



Entwicklung und Etablierung der  
sektorenübergreifenden Versorgung  
älterer Menschen nach einem  
Krankenhausaufenthalt in Potsdam  
(SEVERAM)

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

04.03.2010

# Erste Meilensteinkonferenz

im St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci

---



## Gliederung

### **1. Einleitung**

- 1.1 Vorstellung des Projekts in der Region
- 1.2 Erhobene Daten
- 1.3 Patientendaten SJKP
- 1.4 Pflegeversorgung 2007

### **2. Regionale Versorgungssituation**

- 2.1 Versorgungssituation allgemein
- 2.2 Versorgung durch ein Krankenhaus
- 2.3 Schnittstelle Entlassungsmanagement
- 2.4 Pflegeheime
- 2.5 Angehörige
- 2.6 Zusammenarbeit von Institutionen
- 2.7 Ausgewählte Themen innerhalb der Versorgung

### **3. Ethisches Monitoring**

### **4. Überleitungs- und Nachsorgekonzept**



## **Monate 1- 8 (Mai – Dezember 2009)**

- Analyse und Bewertung der Versorgungssituation älterer Menschen in Potsdam
- Identifikation von „Schnittstellenproblemen“ zwischen den verschiedenen Bereichen der Versorgung
- Weiterentwicklung und Modifikation bestehender Instrumente zum Versorgungsmanagement
- Meilensteinkonferenz zur Vorstellung der Ergebnisse dieser Phase und zur Vorbereitung der Einführung der Instrumente zum Versorgungsmanagement
- Meilensteinkonferenz I



## 1.1 Vorstellung des Projekts in der Region

### **SJKP:**

Geschäftsführerin und ärztlicher Direktor, Einrichtungssteuerkreis, AG Pflege, Sozialdienst, Leitungsebene Servicebereich, kooperierende Beratungsstellen

### **Arbeitskreise des Netzwerkes:**

AK Zusammenarbeit der Dienste und Einrichtungen, AK ambulante Pflege, AK Gerontopsychiatrie, AK Alter und Ehrenamt

### **Region:**

Geschäftsführer der Krankenhäuser, Ausschuss für Gesundheit und Soziales

### **Bund:**

Erstes Statusseminar Silqua FH



## 1.2 Erhobene Daten

<b>Erhebungsart</b>	<b>Gegenstand</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Methode</b>
<b>Literatur-recherche</b>	Publikationen, amtliche Veröffentlichungen	Diverse	Analyse/ Vergleich
<b>Statistiken (Bund, Land, Kommune)</b>	Daten zur Demografie und Versorgung	Diverse	quantitativ
<b>Experten-interviews</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Krankenhaussozialdienste</li><li>•Stationspflege</li><li>•Pflegedirektion</li><li>•Krankenhausleitung</li><li>•Patientenbeauftragte</li><li>•Ambulante Pflegedienste</li><li>•Stadtplanung</li><li>•Betreuungsbehörde</li><li>•Beratungsstellen</li></ul>	20 Inter-views	qualitativ



## 1.3 Patientendaten SJKP:

### **Datenkranz:**

Patienten-ID, Alter des Patienten, Geschlecht, Postleitzahl, Krankenkasse, Behandlungsdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungsprozeduren, Aufenthaltszeit, Aufnahmedatum, Entlassung (wann, wohin), Fachabteilung, Verlegungskette, Fallgewicht

**Antrag** auf Forschung ohne Einwilligung der Betroffenen gem. §28 Abs. 3, 4. LKGBbg bei **MGUV** ist gestellt.



## 1.4 Pflegeversorgung 2007

	<b>Bund</b>	<b>BB</b>	<b>P</b>	<b>PM</b>
Einwohneranzahl (in tausend)	82.401	2.542	150	205
Pflegebedürftige in stationärer Versorgung	32%	25%	23%	32%
Pflegebedürftige in ambulanter Versorgung	22%	27%	34%	25%
Pflegebedürftige ausschl. versorgt durch Angehörige	46%	48%	43%	43%

Quelle: [www.regionalstatistik.de](http://www.regionalstatistik.de)



## 2. Regionale Versorgungssituation

### **Theoretisch-konzeptioneller Referenzrahmen**

- Ambulant vor stationär
- Rehabilitation vor Pflege
- Aktivierende Pflege
- WHO Definition Pflegestandard
- Charta der Rechte Pflegebedürftiger Menschen
- Autonomie & Mitbestimmung
- Lebensqualität
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Bio-psycho-soziales Modell (von Uexküll)



## 2.1 Versorgungssituation allgemein

- Versorgung setzt sich aus verschiedenen Komponenten unterschiedlicher Anbieter zusammen.
- Versorgung umfasst Pflege, Medizin, Soziales und Unterstützungen in der Alltagsbewältigung
- Die Versorgungslage in Potsdam wird von den befragten Experten positiv beurteilt.
- Die Versorgungslage in der Region wird von den Experten in dünnbesiedelten Gebieten als teilweise schwierig beurteilt



## 2.1.1 Leistungserbringer

- Krankenhäuser
- Sozialstationen und Pflegedienste
- Niedergelassene Ärzte
- Beratungsstellen
- Betreute Wohnformen
- Heime
- Dienstleister
- Angehörige
- Gesetzliche Betreuer
- Ehrenamtliche Helfer



## 2.1.2 Leistungsträger

- Krankenkassen
  - Pflegekassen
  - Unfallversicherung
  - Rentenversicherungsträger
  - Sozialhilfeträger
  - Justizkasse (gesetzliche Betreuung)
- 
- Patienten
  - Angehörige



## 2.2 Versorgung durch ein Krankenhaus

- Krankenhaus zuständig für Akutbehandlung
- Prognostisch Zunahme des Anteils an Versorgung
- Liegezeiten begrenzt, Zeit- und Entlassungsdruck
- **Entlassungsmanagement** stellt Weiterversorgung sicher (Multiprofessioneller Prozess)
  - Ggf. Absicherung der Versorgung durch Hilfsmittelversorgung und Pflege und/oder Rehabilitation
  - Beratung und Sensibilisierung der Patienten und Angehörigen, Vermittlung an Beratungsstellen
  - Wenn möglich Einbindung der Angehörigen in die Versorgung



## **2.2.1 Stellung des Sozialdienstes**

- Sozialdienst wird durch Anforderung tätig
- Sozialdienst hat steuernde Funktion bei der Vorbereitung der Entlassung
- Je nach Fall sehr unterschiedliche Aufgaben
- Entlassungspfade legen schriftlich den Ablauf und die Verantwortungen bis zur Entlassung fest
- Sozialdienst evaluiert das Entlassungsmanagement
- Rechtliche Verantwortung für die Entlassung liegt beim entlassenden Arzt



## 2.2.2 Probleme in Krankenhäusern

- Bedarf nach Entlassungsmanagement zu spät/gar nicht erkannt, zu späte/keine Einschaltung des Sozialdienstes
- Entlassungstermin nicht (rechtzeitig) kommuniziert
- Durch „spontane Entlassung“ Organisation der Anschlussversorgung nicht abgeschlossen
- Angehörige/ Pflegedienste/ stationäre Einrichtung nicht (rechtzeitig) informiert
- Neueinschätzung der benötigten Anschlussversorgung nicht (rechtzeitig) kommuniziert



## 2.2.2 Probleme in Krankenhäusern

- Organisation der Anschlussversorgung durch fehlende Zuarbeiten erschwert
- Unterschiedliche Beurteilungskriterien der verschiedenen Berufsgruppen zum Entlassungstermin
- Wechselnde ärztliche Zuständigkeit durch Schichtdienst
- Überschreitung der Liegezeiten kann zu Erlösproblematik führen.
- Anleitung und Information Angehörige nicht ausreichend (Zeitmangel und Zuständigkeit)



## 2.3 Schnittstelle Entlassungsmanagement

- Organisation der Versorgung abhängig von verfügbaren Ressourcen
- Nicht immer abschließende Klärung der Finanzierung von Versorgung möglich
- Nicht immer abschließende Klärung der Nachversorgung durch Rehabilitation möglich
- Nicht immer abschließende Klärung der pflegerischen Versorgung möglich
- Keine Überprüfung des Fallverlaufs nach der Entlassung
- Keine standardisierte Rückmeldung bei Wiederaufnahme des Patienten an den zuletzt zuständigen Sozialdienstmitarbeiter



## 2.3.1 Entlassung in die Häuslichkeit

Entlassungsmanagement muss bei einer Entlassung in die Häuslichkeit in Bezug auf folgende Bedarfe ausgerichtet sein:

- Sozialer Unterstützungsbedarf
- Pflegebedarf
- Medizinischer Versorgungsbedarf



## 2.3.2 Versorgungsprobleme in der Häuslichkeit

- Überforderte pflegende Angehörige
- Angehörige örtlich zu weit entfernt, um aktiv mitzuwirken
- Patienten lehnen professionelle Dienstleister aus finanziellen Gründen ab
- Professionelle Dienstleister stehen nicht im benötigten Umfang zur Verfügung (Region)
- Entlassung vor Wochenenden/ Feiertagen erschwert die Übernahme der Pflege
- Notwendige Informationen und notwendige Unterlagen für Pflegedienst fehlen



### 2.3.3 Pflegedienste

- Hohes Arbeitspensum und Zeitdruck
- Aufwändige Dokumentation benötigt einen hohen Anteil der Arbeitszeit
- Kaum Finanzierungsmöglichkeit für Sozialarbeit, obwohl viel Bedarf festgestellt wird (sowohl sozialrechtliche Beratung als auch soziale Unterstützung)
- Berichten von zweckentfremdeter Nutzung von Pflegegeld durch Angehörige und daraus folgenden Pflegemängeln, die dann dem Pflegedienst angelastet werden können



## 2.4 Pflegeheime

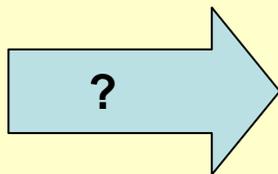
- Die Versorgungsqualität der Heime wird unterschiedlich bewertet
- Es wird von Kapazitätsengpässen in den gut bewerteten Heimen berichtet
- Die Unterbringung von Menschen mit einer Demenz in Heimen wird von den interviewten Experten als Fehlplatzierung beschrieben



## 2.4.1 Schnittstelle Pflegeheim/Krankenhaus

Aus Pflegeheimen werden Patienten in Krankenhäuser eingewiesen:

- wenn diese unter akuten Behandlungsbedürftigen gesundheitlichen Störungen leiden,
- wenn akute Mangelerscheinungen auftreten,
- wenn es zu Unfällen gekommen ist,
- wenn es zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes kommt



Weisen Heime zu schnell und zu häufig in das Krankenhaus ein?

Wie kann dem entgegengewirkt werden?



## 2.5 Angehörige

- Angehörige sind wesentliche Leistungserbringer in der häuslichen Pflege
- Angehörige sind wichtige Kooperationspartner (v.a. bei Patienten, die nicht selbst ihre Interessen vertreten können)
- Angehörige verfügen über wichtige Informationen zum Patienten
- Angehörige leisten informelle Hilfe und soziale Unterstützung
- Angehörige können helfen, professionelle Versorgung zu etablieren



## 2.5.1 Probleme von Angehörigen

- Überlastungsrisiko bei alleiniger Pflege durch hohe körperliche und psychosoziale Belastung.
- Mangelndes Wissen und fehlende Information zu relevanten Fragen der (Final-)Pflege.
- Gefahr der Entstehung von sozialer Isolation und sozialen Schwierigkeiten aufgrund der zeitlichen Belastung durch die Pflege.
- Gefahr der falschen Einschätzung des Pflegebedarfs und Beeinflussung des Patienten, kann zur Unterversorgung führen.



## 2.6 Zusammenarbeit von Institutionen

- Innerhalb des Netzwerkes gute Kommunikation (aber auch zu Partnern außerhalb des Netzwerkes).
- Entwickelter Standard zur Überleitung und Nachsorge im Netzwerk
- Überleitungsbögen sind verbindlicher Qualitätsbaustein
- „Kurzer Dienstweg“ vs. Überleitungsbögen
- (teilweise) Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Kostenträgern
- (teilweise) Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten



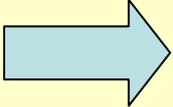
## 2.7 ausgewählte Themen innerhalb der Versorgung

Ausgewählte Themen, die

- in verschiedenen Perspektiven im Datenmaterial vorkommen
- eine hohe Relevanz für die Versorgung besitzen
- Schwerpunkte in der weiteren Datenerhebung bilden werden.



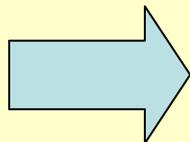
## 2.7.1 Menschen in der letzten Lebensphase

- Entlassungsmanagement kann auch bedeuten, Finalpflege nach der Entlassung sicher zu stellen
  - Nicht alle stationären Pflegeeinrichtungen können auch Finalpflegen übernehmen
  - Für ambulante Finalpflege werden Angehörige, Hospizdienst, Hausarzt und Sozialstation benötigt
  - Fehlendes Wissen um Sterben verunsichert pflegende Angehörige
  - Auch bei Professionellen fehlendes Wissen um den Sterbevorgang, fehlende Erfahrung
-  Sterbende werden noch kurz vor dem Tod ins Krankenhaus verlegt



## 2.7.1 Menschen in der letzten Lebensphase

- Krankenhäuser müssen als Institutionen Rahmenbedingungen für ein würdiges Sterben schaffen
- Institutionen sollten einen bewussten Umgang mit dem Thema Sterben haben, der sich auch in Vorgaben, Richtlinien, Leitbildern widerspiegelt
- In der Region (außerhalb von Potsdam) wird von Schwierigkeiten berichtet, die häusliche Versorgung Sterbender sicherzustellen
- Belastung auch für professionell Pflegende in der Finalpflege sehr hoch (Entlastung durch Supervision)
- Angehörige brauchen Informationen, Aufklärung, Beratung und Unterstützung (durch Professionelle)



Ziel einer Planung von Finalpflege ist es auch, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden



## 2.7.2 Menschen mit besonderen Problemkumulationen

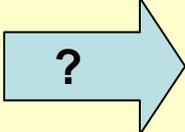
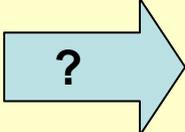
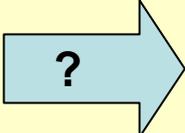
**Multimorbidität** stellt die Versorgung vor besondere Aufgaben:

- Der Verlauf der Krankenhausbehandlung ist nur eingeschränkt vorhersehbar, dadurch wird die Planung der Entlassung erschwert.
- Es wird von einer Zunahme von depressiven Erkrankungen (Nebendiagnosen) berichtet.
- Das gleichzeitige Auftreten einer gerontopsychiatrischen und einer somatischen (chronischen) Erkrankung kann zu einer besonderen Herausforderung des Entlassungsmanagements und der Versorgung führen.



## 2.7.2 Menschen mit besonderen Problemkumulationen

### **Multimorbidität**

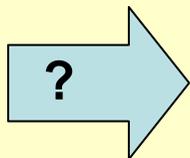
-  Wie kann Entlassungsmanagement für multimorbide Patienten verbessert werden?
  
-  Welche Bedeutung haben depressive Erkrankungen in der Versorgung älterer Menschen (in der beforschten Region)?
  
-  Sampling für die Fallstudien muss gerontopsychiatrische Erkrankungen berücksichtigen.



## 2.7.2 Menschen mit besonderen Problemkumulationen

**Soziale Probleme** in Verbindung mit somatischen und psychischen Einschränkungen und/oder komplexen Pflegebedarfen

- Gestörte/verlorene Beziehung zu Angehörigen
- Soziale Isolation und Einsamkeit
- Finanzielle Schwierigkeiten/Abhängigkeiten (von Patienten und Angehörigen)



Welche Hilfsangebote gibt es für Soziale Probleme älterer Menschen in der Versorgung?

Gibt es Kategorien Sozialer Probleme, für die diese Angebote keine Lösungsansätze haben?



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

**SEVERAM**



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

## 3 Ethisches Monitoring

**Stefan Kurzke-Maasmeier**

Berliner Institut für christliche Ethik und Politik  
ICEP

[Zum Vortrag](#)



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

**Pause**

**PAUSE**  
(15 Minuten)





## 4 Überleitungs- und Nachsorgekonzept

- Datendeckung mit den im Überleitungs- und Nachsorgekonzept identifizierten Probleme
- Identifizierte Probleme, die nicht im Überleitungs- und Nachsorgekonzept benannt wurden.
- Vergleich der zur Verfügung gestellten Überleitungsbögen mit dem Qualitätsstandard des Überleitungs- und Nachsorgekonzepts.
- Stand der Dinge



## 4.1 Deckung der identifizierten Probleme

Im Datenmaterial werden folgende Probleme, die auch im Überleitungs- und Nachsorgekonzept identifiziert werden, benannt:

- Keine Mitgabe des Überleitungsbogen
- Mangelnde Qualität des Überleitungsbogens
- Fehlende Kennzeichnung der Pflegestufe
- Ausgabe der Medikamente durch das Krankenhaus am WE
- Nichtwissen der Patienten, wo sie sich hinwenden können
- Kurzfristige Entlassungen vor dem Wochenende
- Fehlende Überleitungen bei Spontanentlassungen
- Längere Bearbeitungszeit durch die Behörden
- Kein Hinweis über Infektionskrankheiten, insbesondere MRSA-Infektion



### **4.1.1 Identifizierte Probleme außerhalb des Standards**

- Mitgegebene Überleitungsbögen durch die HKP kommen schon in der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus abhanden.
- Keine Benachrichtigung von HKP bei Notfalleinweisung in Krankenhaus.
- Keine Information der zuständigen HKP bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus.
- Diskrepanzen bei der Beurteilung von Pflegebedarf im Rahmen von Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt.
- Keine Informationen über die Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn der Patient schon durch eine HKP versorgt wird.
- Der standardisierte Feedbackbogen wird immer noch nicht ausreichend genutzt.



## 4.1.2 Überleitungsbögen im Vergleich

- Es wurden die Netzwerkmitglieder, die im ambulanten und stationären Bereich tätig sind, mit der Bitte um Sendung der Überleitungsbögen kontaktiert. (N= 20 Einrichtungen)
- Arztbriefe und Epikrisen wurden nicht berücksichtigt
- Neun Einrichtungen sandten ihren Überleitungsbogen an das Forscherteam (Rücklauf: 45%)
- Vier Einrichtungen verwenden denselben Überleitungsbogen
- Fünf Einrichtungen verwenden unterschiedliche Überleitungsbögen



### 4.1.3 wesentliche Unterschiede der Überleitungsbögen

- Die vorliegenden sechs Überleitungsbögen weisen deutliche Unterschiede auf, zwei der Überleitungsbögen übermitteln nur wenig Informationen und weisen deutliche Diskrepanzen zu den Qualitätsbausteinen des Konzepts auf.
- In Bezug auf medizinische Angaben, besteht ein Unterschied zwischen den Überleitungsbögen der Krankenhäuser und der Pflegedienste.
- Beantragte Hilfsmittel und Leistungen, werden in den Überleitungsbögen, solange sie nicht bewilligt sind, kaum erwähnt.



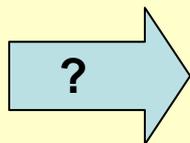
### 4.1.3 wesentliche Unterschiede der Überleitungsbögen

- Informationen zur Ernährung sind in der Mehrzahl der Bögen kaum vorhanden. Nur auf zwei Bögen sind diese analog der Vorgaben des Qualitätsstandards vorhanden.
- Informationen zur Ausscheidung werden nur auf zwei Bögen gemäß den Vorgaben des Qualitätsstandards vorgehalten.
  - Der Unterpunkt „Wechsel und Charge“ findet sich nur auf zwei Bögen.
  - Auf zwei Bögen ist nicht vermerkt, ob ein Dauerkatheder oder Cystofix gelegt ist.



## 4.2 Stand der Dinge

- Die Verabschiedung des Überleitungs- und Nachsorgekonzepts hat nicht dazu geführt, dass alle Einrichtungen ihren Überleitungsbogen überarbeitet und diesen dem Standard angepasst haben.
- Bezüglich der Überleitungen wird weitere Entwicklung gewünscht.
- Die Übersichtlichkeit und Menge an Informationen wird bei einem Teil der Überleitungsbögen bemängelt.



Ist es sinnvoll einen gemeinsamen Überleitungsbogen für das Netzwerk zu entwickeln?



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

**SEVERAM**



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

## Weitere Informationen:

[www.severam.de](http://www.severam.de)

[www.khsb-berlin.de](http://www.khsb-berlin.de)

[www.alexianer.de](http://www.alexianer.de)



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

**SEVERAM**



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Tel.: 030 – 50 10 10 916**  
**zimmermann@khsb-berlin.de**  
**binner@khsb-berlin.de**  
**Internet: [www.khsb-berlin.de](http://www.khsb-berlin.de)**

**Kontakt SJKP:**  
**Frau Sibylle Kraus**  
**Telefon (030) 2311-2285**  
**[s.kraus@alexius.de](mailto:s.kraus@alexius.de)**