

bedarfsorientiert
Hochschulen
Wissenschaftlich

Weiterbildung

praxisnah

Gesundheitsberufe

Lehr-/Lernmaterial

Präsenzphasen und Onlinebasiertes Selbststudium mit der Lernplattform Moodle im Teilprojekt KeGMI

Modul: Interprofessionelle Informations- und Versorgungskontinuität

Georg Schulte, Ursula Hübner

Diese Publikation wurde im Teilprojekt ‚Kompetenzentwicklung in Gesundheits- und Medizininformatik (KeGMI)‘ der Hochschule Osnabrück innerhalb des niedersächsischen Verbundvorhabens ‚Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des lebenslangen Lernens (KeGL)‘ erarbeitet. Folgende Hochschulpartner sind an dem Verbund beteiligt:

1. Hochschule Hannover, Fakultät V: Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung Pflege und Gesundheit
2. Jade Hochschule, Zentrum für Weiterbildung, Oldenburg
3. Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
4. Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Abteilung New Public Health
5. Ostfalia Hochschule, Fakultät Gesundheitswesen, Wolfsburg

Das dieser Publikation zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH21026 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei der Autorin/dem Autor/den Autoren.

Osnabrück, Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Übersicht: Materialien der Präsenzphase und des onlinebasierten Selbststudiums	4
2. Vortragsfolien: „Versorgungskontinuität und Informationskontinuität“	5
3. Aufgabe: „Fallbearbeitung“	24
4. Vorlage: „Fallbearbeitung“	24
5. Skript: „Informationen zur Fallbearbeitung“	29
6. Skript: „Beispiel Fallbearbeitung“	31
7. Vortragsfolien: „Lernprozessportfolio“	33
8. Quiz: „Versorgungskontinuität und eHealth“	35
9. Vortragsfolien: „Rechtliche Grundlagen“	36
10. Vortragsfolien: „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ mit Erläuterungen	39
11. Skript: „Erläuterungen und Arbeitsauftrag zum Expertenstandard“	50
12. Video: „Case- und Diseasemanagement“	51
13. Skript: „Interoperabilität“	51
14. Links zur Telematik-Infrastruktur	56
15. Aufgabe: „Fallbearbeitung Phase 2 und Präsentation“	56
16. Quiz: „Interprofessionelle Informations- und Versorgungskontinuität“	57

1. Übersicht: Materialien der Präsenzphasen und des onlinebasierten Selbststudiums

In der folgenden Tabelle sind die Materialien der Präsenzphasen und des onlinebasierten Selbststudiums mit der Lernplattform Moodle in den beiden Units des Moduls ausgewiesen.

Tab.1: Materialien der Präsenzphasen und des onlinebasierten Selbststudiums

Unit	Material
Unit 1: „Versorgungskontinuität durch Informationskontinuität“	Vortragsfolien: „Informations- und Versorgungskontinuität“
	Artikel: „Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung“
	Artikel: „Versorgungskontinuität – die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften“
	Artikel: „Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patienten und Angehörigen“
	Artikel: „Lean Management. Alle an Bord“
	Artikel „Lean Management. Reife Leistung“
	Aufgabe: „Fallbearbeitung“
	Vorlage: „Fallbearbeitung“
	Skript: „Informationen zur Fallbearbeitung“
	Skript: „Beispiel Fallbearbeitung“
	Vortragsfolien: „Lernprozessportfolio“
	Quiz: „Versorgungskontinuität und eHealth“
	Vortragsfolien: Rechtliche Grundlagen
Unit 2: „Interprofessionelle Kommunikation“	Vortragsfolien: „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“
	Skript: „Erläuterungen und Arbeitsauftrag zum Expertenstandard“
	Video: „Case- und Disease management“
	Skript: „Interoperabilität“
	Artikel: „Evaluation einer elektronisch unterstützten pflegerischen Überleitung zwischen Krankenhaus und Pflegeheim unter Nutzung einer Test-Telematikinfrastruktur: eine Fallanalyse“

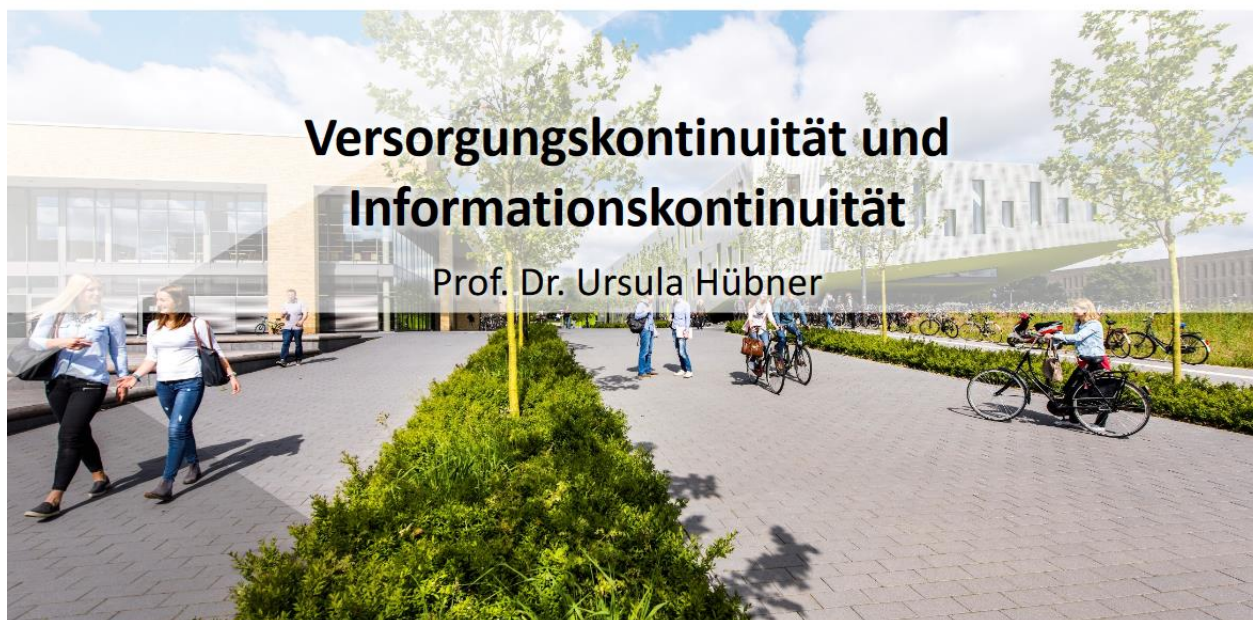
	Artikel: „Evaluation des deutschen HL7 CDA basierten elektronischen Pflegeberichts“
	Artikel: „Der elektronische Wundbericht als Grundlage für eine interprofessionelle Kommunikation in der intersektoralen Versorgung“
	Links zur Telematik-Infrastruktur
	Aufgabe: „Fallbearbeitung Phase 2 und Präsentation“
	Quiz: „Interprofessionelle Informations- und Versorgungskontinuität“

Auf den folgenden Seiten sind die Vortragsfolien, Aufgaben, Vorlagen, Skripte und Quizze der Präsenzphasen und des onlinebasierten Selbststudiums des Moduls zu finden. Artikel sind als Dokumente auf der Projekthomepage <https://www.hs-osnabrueck.de/kegl/publikationen/> eingestellt, ebenso die Modulbeschreibung. Die Evaluation erfolgte durch die Universität Osnabrück.

2. Vortragsfolien „Versorgungskontinuität und Informationskontinuität“



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES





Kontext der Veranstaltungen

Interprofessionelle Informations- und Versorgungskontinuität					
	21.02.2020	22.02.2020	27.03.2020	28.03.2020	08.05.2020
	Unit 1: Versorgungskontinuität durch Informationskontinuität		Unit 2: Interprofessionelle Kommunikation		Abschluss
09.00-10.30	Begrüßung, Vorstellung des Teams und der TeilnehmerInnen, Einführung in das Modul Team KeGMI	Einführung in Moodle, Lernprozessportfolio, ePortfolio Georg Schulte	Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege Petra Blumenberg	Casemanagement, Diseaseanagement Georg Schulte	Abschlussprüfung/ Präsentation Team KeGMI
11.00-12.30	Informationskontinuität als Voraussetzung für Versorgungskontinuität Prof. Dr. Ursula Hübner	Fallvignetten, Fallbearbeitung Georg Schulte	Interoperabilität durch Standardisierung der Kommunikation Mareike Przyssucha, Georg Schulte	Fallvignetten: praktische Bearbeitung Georg Schulte	Abschlussprüfung/ Präsentation Team KeGMI
13.30-15.00	Das Teamboard als Instrument der interprofessionellen Kommunikation Evelyn Möhlenkamp	Gesetzliche Grundlagen, DSGVO Georg Schulte	Elektronische Artefakte zur Dokumentation, Information und Kommunikation Mareike Przyssucha, Georg Schulte	Fallbearbeitung Georg Schulte	Abschlussprüfung/ Präsentation Team KeGMI
15.30-17.00	Das Teamboard als Instrument der interprofessionellen Kommunikation Evelyn Möhlenkamp		Telematik-Infrastruktur: aktueller Stand und Modellvorhaben Georg Schulte		Abschlussveranstaltung, Evaluation, Feedback Team KeGMI



Versorgungskontinuität

Versorgungskontinuität liegt vor, wenn „eine Reihe von abgeschlossenen Versorgungsepisoden als kohärent und zusammenhängend wahrgenommen werden und in Einklang mit den medizinischen Bedürfnissen des Patienten und seinem persönlichen Umfeld stehen“ .

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003 Nov 22;327(7425):1219-1221.

Arten der Versorgungskontinuität:

Informationskontinuität

Kontaktkontinuität

Managementkontinuität

Kontinuität in der Beziehung

Wierdsma, A., Mulder, C., De Vries, S., Sytema, S. Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework, in: J Health Serv Res Policy 2009;14(1):52-57.



Patientensicherheit: Was ist das?



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

November 1999

INSTITUTE OF MEDICINE

Shaping the Future for Health

**TO ERR IS HUMAN:
BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM**

Health care in the United States is not as safe as it should be—and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies. Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

Medical errors can be defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Among the problems that commonly occur during the course of providing health care are adverse drug events and improper transfusions, surgical injuries and wrong-site surgery, suicides, restraint-related injuries or death, falls, burns, pressure ulcers, and mistaken patient identities. High error rates with serious consequences are most likely to occur in intensive care units, operating rooms, and emergency departments.

Beyond their cost in human lives, preventable medical errors exact other significant tolls. They have been estimated to result in total costs (including the expense of additional care necessitated by the errors, lost income and household productivity, and disability) of between \$17 billion and \$29 billion per year in hospitals nationwide. Errors also are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals. Patients who experience a long hospital stay or disability as a result of errors pay with physical and psychological discomfort. Health professionals pay with loss of morale and frustration at not being able to provide the best care possible. Society bears the cost of errors as well, in terms of lost worker productivity, reduced school attendance by children, and lower levels of population health status.

A variety of factors have contributed to the nation's epidemic of medical errors. One oft-cited problem arises from the decentralized and fragmented nature of the health care delivery system—or "nonsystem," to some observers. When patients see multiple providers in different settings, none of whom has access to complete information, it becomes easier for things to go

Errors...are costly in terms of loss of trust in the health care system by patients and diminished satisfaction by both patients and health professionals.

Institute of Medicine (IOM)

"freedom from accidental injury"

[Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS](#), editors.

To Err is Human: Building a Safer Health System., Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

Emanuel et al. 2008

„Patient safety is a discipline in the health care sector that applies safety science methods toward the goal of achieving a trustworthy system of health care delivery. Patient safety is also an attribute of health care systems; it minimizes the incidence and impact of, and maximizes recovery from, adverse events.“

Dies u.a. einher mit:

1. Systemdenken
2. Transparenz
3. Lernen
4. Kultur
5. Professionalität

Emanuel L, Berwick D, Conway J, et al. What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>

Gefördert vom

 Bundesministerium für Bildung und Forschung

Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



Versorgungskontinuität - Patientensicherheit

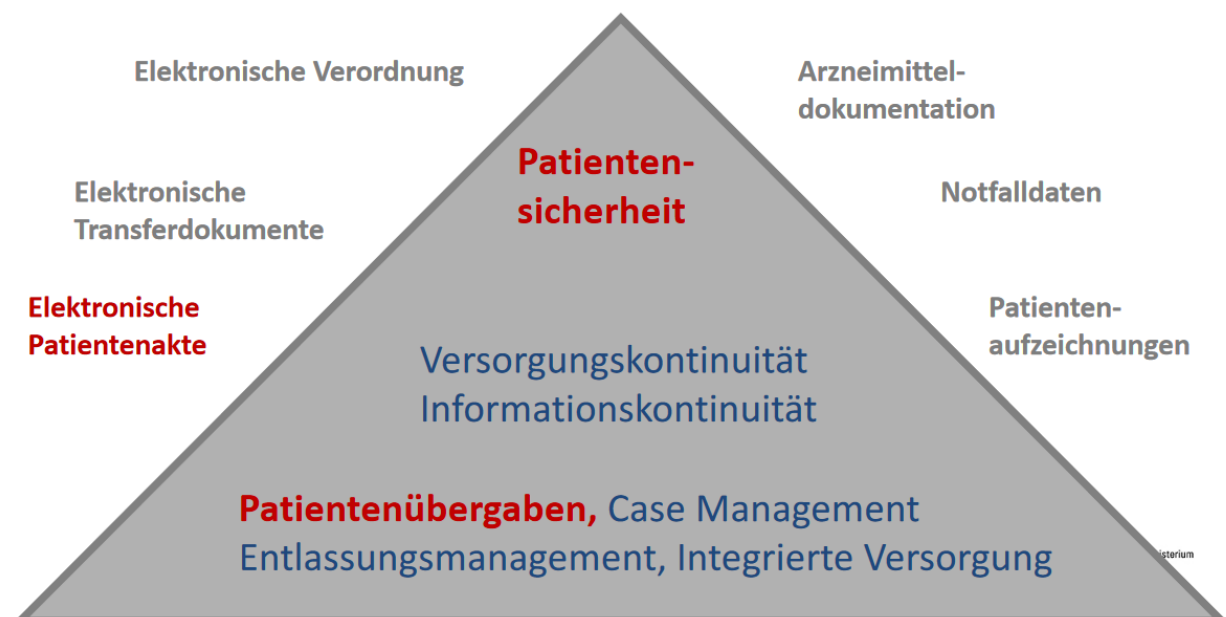


HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

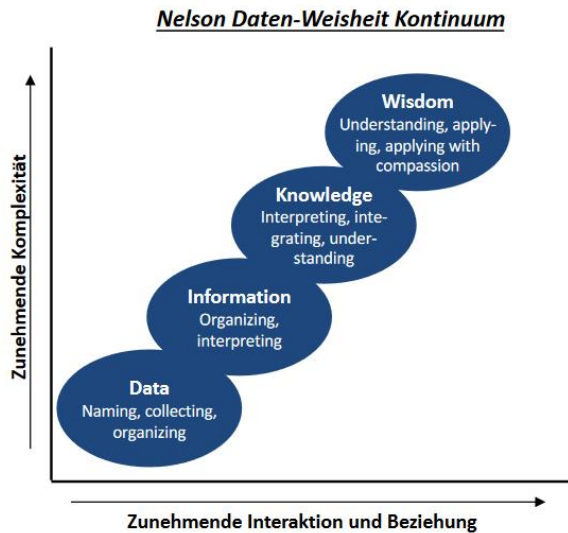
Prof. Dr. Ursula Hübner – Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit Berlin 18.5. 2006



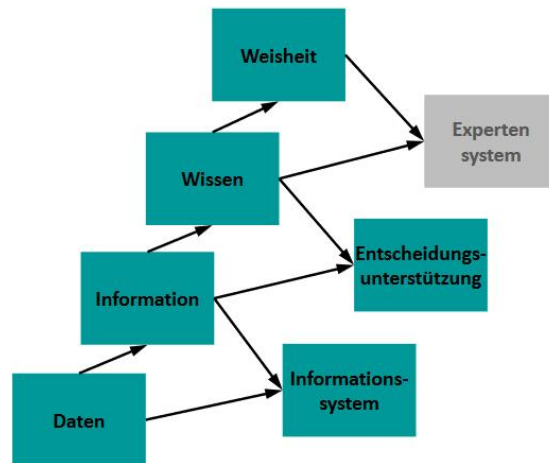
Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



Von den Daten zum Wissen



Arten von automatisierten Systemen



Englehardt & Nelson 2002

Gefördert vom
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



Digitalisierung und Gesundheit

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Patientinnen und Patienten sollen schneller Arzttermine bekommen, die Leistungen der Krankenkasse und die Versorgung verbessert werden. Das sind die Ziele des „Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG), das am 14. März 2019 vom Bundestag beschlossen wurde.

Außerdem wird der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung um zusätzliche Angebote erweitert. Die Krankenkassen werden verpflichtet, für ihre Versicherten spätestens ab 2021 elektronische Patientenakten anzubieten.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html>

Gefördert vom
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



Digitalisierung und Gesundheit

RefE_PDSG.PDF (Seite 1 von 139)

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur

Patientendaten-Schutzgesetz – PDSG

A. Problem und Ziel

Die Digitalisierung bietet große Chancen für die medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland. Sie kann wesentliche Unterstützung dafür leisten, dass Leistungserbringer und Patienten besser kommunizieren können, dass die Abläufe im Behandlungsalltag leichter werden, dass Diagnosen und Therapien genauer ausgerichtet werden und eine bessere Wirkung für die Patienten entfalten. Mit der Digitalisierung erschließen sich umfangreiche Möglichkeiten, eine flächendeckend gute Versorgung zu organisieren, die wachsende Zahl der chronisch Kranken gut zu betreuen, Fachkräfte zu entlasten, Ressourcen besser zu nutzen und das Gesundheitswesen insgesamt auf die Herausforderungen der Zukunft auszurichten.

Der notwendige Wandel in den Strukturen der Gesundheitsversorgung kann dabei nur als Prozess verstanden werden, der in immer neuen Schritten die Dynamik der digitalen Transformation in Technologien und Gesellschaft aufnimmt und in konkrete Maßnahmen übersetzt. Digitale Innovation muss, wie zuletzt mit dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG), kontinuierlich neu ansetzen, iterativ weiterentwickelt und vorangetrieben werden.

Besondere Bedeutung kommt dabei einer **sicheren, vertrauensvollen und nutzerfreundlichen digitalen Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Patienten und zwischen den Leistungserbringern untereinander** zu. Es gilt, den Austausch von medizinischen Informationen so zu organisieren, dass Anwendungen wie der **Medikationsplan, der Notfalldatensatz** und vor allem die **elektronische Patientenakte** ab 1. Januar 2021 auch wirklich genutzt werden und damit ihre Mehrwerte für die Versorgung entfalten können.

Basis dafür ist die eigens geschaffene Datenautobahn des Gesundheitswesens (Telematikinfrastruktur), die Leistungserbringer, Kostenträger und Versicherte so vernetzt, dass sie sicher, schnell und sektorenübergreifend miteinander kommunizieren können. Rund 72 Millionen gesetzlich Versicherte, alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Apotheken, Krankenhäuser und Krankenkassen können sich aktuell an die Telematikinfrastruktur anschließen oder sind bereits angeschlossen. Weitere Leistungserbringergruppen wie Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, **Pflegeeinrichtungen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst** werden schrittweise folgen. Ziel ist die sukzessive sichere digitale Vernetzung aller Akteure des Gesundheitswesens.



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

Gefördert vom



Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



eHealth/digital health: Was ist das?



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.

Eysenbach, G. „What is e-health?“ J Med Internet Res 2001;2:E20
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894/>

Automatisierung **Vernetzung** Transparenz Wissensschaffung

Gefördert vom

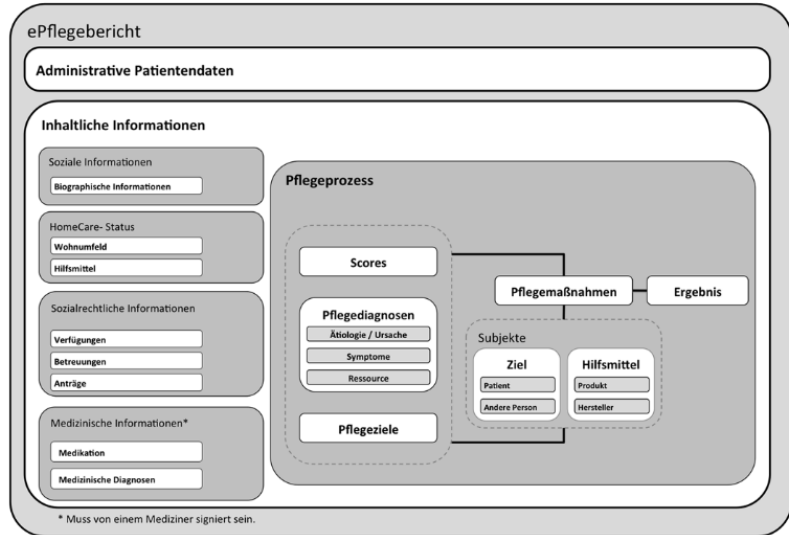
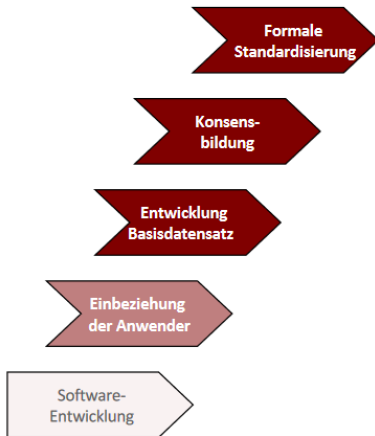


Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



ePflegerbericht als Standard für Informationskontinuität

Unter der Schirmherrschaft des



* Muss von einem Mediziner signiert sein.

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung

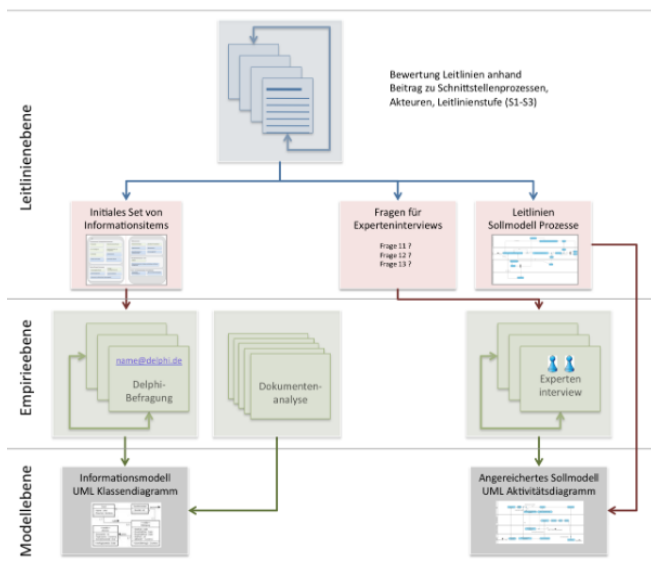
Hübner U, Flemming D, Heitmann KU, Oemig F, Thun S, Dickerson A, Veenstra M (2010) The Need for Standardised Documents in Continuity of Care: Results of Standardising the eNursing Summary. Stud Health Technol Inform. 160:1169-73.

Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020

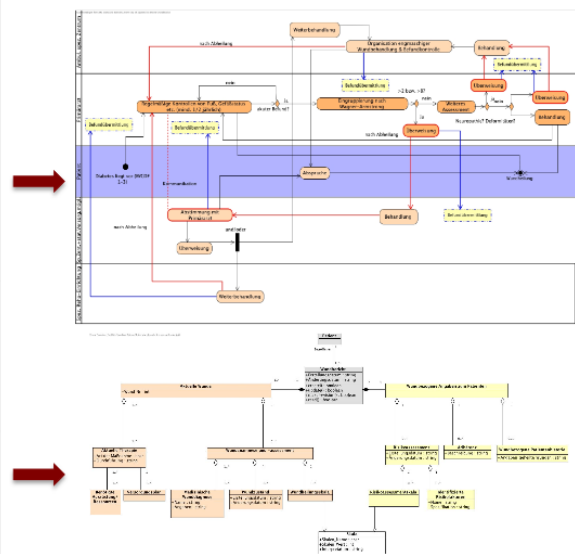


Auf dem Weg zu weiteren standardisierten Dokumenten

Allgemeines Vorgehensmodell



eWundbericht - Vorschlagsmodell

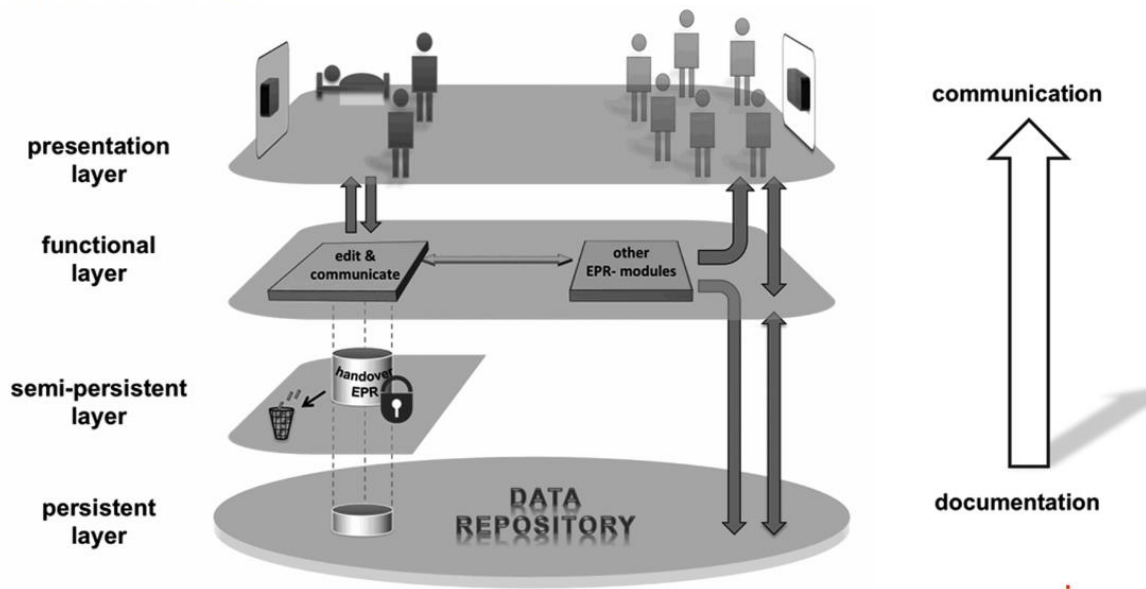


Cruel E, Hübner U. Auf dem Weg zu einem multiprofessionellen elektronischen Wundbericht in der intersektoralen Versorgung. Wund Management. 2012;6:256-264.

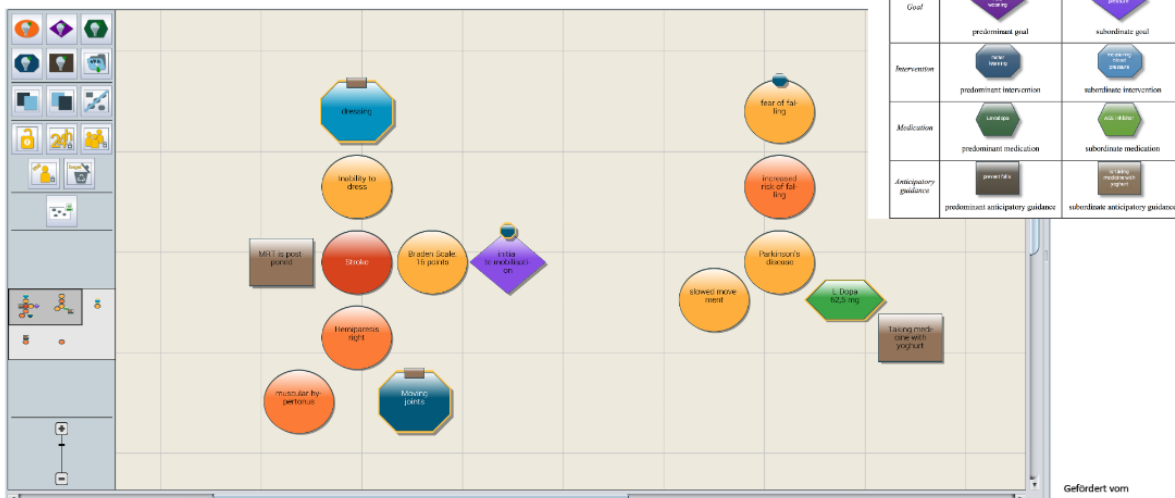
Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



Patientenübergaben: Gefährdung der Patientensicherheit



Patientenübergaben: Übergaben in visualisierter Form



Flemming D, Przsucha M, Hübner U. Cognitive Maps to Visualise Clinical Cases in Handovers. Design, Implementation, Usability, and Attractiveness Testing. *Methods Inf Med.* 2015 Oct 12;54(5):412-23.



Dokumentation: Warum?

- **Rechtliche Verpflichtung**
 - Nachweis von Tätigkeiten und ihrer Häufigkeit
- **Professionelles Handeln**
 - planvolles, begründbares, nachvollziehbares Handeln
- **Informationsaustausch**
 - beim Schichtwechsel, zwischen Institutionen
- **Qualitätssicherung und Forschung**
 - Nachweis von Effekten, Verlaufsstudien
- **Abrechnung**
 - Haupt- und Nebendiagnosen, PKMS



Unstrukturierte versus Strukturierte Daten

Pflegebericht 31.07.1998

Heute ist Herr Edwin Meyer zur stationären Aufnahme gekommen.

- Seine Diagnose lautet "Zustand nach Schlaganfall links". Er hat keine Auffälligkeiten in den Bereichen Wach sein und Schlafen, Atmen und Kommunizieren.
- Aufgrund seiner Hemiparese rechts ist er motorisch eingeschränkt.
- Herr Meyer wurde von seiner Tochter ins Krankenhaus gebracht.

Peter Meyer
(Stationsleitung)

Tabelle Patient				
Pat_Nr	Name	Vorname	med_Hauptdiagn	pfleger_Hauptdiagn
30700	Meyer	Edwin	Apoplex li	motor_Einschränkung

Tabelle Pflegebericht				
Bericht_Nr	Pat_Nr	Bezugspflegekraft_Nr	Datum	
1	30700	51116	31.07.1998	

Tabelle Pflegekraft		
Pflegekraft_Nr	Name	Vorname
51116	Meyer	Peter



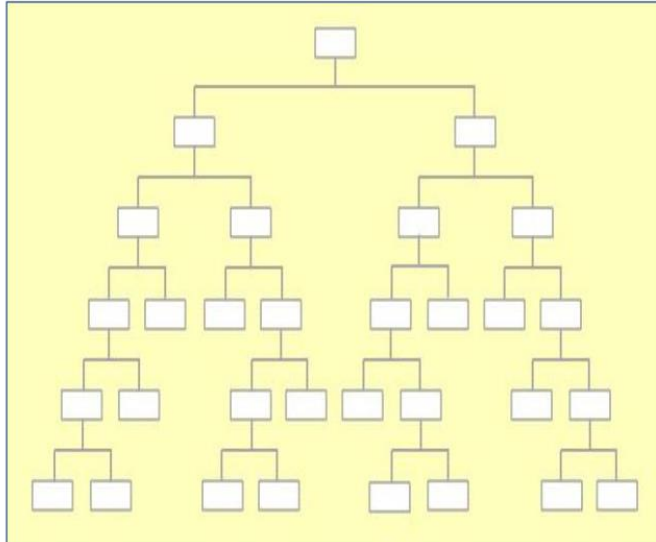
Strukturierte Dokumentation: Warum?

- Rechtliche Verpflichtung
 - Nachweis von Tätigkeiten und ihrer Häufigkeit
- Statistische Auswertungen zu Managementzwecken
 - Medizincontrolling, Personalbemessung, Budgetierung
- Professionelles Handeln
 - planvolles, begründbares, nachvollziehbares Handeln
- Informationsaustausch
 - beim Schichtwechsel, zwischen Institutionen
- Qualitätssicherung
 - Schaffen von Transparenz
- Forschung
 - Nachweis von Effekten, Verlaufsstudien

Ordnungssysteme

- Vokabular
- Terminologie
- Nomenklatur
- **Klassifikation**
- Taxonomien
- Ontologien

Definition Klassifikation



Definition:

Als Klassifikation bezeichnet man einen Vorgang oder eine Methode zur Einteilung von Objekten in Klassen oder Kategorien.

Klassifikationen

Diagnosen/Zustände

- ICD 10
- ICF
- ICNP, ePA-CC
- NANDA
- SNOMED CT

Maßnahmen/Interventionen

- OPS 20xx
- ICNP, LEP
- SNOMED

ICD – Internationale Klassifikation der Erkrankungen und Gesundheitsprobleme

- **Englisch:** *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*
- **Deutsch:** *Internationale Statistische Klassifikation der Erkrankungen und der Gesundheitsprobleme*
- **Ersteller:** WHO
- **Inhalt:** *Erkrankungen und Gesundheitsprobleme*
- **Ursprung:** 1893 - *Todesursachenstatistik*
- **Stand:** 10. Revision
- **URL:** www.who.int



ICD – Website

www.dimdi.de/static/de/klass/icc-10-gm/index.htm

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

KeGL | Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens

English | Gebärdensprache | Leichte Sprache Presse | Kontakt Suchet: Suchbegriff eingeben los

Ihre Position: [Startseite](#) » [Klassifikationen, Terminologien, Standards](#) » [ICD-10-GM](#)

ICD-10-GM

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Seit dem 1. Januar 2017 ist die ICD-10-GM in der **Version 2017** anzuwenden.

Kostenfreie Referenzfassungen finden Sie im Downloadcenter. Maschinlesbare und editierbare Formate zur Weiterverarbeitung erhalten Sie kostenpflichtig im DIMDI Webshop. Ab Juli sind alle Formate kostenfrei.

- [Kode-Suche: ICD-10-GM online](#)
- [ICD-10-GM im Downloadcenter](#)
- [Formate und Kosten](#)

Amtliche Diagnosenklassifikation

Die Diagnosenklassifikation ICD-10-GM gibt das DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit heraus, sie ist gemeinfrei. Ihre Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V und im ambulanten Bereich gemäß § 295 SGB V.

Aufbau der ICD-10-GM

Die ICD-10-GM hat zwei Teile:

- **Systematisches Verzeichnis (Systematik)**, bestehend aus der eigentlichen Systematik, also der hierarchisch geordneten Liste der Codes, und ergänzenden Informationen: Der

ServiceLinks

- Aktuelles
- Newsletter abonnieren
- Downloadcenter
- DIMDI Webshop
- FAQ
- Ansprechpartner/-innen

Quicklinks

- ICD-10-GM 2017
- OPS 2017
- ICD-10-WHO 2016
- ICD-O-3 Erste Revision
- ICD und OPS: alle Versionen
- ICF
- Basiswissen Kodieren (PDF, 530 kB)
- Todesursachen-Flyer (PDF, 145 kB)





ICD-10 Systematik

[Titelblatt](#)

ICD-10 SYSTEMATIK

[Quellenhinweise](#)

Kapitelübersicht

Nummer Schlüssel Text

I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen
III	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind

berichtet vom
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

- **Englisch:** *International Classification of Functioning, Disability and Health*
- **Deutsch:** *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*
- **Ersteller:** WHO
- **Inhalt:** *Folgen von Gesundheitsproblemen*
- **Ursprung:** *ICIDH-2*
- **URL:** <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> oder <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>



ICF - Website

www.dimdi.de/static/de/klass/icf/

English | Gebärdensprache | Leichte Sprache | Presse | Kontakt | Suche: Suchbegriff eingeben | los

Ihre Position: Startseite » Klassifikationen, Terminologien, Standards » ICF

ICF

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die deutschsprachige Übersetzung (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005) können Sie beim DIMDI online recherchieren, kostenlos als PDF herunterladen oder als kostenpflichtige Druckausgabe im DIMDI Webshop bestellen.

- [Kode-Suche ICF online](#)
- [ICF kostenfrei im Downloadcenter](#)
- [ICF Buchausgabe im DIMDI Webshop](#)

Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden.

Die Klassifikation wurde 2001 als Nachfolgerin der ICDH von der WHO herausgegeben und ehrenamtlich durch Fachleute aus Deutschland, Österreich und der Schweiz übersetzt. Alle Rechte an der ICF, auch an der deutschen Übersetzung, liegen bei der WHO.

- [Nutzungsrechte](#)
- [Licensing WHO classifications](#)
- [Historie](#)

ServiceLinks

- Aktuelles
- Newsletter abonnieren
- Downloadcenter
- DIMDI Webshop
- FAQ
- Ansprechpartner/-innen

Quicklinks

- ICD-10-GM 2017
- OPS 2017
- ICD-10-WHO 2016
- ICD-O-3 Erste Revision
- ICD und OPS: alle Versionen
- ICF
- Basiswissen Kodieren (PDF, 530 kB)
- Todesursachen-Flyer (PDF, 145 kB)



ICF - Dimensionen

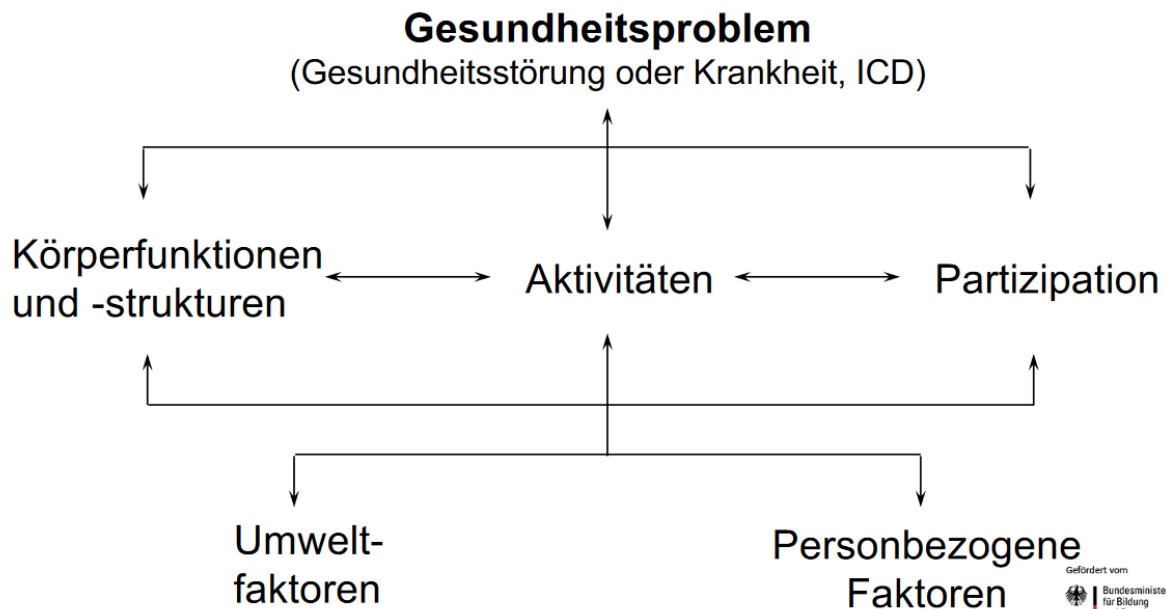
Drei Dimensionen;

1. Körperstruktur und/oder Körperfunktion
2. Persönliche Aktivität
3. Partizipation an Lebensbereichen

Weitere Dimension:
Umwelt und Umfeld



Bio-psycho-soziales Modell: ICF



Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



ICF: Aktivitäten, Partizipation

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Bedeutende Lebensbereiche
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Nach Schuntermann, M ICF o.J. michael.schuntermann@vdr.de

Hübner - Weiterbildung Versorgungs- und Informationskontinuität (c) 2020



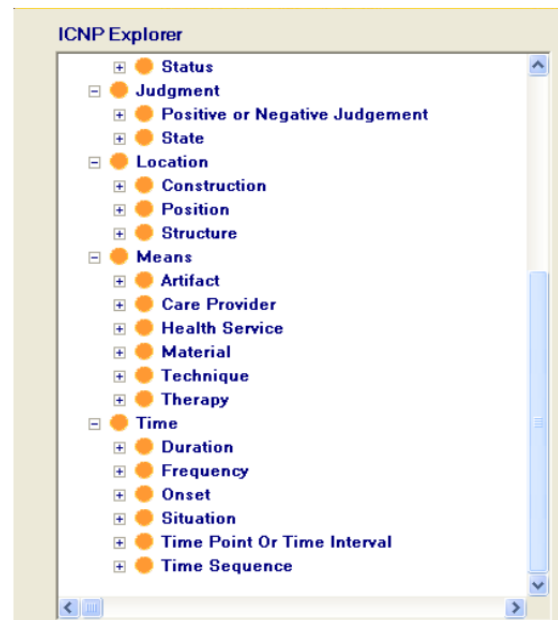
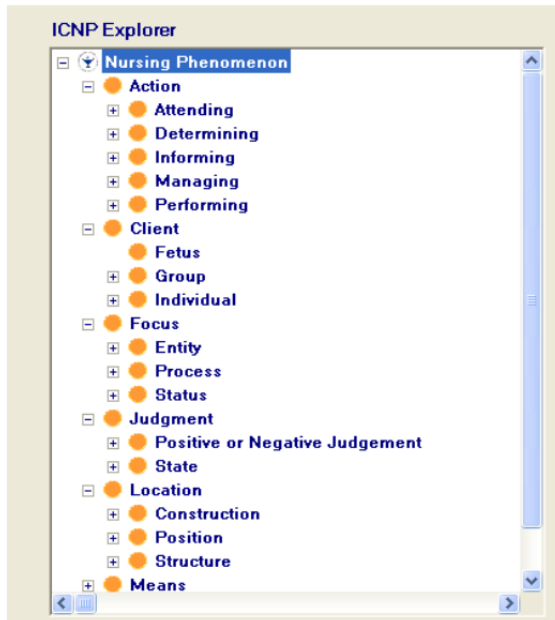
ICNP - Internationale Klassifikation der Pflegepraxis

- **Englisch:** *International Classification of Nursing Practice*
- **Deutsch:** *Internationale Klassifikation der Pflegepraxis*
- **Ersteller:** *ICN - International Council of Nurses*
- **Inhalt:** *Phänomene, Interventionen, Resultate*
- **Ursprung:** 1989
- **Stand:** *Version 2.0*
- **URL:** *www.icn.ch*

ICNP - Website

The screenshot shows the ICNP website interface. At the top, there is a navigation menu with links: Who we are, What We Do, Members, Publications, ICN Networks, News Room, and Events. Below the menu, the main content area is titled 'INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE (ICNP®)'. On the left, there is a sidebar with links to eShop, Members Area, ICN Forums, ICN YouTube channel, Site Map, and Contact Us. Below the sidebar, there is a logo for 'NURSES A VOICE TO LEAD' and a link to 'https://www.icnvoicetolead.com/'. The main content area features a globe graphic and a list of links: ICNP Browser, ICNP Download, ICNP Benefits, ICNP FAQs, About ICNP®, ICN Accredited Centres for ICNP®, Research & Development, ICNP® Translations, ICNP® Catalogues, ICNP® Research & Development, Implementing ICNP®, ICNP® Resources, and ICNP® Contact Us.

ICNP Achsen



ICNP Beispiel Diagnose

Fokus:	F10013950	<i>Schmerz</i>
Beurteilung:	J10009007	<i>sehr stark</i>
Zeit:	T10005086	<i>kontinuierlich</i>
Lokation:	L10008155	<i>Fuß</i>
Lokation:	L10017234	<i>rechts</i>

Diagnose:
Kontinuierlicher starker Schmerz im rechten Fuß



ICNP Beispiel Intervention

Aktion:	A10020007	Training
Fokus:	F10008117	Essenszubereitung
Klient:	C10007554	Familie
Mittel:	M10008585	Richtlinie

Intervention:

Familie über richtige Zubereitung von Essen informieren anhand von Richtlinie



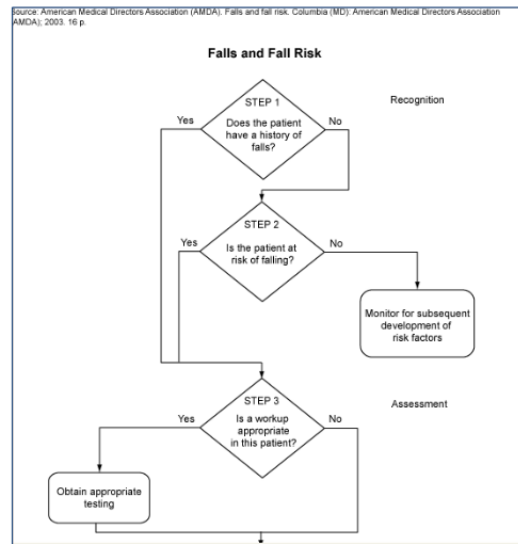
LEP Website

The screenshot shows the LEP website interface. On the left is a navigation menu with the LEP logo, a search bar, and links for 'Methode', 'Service', 'Über uns', 'Login', and 'Kontakt'. The main content area features the heading 'Methode zur Dokumentation und Auswertung von Leistungen im Gesundheitswesen.' followed by a paragraph explaining that LEP is a performance classification for uniform documentation in the healthcare system. Below this is a link '→ Die Vorteile auf einen Blick'.

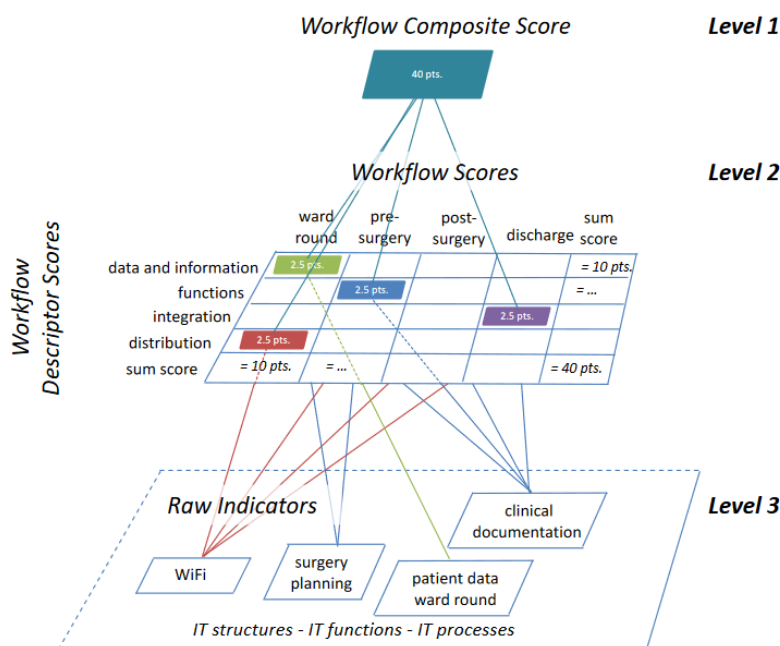


Daten, Information, Wissen, Prozesse

```
00011110010100101001000100100010101001001000101010
01111011001010010000011100100010001010100010100010
0000000010000000100010100010000010010101010111111
11111111000000001010101010111110001101010100000
000001000100010000001001010101011111111111111111
00101001000101111111110001000101010111001011010010
01010010101000101000101000101010100010101000101010
```



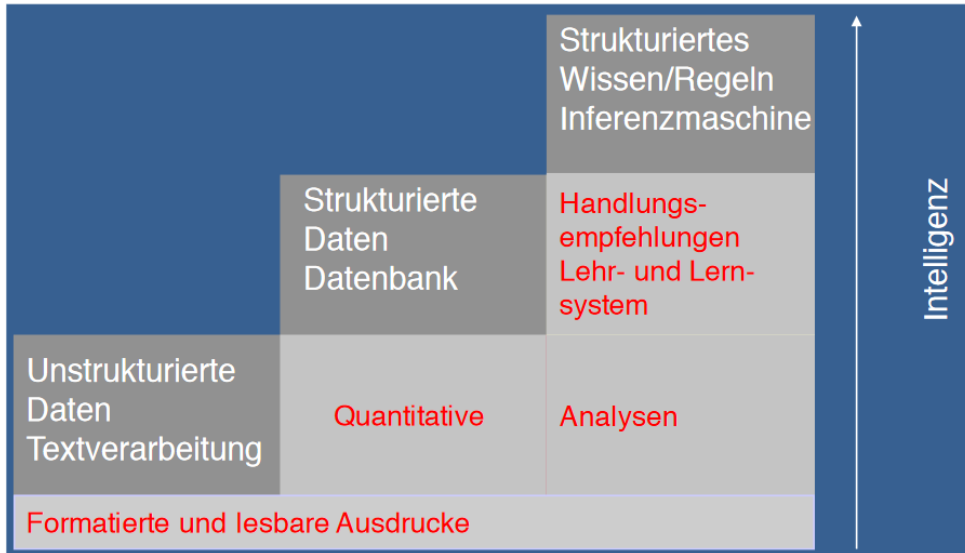
Prozessbeschreibung und Messung



Thye J, Hübner U, Straede MC, Liebe JD. Development and evaluation of a three-dimensional multi-level model for visualising the workflow composite score in a health IT benchmark. *Journal of Biomedical Engineering and Informatics*. 2016;2(2). DOI: 10.5430/jbei.v2n2P83.



Dokumentation: unstrukturiert, strukturiert, wissensbasiert



Kontakt

Prof. Dr. Ursula Hübner
u.huebner@hs.osnabrueck.de
+49 541 / 969-2012

Danke für's Zuhören

Health Informatics Research Group
University of Applied Sciences Osnabrück
Faculty of Business Management and Social Sciences
PO Box 1940 | D-49009 Osnabrück

3. Aufgabe: „Fallbearbeitung“

Fügen Sie in das Deckblatt der Vorlage den Titel Ihrer Arbeit und Ihren Namen ein. Beschreiben Sie dann in Kapitel 1.1, welchen konkreten Fall Sie bearbeiten möchten, erläutern Sie in Kapitel 1.2 dessen Hintergründe (fachliche, ökonomische, gesetzliche, ...), und stellen Sie in Kapitel 1.3 dar, welche Frage(n) Sie genau beantworten möchten. Sie können sich schon Gedanken dazu machen, welche Methoden Sie zur Beantwortung anwenden möchten, müssen dies aber in dieser Phase noch nicht darstellen

4. Vorlage „Fallbearbeitung“

Pilotmodul
„Interprofessionelle Informations- und Versorgungskontinuität“

Fallbearbeitung

Thema: <Titel der Arbeit>

Name des Bearbeiters/ der Bearbeiter

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	II
TABELLENVERZEICHNIS	II
1 EINLEITUNG	1
1.1 FALLBESCHREIBUNG	1
1.2 HINTERGRUND	1
1.3 FRAGESTELLUNG	1
2 METHODE	2
3 ERGEBNISSE	3
4 DISKUSSION	4
LITERATURVERZEICHNIS	5

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: BEISPIEL ABBILDUNG 4

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: BEISPIEL TABELLE 3

1 Einleitung

1.1 Fallbeschreibung

Bitte fügen Sie an dieser Stelle die Fallbeschreibung ein.

1.2 Hintergrund

Hier beschreiben Sie die Relevanz des Themas und den aktuellen Stand des Wissens anhand von nationaler und internationaler Literatur. Wenn es z.B. um das Thema „Dienstübergaben“ geht, könnte man etwas schreiben zur Definition von Dienstübergaben, Arten von Dienstübergaben, Kommunikationsformen, etc. Infos zur Literaturrecherche finden Sie in der Vorlage für Abschlussarbeiten, die in Moodle eingestellt ist. Nutzen Sie dazu auch die Materialien aus den Präsenzphasen und die in Moodle eingestellten Materialien.

1.3 Fragestellung

Welche Fragestellung soll in Bezug auf den Fall beantwortet werden?

|

2 Methode

In der Methoden beschreiben Sie, wie Sie bei der Fallbearbeitung vorgegangen sind. Sie können dies rein literaturbasiert durchführen. Dann würden Sie hier u.a. beschreiben, mit welchen Suchbegriffen Sie in welchen Datenbanken recherchiert haben.

Sie können auch empirisch vorgehen und eine Erhebung mit einem Fragebogen oder eine Ist-Analyse durchführen.

3 Ergebnisse

Hier erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse in Bezug auf die im ersten Kapitel formulierte Fragestellung zu Ihrem Fall. Dies kann z.B. ein Lösungsvorschlag für das beschriebene Problem sein. Die Beschreibung kann rein textbasiert vorgenommen werden, Sie können aber auch Abbildungen, Grafiken und Tabellen aufnehmen. Eine Interpretation der Ergebnisse erfolgt an dieser Stelle noch nicht, sondern erst in der Diskussion.

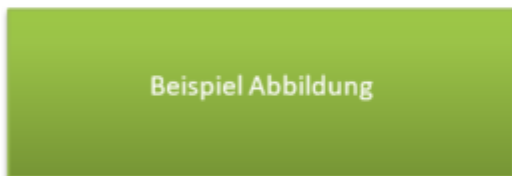


Abbildung 1: Beispiel Abbildung (Eigene Darstellung)

Tabelle 1: Beispiel Tabelle

Beispiel Tabelle

Quelle: Eigene Darstellung

4 Diskussion

In der Diskussion interpretieren Sie die Ergebnisse anhand der Literatur und mit eigenen Überlegungen. Dabei sollte immer der Bezug zur Fragestellung deutlich werden. An dieser Stelle können auch die Grenzen der Arbeit und weitere offene Fragestellungen aufgeführt werden.

Literaturverzeichnis

An dieser Stelle die zitierte Literatur aufführen in der folgenden Zitationsweise:

Flemming D, Hübner U. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *Int J Med Inform* 2013 Jul;82(7):580-92.

Jha AK, DesRoches CM, Campbell EG, Donelan K, Rao SR, Ferris TG, et al. Use of Electronic Health Records in U.S. Hospitals. *The New England Journal of Medicine* 2009;360:1628-1638

Haas P. Medizinische Informationssysteme und Elektronische Krankenakte. Berlin: Springer-Verlag; 2005.

Hellrung N, Haux R, Appelrath HJ, Thoben W. Informationsmanagement für vernetzte Versorgungsstrukturen. In: Amelung VE, Sydow, Windeler A, editors. *Vernetzung im Gesundheitswesen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2009. p. 103-116.

4. Skript: „Informationen zur Fallbearbeitung“

Warum wissenschaftliches Arbeiten?

Wissenschaftliches Arbeiten bedeutet kritisch sein, hinterfragen, präzisieren, beginnt mit eigenem Denken, führt zu nachvollziehbaren Ergebnissen und stützt sich auf Ergebnisse der Wissenschaft. Wissenschaftlich Arbeiten heißt, ein Thema einzugrenzen, sich in kurzer Zeit einarbeiten, sich mit Fachtexten auseinandersetzen, einen komplexen Sachverhalt analysieren und Argumentationen nachvollziehen sowie ein Thema adressatenorientiert darstellen können. All diese Kompetenzen werden auch in der Berufspraxis gefordert!

- Hypothesen aufstellen und überprüfen
- Methodisch-systematisches Vorgehen
- Nachvollziehbarkeit oder Wiederholbarkeit
- Offenlegung (Zitierung) / Schreibstil
- Fakten und Beweise
- Begriffsklarheit

Anforderungen an wissenschaftliches Arbeiten

Objektivität: ist gegeben, wenn die Antworten bzw. Messwerte unabhängig vom Interviewer bzw. Prüfer sind.

Reliabilität: die Zuverlässigkeit einer Messung, d. h. die Angabe ob ein Messergebnis bei einem erneuten Versuch/Befragung unter den gleichen Umständen stabil ist (gleiches Ergebnis).

Validität: die Eignung eines Messverfahrens oder einer Frage bezüglich ihrer Zielsetzung. Eine Messung oder Befragung ist valide, wenn die erhobenen Werte geeignete Kennzahlen für die zu untersuchende Fragestellung liefern (Thermometer zur Messung der Schraubenlänge).

Qualitative/Quantitative Forschung

Durch **quantitative Methoden** werden Mengen, Häufigkeiten und statistische Zusammenhänge von erhobenen Daten ermittelt. Die Erfahrungsrealität wird numerisch gemessen, die Messergebnisse danach statistisch ausgewertet:

- Zählen
- Messen
- Schriftliche Befragung
- Quantitatives Interview
- ...

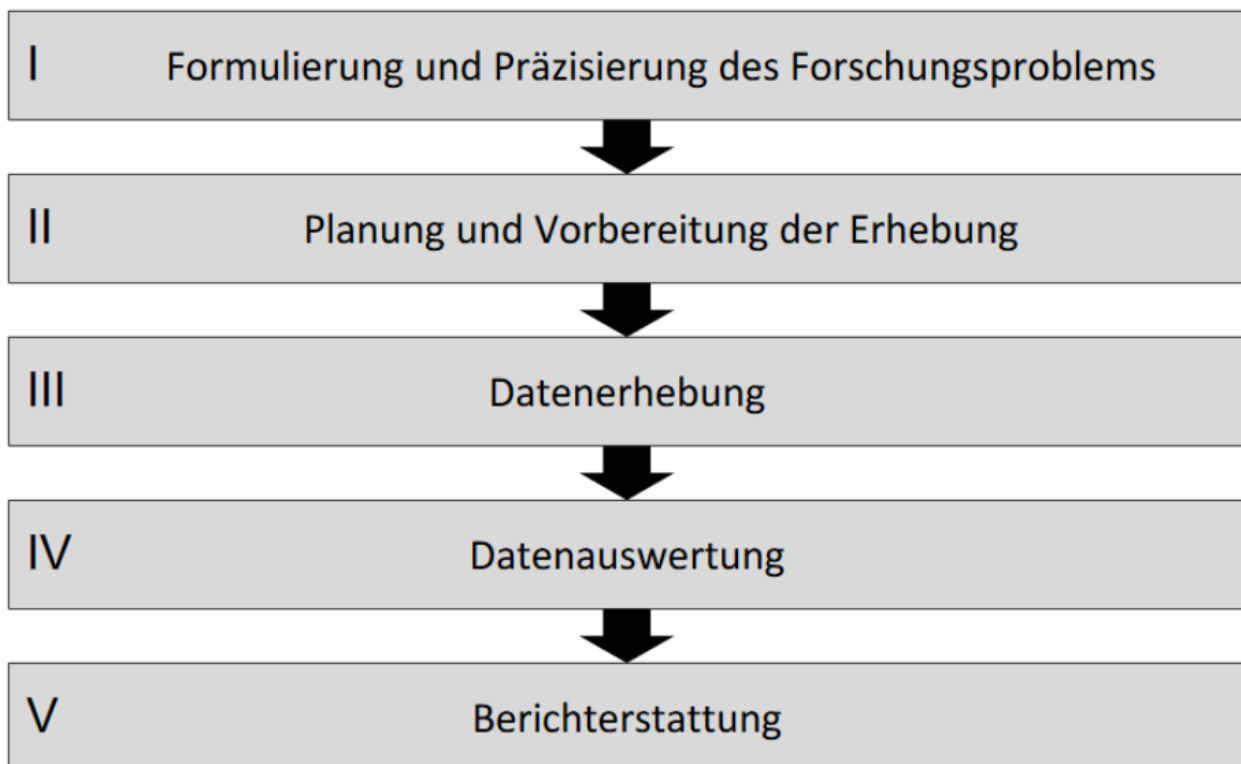
Bei **qualitativen Forschungsmethoden** wird mit Interpretationen von verbalem Material, ohne Messungen gearbeitet (nicht-numerisches Material), vor allem Texte:

- Qualitatives Interview
- Beobachtungsmaterial
- Gruppendiskussion
- Briefe
- Fotos
- Filme
- ...

Exkurs - Wissenschaftlich argumentieren:

Wissenschaftlich argumentieren kann man z.B. mit Fakten, Daten, Statistiken, Zitaten, Varianten. Eine wissenschaftliche Argumentation beruht auf Hypothesen, die mit Belegen (Zitaten etc.) zu beweisen sind. Ist die Behauptung nicht ausreichend belegt, bleibt es eine Hypothese. Die Hypothese wird zu einer These, sobald die Behauptung bewiesen ist.

Phasen einer empirischen Erhebung



Fallbearbeitung

Beschreiben Sie das konkrete Problem/den konkreten Fall, mit dem Sie sich befassen wollen, einschließlich seiner Hintergründe und Begleitumstände. Nutzen Sie dafür ggf. Literaturquellen.

Formulieren Sie die konkrete(n) Forschungsfrage(n).

Beschreiben Sie die Methode(n), die Sie zur Beantwortung der Frage(n) anwenden wollen, und begründen Sie dies.

Führen Sie die Ergebnisse an, die Sie unter Anwendung der Methode(n) erhalten haben. Dies kann in einer Mischung aus Textform, Tabellen und Abbildungen geschehen.

Diskutieren Sie die Ergebnisse, indem Sie sie interpretieren und mit anderen Sachverhalten in Zusammenhang stellen, und wagen Sie einen Ausblick.

6. Skript: „Beispiel Fallbearbeitung“

Fallbearbeitung (Beispiel)

1 Einleitung

1.1 Fallbeschreibung

Im Krankenhaus wird ein multimorbider und pflegebedürftiger Patient nach einer Operation aus dem OP-Aufwachraum abgeholt. Es wurde eine Herniotomie nach einem Leistenbruch durchgeführt. Der Patient leidet zudem unter einem Morbus Parkinson, einem Diabetes mellitus Typ II und einer Depression. Er war schon vor dem Krankenhausaufenthalt in seiner Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkt und in allen Belangen von pflegerischer Unterstützung abhängig. Die Abholung erfolgt durch einen Krankenpfleger der weiterversorgenden Station. Die Übergabe findet am Krankenbett statt. Die übergebende Pflegekraft orientiert sich bei ihrer Informationsweitergabe an OP- und Anästhesieprotokollen sowie postoperativen Verordnungen, jedoch nicht an schon vor der OP vorhandenen Befunden, Diagnosen und Dokumentationen. Die empfangende Pflegekraft gibt die Informationen, die sie im Falle des genannten Patienten für relevant hält, bei der folgenden Schichtübergabe an die betreuenden Kolleginnen und Kollegen der nächsten Schicht weiter. Dabei stehen ihr die Patientenkurve und die Dokumentation der pflegerischen Maßnahmen und Beobachtungen zur Verfügung, jedoch nicht die komplette Akte, in der sich z. B. OP- und Anästhesieprotokoll und postoperative Verordnungen befinden.

1.2 Hintergrund

Auf ihrem Weg von der Station durch den OP und den Aufwachraum, ggf. eine Intensiv- oder Überwachungsstation und zurück zur Normalstation werden Patientinnen und Patienten von ihrer Krankenakte begleitet, aus der Informationen über laufende und vorbestehende Diagnosen, Befunde, Maßnahmen und Beobachtungen bei Bedarf entnommen werden können. Das Personal in OP und Aufwachraum konzentriert sich aber auf Informationen im Zusammenhang mit der durchzuführenden Operation, sowie auf die zu überwachenden Vitalparameter (Literatur xy). Dabei bleiben andere wichtige Informationen, wie z. B. besondere ernährungsspezifische Bedarfe bei Vorliegen einer Diabetes-Erkrankung oder vorliegende Bewegungseinschränkungen, unberücksichtigt (Literatur xy). Bei der Übergabe an die weiterversorgende Station stehen die erfolgte Operation und Überwachung sowie die Verordnung der postoperativen Maßnahmen im Vordergrund. Es wird vorausgesetzt, dass die Patientin bzw. der Patient auf der Station bekannt ist und Informationen über die medizinische, pflegerische und soziale Situation zudem aus der Akte entnommen werden können (Literatur xy). Die Patientin bzw. der Patient ist aber der abholenden Pflegekraft nicht immer bekannt, ebenso wie den Pflegenden der nachfolgenden Dienstsichten. Bei der Schichtübergabe, die nicht im Stationszimmer stattfindet, besteht kein direkter Zugriff auf die Akte und damit auf den postoperativen Verordnungsbogen, so dass die Weitergabe von Informationen über Bedarfsmedikation, Mobilisation oder therapeutische Maßnahmen nicht gewährleistet ist. In Diskussionen über diese Thematik wird die Möglichkeit erwogen, einen Begleitbogen mit für Übergaben relevanten Informationen zu entwerfen.

1.3 Fragestellung

Ist es möglich, einen Vordruck als Begleitbogen für zu operierende Patientinnen und Patienten zu erstellen und einzusetzen, in den die für die beteiligten Personen relevanten Informationen zum Zweck der vollständigen Übergabe eingetragen werden können?

2 Methode

Nach Einholen der Einwilligung durch die Pflegedirektion werden die an der Betreuung chirurgischer Patientinnen und Patienten beteiligten Pflegenden aus OP, Anästhesie, Intensiv- und Normalstation befragt, welche Arten von Informationen für sie jeweils übergaberelevant sind. Diese sollen in einem Begleitbogen gegliedert aufgeführt werden, mit der Möglichkeit, den aktuellen Informationsstand einzutragen.

3 Ergebnis

Es konnten x Pflegende aus Anästhesie und OP, y von einer Normal- und z von einer Intensivstation befragt werden. Die Befragung ergab, nach der Zusammenfassung mehrfacher oder ähnlicher Aussagen, eine Anzahl von x Informationen, die in y Informationsbereiche gegliedert werden konnten.

Tab. 1: Aussagen nach Befragung der Pflegenden

Aussagen über zu übergebende Informationen					
Info-Bereich	Information	OP	Anästhesie	Intensiv	Normalstation
Zustand Post-OP	Bewusstseinszustand	./.	3x	4x	5x
	OP-Wunde	3x	1x	4x	5x
	Wundverband	3x	1x	4x	5x
Verordnungen post-OP	Schmerzmedikation				
	Antibiose				
	Mobilisation				
	Verbandwechsel				
Zustand prä-OP	Med. Diagnosen				
	Medikation				
	Bewusstseinszustand				
	Mobilität				
usw.					

Es ist also möglich, die Informationen, die für die an der postoperativen Versorgung von Patientinnen und Patienten beteiligten Pflegepersonen übergaberelevant sind, in einem Begleitbogen zusammenzufassen. Der Bogen wurde von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus x Pflegekräften der betroffenen Bereiche, entwickelt und ist als Anhang beigefügt. *Oder es wird in der Diskussion darauf hingewiesen, dass eine AG eingerichtet wird, um den Bogen zu entwickeln.*

4 Diskussion und Ausblick

Die Zusammenstellung der Informationen ermöglicht es dem Personal aus OP, Anästhesie und den beteiligten Stationen, die aus ihrer Sicht relevanten Informationen zu übergeben bzw. dem Begleitbogen zu entnehmen, auch wenn die betreffende Krankenakte nicht verfügbar ist. Ebenso kann die empfangende Stelle für sie wichtige Informationen erhalten, auch wenn die übergebende Stelle diese nicht für relevant erachtet hat. Damit ist ein Zuwachs an Sicherheit und Kontinuität für die Versorgung chirurgischer Patientinnen und Patienten zu erwarten (Literatur xy). Als nächster Schritt sollte der entwickelte Bogen z. B. auf einer Teststation eingesetzt werden, um ihn nach dem Testbetrieb und ggf. Überarbeitung in den Regelbetrieb des Krankenhauses zu integrieren. Fernziel muss die Überführung in ein elektronisches Informationsinstrument innerhalb der elektronischen Patientenakte sein, um eine zeitlich und örtlich unabhängige Verfügbarkeit zu gewährleisten (Literatur xy).

5 Literaturverzeichnis

Xxx

6. Vortragsfolien „Lernprozessportfolio“

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Lernprozessportfolio

Flottmann S, Hübner J, Babitsch B 2018

Modul Interprofessionelle Informations- und Versorgungskontinuität

22.02.2020



KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ziele des Lernprozessportfolios

- Die Entwicklung von Handlungs- und Problemlösungskompetenz soll begünstigt werden.
- Die Identifikation und Förderung vorhandener sowie die Entwicklung neuer Kompetenzen soll unterstützt werden.
- Eigene Lernprozesse und Entwicklungen sollen dokumentiert und veranschaulicht werden.

Lernreflexion zur Beantwortung von Leitfragen

Leitfragen zur Nachbereitung der Präsenzphasen

- Welche Sachverhalte erscheinen mir so wichtig, dass ich sie mit eigenen Worten noch einmal auf den Punkt bringen möchte?
- Welche weiterführenden Fragen wirft das Gelernte auf? Regt es mich zu Gedanken an, die über den Stoff im engeren Sinne hinausführen?
- Fallen mir Beispiele aus meiner eigenen Erfahrung ein, die das Gelernte illustrieren, bestätigen, oder ihm widersprechen?
- Welche Aspekte des Gelernten fand ich interessant, nützlich, überzeugend, und welche nicht? Warum?
- Welche Fragen blieben offen? Was erschien mir unklar? Was erschien mir falsch?
- Welche Aspekte des Gelernten kann ich bei gegenwärtigen oder zukünftigen Tätigkeiten selber nutzen? Wie könnte eine solche Nutzung aussehen?

Leitfragen zur Vorbereitung der Präsenzphasen

- Wie habe ich die Selbstlernaufgabe(n) bewältigt? (Was ist leicht gefallen? Eventuell aufgetretene Schwierigkeiten? Zufriedenheit mit der Bearbeitung? Was könnte ich ggf. verbessern?)
- Wie kann ich das Gelernte im Rahmen meines weiteren Praxisalltags anwenden/verstetigen? (Welche Strategien sind notwendig? Wie muss/müssen das Arbeitsumfeld/die Arbeitsgegenstände ggf. angepasst werden? Sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung absehbar?)
- Inwieweit war es für mich möglich, das im Modul erworbene Wissen im Rahmen von Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit einzubeziehen? Beschreiben Sie kurz eine beispielhafte Situation.
- Welche Erkenntnisse konnte ich aus der Präsenz- und Selbstlernphase im Hinblick auf meine eigene Kompetenzentwicklung gewinnen?

7. Quiz: „Versorgungskontinuität und eHealth“

Testen Sie Ihr Wissen zu den Themen Versorgungskontinuität und eHealth. Viel Spaß!

Aus welchen Bestandteilen bzw. Voraussetzungen entsteht Versorgungskontinuität? Mehrere Antworten sind richtig.

- Managementkontinuität
- Beziehungskontinuität
- Finanzierungskontinuität
- Informationskontinuität

Aus wessen Perspektive wird die Qualität von Versorgungskontinuität beurteilt? Nur eine Antwort ist richtig.

- Krankenkassen
- GesundheitsdienstleisterInnen
- Gesundheitspolitik
- PatientInnen und Pflegebedürftige

Ab wann sollen lt. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TVSG) und Entwurf des Patientendaten-Schutzgesetzes (PDSG) die ePA und ihre Anwendungen zur Verfügung stehen?

- 2021
- Juli 2020
- 2023

Welche AkteurInnen des Gesundheitswesens sollen in die Telematik-Infrastruktur eingebunden werden? Mehrere Antworten sind richtig.

- GesundheitspolitikerInnen
- Krankenhäuser und Rehakliniken
- Öffentliche Gesundheitsverwaltung (Gesundheitsämter)
- Pflegedienste und Pflegeheime
- TherapeutInnen (Psycho-, Ergo-, Physio-, LogopädInnen)
- Apotheken
- Lebensversicherungen
- Kranken- und Pflegeversicherte
- Polizei und Justizbehörden
- Kranken- und Pflegekassen

Aus welchen Gründen erfolgt medizinisch-pflegerische Dokumentation? Mehrere Antworten sind richtig.

- Abrechnung mit Kostenträgern
- Gesetzliche Verpflichtung
- Informationsaustausch (z. B. Übergaben)
- Ausfüllen von Leerlaufzeiten während der Arbeitszeit
- Ausbildung des Berufsnachwuchses
- Qualitätssicherung und Forschung
- Nachvollziehbarkeit professionellen Handelns

Informationen aus verschiedenen Klassifikationssystemen für Zustände/Diagnosen (z. B. ICD10, EPA-AC) und Prozeduren (z. B. OPS, LEP) lassen sich mithilfe der Klassifikation SNOMED CT in jeweils anderen Systemen menschen- und maschinenlesbar darstellen. Ist diese Aussage wahr oder falsch?

- Wahr
- Falsch

Welche Voraussetzungen brauchen automatisierte Handlungsempfehlungen bei bestehender elektronischer Dokumentation? Nur eine Antwort ist richtig.

- Die Dokumentation muss ausgedruckt sein
- Es muss die Klassifikation ICD-10 zugrunde liegen
- Besonders gute EDV-Kenntnisse der NutzerInnen
- Strukturierte Daten aus einer Datenbank

9. Vortragsfolien „Rechtliche Grundlagen“

KeGL

Kompetenzentwicklung von
Gesundheitsfachpersonal
im Kontext des
Lebenslangen Lernens



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Rechtliche Grundlagen Datenschutz

Modul Interprofessionelle Informations- und Versorgungskontinuität

22.02.2020



Grundsätze des Datenschutzes

Artikel 5 DSGVO:

Personenbezogene Daten müssen und dürfen nur

- rechtmäßig, richtig und angemessen sicher
- für konkret festgelegte legitime Zwecke
- mit umfassender Kenntnis der Betroffenen
- nur so lange wie notwendig

verarbeitet werden.

Der/die Verantwortliche muss die Einhaltung des Datenschutzes nachweisen können.

Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung

Artikel 6 DSGVO:

Die Verarbeitung ist nur rechtmäßig wenn

- Der/die Betroffene eingewilligt hat
- Ein Vertrag zugrunde liegt
- Rechtliche Verpflichtungen diese bestimmen
- Lebenswichtige Interessen diese erfordern
- Sie im öffentlichen Interesse auftragsgemäß durchgeführt wird
- Sie zur Wahrung berechtigter Interessen des/der Verantwortlichen oder Dritter erforderlich ist und das Recht Betroffener nicht überwiegt.

„Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“

„Verarbeitung“ und „Dateisystem“

Artikel 4 DSGVO:

Verarbeitung

jeder mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung

Dateisystem

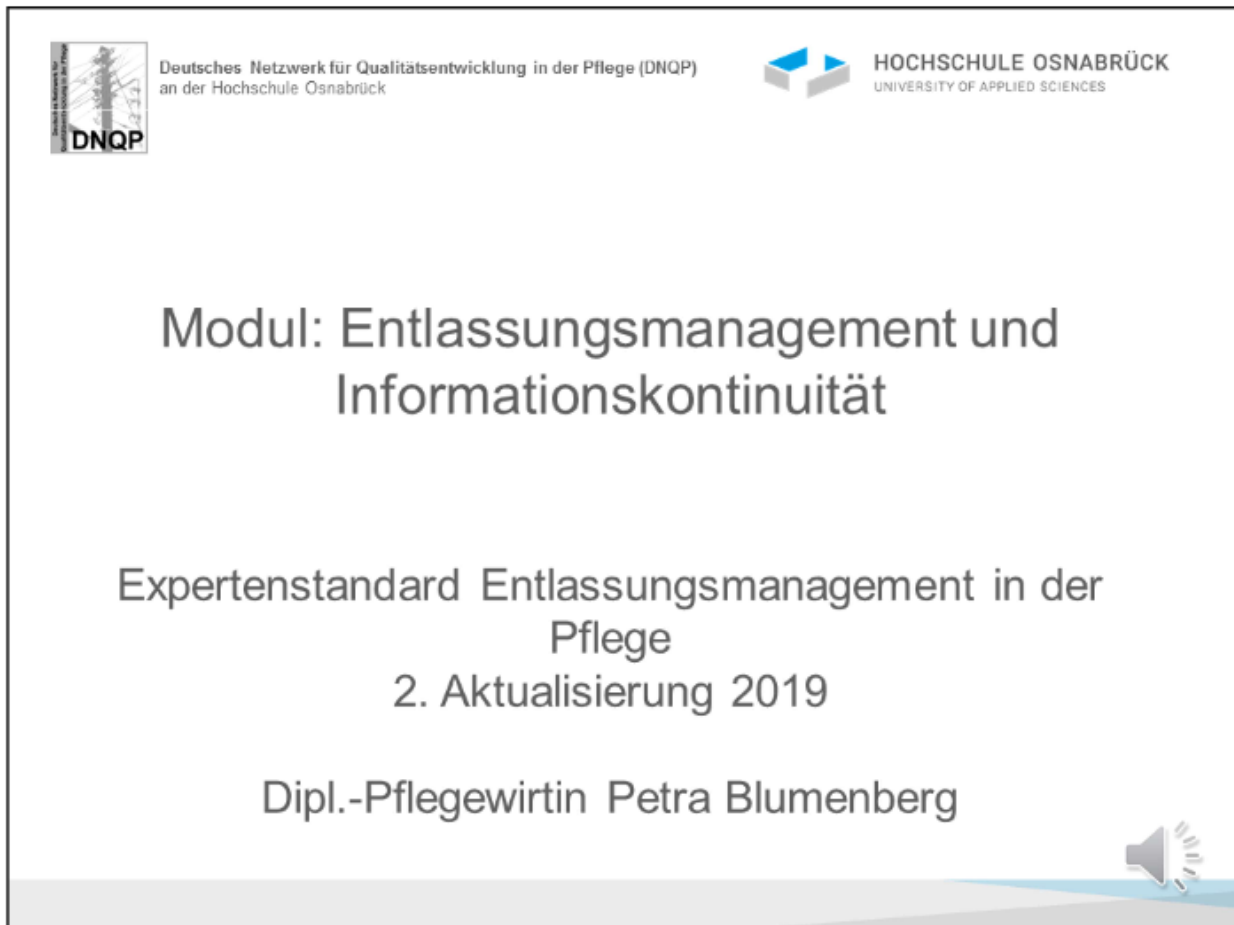
jede strukturierte Sammlung personenbezogener Daten, die nach bestimmten Kriterien zugänglich sind, unabhängig davon, ob diese Sammlung zentral, dezentral oder nach funktionalen oder geografischen Gesichtspunkten geordnet geführt wird

Personenbezogene Daten

Artikel 4 DSGVO:

- Betroffener = natürliche identifizierte oder identifizierbare Person
- Gesundheitsdaten
 - beziehen sich auf die körperliche oder geistige Gesundheit, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, und aus denen Informationen über deren Gesundheitszustand hervorgehen;
- biometrische Daten
 - Daten zu den physischen, physiologischen oder verhaltenstypischen Merkmalen, die die eindeutige Identifizierung dieser natürlichen Person ermöglichen (z.B. Gesichtsbilder, daktyloskopische Daten)
- genetische Daten
 - genetischen Eigenschaften einer natürlichen Person, die eindeutige Informationen über die Physiologie oder die Gesundheit dieser natürlichen Person liefern und insbesondere aus der Analyse einer biologischen Probe der betreffenden natürlichen Person gewonnen wurden

10. Vortragsfolien „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ mit Erläuterungen




Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
an der Hochschule Osnabrück

HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Modul: Entlassungsmanagement und
Informationskontinuität

Expertenstandard Entlassungsmanagement in der
Pflege
2. Aktualisierung 2019

Dipl.-Pflegewirtin Petra Blumenberg



Einen Auszug des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege – 2. Aktualisierung“ finden Sie unter:

https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/Entlassung_2Akt_Auszug.pdf

Generell ist es empfehlenswert, ab und zu die Homepage des DNQP zu besuchen, um über aktuelle Projekte auf dem laufenden zu bleiben (www.dnqp.de).

Auf der Homepage ist auch das Methodenpapier des DNQP als PDF hinterlegt

<https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf>

Entwicklungsschritte Expertenstandard Entlassungsmanagement



Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege wurde von 2000 bis 2002 entwickelt. Im Rahmen einer modellhaften Implementierung wurde 2003 die Praxistauglichkeit getestet.

Den Bericht dazu finden Sie hier:

https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/Entlassung_Impl.pdf

Nachdem das jährliche Monitoring zur Überprüfung der Aktualität keinen vorzeitigen Änderungsbedarf ergab, wurde 2008 zum ersten Mal und 2017 zum zweiten mal aktualisiert.

Nach der 2. Aktualisierung ist ein Praxisprojekt geplant, um zu prüfen, wie sich die Umsetzung angesichts aktueller Rahmenbedingungen gestaltet.

Beispielaufbau eines Expertenstandards

Zielsetzung und Begründung		
Struktur (was zur Verfügung stehen muss) → <i>Umgebung, Ausstattung, Personalbesetzung/Qualifikationsmix Organisation, Wissen der PFK</i>	Prozess (was getan werden muss) → <i>Die Pflegeperson beurteilt, zeichnet auf, führt durch, überprüft</i>	Ergebnis (was erreicht werden soll) → <i>Der Patient ist/macht/ gibt an, dass ..., beobachtbares Verhalten, messbare Indikatoren</i>
S1 Einschätzung/Assessment	P1 →	E1 →
S2 Planung von Maßnahmen	P2 →	E2 →
S3 Durchführung von Maßnahmen	P3 →	E3 →
S4 Anleitung/Information/Beratung von Patienten/Bewohnern	P4 →	E4 →
S5 Evaluation	P5 →	E5 →

Die einseitige Matrix, der Kern des Expertenstandards, kann unterschiedlich gelesen werden.

Während sich zum Beispiel die Einrichtungsleitungen oder Mitarbeiter des Qualitätsmanagement primär für die Inhalte der Strukturkriterien interessieren, schauen Pflegefachkräfte zuerst auf die Prozesskriterien.

Jede vertikale Ebene (Struktur – Prozess – Ergebnis) beschreibt einen Handlungsschritt in Anlehnung an den Pflegeprozess oder auch den PDCA-Zyklus.

Die Inhalte dieser einzelnen Ebenen sind sehr abstrakt formuliert, um den notwendigen Handlungsspielraum zu lassen, sie an die sehr unterschiedlichen Gesundheitsbereiche und Zielgruppen anzupassen. Hinweise für diese erforderliche Anpassung/Konkretisierung in den Einrichtungen geben die Kommentierungen und die Literaturstudie.

2.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019

Stand: Februar 2019

Zielsetzung: Jede*r Patient*in mit erwartbaren poststationären Versorgungsproblemen und einem daraus resultierenden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Begründung: Die Entlassung aus einem Krankenhaus, aber auch die Übergänge in das und innerhalb des Krankenhauses, bergen die Gefahr von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patient*innen und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einer frühzeitigen, systematischen Einschätzung, sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung, auch durch die Gestaltung interner Übergänge, im nachfolgenden Setting sicherzustellen und den Patient*innen bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.

Strukturkriterien	Prozesskriterien	Ergebniskriterien
<p>S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement, mit dem die erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sind.</p> <p>S1b Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Kriterien zur systematischen Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p>	<p>P1a Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient*innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.</p> <p>P1b Die Pflegefachkraft führt bei identifizierten poststationären Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient*in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p>
<p>S2 Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenzen zur Durchführung einer individuellen Entlassungsplanung inklusive der Begleitung und Gestaltung von Übergängen.</p>	<p>P2 Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient*in und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen.</p>	<p>E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungsanforderungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p>
<p>S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, Patient*innen und Angehörige sowohl über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten und -risiken als auch über erwartbare Erfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p> <p>S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.</p>	<p>P3a Die Pflegefachkraft gewährleistet für Patient*in und Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung, um deren Kompetenzen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungsanfordernisse zu erhöhen.</p> <p>P3b Die Pflegefachkraft evaluiert regelmäßig Wissen und Fähigkeiten von Patient*in und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungsanfordernisse.</p>	<p>E3a Patient*in und Angehörige sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um über Versorgungsmöglichkeiten entscheiden und veränderte Versorgungs- und Pflegeanfordernisse bewältigen zu können.</p> <p>E3b Informationen zu Wissen und Fähigkeiten von Patient*in und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungsanfordernisse liegen vor.</p>
<p>S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p>	<p>P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</p> <p>P4b Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patient*in bzw. des Patienten an.</p>	<p>E4 Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</p>
<p>S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf und den Fähigkeiten der Patient*innen und deren Angehörigen entspricht.</p>	<p>P5 Die Pflegefachkraft führt mit Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p>	<p>E5a Die Entlassung der Patient*in bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</p> <p>E5b Bereitschaft und Fähigkeit der Patient*in bzw. des Patienten zur Entlassung sind erhöht.</p>
<p>S6a Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen.</p> <p>S6b Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erhebung von Daten zum internen Entlassungsmanagement zur Verfügung.</p>	<p>P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</p>	<p>E6a Patient*in und Angehörige haben die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p> <p>E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.</p>

Jeder Expertenstandard besteht aus einer Seite mit den Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Das ist das konsentrierte Qualitätsniveau, das als Orientierung für die Arbeit in den Einrichtungen dient.

Die Implementierungsprojekte des DNQP haben gezeigt, dass es in allen Einrichtungen des Schaffens organisationaler Voraussetzungen für die Umsetzung von Expertenstandards bedarf. Damit ist auch klar, dass Expertenstandards nicht von einzelnen Pflegefachkräften umgesetzt werden können, sondern immer innerhalb einer Einrichtung zunächst implementiert werden müssen. Mit Verfahrensregelungen legen Einrichtungen dann fest, wie der Expertenstandard umgesetzt wird und wer für welche Aufgaben zuständig ist.



Allgemeine Prinzipien des Entlassungsmanagements

- Pflegefachkräfte sind verantwortlich
 - für die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs,
 - die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und
 - die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege (Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (PflBRefG)).
- Im pflegerischen Entlassungsmanagement wird systematisch, fachlich begründet und frühzeitig der poststationäre Versorgungsbedarf erhoben, Maßnahmen geplant und durchgeführt und ihre Wirkung evaluiert.
- Die Pflegefachkraft koordiniert die multidisziplinären Anteile des Entlassungsmanagements.
- Der Rahmenvertrag nach § 39 Abs 1a SGB V von 2017 beschreibt primär die Möglichkeit von Verordnungen und Bescheinigungen (bis zu 7 Tage) durch Fachärzte und ersetzt daher nicht den Expertenstandard:
 - Verordnung von Medikamenten
 - Verordnung von häuslicher Krankenpflege
 - Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
 - Verordnung von Heilmitteln/Hilfsmitteln

Mit Einführung des Rahmenvertrages nach § 39 Abs. 1a SGB V entstand in vielen Krankenhäusern der Eindruck, dass Entlassungsmanagement von Ärzten zu verantworten ist und die Umsetzung des Rahmenvertrages alle Anforderung an ein Entlassungsmanagement abdeckt.

Der Rahmenvertrag nimmt vor allem die Kooperation zwischen Krankenhaus und Krankenkassen in den Blick und ermöglicht kulantere Verordnungen für die erste Woche nach einem stationären Krankenhausaufenthalt als es bisher möglich war.

Pflegerische Maßnahmen werden dort nicht konkretisiert, bzw. wird auf den Expertenstandard Entlassungsmanagement verwiesen, als wichtige Handlungsgrundlage für die Ausgestaltung des Entlassungsmanagement.



Ebene 1 – Einschätzung

S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement, mit dem die erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sind.

S1b Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Kriterien zur systematischen Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.

P1a Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient*innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.

P1b Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient*in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese.

E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.

Die Verfahrensregelungen sind ein sehr zentrales Element in den Expertenstandards und beschreiben die individuelle konzeptionelle Ausgestaltung der abstrakten Empfehlungen des Expertenstandards.

Voraussetzung ist eine einrichtungsübergreifende und multiprofessionelle Einigung auf das Vorgehen zum Beispiel bei der Einschätzung, bei der Einleitung von Maßnahmen, Einbindung des Sozialdienstes etc.

Mit der Entlassungsplanung begonnen werden sollte spätestens bei Aufnahme in das Krankenhaus – Ausnahme sind natürlich Notfälle, bei denen nicht absehbar ist, wie lange der KH-Aufenthalt sein wird – ggf. können sogar bereits vor Aufnahme vorbereitende Maßnahmen durchgeführt werden. Dies wird bereits vor orthopädischen Eingriffen oder herzchirurgischen Eingriffen in Form von Einüben von bestimmten Bewegungen, Verhaltensregeln gemacht.

Für die Einschätzung reicht es, zentrale Kriterien für ein poststationäres Versorgungsrisiko zu kennen. Es muss kein Instrument verwendet werden.



Ebene 2 – Planung und Steuerung

S2 Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenzen zur Durchführung einer individuellen Entlassungsplanung inklusive der Begleitung und Gestaltung von Übergängen.

P2 Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient*innen und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen.

E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.

Der Expertenstandard sieht die zentrale Verantwortung für das Entlassungsmanagement bei der Pflegefachkraft, wissend, dass dies in den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt wird. Aber auch, wenn die zentrale Verantwortung beim Sozialdienst und dem Case-Management verankert ist, müssen Pflegefachkräfte zuständig sein für die pflegerischen Bedarfe des Entlassungsmanagements.

Bei der 2. Aktualisierung des Expertenstandards wurde noch stärker darauf geachtet, dass die Patient*innen und ihre Angehörigen in alle Schritte eingebunden werden.

Von großem Vorteil sind Krankenhausinformationssysteme (KIS) die das Führen von entlassungsrelevanten Dokumentationen ermöglichen, auf die alle beteiligten Berufsgruppen zugreifen können.



Ebene 3 – Information – Schulung - Beratung

S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, Patient*innen und Angehörige sowohl über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten und -risiken als auch über erwartbare Erfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.

S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.

P3a Die Pflegefachkraft gewährleistet für Patient*innen und Angehörige eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung, um deren Kompetenzen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse zu erhöhen.

P3b Die Pflegefachkraft evaluiert regelmäßig Wissen und Fähigkeiten von Patient*innen und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse.

E3a Den Patient*innen und ihren Angehörigen sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um über Versorgungsmöglichkeiten entscheiden und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.

E3b Informationen zu Wissen und Fähigkeiten von Patient*innen und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse liegen vor.

Die Information, Schulung und Beratung ist die „Kern-Maßnahme“ im pflegerischen Entlassungsmanagement.

Es geht darum, durch individuelle Angebote die Selbstmanagementkompetenzen der Patient*innen mit einem poststationären Versorgungsbedarf zu verbessern.

Im englischsprachigen Raum wird von der „readiness for discharge“ gesprochen; der Bereitschaft/Fähigkeit entlassen zu werden. Im Expertenstandard wird empfohlen, diese regelmäßig zu erheben um zu prüfen, ob z. B. Schulungsangebote die Fähigkeit zu Hause zurecht zu kommen, verbessert haben oder wo möglicherweise andere Maßnahmen in Betracht



Ebene 4 – Koordination

S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.

P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*innen und ihren Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.

P4b Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeitern der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patient*innen an.

E4 Mit Patient*innen und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs zu begegnen.

Das multidisziplinäre Entlassungsmanagement muss gut koordiniert werden, damit es zielgerichtet funktionieren kann.

Da die Pflegefachkraft Patient*innen und Angehörige am besten kennt und im Gegensatz zu Ärzt*innen und Sozialdienst viel Zeit mit ihnen verbringt, ist es sinnvoll, dass sie auch die Maßnahmen bündelt und koordiniert.

Besonders bei komplexen Krankheitsgeschehen kommt einer Übergabe mit den Pflegefachkräften aus der ambulanten Pflege oder der stationären Altenhilfe große Bedeutung zu. Auch wenn das bisher noch nicht sehr üblich ist, wird dies weiterhin empfohlen, da dadurch eine deutlich höhere Versorgungssicherheit für die Zeit nach der Entlassung hergestellt werden kann.

Nachbetreuende Einrichtungen und Angehörige müssen rechtzeitig über die Entlassung informiert werden.

Ad hoc-Entlassungen, insbesondere an Nachmittagen oder Wochenenden sollten nicht mehr stattfinden.



Ebene 5 – Überprüfung der Planung

S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf und den Fähigkeiten der Patient*innen und deren Angehörigen entspricht.

P5 Die Pflegefachkraft führt mit Patient*innen und deren Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.

E5a Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet.

E5b Bereitschaft und Fähigkeit der Patient*innen zur Entlassung sind erhoben.

Im Expertenstandard Entlassungsmanagement werden zwei Formen der Überprüfung unterschieden.

Die erste Überprüfung findet spätestens 24 Stunden vor Entlassung statt, um die Entlassungsfähigkeit/-bereitschaft der Patient*innen zu erheben und um zu prüfen, ob alle Vorbereitung wie geplant abgeschlossen werden konnten.

Zeigt sich bei der Überprüfung z. B. dass der Patient noch Probleme im Umgang mit dem Stoma hat, heißt das nicht unbedingt, dass die Entlassung nicht stattfinden kann, sondern vielmehr, dass auch für die Zeit zuhause noch Unterstützung bei der Versorgung des Stomas organisiert werden muss.

Steht aber zum Beispiel die Bestätigung des ambulanten Pflegedienstes noch aus, dass er den Patienten ab dem nächsten Werktag wieder betreuen wird, kann dies ein Grund sein, die Entlassung zu verschieben.



Ebene 6 – Überprüfung der Planung

S6a Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen.

S6b Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erhebung von Daten zum internen Entlassungsmanagement zur Verfügung.

P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*innen und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.

E6a Patient*innen und Angehörige haben die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.

E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.

Die zweite Form der Überprüfung des Entlassungsmanagements dient der Evaluation des gesamten Prozesses.

Dazu kann abschließend, nach Entlassung des Patienten, die Dokumentation durchgegangen werden und geprüft werden, ob alle Maßnahmen frühzeitig und bedarfsgerecht eingeleitet wurden oder wo es zum Beispiel zu Verzögerungen oder Problemen kam.

Hilfreich für die Evaluation ist das Audit-Instrument, mit dem überprüft werden kann, inwieweit das Qualitätsniveau des Expertenstandards erreicht wurde.

https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/Entlassung_2Akt_Audit-FB1_Online.pdf

Wichtig ist auch, das Entlassungsmanagement als wichtiges Qualitätsmerkmal eines Krankenhauses zu betrachten und entsprechend Ergebnisse zu gewinnen: z.B. Wie viele Patient*innen fühlten sich bei Entlassung ausreichend vorbereitet?



Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
an der Hochschule Osnabrück



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Für Fragen zum Expertenstandard und seiner Umsetzung in der Praxis,
melden Sie sich gerne:

Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg
Hochschule Osnabrück
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Albrechtstr. 30
D - 49076 Osnabrück
Tel.: 0049-541-9693147
Mail: p.blumenberg@hs-osnabrueck.de
URL: www.dnqp.de

11. Skript „Erläuterungen und Arbeitsauftrag zum Expertenstandard“

Liebe Studierende,
mein Name ist Petra Blumenberg, ich bin gelernte Krankenschwester mit mehreren Jahren Berufserfahrung in der Intensivpflege. Seit meinem Studium von 1996 bis 2000 arbeite ich an der Hochschule Osnabrück im Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Statt einer Präsenzveranstaltung erhalten Sie von mir schriftliche Unterlagen. In dem 1,5-stündigen Block wollte ich Ihnen etwas über den Expertenstandard Entlassungsmanagement erzählen, der 2019 bereits zum 2. Mal aktualisiert wurde. Meine Erfahrung in zahlreichen Weiterbildungs-, Fortbildungs- und Lehrveranstaltungen hat mir aber gezeigt, dass es zunächst eines grundlegenden Verständnisses zum „Instrument“ Expertenstandard bedarf, bevor einzelne Standards und ihre Bedeutung für die Praxis verstanden werden. Daher möchte ich Sie bitten, einleitend das Buchkapitel „Nationale Expertenstandards in der Pflege – Standortbestimmung und künftige Herausforderungen“ zu lesen.

Arbeitsauftrag 1: Lesen des Buchkapitels „Nationale Expertenstandards in der Pflege – Standortbestimmung und künftige Herausforderungen“ in Peter Hensen und Maren Stamer (Hrsg.): „Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen“, S. 93-116, Springer VS, 2017

Danach sollten Sie folgende Fragen beantworten können:

- Wie werden Expertenstandards entwickelt und aktualisiert
- Was bedeutet „implementieren“ von Expertenstandards

Arbeitsauftrag 2: Durchlesen der Präsentation zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege mit Anmerkungen.

12. Video „Case- und Diseasemanagement“

Link zum Video Case- und Diseasemanagement:

<https://netcase.hs-osnabrueck.de/index.php/s/a5QB5v73qar1JxY>

13. Skript „Interoperabilität“

Kommunikation zwischen IT-Systemen

Schauen Sie sich bitte das Video unter folgendem Link an:

<https://videos.mysimpleshow.com/1auaZQYA4e>

Dieses Beispiel von Katharina, Dr. Janine Schulz und Jakob zeigt zwei Sachen ziemlich deutlich: dass elektronische Kommunikation Versorgungskontinuität erhöhen kann, aber auch, dass elektronische Kommunikation mit dem Ziel der Weiternutzung der übermittelten Daten nicht einfach ist. Denn Kommunikation benötigt einen Standard, auf den man sich festlegt. Wenn zwei Partner sich unterhalten wollen, müssen gewisse Punkte geklärt sein:

- Wie soll die Kommunikation laufen? Können beide Partner miteinander sprechen und sich gegenseitig hören? Sollte man aufgrund von Gegebenheiten evtl. auf schriftliche Kommunikation umsteigen?
- Wie sollen die Nachrichte aufgebaut sein?
- Welcher Wortschatz kann und soll genutzt werden?
- Wie sollen die Prozesse laufen?

Dies kann je nachdem, wer mit wem kommuniziert, unterschiedlich aussehen. So kann, wenn beispielsweise die beiden Partner aus unterschiedlichen Ländern kommen, der Wortschatz der beiden Partner unterschiedlich sein. Nehmen wir den abgebildeten Vogel. Auf Deutsch heißt der Vogel „Rabe“, auf Englisch „Crow“, auf Griechisch „κοράκι“ (gesprochen: koraki), auf Russisch „вороной“ (gesprochen: voronoy) und auf Japanisch „カラス“ (gesprochen: karasu).



Interoperabilität

Die Beschreibung gerade bezog sich erst einmal allgemein auf Kommunikation zwischen zwei Partnern. Die gerade benannten Fragen muss man sich auch stellen bezogen auf die elektronische Kommunikation. Hier spielt das Wort Interoperabilität eine große Rolle. Die Interoperability Working Group definiert Interoperabilität wie folgt:

Interoperabilität ist die Fähigkeit eines Programms oder Systems (dessen Schnittstellen

vollständig offengelegt sind) mit anderen gegenwärtigen oder zukünftigen Produkten oder Systemen ohne Einschränkungen hinsichtlich Zugriff oder Implementierung zusammenzuarbeiten bzw. zu interagieren.

Es geht also darum, Systeme zusammenarbeiten bzw. interagieren zu lassen. Dafür ist eine gute Kommunikation wichtig. Schauen wir uns die Fragen von gerade einmal genauer an: Die Frage, wie beide Partner miteinander kommunizieren können, ist hier meist eine recht einfache Frage, da die Informationstechnologie-Branche hier schon Standards entwickelt hat.

Ein sehr bekannter Standard ist das HyperText Transfer Protocol http, das jede/r schon einmal genutzt hat, wenn er/sie eine Internetseite aufruft. Die Frage der Prozesse hingegen ist ein eher komplexer Bereich, da hier gemeinsame Workflows und Rollen- und Berechtigungskonzepte entwickelt und etabliert werden müssen. Spannender sind daher eher Struktur und die Inhalte der Nachrichten. Dies wird auch als syntaktische und semantische Ebene bezeichnet. Diese werden wir uns im Weiteren genauer anschauen.

Semantische Interoperabilität I

Auf der semantischen Ebene kommen die strukturierten Daten und die Klassifikationen aus dem Abschnitt „Informations- und Versorgungskontinuität“ ins Spiel, die die möglichen Inhalte einer Nachricht spezifizieren. Es gibt aber auch hier Herausforderungen, denn die Frage, welche Klassifikation in der Pflege genutzt werden soll, ist nicht geklärt. Neben ICNP und LEP® gibt es noch die NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) [1], die CCC (Clinical Care Classification) [2], NIC (Nursing Interventions Classification) [3] und NOC (Nursing outcomes classification) [4], um nur einige zu nennen. Des Weiteren sind pflegerische Inhalte auch in SNOMED CT[5] eingeflossen.

Weiterführende Literatur

1. NANDA International, Nursing diagnoses: Definitions and classification 2018-2020, 11th ed. New York: Thieme, 2018.
2. V. K. Saba, Clinical care classification (CCC) system, version 2.5: Users guide, 2nd ed. New York: Springer Pub. Co, 2012.
3. H. K. Butcher, G. M. Bulechek, J. M. Dochterman & C. M. Wagner (Eds.). Nursing Interventions Classification (NIC) (7th ed.). St. Louis: MO: Elsevier, 2018.
4. Moorhead, E. Swanson, M. Johnson & M. L. Maas (Eds.). Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes(6th ed.). St. Louis: MO: Elsevier, 2018.
5. International Health Terminology Standards Development Organisation, SNOMED CT Starter Guide. [Online] Available: <https://confluence.ihtsdotools.org/display/DOCSTART/SNOMED+CT+Starter+Guide>. Accessed on: Nov. 29 2019.

Im SNOMED-CT-Browser

(<https://browser.ihtsdotools.org/?perspective=full&conceptId1=404684003&edition=MAIN/2019-07-31&release=&languages=en>) können Sie sich einige Begriffe anschauen. Ordnen Sie den Begriffen

die zugehörigen SNOMED-Codes zu:

Appendektomie

Unterstützung bei der Haarwäsche

Walker

Pflegefachkraft

Computertomographie

Semantische Interoperabilität II

Wie geht man nun mit dieser Vielzahl an Klassifikationen um?

Diese Vielfalt an Klassifikationen ist eine Herausforderung, wenn System A, das z.B. NANDA nutzt, eine Nachricht an System B sendet, das z.B. ICNP nutzt. Damit die Systeme miteinander "sprechen" können, braucht es „Übersetzungen“ von einem Standard in den anderen, ähnlich wie man Wörterbücher braucht, um eine Sprache in eine andere zu übersetzen. Derartige "Übersetzungen" nennt man auch Mapping.

Werden zwei unterschiedliche Klassifikationen Y und Z gemappt, kann es dabei zu folgenden Situationen kommen (dabei kommt A aus Klassifikation Y und B aus Klassifikation Z):

- A und B können irgendwie zueinander in Beziehung stehen.
- A und B können äquivalent sein.
- A und B können gleich sein.
- A kann weiter sein als B
- A kann B enthalten
- A kann enger sein als B
- A kann eine Spezialisierung sein von B
- A kann nicht exakt das gleich sein wie B
- Es gibt in Z keinen Inhalt, der irgendwie zu A passt.
- Y und Z haben gemeinsamen Inhalte.

Im Bereich der pflegerischen Klassifikationen wurden schon einige Mappings durchgeführt:

- ICNP und NANDA [1]
- ICNP und SNOMED [2,4,5]
- CCC und ICNP [3]

Diese Mappings können auch durchgeführt werden für die einzelnen Auswahlmöglichkeiten z.B. einer Dropdown-Liste in einem IT-Programm.

Was bringen diese Mappings?

Werden diese Mappings in einem maschinenlesbaren Format zur Verfügung gestellt, kann das IT-Systeme diese nutzen und im Idealfall eingehende oder ausgehende Nachrichten schon gleich so zu verarbeiten, dass die Inhalte auch vom IT-System verstanden werden. Es ist also so etwas wie ein Babelfisch aus „Per Anhalter durch die Galaxis“, jedoch nur auf der inhaltlichen Ebene. Dafür, dass auch die Struktur stimmt, ist die syntaktische Interoperabilität zuständig.

Literatur

1. S. Hyun and H. A. Park, "Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. International Classification for Nursing Practice. International Council of Nurses. North American Nursing Diagnosis Association. Home Health Care Classification. Nursing Interventions Classification," (eng), International nursing review, vol. 49, no. 2, pp. 99–110, 2002.
2. T. Y. Kim, N. Hardiker, and A. Coenen, "Inter-terminology mapping of nursing problems," (eng), Journal of biomedical informatics, vol. 49, pp. 213–220, 2014.

3. A. Coenen, K. Jansen, N. Hardiker, and T. Y. Kim, "CCC-ICNP Equivalency Table for Nursing Diagnoses," Geneva, 2016.

4. N. Hardiker and T. Y. Kim, "ICNP to SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) Equivalency Table for Diagnosis and Outcome Statements," Geneva, 2018.

5. N. Hardiker and T. Y. Kim, "ICNP to SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) Equivalency Table for Intervention Statements," Geneva, 2018.

Syntaktische Interoperabilität

Die syntaktische Interoperabilität ist gegeben, wenn sich alle Kommunikationspartner darauf geeinigt haben, wie die Inhalte strukturiert werden sollen.

Ein globaler Player für syntaktische Interoperabilität im Gesundheitswesen ist HL7. HL7 steht für Health Level 7. Dabei handelt es sich primär um eine ehrenamtliche Organisation, die sich der Entwicklung von Standards in der Gesundheits-IT widmet. HL7 bezeichnet zusätzlich die von der Organisation entwickelten Standards.

HL7 hat drei unterschiedliche Gruppen von Standards für unterschiedliche Situationen entwickelt:

- HL7 Nachrichten: Dieser Standard wurde entwickelt für die Kommunikation zwischen IT-Systemen in einem Krankenhaus. Die Nachrichten enthalten aneinander gereihete Daten, die mit einem | voneinander getrennt sind. Aktuell werden in den meisten Krankenhäusern HL7 Nachrichten für die Kommunikation der einzelnen IT-Systeme verwendet.
- HL7 CDA: CDA steht für "Clinical Document Architecture". Hier war die Idee, klinische Dokumente zu übermitteln, zum Beispiel Arztbriefe oder Pflegeberichte. Anders als bei den HL7 Nachrichten wurde hier auf die eXtensible Markup Language (XML) gesetzt, die es ermöglicht, den Daten bei der Speicherung schon eine Bedeutung zu geben, so dass diese auch menschenlesbarer sind. HL7-CDA-konforme Dokumente werden eher zwischen verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens verwendet.
- HL7 FHIR: FHIR steht für "Fast Healthcare Interoperability Resources". Die Grundidee hierbei war, den Standard neu zu denken und aus den Erfahrungen von den HL7 Nachrichten und der CDA zu lernen. Bei der Entwicklung des Standards wurden unter anderem aktuelle Entwicklungen im Bereich der Webapplikationen berücksichtigt.

HL7 FHIR gewinnt in Deutschland gerade an massiver Bedeutung, da die KBV entschieden hat, die Inhalte der Telematik-Infrastruktur in FHIR zu spezifizieren. Somit muss langfristig jedes IT-System über entsprechende FHIR-Schnittstellen verfügen.

Vorteile der Kommunikation strukturierter Dokumente

Wenn wir aktuell über elektronische Kommunikation von Dokumenten sprechen, reden wir meist über PDF-Dateien. Der Vorteil dabei ist, dass der Mensch das Ergebnis lesen kann. Nachteilig ist, dass das IT-System das Ergebnis zwar als PDF-Datei erkennt und anzeigt, die Daten aber meist nicht weiterverarbeiten kann. Es ist dementsprechend nur selten möglich, zum Beispiel Diagnosen oder Prozeduren automatisch einzulesen.

Werden hingegen strukturierte Dokumente verwendet, wird die automatische Weiterverarbeitung von Daten vereinfacht. Hingegen kann es hierbei vorkommen, dass die Datei selbst nicht mehr menschenlesbar ist. Hier braucht es eine eigene Visualisierung.

Hier möchte ich Ihnen ein kleines Beispiel zeigen. Einrichtung A erstellt einen strukturierten HL7 Pflegebericht.

```

1 <?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
2 <?xml-stylesheet type="text/xsl" href="ePflegebericht_one.xsl" ?>
3 <!-- <?xml-stylesheet type="text/xsl" href="ePflegebericht_two.xsl" ?>-->
4
5 <ClinicalDocument
6   xmlns="urn:h17-org:v3"
7   xmlns:voc="urn:h17-org:v3/voc"
8   xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
9   xsi:schemaLocation="urn:h17-org:v3 CDA.xsd">
10  <typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="PCD_HD000040"/>
11  <code code="28651-8" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="pflegerischer Verlegungsbericht"/>

```

Einrichtung A zeigt den Pflegebericht standardmäßig mit seinem Programm an. Das sieht grob wie folgt aus.

Pflegebericht

As Nachrichtlich: Hochschule Oststirck
Fakultät WiSo
Postfach 1940
49009 Osnabrück
(0541) 969-0

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
wir berichten Ihnen über

Unterzeichner
14. August 2019
Friedrich
Lübbeck
Dietrich

Kaminka **Ewa** **14. August 1919** **Kaminka**
Name Vorname Geb.-Datum Geburtsort

Wir übernehmen die pflegerische Versorgung bis zum 09.08.2019.

Angaben zur Person

Zur Zeit wohnhaft in	Weitere Angaben	Versicherungsangaben
Geschlecht: <u>Frauen</u> St. <u>Matthias</u> PLZ: <u>49122</u> tel: +49(0)541 9612220 Telefonnummer	Religion: <u>Katholisch</u> St. <u>Kath.</u> Geb.: <u>14.08.1919</u> Geburtsort: <u>Kaminka</u>	Wohnort: <u>St. Mattheus</u> Postleitzahl: <u>49122</u> Versicherungsnummer: <u>3200 123456789</u> Status: <u>aktiv</u>

Wohnumgebung

mit pflegenden Angehörigen: <u>nein</u> Wohnform: <u>Wohnheim</u> <input checked="" type="checkbox"/> Wohnraumpassung Die Durchführung der o.g. Wohnraumpassung hat am 16.12.10 bei der Firma Klaus Müller Trockenbau GmbH, Kurze Gasse 87 in 20087 Hamburg in Auftrag gegeben worden.	Zugang zur Wohnung: <u>nein</u> <input checked="" type="checkbox"/> Wohnraumbelastung Eine Wohnraumbelastung hat am 15.12.2010 durch die Firma Sanitower, Scheitelslee 21, 20012 Hamburg stattgefunden.	Wohnort: <u>Wohnheim X35</u> Vorname der Wohnheimleitung: <u>Schmidt</u> Name der Wohnheimleitung: <u>Schmidt</u> Anschrift: <u>Scheitelslee 21, 20012 Hamburg</u>
---	---	---

Das strukturierte Dokument sendet sie nun an Einrichtung B. Diese erhält das strukturierte Dokument und kann dieses anzeigen. In unserem Beispiel tauscht sie dazu eine Zeile aus:

```

1 <?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
2 <!-- <?xml-stylesheet type="text/xsl" href="ePflegebericht_one.xsl" ?>-->
3 <?xml-stylesheet type="text/xsl" href="ePflegebericht_two.xsl" ?>
4

```

```

1 <?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
2 <?xml-stylesheet type="text/xsl" href="ePflegebericht_one.xsl" ?>
3 <!-- <?xml-stylesheet type="text/xsl" href="ePflegebericht_two.xsl" ?>-->
4

```

Diese kleine Änderung sorgt in Einrichtung B dafür, dass die Datei hier anders aussieht.

Pflegerbericht			
Angaben zum Dokument	Angaben zur pflegebedürftigen Person	Pflegeprozess	Soziale Angaben
Home-Care-Status	Sozialrechtliche Informationen	Medizinische Informationen	
Allgemeines			
Sender	Empfänger	Nachrichtlich	
Hochschule Osnabrück Fakultät WiSo Postfach 1940 49009 Osnabrück (0541) 969 - 0			
Allgemeine Patientenangaben			
Kaminska	Ewa	14. August 1959	unbekannt
<small>Name</small>	<small>Vorname</small>	<small>Geb. Datum</small>	<small>Geburtsort</small>
Weiblich	Geschieden		
<small>Geschlecht</small>	<small>Familienstand</small>		
Römisch-katholisch	St. Matthias	Matthiasstrasse 1 32323 Halle	
<small>Konfession</small>	<small>Gemeinde</small>	<small>Adresse der Gemeinde</small>	
Sprachen			
Sprache	Modus	Grad	
de-DE	Sprechend	Exzellente	
pl-PL	Sprechend	Exzellente	
Pflegeprozess			
Art/Datum	Titel	Text	Ergänzung

Somit kann Einrichtung B jeden Pflegebericht, den sie als HL7-Dokument erhält, egal von wem, genau so darstellen.

Das, was hier gezeigt wurde, ist aber nur ein kleiner Teil dessen, was möglich ist. Inzwischen können strukturierte Dokumente nicht nur unterschiedlich angezeigt werden, sondern Programme können die Informationen einlesen und weiterverarbeiten. Das kann langfristig die Anamnese vereinfachen, wenn z.B. pflegerische Informationen schon direkt vorliegen. Zu den bisherigen für die Pflege relevanten Dokumenten / Artefakten erfahren Sie im nächsten Abschnitt mehr.

14. Links zur Telematik-Infrastruktur

Zugang zu Videos zum Ausbau der Telematik-Infrastruktur:

<https://www.ztg-nrw.de/aktuelles-trends/videos/>

Klicken Sie auf der Website auch auf "Telematikinfrastruktur" und "Anwendungen":

<https://www.gematik.de/ueber-uns/>

15. Aufgabe: „Fallbearbeitung Phase 2 und Präsentation“

Fügen Sie Ihrer Fallbearbeitung die Methode, die Ergebnisse und die Diskussion hinzu, wie in der Formatvorlage vorgegeben. Im Methodenteil beschreiben Sie, wie Sie Ihre Fragestellung beantworten möchten, also z. B. mit Fragebogen, Interview usw. Beschreiben Sie kurz, wie Sie z. B. einen Fragebogen oder einen Interviewleitfaden erstellt haben. Diese Materialien können Sie dann als Anhang an Ihre Fallbearbeitung anfügen. Im Ergebnisteil stellen Sie kurz und ohne Bewertung oder Interpretation dar. Diese nehmen Sie in der Interpretation vor und können noch einen kurzen Ausblick geben, wofür diese Ergebnisse nützlich sein könnten und wie Sie ggf. weiter vorgehen möchten.

16. Quiz: „Interprofessionelle Informations- und Versorgungskontinuität“

Testen Sie Ihr erworbenes Wissen zur Unit 2

In welchen Dimensionen werden Expertenstandards in der Pflege dargestellt?

- Grundpflege – Behandlungspflege
- Struktur – Prozess – Ergebnis
- Problem – Ziel – Maßnahme

Laut Expertenstandard ist die Pflegefachkraft zuständig für das Entlassungsmanagement: Wahr oder falsch?

- Wahr
- Falsch

Warum ist die semantische Interoperabilität für Instrumente der interprofessionellen Kommunikation wichtig?

- Damit die kommunizierenden Personen sich verstehen
- Damit auch Laien eine Fachsprache verstehen
- Damit die kommunizierenden elektronischen Systeme sich verstehen

Welche ist die Klassifikation, in der alle anderen Klassifikationen im Gesundheitswesen dargestellt werden können?

- ICD-10
- ICNP
- SNOMED-CT

Trage den Namen der gesuchten Organisation ein.

Die primär ehrenamtliche Organisation, die sich weltweit führend mit der syntaktischen Interoperabilität von Nachrichten befasst, heißt _____.

Welche sind die Vorteile von HL7-Dokumenten gegenüber PDFs?

- Übermittelte Daten können in verschiedenen IT-Systemen unterschiedlich dargestellt werden.
- Übermittelte Daten können in verschiedenen Fachsprachen dargestellt werden.
- Übermittelte Daten können direkt weiter verarbeitet werden, z. B. in Anamnesen einfließen.

Welche der folgenden Aussagen über den eWundbericht sind falsch?

- Er ist in verschiedenen IT-Systemen darstellbar
- Er richtet sich ausschließlich an Fachärzt*innen für Chirurgie und Angiologie
- Er richtet sich ausschließlich an pflegerische Wundexpert*innen
- Er ist in verschiedenen Fachterminologien darstellbar
- In ihm sind alle für die Wundbehandlung relevanten Sachverhalte darstellbar
- Er ist für versorgende Einrichtungen sofort verfügbar

Welche Informationen sollen künftig auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert sein?

- Informationen zur Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht

- Versichertenstammdaten
- Informationen zum Pflegegrad
- Informationen zum Organspendeausweis
- Notfalldatensatz
- Haupt- und Nebendiagnosen