

Soziale Implikationen
bei der digitalen
Vernetzung der
geriatriischen
Versorgung

Wofür steht das „S“ in
der ELSI-Forschung?

Autor*innen

Peter Enste
Elena Cramer

Auf den Punkt

- Digitale Anwendungen spielen im Gesundheitsbereich zunehmend eine Rolle, um die professionelle Versorgung zu optimieren.
- Dabei ist es wichtig, nicht nur technisch einwandfrei funktionierende Lösungen zu entwickeln, sondern diese explizit auf die Bedürfnisse der Anwender*innen und Nutzer*innen anzupassen.
- Für diese soziale Adaption kann die ELSI-Forschung (ethische, rechtliche und soziale Implikationen) einen wichtigen Beitrag leisten, um eine hohe Nutzerfreundlichkeit zu gewährleisten.
- Während es für die Bestimmung von ethischen und rechtlichen Aspekten etablierte Verfahren gibt, sind die sozialen Aspekte nicht immer trennscharf.
- Die sozialen Aspekte der ELSI Forschung werden anhand des „GerNe digital!“ Projektes mit quantitativen und qualitativen Methoden beleuchtet und damit konkrete Bedarfe sowie Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Zentrale Einrichtung der
Westfälischen Hochschule
Gelsenkirchen Bocholt
Recklinghausen in
Kooperation mit der
Ruhr-Universität Bochum

 **Westfälische
Hochschule**

**RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM** **RUB**

Hintergrund und Ziele der ELSI Forschung

Digitale Anwendungen können einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitssektor leisten. Es zeigt sich aber auch, dass die digitale Transformation im Gesundheitswesen später als in anderen Branchen begonnen hat und eine Reihe von Barrieren und Akzeptanzproblemen überwinden muss (Herrmann et al. 2018). Neben der technischen Entwicklung und Datenschutzaspekten kommt der Funktionalität und Nutzerfreundlichkeit eine große Rolle zu. In diesem Zusammenhang kann die ELSI-Forschung (ethische, rechtliche und soziale Implikationen) einen wichtigen Beitrag leisten, um Probleme und Barrieren bereits im Entwicklungsprozess zu identifizieren und Lösungsstrategien für den weiteren Verlauf zu entwickeln.

Die Ursprünge der ELSI Forschung lassen sich auf die 1990er Jahre zurückdatieren. Im Mittelpunkt der Interessen standen hier die ethischen, rechtlichen und sozialen Auswirkungen der Genforschung (Parker et al. 2019). Generell ist die ELSI Forschung getrieben davon, ethische, rechtliche und sozialwissenschaftliche Forschungslücken zu identifizieren und anhand des Forschungsgegenstandes zu bearbeiten. Durch den integrierten Forschungsansatz können etablierte Prozesse hinterfragt werden und neue Implikationen aufgezeigt werden. So entstehen im Projektverlauf neue Impulse, die mit allen Projektbeteiligten diskutiert werden können. In der Forschungspraxis werden Methoden der Nutzerintegration (Beobachtungen, Fragebögen, qualitative Interviews, etc.), allgemein wissenschaftliche Methoden (Literaturanalysen, juristische Methoden wie Rechtsdogmatik oder Fallkonstruktionen, etc.) und verbundinterne Methoden (Workshops, Grundsatzdiskussionen, Perspektivenwechsel etc.) genutzt. Klassische Beispiele für Themen in der ELSI Forschung sind die Technikakzeptanz von Nutzergruppen, der Umgang mit Personendaten, Sicherheit/ Privatsphäre, der Umgang mit vulnerablen Gruppen oder die gesellschaftliche Verantwortung der Forschenden. Somit können Nutzeranforderungen besser verstanden werden, die Chancen auf eine nachhaltige Anwendung erhöht werden, tatsächliche Verbesserungen für die Nutzergruppe erzielt werden, nutzergerechte Schnittstellen erarbeitet werden oder neue technische Entwicklungspfade eröffnet werden (Stubbe, 2018). Während sich zur Erfassung der ethischen Aspekte Verfahren wie beispielsweise MEESTAR etabliert haben, ergibt sich für die Erfassung der sozialen Aspekte ein unklares Bild. Ein Blick in die Praxis zeigt, dass die Vorgehensweisen innerhalb von Projektverbänden sehr unterschiedlich sind¹. Meist geht es hierbei um die Einbindung potenzieller Nutzergruppen, um die gesellschaftlichen Herausforderungen abzubilden. Dieser Beitrag nimmt die sozialen Aspekte der ELSI Forschung im Projekt „GerNe Digital!“ in den Mittelpunkt.

Das Projekt „GerNe Digital!“

Im Gesundheitsbereich können digitale Anwendungen unterschiedliche Zielgruppen fokussieren: Sie können einerseits die Patientenebene ansprechen. Hierbei wird Gesundheitstechnik für die alternde Bevölkerung vor allem in drei Themenbereichen entwickelt und erprobt: Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten, Unterstützung von Alltagskompetenzen und Überwachung von Vitalfunktionen (Zens, 2010). Sie können andererseits aber auch darauf abzielen, die professionelle Versorgung zu optimieren. Neben digitalen Anwendungen im Bereich von Therapie und Diagnose spielt der Bereich einer digitalen Infrastruktur eine bedeutende Rolle. Die Telematikinfrastuktur im deutschen Gesundheitswesen beschreibt die Verbindung von Telekommunikation und Informatik, um relevante

¹ Siehe auch: https://www.interaktive-technologien.de/dateien/foerderung/bekanntmachungen/handreichung_elsi-in-der-mti-forschung.pdf

Soziale Implikationen bei der digitalen Vernetzung der geriatrischen Versorgung - Wofür steht das „S“ in der ELSI-Forschung?

gesundheitsbezogene Informationen zwischen den Akteuren umfänglich, schnell und sicher zur Verfügung zu stellen.

Das Projekt „GerNe Digital!“² in Dortmund verfolgt einen Ansatz, der sowohl die Patientenebene als auch die Ebene der professionellen Versorgung integriert. Im Mittelpunkt steht dabei, die Versorgung geriatrischer Patient*innen durch eine digitale sektoren- und akteursübergreifende Vernetzung zu optimieren. Dies geschieht mittels Zusammenführung der Krankenhausinformationssysteme der beteiligten Kliniken, der elektronischen Fallakte (EFA) und der quartiersorientierten Pflegeplattform (PiQ). Durch diese zu entwickelnde digitale Vernetzungsstruktur werden Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Sektoren bis hin zur Versorgung zu Hause überwunden und die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern entlang der Versorgungskette wird unterstützt. Zusätzlich erhalten die geriatrischen Patient*innen sowie deren Angehörige Zugang zu Daten und Informationen über die PIQ und können unterschiedlichste Funktionen nutzen. Dabei ist es von Bedeutung, die PIQ anwender- und nutzerfreundlich zu gestalten. Ein wichtiger Bestandteil im „GerNe Digital!“ Projekt ist daher die ELSI Forschung, um die Perspektive der unterschiedlichen Nutzergruppen (geriatrische Patient*innen und deren Angehörige, Ärzteschaft, Pflegepersonal etc.) zu erfassen und in der Umsetzung zu berücksichtigen.

Methode

Für das Projekt „GerNe Digital!“ können folgende Nutzergruppen identifiziert werden:

Table 1: Nutzergruppen „GerNe Digital!“

Nutzergruppen, die während des Projekts beteiligt sind	Potenzielle Nutzergruppen, die nach der Implementierung erschlossen werden können
Ärzeschaft	Pflegepersonal (ambulant)
Pflegepersonal (stationär)	Fachärzte
Hausärzte	Seniorenbüros
Patient*innen	Apotheken
Pflegende Angehörige	Sozialdienste
	Sanitätshäuser
	Ernährungsberatung
	Therapeut*innen
	etc.

Im Rahmen des Projektes wurden die Bedarfe aller in der linken Gruppe genannten Nutzergruppen erfasst. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Evaluation der Bedarfe der geriatrischen Patient*innen, deren Angehörige und des Pflegepersonals.

Um die Charakteristika der Nutzergruppe der geriatrischen Patient*innen zu identifizieren wurden zwei Datensätze aus den im Projekt beteiligten Krankenhäusern ausgewertet. Die Klinik I fungiert als Maximalversorger und bietet 70 vollstationäre Betten in der geriatrischen Versorgung an. Zudem werden Patient*innen mit geriatrietypischer Multimorbidität auch ambulant in der „Geriatrischen Institutsambulanz“ behandelt. Die Klinik II weist langjährige Erfahrungen im Bereich der Geriatrie

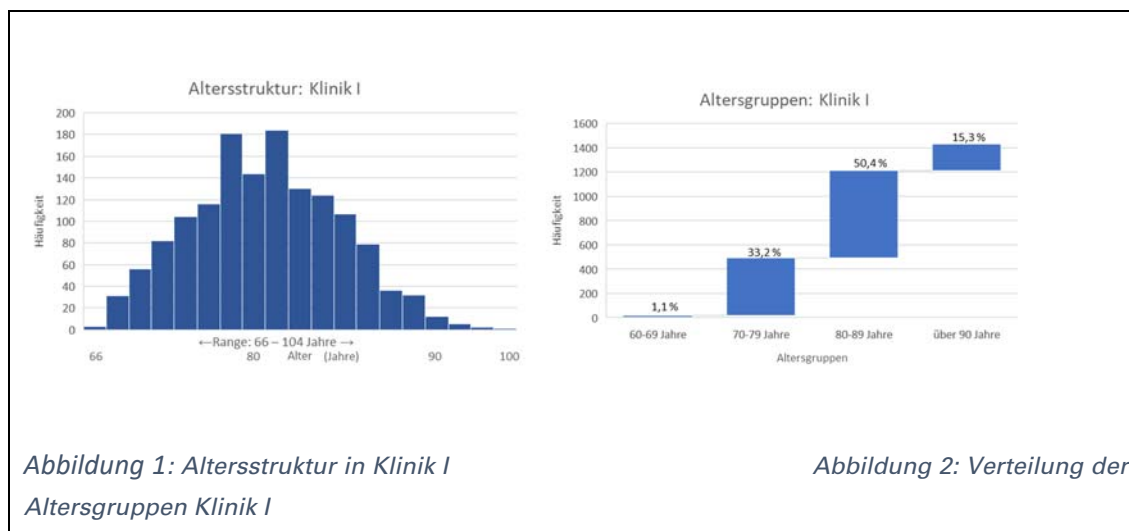
² Dieses Vorhaben wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) und vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert.

auf mit insgesamt 148 Betten (48 Betten für die innere Medizin, 91 stationäre, geriatrische Betten und 15 Betten in der akut-geriatrischen Tagesklinik). Die Datensätze decken den Zeitraum vom 01.01.2019 bis 31.12.2019 ab, sodass insgesamt 3.504 Fälle (n1= 1.429/ n2=2.075) eingeschlossen wurden. Die Daten wurden deskriptiv nach Alter, Geschlecht, Familienstand, den häufigsten ICD-10 Diagnosen (WHO, 1992) und dem kognitiven Zustand analysiert. Die ICD-10 Diagnosen wurden nach den häufigsten Diagnosegruppen und Diagnosen aufgeschlüsselt, um dadurch physische und psychische Gegebenheiten der Patient*innen für die Ausgestaltung der PIQ berücksichtigen zu können. Durch die unterschiedliche Struktur der Datensätze werden die Ergebnisse getrennt für die Einrichtungen berichtet.

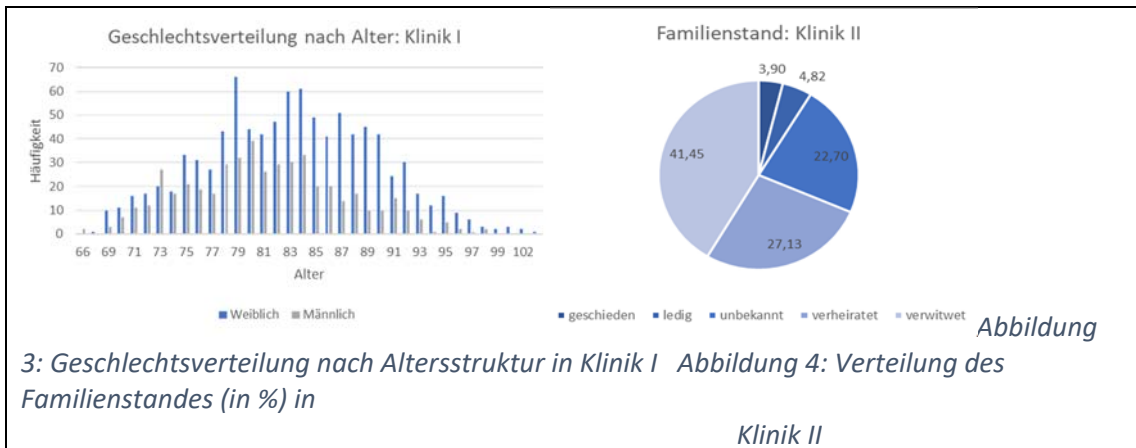
Um die Perspektive des Pflegepersonals berücksichtigen zu können wurden fünf Fokusgruppen im Bereich der stationären und ambulanten geriatrischen Versorgung im Bereich der Pflege geführt. Zudem wurde eine Fokusgruppe mit pflegenden Angehörigen durchgeführt. Ziel der Fokusgruppen war es, den IST-Zustand der geriatrischen Versorgung zu ermitteln, um daraus Optimierungsbedarf abzuleiten, der bei den Entwicklungen im Rahmen des Projektes „GerNe Digital!“ genutzt werden kann. Im Vorfeld der Fokusgruppen wurde ein themenbezogener Leitfaden erstellt. Die Fokusgruppen wurden vom IAT moderiert. Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet und im Anschluss wurde eine stichwortartige Transkription erstellt. Diese Dokumente wurden mit einer strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet, indem Kategorien und Themenüberschriften gebildet wurden.

Ergebnisse der Analyse der Datensätze aus den Kliniken Alter, Geschlecht und Familienstand

Das durchschnittliche Alter der geriatrischen Patient*innen beträgt insgesamt 82,9 Jahre (82,5 ± 6,5 Jahre und 83,3 Jahre), wobei ca. 50 % der Patient*innen zur Altersgruppe der 80-89 Jährigen gehören (Abbildung 1+2). In beiden Datensätzen zeigt die Geschlechtsverteilung, dass fast doppelt so viele Frauen (66,07 %) wie Männer (33,93 %) in der Geriatrie betreut werden.



Die altersspezifische Geschlechtsverteilung belegt dies (Abbildung 3). Die Analyse des Familienstandes zeigt, dass in beiden Datensätzen durchschnittlich 26,5 % der Patient*innen verheiratet sind. In Klinik II sind weitere 41,4 % verwitwet, 4,8 % ledig, 3,9 % geschieden und bei 22,7% der Patient*innen ist der Familienstand unbekannt (Abbildung 4).



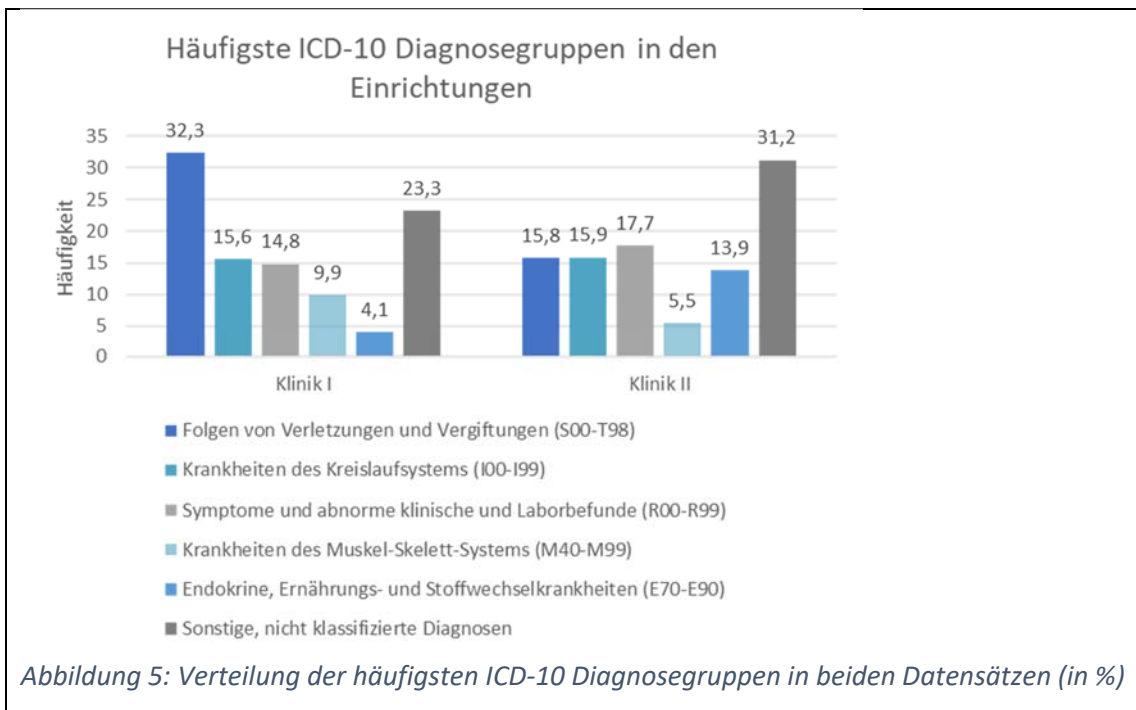
Häufigste Diagnosen

Es wurden die vier häufigsten ICD-Diagnosegruppen in beiden Datensätzen analysiert (Abbildung 5). Dazu zählen in Klinik I:

- mit 32,3 % Folgen von Verletzungen und Vergiftungen,
- mit 15,6 % Krankheiten des Kreislaufsystems,
- mit 14,8 % Symptome und abnorme klinische Laborbefunde und
- mit 9,9 % Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.

In Klinik II zählen zu den häufigsten Diagnosegruppen mit einigen Überschneidungen:

- mit 17,7 % Symptome und abnorme klinische Laborbefunde,
- mit 15,8 % Folgen von Verletzungen und Vergiftungen,
- mit 15,9 % Krankheiten des Kreislaufsystems und
- mit 13,9 % Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.



Die nähere Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppen wurde für Klinik I vorgenommen. Tabelle 2 sind dabei die häufigsten prozentualen Zuordnungen innerhalb der Diagnosegruppen zu entnehmen.

- *Tabelle 2: Häufigste Zuordnung innerhalb der Diagnosegruppe in Klinik I*

Diagnosegruppe	Häufigste Zuordnung innerhalb der Diagnosegruppe
S00-T98: Folgen von Verletzungen und Vergiftungen	10,8 % Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels, 5,2 % Verletzungen des Kopfes 5,1 % Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule oder des Beckens
I00-I99: Krankheiten des Kreislaufsystems	7,4 % zerebrovaskuläre Krankheiten 5,8 % sonstige Formen der Herzkrankheit
R00-R99: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	11,9 % Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen, wie beispielsweise Gang- und Koordinationsstörungen
M40-M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	4,7 % Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Kognitiver Zustand

Zusätzlich zu den Diagnosedaten konnten im Datensatz der Klinik II auch Daten zu kognitiven Funktionseinschränkungen untersucht werden. Diese wurden über den erweiterten Barthel Index (Prosiegel, 1996), den kognitiven FIM (Keitl, 1987) und die Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein, 1983) definiert. Der erweiterte Barthelindex zielt auf die kognitiven Funktionen Verstehen, sich verständlich machen, soziale Interaktion, Lösen von Alltagsproblemen, Gedächtnis, Lernen und Orientierung sowie Sehen und Neglect ab. Der kognitive FIM bewertete kognitives Alltagsverhalten, wie beispielsweise soziales Verhalten und Probleme lösen. Die MMSE beinhaltet 30 Items, welche Fragen, mathematische Aufgaben, Schreiben und Zeichnen umfasst. Die Auswertung der Testergebnisse wurde jeweils wie folgt vorgenommen:

Keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkungen:

U51.00: Barthel-Index: 70-90 Punkte

U51.01: Kognitiver FIM: 30-35 Punkte

U51.02: MMSE: 24-30 Punkte

Mittlere kognitive Funktionseinschränkungen:

U51.10: Barthel-Index: 20-65 Punkte

U51.11: Kognitiver FIM: 11-29 Punkte

U51.12: MMSE: 17-23 Punkte

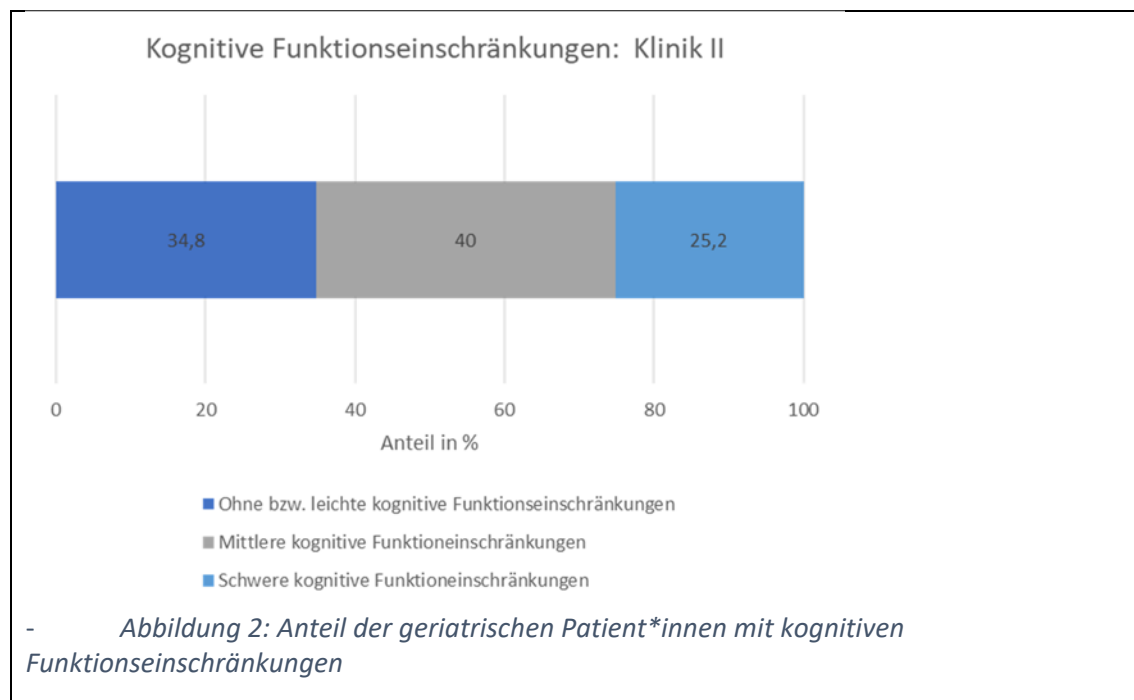
Schwere kognitive Funktionseinschränkungen:

U51.00: Barthel-Index: 0-15 Punkte

U51.01: Kognitiver FIM: 5-10 Punkte

U51.02: MMSE: 0-16 Punkte

Es zeigte sich, dass 65,2 % der Patient*innen mittlere bis schwere kognitive Funktionseinschränkungen aufweisen. Davon haben 40 % mittlere kognitive Einschränkungen und 25,2 % der Patient*innen schwere kognitive Funktionseinschränkungen (Abbildung 6). Die Ergebnisse des MMSE von unter 27 Punkten weisen zudem nicht nur auf kognitive Störungen, sondern auch auf das Vorhandensein einer mittelgradigen bis schweren Demenz hin. Zudem belegen niedrige Ergebnisse des kognitiven FIM und des erweiterten Barthelindexes eine reduzierte Selbstständigkeit.



Ergebnisse der Analyse der Fokusgruppen

Fokusgruppe Pflegende Angehörige

Es lassen sich drei Themenschwerpunkte identifizieren:

Themenschwerpunkt „Informationsdefizit und Informationsbeschaffung“

Es zeigt sich, dass der überwiegende Teil der pflegenden Angehörigen sich deutlich mehr Informationen wünscht:

„Die Information die man erhält, ist sehr dürftig. Es ist sogar manchmal so, dass auch die Krankenkassen oder der Pflegedienst nicht weiterhelfen können, weil sie selbst nicht Bescheid wissen.“

Im Gespräch wird deutlich, dass es sich hierbei weniger um Informationen um pflegerische Tätigkeiten handelt, sondern vielmehr um rechtliche und organisatorische Informationen. Es wird nicht bestritten, dass es zu allen Themen ausreichend Material zu finden gibt. Allerdings ist es häufig so, dass es keine Bündelung von Informationen gibt. Außerdem ist es auch schwierig, die gefundenen Quellen zu bewerten, so dass es zu Unsicherheiten bezüglich des Wahrheitsgehalts kommen kann. Generell kann festgehalten werden, dass das Zusammensuchen der Informationen sehr viel Zeit in Anspruch nimmt.

„Wenn man sich überhaupt nicht auskennt, ist die Recherche sehr schwierig. Man kennt die Fachbegriffe überhaupt nicht und fängt dann auf der untersten Stufe an. Es ist auch nicht alles immer hilfreich, manchmal ist es schwierig, die Quellen zu bewerten.“

Soziale Implikationen bei der digitalen Vernetzung der geriatrischen Versorgung - Wofür steht das „S“ in der ELSI-Forschung?

Hierbei ist festzuhalten, dass ein unterschiedlicher Informationsbedarf über den gesamten Pflegeprozess besteht. Am Anfang ergeben sich andere Fragen als im Verlauf, wenn die Pflege schon fortgeschritten ist:

„Informationen zu den Rahmenbedingungen sind nicht nur am Anfang wichtig, sie ziehen sich durch den gesamten Pflegeprozess.“

Die Zielgruppe beschreibt die Schwierigkeit, dass sehr häufig davon ausgegangen wird, dass man alle Begrifflichkeiten kennt.

„Es ist sehr schwierig zu erfahren, was einem als pflegender Angehöriger zusteht (SGB V, § 39, 45, 46). Schon die Begrifflichkeiten sind sehr schwierig: Was ist Verhinderungspflege? Was ist Ergänzungspflege? Viele aus dem Bekanntenkreis wissen gar nicht, dass man auch bei Pflegegrad I einen gewissen Anspruch auf Leistungen hat.“

In der Realität ist dies allerdings nicht der Fall und es wird sehr viel Zeit darauf verwendet, die Begriffe zu recherchieren und zu verstehen.

„Sehr viele sind auch auf die Unterstützung beim Einkaufen oder die hauswirtschaftliche Versorgung angewiesen, diese Leistungen werden vom Pflegedienst angeboten, sind aber sehr teuer. Bei einer demenziellen Erkrankung werden monatlich 125 Euro übernommen, ein Pflegedienst nimmt allerdings 35 Euro pro Stunden, das ist dann maximal einmal pro Woche. Es gibt aber auch Dienste, die das ehrenamtlich machen und sehr viel billiger sind.“

Themenschwerpunkt „Die neue Situation“

Die pflegenden Angehörigen beklagen, dass sie sich gerade in der Anfangsphase überfordert fühlen. Neben der eigentlichen Pflege gilt es gerade zu diesem Zeitpunkt noch, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu regeln. Gerade in dieser Phase der Pflege wünschen sich die pflegenden Angehörigen mehr Unterstützung.

„Sehr häufig tritt die Situation sehr akut und unvorbereitet auf. Der Hausarzt schickt einen zum Pflegedienst, die kümmern sich dann um die Pflege. Dann sagt jemand „Warum hast du denn keinen Antrag auf einen Rollstuhl gestellt?“ Ja, bei wem denn? Gerade bei den Hilfsmitteln müsste einem mehr geholfen werden.“

In diesem Zusammenhang wird auch beklagt, dass die professionelle Unterstützung in vielen Einrichtungen noch ausbaufähig ist:

„In vielen Krankenhäusern funktioniert das Entlassmanagement noch nicht sehr gut. Dann kostet es sehr viel Zeit und es ist schwierig, wenn man selbst auch noch berufstätig ist. Wenn man die Situation nicht schon aus dem beruflichen Umfeld kennt, ist man sehr schnell überfordert.“

Weiter führen die pflegenden Angehörigen an, dass die psychische Belastung auch nicht zu unterschätzen ist. Sehr oft verändert sich die komplette Beziehungsebene:

„Am Anfang war es für meine Mutter auch schwer zu akzeptieren, dass sie jetzt auf meine Hilfe angewiesen ist. Das funktioniert natürlich nur, wenn sie sich auch mal von mir etwas sagen lässt. In der ersten Zeit hat das sehr häufig zu Konflikten geführt, die neben der körperlichen Belastung zusätzlich an den Nerven zehren.“

Themenschwerpunkt „Lösungsansätze“

Aus den beschriebenen Problemlagen lassen sich eine Reihe von Lösungsansätzen ableiten. Eine Bündelung von Information wäre für die Pflegenden eine sehr große Hilfe. Hier wäre es sehr sinnvoll,

wenn sich die Informationen entlang der auftretenden Problemlagen des Pflegeprozesses orientieren.

„Es wäre hilfreich, wenn es einen Leitfaden geben würde, der den pflegenden Angehörigen von Anfang an unterstützt: Was hat er am Anfang zu tun, wenn es um den Pflegegrad geht? Wo kann er sich hinwenden? Wer kann Hilfe geben? Auf welche Unterstützungsleistungen hat man Anspruch?“

Es wird auch deutlich, dass Fragen zum eigentlichen Pflegeprozess eher in den Hintergrund treten. Hier fühlen sich die pflegenden Angehörigen durch bestehende Kursangebote oder Online-Hilfen (z.B. Videos) gut unterstützt. Vielmehr sind es die Fragen rund um die Organisation:

„Typische Fragen: Wo gibt es hauswirtschaftliche Versorgung? Wo gibt es freie Plätze in der Kurzzeitpflege? Wenn es hier eine Stelle gäbe, die immer über aktuelle Angebote Auskunft geben könnte, wäre das eine sehr große Entlastung.“

Fokusgruppe stationäre und ambulante geriatrische Pflege

Themenschwerpunkt „Schnittstellenmanagement“

Für die geriatrische Abteilung der Klinik I ist festzuhalten, dass 90 % der Aufnahmen von anderen Stationen innerhalb des Klinikums aus anderen Fachbereichen kommen:

„Kommt ein hochaltriger Patient beispielsweise mit einer Oberschenkelhalsfraktur zu uns in die Klinik, wird er zunächst in der Chirurgie aufgenommen und versorgt. Erst nach erfolgreicher Operation wird er dann auf die geriatrische Station verlegt.“

Die anderen 10 % kommen per Einweisung durch den Hausarzt direkt auf die geriatrische Station. Somit zählen Einweisungen aus anderen Pflegeheimen in der Regel zu den 90 % der intern verlegten Patienten, weil die Patienten per Notfall ins Krankenhaus kommen, auf einer Station eines Fachbereiches behandelt und im Anschluss auf eine geriatrische Station verlegt werden.

Generell ergibt sich aus dem Gespräch mit der Fokusgruppe, dass der Überleitungsbogen, der bei einer Verlegung von der Station, aus der die Verlegung erfolgt, sehr umfangreich ist (Kontinenzversorgung, Ernährung, Hautzustand, Medikamenteneinnahme, Atmung, usw.):

„Wenn dieser aufmerksam gelesen wird, müsste eine Person in der Lage sein, den Pflegeprozess gut ausführen zu können. Es hängt aber immer davon ab, wer den Bogen ausgefüllt hat und unter welchem zeitlichen Druck er vielleicht gestanden hat. Eine Verlegung erfolgt in der Regel im Rahmen einer Notfallsituation, da ist sehr häufig keine Zeit, weil beispielsweise der Krankenwagen schon da ist und der Patient möglichst schnell verlegt werden soll.“

Sehr häufig sind in diesem Zusammenhang die Informationen und die Kommunikation mit dem ambulanten Pflegedienst sehr schwierig, wenn die Patient*innen zu Hause versorgt werden. Meist gibt es nur einen kurzen Informationsbogen, der durch den Rettungswagen mitgebracht wird, oder es gibt eine kurze Information über die aktuelle Medikation. Informationen über mögliche Vorerkrankungen oder den Zustand vor dem Notfall wären für die Pflege und Pflegeplanung sehr hilfreich oder auch Pflegegrad, Ansprechpartner*innen, Patientenverfügung. In vielen Fällen muss der Sozialdienst „ermitteln“:

„Sehr häufig fehlen Informationen über Angehörige, so dass man nicht weiß, wer der Ansprechpartner ist.“

Der Informationsaustausch über den Pflegeprozess ist auch intern noch verbesserungswürdig, dies ist allerdings auf den unterschiedlichen Digitalisierungsgrad der Stationen zurück zu führen (die geriatrische Station der Klinik I ist zum Zeitpunkt des Gesprächs noch nicht digitalisiert und die Dokumentation erfolgt ausschließlich handschriftlich). Hier bleibt festzuhalten, dass bei jeder internen Verlegung ein eigener geriatrischer Aufnahmebogen neu erfasst werden muss. Sehr viele Punkte können im Rahmen des Pflegeprozesses beobachtet werden, bestimmte Informationen müssen aber erfragt werden und man ist auf die Hilfe der Patient*innen oder deren Angehöriger angewiesen. Hierbei entstehen allerdings potenzielle Fehlerquellen:

„In vielen Fällen können die Patienten allerdings keine adäquate Auskunft erteilen, so dass eine Erfassung im Rahmen einer einheitlichen Akte sehr hilfreich wäre. Angehörige können in manchen Fällen auch falsche Informationen weitergeben, daher ist eine einheitliche Dokumentation durch Pflegeüberleitungsbögen sehr hilfreich, wenn sie rechtzeitig erstellt werden.“

Die Informationsbeschaffung und Kommunikation mit den Hausarztpraxen verläuft in der Regel gut. Dies betrifft allerdings überwiegend Informationen wie Medikationsplan oder Laborergebnisse. Informationen, die den Pflegeprozess oder die häusliche und soziale Situation betreffen, sind an dieser Stelle auch nicht vorhanden.

Themenschwerpunkt: „GerNe Digital!“ in der Pflege

Des Weiteren wird der Einsatz der digitalen Akte aus „GerNe digital!“ in der Pflege diskutiert. Hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Bewertung zwischen beiden Fokusgruppen, was durch den unterschiedlichen Digitalisierungsstand der beiden Kliniken zu erklären ist. Das Personal aus der geriatrischen Abteilung, die bislang noch nicht digitalisiert ist, sieht eine Reihe von Problemen:

„Durch die momentan noch fehlende Digitalisierung unserer Station müsste wohl doppelt dokumentiert werden. Die hohe Menge an internen Verlegungen stellt die Frage, wer die Akte pflegen soll. Muss das vollständig durch die Geriatrie vorgenommen werden, ist das ein so hoher Mehraufwand, der im täglichen Geschäft nicht leistbar ist.“

Der Grundgedanke der Anwendung wird allerdings sehr positiv bewertet, weil es im Idealfall auch ein hohes Maß an Arbeitserleichterung bedeutet. Wenn eine sektorübergreifende Akte entsteht, an der auch Hausärzt*innen, ambulante Pflege, stationäre Altenpflege beteiligt sind, wäre das sehr hilfreich.

„Ein hohes Maß an Arbeitsaufwand fällt weg, da fehlende Daten nicht mehr recherchiert werden müssen. Sehr wichtig ist deshalb auch die Integration des Sozialdienstes.“

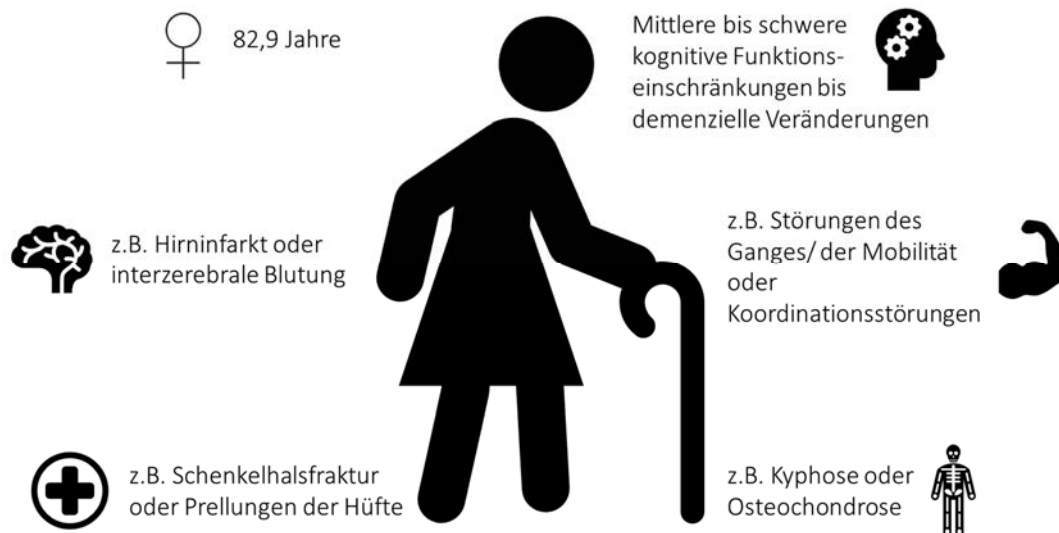
In dieser Akte könnten Informationen über die Biografie von Patient*innen erfasst werden. Das könnte für den Pflegeprozess sektorübergreifend sehr hilfreich sein. Die Dokumentation und Erfassung des generellen Zustands vor Eintreten der Aufnahme kann für viele Bereiche hilfreich sein.

Diskussion und Zusammenfassung: Ableitungen aus der ELSI Forschung für weitere Entwicklungen im Projekt

Die deskriptive Analyse der geriatrischen Population ergibt folgendes Bild: Patient*innen sind im Durchschnitt 82,9 Jahre alt, weiblich und in der Regel verwitwet oder noch verheiratet. Es liegt eine orthopädische oder neurologische Diagnose vor, anderweitige Laborbefunde oder Endokrine- und Stoffwechselstörungen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit treten mittlere bis schwere kognitive Einschränkungen auf. Das bedeutet, dass die Merkfähigkeit, Orientierung und Aufmerksamkeit stark

Soziale Implikationen bei der digitalen Vernetzung der geriatrischen Versorgung - Wofür steht das „S“ in der ELSI-Forschung?

reduziert ist und auch die Selbstständigkeit bezüglich Selbstsorge eingeschränkt ist. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse (hohes, durchschnittliches Alter/ sowohl starke physische und motorische Einschränkungen / kognitive Einschränkungen in Verbindung mit einer reduzierten Merkfähigkeit) (Abbildung 7) erscheint eine Nutzung der PIQ durch die Zielgruppe nur unter bestimmten Voraussetzungen zu funktionieren.



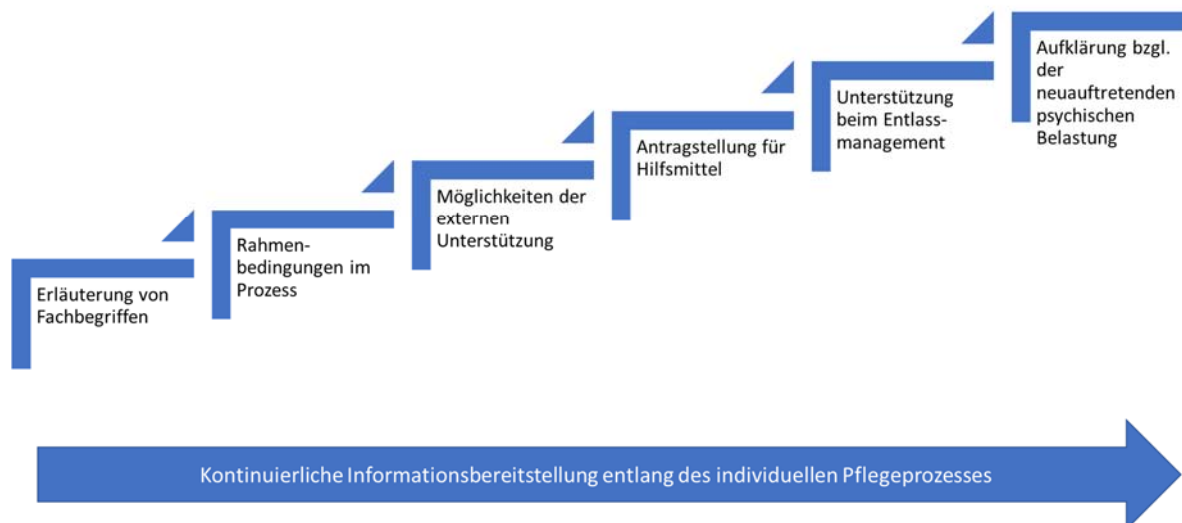
- *Abbildung 3: Charakteristika der geriatrischen Nutzergruppe*

Die aktuelle Datenlage zeigt, dass die identifizierte Nutzergruppe momentan eher in das „klassische Bild des Offliners“ passt: In der Altersklasse 80 – 89 Jahre sind Zweidrittel offline, in der Altersklasse 90 – 99 Jahre sind es sogar Dreiviertel. Auch die Ausstattung mit technischen Geräten spricht momentan eher gegen eine Nutzung: Laptop (20 %) oder Tablet (11 %) sind in der Altersgruppe 80 – 84 Jahre nicht weit verbreitet, mit steigendem Lebensalter sinken die Werte weiter (Initiative D21, 2021).

Es ist wichtig, dass nicht nur technische Lösungen für existierende Probleme gefunden werden, sondern dass diese Lösungen explizit auf die motorischen, kognitiven und psychischen Voraussetzungen der Zielgruppe abgestimmt werden (Zens, 2010). Um die Nutzung durch die Zielgruppe nicht auszuschließen, muss die PIQ daher sehr einfach und übersichtlich gestaltet sein und zur Nutzung motivieren. Dabei helfen wenige Funktionalitäten, große Symbole und Erklärungen, sowie Erinnerungsfunktionen. Eine Nutzung durch pflegende Angehörige ist dennoch sehr wahrscheinlich. Die Auswertung der ICD-10 Diagnosen könnte zudem auch genutzt werden, um pflegenden Angehörigen diagnosespezifisches Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen. Der Umgang bei beispielsweise kognitiven Funktionseinschränkungen oder motorischen Defiziten könnte so im Vorfeld erläutert werden, auf Besonderheiten hingewiesen werden und dadurch Missverständnisse im Umgang miteinander reduziert werden. Die Ergebnisse der Fokusgruppen mit pflegenden Angehörigen identifizieren einen eindeutigen Bedarf an organisatorischen Informationen. Um den Pflegeprozess auf organisatorischer Seite unterstützen zu können, müssen pflegende Angehörige über Fachbegriffe (wie z.B. Verhinderungspflege/ Ergänzungspflege), Rahmenbedingungen im Prozess (Ansprüche, die aus den Pflegegraden resultieren), Möglichkeiten der Unterstützung (Versorgungsleistungen, Einkaufen), Anträge auf Hilfsmittel, Unterstützung im Prozess des Entlassmanagements und Aufklärung/ Unterstützung hinsichtlich der neuauftretenden psychischen Belastung aufgeklärt und informiert werden (Abbildung 8). Aus sozialer Sicht resultiert daraus für die PIQ die eindeutige Implikation, die genannten organisatorischen Aspekte in einem

Soziale Implikationen bei der digitalen Vernetzung der geriatrischen Versorgung - Wofür steht das „S“ in der ELSI-Forschung?

begleitenden Informationsbereich den pflegenden Angehörigen zur Verfügung zu stellen und sie dadurch zu unterstützen. Eine mögliche Idee wäre ein Leitfaden entlang des Prozesses, um organisatorische Themen und Fragen abzudecken.



- Abbildung 4: Soziale Implikationen aus Sicht der pflegenden Angehörigen

Aus Anwendersicht ergeben die Ergebnisse aus den Fokusgruppen, dass die Überleitungsbögen insgesamt sehr umfangreich sind. Je nach ausfüllender Person und zeitlichem Druck sind die Informationen mehr oder weniger vollständig und lesbar. Informationen von ambulanten Pflegediensten sind in der Regel sehr kurz und enthalten oftmals nur Informationen über die aktuelle Medikation. Augenscheinlich resultiert daraus ein eindeutiger Bedarf für technische Lösungssysteme. Der Grundgedanke, welcher dabei auch durch „GerNe Digital!“ abgedeckt wird, wird als positiv bewertet, da der Arbeitsaufwand reduziert werden könnte. Einrichtungen, die jedoch noch nicht digitalisiert sind, stehen der Digitalisierung skeptisch gegenüber, da ein Mehraufwand befürchtet wird, welcher nicht tragbar wäre. Einige Teilnehmer reagieren mit Skepsis und Sorge. Es lässt sich schlussfolgern, dass die Funktionen von „GerNe Digital!“ daher ein umfassendes, digitalisiertes Überleitungsmanagement ermöglichen müssen und dass dafür die integrierten Versorgungsdienstleister und Kliniken, welche noch keine Vorerfahrungen in der Digitalisierung haben, ausreichend aufgeklärt werden müssen. Ängste und Sorgen müssen im Vorfeld durch Aufklärungs- und Schulungsmaßnahmen abgebaut werden.

Die ELSI Forschung konnte im „GerNe Digital!“ Projekt die Anwender- und Nutzergruppen in das Projekt integrieren und damit einen wichtigen Beitrag hinsichtlich der sozialen Implikationen leisten. Konkrete soziale Bedarfe wurden für die PIQ für geriatrische Patient*innen und deren pflegende Angehörige ermittelt. Zudem ergeben sich auch für die Akteure im Gesundheitswesen konkrete Bedarfe. Die ELSI Forschung läuft begleitend zu den Arbeitspaketen und ermöglicht damit eine unabdingbare Integration der Nutzer*innen und Anwender*innen.

Literatur:

Folstein, M. F., Robins, L. N., & Helzer, J. E. (1983). The mini-mental state examination. Archives of general psychiatry, 40(7), 812-812.

Herrmann, M., Boehme, P., Mondritzki, T., Ehlers, J.P., Kavadias, S., Truebel, H. (2018). Digital Transformation and Disruption of the Health Care Sector: Internet-Based Observational Study. Journal of medical Internet research 20 (3)

Initiative D21. (2020/2021). Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Berlin.

Keitll, R., Granger, C., & Hamilton, B. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. Advances in Clinical Rehabilitation, 1, 6-18.

Mueller, T. (2005). Telematik im Gesundheitswesen.

Parker, L. S., Sankar, P.L., Boyer, J., Jean McEwen, J. D. & Kaufman, D. (2019). Normative and conceptual ELSI research: what it is, and why it's important. Genetics in medicine: official journal of the American College of Medical Genetics 21 (2), 505–509.

Prosiegel, M., Böttger, S., Schenk, T., König, N., Marolf, M., Vaney, C. & Yassouridis, A. (1996). Der erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. Neurologie & Rehabilitation, 1, 7-13.

Stubbe, J. (2018). Innovationsimpuls „Integrierte Forschung“. Diskussionspapier des BMBF-Forschungsprogramms „Technik zum Menschen bringen“, 446.

World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.

Zens, M., Gövercin, M. & Steinhagen-Thiessen, E. (2010). Gesundheitstechnik für die alternde Bevölkerung. Bundesgesundheitsblatt 53, 474–478.



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



EFRE.NRW

Investitionen in Wachstum
und Beschäftigung

Autor*innen: Elena Cramer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität (GELL) des IAT, Dr. Peter Enste leitet den Forschungsschwerpunkt GELL.

Kontakt: enste@iat.eu; cramer@iat.eu

Forschung Aktuell 05-2021

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen – Bocholt – Recklinghausen

Redaktionsschluss: 30.04.2021

<http://www.iat.eu/forschung-und-beratung/publikationen/forschung-aktuell.html>

Redaktion

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Institut Arbeit und Technik

Fax: 0209 - 1707 110

Munscheidstr. 14

E-Mail: braczko@iat.eu

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>