen, durch ein umfangreiches und kundenorientiertes Portfolio an Software, Dienstleistungen und Organisationslösungen.

Montag, 28. September 2015

Patientenversorgung im Fokus: Modernisierung eines Pflegedokumentationssystems.

Anja Schmidt, Universitätsklinikum Halle (Saale); Thomas Giesel, Universitätsklinikum Halle (Saale)

SR 101

14.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) wies 2008 darauf hin, dass die Pflege auf der betriebswirtschaftlichen Ebene nicht als wertschöpfende Dienstleistung erscheint (vgl. Deutscher Pflegerat e. V. 2007: 5). Kann der Anteil der Pflege an den Produkten eines Krankenhauses sowohl auf der Kosten- als auch auf der Erlösebene aber nicht angemessen aufgezeigt werden, ergibt sich für Krankenhäuser der Anreiz, gerade hier ungeachtet möglicher Folgen Einsparungen vorzunehmen (ebenda).

Mittlerweile setzt sich jedoch die Erkenntnis durch, dass durch die Schaffung effizienterer pflegerischer Behandlungsprozesse durch die Pflege selbst ein nicht unerheblicher Wertschöpfungsprozess erfolgt. Jedoch ist gerade dieser Anteil allfälliger Prozessoptimierungen in der Akutversorgung bisher nur schwer nach- als auch beweisbar. Im Rahmen umfangreicher Restrukturierungsmaßnahmen im Krankenversorgungsprozess wurde am Universitätsklinikum Halle (Saale) (UKH) die pflegerische Leitungsorganisation neu geregelt. Ziel war und ist es, die administrative Ebene zu verflachen und die Eigenverantwortung der Pflege zu stärken. Einhergehend mit dieser Entwicklung wurden die Führungsaufgaben neu definiert, darunter auch die Budgetverantwortlichkeit.

Ergebnisse

Im Universitätsklinikum Halle (Saale) wurde ein entsprechendes Controlling Konzept, bestehend aus Schwerpunktthemen, der Beschreibung notwendiger Informationsinhalte, die Erhebungsintervalle sowie Quelldefinitionen entwickelt.

Im Vortrag werden die hierzu vorgenommenen Schritte schwerpunktmäßig skizziert. Die Ausleitung Leistungsbezogener Daten wird durch die Schaffung einer standardisierten Pflegedokumentation unterstützt und wesentlich erleichtert.

Im Ergebnis der Bewertung des noch laufenden Prozesses können nur vorläufige Schlüsse gezogen werden. Die Zielerreichung – Bereitstellung eines Kennzahlenpools zwecks Analyse und Begleitung laufender Behandlungsprozesse als Lenkungsinstrument – ist mehrphasig und bedingt die zwingende Einbindung der Leistungserbringenden, also Klinik bzw. Stationsebene als auch der Leistungsbewertenden Ebene (neben dem Klinikbereich das Management). Controlling versteht sich im Zusammenspiel aller Akteure des Behandlungsprozesses als Support, welches letztendlich der optimalen Patientenversorgung dient.

Dienstag, 29. September 2015

Faktoren zum Bedarf eines Hausnotrufes per Knopfdruck- Modellüberlegungen zur Identifizierung von Zielgruppen.

Eva Schulc, UMIT; Alexander Hörbst, UMIT; Christa Them, UMIT

HS 002

11.00 Uhr

Hintergrund und Ziel

Im Jahr 2014 verunfallten in Österreich ca. 63.900 Senioren zuhause. Mehr als drei Viertel der spitalsbehandelten Unfälle waren auf Stürze zurückzuführen (KfV, 2015). Es ist evident, dass eine Vielzahl an Unfällen durch rechtzeitige Maßnahmen vermieden werden könnte, würden ältere zu Hause lebende Menschen entsprechende Sicherheitsvorkehrungen ergreifen. Hausnotrufe (HNR) per Knopfdruck werden seit mehr als 30 Jahren als Maßnahme für ein sicheres Wohnen zu Hause gesehen, besonders dann, wenn ältere Menschen in Abwesenheit von Verwandten oder Bekannten in eine hilflose Lage geraten. HNR fördern den Wunsch eines jeden Einzelnen, sicher, autonom und selbstständig das Leben gestalten zu können. Darüber hinaus zeigt sich die Attraktivität dieser Technologie in der Vermittlung von einem Sicherheitsempfinden und in der Alternative, eine Institutionalisierung zu verzögern, da die lokale Vernetzung eine medizinische Notfallversorgung gewährleistet (Nehmer, 2009).

Die Verwendung von Technologien im Alter stellt nach wie vor ein großes Problem hinsichtlich der Akzeptanz und/oder mangelnder Information dar. Ergebnisse der Studie „Präventive Seniorenberatung in Tirol“ bestätigten, dass ca. 76% der befragten 70+ Jährigen keinen HNR verwendeten. Im Durchschnitt waren die Personen, die keinen HNR verwendeten, 83 Jahre alt, davon stürzten mehr als 2/3 der Personen (Schulc & Them, 2013). Entsprechend internationaler Literatur gelten als Zielgruppen für einen HNR besonders alleine lebende und sturzgefährdete ältere Personen.

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, im Rahmen einer Sekundäranalyse basierend auf den Daten oben genannter Studie, Faktoren einer selbstständigen Lebensführung von zu Hause lebenden 70(+) Jährigen zu identifizieren, die den Bedarf eines HNR determinieren.

(Ausgewählte) Ergebnisse

Funktionale Gesundheit

Körperlich funktionale Einschränkungen zeigten sich in einer hohen Schmerzprävalenz (n=207, 60%) sowie einer hohen Prävalenz von Durchschlafschwierigkeiten (n=192, 57%) und Stürzen (n=163, 47,5%).

Im Rahmen einer weiteren Analyse wurden 20 Sturzrisikofaktoren identifiziert, die ein hohes Sturzrisiko älterer Menschen verdeutlichten.

Faktoren zum Bedarf eines Hausnotrufes

Die Ergebnisse des CHAID Modells ergaben, dass die Lebensformen ($p \leq 0,001$; χ^2 24,078, $df=1$) und die Inanspruchnahme von Pflegegeld (1 bis 7 Stufen) ($p \leq 0,003$; χ^2 8.557, $df=1$) den größten Einfluss auf die Verwendung eines HNR hatten.

Montag, 28. September 2015

Untersuchung der Machbarkeit und Nützlichkeit des ePflegeberichts in der deutschen Telematik-Infrastruktur.

Georg Schulte, Hochschule Osnabrück; Ursula Hübner, Hochschule Osnabrück; Björn Sellemann, Universitätsmedizin Göttingen; Nicole Egbert, Hochschule Osnabrück; Matthias Quade, Universitätsmedizin Göttingen; Thorsten Rottmann, Universitätsmedizin Göttingen; Matthias Fenske, Diakoniewerk Osnabrück gGmbH; Raik Kuhlisch, Fraunhofer FOKUS; Otto Rienhoff, Universitätsmedizin Göttingen

SR 105

14.30 Uh

Hintergrund und Zielsetzung

Eine effektive sektorenübergreifende Versorgung von Patienten ist nur bei kontinuierlichem, vollständigem Informationsaustausch möglich, der heute ohne elektronische Unterstützung nicht mehr vorstellbar ist (Hübner & Giehoff, 2002). Eine funktionstüchtige Telematikinfrastruktur existiert im deutschen Gesundheitswesen aber bisher nicht (Hübner, 2011). Inzwischen ist die elektronische Gesundheitskarte in Deutschland flächendeckend eingeführt (Krüger-Brand, 2014), und neben anderen Anwendungen wurde der ePflegebericht als elektronisches Pflegeüberleitungsinstrument entwickelt. Er ist gemäß der HL7-Clinical Document Architecture strukturiert, damit die Interoperabilität zwischen verschiedenen IT-Systemen gegeben ist (HL7-Deutschland e. V., o.J.). Er wird jetzt in einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie evaluiert. Ziel ist es zu ermitteln, ob seine Erstellung, Versand und Empfang in ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens technisch und organisatorisch machbar sind, und ob die übermittelten Informationen vollständig und nützlich sind.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

In der Phase Ia traten Probleme bei der Installation der Rechner, mit der Funktionalität und Kompatibilität der Kartenlesegeräte und der Installation des zentralen Servers auf. Schwierigkeiten bereiteten auch die verwendete Terminologie, die Umwandlung der erzeugten ePflegeberichte in PDF-Dokumente sowie die Einbindung in die Routineabläufe der Einrichtungen. Zur Beherrschung dieser Probleme umfasste die Phase Ia acht Monate. Die mittlere Prozentzahl von technisch-organisatorischen Problemen beim Erstellen, Versenden und Empfangen des ePflegeberichts nahm von Phase Ib zu II von 13% (n=20 Berichte) auf 2% (n=6 Berichte) der durchgeführten Programmschritte ab, während in Phase III wieder ein Anstieg auf 9% (n=10 Berichte) zu verzeichnen war. Während in Phase Ib Probleme in allen vier möglichen Schweregraden auftraten, wurden in Phase II nur Probleme des leichtesten Grads 1 protokolliert. In Phase III wurden 25% der Probleme Stufe 1 und 75% Stufe 3 zugeordnet. Die Aufgabenangemessenheit und Erlernbarkeit wurden überwiegend positiv beurteilt. Die Bewertung der Nützlichkeit und Vollständigkeit verdeutlicht, dass der ePflegebericht in der Lage ist, eine größere Menge an relevanten Informationen zu transportieren als papierbasierte Formulare.

Während die bisherigen Ergebnisse die Nützlichkeit und Gebrauchstauglichkeit des ePflegeberichts beim Transfer von Pflegebedürftigen zwischen Settings und Sektoren zeigen, stellt die bisher fehlende Telematik-Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen ein Hindernis dar. Auch auftretende Probleme mit der Verfügbarkeit der eGKs z. B. von gesetzlich Betreuten oder privat Versicherten sollten in künftige Überlegungen einfließen.

Dienstag, 29. September 2015

Diabetische Versorgung von Demenzerkrankten und der Einfluss von Pflegesetting und -stufe – Eine Evaluation anhand von Kassendaten.

Larissa Schwarzkopf, Helmholtz Zentrum München; Michaela Schunk, Helmholtz Zentrum München

SR 101

13.30 Uhr

Hintergrund

Zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Demenz gehört die adäquate Behandlung von Begleiterkrankungen wie Diabetes. Die Grundlage für ein gutes Diabetesmanagement bildet die regelmäßige Kontrolle wichtiger Krankheitsparameter, um Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Grundsätzlich wird im Diabetesmanagement großer Wert auf die Eigeninitiative der Betroffenen gelegt, um diese Therapieziele zu erreichen. Eine entsprechende Mitwirkungsfähigkeit ist bei Menschen mit Demenz eingeschränkt, sodass bei ihnen erhöhter Unterstützungsbedarf besteht. In Pflegeheimen kann annahmegemäß aufgrund der geregelten Versorgungsabläufe systematischer auf das Diabetesmanagement eingewirkt werden als in häuslichen Strukturen.

Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten Informationen, inwieweit zentrale Laborparameter (Hba1c-Wert, Blutglukose, etc.) ärztlich kontrolliert und wichtige Untersuchungen (Augenhintergrund) durchgeführt wurden, und lassen zudem Rückschlüsse auf das pflegerische Umfeld (Häusliche Versorgung mit unterschiedlich starker Einbindung professioneller Pflegekräfte bzw. institutionelle Versorgung) der betrachteten Personen zu. Vor diesem Hintergrund besteht das Ziel dieses Vortrages darin, aufzuzeigen welche Unterschiede in der diabetischen Versorgung von zuhause lebenden Demenzerkrankten und Pflegeheimbewohnern mit Demenz bestehen.

Ergebnisse

Unabhängig vom Versorgungssetting liegt die Durchführungsquote diabetischer Routinekontrollen bei Menschen mit Demenz deutlich unter dem in einschlägigen Leitlinien empfohlenen Umfang. Diese „Unterversorgung“ ist bei Pflegeheimbewohnern stärker ausgeprägt als in ambulanten Strukturen. Mit zunehmender Pflegestufe sinkt der Anteil der Menschen mit Demenz, die diabetische Routinekontrollen erhalten sowohl im häuslichen als auch im institutionellen Umfeld. Dabei erhalten Pflegeheimbewohner bei gleicher Pflegestufe stets seltener Routinekontrollen.

Unabhängig von der Pflegestufe fallen für institutionell versorgte Demenzerkrankte geringere Krankenversicherungsausgaben für die diabetische Versorgung an als für häusliche versorgte. Weiterhin sinken die Ausgaben für die diabetische Versorgung mit zunehmendem Pflegebedarf. Parallel nimmt aber der Ausgabenunterschied zwischen beiden Versorgungssettings tendenziell zu.

Dienstag, 29. September 2015

Servicerobotik in der Altenpflege: Eine empirische Untersuchung des Einsatzes der Serviceroboter in der stationären Altenpflege am Beispiel von PARO und Care-O-bot.

Ulrike Scorna, OTH Regensburg

HS 002

11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Die demographische Entwicklung in Deutschland wird zukünftig von zwei Tendenzen geprägt sein: Im Zuge der steigenden Lebenserwartung wird der prozentuale Anteil der über 60-Jährigen zunehmen (2011: 26,7%; 2050: > 30%), während infolge der stagnierenden Geburtenzahlen der Anteil der jüngeren Bevölkerung prozentual abnehmen wird (2011: 18,2%; 2050: ca. 17%) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006). Diese Entwicklung stellt besonders die Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen vor neue Herausforderungen. Der Bedarf an Pflegekräften und Pflegeplätzen wird steigen; schon heute kann der Bedarf in Hinblick auf Pflegekräfte nicht mehr gedeckt werden. Die sinkende Zahl der Beitragszahler wird nicht durch Beitragserhöhungen völlig kompensiert werden können, sodass eine deutliche Reduzierung der Kosten im Bereich der Pflege angestrebt werden muss (z.B. Augurzky, 2013). Pflegekräftemangel und Kostendruck sind Argumente dafür, verstärkt Technik in der Pflege einzusetzen.

Ausgehend von der prognostizierten demografischen Entwicklung Deutschlands untersucht der Bericht die Chancen, die sich durch einen möglichen Einsatz von Servicerobotern für den Bereich der stationären Altenpflege ergeben könnten.

Ergebnisse

Die Befragung der Experten ergab, dass die Verwendung von Servicerobotern im Bereich der stationären Altenpflege prinzipiell vom Pflegepersonal erwünscht und als zukunftsweisend erachtet wird, sofern diese die pflegerische Tätigkeit unterstützen und nicht gänzlich ersetzen würde. In Bezug auf den Pflegebedürftigen soll deren Einsatz zudem die soziale Teilhabe und selbständige Alltagsbewältigung ermöglichen.

So besteht das besondere Potenzial von PARO vor allem in der Aktivierung der Pflegebedürftigen, sodass die Kommunikation mit dem Pflegepersonal erleichtert wurde. Zudem führte der Einsatz bei Bettlägerigen zur Wiedererlangung ihres Körpergefühls und zur Lockerung der Spasmen. Am Beispiel der Hol- und Bringfunktion von Care-O-bot wurde deutlich, dass ein weiteres Potenzial von Servicerobotern in der Entlastung des Pflegepersonals bei körperlich anstrengenden und zeitintensiven Routineaufgaben besteht, sodass mehr Zeit für die persönliche Pflege am Patienten vorhanden war. Entsprechend der Aussage einer Expertin, erwies sich Care-O-bot besonders im Umgang mit dementen Bewohnern als hilfreich. Durch den Einsatz von PARO und Care-O-bot konnte somit einerseits das Pflegepersonal bei der pflegenden Tätigkeit unterstützt werden und andererseits die Lebensqualität des Pflegebedürftigen, speziell in den Bereichen gelingende Kommunikation, Aktivität/ Aufgeschlossenheit und emotionales Wohlbefinden gesteigert werden. Die Vorstellung, dass die Altenpflege gänzlich von Servicerobotern übernommen werden könnte, wurde jedoch von den Befragten einstimmig abgelehnt, da ein wesentlicher Bestandteil der Pflege auf zwischenmenschlicher Betreuung basieren sollte.

Montag, 28. September 2015

A multi-centred empirical study to measure and validate user satisfaction with hospital information services in Australia and Germany.

Anke Simon, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart; Margrit Ebinger, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart; Bettina Flaiz, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart; Katrin Heeskens, Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart

SR 101

16.30 Uhr

Context and objectives

Healthcare costs in Australia and Germany are increasing exponentially. To address this and other healthcare challenges including the aging population and increases in chronic diseases, both countries are investing heavily in IS/IT (Wickramasinghe 2010). Nowadays, nearly all clinical as well as administrative processes depend on IT related services (Bleich & Slack 2009, Brand et al 2012, Haux et al. 2003, Simon 2010). However, without proper metrics that are designed specifically for healthcare contexts, neither is it possible to evaluate the benefits of these technology investments nor design them to optimally meet user needs. Thus, a key void is the existence of appropriate metrics and instruments to measure and validate user satisfaction with hospital IT services. So far only a few investigations reveal first insights and suggest further research (Ash et al. 2004, Bürkle et al. 2001, Bundschuh et al. 2011, Chen & Hsiao 2012, Smelcer et al. 2009, Viitanen et al. 2011).

The objective of this investigation is to measure and validate user satisfaction with hospital IT services. Specifically, to (1) develop and statistically validate metrics and scales for healthcare contexts (to provide validated and appropriate standard measures), (2) understand the current state of user satisfaction with IT services in the context of clinical environments in hospitals, and provide a descriptive picture of the present situation from the subjective perspective of health professionals, i.e. nurses and physicians, in Germany and Australia and (3) provide first reference values/data on user satisfaction in both countries for hospital senior management and CIO's.

Results

The comprehensive study protocol will be presented.

According to our preliminary research and pilot project most of the hospital CIO's in Germany and Australia do not measure user satisfaction. Among the small number of hospital CIO's with relevant data the majority use self-developed, hands-on questionnaires with poor empirical quality. Moreover, there is nearly a complete lack of national studies on user perception on hospital IT service quality in Germany, Australia or elsewhere. Hence, valid reference data covering the entire national hospital sector are not available. This research project is one of the first, if not the first, investigation in this field. Given the huge amount of money spent on healthcare IT in all developed countries as well as the increasing escalating costs of healthcare expenditure, it is not possible to overstate the importance and significance of this study.

Montag, 28. September 2015

Erfahrungsbericht zur IT-Nutzung in der klinischen Pflegepraxis am Universitätsklinikum Erlangen.

Daniela Stadler, Universitätsklinikum Erlangen; Christine Fiedler, Universitätsklinikum Erlangen

SR 101

14.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung sind die deutschen Krankenhäuser seit 2003 verpflichtet, den Qualitätsindikator Dekubitus auszuweisen. Aufgrund der zu übermittelnden Datenmenge und der damit verbundenen Kosten sowie des zeitlichen Aufwandes wurde der Beschluss gefasst, dies elektronisch - im bereits vorhandenen Klinikinformationssystem Soarian® von Cerner (damals Siemens) - vorzunehmen. Damit war der Grundstein für die elektronische Pflegedokumentation am Universitätsklinikum Erlangen gelegt.

Nebst dem Ziel einer klinikweit einheitlichen Pflegedokumentation wurde angestrebt, die Dokumentationsqualität zu steigern sowie durch Reduktion der Doppeldokumentation eine Arbeitserleichterung zu erzielen. Die elektronische Erfassung der pflegerischen Leistungen sollte außerdem ermöglichen, pflegerisch relevante Kennzahlen wie den Pflegebedarf und Pflege-Outcomes zu ermitteln.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Der Benefit der elektronischen Dokumentation ist bei der Erfassung der Qualitätsindikatoren Dekubitus und Sturz mit der Erleichterung des Erfassungsprozesses eindeutig zu sehen. Die momentane Weiterentwicklung der Software zur kompletten pflegerischen Dokumentation hat jedoch zur Folge, dass durch den Medienbruch teilweise doppelt dokumentiert wird. Die zu erwartenden Vorteile sind jedoch maßgebend: durch einen automatisiert erstellten Vorschlag zur Pflegeplanung aus dem ergebnisorientierten Patienten-Assessment (ePA®) sollen die Pflegenden unterstützt werden, den Pflegebedarf sowie ihre Leistungen und Ergebnisse aufzuzeigen. Weitere positive Aspekte sind eine automatisierte Ableitung von Risikokennzahlen zu Sturz, Pneumonie, Dekubitus und poststationärem Versorgungsdefizit. Die permanente Verfügbarkeit der Pflegedokumentation sowie der zeitgleiche Zugriff von mehreren Mitarbeitenden auf die Patientendaten sind weitere entscheidende Vorteile der elektronischen Dokumentation.

Resümierend ist festzuhalten, dass die Einführung einer elektronischen Dokumentation mit vielen Vorteilen, zugleich jedoch mit einem hohen Schulungs- und Entwicklungsaufwand verbunden ist.

Dienstag, 29. September 2015

Nutzen eines Smart Bed Informationssystems in der Langzeitpflege von Demenzbetroffenen.

Mario Stark, FHS St. Gallen; Heidrun Gattinger, FHS St. Gallen; Virpi Hantikainen, FHS St. Gallen

HS 002

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Schlafstörungen sind ein häufiges Problem bei demenzerkrankten Personen (Beaulieu-Bonneau & Hudon, 2009; Rao et al., 2008) und ein häufiger Beweggrund für Angehörige, demenzerkrankte Familienmitglieder aus der häuslichen Versorgung in eine Pflegeeinrichtung zu verlegen (Pollak & Perlick, 1991). Die Erfassung des Schlafverhaltens bei kognitiv eingeschränkten Menschen stellt eine Herausforderung für die Pflegefachpersonen dar. Der Mobility Monitor, eine Sensormatte zur Erfassung von Bewegung im Bett liegender Personen, kann Pflegepersonen unterstützen, das Schlafverhalten von Menschen mit Demenz besser einzuschätzen. Das Mobility Monitor System - ausgestattet mit einer Wireless Lösung - erlaubt es, die Mobilitätsdaten in Echtzeit auf dem Stationscomputer zu sehen. Das Gerät hat zusätzlich individuell einzustellende Alarmfunktionen, wie den Lagerungsalarm (bei keiner oder zu wenig Eigenbewegung) oder einen Bettkannten- oder Bettausstiegsalarm. Die Nutzung von Assessmentinstrumenten – so auch die des Mobility Monitors – verlangt grundsätzlich eine spezifische Expertise. Die Interpretation von Ergebnissen mit einem Instrument müssen vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Pflegenden, der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Lebenswelt des/der Pflegebedürftigen erfolgen (Bartholomeyczik & Halek, 2004; Schrems, 2008). Daher wird der Einsatz des Mobility Monitors mit Fallbesprechungen begleitet. Ziel der Studie ist es, die Auswirkungen des Mobility Monitors auf den Pflegeprozess und die Schlafqualität der Bewohnerinnen und Bewohnern zu überprüfen. Zusätzlich werden Auswirkungen auf Dekubitus Fälle und Sturzereignisse bei den Bewohnenden sowie die Arbeitsbelastung der Pflegenden erfasst und es wird eine Kosten-Nutzen Evaluation erstellt.

Ergebnisse

An der Studie, die im November 2014 gestartet hat, nehmen drei Langzeitpflegeinstitutionen aus der Deutschschweiz teil.

Die ersten Rückmeldungen zeigen grosses Interesse und Engagement der Pflegenden an der Studie. Der Mobility Monitor wird als bedienungsfreundlich eingeschätzt und die zusätzlichen Informationen zur Aktivität und Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner in der Nacht sind in den Fallbesprechungen hilfreich. Die Fallbesprechungen sind motivierend den Pflegeprozess zu evaluieren und neue pflegerische Massnahmen zur Unterstützung der Schlafqualität und des Wohlbefindens der Heimbewohnenden auszuprobieren.

Es zeigte sich aber, dass für die Interpretation der Schlafqualität anhand der Mobility Daten die Grunderkrankung der Pflegebedürftigen und die Beobachtungen der Pflegenden zur aktuellen Situation mit einbezogen werden.

Dienstag, 29. September 2015

Nutzung von Sekundärdaten – Abdeckung pflegerischer Leistungen der stationären Versorgung in internationalen Datenbeständen.

Jürgen Stausberg, Essen

SR 101

13.30 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

In vielen entwickelten Ländern stehen Daten der stationären Versorgung auf nationaler Ebene zur Beantwortung von Fragestellungen der Versorgungsforschung zur Verfügung. In Deutschland konkurrieren hierbei drei Informationsquellen, der Datenbestand der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV), die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) sowie die Daten des Informationssystems Versorgungsdaten. Der DRG-Statistik und dem Informationssystem Versorgungsdaten liegen Sekundärdaten zu Grunde, also Daten, die primär zu Abrechnungszwecken erfasst wurden. Solche Daten werden auch als Routinedaten (Stausberg et al., 2006) oder - bevorzugt in den USA - als administrative Daten (Iezzoni, 1997) bezeichnet. In Deutschland sind in den Routinedaten keine spezifischen Elemente zur Abdeckung pflegerischer Leistungen eingebunden, weder zur Beschreibung von Diagnosen, z. B. mit der International Classification of Nursing Practice (ICNP), noch zur Beschreibung von Aktivitäten, z. B. mit dem System Leistungserfassung und Prozessdokumentation im Gesundheitswesen (LEP). Unbekannt ist die Abdeckung pflegerischer Leistungen in den Routinedaten anderer Nationen. Ziel des Beitrags ist es daher, dies vergleichend für Deutschland, England und die USA zu untersuchen.


Ergebnisse


Zur Kodierung von Diagnosen verwenden alle drei Datenbestände eine Variante der ICD. Damit decken die Diagnosen medizinische Kontaktpunkte im Sinne der Morbidität ab, nicht jedoch spezifische pflegerische Belange. Zur Kodierung von Maßnahmen werden unterschiedliche Klassifikationen verwendet, der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in Deutschland, die Classification of Interventions and Procedures (OPCS) in England sowie die ICD-9-CM in den USA. OPS, OPCS und ICD-9-CM decken im Wesentlichen operative Maßnahmen ab; darüber hinaus sind Maßnahmen enthalten, wenn diese für Abrechnungszwecke relevant sind. Typische pflegerische Aktivitäten wie die Mobilisation und Körperpflege aber auch das Absaugen oder das Spülen von Drainagen finden sich dort nicht. Ausnahme sind die nach Aufwandspunkten des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS-Score) definierten Codes des OPS für hochaufwendige Pflege. HES und NIS gehen bei organisatorischen Aspekten über die DRG-Statistik hinaus. So bieten beide Datenbestände Informationen zu einzelnen „Health Professionals“ an. Hierbei handelt es sich allerdings jeweils nur um Ärztinnen und Ärzte. Nur beim HES lässt sich angeben, ob eine Konsultation durch eine Pflegekraft durchgeführt wurde. Angaben zum Versorgungsmanagement finden sich in keinem der drei Datenbestände.

Dienstag, 29. September 2015

IT als strategisches Werkzeug: Etablierung einer Balanced Scorecard

Christian Dr. Stoffers, St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH

 SR 101

 9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Die St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH ist ein integriertes Gesundheitsunternehmen, in dessen Zentrum ein Krankenhaus der Regelversorgung steht. Das Unternehmen hat sich sehr früh entschlossen, den Veränderungsdruck in der Gesundheitswirtschaft als Herausforderung zu begreifen. Als erstes katholisches Krankenhaus im Erzbistum Paderborn wechselte das 441-Betten-Haus im Jahr 1988 in die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung und führte zeitgemäße Managementstrukturen ein. Zunehmende Komplexität des gesamten Unternehmensgeschehens im Hinblick auf Organisation, Wertschöpfungsprozesse und Kanalisierung nachhaltigem Wachstums machten seit dem Jahr 2008 den Start eines groß angelegten strategischen Unternehmensplanungsprojektes erforderlich.

Von der Geschäftsführung, Hans-Jürgen Winkelmann und Christoph Rzisnik, wurde dem Verwaltungsrat Anfang des Jahres 2008 deshalb das „Strategiekonzept 2015“ vorgelegt und dort verabschiedet.

Im Zentrum steht dabei die Einführung einer Balanced-Scorecard für die St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH. Das System der Balanced-Scorecard verfolgt dabei als Führungsinstrument einen Ansatz zur Strategiesteuerung, der über die eher vergangenheitsorientierten Ansätze früherer Führungsinstrumente deutlich hinausgeht. Zentrale Inhalte sind hierbei die vier Ebenen „Finanzen“, „Patienten/Bewohner“, „Mitarbeiter“ und „Prozesse“, welche die Grundlage bilden für die Entwicklung von strategischen Zielen, Maßnahmen zur Zielerreichung und quantitativen sowie qualitativen Messgrößen.

(Ausgewählte) Ergebnisse

Die einzelnen Qualitätsmanagementbemühungen sorgten u.a. für eine hohe Prozess- und Ablaufsicherheit. Mit der Implementierung der Balanced Scorecard steht dem St. Marien-Krankenhaus Siegen und seinem Management nun eine treibende Kraft für das strategische Führen und Handeln zur Verfügung. Die Balanced Scorecard bietet durch ihre Unterstützungsfunktion bei der Strategieimplementierung eine wertvolle Hilfe beim Aufbau einer transparenten, nachvollziehbaren unternehmerischen Gesamtstrategie. Sie ermöglicht aber auch bereits jetzt die definierten Kennzahlen deutlicher in Beziehung zu setzen, Abhängigkeiten und Wirkungsvermutungen zu erkennen und – wo erkennbar – Redundanzen zu beseitigen. Auch kann zukünftig durch die Nutzung der Balanced-Scorecard in Qualitätsmanagement-Systemen die klassischen Themenkomplexe, wie beispielsweise Strategie, Qualitätspolitik, Qualitätsziele und Managementbewertung mit Hilfe eines einzigen Instrumentes für alle Organisationseinheiten einheitlich durchgeführt und bewertet werden. auch konkretes Handeln und Gestalten ermöglichen

Montag, 28. September 2015

Kontinuierliche Klinik Beratung im Kontext medizinischer Applikationen an einem Universitätsspital – vom einzelnen Insel zum integrierten Atoll.

Christian Studer, Inselspital, Universitätsspital Bern

SR 101

14.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Das Insel Universitätsspital Bern (www.inselspital.ch) nimmt mit über 7300 Mitarbeitenden im Schweizerischen Gesundheitswesen eine bedeutende Stellung ein. Im 2008 wurde mit der stufenweisen Einführung eines KIS (Klinik Informationssystem) begonnen und mit dem letzten Rollout in der Kinderklinik 2014 sind alle 38 Klinken des Inselspitals Bern mit dem KIS; integriertes Patientendossier (i-pdos) umfassend eingeführt und von HIMSS als Stage 6 Hospital qualifiziert.

Schon im Verlauf der sechs jährigen Einführung war eine der Herausforderungen das managen der unzähligen zusätzlichen Anforderungen der einzelnen, teils hoch spezialisierten Kliniken an das i-pdos. Die Priorisierung dieser Weiterentwicklungsvorhaben wird aktuell über das Governance Gremium „KIS Applikationsbord“ mit Vertretern/innen aus den Berufsgruppen, Pflege, Ärzte, Verwaltung und Informatik gesteuert. Schwerpunkt 2015/2016, die umfassende Optimierung des ambulanten Dossiers im i-pdos sein.

Ergebnisse/Erfolgsfaktoren

Ein Jahr nach dem offiziellen Abschluss des Einführungsprojektes kann festgestellt werden, dass die Nutzung des i-pdos über alle Klinken teils sehr unterschiedlich ist. Im Weiteren ist eine Tendenz zu einer bewussteren Auseinandersetzung mit Prozessmanagement im klinischen Kernprozess feststellbar. So werden medizinische Anwendungen wie Planungssysteme, Laborsysteme, Radiologie Systeme immer häufiger von den Benutzern als Teil des KIS betrachtet wenn auch i-pdos primär „nur“ als integrierte Dokumentation konzipiert wurde. Eine weitere Entwicklung die beobachtbar ist, ist die steigende Tendenz zu mehr interprofessioneller Zusammenarbeit innerhalb des Behandlungsprozesses über verschiedene Disziplinen. Es scheint dass der Patient wieder mehr in den Fokus gerückt wird.

Aus den Erfahrungen mit dem Übergang des Einführungsprojektes i-pdos in einen Regelbetrieb wurde deutlich dass eine KIS Einführung nicht nur ein Informatik Projekt ist, sondern mit dem KIS das „Zeitalter“ der Informatik Unterstützung des medizinischen Kernprozessen begonnen hat.

Die starke Zunahme ambulanter Behandlungen im vergleich mit der stationären Behandlungen macht eine Konzentration auf optimierte Prozessunterstützung notwendig.

Dienstag, 29. September 2015

ICNP® handhabbar für die Praxis umsetzen: Wie können Kataloge erstellt werden? – Beispiele.

Peter Tackenberg, DBfK Bundesverband e.V.; Peter König, Hochschule Furtwangen; Dieter Baumberger, LEP AG; Franziska Perhab, ÖGKV Bundesverband

SR 101

11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Die Abbildung und Erfassung der Gesundheitsversorgung durch Pflegefachpersonen ist eine Thematik, die weltweit an Bedeutung gewinnt. In Österreich, in der Schweiz und in Deutschland verändern sich die Rahmenbedingungen und Grundlagen für die Leistungserbringung wie auch die Vergütung der Leistungen. Neben diesen ökonomisch geprägten Diskussionen ist es eine international diskutierte pflegfachliche und berufspolitische Herausforderung, die tatsächlich erbrachte Gesundheitsversorgung im jeweiligen Gesundheitssystem zu erfassen und abzubilden. Hier favorisiert der International Council of Nurses, ICN, die Katalogentwicklung zu pflegerischen Versorgungsbereichen auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis ICNP® (Coenen et al 2012). Anhand unterschiedlicher pflegfachlicher Beispiele wird im Vortrag diskutiert, wie dies gelingen kann (u.a. die ICNP-Kataloge Förderung der Adhärenz in der Behandlung aus 2013 und Häusliche Pflege aus 2014).

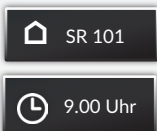
Ergebnisse/Ausblick

Aus der ICNP gebildete ICNP-Kataloge (ICN 2008) sind repräsentative Teilmengen von Pflegediagnosen, -maßnahmen und -ergebnissen für einen ausgewählten Bereich oder ein Fachgebiet, einen Kernbereich pflegerischen Handelns bzw. Pflegediagnosen oder auch medizinische Diagnosen und deren Auswirkungen auf den pflegerelevanten Versorgungsanteil. Hierbei gilt grundsätzlich, dass das klinische Urteilsvermögen und die Entscheidungsfindung durch Pflegefachpersonen für die individuelle Pflege von Patienten und deren Familien unersetzlich sind und nicht von einem Werkzeug übernommen werden. Pflegefachpersonen können den Katalog als Bezugsinstrument für die Dokumentation und Reflexion ihrer pflegerischen Tätigkeit nutzen. Für die Katalogerstellung gilt es bestimmte Richtlinien einzuhalten, die die Interoperabilität von Fachkatalog mit der ICNP sichern. Die Erstellung von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen muss sich mit dem ISO-Referenzterminologiemodell (ISO 18104:2014; ISO, 2014) in Einklang befinden. Die Beispiele zeigen, dass jenseits der ökonomisch geführten Diskussion über Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen ein hohes Maß an Entwicklung und Innovation in die Standardisierung von Pflegeleistung und Pflegedokumentation erforderlich ist, wenn sich Pflege nicht über pflegfremde Berufs- und Entscheidergruppen dominieren lassen will. Mit der ICNP steht eine Terminologie zur Verfügung, die internationale Erfahrungen für die eigenen Zwecke nutzbar werden lässt.

Dienstag, 29. September 2015

Unerfüllter Kinderwunsch im Netz: Online-Foren als Kanal des Peer-to-Peer-Wissenstransfers am Beispiel der Reproduktionsmedizin

Matthias Vernim, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg; Karsten Weber, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg; Sonja Haug, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg



Hintergrund und Zielsetzung

Der Beitrag befasst sich mit einer Anwendung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien im Medizinbereich. Es wird eine Teilstudie des Forschungsprojekts „Der Einfluss sozialer Netzwerke auf den Wissenstransfer am Beispiel der Reproduktionsmedizin (NeWiRe)“ vorgestellt. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Menschen in Deutschland Wissen über reproduktionsmedizinische Verfahren gewinnen. Weitere Forschungsfragen: Welchen Einfluss haben persönliche und internetgestützte soziale Netzwerke auf den Transfer von Wissen über reproduktionsmedizinische Verfahren? Wie können diese Netzwerke für den Wissenstransfer zwischen Gesundheitssystem und Bevölkerung genutzt werden?

Über einen unerfüllten Kinderwunsch und dessen Therapie sprechen viele Paare bzw. Einzelpersonen nur ungern. Sie fühlen sich unverstanden, haben Schamgefühle und möchten oft selbst im näheren sozialen Umfeld nicht offen darüber sprechen. Viele Betroffene nutzen deshalb das Internet, das inzwischen eine Vielzahl von Angeboten zur Information, Beratung und Kommunikation sowohl mit ExpertInnen als auch anderen Betroffenen bereitstellt. Der Austausch in weitgehend anonymer Form in Online-Foren scheint eine gute Möglichkeit für betroffene Personen, über ihre eigene Situation zu sprechen und darüber mit anderen Peers in Kommunikation zu treten (vgl. Wesemann & Grunwald 2010).

Ergebnisse

Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen. Erste Analysen zeigen, dass der Erfahrungsaustausch zu verschiedensten Aspekten der Kinderwunschbehandlung der vorrangige Grund ist, warum sich User an die Community wenden. Ebenfalls wichtig sind Verständnisfragen und Schilderungen des eigenen Gefühlszustands, der im Behandlungsverlauf oft von Frustration, Traurigkeit, aber auch immer wieder von Freude über abgeschlossene Behandlungsschritte oder positive Resultate geprägt ist. Inhaltliche Schwerpunkte bilden Beiträge zur Medikation, zu Tests und Testergebnissen, körperlichen Symptomen sowie allgemeine Statusupdates, mit denen sich die Mitglieder gegenseitig über ihren Behandlungsverlauf informieren. Auffällig ist die nahezu völlige Absenz religiöser Aspekte in den untersuchten Beiträgen, trotz der großen Rolle, die Kirchen und Religionsgemeinschaften in der gesellschaftlichen Debatte um die Reproduktionsmedizin spielen (vgl. Albert 2008). Die ersten Ergebnisse der Inhaltsanalyse zeigen einen großen Bedarf an informationeller wie emotionaler Unterstützung bei Personen in reproduktionsmedizinischer Behandlung. Dieser wird teilweise durch das Angebot von Online-Foren gedeckt, wobei sich auf informationeller Ebene die Frage nach der Validität der Informationen stellt. Darüber hinaus bieten die Ergebnisse, gerade die hohe Zahl der Verständnisfragen, Hinweise auf mögliche Schwächen in der Behandlung. Die fachliche Administration und Moderation der Foren ist empfehlenswert, um die Stärken dieses Informationskanals zu forcieren und gleichzeitig problematische Aspekte einzudämmen.

Montag, 28. September 2015

Organisatorische Rahmenbedingungen der elektronischen Pflegedokumentation in einem amerikanischen Krankenhaus.

Anne-Maria Vollmer, Universität Erlangen-Nürnberg

SR 101

16.30 Uhr

Hintergrund und Motivation

Die Evaluation der Einführung der elektronischen Pflegeprozessdokumentation am Universitätsklinikum Erlangen zeigte eine fehlende Passung zwischen dem eingesetzten Softwareprodukt und dem Arbeitsumfeld. Der erhöhte Dokumentationsaufwand, die unzureichende softwareergonomische Ausgestaltung und fehlenden mobilen Dokumentationswerkzeuge behinderten die Integration der Pflegedokumentation in die bestehenden Abläufe. Zur Definition von Empfehlungen für die Gestaltung der IT-Applikationen und der Arbeitsprozesse wurde eine Vergleichsstudie der Rahmenbedingungen in einem amerikanischen Haus der Maximalversorgung durchgeführt.

Beschreibung des Projekts

Die elektronische Pflegedokumentation am Intermountain Healthcare in Salt Lake City ist seit über 15 Jahren erfolgreich als integraler Bestandteil des EHR HELP1 implementiert.

(Ausgewählte) Erfolgsfaktoren

Es ist eine deutlich spezialisierte Arbeitsteilung zu erkennen. Neben der Rolle der examinierten Pflegekraft (Registered Nurse - RN), sind verschiedene Behandlungsteams (Wund-, Ernährungs-, Rehabilitationsteam...) für den Patienten anforderbar. Case Manager und Sozialarbeiter werden für jeden Patienten hinzugezogen und sind Teil des Stationsteams. Die administrativen Aufgaben werden von Health Unit Coordinators übernommen. Neben der Stationsleitung (Nurse Manager) ist eine Charge Nurse permanent als zentraler Ansprechpartner am Stationsstützpunkt anwesend, koordiniert die Kommunikation und plant das Personal und die Bettenbelegung. Jede RN arbeitet in einem Tandemteam mit einer Certified Nursing Assistant (CNA).

Mit diesem System ist gewährleistet, dass der Personalstand nie unter dem für die Station festgelegten Personalschlüssel fällt. Personalengpässe und Zeitmangel fallen als Gründe für unzureichende pflegerische Dokumentation weg. Die Erfassung von Leistungsdaten zur Personalplanung wird mit diesem Vorgehen vermieden.

Diese Faktoren ermöglichen eine Integration der Dokumentation in den Arbeitsablauf:

Die strukturierte mündliche Kommunikation führt dazu, dass weniger Informationen verschriftlich werden müssen um andere Berufsgruppen zu informieren.

Dienstag, 29. September 2015

Effektive Unterstützung pflegender Angehöriger durch SmartWatches.

Klemens Waldhör, FOM Hochschule für Oekonomie & Management gemeinnützige GmbH; Rainer Lutze

HS 002

9.00 Uhr

Hintergrund und Motivation

Gemäß aktuellen Statistiken (Statistisches Bundesamt Bundesrepublik Deutschland, 2015) wurden im Jahr 2013 1,25 Mio. Personen in Deutschland mit zuerkannter Pflegestufe ausschließlich von Angehörigen zuhause gepflegt. Berücksichtigt man zusätzlich Hochalterige, Personen mit LKB (leichte kognitive Beeinträchtigung bei erhaltener Alltagskompetenz) und beginnender Demenz ergibt sich ein weitaus größerer Personenkreis Unterstützungsbedürftiger. Die regelmäßige oder kontinuierliche Überwachung des Wohlergehens dieses Personenkreises geht typischerweise mit deutlichen Einschränkungen in der Lebensgestaltung der pflegenden Angehörigen einher. IT basierte Hilfsmittel und Verfahren, die ein sicheres und selbstbestimmtes Leben für diesen Personenkreises ermöglichen und gleichzeitig für die Angehörigen trotz der anspruchsvollen Unterstützungs-/Pflegeaufgabe eine substanzielle Gestaltungsfähigkeit ihres Arbeits- und Privatlebens erhalten, können hier wesentliche Hilfen bieten (Lutze, 2010).

Ergebnisse/Erfahrungen

Die entwickelte Software wurde im familiären Umfeld einer mehrwöchigen Erprobung mit jüngeren und hochaltrigen Senioren unterzogen. Daraus ergaben sich u.a. folgende Ergebnisse:

Akzeptanz als nicht stigmatisierendes und die persönliche Unabhängigkeit fördernde Alltagshilfe

Einsetzbar für Ein- und Mehrpersonenhaushalte

Eine tägliche 16-stündige Nutzungszeit der Smartwatch (bis zur regelmäßigen, nächtlichen Batterieaufladung) ist gerade noch erreichbar

Gute Lokalisierungsmöglichkeit bei Verlassen / Wiederbetreten des Zuhauses (WLAN), unterwegs als Fußgänger (GPS)

Assistenz rund um die Uhr: Absehbar nicht möglich, da Smartwatch nachtsüber aufgeladen werden muss und auch (bei nächtlichen Toilettengängen) nicht extra angelegt wird.

SmartWatches können für den Tagesablauf zwischen Aufstehen bis Zubettgehen eine wirksame und leistungsfähige Hilfe sowohl für den zu Unterstützenden wie seine Angehörigen bereitstellen, zu-hause und unterwegs. Mit den heute verfügbaren Batterietechnologien wird absehbar aber keine 24h rund um die Uhr Assistenz möglich sein, stationäre Assistenzsysteme behalten hier ihre Existenzberechtigung. Die noch vorhandenen Handhabungsschwächen von SmartWatches dürften mit verbesserten, kontaktlosen und damit einfach zu handhabenden induktiven Ladeschnittstellen (Mo-torola Moto 360®, Apple Watch) bald der Vergangenheit angehören.

Dienstag, 29. September 2015

Entwicklung einer altersgerechten Informations- und Kommunikationsplattform.

Barbara Weber-Fiori, Hochschule Ravensburg-Weingarten

HS 002

11.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Das Forschungsprojekt Person Centered Environment for Information, Communication and Learning (PCEICL) zeichnet sich durch seine enge Zusammenarbeit zwischen sozialwissenschaftlichen und technischen Experten aus. Ziel des Projekts ist die Entwicklung einer altersgerechten Plattform, die ältere Menschen bei Informationsbeschaffung, Kommunikation und beim Lernen unterstützt, um länger zu Hause leben zu können und gleichzeitig sozial integriert zu bleiben. Mit Blick auf alters- und gesundheitsbedingte Einschränkungen (vgl. Jacobs et al., 2008) ist es absolut essentiell, das User Interface aber auch die Funktionalitäten, die ein Ambient Assisted Living (AAL) System bietet, an die Bedürfnisse des Nutzers anzupassen (vgl. Glende et al. 2011). Zur bedarfsgerechten Gestaltung fand vor der technischen Umsetzung eine Nutzerintegration potentieller Anwender in Form einer Bedarfsanalyse statt, um ein sozial und situativ eingebettetes und adaptierbares System zu erhalten. Im Gegensatz zu vielen bisherigen Forschungsprojekten sieht die PCEICL-Plattform den Benutzer und seine Bedürfnisse als zentralen Kontext, betrachtet gleichzeitig aber auch seine Umgebung.

(Ausgewählte) Ergebnisse

Use Cases

Da eine personalisierbare Plattform grundsätzlich viele Anwendungen bieten kann, wurde zu den Bereichen Informationsbeschaffung und Kommunikation theoriebasiert je ein Use Case definiert, um die Personalisierbarkeit und Kontextsensitivität der Plattform exemplarisch zeigen zu können.

Bedarfsanalyse

Eine erleichterte Anwendung bei unterschiedlichen Informations- und Kommunikationstechnologien wird für notwendig erachtet, v.a. auch hinsichtlich funktioneller Einschränkungen im Alter. Insbesondere bei technikfernen bzw.-kritischen Personen zeigen sich Verständnisprobleme hinsichtlich der Anwendung, des möglichen Nutzungsspektrums und potentieller Risiken im Zusammenhang des Systems. Es besteht der Wunsch die exemplarisch vorgestellten Use Cases um Themenbereiche zu erweitern: (nächtliche) Sicherheit, Gesundheitsdaten, Einbezug regionaler Informationen und Angebote, Handel, Bürgergruppen und Dienste. Im Besonderen werden Verlust kognitiver Ressourcen, Verstärkung von Isolation, Gefahren aus dem Internet, Fragen zur informationellen Selbstbestimmung sowie Datenschutzprobleme diskutiert.

PCEICL Plattform

Die PCEICL Plattform kombiniert das modulare Framework von OSGi und intelligente Software-Agenten. Die dafür benötigte Infrastruktur wird von einem Cloud Management System bereitgestellt.

Dienstag, 29. September 2015

IT-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Pflege – Erste Ergebnisse der MADRIC-Studie.

Karin Wolf-Ostermann, Universität Bremen; Johannes Gräske; Annika Schmidt; Andreas Worch

SR 105

9.00 Uhr

Hintergrund und Zielsetzung

Verbunden mit dem demografischen Wandel ist die Zunahme von altersspezifischen (Mehrfach-)Erkrankungen (Wurm & Tesch-Römer, 2006) und eine steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen, welche in stationären Einrichtungen versorgt werden (Statistisches Bundesamt, 2013). In Deutschland nehmen Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen durchschnittlich 5,4 verschiedene Medikamente als Dauermedikation pro Tag (Lauterbach, 2007). Polypharmazie und deren Folgen (bspw. unerwünschte Arzneimittelwirkungen - UAW) sind mit einer Progression der Pflegebedürftigkeit und Reduktion der Lebensqualität der Bewohner/innen (Coussement et al., 2008; Cumming et al., 2008) assoziiert. Zur Reduzierung dieser Folgen werden zunehmend IT-gestützte Monitoring-Systeme, z.B. zur Erfassung und Abwendung von UAW, eingesetzt. Im Rahmen der MADRIC-Studie wurde ein forschungs- und wissenschaftsbasiertes Konzept zur Vermeidung von UAW für die stationäre Langzeitversorgung entwickelt, umgesetzt und implementiert. Ziel der MADRIC-Studie ist es, den Einfluss des eingesetzten IT-gestützten Monitoring-Systems zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit auf klinische Outcomes, wie Lebensqualität, Alltagsfähigkeiten und Kognition, von Bewohner/innen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen zu evaluieren.

Ergebnisse

Es wurden n=133 (41,1%) der insgesamt 324 Bewohner/innen beider Pflegeeinrichtungen eingeschlossen. Die Teilnehmer/innen (TN) sind überwiegend männlich (55,6%), durchschnittlich 63,4 Jahre alt und in mehr als einem Drittel aller Fälle (36,8 %) in Pflegestufe III verortet. Zu Studienbeginn werden von den TN durchschnittlich 7,7 Medikamente von den TN eingenommen. TN der IG erhalten mehr Medikamente als TN der KG (8,8 vs. 6,9; t-Test; p = ,012). Die Anzahl der verordneten Medikamente korreliert positiv mit der Anzahl der Diagnosen (Pearson r = ,433; p < ,001). Bei nahezu allen TN zeigte sich mindestens ein arzneimittelbezogener Warnhinweis. Anzahl und Schweregrad der Warnhinweise sind zwischen IG und KG vergleichbar. Die häufigsten Formen der Hinweise waren Kontraindikationen und Dosisanpassungen. Die TN zeigen eine überwiegend hohe Lebensqualität. Besonders gute Werte weisen dabei die Bereiche „Emotionale Rollenfunktion“, „Körperliche Schmerzen“ und „Soziale Funktionsfähigkeit“ auf. In den Bereichen „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Vitalität“ und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“ wurden dagegen eher niedrigere Werte berichtet. In Bezug auf Alltagsfähigkeiten (RUG-III; ADL-Index: 6,7) und kognitive Einschränkungen (CPS) weisen die TN insgesamt eher geringe Einbußen bzw. Einschränkungen auf. Weitere Ergebnisse insbesondere zu den längsschnittlichen Daten werden auf dem Kongress präsentiert.

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich



ENI-Dinner Abendprogramm

Wir laden Sie ein zum ENI-Dinner!

Bereits um 1250 findet das heutige Areal der Burg Hasegg urkundliche Erwähnung als Sud- und Pfannstätte der Saline Hall. Mitte des 15. Jahrhunderts entstand die noch heute praktisch vollständig erhaltene Burganlage, samt dem markanten Münzturm, in dem bis ins Jahr 1809 das Prägerecht der Stadt Hall ausgeübt wurde. Nach sorgsamem Renovierungsarbeiten stehen in der Burg Hasegg Säle und Räume im mittelalterlichen Ambiente als Veranstaltungsorte für 30 bis 200 Personen zur Verfügung, zum Feiern direkt unter Halls Wahrzeichen, dem Münzerturm.



Preis inkl. Abendessen & Welcome-Getränk: 49.- €.

Anmeldung Online bzw. am Kongressdesk (nach Verfügbarkeit) möglich

Mit freundlicher Unterstützung der Firma RECOM, des Tourismusverbands Region Hall-Wattens und der Standortagentur Tirol



ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich



Walk & Talk Preconference

Für alle, die schon vor Montag zur ENI anreisen und die Gelegenheit nutzen wollen, bereits erste Kontakte zu knüpfen und dabei die herrliche Tiroler Bergwelt zu genießen, bieten wir eine Wanderung auf die Arzler Alm an. Die Arzler Alm liegt in bester Sonnenlage auf 1067 m hoch über Innsbruck und zählt zu den beliebtesten Ausflugszielen in der Region. Zur Alm gibt es mehrere Aufstiegsrouten in verschiedenen Schwierigkeitsgraden. Für unsere gemeinsame Wanderung haben wir die barrierefreie und kinderwagentaugliche Route von der Innsbrucker Hungerburg gewählt. Der 45 minütige Aufstieg auf die Alm wird durch ein herrliches Alpenpanorama belohnt. Zusätzlich laden die ENI Organisatoren alle erfolgreichen Gipfelstürmer auf ein Begrüßungsgetränk ein.



Treffpunkt zum gemeinsamen Aufstieg am Sonntag, den 27. September 2015:

- 14:00 Uhr, Hungerburg Innsbruck (Talstation der Nordkettenbahn),
- oder um 15:00 beim ENI Tisch auf der Arzler Alm.

Um Anmeldung per Mail (werner.hackl@umit.at) wird gebeten.

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Studierende@ENI

Sonntag, 27.09.2015

- Dive into austrian culture: Almwanderung auf die Arzler Alm

Montag, 28.09.2015

- Workshops @ ENI: praxisorientiert lernen
- ENI - Walk: bei den Unternehmen direkt und persönlich vor-beischaun
- Night Talk @ Treibhaus in Innsbruck:
bei gemütlicher Atmosphäre essen, trinken, reden

Dienstag, 29.09.2015

- Workshops @ ENI: praxisorientiert lernen
- ENI - Walk: bei den Unternehmen direkt und persönlich vorbeischaun
- Vergabe Studierendenpreis

Studierendenpreis

Zeigt uns Eure interessantesten wissenschaftlichen Arbeiten und gewinnt dafür einen Preis!

Die beste Einreichung und Präsentation eines Studierenden als Erstautor/in erhält den ENI2015-Studierendenpreis. Die Auswahl erfolgt aufgrund des Abstracts und der Präsentation. Bewertungskriterien sind Relevanz des Beitrags für die Pflege- und Sozialinformatik, theoretische und methodische Tiefe des Beitrages, kritische Reflexion und Verständlichkeit der Präsentation. Die Auswahl erfolgt durch ein Preiskomitee. Der/die Gewinner/in wird auf der Abschlussveranstaltung bekannt gegeben und der Preis dort überreicht.

1. Preis: 500.- € Preisgeld und Erstattung der Kongresskosten der ENI 2015
2. Preis: Ein Buchpaket im Wert von 250.- € aus dem Verlag hpsmedia und Erstattung der Kongresskosten der ENI 2015
3. Preis: Ein Online-Abonnement der Pflegewissenschaft für ein Jahr und Erstattung der Kongresskosten der ENI 2015

Wir freuen uns auf Euch!

ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

ENI 2015 mit freundlicher Unterstützung von

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft – DGP
Deutsche Gesellschaft für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. – gmds
hpsmedia GmbH
Land Tirol
Österreichische Gesellschaft für Pflegeinformatik – ÖGPI
Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik – SGMI
Standortagentur Tirol
UMIT Hall
Zeitschrift Pflegewissenschaft

Organisationskomitee:

Elske Ammenwerth
Werner Hackl
Stefanie Lannig
Andreas Lauterbach
Renate Ranegger



Standortagentur



ENI 2015

8. wissenschaftlicher Kongress für Informationstechnologie im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich

Anfahrtsbeschreibung UMIT

Eduard Wallnöfer-Zentrum | A-6060 Hall in Tirol | Tel 050 8648 - 0



ENI 2015

Anfahrtsbeschreibung **UMIT**

Eduard Wallnöfer-Zentrum I . A-6060 Hall in Tirol . Tel 050 8648 - 0

Anfahrt mit dem Auto:

Von der A12 / Inntalautobahn kommend:

Sie nehmen die Abfahrt **Hall Mitte**
über die Inn-Brücke **Richtung Stadtzentrum**
an der 1. Ampel geradeaus weiter
den 1. Kreisverkehr überqueren
der Allee entlang
den 2. Kreisverkehr überqueren
folgen Sie dem Straßenverlauf
wenn Sie am Bezirkskrankenhaus Hall (rechter Hand) vorbeikommen,
sehen Sie bereits links das Eduard Wallnöfer-Zentrum I, in dem die UMIT / die TCC angesiedelt ist
Das EWZ ist ein moderner quaderförmiger Bau mit Flachdach und schwarzen Lamellen an der Außenfront.

Anreise mit dem Flugzeug:

Wenn Sie am Innsbrucker Flughafen ankommen, nehmen Sie entweder ein
Taxi nach Hall in Tirol (Entfernung Innsbruck – Hall beträgt ca. 15 km)
oder Sie nehmen die

Buslinie F:

Richtung Wohnheim Saggen/Schutzengelkirche.

Fahren Sie **bis zum Hauptbahnhof Innsbruck** und steigen Sie hier um in die

Buslinie 4 oder S:

Detailliertere Infos siehe weiter unten.

Anfahrt mit dem Zug:

Hall in Tirol hat einen kleinen Bahnhof, der von überregionalen Zügen aber nur selten angefahren wird.
Wir empfehlen daher die Anreise zum **Hauptbahnhof in Innsbruck**.
Von hier aus können Sie entweder mit **Taxi oder öffentlichen Verkehrsmitteln** weiter nach Hall reisen.
Hall in Tirol ist ca. 15 km von Innsbruck entfernt.

Öffentliche Verkehrsanbindung Innsbruck Hauptbahnhof – Hall in Tirol:

Das Busterminal befindet sich direkt vor dem Hauptaussgang des Bahnhofs in Innsbruck.

Buslinie 4:

vom Hauptbahnhof aus Richtung Hall in Tirol. Steigen Sie an der **Haltestelle Milserstrasse** in Hall aus.
Von hier aus gehen Sie ca. 2-3 Minuten in Fahrtrichtung weiter und Sie befinden sich vor dem EWZ.

Alternativ

Buslinie S:

vom Hauptbahnhof aus in Richtung Hall in Tirol

Haltestelle Krankenhaus

Von hier aus sehen Sie in Fahrtrichtung bereits das EWZ auf der gegenüberliegenden Straßenseite.