

Entscheider-Zyklus 2024

Thema 1:

„Papier war gestern!“

Integration eines Workflow-Formularservers in eine Klinik-IT-Infrastruktur als digitales Äquivalent zu Papierformularen.



terraconnect



Agenda



- 1 **Herausforderung / Problemstellung**
- 2 Aufgabenstellung / Ziele
- 3 Aktueller Stand



Papier



Digital

Fragen zu Ihrem Befinden

Klinik-Name: _____ Seite: 1

Name: _____

Pat.Nr.: _____

Hier ist eine Liste von Be-
nannten Beschwerden,
Leiden überschrieben, die
Bitte geben Sie jetzt an, 4
Wochen (Ausnahme: vor
mochten wir auch wissen

Bitte beantworten Sie je
Kreuzen Sie „0“ = trifft nicht
leiden,
Kreuzen Sie „1“ = trifft kau
Kreuzen Sie „2“ = trifft ziem
Kreuzen Sie „3“ = trifft deut
Kreuzen Sie „4“ = trifft ext

(1) Meine Stimmung ist
gedrückt/niedergeschlagen

(2) An Dingen, die ich nicht
habe ich keine richtige Fre

(3) Ich habe nicht genug
tun will und werde schnell

(4) Ich fühle mich wertlos

(5) Ich bekomme unerklär
Angst in Situationen, die
harmlos erscheinen.

(6) In starken Angstsitua
auftretende körperliche B
Herzklopfen/-rasen, Atem
auf der Brust, Kribbeln im Ha
Unruhe bzw. Anspannung

(7) Ich versuche bestimm
Angst machen, zu verme

(8) Schon die Vorstellung
Angstatacke erleiden kö

© 2006 IQP - Institut für Qu

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtwert _____ = Addition _____ + _____ + _____
der Spaltensummen

ALR

{nom_customer}

A01 A02 A03 A04

A01 A02 A03 A04

A01 A02 A03 A04

A01 A02 A03 A04

Adresse:(pat_street), (pat_zipcode) (pat_city)

Patient:(pat_name), (pat_vname)

Geburtsdatum:(pat_gbdatt)

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Aufklärungsbogen informiert Sie im Zusammenhang mit dem Aufklärungsgespräch des Arztes/der Ärztin über den Ablauf einer "(bog_procdescr)"-Untersuchung und evtl. damit zusammenhängende Risiken. **Bitte lesen Sie diesen sorgfältig und füllen Sie den umseitigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus.**

ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

⓪ Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.

Trifft nicht zu Trifft kaum zu Trifft ziemlich zu

Trifft deutlich zu Trifft extrem zu

⓪ An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.

Trifft nicht zu Trifft kaum zu Trifft ziemlich zu

Trifft deutlich zu Trifft extrem zu

⓪ Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.

Trifft nicht zu Trifft kaum zu Trifft ziemlich zu

Trifft deutlich zu Trifft extrem zu

⓪ Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.

Trifft nicht zu Trifft kaum zu Trifft ziemlich zu

Trifft deutlich zu Trifft extrem zu

⓪ Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.

Trifft nicht zu Trifft kaum zu

Agenda



- 1 Herausforderung / Problemstellung
- 2 **Aufgabenstellung / Ziele für das Sommer Camp**
- 3 Lösungsszenarien



Aufgabenstellung / Ziele

1

Ziel #1

Persönliches Kennenlernen und Teambuilding

2

Ziel #2

Evaluation der bisherigen Arbeit

3

Ziel #3

Prozessdefinition:
Vom Papier zum MedPaper

4

Ziel #4

Zeitplan und Vorgehen für die Implementierung/Changemanagement aufstellen

Agenda



- 1 Herausforderung / Problemstellung
- 2 Aufgabenstellung / Ziele
- 3 **Aktueller Stand**



Aktueller Stand

1

Definition Projektscope mit
allen Projektteilnehmern

2

Aufstellung der Teams und
Arbeitsgruppen

3

Technische
Vorraussetzungen erfüllt

4

Ersten MedPaper zur
Evaluation erstellt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



ENTSCHEIDERFABRIK

Stv. Sprecher fördernde Verbände

Geschäftsführer

Rochusweg 8

D-41516 Grevenbroich

Tel: +49 (0) 2182-88 65 06 6

Fax: +49 (0) 2182-88 65 38 2

Mobil: +49 (0) 170-23 03 11 1

E-Mail: Pierre-Michael.Meier@entscheiderfabrik.de

Web: www.ENTSCHEIDERFABRIK.com



terraconnect

 Health-Comm

 Thieme Compliance



innocon
systems

 Alexianer

 Landeskrankenhaus

KLINIKEN
SÜDOSTBAYERN 

nexus/marabu

innocon
systems

 AWO
Niedersachsen gGmbH
AWO Psychiatriezentrum

 Thieme Compliance

nexus/marabu

 terraconnect

KLINIKEN
SÜDOSTBAYERN 

 Health-Comm

 Alexianer

 Landeskrankenhaus