



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

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

	Bund	BB	P	PM
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



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

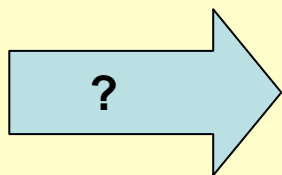
- Die Versorgungsqualität der Heime wird unterschiedlich bewertet
- Es wird von Kapazitätsengpässen in den gut bewerteten Heimen berichtet
- Die Unterbringung von Menschen mit einer Demenz in Heimen wird von den interviewten Experten als Fehlplatzierung beschrieben



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



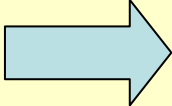
2.7 ausgewählte Themen innerhalb der Versorgung

Ausgewählte Themen, die

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



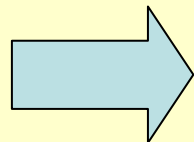
2.7.1 Menschen in der letzten Lebensphase

- 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 Krankenseinweisungen 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

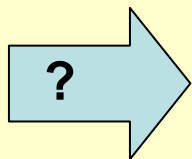
- ? → Wie kann Entlassungsmanagement für multimorbide Patienten verbessert werden?
- ? → Welche Bedeutung haben depressive Erkrankungen in der Versorgung älterer Menschen (in der beforschten Region)?
- ? → Sampling für die Fallstudien muss gerontopsychiatrische Erkrankungen berücksichtigen.



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.



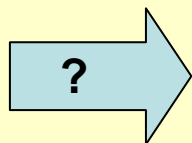
4.1.3 wesentliche Unterschiede der Überleitungsbögen

- 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

www.khsb-berlin.de

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

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