ISG · Institut für Soziale Gesundheit

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

ULRICH BINNER, KARLHEINZ ORTMANN & RALF-BRUNO ZIMMERMANN

ABSCHLUSSBERICHT DES PROJEKTS SEVERAM

BERICHTSZEITRAUM: 01.05.2009 – 30.04.2012

PERSPEKTIVEN DER VERSORGUNG ÄLTERER MENSCHEN

GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium für Bildung und Forschung

in der ersten Förderrunde der Förderlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ (SILQAU-FH) im Rahmen des Programms „Forschung an Fachhochschulen“, Forschungsvorhaben 17S09X09

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Dieser Bericht entstand unter der Mitwirkung von Judith Hennig und Jenny Zirnstein (wiss. Mitarbeiterinnen SEVERAM), Stefan Kurzke-Maasmeier, Anja Nachtigall und Axel Bohmeyer (Ethisches Monitoring, ICEP).

Als studentische Hilfskräfte waren Dr. Marion Bonillo, Markus Baier, Judith Fink, Leni Höllerer und Franziska Schmidt im Projekt beschäftigt und haben mit ihrer Arbeit das Entstehen dieses Berichtes unterstützt.

Unser Dank gilt Diplom-Sozialarbeiterin Gülzade Düzgün, die wir als Moderatorin für die *transsektoralen Fallkonferenzen* gewinnen konnten.

Wir danken unserem Kooperationspartner, dem St. Josefs-Krankenhaus Potsdam und besonders Sibylle Kraus, die dieses Projekt durch ihr großes Engagement möglich gemacht hat und uns im Verlauf des Projektes stets konstruktiv begleitet hat.

Unser Dank gilt auch der Stadt Potsdam, die von Beginn an dieses Projekt unterstützte.

Wir danken dem *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam*, insbesondere Frau Brigitta Neumann, Frau Martina Trauth-Koschnick und Frau Juliane Nachtmann, für die uns zu Teil gewordene Unterstützung und die Bereitschaft zur intensiven Zusammenarbeit.

Wir danken allen Interviewpartnerinnen und -partnern für die uns zur Verfügung gestellte Zeit.

INHALTSVERZEICHNIS

1 KURZE DARSTELLUNG 1

1.1 AUFGABE DES PROJEKTS 1

1.2 VORAUSSETZUNGEN, UNTER DENEN DAS VORHABEN DURCHGEFÜHRT WURDE 2

1.3 PLANUNG UND ABLAUF DES VORHABENS 4

1.4 WISSENSCHAFTLICHER UND TECHNISCHER STAND, AN DEN ANGEKNÜPFT WURDE 8

1.5 ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN STELLEN 10

2 EINGEHENDE DARSTELLUNG 12

2.1 DARSTELLUNG DER METHODIK UND METHODOLOGIE 12

2.1.1 REZEPTION VORFINDLICHER STATISTISCHER DATEN 13

2.1.2 EXPERTINNEN- UND EXPERTENINTERVIEWS 14

2.1.3 TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG 15

2.1.4 DOKUMENTENANALYSE 16

2.1.5 KRANKENHAUSDATEN DES KOOPERATIONSPARTNERS 16

2.1.6 ZIELE UND METHODEN DES ETHISCHEN MONITORING 17

2.1.7 DATEN AUS DEM KRANKENHAUSSOZIALDIENST 19

2.1.8 FALLSTUDIEN 19

2.1.9 *TRANSSEKTORALE FALLKONFERENZEN* 22

2.2 ERZIELTE ERGEBNISSE 22

2.2.1 VERSORGUNGSLAGE ÄLTERER MENSCHEN IN DER REGION 22

2.2.2 EVALUATION DER EINBINDUNG VON EHRENAMTLICHEN MITARBEITERINNEN UND MITARBEITERN 28

2.2.3 ÜBERLEITUNGEN IM VERSORGUNGSSYSTEM 33

2.2.4 ANALYSE DER BEREITGESTELLTEN KRANKENHAUSDATEN DES KOOPERATIONSPARTNERS 35

2.2.5 DATEN AUS DEM KRANKENHAUSSOZIALDIENST 39

2.2.6 ERGEBNISSE DES ETHISCHEN MONITORING 57

2.2.7 FALLSTUDIEN 59

2.2.8 DAS KONZEPT DER *TRANSSEKTORALEN FALLKONFERENZEN* 65

2.2.9 EINBINDUNG PSYCHOSOZIALER BEREICHE IN DAS *BRANDENBURGER PFLEGETAGEBUCH* 70

2.2.10 VEREINBARKEITSLOTSEN BERUF UND PFLEGE 71

2.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DEN ERGEBNISSEN 73

2.3.1 WAHRNEHMUNGSPROBLEME 73

2.3.2 DOKUMENTATIONSPROBLEME 74

2.3.3 KOMMUNIKATIONSPROBLEME 74

2.3.4 AUSHANDLUNGSPROBLEME 74

2.3.5 KOORDINATIONS- UND PROZESSPROBLEME 75

2.3.6 Moralische Problemlagen 75
2.3.7 Vorschläge zur Problemlösung 76
2.4 voraussichtliche Nutzen und Verwertbarkeit 78
2.4.1 Wirtschaftliche Erfolgsaussichten 78
2.4.2 Wirtschaftliche Folgeentwicklung 79
2.4.3 Wissenschaftliche Erfolgsaussichten 80
2.4.4 Wissenschaftliche Anschlussfähigkeit 82
2.4.5 Wissenstransfer 83
2.5 Der wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Nachweises 83
2.6 bekannt gewordener Fortschritt 84
2.7 erfolgte oder geplante Veröffentlichungen des Ergebnisses 84

3 ANLAGE KURZGEFASSTER ERFOLGSKONTROLLBERICHT (INTERN) 86
3.1 Der Beitrag der Ergebnisse zu den förderpolitischen Zielen 86
3.2 Das wissenschaftlich-technische Ergebnis 86
3.3 Die Fortschreibung des Verwertungsplanes 87
3.4 Arbeiten, die zu keiner Lösung geführt haben 87
3.5 Präsentationsmöglichkeiten für mögliche Nutzerinnen und Nutzer 88
3.6 Die Einhaltung der Ausgaben- und Zeitplanung 88

4 ANHANG 89
***4.1* Mitglieder des *Netzwerks* 89**
4.2 Liste der abgeschlossenen Qualifizierungs- und Projektarbeiten 90
4.3 Liste der verwendeten Literatur 91
4.4 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 94
4.5 Datenschutzkonzept 95
4.5.1 Grundsätzliche Regelungen 95
4.5.2 Umgang mit Daten 96
4.5.3 Beschreibung des Datenschutzes in Bezug auf die einzelnen Datenkategorien 99
4.5.4 Erklärung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 101
4.5.5 Erklärung zur Übergabe von Datenkopien 102
4.5.6 Einverständniserklärung Teilnahme Fallstudien 103
4.5.7 Einverständniserklärung zur Fallvorstellung 104

1 KURZE DARSTELLUNG

1.1 AUFGABE DES PROJEKTS

Das Akronym SEVERAM steht für den Projektnamen „Entwicklung und Etablierung sektorenübergreifenden Versorgung[1] für ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Potsdam". Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt SEVERAM wurde als Kooperation des Instituts für Soziale Gesundheit (ISG) der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) und des St. Josefs-Krankenhaus Potsdam (SJKP) verwirklicht. Das St. Josefs-Krankenhaus Potsdam ermöglichte es den Forschern Daten zu erheben und stellte ebenso eigene Daten zur Auswertung bereit, durch das Krankenhaus wurde ein laufender Kontakt zur Praxis ermöglicht, ebenso beteiligte sich das St. Josefs-Krankenhaus Potsdam an der Finanzierung des Projektes.

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt verfolgte die Aufgabe, mit den in der Praxis tätigen Akteurinnen und Akteuren ein sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement für ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt zu entwickeln und zu etablieren.

Das Institut für Soziale Gesundheit der KHSB hatte hierbei die Aufgaben:

- Evaluation der Versorgungssituation älterer Menschen in Potsdam
- Erarbeitung von Datenerhebungsinstrumenten
- Datenerhebung und -auswertung zur Untersuchung und Analyse der Versorgungssituation
- *Teilnehmende Beobachtung* an den unterschiedlichsten Zusammenschlüssen innerhalb des Versorgungssystems
- Konzeptualisierung und Durchführung von Fallstudien
- Erarbeitung von Prozeduren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt knüpfte an die Aktivitäten des *Netzwerkes Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* an, das bereits vor dem Beginn des Projektes bestand und dem viele relevante Einrichtungen und Akteure in Potsdam angehören, die faktisch oder potenziell mit der Versorgung von älteren Menschen betraut sind. SEVERAM verfolgte gemeinsam mit dem *Netzwerk* das Ziel, die Lebensqualität älterer und hochaltriger Menschen einschließlich ihrer Angehörigen durch die Implementierung geeigneter Methoden des Case Managements bzw. der Vernetzung systematisch und nachhaltig zu verbessern und vorhandene oder neue Exklusionstendenzen abzubauen.

Die Gesamtzielsetzung von SEVERAM und damit auch die komplette Aufgabenbeschreibung wurden im Projektantrag wie folgt umschrieben:

[1] Unter dem Begriff Versorgung werden alle informellen und professionellen Hilfeleistungen verstanden, die dazu beitragen, ein Höchstmaß an körperlichem, psychischem und/oder sozialem Wohlbefinden von Menschen mit vorübergehenden oder dauerhaften Beeinträchtigungen zu erreichen.

- die Entwicklung angemessener Instrumente für ein sektorenübergreifendes Entlassungs- und Versorgungsmanagement (Erhebungs- und Dokumentationsinstrumente, Kooperationsformen etc.)
- die systematische Erfassung und Beachtung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes
- die Identifizierung und Verringerung der Diskrepanzen zwischen den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen, den systemimmanenten „Sachzwängen" und dem sozialrechtlich begründeten Leistungsspektrum
- die systematische Sicherung und Wahrung von Würde und Autonomie der betroffenen Menschen
- die systematische und nachhaltige Einbindung, Unterstützung und Entlastung von Angehörigen
- die Schärfung der professionsübergreifenden Wahrnehmung und Beachtung der Komplexität von Problemlagen der Betroffenen, die als das Zusammenwirken somatischer, psychischer und sozialer Faktoren zu verstehen sind
- die Identifizierung und die Verringerung von Problemen bzw. Reibungsverlusten an den Schnittstellen stationärer und ambulanter Versorgung sowie Akutversorgung und Rehabilitation bzw. Pflege
- die Identifizierung weiterer, für das *Netzwerk* bzw. das Grundanliegen zu gewinnender Partnerinnen und Partner aus der Region
- die Verbesserung transdisziplinärer bzw. kooperativer Denk-, Kommunikations- und Vorgehensweisen
- die Stärkung und Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements gerade für die Personengruppe der alten und hochbetagten Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen
- die Identifikation der Faktoren, die sektorenübergreifende Versorgung erfolgreich werden lassen sowie möglicher Synergieeffekte
- die Identifikation und Entwicklung von Modulen bzw. Bausteinen für die Fort- und Weiterbildung formeller und informeller Akteure
- die Analyse von struktur- und individualethischen Begrifflichkeiten, Problemlagen und Dilemmata in der Versorgung älterer Menschen und die Entwicklung und Erprobung geeigneter ethischer Reflexionsinstrumente (ethisches Monitoring)

1.2 VORAUSSETZUNGEN, UNTER DENEN DAS VORHABEN DURCHGEFÜHRT WURDE

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt SEVERAM wurde durch das Institut für Soziale Gesundheit durchgeführt. Das ISG ist ein Institut *in* der KHSB und nimmt seine Zuständigkeiten im Rahmen der Verfassung der KHSB und des allgemeinen Hochschulrechts wahr. Es ist ein Instrument der Förderung von Bildungs- und Forschungsaktivitäten der KHSB. Das ISG hat die Aufgabe, die Soziale Gesundheit der Bevölkerung durch innovative Praxis, Forschung und Weiterbildung zu fördern.

Dem ISG gehören verschiedene Professorinnen und Professoren der KHSB sowie die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der laufenden Forschungsprojekte an[2].

Die KHSB wurde 1991 gegründet und ist eine staatlich anerkannte Hochschule in der Trägerschaft des Erzbistums Berlin. Das kirchliche Engagement im sozialen Ausbildungsbereich gründet im Auftrag der Kirche, sich an der Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens zu beteiligen und zur Lösung sozialer Probleme beizutragen. Neben der Verkündigung des Evangeliums sowie dem Engagement in Bildung und Ausbildung ist die soziale Tätigkeit und Sorge für Bedürftige eine Kernaufgabe kirchlichen Wirkens. Nur so kann sie dem eigenen christlichen und kulturellen Anspruch als „Kirche in der Welt" nahe kommen.

Die KHSB bietet mit rund 1.400 Studierenden einen überschaubaren Studienbetrieb und eine persönliche Lernatmosphäre. Eine diskursfreudige, kritische und weltanschaulich offene Lernkultur verbindet sich mit dem hohen Engagement der Lehrenden und einer engen Betreuung der Studierenden. Die KHSB bietet hervorragende räumliche und technische Lernbedingungen sowie eine ausgewiesene Bibliothek und vielfältige Kontakte in diakonische und caritative Einrichtungen. Eine intensive Beratung zur individuellen Studienorganisation und persönlichen Karriereplanung unterstützt die Entscheidungsfindung der Studierenden. Die KHSB steht Studienbewerberinnen und -bewerbern aller Weltanschauungen offen. Von Ihnen wird erwartet, dass sie den kirchlichen Auftrag der KHSB respektieren. Fakultative theologische Angebote geben Gelegenheit, die Botschaft des Evangeliums und den Auftrag der Kirche in der Sorge für die Menschen und bei der Mitgestaltung der Gesellschaft neu oder näher kennen zu lernen.

Die KHSB steht in der Tradition des sozialen Engagements der katholischen Kirche in Berlin und dabei in derjenigen der 1917 gegründeten Sozialen Frauenschule des Katholischen Deutschen Frauenbundes Berlin, der späteren, bis 1971 bestehenden Helene-Weber-Akademie. Sie nimmt außerdem Aufgaben der kirchlichen Ausbildungsstätten „Seminar für den kirchlich-caritativen Dienst in Magdeburg" und „Kirchliches Seminar II des Deutschen Caritasverbandes, Zentralstelle Berlin" wahr. Die KHSB ist die einzige Hochschule für Sozialwesen in katholischer Trägerschaft in den Diözesen der ehemaligen DDR. Ihre staatliche Anerkennung erhielt sie zwar erst nach der Wende, die Bemühungen um die Gründung einer Hochschule in katholischer Trägerschaft datieren jedoch bereits aus der Zeit davor.

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt SEVERAM wurde für eine Laufzeit von 36 Monaten konzipiert. Für die Durchführung des Projektes wurden eine wissenschaftliche Mitarbeiterin und ein wissenschaftlicher Mitarbeiter (beide Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (FH), Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (FH)) mit jeweils 50% Regelarbeitszeit (RAZ) im ISG eingestellt, eine dritte wissenschaftliche Mitarbeiterin (Sozialarbeiterin BA), die ebenfalls mit 50% RAZ im Institut beschäftigt wurde, war zusätzlich noch mit einem 25%igen Stellenanteil im Sozialdienst des Kooperationspartners tätig. Dadurch waren die Projektmitarbeiterinnen und der Projektmitarbeiter auf zwei Standorte verteilt, von denen einer in der untersuchten Region lag.

Die Leitung des Projektes lag bei Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann und Prof. Dr. Karlheinz Ortmann – beide sind hauptamtlich Lehrende an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen, zugleich Leiter des ISG. Kontaktperson des Kooperationspartners war die Leiterin der therapeutischen Dienste im SJKP, Frau Sibylle Kraus, der auch der Sozialdienst der Klinik unterstand. Durch

[2] Siehe: http://www.khsb-berlin.de/forschung/institute/isg/personen

Veränderungen der Strukturen bzw. Funktionen beim Kooperationspartner und sich hieraus bedingender Personalveränderungen, wechselten im Verlauf des Projektes die Geschäftsführung, die Kontaktperson des Kooperationspartners und auch die Leitung des Sozialdienstes (nun Pflegedienstleitung).

Das *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* wurde im Jahr 2006 unter Regie der Stadt Potsdam gegründet und hat sich zum Ziel gesetzt älteren Menschen Potsdams ein würdevolles, selbständiges Leben im Alter zu ermöglichen und Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sie ihre Kompetenzen einbringen und weiterentwickeln können. Mitglieder des *Netzwerkes* (Kooperationspartner) sind Dienste und Einrichtungen des Sozial und Gesundheitssystems, Träger von Seniorinnen- und Senioren- und Selbsthilfeorganisationen, die Stadtverwaltung Potsdam sowie weitere interessierte Partnerinnen und Partner. In Arbeitskreisen innerhalb des *Netzwerkes* werden bedürfnis- und bedarfsgerechte Angebote sowie gemeinsame Qualitätsstandards entwickelt.

Im Vorfeld des Projekts hatte das *Netzwerk* bereits einen *Qualitätsstandard zum Überleitungs- und Nachsorgemanagement* erarbeitet, dem sich alle Netzwerkmitglieder verpflichtet hatten. Ziel dieses Standards war und ist die Stärkung einer patienten- und prozessorientierten Denk- und Vorgehensweise sowie die Schaffung bereichs- und einrichtungsübergreifender Versorgung und Kommunikation, die über das ausschließlich individuelle Denken des jeweiligen Leistungserbringers hinausgeht.

1.3 PLANUNG UND ABLAUF DES VORHABENS

Das Projekt SEVERAM wurde in der Planung in fünf Phasen und vier Meilensteine gegliedert. Diese Gliederung konnte auch in der Durchführung des Projektes Großteils umgesetzt werden, es ergab sich aber aufgrund des verfolgten Forschungsansatzes und der Methodenwahl die Notwendigkeit die Zeitplanung des Projektes zu modifizieren. Außerdem wurde der Projektverlauf durch mehrere Phasen bestimmt, in denen Mitarbeiterinnen und Leitung des Projektes aufgrund von gesundheitlichen Problemen ausfielen.

In der Planung des Projektes wurden folgende Phasen festgelegt:

Phase I (Monate 1 bis 8)

- Vorstellung und Diskussion der Projektziele in der Region, v.a. im *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam*
- detaillierte Bestandsaufnahme und Bewertung der aktuellen Versorgungssituation älterer Menschen um einen stationären Aufenthalt herum
- Einrichtung des Internetauftritts des Projekts
- zum Ende der ersten Phase Durchführung einer Meilensteinkonferenz zur Reflektion der bis dato erfolgten Arbeit des Projektes sowie zur Planung und Diskussion der weiteren Schritte mit dem Kooperationspartner und den Mitgliedern des *Netzwerkes*

Phase II (Monate 9 – 18)

- Einsetzung, Erprobung und Evaluierung der entwickelten Prozeduren und Instrumente eines optimierten Versorgungsmanagements

- Datenerhebung entlang ausgewählter *Fälle* mit bestimmten biopsychosozialen Problemstellungen mit dem Ziel der Begleitung, Dokumentation und Analyse des Versorgungsverlaufes im Krankenhaus und nach der Entlassung durch das Forschungsteam unter Berücksichtigung aller am *Fall* beteiligten Akteurinnen und Akteuren bei der Datenerhebung
- Kontaktaufbau zu Projekten, die in ähnlichen Problembereichen angesiedelt sind

Phase III (Monate 19 bis 20)

- Präsentation und Diskussion der Ergebnisse der Erhebungen aus den vorigen Phasen
- Zurückspiegelung und Diskussion der Evaluationsergebnisse an den Kooperationspartner und die beteiligten Akteurinnen und Akteure der Gesundheit- und Sozialversorgung in Potsdam
- Modifikation der Instrumente anhand der Ergebnisse des Prozesses der Phasen I und II
- Retrospektive fallspezifische Helferinnen- und Helferkonferenzen
- Meilensteinkonferenz mit dem *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam*

Phase IV (Monate 21 bis 32)

- Anwendung der modifizierten Instrumente und Prozeduren des sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements in einer zweiten Implementierungsphase
- Angebot und Evaluation von passgenauen Bausteinen der Fort- und Weiterbildung für formelle und informelle Akteurinnen und Akteure
- Nutzung der vorhandenen und neuen Daten zur Verbesserung und Erweiterung der Prozeduren zum sektorenübergreifenden Versorgungsmanagement bzw. zur Verbesserung der Situation älterer Menschen in Potsdam

Phase V (Monate 33 bis 36)

Abschließende Datenauswertung sowie Dokumentation und Präsentation der Ergebnisse des Projekts

- Abschließende regionale Meilensteinkonferenz
- Fachtagung zum Zwecke des überregionalen Wissenstransfers
- Erstellung eines Handbuches im Sinne einer Handreichung für die Praxis
- Nutzung der Ergebnisse des ethischen Monitorings zur Implementierung ethischer Reflexionsformen in der sektorenübergreifenden Versorgung
- Erstellung des Abschlussberichts
- Publikationen in einschlägigen Fachzeitschriften

Analog zur Meilensteinplanung im Projektantrag erfolgte in der **Phase I** die Vorstellung des Projekts

in der Region:

- innerhalb des Kooperationspartners St. Josefs-Krankenhaus Potsdam
- in den Arbeitskreisen des *Netzwerks Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam*

- durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziales der Landeshauptstadt Potsdam
- durch ein Treffen der Geschäftsführer der regionalen Krankenhäuser bei der Beigeordneten für Soziales, Jugend, Gesundheit, Ordnung und Umweltschutz der Landeshauptstadt Potsdam

auf Bundesebene:

- durch das erste SILQUA-FH Statusseminar

Der Internetauftritt des Projektes wurde eingerichtet und freigeschaltet (www.severam.de). Die Seite wurde nach der ersten Meilensteinkonferenz erstmalig überarbeitet und mit aktuellen Dokumenten ergänzt, weitere Überarbeitungen erfolgten im Projektverlauf, bei diesen wurden Dokumente zu den bisherigen Ergebnissen des Projekts in den Internetauftritt eingepflegt.

Die Versorgungssituation älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt konnte anhand der erhobenen Daten untersucht werden, nach der Datenanalyse konnten bestehende Probleme und Problemstellungen identifiziert und benannt werden.

Die vorhandenen Instrumente der Überleitung wurden analysiert und Modifizierungs- und Weiterentwicklungsbedarfe festgestellt. Hierbei wurde dem vom *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* erarbeiteten *Qualitätsstandard zur Überleitung und Nachsorge* besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Erhebungsinstrumente für die weiteren Forschungsschritte wurden entwickelt und eingesetzt.

Durch das ethische Monitoring wurden erste ethisch relevante Probleme und moralische Dilemmata identifiziert.

Anhand der erhobenen Daten wurden erste Weiter- und Fortbildungsbedarfe identifiziert und es wurde die Weiterentwicklung von Instrumenten und Prozeduren für ein sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement begonnen. Im Rahmen dieser Phase wurden auch erste Schritte in Bezug auf die Evaluation zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements unternommen.

Am 04.03.2010 wurde im St. Josefs-Krankenhaus Potsdam die erste Meilensteinkonferenz des Projektes SEVERAM durchgeführt. Im Rahmen dieser Meilensteinkonferenz konnten erste Forschungsergebnisse präsentiert und diskutiert werden. Die Meilensteinkonferenz fand aus organisatorischen und terminlichen Gründen zwei Monate später statt, als in der Projektplanung vorgesehen war

Datenschutzrechtliche und organisatorische Fragen führten in Bezug auf die Erhebung quantitativer Daten zu Verzögerungen. Für die Weitergabe von Daten aus der Krankenhausdokumentation wurde eine Genehmigung beim zuständigen Ministerium beantragt. Das Landesministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) teilte am im März 2010 mit, dass die Daten anhand des vorgelegten Erhebungs- und Datenschutzkonzepts keiner Genehmigung des MUGV nach §31 (2) BbgKHEG bedurfte, „[…]da dem ISG nach der vorgelegten Konzeption die Daten in codierter Form übermittelt werden und es dem ISG nicht möglich ist, einen Personenbezug herzustellen,[…]“ (aus dem Bescheid des MUGV vom 29.03.2010). Erst nach dieser Mitteilung konnte die Datenübermittlung aus der Krankenhausvollzogen werden.

In der **Phase I** erfolgte die Datenerhebung in Form von Experteninterviews und teilnehmender Beobachtung. Insgesamt wurden 32 Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem beforschten Bereich geführt, hierbei wurden sowohl jene Expertinnen und Experten ausgewählt, die in der kooperierenden Klinik tätig waren als auch solche, die in anderen Diensten und Einrichtungen in Potsdam tätig waren. Die interviewten Expertinnen und Experten waren hauptsächlich in den Bereichen Pflege und Sozialarbeit tätig. Die Auswahl der Interviewten erfolgte entsprechend eines theoretischen Samplings nach der *Grounded Theory* (Corbin & Strauss, 1996). Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahmen mittels *Teilnehmender Beobachtung* an verschiedenen Treffen der Arbeitskreise des *Netzwerks* und des Kooperationspartners teil. Die Beobachtungen wurden durch Protokolle und schriftliche Reflektionen festgehalten.

Nicht alle verwendeten Instrumente zur Überleitung konnten in dieser Phase überprüft werden, da nicht alle dem Forschungsteam fristgerecht vorlagen.

Zur Annäherung an den Forschungsgegenstand wurden zahlreiche kommunale, regionale und Bundesstatistiken konsultiert. Hierdurch konnten wertvolle Ergebnisse zur Demografie und zur Versorgungssituation im beforschten Gebiet generiert werden.

Die im Projektantrag aufgestellte Planung für die **Phase II** und **Phase III** konnte größtenteils fristgemäß umgesetzt werden, zum Teil kam es aufgrund verschiedener Ursachen zu Verzögerungen.

In diesen beiden Phasen wurden bezüglich der Implementierung und Erprobung der Instrumente eines sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements sowohl inhaltliche als auch terminliche Modifikationen der Zielsetzung vorgenommen.

Für die weitere Datenerhebung – insbesondere für die *Fallstudien* - mussten die Erhebungsinstrumente entwickelt werden. Anhand von ausgewählten Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter begleitet und befragt wurden, konnten verschiedene Versorgungsverläufe beschrieben und beurteilt werden. Anhand des Datenmaterials aus den beobachteten Einzelfälle und der Ergebnisse aus Phase I konnten transsektorale institutionelle Kooperationsverläufe, interprofessionelle Kommunikationsformen sowie die Kooperation und Kommunikation zwischen informellen und formellen Akteurinnen und Akteuren beschrieben und beurteilt werden.

Durch eigene Datenerhebung in Form von *Teilnehmender Beobachtung* und durch Dokumentenanalyse von Unterlagen des *Netzwerkes* konnte die Funktion des Netzwerkes *Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* analysiert werden. Ebenso wurden im Rahmen der Ergebnispräsentationen im *Netzwerk* Fort- und Weiterbildungsbedarfe thematisch identifiziert und beschrieben. In dieser Phase erfolgte auch eine Evaluation der Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen des *Netzwerkes*.

Durch das ethische Monitoring wurde das erhobene Datenmaterial auf moralische und ethisch relevante Probleme untersucht und die Ergebnisse im *Netzwerk* vorgestellt.

Die geplante Evaluation (zur Förderung) bürgerschaftlichen Engagements war in diesen Phasen nicht im geplanten Umfang möglich, da sich die diesbezügliche Datenerhebung und -auswertung aufgrund krankheitsbedingtem Personalausfalls im Forschungsteam verzögerte.

Im Rahmen einer zweiten Meilensteinkonferenz am 03.03.2011 wurden Erkenntnisse und Ergebnisse der Fallanalysen vorgestellt und diskutiert. Anhand dieser Ergebnisse wurde das Instrument der *transsektoralen Fallkonferenz* vom Forschungsteam entwickelt, das schließlich in der Phase IV getestet und in das *Netzwerk* implementiert wurde.

Im Rahmen dieser *transsektoralen Fallkonferenzen* wurde auch das entwickelte Konzept diskutiert und in Abstimmung mit den Beteiligten modifiziert. Die *transsektoralen Fallkonferenzen* sind das wesentliche durch das Projekt entwickelte Instrument zum sektorenübergreifenden Versorgungsmanagement.

Die Ergebnisse der Fallstudien und der Experteninterviews wurden für die Konzeptionierung der *transsektoralen Fallkonferenzen* verwendet und dienten auch als Datenquelle für die Erarbeitung des *Brandenburger Pflegetagebuches* (s.u.).

Aus organisatorischen Gründen und aufgrund der Personalsituation im Projekt (bevorstehender Mutterschutz einer Mitarbeiterin, berufliche Umorientierung einer weiteren Mitarbeiterin) wurden die geplante regionale Meilensteinkonferenz und die geplante Fachtagung zusammengelegt. So wurde in der **Phase V** die Abschlusstagung des Projektes unter dem Titel „Perspektiven der Versorgung älterer Menschen" in Potsdam vorbereitet und am 17.02.2012 durchgeführt. Dazu wurden sowohl die Mitglieder des *Netzwerkes* (Auflistung siehe Anhang,) als auch regionales Fachpublikum (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der einschlägigen Fachdienste und Institutionen, der Potsdamer Stadtverwaltung, des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, politische Akteurinnen und Akteure etc.) eingeladen.

Die Ergebnisse des Projektes wurden außerdem am 13.10.2011 auf der Bundeskonferenz der *Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen* (DVSG) in Münster vorgestellt.

Im Februar 2012 erschien ein Fachartikel zur Präsentation der Ergebnisse in der Zeitschrift der DVSG (Binner, et al., 2012), weitere Veröffentlichungen sind derzeit in Arbeit bzw. im Druck.

Ebenso wurde ein Leitfaden zur Organisation und Durchführung von *transsektoralen Fallkonferenzen* entwickelt und auf der Homepage des Projektes veröffentlicht.[3] Die Zusammenfassung der Ergebnisse in einem Handbuch ist aufgrund der Personalsituation nicht bis zum Projektabschluss erfolgt. Eine Veröffentlichung ist für 2013 geplant.

1.4 WISSENSCHAFTLICHER UND TECHNISCHER STAND, AN DEN ANGEKNÜPFT WURDE

Für ein sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement für ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt gab es kein wissenschaftliches Konzept, an dem das Projekt SEVERAM anknüpfen konnte. Das Projekt entstand, da zwei unterschiedliche Aspekte des Themas Versorgung älterer Menschen im neueren wissenschaftlichen Diskurs und den sozialpolitischen Debatten immer wieder in den Mittelpunkt rückten: Die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten überhaupt sowie besonders der älteren und hochbetagten Patientinnen und Patienten. Es war durch viele Untersuchungen bekannt, dass der Übergang zwischen den beiden Versorgungsbereichen immer wieder bzw.

[3] http://www.severam.de/fallkonferenzen/

nach wie vor unbefriedigend geschmeidig gestaltet ist und vielfältige Bemühungen zu einer Verbesserung unternommen wurden und werden (vgl. etwa: Hibbler, et al., 2006).

Aus suboptimal organisierten oder misslungenen Übergängen resultieren unnötige Einschränkungen und Gefährdungen der Patientinnen und Patienten und außerdem ökonomische Risiken – nicht nur, aber besonders für die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie die steuerfinanzierten Gesundheits- und Sozialleistungen. In den vergangenen Jahren wurde die stationäre Krankenhausversorgung aus verschiedenen Gründen immer weiter gestrafft und damit die durchschnittlichen Liegezeiten deutlich seit 1991 von 14 auf 8,0 Tage in 2009 reduziert, zugleich haben sich die Fallzahlen der Krankenhausbehandlung auf hohem Niveau (21.762/100.000 Einwohner in 2009) bei wieder steigender durchschnittlicher Auslastung (77,5% in 2009) stabilisiert (Statistisches Bundesamt, 2012). Anzahl und Diversifizierung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen konnten in derselben Zeit erheblich ausgebaut werden, stoßen aber dennoch immer wieder an ihre qualitativen und/oder quantitativen Grenzen. Winter spricht von einer *Geriatrisierung des Systems*, weil neben dem Bereich der Pflege auch andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens inzwischen sehr stark von alten und hochbetagten Menschen nachgefragt werden: Zwei von drei Krankenhausbetten und fast 50% der ambulanten Arztkontakte würden von den über 60-Jährigen genutzt (Winter, 2006). Allein aus diesen Zahlen lässt sich ablesen, dass dem Übergang in das und (noch stärker) aus dem Krankenhaus hinaus eine quantitativ und qualitativ immer wichtigere Bedeutung zukommt.

Es ist in der Fachdebatte unstrittig, dass die Entwicklung flächendeckender und/oder regional passender Übergangsstrategien bislang – trotz enormer Anstrengung – nicht befriedigend gelungen ist. Dabei lassen sich unnötige gesundheitliche und soziale Belastungen ebenso ausmachen wie ein unnötiger ökonomischer Aufwand, der zum Teil von den genannten Kostenträgern, aber auch von anderen Seiten getragen wird (Dienstleister, Patientinnen und Patienten und Angehörige). Dass schließlich besonders ältere und hochbetagte Menschen mit ihrem sozialen Netzen von diesen Reibungsverlusten bzw. unangemessenen Abläufen betroffen sind, liegt auf der Hand.

Es folgen einige markante Problemanrisse entlang entsprechender Publikationen:

- In einer Metaanalyse zur Frage der Entlassungspraxis[4] kommt die WHO für die Industrieländer zu folgender Einschätzung: „Nach den Erkenntnissen aus 18 randomisierten kontrollierten Studien kristallisieren sich vier Hauptarten von Interventionen heraus: umfassendes geriatrisches Assessment, Entlassungspläne, Unterstützung bei der Entlassung und Aufklärung. Die allgemeine Schlussfolgerung lautet, dass Vorkehrungen für die Entlassung an der Schnittstelle zwischen stationärer und häuslicher Versorgung sicher (und nicht etwa mit erhöhter Sterblichkeit oder anderen negativen Resultaten verbunden) sind und dass sie zu einer Absenkung der Wiederaufnahmerate um ca. 20% führen. Dieser Zugewinn lohnt die besondere Anstrengung, insbesondere wegen der älteren Menschen, denen die erneute Einweisung ins Krankenhaus droht. Er lässt sich durch die Übernahme von Entlassungspraktiken erzielen, welche die Trennung zwischen Kranken-

[4] Vollständige Fragestellung: „Trägt die Entlassungspraxis der Krankenhäuser bei älteren Menschen zu weniger Wiederaufnahmen, kürzerer Aufenthaltsdauer, niedrigerer Sterblichkeit oder besserer Gesundheit bei?“

haus und Zuhause überwinden und sich auf die allgemeinen in dieser Übersicht benannten Modelle gründen." (World Health Organization, 2005).

- Eine andere Studie zeigt, dass Bewohner aus Pflegeheimen häufig und zum Teil längerfristig in Krankenhäuser eingewiesen werden, dort häufig wegen psychiatrischer bzw. nervenärztlicher Störungen aufgenommen werden und mit steigendem Alter umso längere Verweildauern aufweisen. Außerdem verweisen die Autoren auf die leistungs- und kostenintensiven Behandlungen hin sowie darauf, „(…) dass Krankenhausaufenthalte für Heimbewohner auch nachteilig sein können, mit zum Teil unangemessenen Auswirkungen (…)". Explizit wird gefolgert, dass „(…) ein Mehr an Sektoren übergreifender Kooperation (…) die Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnern verbessern und durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten gleichzeitig kosteneffektiv sein könnte." (Ramroth, et al., 2006)
- Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen an der Bevölkerung steigt in Deutschland kontinuierlich an, 2009 waren es etwa 2,4 Millionen Pflegebedürftiger. Davon lebten mehr als zwei Drittel zu Hause (69,9%), die wiederum in der überwiegenden Mehrheit (mehr als eine Million) von Angehörigen gepflegt wurden, in Pflegeheimen lebten dagegen rund 720.000 Menschen. Prognosen gehen von einer Steigerung des Anteils der Pflegebedürftigen um bis zu 50% bis 2030 aus (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010).
- Der *Pflegebericht der GEK* erbringt weitere interessante Aspekte aus den analysierten Daten: das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt mit dem Alter und der Nähe zum Tod. Gut 44% der Versicherten war im Jahr vor dem Tod pflegebedürftig. Neben dem bekannten Effekt des Alters ist die Nähe zum Tod somit ein weiterer, bestimmender Faktor für das Auftreten der Pflegebedürftigkeit. Als geschlechtsspezifischer Unterschied zeigte sich in der Studie, dass Frauen – auch bei Berücksichtigung der Nähe/Entfernung zum Todeszeitpunkt – eine Tendenz aufweisen, häufiger Pflegeleistungen zu beanspruchen. Die Hauptursache für Pflegebedürftigkeit ist auch nach diesen Daten „deutlich in der medizinischen Dimension" zu sehen: So tragen insbesondere psychische Erkrankungen, Neubildungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen maßgeblich zu eine auftretenden Pflegebedürftigkeit bei (Gmünder Ersatzkasse, 2008, p. 10 und 95ff.).

Während also einerseits eine rege Forschungstätigkeit in diesem Sektor konstatiert werden kann, sucht man vergebens nach einem expliziten Forschungs- und Entwicklungsprojekt, das den hohen Anspruch des Projekts SEVERAM verfolgt, nämlich konkret mit den Akteurinnen und Akteuren einer Region für eine besonders gesundheitlich und sozial vulnerable bzw. gefährdete Gruppe eine Optimierung der Abläufe zu entwickeln, nachhaltig zu implementieren und diese zu evaluieren.

Nach unseren intensiven Recherchen gibt es keine Hinweise darauf, dass ein gleiches oder sehr ähnliches Projekt an anderer Stelle bereits konzipiert oder durchgeführt wurde. Ebenso sind uns keine Faktoren (Schutzrechte etc.) bekannt, die der Ergebnisverwertung entgegenstehen.

1.5 ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN STELLEN

Das Projekt SEVERAM wurde in Kooperation mit dem St. Josefs-Krankenhaus Potsdam durchgeführt. Das Krankenhaus wird durch die *Alexianer Brüdergemeinschaft* getragen. Im Rahmen der Kooperation beteiligte sich das St. Josefs-Krankenhaus Potsdam in Höhe von 20% der Förder-

summe in Form von Personalmitteln an der Finanzierung des Projekts. Im Rahmen des Projekts erfolgte eine enge Zusammenarbeit mit dem *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam*. In diesem *Netzwerk* haben sich die relevanten Akteurinnen und Akteure der Versorgung älterer Menschen zusammengeschlossen, neben verschiedenen ambulanten und stationären Pflegeanbietern sind dies die Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Potsdam, die Alzheimer Gesellschaft Brandenburg, die Klinikum Ernst v. Bergmann GmbH, das evangelische Zentrum für Altersmedizin, die Oberlinklinik gGmbH, Pflege in Not und der Pflegestützpunkt Potsdam zu nennen. Eine ausführliche Liste der Mitglieder des Netzwerks findet sich im Anhang.

Das *Berliner Institut für christliche Ethik und Politik* (ICEP)[5] wurde für das Projekt mit der Durchführung eines ethischen Monitorings beauftragt. Das ICEP ist eine wissenschaftliche Einrichtung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB). Es untersucht die normativen Grundlagen und Implikationen gesellschaftlicher Wandlungsprozesse und erarbeitet Expertisen zu den ethischen Dimensionen gesellschaftspolitischer Fragestellungen. Als politische Ideenagentur begleitet und berät das ICEP politische Akteure in Politik, Kirche und Zivilgesellschaft vom Standpunkt einer anwendungsorientierten christlichen Ethik aus. Das ICEP erarbeitet wissenschaftlich-sozialethische Positionen und Analysen zu gesellschaftspolitischen Fragestellungen auf der Grundlage einer kritisch-konstruktiven Vergewisserung der christlichen Traditionen wie auf der besonderen Anwaltschaft für diejenigen, denen die Verwirklichung elementarer Menschenrechte verwehrt ist.

Das *Ministerium für Arbeit, Soziales, Familien und Frauen* des Landes Brandenburg (MASF) trat zum Ende des Projekts mit dem Forschungsteam in Kontakt. So konnten die wesentlichen Ergebnisse des Projekts an Verantwortliche auf Landesebene weitergereicht werden, ebenso wurde die Expertise der SEVERAM-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter durch das MASF für verschiedene Fachveranstaltungen und die Erstellung des *Brandenburger Pflegetagebuchs genutzt*.

Inzwischen führt das ISG das *Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege* im Auftrag des MASF durch. Hier werden in Eisenhüttenstadt und im Landkreis Oder-Spree wesentliche Erkenntnisse aus dem Projekt SEVERAM aufgegriffen und umgesetzt: Die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen wird in einem wesentlichen Anteil durch Angehörige sichergestellt. Durch den Einsatz einer *Vereinbarkeitslotsin*, die Unternehmen und Arbeitgeber zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege berät und außerdem bürgerschaftlich engagierte Kontaktpersonen gewinnt und koordiniert, sollen die Möglichkeit zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in dem genannten Gebiet verbessert und Abläufe zur Nutzung dieser Möglichkeiten entwickelt und etabliert werden.

[5] www.icep-berlin.de

2 EINGEHENDE DARSTELLUNG

2.1 DARSTELLUNG DER METHODIK UND METHODOLOGIE

Das *wissenschaftlich-methodologische Konzept* des Projektes war die summative und formative Evaluation der Versorgung (Behandlung, Beratung, Pflege, Betreuung) älterer und hochbetagter Menschen in Potsdam.

Aus wissenschaftlich-methodologischer Sicht bedeutete dies zum einen, dass im Zuge des summativ evaluierenden Vorgehens relevante Daten aufgefunden, selbst erhoben und analysiert wurden, die Aussagen über die Prozesse und die Ergebnisse liefern konnten. Hier konnten im Verlauf datenbasierte und theoretisch fundierte Beschreibungen und Bewertungen entlang der Dimensionen des Qualitätsmanagements, nämlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemacht werden. Zum anderen sollten aber die wissenschaftlichen Erkenntnisse (wie etwa ausgewählte Daten, Befunde, datenfundierte Theorien und Hypothesen) frühzeitig und durchgängig an die Akteure der Versorgung zurückgespiegelt werden, damit sollten diese in die Lage versetzt werden, datenbegründet die Realität (besser) zu verstehen, ihre Arbeitsweise zu hinterfragen und ggf. zu modifizieren. Über einen solchen Weg lassen sich subjektive Motive für bestimmtes Handeln oder Unterlassen herausfinden und der Gruppe der Akteure zur Verfügung stellen. Von Kardorff spricht in diesem Zusammenhang davon, dass qualitative Evaluationsforschung auch „entdeckende Sozialforschung" sei, „die systematisch Projektkonstellationen, organisatorisches „people processing" (…) und Interaktionsprozesse aufschlüsseln kann" (von Kardorff, 2006, p. 83). Gleichzeitig werden über diesen Prozess die Angemessenheit und Tauglichkeit der weiter einzusetzenden Methoden der qualitativen und quantitativen Datenerhebung und -analyse überprüft – und diese ggf. angepasst.

Damit ist aus wissenschaftlicher Sicht das Gesamtziel innerhalb eines überschaubaren Zeitraums am ehesten zu erreichen, macht die Forscherinnen und Forscher aber in besonderer Weise auch zu Akteuren. Diese Methode darf aber inzwischen als etabliert im Rahmen der Evaluationsforschung bzw. Programmevaluation betrachtet werden (vgl. Fetterman, et al., 1996; Scriven, 1991; Heiner, 1996; Heiner, 1998). Die Projektleitung darf für sich in Anspruch nehmen, ihre diesbezügliche Expertise in mehreren Projekten unter Beweis gestellt zu haben (vgl. Bergold & Zimmermann, 2003; Bergold, et al., 2001; Zimmermann & Bergold, 2003).

Gerade für die Entwicklung und Implementierung von neuen oder stark modifizierten Ansätzen in komplexen Systemen bot sich dieser methodische Ansatz an, denn neben „(…) der Identifizierung von Wirkungsverläufen zielt die formative Evaluation u.a. auf die Vermittlung handlungsrelevanten Wissens (Prozess- und Steuerungswissen) sowie die Analyse von Maßnahmerestriktionen durch politisch administrative Systeme ab." (Bortz & Döring, 2006, p. 110). Gerade dieser Aspekt schien bei der in den Blick genommenen Versorgungslandschaft bedeutungsvoll, war und ist diese doch u.a. durch eine Vielzahl gesetzlicher Vorschriften, Leistungsträgerinnen und Leistungsträger und Leistungsanbieterinnen und -anbieter sowie soziale Systeme, in denen die Betroffenen leben, gekennzeichnet.

Es wurden also mit unterschiedlichen Methoden, denen unterschiedliche Methodologien (quantitativ, qualitativ) zugrunde lagen, Daten erhoben, analysiert und den Akteuren zur Verfügung gestellt. In der qualitativen Forschung spricht man von Triangulation, wenn die Befunde mehrerer Arten von Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmern (Datatriangulation), unterschied-

licher Forscherinnen und Forscher (Investigator Triangulation), unterschiedlicher Theorien (Theorientriangulation) oder unterschiedlicher Methoden (methodologische Triangulation) miteinander verglichen werden (Bortz & Döring, 2006, p. 365). Im Projekt wurde neben der Triangulation von qualitativen Daten aus unterschiedlichen Quellen auch der Schritt der Triangulation qualitativer mit quantitativen Daten gemacht, um tiefere und präzisere Aussagen zu den einzelnen Fragestellungen machen zu können. Die Erhebung und Triangulation qualitativer und quantitativer Daten mit unterschiedlichen Instrumenten hatte das Ziel, das komplexe Forschungs*objekt* in seiner Dynamik und seinem Entwicklungsprozess aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlicher Datentiefe und -breite wissenschaftlich zu betrachten und zu analysieren (vgl. Flick, 2008, pp. 75-94).

Aus diesen methodologischen Gründen lag das Forschungsziel eben nicht *allein darin*, die hier genannten Versorgungsprozesse im Gesundheits- und Sozialwesen genau und valide zu beschreiben, sondern selbst in diese Prozesse einzugreifen, mithin als Forscherin oder Forscher erklärtermaßen am gemeinsamen Ziel mitzuarbeiten, die Versorgungs- und Lebenssituation alter und hochbetagter Menschen in Potsdam zu verbessern. Dazu gehörte auch, das eigene Handeln (Fragestellungen, Methodenauswahl und -modifikation) den im Forschungsprozess gewonnenen Erkenntnissen anzupassen. Die für die Auswertung der qualitativen Daten angewandte Methode der Grounded Theory unterstützte dieses Vorgehen, da Datensammlung und Analyse (d.h. die Entwicklung von Konzepten und Kategorien, die Formulierung und Verifizierung von Hypothesen) sich solange abwechseln, bis eine „theoretische Sättigung" (Corbin & Strauss, 1996, p. 159) erreicht ist, mit der sich keine neuen Gesichtspunkte mehr über den Untersuchungsgegenstand ergeben und mit der ein analytischer Bezugsrahmen entwickelt werden kann, in welchem eine gegenstandsbezogene Theorie als „Geschichte" darstellbar wird (Corbin & Strauss, 1996, p. 97).

2.1.1 REZEPTION VORFINDLICHER STATISTISCHER DATEN

Zu Beginn des Projektes wurden zur Gewinnung eines Überblicks über die Versorgungssituation in Potsdam und der umgebenen Region sowie zur Verbesserung der Wissensbasis über die pflegerische Versorgung in der Bundesrepublik die einschlägigen Veröffentlichungen des Landesamts für Statistik Berlin-Brandenburg und des Bundesamtes für Statistik konsultiert. Im Verlauf des Projekts wurden Neuerscheinungen der genannten statistischen Ämter auf Veränderungen und neue Entwicklungen hin überprüft.

In Bezug auf Potsdam und die umliegende Region waren die Statistiken zu folgenden Themengebieten von besonderem Interesse:

- Bevölkerungsstand im Land Brandenburg und den Landkreisen/kreisfreien Städten
- Altersstruktur der Bevölkerung in Land Brandenburg und den Landkreisen/kreisfreien Städten
- Krankenhausstatistik (Grunddaten und Kosten, vollstationäre Behandlungsfälle, Diagnosedaten der Behandlungsfälle)
- Leistungen der Sozialhilfe
- Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Brandenburg

Aus den Veröffentlichungen des Bundesamtes für Statistik wurden hauptsächlich folgende Publikationen konsultiert:

- Bevölkerungsstand
- Altersstruktur der Bevölkerung im Ländervergleich
- Entwicklung der Bevölkerung/Prognose der demografischen Entwicklung
- Pflegestatistik (Pflegebedürftige, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen)
- Krankenhausstatistik (Grunddaten und Kosten, Diagnosedaten, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik, Operationen und Prozeduren)
- Sozialhilfestatistik (Ausgaben und Einnahmen, Empfängerinnen und Empfänger, Hilfen nach den Kapiteln 5-9)

2.1.2 EXPERTINNEN- UND EXPERTENINTERVIEWS

In der Phase I des Projekts wurde die Evaluation der Versorgungslage älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt durch Experteninterviews durchgeführt. Das Sampling der Interviewpartnerinnen und -partner umfasste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus ambulanten und stationären Einrichtungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Sozialdiensten, Leitungskräfte, Ärztinnen und Ärzte. Insgesamt wurden in dieser Phase 32 Interviews geführt, transkribiert und ausgewertet (siehe Tabelle 1).

Die Interviewten waren zum größten Teil Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Der Zugang in Potsdam zu den Interviewpartnerinnen und -partnern wurde im Wesentlichen durch die vor Ort im Sozialdienst eines Krankenhauses tätige Projektmitarbeiterin hergestellt, somit bestand zu Beginn des Projekts hauptsächlich die Möglichkeit, verschiedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhaussozialdiensten zu interviewen. Das Entlassungsmanagement in den Krankenhäusern in der untersuchten Region oblag zum Projektzeitpunkt im Wesentlichen den Krankenhaussozialdiensten, so dass diese eine bedeutsame Schnittstelle in der Untersuchung des Versorgungsstandes darstellten. Es war nicht ohne weiteres möglich, zu Ärztinnen und Ärzten in den örtlichen Krankenhäusern Kontakt herzustellen, auch die angefragten Pflegekräfte reagierten eher zurückhaltend auf Interviewanfragen.

Arbeitsbereich	**Aufgabe**	**Qualifikation**	**Anzahl Interviews**
Krankenhaus	Sozialdienst	Sozialarbeiter	8
	Pflegedienstleitung	Dipl. Pflegewirt	1
	Stationsleitung	Pflegefachkraft	1
	Geschäftsführung	Dipl. Kaufmann	1
	Oberarzt	Arzt für Chirurgie	1
		Arzt für Altersmedizin	1
	Medizinische Leitung	Arzt für Altersmedizin	1
	Patientenbeauftragte	Unbekannt (ehrenamtlich tätig)	1
Ambulante Pflegedienste	Pflegedienstleitung	Pflegefachkraft	5
Stationäre Pflegeeinrichtungen	Pflegedienstleitung	Diplom Pflegewirt	3

Beratungsstellen	Beratung	Sozialarbeiter	4
Koordination von Ehrenamt	Ehrenamtliche Hilfe	unbekannt	3
Öffentliche Verwaltung	Planung	Sozialarbeiter	1
	Gesetzliche Betreuung	Sozialarbeiter	1
Summe			**32**

Tabelle 1: Übersicht der Interviews der ersten Erhebungsphase[6]

Der Leitfaden für diese Expertinnen- und Experteninterviews umfasste zum einen verschiedene Fragebereichen zur Beurteilung der generellen Versorgungslage älterer Menschen in Potsdam und Umgebung, zum anderen zielten Fragen auf die Überleitung zwischen verschiedenen Versorgungseinrichtungen vor allem im Kontext von Krankenhausentlassungen. Im Sinne der *Grounded Theory* wurden der Leitfaden für die Interviews im Verlauf immer wieder modifiziert, damit die bis zu diesem Punkt gewonnenen Erkenntnisse berücksichtigt werden konnten.

2.1.3 TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG

Bei der *Teilnehmenden Beobachtung* wird das Handeln, das Verhalten oder die Auswirkung des Handelns bzw. Verhaltens eines Untersuchungsobjekts (in diesem Fall das *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam)* durch die Forscherinnen und Forscher untersucht. Das Kennzeichnende dieser Methode ist die persönliche Teilnahme der Forscherinnen und Forscher an den Interaktionen der Personen, die als Forschungsobjekt bezeichnet werden können. „Dabei ist die Annahme leitend, dass durch die Teilnahme an Face-to-face-Interaktionen bzw. die unmittelbare Erfahrung von Situationen Aspekte des Handelns und Denkens beobachtbar werden, die in Gesprächen und Dokumenten – gleich welcher Art – über diese Interaktionen bzw. Situationen nicht zugänglich wären." (vgl. Lüders, 2001, pp. 151-153).

Die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und der wissenschaftliche Mitarbeiter des Projekts nahmen im Projektverlauf regelmäßig an den verschiedenen Arbeitskreisen des *Netzwerkes* teil, verfolgten die dort geführten Diskussionen und dokumentierten die erhobenen Daten. Folgende Arbeitskreise wurden so untersucht:

- Arbeitskreis Zusammenarbeit der Dienste und Einrichtungen mit den Krankenhäusern
- Arbeitskreis Ambulante Dienste
- Arbeitskreis Stationäre Pflege
- Arbeitskreis Ehrenamt und Alter
- Arbeitskreis Gerontopsychiatrie

Die *Teilnehmende Beobachtung* war ebenso bei der Erprobung des Konzeptes der *transsektoralen Fallkonferenzen* die geeignete Forschungsmethode. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahmen an insgesamt sechs Konferenzen teil. In den Diskussionen verließ eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auch mitunter die Beobachterrolle und beteiligte sich an der Falldiskussion. Hierbei war immer eine zweite Mitarbeiterin oder ein zweiter Mitarbeiter zugegen, der die Inter-

[6] Die Geschlechtsform der Berufsbezeichnungen wurden hier in dieser Tabelle um Anonymität zu wahren durchgehend männlich verwendet, damit keine Rückschlüsse auf die Damen und Herren, die sich als Interviewpartnerinnen und -partner zur Verfügung gestellt haben, möglich werden.

aktion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Projektmitarbeiterin oder dem Projektmitarbeiter beobachtete und sich nicht in die Diskussion einbrachte.

Durch die *Teilnehmende Beobachtung* war es den Forscherinnen und Forschern möglich, nicht nur außerhalb des Gegenstandsbereiches Daten zu sammeln, sondern durch Teilhabe an der Situation, in die der Gegenstand eingebettet war. Ziel war ein besserer Zugang zu der Innenperspektive des *Netzwerkes* durch Partizipation der Situation (vgl. Mayring, 2002, pp. 80-82).

2.1.4 DOKUMENTENANALYSE

Als Ergänzung zur eben beschriebenen teilnehmenden Beobachtung wurden die Protokolle der Arbeitskreise des *Netzwerks Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* im Rahmen eine Dokumentenanalyse untersucht. Hierbei wurden die Inhalte der Protokolle analysiert und mit den selbst erhobenen Daten aus der Teilnehmenden Beobachtung verglichen.

2.1.5 KRANKENHAUSDATEN DES KOOPERATIONSPARTNERS

Aus den Daten, die im Rahmen der Dokumentation im Krankenhaus beim Kooperationspartner SJKP gesammelt wurden, sollten ausgewählte Datensätze nach Hinweisen auf besonders relevante Fallgruppen für ein transsektorales Versorgungsmanagement untersucht werden. In einem Abstimmungsgespräch mit dem Patientencontrolling wurde ein Datenkranz festgelegt, der aus den Gesamtdaten des Krankenhauses abgerufen werden konnte. Die Datenauslese erfolgte in Einzeldatensätzen, bereits zusammengefasste Daten (z.B. Belegungszahlen, etc.) waren zwar ebenso von Interesse für das Forschungsvorhaben, aber für eine genaue und tiefgehende Analyse waren Einzeldatensätze (pro Patientin bzw. Patient je Aufenthalt) von großer Wichtigkeit.

Der festgelegt Datenkranz umfasste:

- Patientin-ID/Patienten-ID
- Alter der Patientin/des Patienten
- Geschlecht
- Postleitzahl
- Krankenhasse
- Behandlungsdiagnose (gemäß ICD-10)[7]
- Nebendiagnosen (gemäß ICD-10)
- Behandlungsprozeduren (gemäß OPS)
- Aufenthaltszeit
- Aufnahmedatum
- Entlassung (wann, wohin)
- Fachabteilung
- Verlegungskette
- Fallgewicht (gemäß der DRG Abrechnung)

[7] Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen und ist Basis für die international vergleichbare Todesursachenstatistik (siehe www.dimdi.de).

Nach der datenschutzrechtlichen Freigabe dieses Vorgehens durch das Ministerium für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (MGUV) des Landes Brandenburg wurden dem Forschungsteam durch den Kooperationspartner Daten zu 14.298 Fällen aus vier Zeiträumen übermittelt: 07-12/2008 (N=3.707 Fälle), 01-08/2009 (N=5.095 Fälle), 09-12/2009 (N=2.398 Fälle) und 01-05/2010 (N=3.098 Fälle).

Trotz Freigabe durch das Ministerium entschied das Controlling des Kooperationspartners, dass keine Daten zur Postleitzahl und Krankenkasse übermittelt werden könnten. Ebenso lagen nur zur Hälfte der Fälle Daten zu den Behandlungsprozeduren vor. Die Daten wurden in digitaler Form übergeben und konnten durch Einspeisung in SPSS® mittels einschlägiger statistischer Methoden ausgewertet werden.

Zur Auswertung wurden aus der Gesamtmenge der Fälle mehrere Stichproben gebildet (anhand von Diagnosen, Aufnahmeart, etc.). Zu den einzelnen Punkten im Datenkranz wurden Häufigkeiten der verschiedenen Angaben ausgewertet, Mittelwerte, Medianwerte, Varianzen und Standardabweichungen berechnet. Zu einigen Datensätzen wurden Gruppen gebildet (z.B. Verweildauer) anhand deren die Häufigkeiten bestimmter Konstellationen berechnet wurden.

2.1.6 ZIELE UND METHODEN DES ETHISCHEN MONITORING

Das Ethische Monitoring ist ein Teilprojekt des Forschungs- und Entwicklungsprojekts SEVERAM und wurde als Querschnittsperspektive durchgehend in den Forschungs- und Entwicklungsprozess integriert. Im Projektzeitraum 2009 bis 2012 wurden auf der Grundlage von ausgewählten Daten – die im Rahmen des Gesamtprojekts erhobenen wurden – und auf der Basis eigens erhobener Experteninterviews die ethischen Dimensionen der sektorenübergreifenden Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Potsdam analysiert. Das Ethische Monitoring verfolgte dabei zwei Ziele: *Erstens* ging es um die Analyse und die Systematisierung der normativen Infrastruktur und moralischen Deutungsmuster unterschiedlicher Versorgungssettings und *zweitens* um die Entwicklung von Implementierungsstrategien ethischer Diskurse in der Praxis, die aus ethischer Perspektive eine Qualitätsoptimierung ermöglichen. Auf der Grundlage der ethischen Reflexion des empirischen Materials wurde der Versuch unternommen, für die in der Praxis tätigen Akteurinnen und Akteuren Räume zu schaffen, in denen die spezifische Situation ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt ethisch reflektiert werden kann.

Das Ethische Monitoring orientierte sich dabei selbst an dem Menschenrecht auf gute Pflege (als Bestandteil des Rechts auf Gesundheit) und an einem menschen- und lebensqualitätsbasierten Verständnis einer qualitätsorientierten Versorgung an. Es wurde die normative Auffassung vertreten, dass die menschliche Würde erst mit der Durchsetzung von Freiheits-, Teilhabe- und Gleichheitsrechten erfahrbar und konkret wird.

Die Datenauswertung erfolgte auf der Grundlage der im Rahmen des Ansatzes der „Grounded Theory" entwickelten Methodologie des „theoretical samplings" (Glaser & Strauss, 2005). Die im Gesamtprojekt SEVERAM erhobenen Daten wurden in diesem Sinne gleichzeitig im Rahmen des Ethischen Monitorings kodiert und analysiert. Die unterschiedlichen Datenmaterialien wurden vor dem Hintergrund vorhandener grundlagenbezogener und anwendungsorientierter Forschung in der Medizin- und Pflegeethik (vgl. Bobbert, 2002; Beauchamp & Childress, 2001; Höffe, 2002; Wiesemann & Biller-Andorno, 2005) analysiert und systematisiert. Das Ziel dieser komplementären Herangehensweise war es, der Komplexität der ethischen Problem- und Fragestellungen durch eine möglichst „dichte Beschreibung" gerecht zu werden.

Zur Auswertung lagen drei Typen von Dokumenten vor:

- 15 leitfadengestützte Interviews aus der ersten Erhebungsphase des Gesamtprojekts (August bis Dezember 2009) mit Ärzte- und Pflegepersonal;
- 12 leitfadengestützte Interviews aus der zweiten Erhebungsphase (Januar bis Dezember 2010) mit einem zusätzlichen Leitfaden für ethische Problembereiche mit Ärzte- und Pflegepersonal;
- und neun Fallstudien aus der dritten Erhebungsphase des Gesamtprojekts (Januar bis Dezember 2011).

In allen drei Auswertungsphasen wurden deduktive und induktive Elemente durch offenes Kodieren miteinander verknüpft. In einem ersten Schritt des Ethischen Monitorings wurde eine Eingrenzung der ethischen Fragenstellungen und Problemanzeigen vorgenommen. Es wurde der Frage nachgegangen, ob ethische Prinzipien sowie normativ gehaltvolle Begriffe in der Kommunikation und Dokumentation vor allem pflegerischer, sozialarbeiterischer und medizinischer Intervention berücksichtigt, thematisiert und reflektiert oder übersehen oder stillschweigend „ignoriert" bzw. „verschwiegen" wurden. Die Aussagen der Leitung des Krankenhauses und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des *Netzwerks Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* wurden daraufhin analysiert, welche normativen Leitbilder zu Grunde liegen und welche ethischen Standards umgesetzt wurden. In dieser ersten Auswertungsphase wurden keine die Ethik betreffenden Fragen an die unterschiedlichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gerichtet.

Aufbauend auf den Ergebnissen der ersten Erhebungsphase wurde das Codesystem entsprechend modifiziert und verfeinert. In den Gesprächen mit den Professionellen aus den unterschiedlichen Bereichen der medizinisch-pflegerischen Versorgung wurde in der zweiten Phase expliziter nach dem Stellenwert ethischer Reflexion in den jeweiligen Einrichtungen gefragt. Hierzu wurde ein eigener Interviewleitfaden entwickelt. Zudem wurde eine Falldarstellung (PM1) aus ethischer Perspektive beleuchtet. Für den Bereich der Medizin und Pflege wurde genauer untersucht, welche Bedeutung die medizinethischen Prinzipien Autonomie (Selbstbestimmung, informed consent etc.) und Nicht-Schaden im professionellen Handeln und auf der Ebene der Organisation (Leitbild, Ethikkomitee, Fehler- und Konfliktmanagement, Umsetzung von Standards, Kompetenzförderung und Instrumente im Umgang mit ethischen Fragen etc.) besitzen.

In der dritten Phase wurden die Case Studies auf die Wirksamkeit der medizinethischen Prinzipien Autonomie und Nicht-Schaden untersucht. Die Auswertung wurde besonders im Hinblick auf eine mögliche Implementierungsstrategie ethischer Reflexion in der Praxis in den Blick genommen. Durch die Betrachtung der Fallstudien konnte langfristige Veränderungen und Wirkungen der Versorgungsstrukturen in die Beschreibung der ethischen Problemlagen berücksichtigt werden. Zudem stand mit den Aussagen der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen die „Binnenperspektive" im Mittelpunkt.

Die im zweiten Jahr erarbeiteten sozial- und individualethischen Problemanzeigen wurden durch eine Erweiterung des Datenmaterials und der Analyseinstrumente vertieft. Auf dieser Grundlage konnte ein erster Vorschlag für institutionelle Strategien der Implementierung ethischer Reflexionsformen in der Praxis erarbeitet werden.

2.1.7 DATEN AUS DEM KRANKENHAUSSOZIALDIENST

Durch die im Sozialdienst des Kooperationspartners tätige wissenschaftliche Mitarbeiterin wurden Zeitraum März bis Juni 2011 Daten zu den von ihr im Sozialdienst bearbeiteten Fällen erhoben. Die Daten wurden nach der Entlassung des Patientinnen und Patienten in eine dafür erstellte Datenbank eingetragen, einzelne Aspekte wurden in der Sozialarbeiterverlaufsdokumentation des SJKP während des Fallverlaufs dokumentiert. Insgesamt liegen Daten zu 116 Fällen vor.

Zu diesen 116 Patientinnen und Patienten liegen folgende Daten vor:

- Geschlecht
- Geburtsjahr
- Wohnform der Patientin/des Patienten
- Aufnahmeart
- Aufnahmedatum
- Entlassungsdatum
- Behandelnde Station
- Datum der Anforderung des Sozialdienstes
- Person, die den Sozialdienst angefordert hat
- Grund der Anforderung des Sozialdienstes
- Anzahl der Kontakte zwischen Sozialdienst und Patientin/Patient
- Anzahl der Kontakte zwischen Sozialdienst und zuständiger Ärztin/zuständigem Arzt
- Anzahl der Kontakte zwischen Sozialdienst und zuständigem Pflegedienst
- Bezugspersonen der Patientin/des Patienten
- Anzahl der Kontakte zu den Bezugspersonen
- Vorhandensein einer Pflegestufe und wenn ja welcher
- Vorliegen eines Grades der Behinderung und wenn ja, welches
- Ggf. Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis
- Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung und wenn ja für welche Bereiche
- Anzahl der bisherigen Krankenhausaufenthalte im SJKP
- Vorliegende Hauptdiagnose (ICD-10)
- Vorliegende Nebendiagnosen (ICD-10)
- Bestehende Einschränkungen der Patientin/des Patienten
- Aufgaben des Entlassungsmanagements
- Beteiligte am Entlassungsmanagement
- Probleme bei der Entlassung

Die vorliegenden Daten wurden mit Hilfe von SPSS® in Bezug auf Häufigkeitsverteilungen der Angaben, der Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen ausgewertet. Es wurden ebenso Stichproben aus der Gesamtmenge anhand einzelner Parameter gebildet und die Odds-Ratio berechnet.

2.1.8 FALLSTUDIEN

In der zweiten Datenerhebungsphase des Projektes wurden Fallstudien durchgeführt. Hierbei erfolgte die Datenerhebung entlang ausgewählter *Fälle* mit bestimmten bioopsychosozialen

Problemstellungen, deren Versorgungsverlauf im Krankenhaus und nach der Entlassung vom Forschungsteam begleitet, dokumentiert und analysiert wurde. Dabei wurden im Zeitverlauf jeweils von allen am *Fall* beteiligten Akteurinnen und Akteuren (eben auch den informellen bzw. nicht-professionellen) Daten erhoben, aus denen Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen in diesem *Fall* gewonnen würden. Die Auswahl von *Fällen* erfolgte über ein *theoretisches Sampling*, das auf Befunden aus Phase I des Projekts basierte (Glaser & Strauss, 2005).

Dies führte zu folgenden Auswahlkriterien: Die Personen sollten

- älter als 65 Jahre sein,
- einen Versorgungsbedarf nach dem Krankenhausaufenthalt aufweisen (sowohl neu entstandener als auch veränderter Versorgungsbedarf), so dass durch die Begleitung beobachtet werden konnte, wie die Versorgung eingerichtet oder modifiziert wurde,
- pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sein (oder die Anerkennung einer Pflegestufe beantragt haben).

Der Kontakt zu den zu begleitenden Personen erfolgte über den Sozialdienst des Kooperationspartners und die Sozialdienste der anderen Krankenhäuser in Potsdam. Die Sozialdienste wurden gebeten, den in Frage kommenden Patientinnen und Patienten ein Informationsschreiben des Forschungsteams auszuhändigen, in dem über das Forschungsprojekt und die geplante Datenerhebung informiert wurde.

Waren Patientinnen und Patienten zu einer Beteiligung an dem Forschungsvorhaben bereit, wurde ihr Einverständnis zur Kontaktvermittlung durch den Sozialdienst schriftlich eingeholt. Erst nach dieser Einholung wurde der Kontakt zwischen Patientin/Patient und Forschungsteam hergestellt. Der Kontakt mit der jeweiligen Mitarbeiterin oder dem jeweiligen Mitarbeiter des Forschungsteams erfolgte im Idealfall noch während der stationären Behandlung vor der Entlassung. Im Rahmen des Erstkontaktes erfolgte eine Aufklärung über die geplante Datenerhebung und die Einholung einer schriftlichen Einverständniserklärung der Patientin oder des Patienten. Folgende Grundregeln zum Datenschutz wurden bei der Datenerhebung beachtet:

- Interviews mit den an der Versorgung beteiligten Personen wurden nur nach schriftlichem Einverständnis der Patientin/des Patienten geführt.
- Über die Weitergabe bzw. Einsichtnahme der Versorgungsunterlagen entschied die Patientin/der Patient, erst nach seiner schriftlichen Zustimmung durften diese eingesehen werden.
- Für den Umgang mit persönlichen Unterlagen und den darin enthaltenen Daten wurde ein Datenschutzkonzept vorgelegt, zu dessen Einhaltung sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Forschungsprojekts, schriftlich dokumentiert, verpflichteten.

Die Datenerhebung im Rahmen der Fallstudien erfolgte zu folgenden Themenbereichen:

- Versorgungsabläufe (Kontinuitäten/Diskontinuitäten)
- Transsektorale institutionelle Kooperationsverläufe
- Interprofessionelle Kommunikationsformen
- Kooperation und Kommunikation zwischen informellen und formellen Akteurinnen und Akteuren

- Zufriedenheit der Betroffenen und Angehörigen (und Freiwilligen) mit den Abläufen
- Funktionen und Funktionsweisen des *Netzwerkes Älter werden in Landeshauptstadt Potsdam*
- Evaluation (zur Förderung) bürgerschaftlichen Engagements
- Identifizierung ethischer Probleme und Dilemmata
- Identifikation von Fort- und Weiterbildungsbedarfen (formelle und informelle Akteurinnen und Akteure)

Das Ziel der Fallstudien lag darin, zu den begleiteten Fällen Daten und Befunde zu verschiedenen Messzeitpunkten vorliegen zu haben, in denen der Versorgungsbedarf festgestellt wird, die Umsetzung der Versorgung analysiert und bewertet wird und in denen alle an der Versorgung Beteiligten benannt und ihre Aufgaben beschrieben werden.

Eine abschließende Analyse der durch die Fallbegleitungen gesammelten Daten sollte aufzeigen,

- an welchen Schnittstellen es warum zu Problemen gekommen ist bzw. an welchen Schnittstellen die Übergänge gut bewältigt werden,
- welche Unterstützungen und Beratungen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus im zeitlichen Verlauf benötigt werden,
- inwieweit die Einschätzungen des Versorgungsbedarfes durch das entlassende Krankenhaus im zeitlichen Verlauf Bestand haben,
- inwieweit Unterstützungen und Versorgungsmanagement außerhalb des bestehenden Systems erfolgen,
- inwieweit im Verlauf durch Nichtbewilligung von beantragten Sozial- und Pflegeleistungen Versorgungsbrüche/Unterversorgung entstehen,
- welche Faktoren für eine gelungene bzw. gelingende Überleitung und Weiterversorgung der Betroffenen bedeutsam sind.

Die Analyse der Fallbegleitungen sollte sowohl Faktoren aufzeigen, die zu einem gelingenden Versorgungsmanagement führen als auch auftretende Probleme und (Schnittstellen-) Schwierigkeiten, die ein gelingendes Versorgungsmanagement verhindern. Im Rahmen der Analyse sollte auch untersucht werden, inwieweit Einweisungen in stationäre Behandlungen ein Indikator für nicht gelingendes Versorgungsmanagement sind.

Nachdem es zunächst nicht gelang, über den geplanten Zugang genügend Fälle zu finden, die durch das Forschungsprojekt begleitet werden konnten, wurden in einem zweiten Schritt verschiedene Pflegedienste und Sozialstationen kontaktiert und mit dem geplanten Erhebungsschritt vertraut gemacht. Die kontaktierten Pflegedienste und Sozialstationen wurden gebeten, pflegebedürftige Menschen, die den Auswahlkriterien entsprachen, auf die Teilnahme an den Fallstudien anzusprechen. Hierbei wurde als Auswahlkriterium zusätzlich zu den oben genannten Kriterien festgelegt, dass es sich um Fälle handeln solle, die aus der Sicht der Sozialstation als *schwierig* eingestuft wurden und bei denen Fallmanagementbedarf bestand.

Bei vielen der kontaktierten Fälle war es aufgrund fehlender Zustimmung oder Rückzug der Zustimmung nicht möglich, die geplante Fallstudie anzufertigen. Insgesamt konnten schließlich 14 Fälle begleitet werden. Unter diesen befinden sich auch Fälle, bei denen es beispielsweise nicht mehr möglich war, mit dem Betroffenen ein Interview zu führen oder bei denen nach dem ers-

ten Kontakt keine weiteren Termine mehr zustande kamen, da diese nicht mehr gewünscht wurden. Im Rahmen dieser Fallstudien konnten Studierende der KHSB aus den Bachelorstudiengängen Soziale Arbeit und Heilpädagogik eingebunden werden, die nach einer Phase der Einarbeitung und Anleitung durch die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, eigenständig die Fallbegleitungen durchführten. Aus diesem Engagement sind unterschiedliche Qualifizierungsarbeiten entstanden (eine vollständige Auflistung findet sich im Anhang unter 4.2).

2.1.9 *TRANSSEKTORALE FALLKONFERENZEN*

In der Phase IV des Projektes wurde das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* entwickelt, um ein Instrument zum sektorenübergreifenden Versorgungsmanagement zu schaffen. Die Entwicklung des Konzeptes erfolgte aufgrund der in den vorigen Phasen aus der Datenanalyse gewonnen Ergebnisse (vgl. auch Kapitel 2.2.8).

In einer *transsektoralen Fallkonferenz* werden die Versorgungsprobleme, die in einem konkreten Fall vorliegen, von allen an diesem Fall Beteiligten Professionellen diskutiert und gemeinsam Lösungen entwickelt. Die Organisation und Durchführung der *transsektoralen Fallkonferenzen* wurde durch das Forschungsteam geleistet, mit der Moderation wurde eine externe Diplom Sozialarbeiterin beauftragt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes nahmen an den *transsektoralen Fallkonferenzen* teil und erhoben so Daten mittels *Teilnehmender Beobachtung.*

Insgesamt wurden sechs *transsektorale Fallkonferenzen* in dieser Phase in Potsdam unter Anleitung des Forschungsteams durchgeführt. Diese sechs *transsektoralen Fallkonferenzen* wurden durch eine studentische Mitarbeiterin des Projektes protokolliert. Die hierbei entstandenen Daten wurden analysiert. In der ersten *transsektoralen Fallkonferenz* wurde ein schon bekannter beispielhafter Fall verwendet, um den Beteiligten das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenz* an einem praktischen Beispiel vorzustellen.

In der Phase V des Projektes wurde das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* in Potsdam in die Arbeit des *Netzwerkes* implementiert. Die Organisation und Durchführung übernimmt seit diesem Zeitpunkt die Beratungsstelle *Pflege in Not*. Somit werden die *transsektoralen Fallkonferenzen* in Potsdam auch nach Beendigung des Projekts weitergeführt.

2.2 ERZIELTE ERGEBNISSE

2.2.1 VERSORGUNGSLAGE ÄLTERER MENSCHEN IN DER REGION

In der ersten Phase des Projektes wurde eine Evaluation der Versorgungslage älterer Menschen in Potsdam und der Region durchgeführt. Für diese Evaluation wurden Experteninterviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Versorgungseinrichtungen geführt.

Die Ergebnisse der Auswertung dieser Daten wurden im Rahmen der ersten Meilensteinkonferenz vorgestellt. Die befragten Expertinnen und Experten sahen die Versorgung älterer Menschen durch ein vielschichtiges System aus unterschiedlichen Komponenten gewährleistet. Unter *Versorgung* wurde hierbei Pflege, Medizin, Soziales und Unterstützungen in der Alltagsbewältigung verstanden. Insgesamt wurde die Versorgungslage in Potsdam von den befragten Expertinnen und Experten als gut bewertet, die Versorgungslage in den ländlichen Bereichen der Region hingegen als teilweise schwierig. Die Versorgung wird durch Leistungserbringer vorgehalten, die als Krankenhäuser, Sozialstationen und Pflegedienste, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Beratungsstellen, betreute Wohnformen, Heime, Dienstleister, Angehörige, gesetzliche

Betreuerinnen und Betreuer sowie ehrenamtliche Helferinnen und Helfer benannt werden. Die Leistungserbringer werden durch unterschiedliche Leistungsträger finanziert, dies sind Krankenkassen, Pflegekassen, die Unfallversicherung, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfeträger, die Justizkasse (gesetzliche Betreuung) sowie die Patientinnen und Patienten selber und deren Angehörige.

Die Expertinnen und Experten sahen in der Akutbehandlung durch Krankenhäuser einen wesentlichen Versorgungsbeitrag, prognostisch gingen sie davon aus, dass der Anteil der Versorgung durch Krankenhäuser steigen wird.

Die Behandlung im Krankenhaus wird auch durch begrenzte Liegezeiten mitbestimmt, es bestehen Zeit- und Entlassungsdruck aufgrund der Vorgaben der Kostenträger. Das Entlassungsmanagement eines Krankenhauses stellt die Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung sicher. Hierbei wird sowohl die Absicherung der Versorgung durch Hilfsmittel und Pflege und/oder Rehabilitation sichergestellt, als auch Beratung zu Fragen der Pflege und Versorgung geleistet. Wenn möglich, werden Angehörige in die Versorgung einbezogen. Gegebenenfalls erfolgt im Rahmen des Entlassungsmanagement auch eine Weiterleitung und Vermittlung von Patientinnen und Patienten und/oder Angehörigen an Beratungsstellen.

Im beforschten Gebiet lag das Entlassungsmanagement in der Hauptverantwortung des jeweiligen Krankenhaussozialdienstes. Dieser steuerte und koordinierte das Entlassungsmanagement. Die rechtliche Verantwortung und damit auch die letztliche Entscheidung, ob und wann eine Entlassung erfolgt, lag und liegt jedoch in den Händen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus. Welche Aufgaben im Rahmen des Entlassungsmanagements bearbeitet werden müssen und welchen Umfang diese Aufgaben haben, war je nach Fall sehr unterschiedlich. Das Aufgabenspektrum des Sozialdienstes reichte von der Beratung zu Fragen der Pflege und Versorgung bis hin zur Einrichtung von komplexen Versorgungssituationen mit unterschiedlichsten Akteurinnen und Akteuren. Die befragten Expertinnen und Experten schilderten, dass der Prozess des Entlassungsmanagements durch verschiedene Faktoren erschwert werden kann. Eine wesentliche Problematik war hierbei, dass der Sozialdienst erst durch Anforderung des Pflegedienstes oder der behandelnden Ärztinnen und Ärzten aktiv wurde. Das bedeutet, dass der Sozialdienst nicht eingeschaltet wurde, wenn ein Bedarf nach Entlassungsmanagement nicht oder zu spät erkannt wurde. Dies kam nach Aussage der Expertinnen und Experten vor allem dann vor, wenn soziale Probleme vorlagen, die von den Pflegekräften und behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht als Handlungsgrund erkannt wurden. Eine weitere Schwierigkeit an der Schnittstelle Entlassung aus dem Krankenhaus war die nicht rechtzeitige Kommunikation von Entlassungsterminen. So berichten die befragten Expertinnen und Experten, dass es vorgekommen sei, dass eine Entlassung ohne Rücksprache mit dem Sozialdienst festgelegt oder auch durchgeführt wurde, wodurch es in diesen Fällen nicht möglich war, eine adäquate Weiterversorgung sicherzustellen. Es wurde ebenso davon berichtet, dass es zu Entlassungen gekommen ist, über die Angehörige, ambulante Pflegedienste und/oder stationäre Einrichtungen nicht rechtzeitig informiert wurden, so dass es diesen nicht möglich war eine an die Entlassung anknüpfende lückenlose Versorgung zu ermöglichen. Diese Problematik scheint einerseits in mangelnder Kommunikation begründet, andererseits wurde von den befragten Expertinnen und Experten auch beschrieben, dass unterschiedliche Beurteilungskriterien der verschiedenen Berufsgruppen zum Entlassungstermin existieren würden. Die wechselnde ärztliche Zuständigkeit durch das Schichtdienstsystem wurde außerdem als Grund für fehlende Absprachen und nicht

kommunizierte Entlassungen benannt und deshalb bestehende Absprachen nicht immer eingehalten wurden.

Es wurde ebenso in den Interviews davon berichtet, dass Neueinschätzungen der benötigten Anschlussversorgung durch Ärztinnen und Ärzte und/oder den Pflegedienst nicht immer rechtzeitig mit dem Sozialdienst kommuniziert wurden, dadurch eine Neuorganisation der Anschlussversorgung nicht immer rechtzeitig ermöglicht werden konnte und nach der Entlassung dann nicht die benötigten Hilfsangebote zur Verfügung standen. Damit eine Anschlussversorgung organisiert und eingerichtet werden kann, bedarf es auch der Zuarbeit durch unterschiedliche Stellen im Krankenhaus, es kam hier zu Schwierigkeiten im Entlassungsmanagement, wenn beispielsweise benötigte ärztliche Verordnungen nicht rechtzeitig vorlagen oder andere benötigte Unterlagen fehlten. Als ein weiteres Problem bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde der Zeitmangel bei der Anleitung und Information von (pflegenden) Angehörigen benannt.

Die Weiterversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt ist naturgemäß auch von den verfügbaren Ressourcen abhängig – wie bereits erwähnt – war die Einrichtung von Versorgung in der ländlichen Region zum Teil durch fehlende Angebote erschwert. Im Rahmen des Entlassungsmanagement war zudem oftmals keine abschließende Klärung der Finanzierung von benötigten Versorgungsangeboten möglich, da nicht bis zu einer abschließenden Bearbeitung (bzw. Bescheiden) von Leistungsbeantragungen gewartet werden konnte.

So konnten in der Regel beispielsweise zwar Anträge auf Anerkennung einer Pflegestufe gestellt werden, der Ausgang des Antragsverfahrens war aber bei der Entlassung noch ungewiss. Ebenso wurde von Fällen berichtet, bei denen eine Weiterversorgung durch ambulante oder stationäre Rehabilitation zwar als notwendig erachtet wurde, aber diese nicht abschließend im Krankenhaus geklärt werden konnte, sowohl in Bezug auf Fragen der Finanzierung wie auch in Bezug auf die Verfügbarkeit eines Platzes in einer Rehabilitationseinrichtung. Dies konnte in der Dauer von Antragsverfahren begründet sein, aber auch in kurzfristig erfolgte Entlassungen, bevor der jeweilige Planungsprozess abgeschlossen werden konnte. Somit war auch nicht immer eine abschließende Klärung der ambulanten pflegerischen Versorgung möglich, da die Finanzierung nicht abschließend geklärt war und nicht beurteilt werden konnte, in wieweit Angehörige die pflegerischen Aufgaben auch leisten konnten, wenn sie sich zu deren Übernahme bereit erklärt hatten. Von Seiten des entlassenden Krankenhauses erfolgte schließlich in der Regel keine systematische Überprüfung des Fallverlaufs nach der Entlassung, dadurch konnte es zu Fallkonstellationen kommen, in denen die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt nicht erfolgreich eingerichtet bzw. aufrecht erhalten werden konnte. Kam es nach einer Entlassung zu einer Wiederaufnahme im Krankenhaus in eine andere Station als beim letzten Aufenthalt, erfolgte auch keine standardisierte Rückmeldung an den Krankenhaussozialdienst.

Wenn nach einem Krankenhausaufenthalt eine pflegerische, medizinische oder soziale Versorgung in der eigenen Wohnung einer Patientin oder eines Patienten geplant ist, muss das Entlassungsmanagement auf soziale Unterstützungsbedarfe, auf den Pflegebedarf und auf medizinischen Versorgungsbedarf hin ausgerichtet sein. Die befragten Expertinnen und Experten beschrieben, dass es nach ihrer Erfahrung zu Schwierigkeiten in der häuslichen Versorgung insbesondere dann kommen konnte, wenn pflegende Angehörige überfordert waren und keine Entlastung durch andere Angehörige oder professionelle Helferinnen und Helfererhielten. Dies passierte vor allem dann, wenn Einzelpersonen die pflegerische Versorgung alleine übernahmen. Neben den körperlichen Belastungen waren hierbei auch psychosoziale Belastungen, die sich als Erschöpfung zeigten zu beachten. Die pflegenden Angehörigen, so schilderten es die Interview-

ten, verfügten auch häufig nicht über das Wissen und die Informationen, die für die pflegerischer Versorgung benötigt wurden. Diese Problematik trat sehr bei der Finalpflege Schwerstkranker bzw. Sterbender vor. Die pflegenden Personen waren der Gefahr der sozialen Isolation und sozialer Schwierigkeiten ausgesetzt, wenn die zeitliche Belastung durch die Pflege sehr hoch war. Pflegende Personen, die einer Erwerbstätigkeit neben der Pflege nachgingen, wiesen aufgrund der Doppelbelastung von Beruf und Pflege ein besonders hohes Risiko der Überlastung auf. Pflegende, die keine berufliche Tätigkeit ausübten, waren einer erhöhten Gefährdung durch soziale Isolation ausgesetzt, da sie oft nur zur pflegenden Person Kontakt halten konnten. Zudem konnte ein fehlendes Einkommen (Aufgabe der Arbeitstätigkeit aufgrund der pflegerischen Verantwortung) in der Regel nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung kompensiert werden, so dass für nicht berufstätige Pflegende auch eine erhöhte Gefahr entstand, durch finanzielle Schwierigkeiten belastet zu werden.

Die befragten Expertinnen und Experten beschreiben auch, dass die Einschätzung von Pflegebedarf durch Angehörige nicht immer den tatsächlichen Pflegebedarf der Betroffenen abbildete, wodurch es zu Unterversorgungen kommen konnte.

Schwierigkeiten entstanden auch in Konstellationen, in denen Angehörige örtlich zu weit entfernt wohnten, um aktiv an der Versorgung mitzuwirken. Als ein wesentliches Problem wurde beschrieben, dass es zu Unterversorgungen kam, weil die pflegebedürftigen Personen professionelle Dienstleister aus finanziellen Gründen ablehnten. Hier sind die Fälle zu nennen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhielten und die Pflegeleistungen aus eigenen Mitteln finanzieren mussten, ebenso wurden Fälle erwähnt, in denen das Pflegegeld als Teil des eigenen Einkommens verstanden wurde, aber keine entsprechende pflegerische Versorgung geleistet wurde. Ebenso finden sich Hinweise in den Daten, dass es zu Versorgungsproblemen kam, wenn professionelle pflegerische Hilfen benötigt wurden, diese aber nicht im benötigten Umfang zur Verfügung standen oder wenn die ambulante ärztliche Versorgung aufgrund fehlender Ärztinnen und Ärzte nicht möglich war. Die Aufnahme der häuslichen Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt wurde außerdem erschwert, wenn die Entlassung kurzfristig und am Wochenende erfolgte und wenn notwendige Unterlagen und Informationen für den ambulanten Pflegedienst fehlten.

Die befragten Expertinnen und Experten beschrieben, dass die ambulanten Pflegedienste, die einen wesentlichen Anteil der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicherstellen, unter starkem Zeitdruck stehen und ein hohes Arbeitspensum zu bewältigen haben. Die zur Abrechnung und Sicherstellung der Pflegequalität notwendige Dokumentation benötigt zudem einen hohen Anteil der Arbeitszeit der Pflegekräfte. Die Interviewten sahen einen deutlichen Bedarf an sozialarbeiterischen Angeboten im Rahmen der Versorgung. Ambulante Pflegedienste stellten oftmals in ihrer täglichen Arbeit einen Bedarf an sozialrechtlicher Beratung und an sozialer Unterstützung fest, konnten diesen Bedarf aber nicht decken, da keine Finanzierungsmöglichkeit für Soziale Arbeit in diesem Kontext bestand.

In den Interviews wurde beschrieben, dass die pflegerischer Versorgung in Heimen unterschiedlich hohe Qualität hatte, je nach dem in welchem Heim die Versorgung erfolgte. Hierbei war die begrenzte Kapazität der Einrichtungen ein weiterer Faktor, der die Versorgung von Pflegebedürftigen beeinflusste. Die befragten Expertinnen und Experten beschrieben, dass die Plätze in den als gut bewerteten Heimen oftmals ausgebucht waren und es im akuten Bedarfsfalle nicht einfach war, ein passendes stationäres Versorgungsangebot zu finden. In Bezug auf Heime finden sich in den Interviews auch divergierende Beschreibungen der Zusammenarbeit mit Kran-

kenhäusern. Beklagt wurde von den Interviewten, dass Heime zu häufig und zu schnell Pflegebedürftige in Krankenhäuser übergeleitet hätten. Dies wurde zum Teil mit der fehlenden ärztlicher Versorgung in den Heimen begründet oder auch mit der fehlenden Expertise im Umgang mit auftretenden Problemen in der letzten Lebensphase.

In den Daten, die im Rahmen der Evaluation der Versorgungslage älterer Menschen in Potsdam erhoben wurden, finden sich verschiedene Themenbereiche gehäuft, die eine hohe Relevanz für die Versorgung besitzen, diese können als Querschnittsthemen in der Versorgung betrachtet werden, da sie in allen Bereichen von Versorgung eine hohe Relevanz besitzen. Deshalb wurden folgende Schwerpunkte in der weiteren Datenerhebung im Projekt SEVERAM gesetzt:

a) Die **Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase** wurde von den befragten Expertinnen und Experten als potentiell schwierig beschrieben. Sowohl im häuslichen Kontext als auch in stationären Pflegeeinrichtungen wurden Probleme in der Versorgung und Begleitung Sterbender genannt. Nicht alle stationären Pflegeeinrichtungen sind darauf ausgerichtet, Finalpflege zu leisten. Für eine ambulante Finalpflege werden Angehörige, Hausarzt oder Hausärztin, Hospiz- bzw. Palliativdienst und Sozialstation benötigt. Standen diese teilweise nicht zur Verfügung, wurde die Versorgung erschwert oder auch verhindert. Die befragten Expertinnen und Experten sahen auch fehlendes Wissen um den Sterbeprozess als wesentliches Problem in der Versorgung Sterbender, dies sowohl in Bezug auf durch Angehörige versorgte Menschen als auch in Bezug auf Sterbende in stationären Einrichtungen. Das fehlende Wissen zeigte sich auch darin, dass Menschen in der Finalphase ins Krankenhaus eingeliefert werden, weil die mit der Pflege beauftragten Personen (Angehörige, aber auch Professionelle), die auftretenden Symptome nicht deuten konnten und aufgrund von Verunsicherung vorschnell eine Einweisung in das Krankenhaus veranlassten. Das führte dazu, dass Sterbende kurz vor ihrem Tode verlegt wurden und aus der vertrauten Umgebung (eigene Wohnung oder auch Heimeinrichtung) herausgerissen wurden. Akutkrankenhäuser waren zwar bemüht, Sterbenden ein würdiges Lebensende zu ermöglichen, waren aber nicht oder nicht hinreichend auf die Bedürfnisse Sterbender ausgelegt. Die Abläufe in der Krankenhausaufnahme konnten auch dazu führen, dass Menschen im Aufnahmeprozess oder in der Wartezeit auf die stationäre Zuordnung verstarben. Von den Expertinnen und Experten wurde deutlich gemacht, dass ein bewusster Umgang mit dem Thema *Sterben* notwendig ist, der sich auch in Vorgaben, Richtlinien und Leitlinien widerspiegelt. Angehörige, die die Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase übernehmen, benötigen Information, Aufklärung, Beratung und Unterstützung durch Professionelle (und Ehrenamtliche), um diese schwierige Versorgungsaufgabe zu meistern. Aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten war es den pflegenden Angehörigen aber nicht immer möglich, die nötige Information, Aufklärung, Beratung und Unterstützung zu erhalten. Im Datenmaterial wird deutlich, dass ein Ziel der Pflegeplanung und -organisation auch darin besteht, sie so durchzuführen, dass unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden können.

b) **Multimorbidität** stellt bekanntermaßen die Versorgung vor besondere Herausforderungen. So beschrieben auch die Befragten, dass die Planung einer Entlassung aus dem Krankenhaus deutlich erschwert wurde, wenn der Verlauf der Krankenhausbehandlung und die Entwicklung des Gesundheitszustandes nur eingeschränkt vorhersehbar waren. Wenn gleichzeitig somatische und (geronto)psychiatrische Erkrankungen auftraten, wurden die Planung einer Versorgung und ein Entlassungsmanagement vor besonders große Herausforderungen gestellt.

c) Wenn zusätzlich zu somatischen und/oder (geronto)psychiatrischen Problemen soziale Probleme vorliegen, führt dies zu einer **Problemkumulation**, die Versorgung erschweren oder sogar verhindern kann. Die befragten Expertinnen und Experten beschrieben, dass es besondere Schwierigkeiten gab, wenn Pflegebedürftige unter gestörten oder verlorenen Beziehungen zu ihren Angehörigen litten, wenn soziale Isolation und Einsamkeit die Lebenslage bestimmten, wenn finanzielle Schwierigkeiten oder Abhängigkeiten von Pflegebedürftigen und Angehörigen zu einer Zweckentfremdung von Pflegegeldern führten. Im Datenmaterial finden sich Hinweise darauf, dass es für die genannten sozialen Probleme von pflegebedürftigen Menschen oft keine speziellen Hilfsangebote gab.

2.2.1.1 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Unter dem Begriff *Versorgung* wird die Deckung von pflegerischen, medizinischen, sozialen Hilfebedarfen und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung verstanden. Das Versorgungs*system*, das diese Hilfen für ältere Menschen anbietet, ist ein aus unterschiedlichen Komponenten bestehendes, vielschichtiges System. Unterschiedliche Leistungserbringinnen und Leistungserbringer ermöglichen die Versorgung, hierbei lassen sich im städtischen Raum günstigere Bedingungen hinsichtlich der Vielfalt und Erreichbarkeit der Komponenten feststellen, als im ländlichen Bereich. Es gilt also bei der Planung von Versorgungsangeboten auch darauf zu achten, dass die Angebote flächendeckend verfügbar sind und nicht nur in Ballungsgebieten.

Die an der Schnittstelle Krankenhausentlassung auftretenden Probleme sind unterschiedlicher Natur. Als einen wichtigen Schritt zur Verbesserung der Übergänge und des Entlassungsmanagements müsste ein neues Beauftragungskonzept des Sozialdienstes erarbeitet werden. Die Einschaltung des Sozialdienstes als Entlassungsmanagement durch Pflegedienst bzw. Ärzte und Ärztinnen sollte hierbei überdacht und eine Möglichkeit der (systematischen) eigenen Anamnese und Sozialdiagnostik durch den Sozialdienst geschaffen werden. Ebenso gilt es, verbindliche Kommunikationsabläufe bezüglich des Entlassungstermins festzulegen und deren Einhaltung zu gewährleisten, so dass es nicht mehr zu spontanen Entlassungen ohne Rücksprache mit Sozialdienst und Angehörigen bzw. professionellen Versorgern außerhalb der Klinik kommt. Ein einheitlicher Katalog im Sinne operationalisierter Kriterien zur Bestimmung des angemessenen Entlassungstermins, in dem medizinische, pflegerische und unbedingt auch soziale Belange berücksichtigt werden, ist hierbei unumgänglich. Innerhalb der Entlassungsplanung bedarf es auch einer Verbesserung der Kommunikationsstrukturen, damit Planungsänderungen allen Beteiligten bekannt werden. Ebenso besteht Optimierungsbedarf in der praktischen Zusammenarbeit im Rahmen von Entlassungen. Das Ziel einer Neustrukturierung muss im Vorliegen aller benötigten Unterlagen und Verordnungen zur Entlassung bestehen. Ebenso besteht Verbesserungsbedarf in der Kommunikation und Informationsweitergabe mit bzw. an (versorgende/pflegende) Angehörige.

In Bezug auf die Antragsbearbeitung im Rahmen der Anerkennung einer Pflegestufe (SGB XI) aber auch in Bezug auf die Bewilligung von Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) besteht Optimierungsbedarf. Die zum Teil langen Bearbeitungszeiträume erschweren eine Planung von Versorgung und führen gegebenenfalls bei unerwarteter Nichtbewilligung zu Verschuldung, mangelnder Versorgung und/oder Versorgungsabbrüchen.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus besteht bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ein Bedarf an (sozialer) Begleitung und Betreuung. Ebenso wäre es notwendig, die zur Entlassung geplante Versorgung noch einmal in einem zeitlichen Abstand zu begutachten und auf

ihre Passung zu überprüfen, dies geschieht derzeit nur selten und eher zufällig. Es sollten also Möglichkeiten ausgebaut werden, mit denen sich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auf einfachem Wege die Wirksamkeit der geplanten Versorgungsschritte überprüfen und ggf. die Planung korrigieren lassen. Bei einer Wiederaufnahme sollte zudem sichergestellt werden, dass der Sozialdienst gleich bei der Aufnahme dann benachrichtigt wird, wenn er mit dem Entlassungsmanagement beim vorigen Aufenthalt beauftragt war.

Eine poststationäre professionelle Begleitung könnte auch in Fällen eingeschaltet werden, in denen die Planung der Versorgung zur Entlassung aus dem Krankenhaus aufgrund einer unklaren Entwicklung des Gesundheitszustandes nicht abschließend möglich ist. Dadurch könnte der Versorgungsprozess beobachtet und ggf. modifiziert werden, wenn eine Veränderung der Versorgungsbedarfe eingetreten ist.

Wenn eine Versorgungssituation hauptsächlich durch den Einsatz von Angehörigen sichergestellt werden soll, so sollte im Vorfeld überprüft werden, ob die Angehörigen auch bereit und in der Lage sind, die benötigten Leistungen zu erbringen[8]. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass überfordernde Situationen vermieden werden und die pflegenden Angehörigen Unterstützung erhalten, um der Gefahr der Überforderung und Isolation zu begegnen.

Es zeigt sich, dass für viele ältere Menschen, vor allem wenn diese durch Krankheit und/oder Behinderung eingeschränkt sind, sozialrechtliche und sozialarbeiterische Beratungsangebote benötigt werden, um auch in Fällen, die durch multiple Problemlagen bestimmt sind, eine gelingende Versorgungsorganisation zu erreichen. Anhand der Daten wird deutlich, dass sozialarbeiterische und sozialrechtliche Beratungsangebote bei ambulanten Pflegediensten meist fehlen. Damit hier etabliert werden könnten, müssten Möglichkeiten zur Abrechnung solcher Leistungen durch Pflegedienste vorliegen, was gegenwärtig nicht der Fall ist.

In Bezug auf die Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zeigt sich ein Verbesserungsbedarf in Bezug auf die ärztliche Versorgung und auf den Umgang mit Menschen in der letzten Lebensphase. Ziel sollte sein, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, vor allem wenn Menschen sich im Sterbeprozess befinden. Aber auch im ambulanten Versorgungssetting gibt es bezüglich der Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase bislang nicht gedeckte Bedarfe. Insgesamt kann festgestellt werden, dass sowohl pflegende Angehörige als auch professionelle Pflegekräfte oftmals einen Fortbildungs- bzw. Schulungsbedarf im Umgang mit Sterbenden haben.

2.2.2 EVALUATION DER EINBINDUNG VON EHRENAMTLICHEN MITARBEITERINNEN UND MITARBEITERN

In der Phase III des Projektes wurde eine Erhebung zur Nutzung von ehrenamtlich Tätigen im Gebiet Potsdam und Umgebung durchgeführt. Hierzu wurden 40 Einrichtungen des *Netzwerks Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* kontaktiert. Als Erhebungsinstrument wurde ein Fragebogen verwendet. Der Fragebogen umfasste folgende Fragebereiche:

- Einbindung und Koordination ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Aufgabengebiete ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

[8] Das *Brandenburger Pflegetagebuch* bietet für diese Überprüfung einen Fragebogen zur sozialen Situation von pflegenden Personen. Eine umfassende Beschreibung dieses Instruments ist in Abschnitt 2.2.9 zu finden.

- Gewinnung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
- Anerkennungsmöglichkeiten für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Werbung und Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Zukunft.
- Bedarfe an ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
- Art der Einrichtung sowie der Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Berufsgruppen.

Der Rücklauf der Fragebögen lag bei gut 50%, insgesamt liegen 21 ausgefüllte Fragebögen vor. Die Einrichtungen, die den Fragebogen beantwortet zurückschickten, waren sechs stationäre Pflegeeinrichtungen, drei ambulante Pflegedienste, vier Krankenhäuser, zwei Beratungsstellen, eine Reha-Einrichtung und fünf Einrichtungen, die sich als „andere Einrichtungen" einordneten. Zwei Drittel der Einrichtungen beschäftigten mehr als 20 hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der größte Anteil der Beschäftigten sind Pflegefachkräfte.

Von den 21 Einrichtungen, die einen ausgefüllten Fragebogen zurück gesendet haben, gaben 18 Einrichtungen an, dass bei ihnen ehrenamtlich engagierte Personen tätig waren, das entspricht einem Anteil von rund 86% der antwortenden Einrichtungen. Die Anzahl der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter variiert zwischen den Einrichtungen recht deutlich, die folgende Grafik zeigt dies im Überblick:

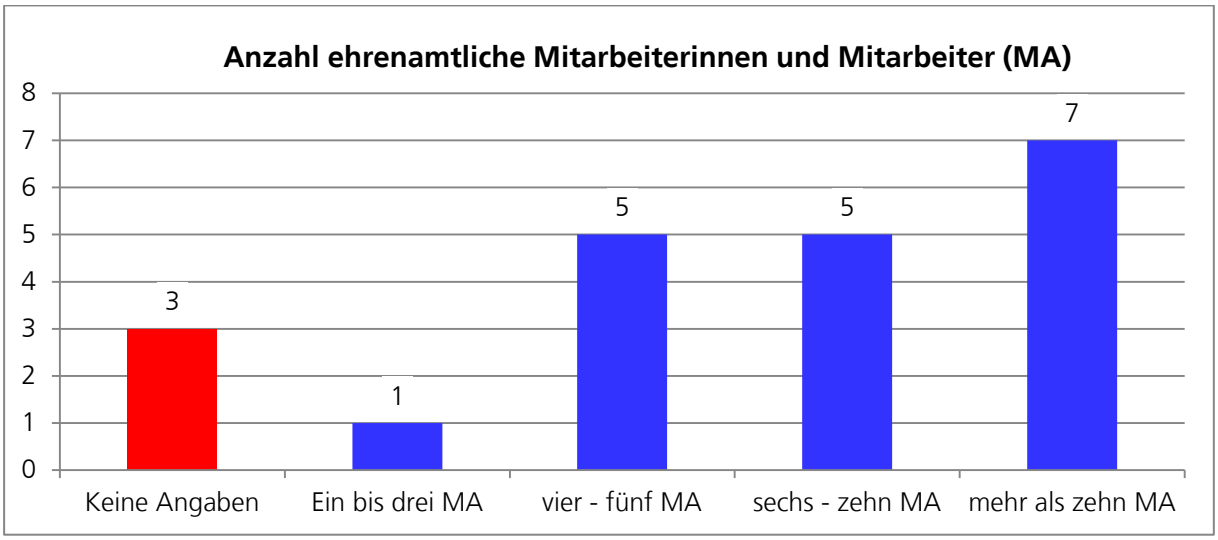

Abbildung 1: Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (MA)

Auch die zeitliche Einbindung dieser ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter variiert zwischen den Einrichtungen. Zehn der Einrichtungen, in denen sich Ehrenamtliche engagieren, binden diese zwischen sechs bis zehn Stunden pro Woche ein, sechs der Einrichtungen benennen einen Umfang von zwei bis fünf Stunden, zwei Einrichtungen geben einen Umfang von mehr als 10 Stunden pro Woche an. Allerdings wurde dieser Umfang kritisch gesehen, 14 der Einrichtungen (66,6%) gaben an, dass der Umfang sowohl in Bezug auf die Anzahl der ehrenamtlich Engagierten als auch in Bezug auf deren zeitliche Einbindung nicht ausreichend sei. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren in 15 der Einrichtungen hauptsächlich weiblichen, in zwei Einrichtungen hauptsächlich männlichen Geschlechts. Ehrenamtliche Tätigkeit wurde also in dem beforschten Bereich in höherem Maße von Frauen ausgeführt als von Männern.

Inhaltlich gab ein wesentlicher Teil der Einrichtungen an, dass die ehrenamtlich Tätigen mit der sozialen Begleitung bzw. Betreuung der Patientinnen und Patienten beauftragt sind, die folgende Grafik zeigt die Angaben zu den Aufgabengebieten (es waren Mehrfachnennungen möglich).

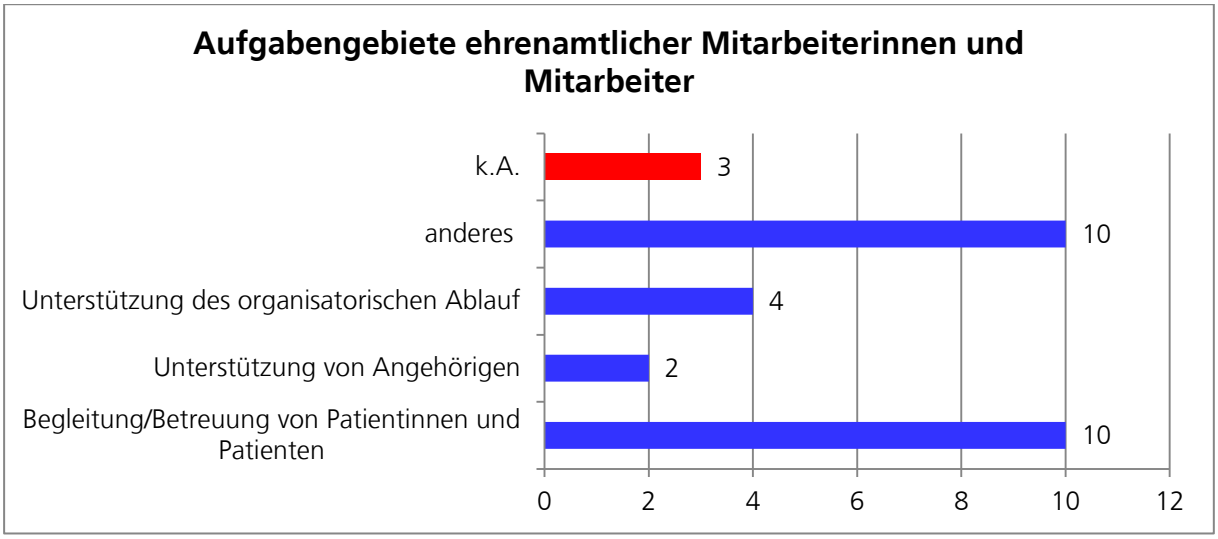

Abbildung 2: Aufgabengebiete ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Auf die Frage nach dem Weg zur Gewinnung von Ehrenamtlichen zeigt sich ein Schwerpunkt in sogenannter „Mund-zu-Mund-Propaganda". 15 der antwortenden Einrichtungen gaben dies an, zehn Einrichtungen nannten Präsentationen der Einrichtung bei öffentlichen Veranstaltungen. Anzeigen über Zeitungen und Internet oder das Potsdamer Ehrenamtsportal nutzen nur vier der Einrichtungen.

Die Möglichkeiten der Anerkennung der Arbeit der Ehrenamtlichen unterscheiden sich zwischen den Einrichtungen. Die Befragten konnten aus verschiedenen Möglichkeiten auswählen, Mehrfachantworten waren möglich. Zwei Drittel der Antwortenden gaben an, dass Anerkennung durch Teilnahme an Veranstaltungen der Einrichtungen (z.B. Betriebsausflug) gegeben wird. Ungefähr ein Viertel der Antwortenden gibt an, dass die Anerkennung durch Geld- und/oder Sachleistungen gewährt wird. Die am häufigsten angegebene Anerkennung aber war die Teilnahme an Fortbildungen, dies benannten 15 der Einrichtungen. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen beurteilt die ihnen zur Verfügung stehenden Anerkennungsmöglichkeiten mit der Note gut, nur zwei Einrichtungen gaben hier die Note befriedigend, jeweils eine Einrichtung vergab die Note sehr gut bzw. ausreichend Von vier Einrichtungen erfolgte keine Bewertung der Zufriedenheit mit den Anerkennungsmöglichkeiten.

Die Beteiligung der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Arbeit der jeweiligen Einrichtung erfolgt bei mehr als der Hälfte der Antwortenden über gesonderte Besprechungen, andere Formen der Beteiligung kommen nur in geringen Fällen vor:

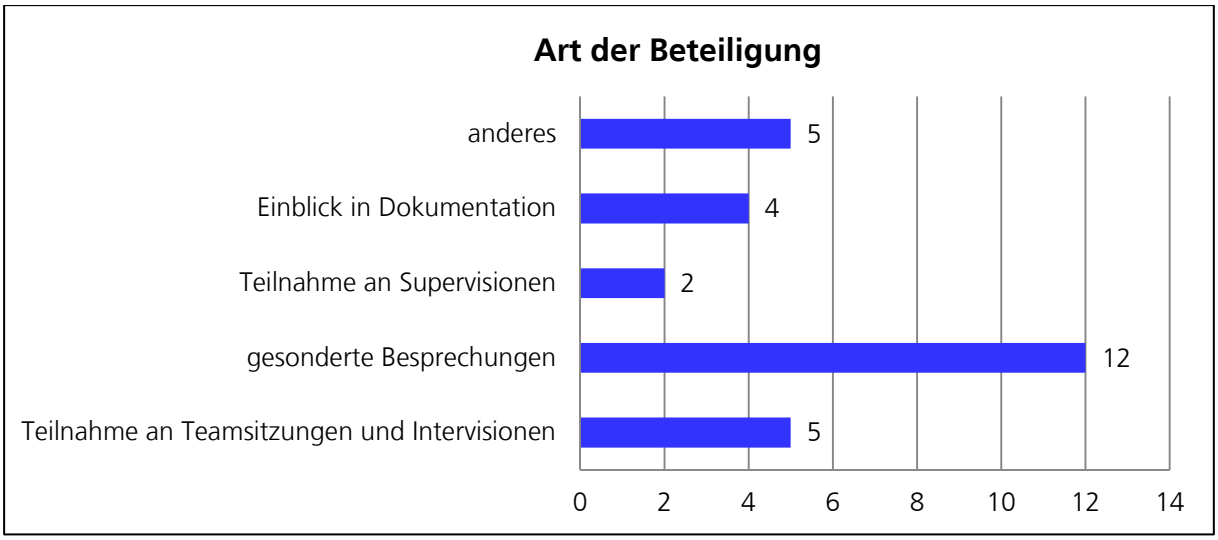

Abbildung 3: Art der Beteiligung

Es ist anzunehmen, dass diese gesonderten Besprechungen mit einer dafür beauftragten Person innerhalb der Einrichtung stattfinden, denn rund 72% (15 Einrichtungen) gaben an, dass sie eine Koordinatorin bzw. einen Koordinator für Ehrenamtlich in der Einrichtung benannt hätten. Diese oder dieser übernimmt vor allem die Einarbeitung, Betreuung und Koordination und Aufgabenverteilung:

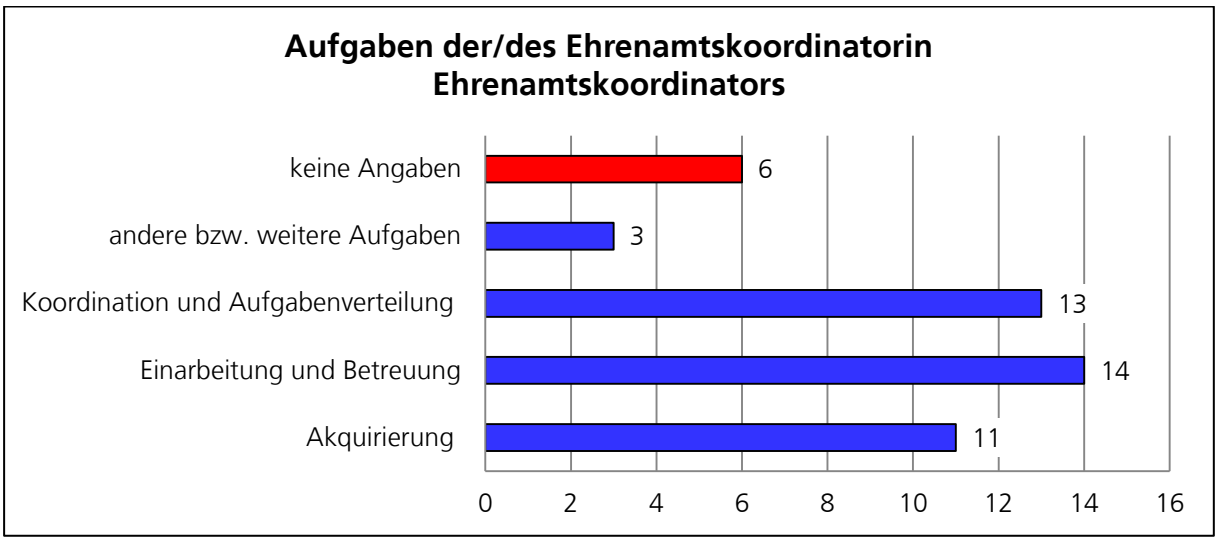

Abbildung 4: Aufgaben der Ehrenamtskoordinatorin/des Ehrenamtskoordinators

Zu der Frage der zukünftigen Einbindung gaben über drei Viertel der Antwortenden an, dass sie vorhaben, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ihre Einrichtung zu gewinnen. Dies wird hauptsächlich über das Potsdamer Ehrenamtsportal geplant sowie durch die Vernetzung mit anderen Einrichtungen, in denen sich bereits Freiwillige ehrenamtlich engagieren.

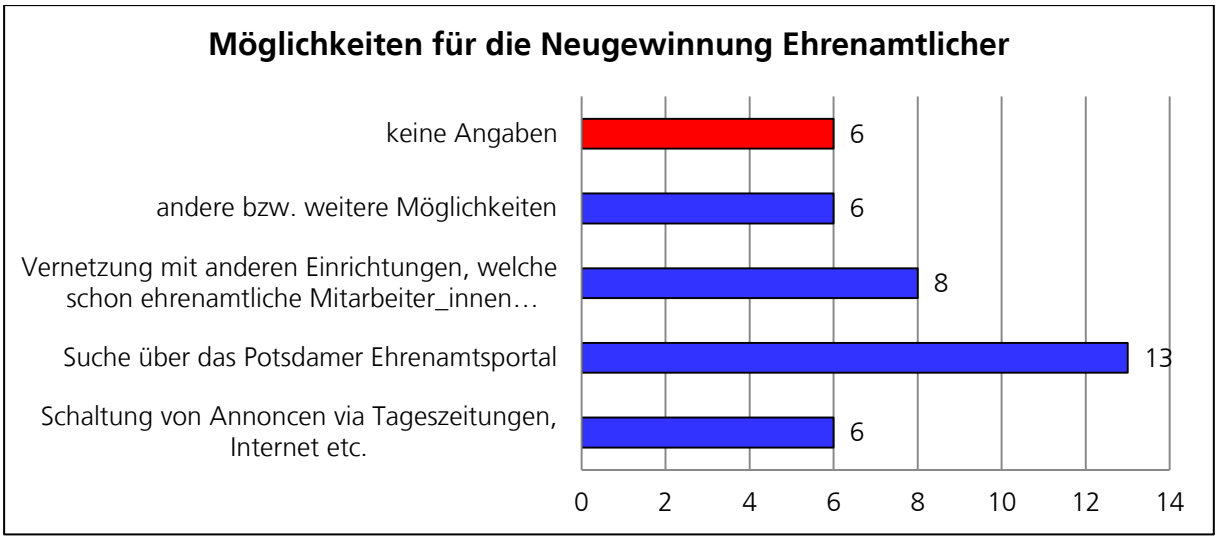

Abbildung 5: Möglichkeiten für die Neugewinnung Ehrenamtlicher

Von mehr als der Hälfte wird dabei als Zielgröße angegeben, dass es wünschenswert wäre, mehr als zehn ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen. Als hauptsächliches Einsatzgebiet für die zukünftige Einbindung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird die soziale Begleitung und Betreuung von Klientinnen und Klienten benannt. Dies deutet darauf hin, dass ein hoher Bedarf an sozialer Betreuung besteht, der durch das vorhandene Personal nicht gedeckt werden kann. Möglicherweise verbirgt sich hier auch ein Bedarf an professioneller sozialarbeiterischer Unterstützung, der derzeit in Einrichtungen der ambulanten Pflege nicht zu finanzieren ist.

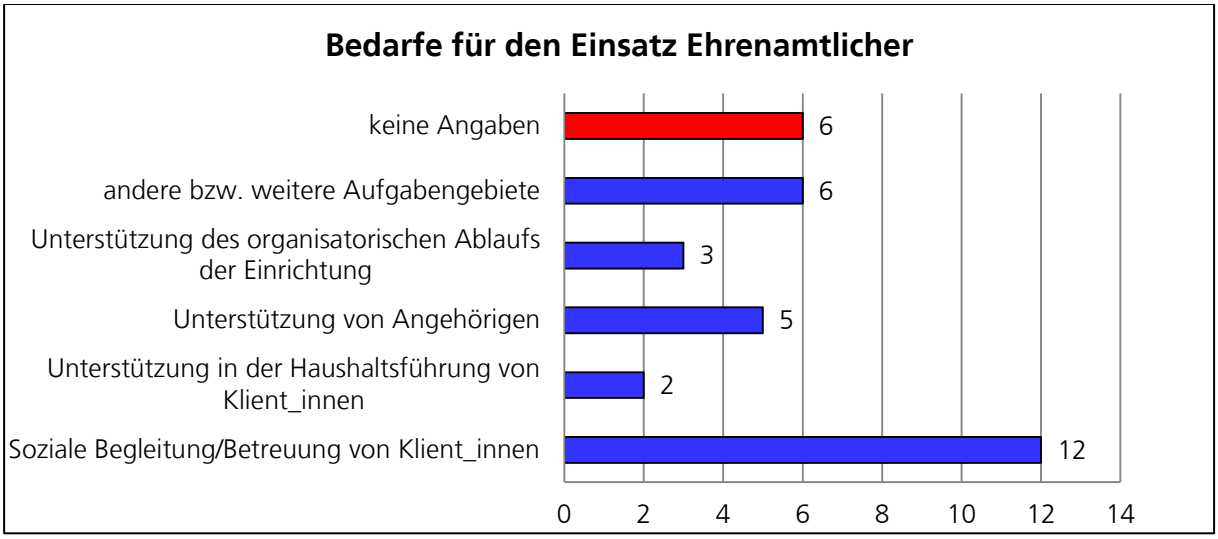

Abbildung 6: Bedarfe für den Einsatz Ehrenamtlicher

Die Zufriedenheit der befragten Einrichtungen mit der Arbeit der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann als gut bis sehr gut beschrieben werden, fast die Hälfte (10 Einrichtungen) vergab für die Zufriedenheit die Note sehr gut, sechs Einrichtungen bewerteten ihre Zufriedenheit als gut, nur eine Einrichtung vergab die Note befriedigend, schlechtere Bewertungen wurden nicht abgegeben.

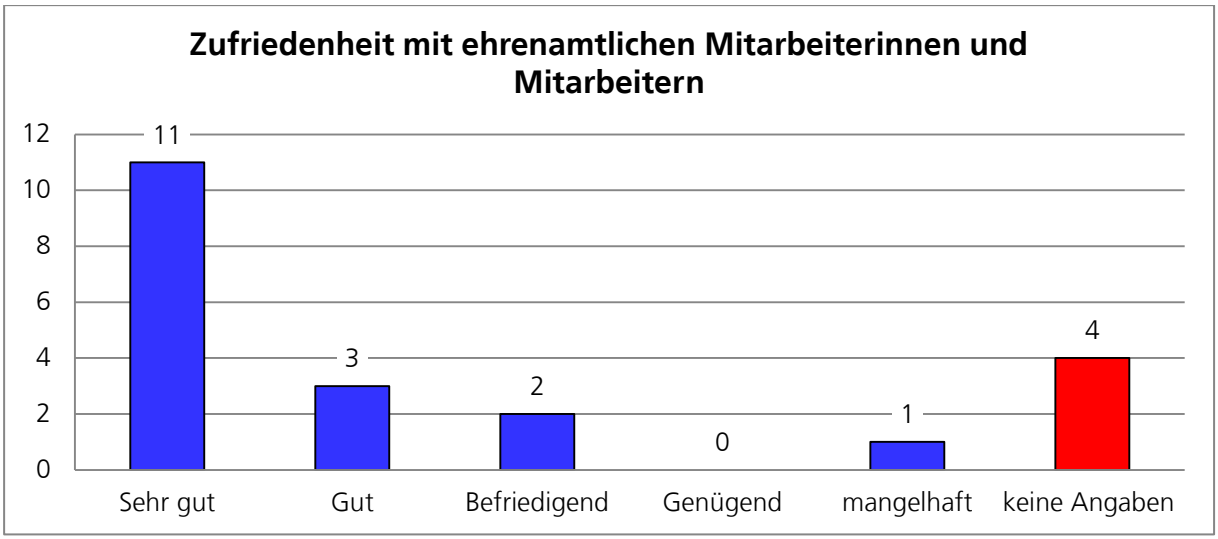

Abbildung 7: Zufriedenheit mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

2.2.2.1 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Ergebnisse der Befragung müssen aufgrund der geringen Gesamtmenge der antwortenden Einrichtungen vorsichtig interpretiert werden. Es zeigt sich, dass die Einbindung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern häufig praktiziert wird, vor allem zur direkten sozialen Begleitung und Unterstützung der Klientinnen und Klienten. Ebenso lassen sich deutliche Unterschiede im Umfang der Einbindung von Ehrenamtlichen erkennen. Ehrenamtliche Tätigkeiten werden häufiger von Frauen geleistet werden als von Männern. Bei der zukünftigen Anwerbung von Ehrenamtlichen sollte also geprüft werden, inwieweit Wege gefunden werden können, den Anteil männlicher Ehrenamtlicher zu steigern.

Wie die Befragung gezeigt hat, ist die Zufriedenheit mit der Arbeit der Ehrenamtlichen hoch, dies ist ein klares Argument für die Stärkung der Einbindung Ehrenamtlicher. Außerdem wird deutlich, dass die Werbung von Ehrenamtlichen hauptsächlich über sogenannte „Mund-zu-Mund-Propaganda" erfolgt, vor allem das *Potsdamer Ehrenamtsportal* könnte zukünftig stärker genutzt werden.

Die Koordination von Ehrenamtlichen erfolgt in den meisten der befragten Einrichtungen über eine entsprechend beauftragte Person und in gesonderten Besprechungen. Es scheint sinnvoll, darauf hinzuwirken, dass die Einrichtung einer systematischen Koordination für Ehrenamtliche in allen Einrichtungen, die auf deren Unterstützung zurückgreifen wollen, etabliert wird.

Deutlich wird ferner, dass auch zukünftig die Einbindung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern gewünscht ist und die Anzahl von Ehrenamtlichen durchaus gesteigert werden könnte. Hierfür wären auf verschiedenen Ebenen Anstrengungen nötig, zum Beispiel: stärkere Kooperation der Träger untereinander, stärkerer Rückgriff auf vorhandene Institutionen und die Einbindung staatlicher Stellen.

2.2.3 ÜBERLEITUNGEN IM VERSORGUNGSSYSTEM

Das *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* hatte im Vorfeld des Projektes einen *Qualitätsstandard zum Überleitungs- und Nachsorgemanagement* erarbeitet und verabschiedet. In diesem *Qualitätsstandard* werden verschiedene Probleme in Bezug auf Überleitungen identifiziert und hierfür Lösungen vorgeschlagen. Als ein wesentlicher Qualitätsbaustein

hierbei wird der sogenannte *Überleitungsbogen* benannt, auf dem alle wesentlichen Fakten und Daten zur jeweiligen Patientin bzw. zum jeweiligen Patienten vorhanden sein sollen. Die zum damaligen Zeitpunkt verwendeten Überleitungsbögen sollten in den jeweiligen Einrichtungen weiterentwickelt werden und alle benötigten Informationen enthalten.

In der Phase I des Projektes SEVERAM wurden die von den Netzwerkmitgliedern verwendeten Überleitungsbögen untersucht. Insgesamt wurden 20 Einrichtungen mit der Bitte um Übersendung ihrer Überleitungsbögen kontaktiert. Von den kontaktierten Einrichtungen erfolgte von neun Einrichtungen eine Antwort. Wie sich zeigte, verwendeten vier Einrichtungen aufgrund ihrer Dokumentationssoftware die gleichen Überleitungsbogen, die anderen fünf Einrichtungen verwenden jeweils unterschiedliche Überleitungsbögen. Insgesamt konnten also sechs verschiedene Überleitungsbögen miteinander verglichen werden. Diese sechs Überleitungsbögen wiesen deutliche Unterschiede auf. Auf zwei der Überleitungsbogen wurden nur wenige Informationen übermittelt, hier ließ sich eine deutliche Diskrepanz zu den Bausteinen des *Qualitätsstandards* erkennen. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich zwischen den Überleitungsbögen der Krankenhäuser und denen der Pflegedienste in Bezug auf medizinische Angaben. Außerdem wurde deutlich, dass beantragte Hilfsmittel und Leistungen in den Überleitungsbögen auch kaum erwähnt werden, solange sie noch nicht bewilligt worden sind. Dadurch kann es zu Dopplungen in der Beantragung kommen, wenn keine entsprechenden Informationen außerhalb des Überleitungsbogens gegeben werden.

Im *Qualitätsstandard* des *Netzwerkes* werden Informationen zur Ernährung als fester Bestandteil von Überleitungsbögen gefordert, aber nur zwei der vorliegenden Bögen erfüllen diese Vorgabe, auf den anderen vier sind kaum Informationen zu Ernährung vorhanden. Auch Informationen zur Ausscheidung werden nur auf zwei Bögen gemäß den Vorgaben des *Qualitätsstandards* abgefragt.

Die Untersuchung ergab, dass die Verabschiedung des *Überleitungs- und Nachsorgekonzeptes* nicht dazu geführt hatte, dass alle Einrichtungen im *Netzwerk* ihren Überleitungsbogen überarbeitet und dem Standard angepasst hatten. Als Lösung dieser Schwierigkeiten wurde die Entwicklung eines gemeinsamen Überleitungsbogens für das *Netzwerk* überprüft. Die Umsetzung einer solchen Entwicklung scheiterte aber an den Bedingungen, unter denen Überleitungsbögen konstruiert werden. So wäre das Einführen eines neuen Überleitungsbogens in den meisten Einrichtungen nur mit einer grundlegenden Änderung des Dokumentationssystems möglich, was aufgrund der damit verbundenen Kosten und des hohen Aufwandes kaum realistisch schien.

Im Rahmen des *Qualitätsstandards* wurde auch ein standardisierter Feedbackbogen eingeführt, der verwendet werden sollte, um über nicht gelungene Überleitungen eine Mitteilung an die entlassende Einrichtung zu machen Dieser Feedbackbogen wurde zum Zeitpunkt der Phase I aber nicht ausreichend genutzt.

Eine geplante Auswertung der Feedbackbögen konnte aufgrund mangelnder Anzahl an ausgefüllten Bögen auch im Verlauf nicht erfolgen.

2.2.3.1 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Schon der Vergleich der wenigen dem Projekt vorliegenden Überleitungsbögen zeigt, dass die Vorgaben, die im *Netzwerk* durch den *Qualitätsstandard* zur Überleitung formuliert worden sind, noch nicht von allen Einrichtungen umgesetzt werden. Die Einführung eines einheitlichen Überleitungsbogens, der alle im *Qualitätsstandard* geforderten Informationen beinhaltet, würde

sicher eine Verbesserung darstellen. Die Schwierigkeit in der Praxis besteht in den unterschiedlichen Dokumentationssystemen der einzelnen Einrichtungen (technisch und inhaltlich), den mit der Einarbeitung von Neuerungen verbundenen Kosten und potentiell auch in der mangelnden Bereitschaft von Verantwortlichen, die Vorgaben des Standards in ihrer Einrichtung umzusetzen.

Damit Überleitungen aber möglichst reibungsfrei vonstattengehen, ist ohne Zweifel ein umfassender Informationsaustausch der Beteiligten notwendig. Mit Hilfe eines einheitlichen Überleitungsbogens würde die Notwendigkeit der persönlichen Nachfrage entfallen, die derzeitig dann praktiziert wird, wenn Überleitungsbögen nicht übermittelt werden oder nicht die benötigten Angaben beinhalten. Ebenso könnte dadurch eine höhere Transparenz erreicht werden, da anhand dieser Dokumentation verschiedene Schritte in einem Versorgungsablauf als Dokument vorlägen und reflektiert werden könnten.

Die durch das *Netzwerk* entwickelten Feedbackbögen zur Überleitung wurden im Untersuchungszeitraum nur in wenigen Fällen genutzt. Es scheint ratsam, dieses Instrument zu stärken, weil dadurch Mängel (und Erfolge) in der Überleitung deutlich gemacht und kommuniziert werden können.

2.2.4 ANALYSE DER BEREITGESTELLTEN KRANKENHAUSDATEN DES KOOPERATIONSPARTNERS

Das St. Josef-Krankenhaus Potsdam-Sanscoussi stellte im Rahmen des Projektes 14.298 pseudonymisierte Datensätze (Fälle) aus der Krankenhausdokumentation zur Verfügung. Eine ausführliche Darstellung der Datenauswertung würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen, daher werden hier nur ausgewählte Ergebnisse dieser Auswertung präsentiert.

Die Daten basieren auf *Fällen*, das heißt jeder Aufenthalt einer Patientin oder eines Patienten erzeugt einen Fall. Daraus folgt, dass in den Datensätzen sowohl Patientinnen und Patienten enthalten sind, die durch mehrere Aufenthalte im untersuchten Zeitraum auch mehrere Fälle produziert haben, wie auch Fälle, die durch einmalige Aufnahme im untersuchten Zeitraum entstanden sind. Aus technischen Gründen und aufgrund der Beschaffenheit des Datenmaterials ist innerhalb der folgenden Auswertung nur eine fallbezogene Analyse möglich. Eine patientenbezogene Analyse wäre nur dann möglich gewesen, wenn die einzelnen Fälle auf die jeweiligen Personen zurückgeführt worden wären, was technisch sehr anspruchsvoll und arbeitsaufwändig gewesen wäre. Aus der Gesamtmenge der Fälle wurden Stichproben gebildet, hierbei wurden Stichproben entlang der Diagnosen zusammengestellt:

- Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel IX ICD-10)
- Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel XI ICD-10)
- Verletzungen, Vergiftungen, Unfälle (Kapitel XIX ICD-10)
- Bösartige Neubildungen (Kapitel II ICD-10)

Vier weitere Stichproben wurden anhand von Angaben zu folgenden Punkten gebildet:

- Vorliegen einer Demenz (Haupt- oder Nebendiagnose)
- Vorliegen eines Volumenmangels (ICD-10 E86)
- Entlassung in ein anderes Krankenhaus
- Im Krankenhaus verstorben

Der Vergleich der verschiedenen Stichproben anhand der Hauptdiagnosen nach der ICD-10 zeigt, dass die Fälle, bei denen eine Demenzdiagnose vorlag, ein deutlich höheres durchschnittliches Alter aufwiesen als die Fälle, die keine Demenzdiagnose aufwiesen. Ebenso kommen die Fälle, die aufgrund von Volumenmangel (ICD-10 E86) im Krankenhaus behandelt wurden, im höheren Alter häufiger vor, als die Fälle, bei denen dieses keine Rolle spielte. Betrachtet man die Gruppe der im Krankenhaus verstorbenen Patientinnen und Patienten in der Datenauswahl, so wiesen auch diese Fälle ein deutlich höheres Durchschnittsalter auf. Die folgende Tabelle zeigt die arithmetischen Mittelwerte (AM) und den Median der Altersangaben für die Gesamtmenge und die verschiedenen Stichproben:

Datensatz	N	Mittelwert der Altersangaben	Median der Altersangaben
Gesamtmenge der Fälle	14.298	71,90	72
Fälle mit Krankheiten des Kreislaufsystems	4.291	71,65	72
Fälle mit Krankheiten des Verdauungssystem	2.203	69,66	70
Fälle mit Verletzungen, Vergiftungen, Unfälle	1.557	74,84	76
Fälle mit bösartigen Neubildungen	1.134	70,48	71
Fälle mit Demenzen	1.585	82,83	84
Fälle mit Volumenmangel	1.301	81,46	83
Fälle, die in anderes Krankenhaus entlassen wurden	1.277	76,12	77
Fälle, die im Krankenhaus verstorben sind	515	81,17	82

Tabelle 2: Übersicht der gebildeten Stichproben

Es wird deutlich, dass vor allem bei hochaltrigen Fällen gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, die zum einen besondere Herausforderung an die Versorgung stellen (Demenz) und zum anderen auch durch ungeklärte Probleme in der Versorgung mitbestimmt werden (Verletzungen, Volumenmangel, etc.).

Die Verweildauer im Krankenhaus unterscheidet sich deutlich auch bei der Betrachtung der Stichproben. Die folgende Tabelle zeigt den arithmetischen Mittelwert und den Median der Verweildauer in den Strichproben:

Datensatz	N	Mittelwert der Verweildauer	Median der Verweildauer
Gesamtmenge der Fälle	14.298	7,87	6
Fälle mit Krankheiten des Kreislaufsystems	4.291	8,31	6
Fälle mit Krankheiten des Verdauungssystem	2.203	6,59	4
Fälle mit Verletzungen, Vergiftungen, Unfälle	1.557	8,31	6
Fälle mit bösartigen Neubildungen	1.134	9,34	5
Fälle mit Demenzen	1.585	9,48	7
Fälle mit Volumenmangel	1.301	9,50	7
Fälle, die in anderes Krankenhaus entlassen wurden	1.277	11,12	8
Fälle, die im Krankenhaus verstorben sind	515	10,47	7

Tabelle 3: Mittelwert und Median der Verweildauer

Hierbei wird ersichtlich, dass die Fälle, die in ein anderes Krankenhaus entlassen wurden, die höchste durchschnittliche Verweildauer aufwiesen. Aber auch Fälle, die im Krankenhaus verstarben, wiesen höhere Verweildauerwerte im Vergleich zur Gesamtmenge auf. Fälle mit einer Demenz und Fälle, bei denen ein Volumenmangel vorlag, lagen in ihren Verweildauerwerten ebenfalls über dem Gesamtdurchschnittswert.

Bei der Aufnahme in das Krankenhaus wird mit dem sogenannten *Aufnahmegrund Zusatz* belegt, ob es sich um einen „Normalfall" also eine geplante Aufnahme im Krankenhaus handelt oder um einen Notfall (ungeplante Aufnahme). In der Gesamtmenge der Fälle lag in der untersuchten Datenmenge der Anteil von Notfallaufnahmen bei 59%. Auffallend ist, dass bei den Fällen mit einer Demenz oder mit Volumenmangel der Anteil der Notfalleinweisungen bei über 80% lag.

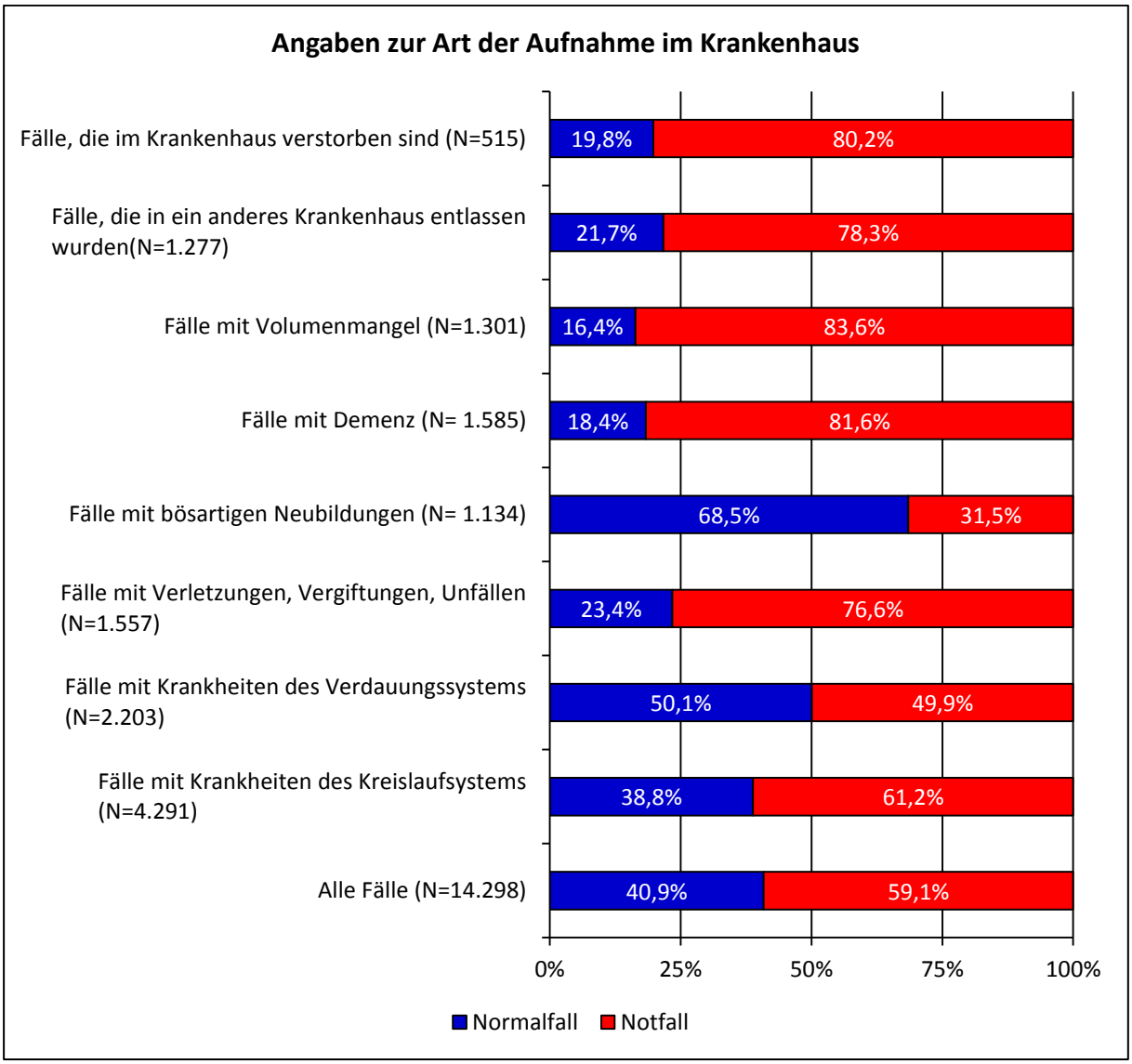

Abbildung 8: Angaben zur Art der Aufnahme im Krankenhaus

Eine diagnostische Abklärung eines Demenzverdachtes, würde nicht über eine Notaufnahme erfolgen, ebenso ist davon auszugehen, dass bei einem somatischen Behandlungsbedarf einer demenzkranken Person, eher eine geplante Aufnahme erfolgen würde. Die Daten zeigen aber, dass eben jene Gruppe einen deutlich höheren Anteil an Notaufnahmen aufweist. Das heißt,

dass Patientinnen und Patienten mit einem höheren Altersdurchschnitt (s.o.) und mit den beiden genannten Diagnosen weitaus häufiger als Notfälle aufgenommen werden, woraus die Hypothese aufgestellt werden kann, dass in diesen Fallkonstellationen häufiger Schwierigkeiten in der ambulanten bzw. häuslichen Versorgung vorkommen.

Bei der Betrachtung der Entlassungsdaten liegt in der Gesamtgruppe folgende Verteilung vor:

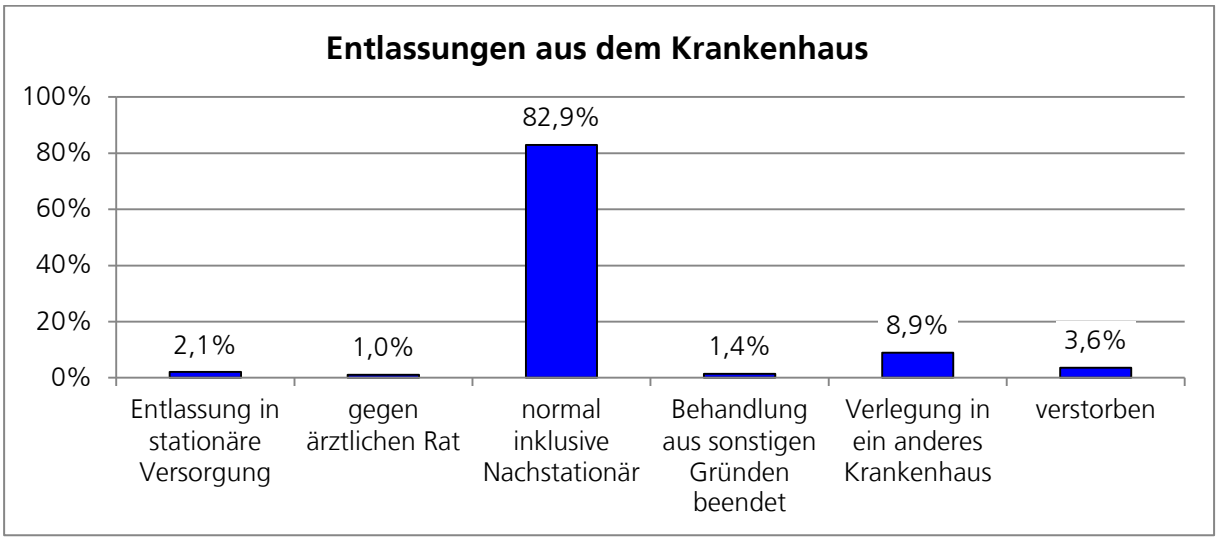

Abbildung 9: Entlassungen aus dem Krankenhaus

Vergleicht man diese Anteile wiederum mit den gebildeten Stichproben, so zeigt sich, dass bei den Fällen mit einer Demenz rund 15% in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden und dass der Anteil der Verstorbenen in dieser Stichprobe mit 9,5% auch deutlich höher lag als in der Gesamtmenge. Bei den Fällen, bei denen ein Volumenmangel vorlag, lag der Anteil der in ein anderes Krankenhaus verlegten Patientinnen und Patienten mit 16,1% sogar noch höher. Auch der Anteil der Verstorbenen lag bei den Fällen mit Volumenmangel mit 12,5% höher als in der Gesamtmenge oder in den anderen Stichproben.

2.2.4.1 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Daten weisen bei der Fallauswahl der Patientinnen und Patienten ab 50 Jahre erwartungsgemäß auf höhere Anteile von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung und/oder einem Volumenmangel mit steigendem Alter hin. Bei diesen Gruppen ist auch eine höhere Verweildauer festzustellen und sie werden häufiger in eine stationäre Weiterversorgung überwiesen. Hinzu kommt ein deutlich höherer Anteil an Notaufnahmen in diesen Gruppen. Daraus kann gefolgert werden, dass die ambulante Versorgung von Menschen mit einer Demenz und von Menschen in hohem Alter immer wieder an ihre Grenzen stößt. Ebenso ist der höhere Anteil an Überleitungen in weitere stationäre Behandlungen ein Hinweis auf erhöhten Bedarf an medizinisch-pflegerischer und/oder rehabilitativer Versorgung, die Entlassungsplanung wird dann erst bei der Entlassung aus der Folgeeinrichtung erfolgen, eine Einschätzung des weiteren Versorgungsverlaufes ist also für die entlassende Akutklinik in diesen Fällen nicht möglich. Es scheint ratsam, bei solchen Fällen eine Überprüfung des weiteren Verlaufes durch das entlassende Krankenhaus anzuregen, damit Fallverläufe nachvollziehbarer werden und die Entlassungsplanung optimiert werden kann. Insgesamt erscheint es sinnvoll, die enorme Datenmenge der Krankenhausdokumentationen systematischer auf ihre Aussagekraft hinsichtlich bestimmter Risikogruppen bzw. -merkmale zu untersuchen und diese Ergebnisse in die Fachdiskussion über

die Versorgung älterer Menschen in der Region einzuspeisen. Denkbar ist ferner, dass aus solchen Merkmalen ein automatischer Prozess der Beauftragung des Sozialdienstes generiert werden kann, wenn die Erfahrung zeigt, dass bei diesen Risikoagglomerationen häufig Versorgungs- bzw. Überleitungsprobleme entstehen.

2.2.5 DATEN AUS DEM KRANKENHAUSSOZIALDIENST

Wie schon beschrieben, müssen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch Ärzte bzw. Ärztinnen oder den Pflegedienst dem Sozialdienst gemeldet werden, damit dieser im Rahmen des Entlassungsmanagements tätig werden kann. Die im Folgenden präsentierten Daten stellen also eine Fallauswahl dar, die anhand der Einschätzung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege oder Ärzten bzw. Ärztinnen gemacht wurde, in dem sie feststellten, dass der Sozialdienst zu Rate gezogen werden müsste.[9]

2.2.5.1 GRUNDDATEN

Es liegen Daten zu insgesamt 116 Fällen vor, die dem Sozialdienst eines Krankenhauses gemeldet wurden und die dem Projekt SEVERAM in anonymisierter Form übergeben wurden. Die Auswahl erfolgte aufgrund der Bearbeitung durch die im Sozialdienst tätige Projektmitarbeiterin. So umfasst die Datensammlung alle Fälle, die von dieser Mitarbeiterin im Zeitraum März bis Juni 2011 bearbeitet worden sind. Die Fälle umfassen ein Altersspektrum von 50 bis 98 Jahren. Mit rund 70% lag der Großteil der Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 70 und 89 Jahren.

Insgesamt setzen sich die 116 Fälle aus 56 männlichen und 58 weiblichen Patienten zusammen. Bei den Patientinnen und Patienten bis 79 Jahren (N=69) sind 58% männlich, in der Altersgruppe über 79 Jahre (N=45) liegt der Männeranteil hingegen bei 35%.

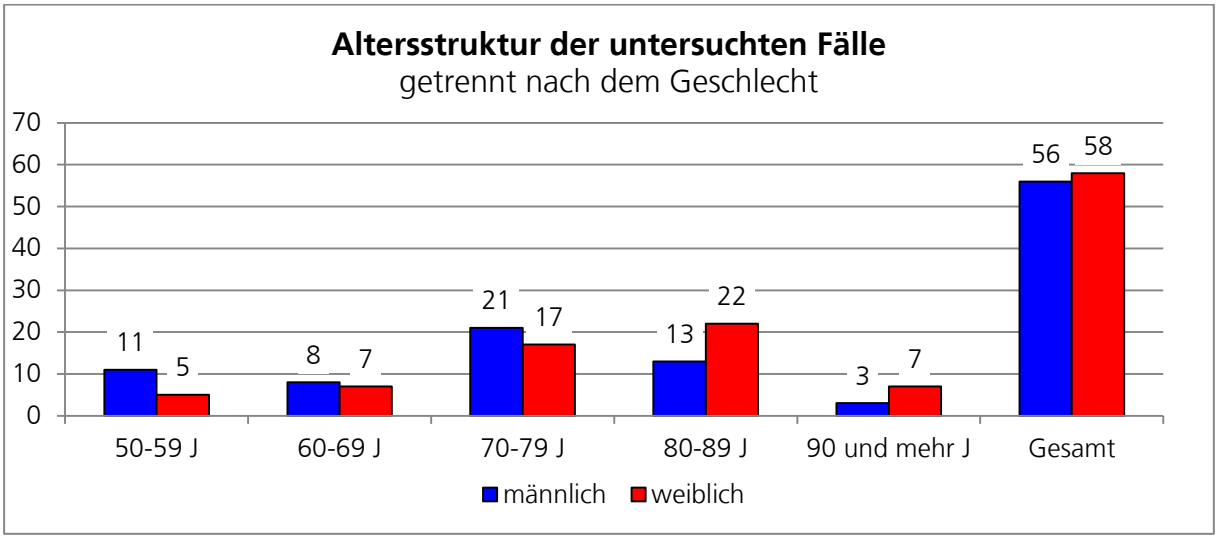

Abbildung 10: Altersstruktur der Fälle getrennt nach dem Geschlecht

Nur bei rund 16% (19 Personen) der untersuchten Fälle kann mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass ihnen ein **Grad der Behinderung** anerkannt worden war. Bei rund 42% ist hingegen zu dieser Frage keine gesicherte Aussage möglich gewesen, entweder weil die Patientin-

[9] Es ist davon auszugehen, dass es einen relevanten Anteil an Fällen gibt, bei denen von Ärztinnen oder Ärzten und Pflegedienst keine Indikation zur Hinzuziehung des Sozialdienstes gesehen wurde, obwohl dieser bestand.

nen und Patienten selber keine Kenntnis darüber hatten oder weil diese nicht ansprechbar waren und von daher keine Angaben machen konnten.

31% der Patientinnen und Patienten (36 Personen) wurde eine Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zuerkannt. Hierbei war der Großteil (27 Personen) mit der Pflegestufe I eingestuft worden, acht Personen war mit Pflegestufe II eingestuft worden und die Pflegestufe III lag nur in einem Fall vor. Insgesamt 10 Fällen war sowohl eine Pflegestufe als auch ein GdB zuerkannt worden.

Bei zehn der untersuchten Fälle war eine gesetzliche Betreuung bestellt worden, bei acht weiteren Fällen lag eine Vorsorgevollmacht vor. Allerdings muss auch hier einschränkend gesagt werden, dass zu 25 Fällen keine Angaben bezüglich der gesetzlichen Betreuung vorlagen.

2.2.5.2 WOHNFORMEN DER UNTERSUCHTEN PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Rund 52% der Patientinnen und Patienten aus dem Datensample lebten mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin in einer gemeinsamen Wohnung. Der zweitgrößte Anteil mit 30,2% lebte alleine. Die weiteren 18,1% lebten bei ihren Kindern oder Angehörigen (5,2%), in einem Heim (3,5%) oder im betreuten Wohnen (1,7%). Zu knapp 7% der Fälle (8 Personen) liegen keine Angaben vor. Der geringe Anteil an Patientinnen und Patienten, die in einem Heim wohnten, kann darin begründet sein, dass die Auswahl der Patientinnen und Patienten erfolgte, wenn diese zu „Fällen" für den Sozialdienst im Rahmen von Entlassungsmanagement wurden. Bei Patientinnen und Patienten, die aus einem Heim in ein Krankenhaus kommen und nach einem Aufenthalt in das Heim zurückverlegt werden, wird eher selten eine Beteiligung des Sozialdienstes erfolgen.

Bei einer altersdifferenzierten Betrachtung der Wohnformen wird deutlich, dass die Anzahl der Alleinlebenden mit steigendem Alter zunimmt. Ebenso ist der Anteil derer, die mit ihren Kindern zusammenlebten, mit steigendem Alter höher. Wohnen in Heim oder betreuten Wohnformen findet sich bei den untersuchten Patientinnen und Patienten erst ab der Altersgruppe der 70-79-Jährigen. Ebenso ist erkennbar, dass der größte Teil der Fälle (rund 34%) im Alter zwischen 70 und 89 Jahren ist und mit dem Partner oder der Partnerin zusammen lebte.

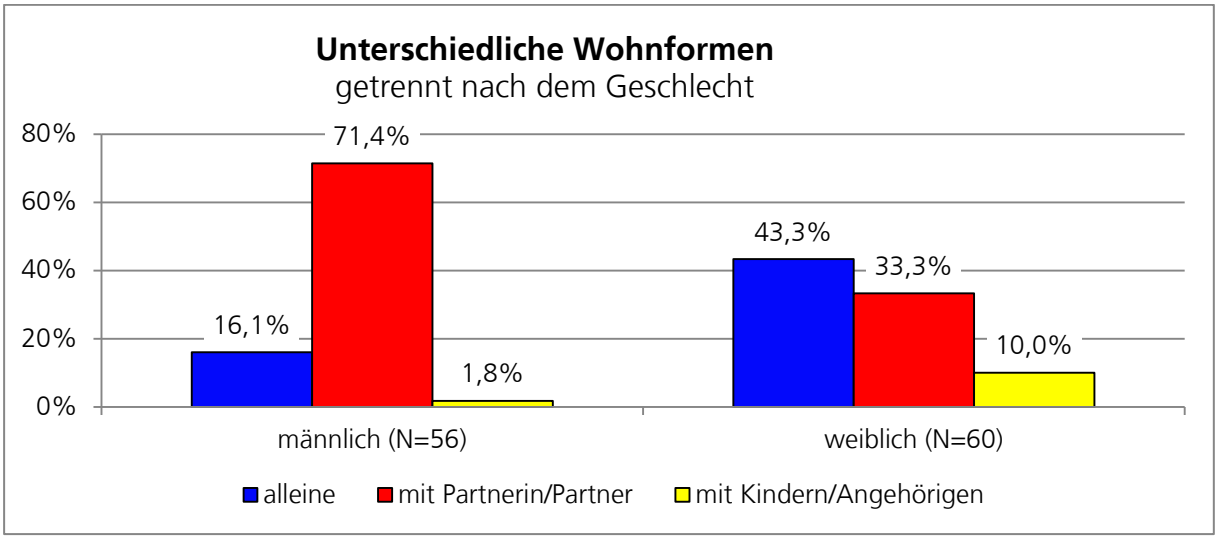

Abbildung 11: Unterschiedliche Wohnformen getrennt nach dem Geschlecht

Wenn die Daten zur Wohnform getrennt nach dem Geschlecht betrachtet werden, lässt sich erkennen, dass ein deutlich größerer Teil der Patientinnen alleine lebte. Bei den Patienten lebte der überwiegende Anteil mit der Partnerin zusammen.

Bei einer Auswertung unter Einbeziehung des Grades der Behinderung (GdB) zeigen sich keine auffallenden Unterschiede bezüglich der Verteilung der Fälle auf die unterschiedlichen Wohnformen. Sowohl bei den Fällen mit als auch bei den Fällen ohne einen GdB wie auch bei den Fällen, bei denen keine Angaben zum GdB vorlagen, lebten jeweils rund 50% mit einer Partnerin oder einem Partner und rund 30% alleine. Auffallend ist, dass bei fünf von sechs Fällen, die in einem Heim oder einem betreuten Wohnen lebten, keine Angaben zum GdB vorlagen.

Bei der Betrachtung des Merkmals *Pflegestufe gem. SGB XI* wird deutlich, dass zu den Fällen, bei denen eine Pflegestufe vorlag, auch die fünf Fälle (13,9%) gehören, die in einem Heim oder im Betreuten Wohnen lebten. Auch bei den Patientinnen und Patienten, die in der eigenen Wohnung lebten, liegt ein Unterschied vor: Bei jenen ohne eine Pflegestufe liegt der Anteil derer, die mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin wohnten, bei rund 63%, bei den jenen mit einer Pflegestufe hingegen nur bei rund 31%.

2.2.5.3 BEZUGSPERSONEN

Neben den Angaben zur Wohnform wurden auch Daten zu den vorhandenen Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten erhoben. In der Auswertung werden die Angaben wie folgt zusammengefasst:

- „*Partner/Partnerin*" meint sowohl Ehepartnerin oder den Ehepartner als auch Lebensgefährten oder Lebensgefährtin
- „*Kinder*" umfasst die Tochter und Söhne, die Schwiegertöchter und Schwiegersöhne sowie die Enkelkinder der Patientinnen und Patienten
- „*Angehörige*" umfasst die Geschwister der Patientinnen und Patienten sowie jene Personen ohne genauere Spezifizierung des Verwandtschaftsgrads.
- „*Bekannte und Nachbarn*" sind nicht mit den Patientinnen und Patienten verwandt und stehen auch nicht in einer partnerschaftlichen Beziehung mit diesen.

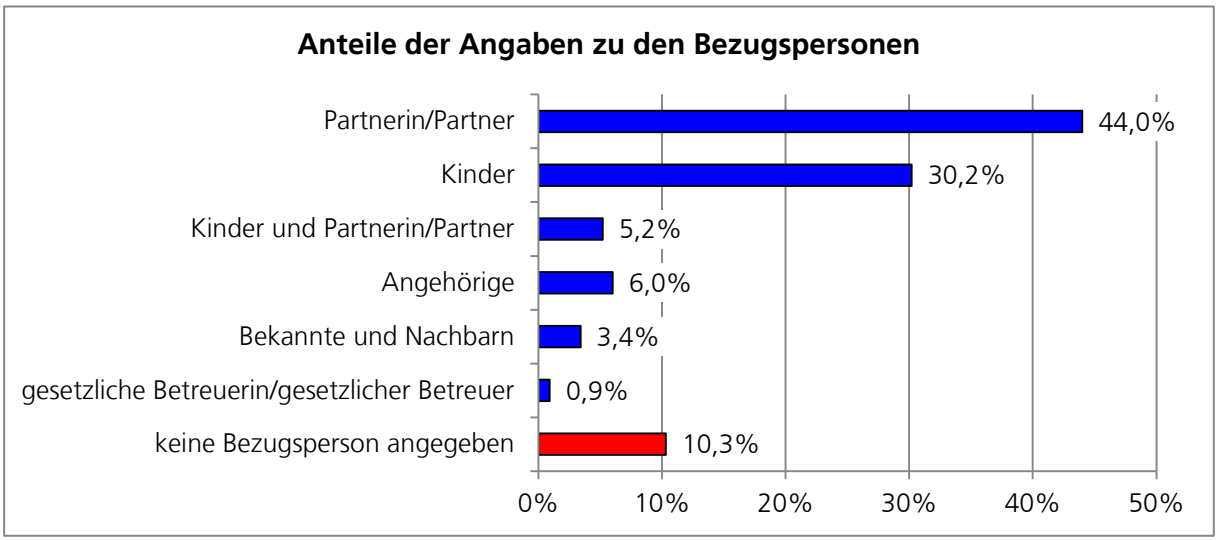

Abbildung 12: Anteile der Angaben zu Bezugspersonen (N=116)

Mit 43,1% (entspricht 50 Patientinnen und Patienten) ist „*Partnerin/Partner*" die häufigste angegebene Bezugsperson. Den zweitgrößten Anteil machen die „*Kinder*" aus, dies trifft bei 32,8% der Fälle zu. Weitere 5,2% der Fälle gaben *Partner* und *Kinder* als Bezugspersonen an,

6,0% gaben weitere Angehörige als Bezugspersonen an. Rund 10,3% gaben keine Bezugsperson an.

Werden die Angaben zur Bezugsperson differenziert nach dem Alter betrachtet, zeigt sich, dass bei den 60-69-Jährigen und bei den 70-79-Jährigen rund die Hälfte ihren Partner/ihre Partnerin als Bezugsperson angab. Die *Kinder* wurden in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 60-69-Jährigen von rund 30% als Bezugspersonen angegeben, lediglich bei den 60-69-Jährigen liegt der Anteil unter 20%. *Nachbarn und Bekannte* spielten als Bezugspersonen hauptsächlich bei den 60-69-Jährigen eine Rolle, hier gaben 12,5% diese als Bezugspersonen an, in den anderen Altersgruppen liegen die Anteile jeweils deutlich unter 10%. Bei den 80-89-Jährigen liegt der größte Anteil an Patientinnen und Patienten vor, die keine Bezugsperson angaben, bzw. bei denen keine Angaben vorlagen.

Differenziert nach dem Geschlecht zeichnet sich ab, dass die Partnerin von 62,5% der Patienten als Bezugsperson angegeben wurde, der Partner hingegen nur von 26,7% der Patientinnen. Bei den Patientinnen hingegen liegt mit 51,7% ein weitaus höherer Anteil vor, die ihre Kinder als Bezugspersonen angegeben haben als bei den Patienten, von denen nur 12,5% Kinder als Bezugsperson nannten.

Bei einer Differenzierung nach der Wohnform ergibt sich, dass die Patientinnen und Patienten, die mit einer Partnerin oder einem Partner leben, diese oder diesen auch als Bezugsperson angaben. Von den allein lebenden Patientinnen und Patienten gaben rund 55% ihre Kinder als Bezugspersonen an. Bei den allein Lebenden findet sich mit 23% der größte Anteil an Fällen, bei denen es keine Bezugsperson gibt bzw. bei denen keine Bezugsperson angegeben wurde.

Bei einer Auswertung unter Einbeziehung der Daten zu den Pflegestufen haben die Patientinnen und Patienten mit einer Pflegestufe einen geringeren Anteil bei der Nennung der Partnerin oder des Partners als Kontaktperson, aber einen wesentlich höheren Anteil bei der Nennung der Kinder.

2.2.5.4 AUFNAHME IN DAS KRANKENHAUS

Bezüglich der Aufnahmeart liegen in den vorliegenden Daten nur die Variablen *Notfall* und *Normalfall* vor. Rund 71% der Fälle wurden als *Notfall* aufgenommen. Differenziert nach dem Alter zeigt sich, dass mit steigendem Alter der Anteil an Aufnahmen als *Notfall* steigt. Machen diese bei den 50-59-Jährigen und 60-69-Jährigen jeweils 50,0% der Fälle aus, so liegt der Anteil an *Notfäll*en bei den 70-79-Jährigen bei 76,3% und bei den 80-89-Jährigen sogar bei 85,7%

Wenn die Fälle geschlechtergetrennt betrachtet werden, ist erkennbar, dass der weibliche Anteil an den *Notfällen* weitaus höher ist als der männliche (rund 62% der als *Notfall* eingelieferten Patienten sind weiblich). Nach Geschlechtern getrennt ergibt sich, dass bei rund 87% der Patientinnen die Aufnahme als *Notfall* erfolge, bei den Männern hingegen war dies nur bei nur bei rund 55% der Fall.

Getrennt nach der Anerkennung eines GdB, ist bei den Fällen mit GdB mit rund 30% ein höherer Anteil an *Normalfällen*, als bei den Patientinnen und Patienten, bei denen kein GdB vorliegt (rund 25% *Normalfälle*) und denen, zu deren GdB-Status keine Angaben vorliegen (rund 30% *Normalfälle*), zu erkennen.

Bezogen auf das Vorliegen einer Pflegestufe liegt der Anteil mit Pflegestufe bei den *Notfällen* mit rund 75% etwas höher als bei den Fällen ohne eine Pflegestufe (rund 71%).

Einschränkend muss hier bemerkt werden, dass der Anteil der Frauen unter den älteren Patientinnen und Patienten bei den Fällen mit einem GdB und bei den Fällen mit einer Pflegestufe höher ist.

Anhand der angegebenen Hauptdiagnosen werden die Aufnahmegründe im Folgenden zusammengefasst vorgestellt:

- Mit rund 33% wurde der größte Anteil wegen einer *Erkrankung des Kreislaufsystems*[10] aufgenommen.
- Den zweitgrößten Anteil an den Diagnosen hatten *Krankheiten des Verdauungssystems mit einem Anteil von rund 15%.*[11]
- In den weiteren Fälle liegen Diagnosen aus folgenden Bereichen vor:

    - *Krankheiten des Verdauungssystems* – Kapitel XI ICD-10 (rund 15%)
    - *Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen* – Kapitel XIX ICD-10 (rund 11%)
    - *Neubildungen* – Kapitel II ICD-10 (rund 8%)
    - *Erkrankungen des Urogenitalsystems* – Kapitel XIV ICD-10 (rund 6%)
    - *Krankheiten des Atmungssystems* – Kapitel X ICD-10 (rund 6%)
    - *Krankheiten des Nervensystems* – Kapitel VI ICD-10 (knapp 5%)
    - *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* – Kapitel IV ICD-10 (knapp 4%)
    - *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde*- Kapitel XVIII ICD-10 (knapp 4%)
    - *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes* – Kapitel XIII ICD-10 (knapp 4%)
    - *bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten* – Kapitel I ICD-10 (rund 3%)
    - *Krankheiten der Haut und der Unterhaut* – Kapitel XII ICD-10 (unter 2%)
    - *Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe* – Kapitel III ICD-10 (unter 2%)

Die häufigste Einzeldiagnose ist die *Fraktur des Femurs*[12] (ICD-10 S72), diese Diagnose liegt bei 25 Fällen (rund 22%) vor, die zweithäufigste Hauptdiagnose ist die *Atherosklerose*[13] in 14 Fällen. Weitere mehrfach gestellte Diagnosen sind:

- Akuter Myokardinfarkt (sechs Fälle)
- Angina pectoris (vier Fälle)
- akutes Nierenversagen (sechs Fälle)
- Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes (fünf Fälle)

[10] Diagnosen nach Kapitel IX ICD-10 (I00 – I99)

[11] Diagnosen nach Kapitel XI ICD-10 (K00 – K93)

[12] Oberschenkelknochen

[13] Verengung von Arterien durch Ablagerungen (Arteriosklerose)

2.2.5.5 VERWEILDAUER

Bei den untersuchten 116 Fällen liegt ein Verweildauerspektrum von einem bis 55 Tagen vor: Ein Patient wurde bereits am Aufnahmetag wieder entlassen, der längste Verbleib dauerte 55 Tage. Zu fünf Fällen lag kein Entlassungsdatum vor, so dass auch keine Verweildauer berechnet werden konnte. Der Mittelwert der Verweildauer liegt bei 13,9 Tagen, was als hoch beurteilt werden kann, wenn man beachtet, dass im Land Brandenburg die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2009 bei 8,3 Tagen lag (Statistik Berlin Brandenburg, 2010). Von den untersuchten Fällen wiesen nur rund 28% eine Verweildauer von bis zu acht Tagen auf. Der größte Anteil der Fälle verblieb zwischen neun und 16 Tagen (also bis zur doppelten durchschnittlichen Verweildauer im Land Brandenburg) im Krankenhaus, rund ein Fünftel (21,6%) verblieb länger als 16 Tage.

Bei differenzierter Betrachtung ist erkennbar, dass

- der Anteil der männlichen Patienten, die mehr als 16 Tage im Krankenhaus verlieben, mit 33,3% höher ist als der der weiblichen (12,3%).
- die Patientinnen und Patienten, die als Normalfall aufgenommen wurden, einen höheren Anteil an Verweildauern über 16 Tage aufweisen als die als Notfall aufgenommenen Patientinnen und Patienten.
- die Patientinnen und Patienten, denen ein GdB anerkannt wurde, einen Mittelwert des Verbleibs im Krankenhaus von 11,7 Tagen aufweisen, die Fälle ohne einen GdB hingegen einen Mittelwert von 16,4 Tagen. Die Fälle, zu denen keine Angaben bezüglich des GdB vorliegen, weisen einen Mittelwert der Verweildauer von 16,0 auf.
- fast 50% der Fälle mit einem GdB länger als 16 Tage im Krankenhaus verblieben; bei den Fällen ohne GdB und bei denen ohne Angaben zum GdB liegt hingegen der Anteil an Aufenthalten über 16 Tagen nur bei 17 bzw. 18%.
- das Vorliegen einer Pflegestufe keine Auffälligkeiten bei der Länge der Verweildauer zeigt.

2.2.5.6 ANZAHL DER BISHERIGEN STATIONÄREN AUFENTHALTE

Bei den 116 untersuchten Fällen liegen deutliche Unterschiede in der Anzahl der bisherigen Aufenthalte vor. Es finden sich in den Daten sowohl Fälle, deren dokumentierter Aufenthalt auch ihr erster Aufenthalt im SJKP war, als auch Fälle, die schon auf mehrere (max. 21) Aufenthalte zurückblicken können. Im Mittelwert weisen die Fälle 4,2 Aufenthalte auf (Median 3,0).

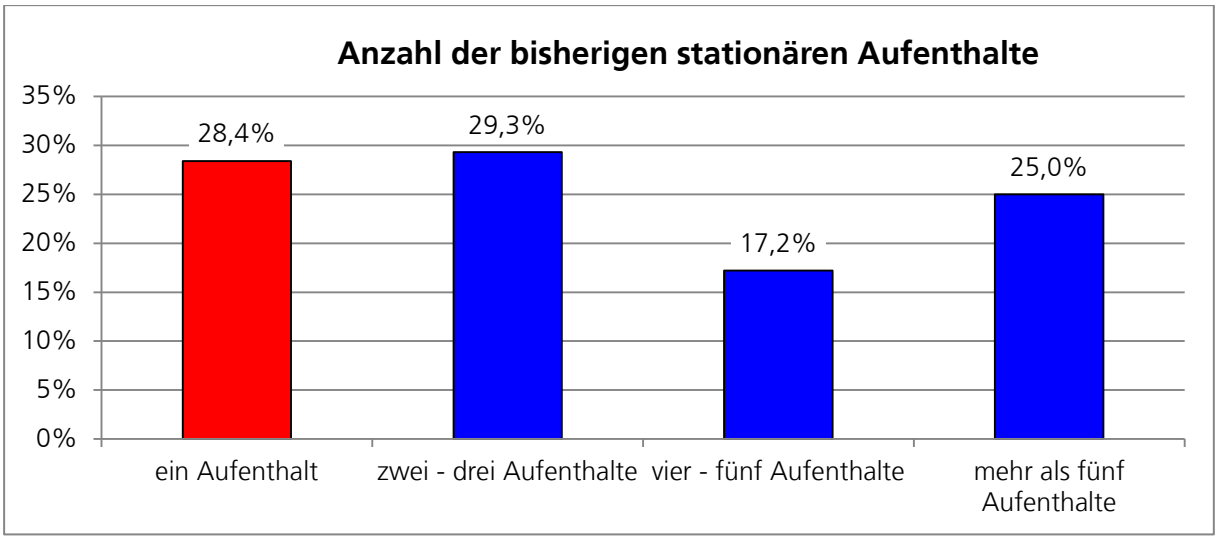

Abbildung 13: Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte (N=116)

Die Einteilung in vier Gruppen von Aufenthaltsanzahlen zeigt, dass fast die Hälfte der untersuchten Fälle bereits vier oder mehr Aufenthalte im Krankenhaus aufwiesen. Es ist bei diesen Fällen also davon auszugehen, dass häufiger medizinischer Behandlungsbedarf besteht und dass bereits Dokumentationsdaten aus der Vergangenheit vorliegen. Es war aber für die die Fälle bearbeitende Sozialarbeiterin nicht automatisch ersichtlich, ob seitens des Sozialdienstes bereits Vorarbeiten bei früheren Aufenthalten geleistet wurden.

2.2.5.7 ANFORDERUNG DES SOZIALDIENSTES

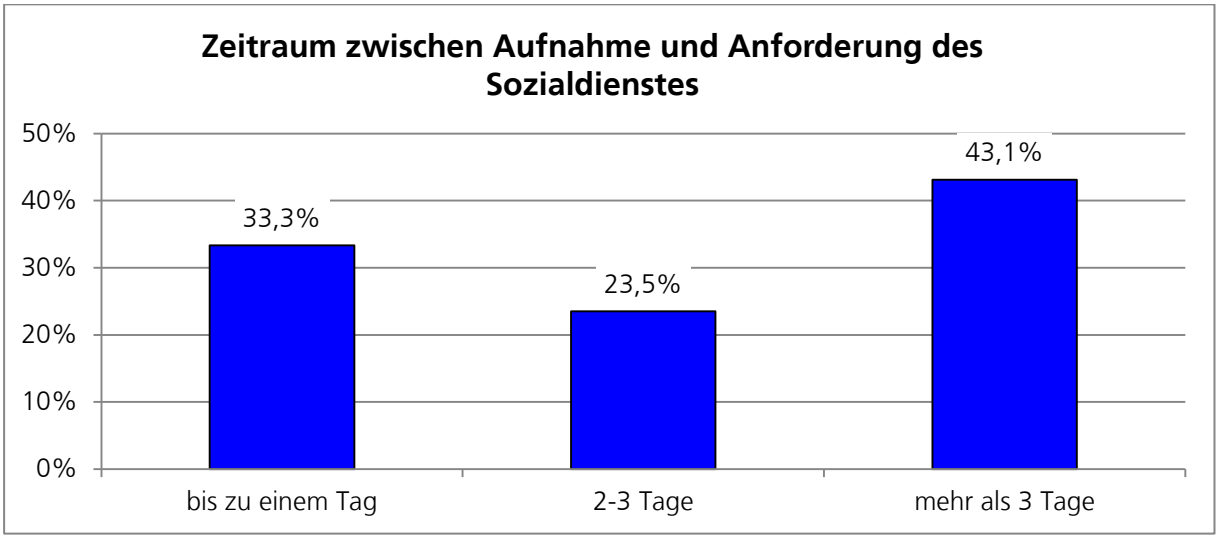

Abbildung 14: Zeitraum zwischen Aufnahme und Anforderung des Sozialdienstes (N=116)

Wie deutlich zu sehen ist, erfolgte bei einem Großteil der Fälle die Anforderung des Sozialdienstes erst drei oder mehr Tage nach der Aufnahme. Interessant ist, dass aber auch bei einem Drittel der Fälle der Bedarf nach Sozialdienst schon am ersten Tag des Aufenthaltes erkannt wurde. Der Mittelwert der Tage zwischen Aufnahme und Anforderung liegt bei 5,8 Tagen, das Spektrum reich hierbei von null bis zu 36 Tagen.

Nach dem Alter der Patientinnen und Patienten differenziert sind Fälle im Alter von 80 und mehr Jahren etwas häufiger bei den schnellen Meldungen an den Sozialdienst (innerhalb der ersten drei Tage des Aufenthaltes).

Es wird deutlich, dass bei einem großen Teil der Fälle eine gewisse Zeit im Krankenhaus verstrichen war, bevor der Sozialdienst eingeschaltet wurde. Die Vorbereitung der Entlassung musste somit schneller vonstattengehen, als es vielleicht notwendig gewesen wäre.

Als Begründung für die Anforderung des Sozialdienstes lassen sich zwei hauptsächliche Themengebiete erkennen: Zum einen zur Einleitung einer Rehabilitation (rund 50%), zum anderen, um die Versorgung in der Wohnung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen (rund 30%). Bei weiteren rund 9% der Fälle erfolgte die Anforderung aufgrund der notwendigen Einleitung einer Rehabilitation und zur Sicherung der Versorgung zu Hause. Als weitere Kategorie liegt die Klärung der Hilfsmittelversorgung mit rund 3% sowie die sozialrechtliche Klärung bei rund 4% der Fälle vor. Das heißt, dass rund die Hälfte der Fälle nach der Krankenhausbehandlung weiter betreut wurde, und zwar hauptsächlich in stationären Rehabilitationseinrichtungen. Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten wurde also durch die Entlassung aus dem Akutkrankenhaus nur vorübergehend geklärt, eine abschließende Organisation oblag der Folgeeinrichtung.

2.2.5.8 KONTAKTE DES SOZIALDIENSTES

Im Folgenden werden sowohl die Anzahl der Kontakte als auch die kontaktierten Personen je Fall ausgewertet. Hierbei wurden vier Kontaktoptionen vorgesehen:

- Kontakt zwischen Sozialdienst und Patientin oder Patient
- Kontakt zwischen Sozialdienst und Ärztin oder Arzt
- Kontakt zwischen Sozialdienst und Pflegedienst
- Kontakt zwischen Sozialdienst und Bezugsperson

Insgesamt kam es in 50 Fällen (rund 43%) zu Kontakten des Sozialdienstes mit der Patientin oder dem Patienten, der Ärztin oder dem Arzt und dem Pflegedienst, in weiteren 47 Fällen (rund 41%) kam es noch zusätzlich zu einem Kontakt mit der Bezugsperson. In rund 84% der Fälle hatte der Sozialdienst also sowohl mit den Betroffenen wie auch mit den medizinisch Verantwortlichen und den für die Pflege Zuständigen Kontakt. Eher Sonderfälle bilden die elf Patientinnen und Patienten, bei denen es nur einen Kontakt zwischen Sozialdienst und Patientin oder Patient und Sozialdienst und Ärztin oder Arzt gab, in drei weiteren Fällen kam noch ein Kontakt zu einer Bezugsperson hinzu. Sonderfälle sind auch noch jene fünf Fälle, in denen der Sozialdienst keinen Kontakt zur Patientin oder zum Patienten hatte, sondern nur Ärztin oder Arzt und Pflegepersonal.

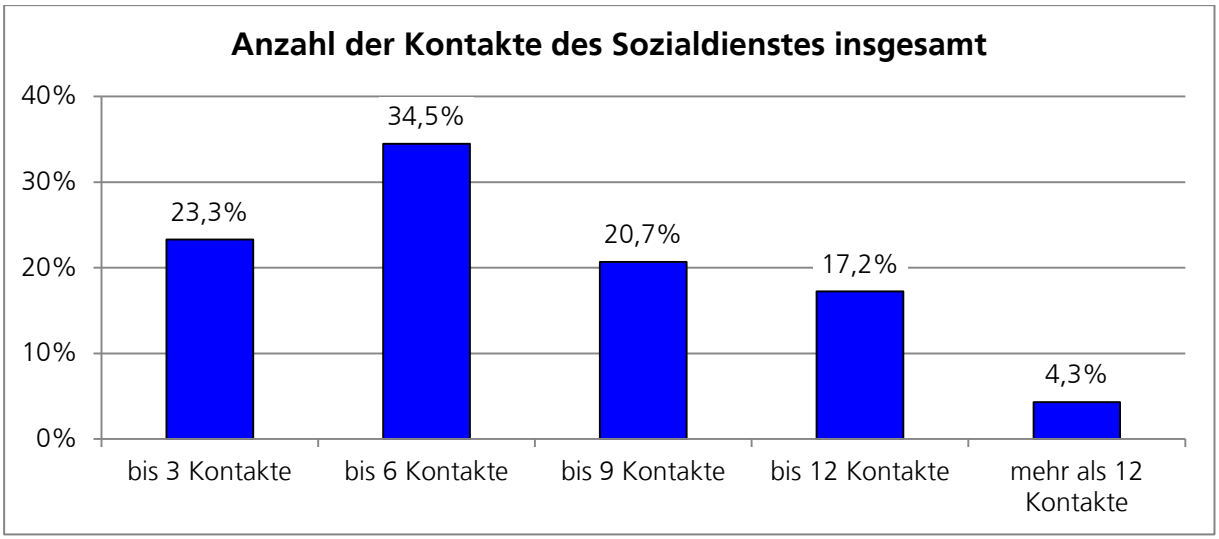

Abbildung 15: Anzahl der Kontakte des Sozialdienstes insgesamt (N=116)

Wie auf der Grafik erkenntlich ist, kam es in mehr als 50% der Fälle zu bis zu sechs Kontakten, mehr als 12 Kontakte kamen aber nur in Ausnahmefällen zustande.

Im Folgenden werden die Kontakthäufigkeiten zwischen dem Sozialdienst und den Patientinnen und Patienten, dem Sozialdienst und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Sozialdienst und dem Pflegedienst sowie dem Sozialdienst und den Bezugspersonen ausgewertet.

Der Mittelwert der Kontaktanzahl zwischen Sozialdienst und Patientin oder Patient liegt bei 2,1 Kontakten, das Spektrum reicht hier von keinen Kontakt zur Patientin oder zum Patienten[14] bis hin zu sechs Kontakten.

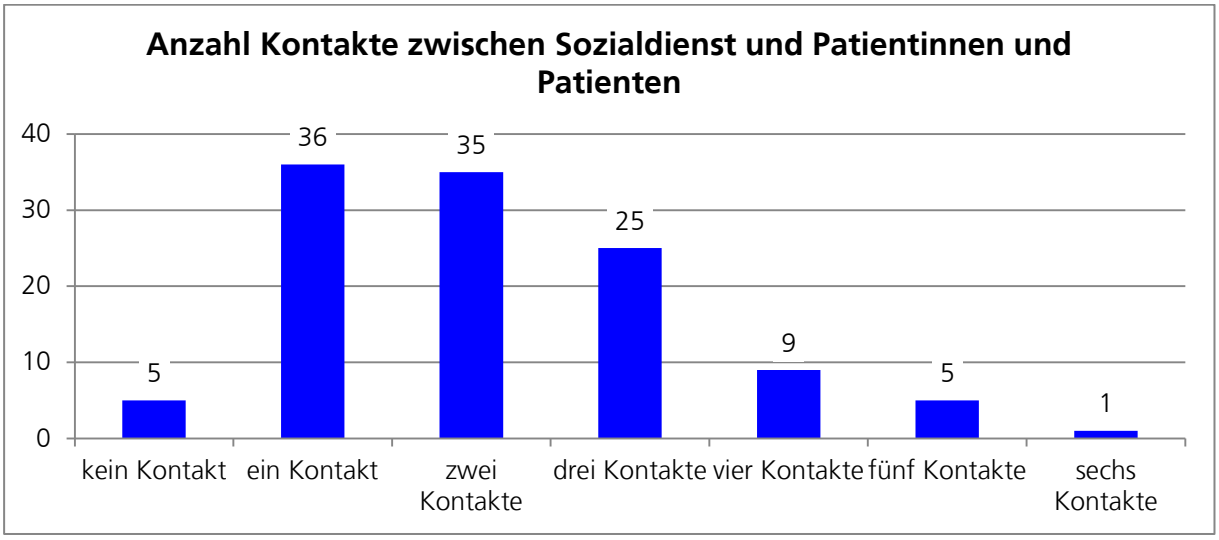

Abbildung 16: Anzahl der Kontakte zwischen Sozialdienst und Patientinnen und Patienten

Wie die Grafik zeigt wurde bei dem größten Teil der Fälle (rund 31%) nur einmal Kontakt zur Patientin oder zum Patient aufgenommen, beinah ebenso groß ist aber der Anteil (rund 30%), bei dem es zu zwei, etwas seltener zu drei Kontakten (rund 22%) kam.

[14] Bei den Fällen, bei denen es zu keinem Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten kam, gab es jeweils Kontakt zur Ärztin oder zum Arzt und Pflegedienst.

Ebenso ist erkennbar, dass bei einer höheren Anzahl an Kontakten des Sozialdienstes zur Ärztin oder zum Arzt auch die Anzahl der Kontakte zur Patientin oder zum Patienten zunimmt. So haben rund 80% der Fälle, bei denen es nur zu einem Kontakt zwischen Ärztin oder Arzt und Sozialdienst kam, ebenfalls nur einen Kontakt zur Patientin oder zum Patienten. Bei den Fällen, bei denen es zu zwei oder drei Kontakten zur Ärztin oder zum Arzt kam, hatten rund 60% auch zwei bis drei Kontakte zur Patientin oder zum Patienten zu verzeichnen.

Die Auswertung der Kontaktanzahl getrennt nach Altersgruppen zeigt, dass mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten auch der Anteil an Fällen mit einer hohen Anzahl an Kontakten zum Sozialdienst ansteigt. Es scheint also bei den älteren Patientinnen und Patienten ein höheres Maß an Organisationsaufwand bezüglich der Entlassung im Sozialdienst vorgelegen zu haben als bei einem Großteil der Jüngeren.

2.2.5.9 ANFORDERUNGSGRÜNDE

Bei dem größten Anteil der untersuchten Fälle (rund 45%) wurde der Sozialdienst durch eine behandelnde Ärztin oder einen behandelnden Arzt angefordert. Bei rund 38% der Fälle erfolgte eine Anforderung, auf der nicht vermerkt war, von wem sie stammte. Weitere Anforderungen erfolgten durch den Pflegedienst (2,6%), durch Angehörige und auch durch Patientinnen und Patienten selber. Bei rund 5% der Fälle erfolgte keine Anforderung, sondern die zuständige Sozialarbeiterin wurde selber auf diese Fälle aufmerksam.

Die Gründe der Anforderung des Sozialdienstes beziehen sich hauptsächlich auf zwei Bereiche: Die Sicherstellung und Klärung der häuslichen Versorgung und die Einleitung einer Rehabilitation oder einer Anschlussheilbehandlung. So ist bei rund 59% der Anforderungen die Einleitung einer Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung der Anforderungsgrund, bei gut 9% ist zusätzlich die Klärung der häuslichen Versorgung benannt. Bei rund 30% der Fälle ist ausschließlich die Klärung der häuslichen Versorgung nach der Entlassung benannt. Weitere Anforderungsgründe sind die Klärung von Hilfsmittelversorgung (gut 3%), die Klärung sozialrechtlicher Fragen (gut 4%). Hinzu kommen noch gut 3% der Fälle, bei denen es keine Anforderung gab, sondern der Sozialdienst auf Anfrage der Patientinnen und Patienten aktiv wurde.

Anhand der Anforderungen kann also nur bei knapp 40% der Fälle von einer geplanten Überleitung in die eigene Wohnung ausgegangen werden. Bei den weiteren Fällen war eine sich dem Krankenhausaufenthalt anschließende Maßnahme geplant, die die Rückkehr in die Wohnung verzögerte bzw. nach welcher auch eine Überleitung in ein Pflegeheim möglich wäre.

2.2.5.10 ENTLASSUNG

Zu den Entlassungen der untersuchten 116 Fälle liegen verschiedene Datenkategorien vor. Im Folgenden werden zu folgenden Punkten Ergebnisse präsentiert:

- Entlassungsort
- an der Entlassung Beteiligte
- Aufgaben des Entlassungsmanagements
- durch den Sozialdienst beantragte Anerkennung des Versorgungsamtes und der Pflegeversicherung
- bei der Entlassung bestehende Einschränkungen

Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgte grob kategorisiert entweder in die eigene Wohnung oder in eine weiterversorgende Maßnahme. Insgesamt wurden 60 Patientinnen und Patienten (knapp 52%) in die eigene Wohnung entlassen. Bei 27 von diesen Patientinnen und Patienten (rund 24%) war aber trotz Entlassung in die eigene Wohnung eine Weiterversorgung in Form von einer Rehabilitationsmaßnahmen oder einer Anschlussheilbehandlung vorgesehen. Weitere 51 Patientinnen und Patienten (44,0%) wurden aus dem Krankenhaus in eine weiterversorgende Maßnahme (Weiterbehandlung in anderem Krankenhaus, Anschlussheilbehandlung, stationäre Rehabilitation) übergeleitet, die Möglichkeit der Rückkehr in die eigene Wohnung bzw. die Versorgung in der eigenen Wohnung wurde bei diesen Fällen also nicht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus geklärt, sondern oblag der Folgeeinrichtung.

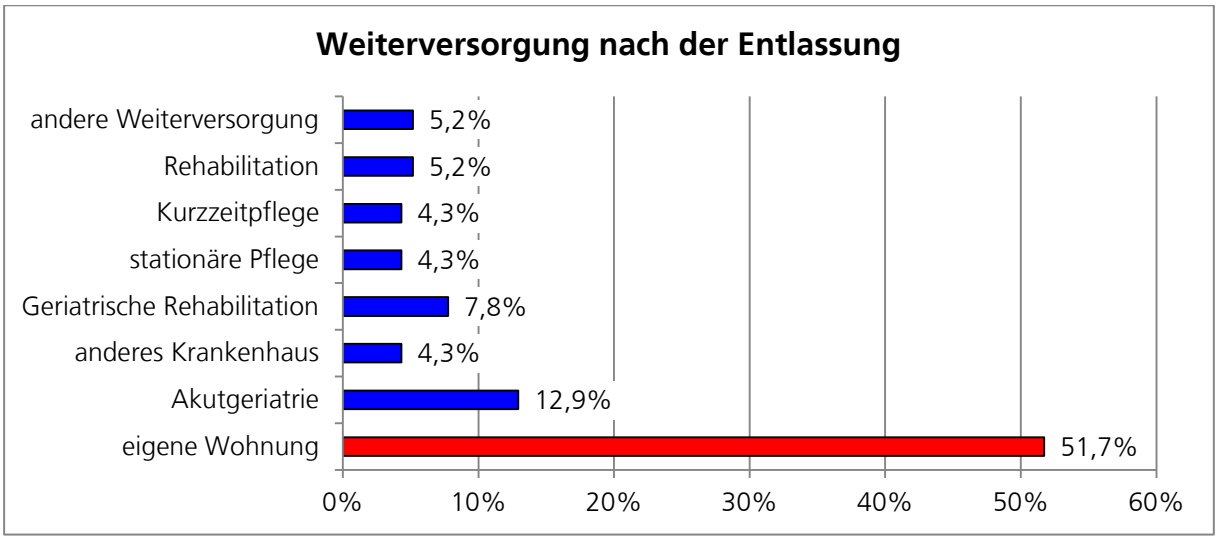

Abbildung 17: Weiterversorgung nach der Entlassung (N=116)

Überleitungen in Institutionen wie Akutgeriatrie oder geriatrische Rehabilitationseinrichtungen sind damit begründet, dass der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten bei der Entlassung nicht stabil genug für eine Weiterführung der bisherigen Lebens- und Wohnsituation war. Wie oben beschrieben, lebten rund 80% der untersuchten Patientinnen und Patienten in einer eigenen Wohnung (mit Partnerin/Partner oder alleine). Wie nun gezeigt werden kann, kehren diese Patientinnen und Patienten nicht alle nach dem Krankenhausaufenthalt in ihre Wohnung zurück. Für die Einrichtung eines Versorgungsmanagements bedeutet dies, dass in diesen Fällen mit der Entlassung aus dem Krankenhaus keine abschließende Einrichtung einer Versorgung vorgenommen werden konnte, sondern dass durch die Überleitung eine weitere Maßnahme begonnen wurde, so dass eine Klärung der Versorgung erst nach deren Beendigung erfolgen konnte. Das bedeutet auch, dass an diesem Verlaufspunkt nicht klar ist, ob eine Rückkehr in die eigene Wohnung wirklich möglich ist oder ob nach Abschluss einer nachfolgenden Maßnahme nicht eine Neueinrichtung der Versorgung ggf. auch als stationäre Pflege für erforderlich gehalten wird.

Bei einer Betrachtung des Entlassungsortes unter Einbeziehung der Daten zur Wohnform der Patientinnen und Patienten zeigt sich, dass von den Alleinstehenden (N=35) nur 28,6% wieder in die Wohnung entlassen wurden (etwa die Hälfte von ihnen mit einer in Nachfolge geplanten Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation), während von den Patientinnen und Patienten, die mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin wohnten (N=60) 63,3% wieder nach Hause entlassen wurden (hiervon rund 40% mit anschließender Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation).

Von den sieben Patientinnen und Patienten, die mit ihren Angehörigen wohnten, wurden fünf (rund 71%) wieder nach Hause entlassen. Die Alleinstehenden wurden deutlich häufiger in die geriatrische Rehabilitation übergeleitet, so sind von den betreffenden neun Patientinnen und Patienten sieben alleinstehend und jeweils ein Patient, der mit Partnerin lebte und ein Patient, der mit Angehörigen wohnte. Die Alleinstehenden haben also ein rund viermal so hohes Risiko (Odds Ratio 4,32) nach der Entlassung nicht nach Hause, sondern in die Weiterversorgung übergeleitet zu werden.

Bei den Patientinnen liegt ein doppelt so hohes Risiko vor, nicht nach Hause entlassen zu werden als bei den Patienten (Odds Ratio = 2,2). Hierbei muss aber auch berücksichtigt werden, dass bei den Patientinnen der Anteil der ohne Partner lebenden, höher war als bei den Patienten (s.o.).

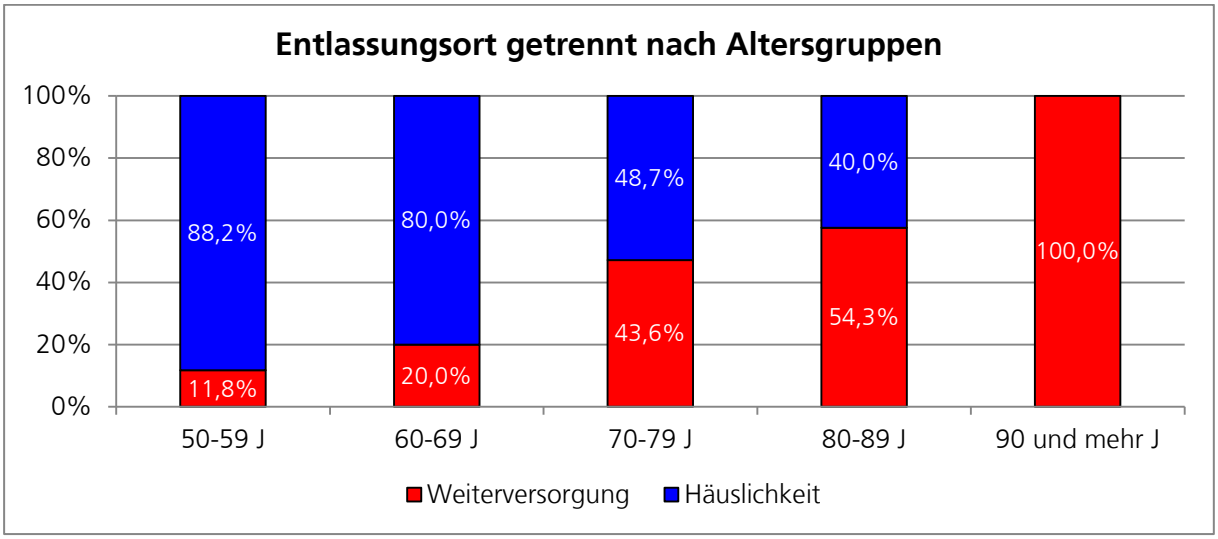

Abbildung 18: Entlassungsort getrennt nach Altersgruppen

Bei einer altersdifferenzierten Betrachtung der Entlassungsorte wird deutlich, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung direkt nach Hause zurückkehrten, abnimmt und umgekehrt der Anteil derer steigt, die in einer anderen Einrichtung übergangsweise weiterversorgt wurden, die Grafik[15] zeigt dies in Dekaden getrennt auf. Teilt man die Fälle lediglich in die Altersgruppen unter 70 Jahren und über 70 Jahren so haben die über 70-Jährigen ein 7,5faches Risiko nicht nach Hause entlassen zu werden (Odds Ratio = 7,53).

Ebenso lässt sich an den Daten erkennen, dass der Anteil derer, die nach Hause entlassen wurden und bei denen von zu Hause eine Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung erfolgen sollte, mit steigendem Alter abnimmt. Bei den 50-59-Jährigen liegt der Anteil bei rund 59%, bei den 70-79-Jährigen hingegen nur noch bei rund 21%.

[15] Fehlende Prozente in den einzelnen Altersgruppen kommen durch die aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführten Anteile der Fälle, zu denen keine Angaben vorliegen und des einen Falles, der während des Krankenhausaufenthaltes verstorben ist.

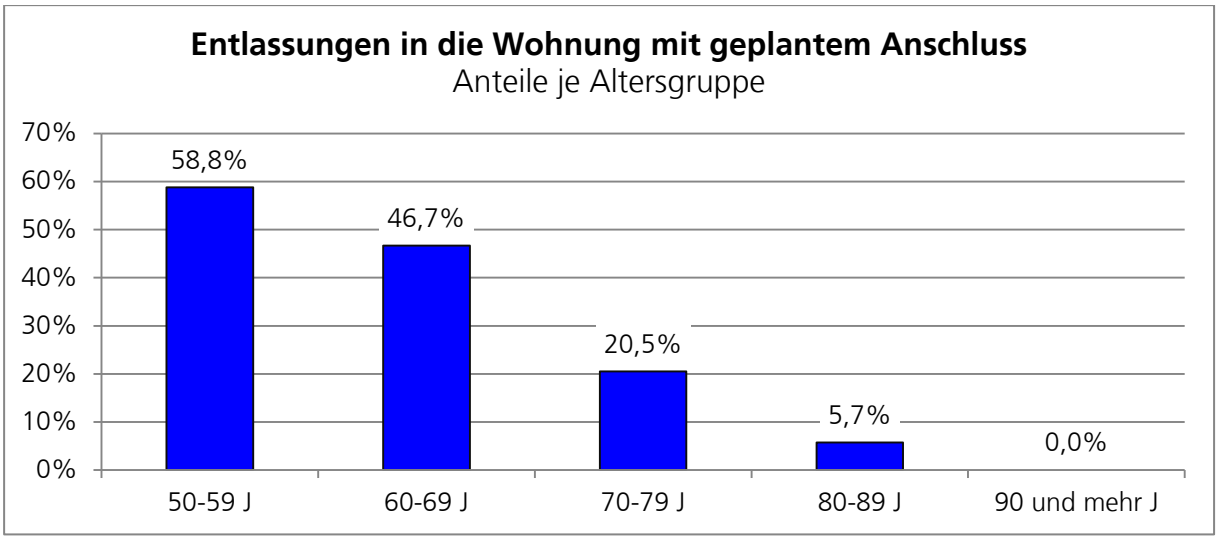

Abbildung 19: Entlassungen in die Wohnung mit geplantem Anschluss, Anteile je Altersgruppe

Betrachtet man die Angaben zum Entlassungsort getrennt nach dem Vorliegen einer Pflegestufe, so wird deutlich, dass der Anteil derer, die in eine Weiterversorgung übergeleitet wurden, bei den Fällen mit einer Pflegestufe mit 60% deutlich höher ist, als bei den Fällen ohne eine Pflegestufe. Die Fälle mit einer Pflegestufe haben ein 2,6mal höheres Risiko nicht in die eigene Wohnung entlassen zu werden als die Fälle ohne Pflegestufe (Odds Ratio = 2,63).

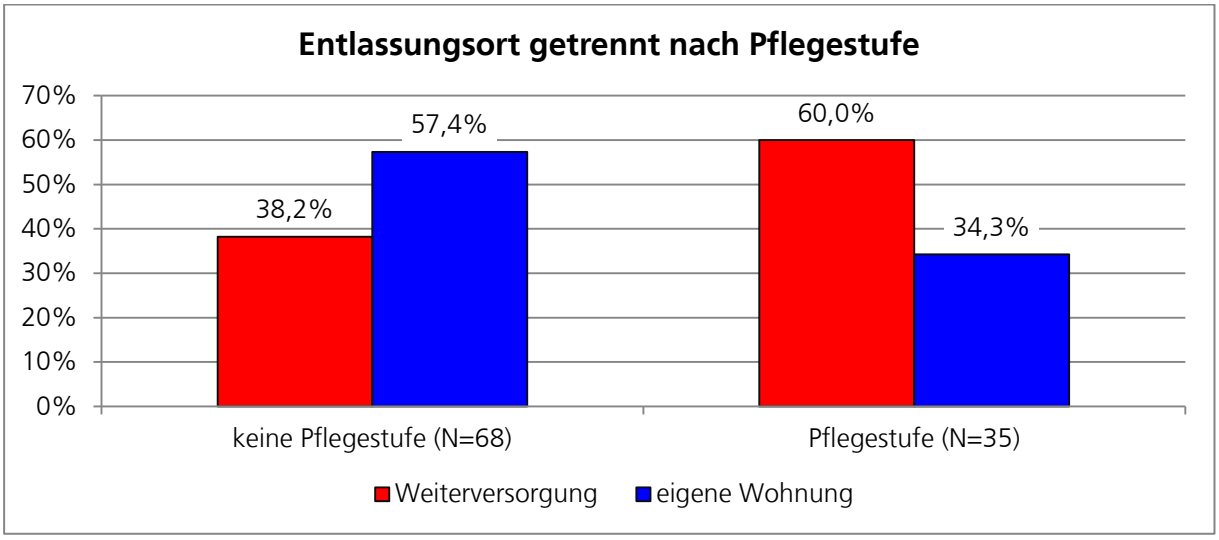

Abbildung 20: Entlassungsort getrennt nach Pflegestufe

Bei der Betrachtung der Daten zur Entlassung wird deutlich, dass

- mit steigendem Alter, der Anteil derer steigt, die nicht direkt in nach Hause entlassen werden.
- bei den Alleinstehenden der Anteil derer, die nicht direkt nach Hause entlassen werden, höher ist, als bei den Patientinnen und Patienten mit einem Partner oder einer Partnerin.
- auch der Anteil der Patientinnen, die nicht direkt in die nach Hause entlassen werden höher ist, als bei den Patienten.
- bei Patientinnen, die alleine leben und eine Pflegestufe haben, die Wahrscheinlichkeit höher dafür ist, nicht direkt nach Hause entlassen werden.

2.2.5.11 KOOPERATIONSPARTNER DES ENTLASSUNGSMANAGEMENTS

Ebenso soll untersucht werden, mit welchen Partnern der Sozialdienst des Krankenhauses im Rahmen des Entlassungsmanagements der untersuchten 116 Fälle zusammengearbeitet hat. Die Beteiligten wurden hierbei aus den Rohdaten in folgende Kategorien zusammengefasst:

- Ambulante Versorger (Hauskrankenpflege)
- Stationäre Einrichtungen (Kurzzeitpflege, Heim, Klinik, Akutgeriatrie, Reha-Einrichtung)
- Kostenträger (Krankenkassen, Pflegekassen, Rentenversicherungsträger, Sozialamt)
- Laien (Angehörige, Nachbarn und Bekannte)

Es liegen aber auch Fälle vor, bei denen es keine Kooperationspartner im Rahmen des Entlassungsmanagements gab, dies trifft auf rund 29% der Fälle zu, in diesen wurde ausschließlich mit anderen Professionellen im Krankenhaus zusammengearbeitet

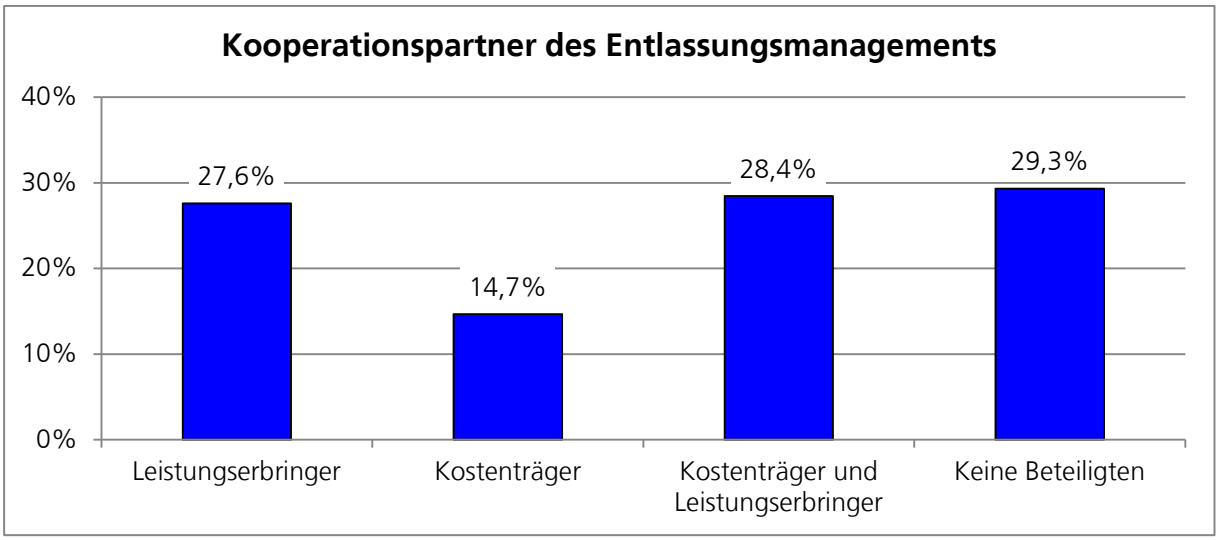

Abbildung 21: Kooperationspartner des Entlassungsmanagements (N=116)

Bei rund 15% der Fälle erfolgte lediglich die Kooperation mit dem Kostenträger, bei 13% die Kooperation nur mit einer stationären Einrichtung, bei 8% die Kooperation mit einem ambulanten Versorger und bei 7% mit Laien. Hinzu kommen noch rund 28%, bei denen eine Kooperation mit einem Kostenträger und einem Leistungserbringer (ambulant oder stationär) erfolgte.[16].

2.2.5.12 PROBLEME DES ENTLASSUNGSMANAGEMENTS

In den Daten finden sich Beschreibungen von Problemen, die im Rahmen des Entlassungsmanagements auftraten. Die hier folgenden Daten sind aus Sicht des Sozialdienstes dokumentiert, enthalten also eine entsprechend subjektive Tönung.

Die dokumentierten Problembereiche konnten wie folgt kategorisiert werden:

[16] Hierbei werden stationäre Einrichtungen, ambulante Versorger und Laien als Leistungserbringer zusammengefasst.

Keine Probleme

In 20,7% der Fälle wurden keine Probleme bezüglich des Entlassungsmanagements vermerkt. Zu weiteren 10,3% der Fälle können keine Angaben gemacht werden, da diese aufgrund von Stationswechseln oder Urlaubsvertretungen von anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes beendet wurden.

Krankenhausinterne Probleme

In 19,8% der untersuchten Fälle wurden bei der Entlassung Probleme in Bezug auf eine mangelnde Zusammenarbeit innerhalb des Krankenhauses benannt. Hierzu zählten falsche und/oder verspätete Anforderungen des Sozialdienstes, verspätet ausgefüllte oder fehlende Befundberichte, fehlerhaft ausgefüllte Verordnungen, fehlende Information des Sozialdienstes über Verlegung oder Entlassung, fehlende Informationen über bereits bekannte eingerichtete Versorgungen sowie Fehleinschätzung des Versorgungsbedarfes durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte.

Gesundheitlich bedingte Probleme

In 15,5% der Fälle entstanden Probleme im Entlassungsmanagement durch den instabilen Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten. So ergaben sich aufgrund des Gesundheitszustandes mehrfache Neuorganisationsbedarfe, veränderte Bedarfe der Nachsorge und Schwierigkeiten der häuslichen Versorgung durch wechselnde Versorgungsbedarfe.

Patienteninnen-/Patientenbedingte Probleme

Bei 21,6% der Fälle entstanden Probleme, die auf Eigenschaften oder Verhaltensweisen der Patientin oder des Patienten zurückgeführt wurden: mangelnde Compliance, Ablehnung der Weiterversorgung und fehlende Krankheitseinsicht.

Kostenträgerbedingte Probleme

Bei 3,4% der Fälle kam es zu Schwierigkeiten beim Entlassungsmanagement, da der Kostenträger einer geplanten Anschlussversorgung nicht zustimmte bzw. die Kostenübernahme verweigerte.

Angehörigenbedingte Probleme

In 6,9% der Fälle entstanden Probleme durch bzw. die mit den Angehörigen der Patientin oder des Patienten. Hierzu zählen Fälle, bei denen pflegende Angehörige nicht erreichbar waren, überfordert waren oder unrealistische Ansprüche an das Versorgungsmanagement stellten.

2.2.5.13 BESTEHENDE EINSCHRÄNKUNGEN BEI DER ENTLASSUNG

In den Daten befinden sich Angaben zu den bei der Entlassung bestehenden physische, psychische oder soziale Einschränkungen der Patientinnen und Patienten. Diese Angaben wurden wie folgt kategorisiert:

- Keine Einschränkungen (Patientin/Patient wird entlassen und sein Leistungsvermögen vollständig aufgebaut)
- Medizinischer/psychologischer Bedarf (ohne Pflegebedarf i.e.S., aber dauerhafte medizinische/therapeutische Behandlung nötig)
- Eingeschränkte Belastbarkeit (zwar noch mobil und kein Pflegebedarf, aber dennoch nennenswerte Einschränkungen)

- Mobilitätseinschränkung (kein Pflegebedarf, aber Einschränkungen in der Beweglichkeit und Mobilität)
- Pflegebedarf (auch in Kombination mit Bettlägerigkeit und benötigter Tagesstruktur).

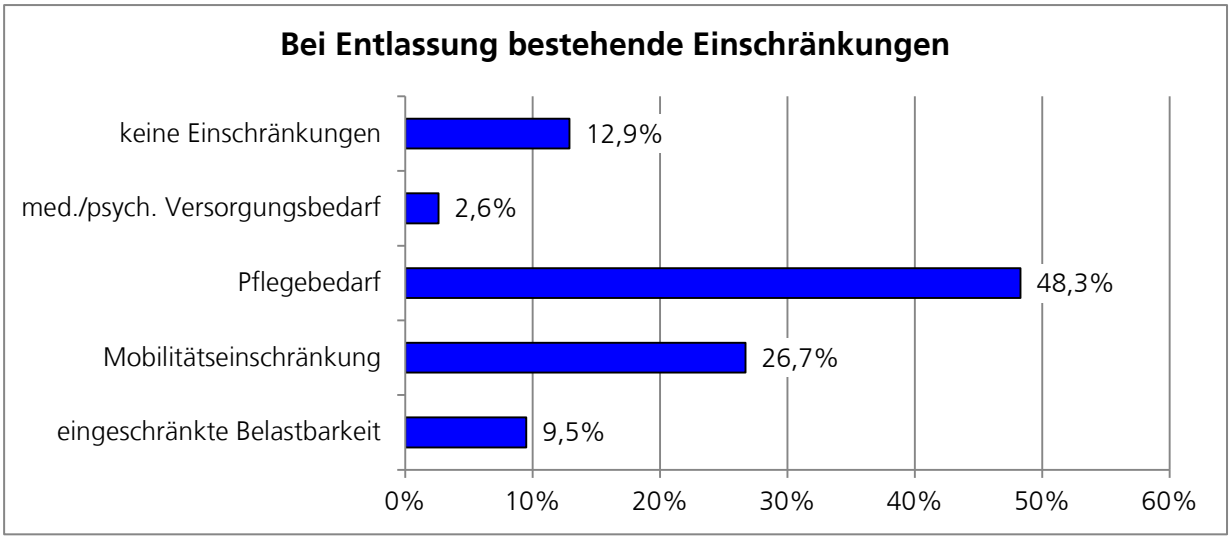

Abbildung 22: Bei Entlassung bestehende Einschränkungen (N=116)

Wie die Grafik zeigt, liegen bei nur knapp 13% der Untersuchten keine Einschränkungen vor. Bei mehr als einem Viertel der Fälle wird eine „Mobilitätseinschränkung" attestiert. Diese Patientinnen und Patienten sind also nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung, aber aufgrund der vorliegenden Einschränkungen nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (und in vielen Fällen auch nicht ohne Begleitung) außer Haus gehen können. Ein hieraus entstehender Versorgungsbedarf kann von nur begrenzter Dauer sein, bei nicht vorhandenen Unterstützungen können jedoch durch Mobilitätseinschränkungen schnell Versorgungsmängel entstehen, die die Gesamtsituation des Betroffenen verkomplizieren (beispielsweise, wenn ein Aufsuchen der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes nicht alleine möglich ist).

Bei 9,5% der Fälle lag zur Entlassung eine „eingeschränkte Belastbarkeit" vor. Das bedeutet, dass zwar die grundsätzliche Handlungsfähigkeit erhalten geblieben ist, aber schon alltägliche Arbeiten eine große Anstrengung bedeuten können, auch hier können Unterstützungsbedarfe vorliegen, die für eine Versorgungseinrichtung nach dem Krankenhausaufenthalt von großer Bedeutung sein können. Hinzu kommt, dass fast die Hälfte der entlassenen Fälle einen Pflegebedarf aufweisen, der bei der Einrichtung von Versorgung berücksichtigt werden muss.

2.2.5.14 AUFGABEN DES ENTLASSUNGSMANAGEMENTS

Die Aufgaben des Entlassungsmanagements, die in den vorliegenden Daten erfasst sind, lassen sich in folgenden Kategorien zusammenfassten:

- Sicherung der Weiterversorgung (durch Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung, Klinik)
- Sicherstellung der häuslichen Versorgung (durch Pflegdienst, Angehörige, etc.)
- Keine Aufgaben

Bei rund 60% der Fälle wurde eine Weiterversorgung durch das Entlassungsmanagement des Sozialdienstes gesichert, was anhand der Angaben zum Entlassungsort verwundert, da laut den

Angaben zum Entlassungsort nur rund 51% in die eigene Wohnung entlassen wurden. In den Daten zum Entlassungsmanagement findet sich jedoch nur ein Anteil von 39 bei denen die häusliche Versorgung sichergestellt werden sollte (rund 31%), die häusliche Versorgung und eine Rehabilitationsmaßnahme sichergestellt werden sollte (rund 2%), sowie andere zusammengefasste Aufgaben, die sich auf die häusliche Versorgung bezogen, erledigt werden mussten (rund 7%). Im Gegensatz zu den Angaben zum Entlassungsort fehlen die Hinweise auf Fälle, die in die eigene Wohnung entlassen wurden und aus der eigenen Wohnung in eine Anschlussheilbehandlung überführt werden sollten.

Die Weiterversorgung, die bei rund 60% der Fälle durch das Entlassungsmanagement gesichert werden sollte, wurde durch Anschlussheilbehandlungen (26,7%), (geriatrische) Rehabilitation (22,4%) und die Weiterleitung in andere Kliniken (11,2%) erreicht.

Ebenso liegen Daten darüber vor, welche Anträge der Sozialdienst im Rahmen der 116 untersuchten Fälle unterstützt hat. So wurden in 83,6% keine Anträge auf Sozialleistungen oder auf die Anerkennung eines Grad der Behinderung gestellt. Bei 8,6% der Fälle bezogen sich Anträge auf die Pflegeversicherung, sowohl in Bezug auf Neu-/Erstanträge (6,0% Neuanträge, 2,6% Höherstufung). 7,6% der Anträge bezogen sich auf die Anerkennung eines Grades der Behinderung, da von ebenfalls 6,0% auf Neuanträge und 1,6% auf Höherstufungen.

2.2.5.15 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass ein wesentlicher Teil der Patientinnen und Patienten über enge Angehörigenbeziehungen verfügt und mit ihnen in Gemeinschaft lebt. Mit zunehmendem Alter steigt aber auch der Anteil derjenigen, die alleine leben und auch derjenigen, die keine Bezugspersonen angeben. Für die Einrichtung von Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt bedeutet dies, dass bei einem wesentlichen Anteil der Patientinnen und Patienten Angehörige vorhanden sind, mit denen die Planung (potenziell) abgestimmt werden kann. Aus den Daten geht allerdings nicht hervor, in welchem gesundheitlichen Zustand sich z.B. die Partnerinnen und Partner befinden.

Ebenso wird aus den Daten deutlich, dass bei den Patienten die häufigste Bezugsperson die Partnerin ist, bei den Patientinnen werden hingegen häufiger die Kinder genannt, das kann aber auch damit zusammenhängen, dass im Datensample in den oberen Altersklassen Patientinnen überrepräsentiert sind und deshalb davon ausgegangen werden kann, dass deren Ehemänner bzw. Partner bereits verstorben sind.

Der Anteil an Notfalleinweisungen ist mit steigendem Alter und bei den Patientinnen höher. Ein weiterer Grund – neben den mit dem höheren Alter zunehmenden ernsten gesundheitlichen Problemen – dafür kann sein, dass der Anteil der Alleinlebenden mit dem Alter steigt und so weniger Unterstützung in der eigenen Wohnung vorhanden ist.

Männliche Patienten stellen einen höheren Anteil mit besonders langen Verweildauern, Patientinnen werden häufiger in eine Weiterversorgung entlassen. Kausale Zusammenhänge können aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden.

Bei einem großen Teil der Fälle verstreicht zwischen der Aufnahme im Krankenhaus und der Einschaltung des Sozialdienstes eine gewisse Zeit, wodurch sicher immer wieder wertvolle Zeit für die Vorbereitung der Entlassung und Organisation der weiteren Versorgung verloren geht.

Die Einschaltung des Sozialdienstes wurde hauptsächlich mit der Weiterleitung in eine Rehabilitation und/oder mit der Sicherstellung der Versorgung in der Wohnung nach der Entlassung begründet. Rund 50% der Fälle wurden nach dem Krankenhausaufenthalt weiterbetreut und zwar hauptsächlich in stationären Rehabilitationseinrichtungen. Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten wurde also durch die Entlassung aus dem Akutkrankenhaus nur vorübergehend geklärt, eine abschließende Organisation oblag der Folgeeinrichtung. Hier wird deutlich, dass mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten die Versorgungsklärung ungewisser wird, denn ein nicht unwesentlicher Teil der Patientinnen und Patienten kehrt nach dem Krankenhausaufenthalt eben nicht in ein bereits etabliertes ambulantes Versorgungssetting zurück, sondern wird in einer anderen Institution weiterversorgt. Das heißt auch, dass der Krankenhaussozialdienst bei diesen Fällen nicht darüber informiert ist, wie schließlich die Versorgung der Patientin oder des Patienten erfolgen wird. Eine nachträgliche Überprüfung durch den Sozialdienst, wie z.B. die Versorgung nach einer Rehabilitation eingerichtet wurde, erfolgt nicht. Wie zu erwarten war, werden Patientinnen und Patienten, die alleine leben, eher in eine Rehabilitation oder weitere Krankenhausbehandlung vermittelt.

Fast die Hälfte der Entlassenen wies einen versorgungsrelevanten Pflegebedarf auf. Hinzu kommt, dass bei mehr als einem Viertel der Entlassenen Mobilitätseinschränkungen vorlagen, durch die eine Versorgung in der eigenen Wohnung eingeschränkt wird, auch wenn diese Einschränkungen nicht dauerhaft bestehen. Im Rahmen des Entlassungsmanagements mussten also sowohl Fragen pflegerischer Versorgung geklärt werden, als auch Unterstützungsleistungen organisiert werden, die außerhalb des Leistungskatalogs der Kranken- und Pflegeversicherung liegen.

Bei der Entlassung ließen sich bei rund zwei Dritteln Probleme feststellen, die im Rahmen des Entlassungsmanagements auftraten. Diese Probleme begründeten sich hauptsächlich in mangelnder Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppe innerhalb des Krankenhauses, durch einen instabilen Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten und sich aus diesem ergebende veränderte Bedarfe der Nachsorge, durch fehlende Compliance der Patientin oder des Patientin und der Ablehnung von angedachten Versorgungsangeboten. In einigen Fällen begründeten sich die Probleme auch durch Unstimmigkeiten mit den Kostenträgern, die geplanten Anschlussmaßnahmen nicht zustimmten oder durch Angehörige, die nicht erreichbar waren oder unrealistische Ansprüche an das Versorgungsmanagement stellten.

Insgesamt lässt sich aus dieser Untersuchung die hohe Bedeutung einer funktionierenden und systematischen Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen besonders den medizinisch-pflegerischen auf der einen und dem Sozialdienst auf der anderen Seite erkennen. Die Einschaltung des Sozialdienstes wird nicht immer frühzeitig vorgenommen und die Indikationsstellung zur Konsultation des Sozialdienstes scheint nicht hinreichend operationalisiert. Dadurch kann es zu Komplikationen und Verzögerungen in der Planung und Organisation der weiteren Versorgung der Patienten und Patientinnen kommen. Vorsichtig können aus diesen Daten (und jenen der Krankenhausstatistik) abgeleitet werden, dass bestimmte Merkmale eher zu einem höheren Aufwand für ein Entlassungsmanagement führen können. Sinnvoll wäre es, wenn systematisch mit der Aufnahme von Patienten und Patientinnen auch Daten zur sozialen Situation erhoben würden, die dann in bestimmter Ausprägung bzw. Agglomeration zur sofortigen Hinzuziehung des Sozialdienstes führen könnten.

2.2.6 ERGEBNISSE DES ETHISCHEN MONITORING

Ziel des Ethischen Monitoring war es, auf der Grundlage des Datenmaterials moralische Probleme in der sektorenübergreifenden Versorgung hochbetagter kranker Menschen zu identifizieren und Strategien ethischer Reflexion im Praxisalltag zu entwickeln. Im Projektverlauf konnte eine solide Datenbasis gewonnen werden, von der aus datengestützte Aussagen über die ethischen Probleme der Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt getroffen werden können. Im Auswertungsprozess zeigte sich, dass die sozialethischen Problemlagen einer weiteren vertiefenden Untersuchung bedürfen. Trotz dieser Beschränkung lassen sich jedoch aus der systematischen Auswertung der vorliegenden Interviews des Gesamtprojekts Aussagen treffen. Die Daten haben gezeigt, dass Professionelle moralisch relevante Fragen, insbesondere der Teilhabe, der Verantwortung, der Autonomie und des Wohlergehens wahrnehmen und benennen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass berufsethischen Leitlinien wenig bekannt sind und in ihrer Relevanz für die Praxis seitens Sozialprofessioneller als gering eingeschätzt werden.

Zentral im Kontext der Patientenautonomie ist die Frage nach dem Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper und das eigene Wohl sowie die Frage nach dem Wunsch- und Wahlrecht zwischen möglichen Alternativen in der (Weiter-)Behandlung. Das Recht auf Autonomie ist innerhalb der sektorenübergreifenden Versorgung älterer Menschen insbesondere dann gefährdet, wenn der Patient etwa aufgrund einer demenziellen Erkrankung an der vollumfänglichen Ausübung seines Willens gehindert wird. Dies trifft auch auf Menschen zu, die auf rechtlichen Beistand angewiesen sind oder aufgrund eingeschränkter Orientierung einen hohen zeitlichen Beratungsaufwand benötigen. Beispielhaft sind die Aussagen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen, die eine sehr kurzfristige Information über Entlassungstermine (unter zwei Tagen), sehr kurz angesetzten Gespräche mit dem ärztlichen Personal und fehlende Beratungsgespräche mit einem Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern nennen, die es ihnen oftmals unmöglich machen, alternative Versorgungen in Betracht zu ziehen, Informationen einzuholen und adäquate ambulante Pflegdienstanbieter hinzuzuziehen. Zudem benennen viele Angehörige und Patientinnen und Patienten fehlende Information und Unterstützung bei der Suche nach Informationen über alternative Versorgung- und Rehabilitationseinrichtungen wie eine ambulante häusliche Versorgung oder der Übergangspflege. Die Daten deuten zudem darauf hin, dass zumindest genauer beobachtet werden muss, nach welchen Auswahlkriterien ein Krankenhaus Überleitungen in andere Versorgungseinrichtungen vornimmt, ob diese vor allem informierter Zustimmung (informed consent) des Patienten erfolgen oder ob sie eher den Anbieterinteressen entsprechen (vgl. Giese, 2002).

Aus ethischer Perspektive ist die Haltung gegenüber den Wünschen und Willensäußerungen hochbetagter nicht entscheidungsfähiger Menschen im Sinne von Stellvertreterentscheidungen durch Angehörige zu problematisieren. Zum einen wurde deutlich, dass Angehörige seitens der Professionellen als „selbstverständliche" bzw. „natürliche" Vertreterinnen und Ansprechpersonen herangezogen wurden. Dabei wird häufig nicht näher reflektiert, ob das Patientenwohl und der Patientenwille durch die Entscheidung Angehöriger auch tatsächlich respektiert werden. Zum anderen wurde deutlich, dass zwischen der geäußerten Einschätzung des Arztes und derjenigen der Angehörigen und Pflegenden Diskrepanzen bestehen können. Auch wenn die Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich häufig äußerst kompliziert ist, scheint es notwendig und in gewisser Weise ein Desiderat ausstehender

Forschungen, mögliche Instrumente zur Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit im Rahmen von Aufnahme und Entlassungsmanagement zu prüfen.

Des Weiteren stellt sich in der pflegerischen und klinischen Praxis nicht nur die Frage nach den moralischen Rechten der Patientinnen und Patienten, sondern häufig die Frage nach deren Mitwirkungspflichten („compliance"). Dem Verhalten der Patienten gegenüber dem medizinischen Personal wird im Entlassungs- und Versorgungsmanagement ausweislich der vorliegenden Aussagen von Pflegenden ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Langfristig wäre zu evaluieren, was Sozialprofessionelle unter einer gelungen Mitwirkung der Patientinnen und Patienten verstehen – das heißt, welche Kriterien Professionelle für eine gelungen Mitwirkung der Patientinnen und Patienten anführen und welche Gesprächssettings vorausgesetzt werden.

Eine besondere Berücksichtigung verdient ausweislich der Selbstaussagen von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Auswertung der Fallstudien, das „Nicht-Schadens-Prinzip". Mangelnde Abstimmungsprozesse zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zeitlich kurz getaktete Entlassungen können zu sozialer Vereinsamung bis hin zu körperlichen Schäden führen.

Die Aussagen Angehöriger und Sozialprofessioneller deuten darauf hin, dass die stationäre, auf kurative Maßnahmen ausgelegte Struktur nicht auf die besonderen Bedürfnisse Sterbender eingerichtet ist. Aus ärztlicher Sicht wird auch berichtet, dass eine rechtliche Unsicherheit in Bezug auf sterbende Menschen in Kliniken besteht, die eine Weiterleitung an Heime veranlasst. Insbesondere sollte in dieser Hinsicht kontrolliert werden, nach welchen Kriterien eine Verlegungen in Heime vorgenommen werden, bzw. ob finanzielle Kriterien über die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gestellt werden. Aus ethischer Perspektive müsste deshalb weiter untersucht werden, ob sich die unterschiedlichen Kulturen innerhalb des Krankenhauses, des Heimsektors und der ambulanten Versorgung den Bedürfnissen sterbender hochbetagter Menschen anpassen können. In dieser Hinsicht könnte geprüft werden, ob der Palliative Care-Ansatz, der sich an der Lebensqualität orientiert, auch für die sektorenübergreifende Versorgung älterer Menschen handlungsleitend sein kann.

Abschließend ist anzumerken, dass die Wahrung der Autonomie auch die positiven Pflichten mit einschließt. Die Autonomie älterer kranker Menschen zu achten, bedeutet nicht allein die Abwehr von Übergriffen, sondern auch (positiv verstanden) einen Anspruch, den älterer Menschen gegenüber Pflegenden, Ärzten, Institutionen auf Förderung und Unterstützung ihrer Autonomiekompetenz einfordern können. Dies betrifft beispielsweise auch die Ermunterung, eigene Vorstellungen für eine Heimunterbringung zu entwickeln und Informationen über mögliche Versorgungsprobleme zu verstehen.

Interessant war im Projektverlauf, dass das zentrale Problem der Wahrung und Wahrnehmung der Autonomie älterer von Professionellen und Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten ursächlich mit der Rationierung im Gesundheitswesen (Rationierung von Zeit und Personal) erklärt wurde.

Mit Blick auf die besonders verletzbaren Gruppen (ältere, teils multimorbide und/oder gerontopsychiatrisch erkrankte Patientinnen und Patienten) ist es ein wesentliches ethisches Erfordernis, Tendenzen und Faktoren, die eine Einschränkung der Autonomie, körperlichen Einschränkungen und Fehlversorgung begünstigen können, frühzeitig zu erkennen und besonders auf-

merksam zu betrachten. Dabei ist es ein wichtiger Aspekt, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die ethische Reflexion zu sensibilisieren und institutionelle Möglichkeiten einer solchen ethischer Reflexion und Diskussion zu schaffen. Es geht also darum, eine Gesprächskultur innerhalb der beteiligten Professionellen über ethische Fragen konkreter Einzelfälle zu schaffen.

Im Verlauf der Datenauswertung hat sich gezeigt, dass ethische Leitlinien in einem Krankenhaus nicht ausreichen, um in den konkreten Einzelfällen ethische Aspekte in die individuelle Versorgungsentscheidung einzubeziehen. Ethische Reflexionskompetenzen werden durch ein Bündel unterschiedlicher organisationsbezogener Handlungen und Strukturen sichergestellt, die die Entstehung einer nachhaltigen Gesprächskultur unterstützen, in denen ethische Probleme strukturiert und lösungsorientiert diskutiert werden können. Dies sind beispielsweise moderierte ethische Fallberatungen, Teamsitzungen, kollegiale Beratung und Fortbildungen (vgl. Steinkamp & Gordijn, 2010).

Bei den Vorschlägen von Implementierungsstrategien ethischer Reflexionsformen in der Praxis war der Gedanke leitend, vorhandene Ressourcen zu nutzen und den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden. Deshalb orientierte sich das Ethische Monitoring eng an der Entwicklung und dem Verlauf des Gesamtprojekts SEVERAM und deren Aufbau regelmäßiger *transsektoraler Fallkonferenzen* im *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam*. Dies schien insbesondere aufgrund der komplexen interprofessionellen Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung sinnvoll. Mögliche Synergieeffekte können so genutzt werden. Der sektorenübergreifende Austausch innerhalb dieser Fallkonferenzen ermöglicht es, Wünsche und Werte der Patientin bzw. des Patienten wahrzunehmen und diese nachhaltig in die Versorgungsentscheidungen einzubeziehen. Die Integration ethischer Aspekte in die *transsektoralen Fallkonferenzen* macht es möglich, moralische Problemlagen, die sich innerhalb der Versorgungsentscheidungen zeigen, zu reflektieren und im gemeinsamen Austausch zu ethisch reflektierten Entscheidungen zu gelangen.

Innerhalb eines solchen Prozesses kommt der Qualifizierung der Moderatorinnen und Moderatoren eine zentrale Stellung zu. Insbesondere um Doppelstrukturen zu vermeiden ist eine enge An- und Einbindung an die im Hause vorhandenen Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich der klinischen Ethik perspektivisch wünschenswert, jedoch abhängig von der weiteren Entwicklung der *transsektoralen Fallkonferenzen* des *Netzwerks*. Darauf wird insbesondere deshalb verwiesen, da seitens des Krankenhausträgers und dessen Fortbildungseinrichtung eine Ausbildung zu Moderatoren für ethische Fallberatungen existiert.

2.2.7 FALLSTUDIEN

Exemplarisch wird hier nun eine ausgewählte Fallstudie vorgestellt, da sich an dieser die aus den Fallstudien gewonnen Ergebnisse gut verdeutlichen lassen.

2.2.7.1 DER FALL HERR PAUL[17]

Herr Paul ist ein alleinstehender Mann, der in Potsdam in einem kleinen Haus mit Garten lebte. Herr Paul war zum Zeitpunkt der Fallstudie 65 Jahre alt und bereits berentet. Die Berentung erfolgte aufgrund von Erwerbsunfähigkeit mit 62 Jahren. Herr Paul war ein Grad der Behinderung

[17] Der Name ist frei erfunden. Alle Hinweise auf die tatsächlichen Personen, die an diesem Fall beteiligt waren, sind pseudonymisiert.

von 60 anerkannt worden. Vor seiner Verrentung war Herr Paul als Maurer und Handwerker tätig.

Herr Paul hat drei erwachsene Kinder, die er nach eigenen Aussagen als Alleinerziehender großgezogen hatte. Zum Zeitpunkt der Fallstudie bestand nur Kontakt zu zwei von seinen Kindern, wobei die Tochter für Herrn Paul nur telefonisch erreichbar war, da sie in einem anderen Bundesland lebt. Herr Paul hat eine Schwester und einen Bruder, die auch beide in Potsdam leben.

Herr Paul wohnte seit vielen Jahren zur Miete in einem kleinen Haus mit umgebendem Grundstück, vom Eingang des Grundstücks bis zur Haustür war ein Weg von ca. 75 Metern zu bewältigen. Auf dem Grundstück hatte sich Herr Paul mehrere Kleintierzuchten aufgebaut, die er zum Teil auch zur Selbstversorgung nutzte.

Die Rente von Herrn Paul reichte aufgrund ihrer geringen Höhe nur gerade zur Deckung der Lebenserhaltungskosten und der Miete. Finanzielle Rücklagen waren keine vorhanden, ebenso keine Leistungen der Pflegeversicherung oder des Sozialamtes, mit denen professionelle Versorgung hätte finanziert werden können.

Das Projekt SEVERAM wurde auf Herrn Paul aufmerksam, da über den Sozialdienst eines Krankenhauses der Kontakt hergestellt wurde. Die zuständige Sozialarbeiterin hatte Herrn Paul als für die Fallstudien geeignet eingeschätzt, da

- vor dem Krankenhausaufenthalt noch keine professionelle Pflege eingerichtet war, diese aber zur Entlassung benötigt wurde,
- schon mehrmals Anträge auf Anerkennung einer Pflegestufe abgelehnt wurden, aber ein deutlicher Pflege- und Unterstützungsbedarf bestand und ein erneuter Antrag gestellt worden war,
- im Krankenhaus von Seiten der Ärztinnen und Ärzte und des Pflegedienstes kein pflegerischer Versorgungsbedarf nach der Entlassung gesehen wurde, der Sozialdienst jedoch die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung und eine Unterstützung in der Haushaltsführung sah,
- Herr Paul von verschiedenen chronischen Erkrankungen betroffen war und sein Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus als instabil eingeschätzt wurde,
- da die Versorgung von Herrn Paul nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nur durch Angehörige und Nachbarn sichergestellt werden sollte,
- da es Unklarheiten bezüglich der Wohnsituation und der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben in dieser gab.

Herrn Pauls gesundheitliche Situation zu Beginn der Fallstudie war durch mehrere (chronische) Erkrankungen bestimmt. Als Hauptdiagnosen wurden gemäß IC10 im Entlassungsbrief des Krankenhauses folgende Erkrankungen genannt:

- **I 50.9** Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
- **R 60.0** Umschriebenes Ödem
- **I 50.00** Primäre Rechtsherzinsuffizienz
- **I 27.9** Cor pulmonale (chronisch) o.n.A.

Hinzu kamen 13 (!) weitere Nebendiagnosen, unter anderem ein behandlungspflichtiger Diabetes mellitus und ein implantierter Herzschrittmacher. Herr Paul litt unter starken Schmerzen und Luftmangel, seine Bewegungsfähigkeit war stark eingeschränkt.

Die Begleitung des Falles umfasste den Zeitraum von einem halben Jahr, die folgende Grafik gibt einen ersten Überblick über den Fallverlauf in diesem Zeitraum:

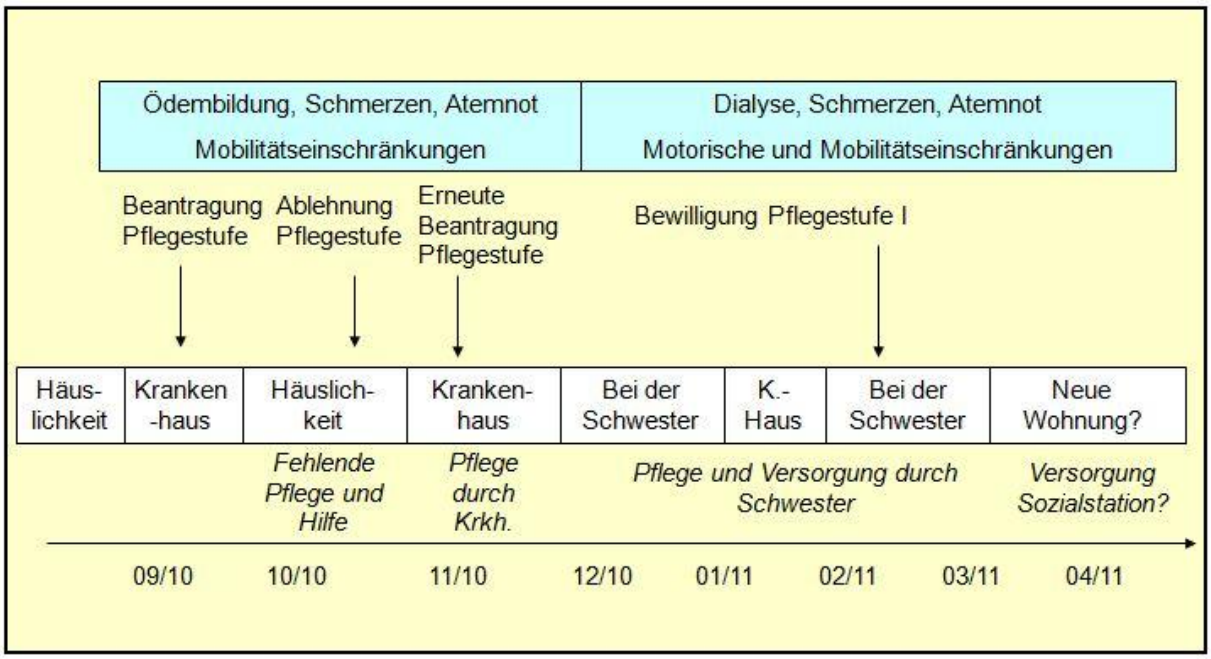

Abbildung 23: Zeitlicher Verlauf der Fallstudie „Herr Paul" 2010/2011

Um den Rahmen dieses Berichtes nicht zu sprengen, wird die Beschreibung des Falles anhand der Datenerhebungspunkte in Stichworten vorgenommen:

Ausgangssituation (September 2010)

- Einlieferung in das Krankenhaus durch selbstausgeführten Notruf aufgrund starker Schmerzen und akuter Luftnot aus der eigenen Wohnung führt zu elftätigem Aufenthalt auf Station für innere Medizin
- Kontakt zum Sozialdienst erfolgt am dritten Tag des Aufenthalts auf eigenen Wunsch, aufgrund von Bedarf nach Unterstützung bei einem Widerspruch gegen die Ablehnung der bereits beantragten Pflegestufe und bei Organisation von benötigten Hilfsmitteln (Rollator, Badenwannenlifter und Rollstuhl)
- Entlassung ohne vorige Absprache: Der Sozialdienst wurde am Entlassungstag zur Organisation von Behandlungspflege angefordert. Herrn Paul wurde die Entlassung am Entlassungstag mitgeteilt.
- Poststationäre Versorgungsplanung durch Unterstützungsleistungen des Sohnes, der Schwester und der Nachbarn geplant.
- Professionelle pflegerische Hilfe außerhalb der Behandlungspflege nicht finanzierbar (zur Entlassung lag noch keine Reaktion der Pflegekasse auf die erneute Beantragung vor)

Erster Kontakt (Anfang Oktober 2010)

- Das Forschungsteam suchte Herrn Paul rund zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in seiner Wohnung auf.
- Gesundheitszustand hatte sich deutlich verschlechtert: Die Ödembildung hatte stark zugenommen, weiterhin Luftnot und Schmerzen. Aufgrund körperlicher Einschränkung nur in sehr geringem Maße Vornahme der Körperpflege möglich, starke Einschränkung der Mobilität, selbstständiges Verlassen des Hauses war nicht möglich, die Bewegungsmöglichkeit innerhalb des Hauses stark eingeschränkt. Häusliche Situation ungünstig, Haushalt wirkte verwahrlost. Befeuerung der Ofenheizung nicht für Herrn Paul zu bewältigen.
- Unterstützung durch Angehörige in der Körperpflege und Haushaltsführung wurde nicht in erwartetem Rahmen geleistet, da von diesen der Hilfebedarf nicht anerkannt wurde.
- Professionelle Unterstützung nur durch Hauskrankenpflege im Rahmen von Behandlungspflege (Wechsel Kompressionsverbände).
- Ambulante ärztliche Versorgung nicht geregelt, da Aufsuchen des Ärztin oder des Arztes es nicht möglich und keine Bereitschaft der Ärztin oder des Arztes zu Hausbesuchen.
- Begutachtung durch Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) zur Erlangung einer Pflegestufe noch nicht erfolgt.
- Herr Paul nahm eigene Situation als aussichtslos wahr, Möglichkeiten des Hilfesystems, insbesondere die Beantragung von Leistungen des SGB XII, waren unbekannt.
- Wunsch nach praktischer Hilfe in Bezug auf Pflege und Haushaltsführung, sowie Hilfen bei der Beantragung von Leistungen und bei der Organisation und Einrichtung einer adäquaten Versorgung.
- Aufrechterhaltung der Wohnsituation aufgrund baulicher Bedingungen und starken Einschränkungen der Leistungsfähigkeit schwierig.
- Herr Paul äußerte keine Perspektive mehr zu sehen, wie sein Leben weiter zu bewältigen sei und dass er am liebsten sterben würde.

Kontakt per Telefon (Mitte Oktober 2010)

- Versorgungssituation nicht verbessert, auch Gesundheitszustand weiterhin schlecht.
- Begutachtung durch den MDK inzwischen erfolgt, aber Bescheid noch nicht eingegangen.
- Äußerung der Befürchtung, dass ein erneuter Krankenhausaufenthalt notwendig werden könnte.

Erneuter Krankenhausaufenthalt (Ende Oktober 2010)

- Erneute Aufnahme im Krankenhaus aufgrund selbstgetätigtem Notrufs führt wiederum Behandlung auf Station der inneren Medizin.
- Begründung der Behandlungsnotwendigkeit: Unterschenkel- und Hodenödeme aufgrund einer kardialen Dekompensation bei Cor pulmonale und eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung.
- Vorbereitung der Dialyseversorgung durch Legung von Anschlüssen.

- Kontaktaufnahme zum Sozialdienst durch Herrn Paul am zweiten Aufenthaltstag, Einschaltung Sozialdienst durch die behandelnde Station am fünften Tag des Aufenthaltes.
- Sozialdienst berät zu Leistungen der Pflegeversicherung, nimmt Antrag zur Erhöhung des Grades der Behinderung auf und informierte über Leistungen des SGB XII.
- Planung nach Entlassung: Versorgung durch fahrbaren Mittagstisch, Schaffung von Möglichkeit eines Hausnotrufes.
- Bekanntwerden von Heizungshavarie (Wintereinbruch und Leerstand des Hauses) und daraus folgender Unbewohnbarkeit des Hauses, ebenso Mitteilung der Ablehnung der Pflegestufe.
- Neubeantragung Pflegestufe unterstützt durch Sozialdienst, ebenso Beantragung Hilfe zur Pflege nach SGB XII.
- Entlassung nach 32 Tagen Aufenthalt mit verbessertem Allgemeinzustand, aber weiterhin starke Einschränkungen.

Versorgung durch die Schwester (Anfang Dezember 2010)

- Schwester nimmt Herrn Paul in ihrem Haushalt auf und übernimmt pflegerische Versorgung.
- Ambulante Dialyseversorgung durch Dialysezentrum.

Erneuter Kontakt (Anfang Januar 2011)

- Versorgung und Pflege durch die Schwester in deren Haushalt sichergestellt.
- Gesundheitszustand etwas verbessert, aber weiterhin starke Schmerzen und starke Einschränkungen. Durch die Dialyse Hinzukommen neuer Schmerzen und Einschränkungen.
- Hauskrankenpflege mit Medikamentenorganisation und –gabe beauftragt.
- Erneute Begutachtung durch den MDK Mitte Januar vorgesehen.
- Kleintiere verkauft, Rückkehr in eigene Wohnung unwahrscheinlich, Notwendigkeit nach Finden neuer Wohnung und Umzug in diese.
- Unzufriedenheit mit der gegebenen Situation durch die Abhängigkeit von den Entscheidungen der Schwester.

Letzter Kontakt (Ende Januar 2011)

- Schwester stellt weiterhin Versorgung in ihrem Haushalt sicher, kann dies aber aufgrund eigener (Saison-)Berufstätigkeit nicht dauerhaft leisten.
- Dauerhafter Verbleib im Haushalt der Schwester auch nicht von Herrn Paul gewünscht.
- Inzwischen war kurzzeitige erneute Aufnahme im Krankenhaus zur Behandlung der Beschwerden mit den für die Dialyse gelegten Anschlüssen und Entlassung erfolgt.
- Pflegestufe I inzwischen anerkannt.
- Leistungen Hilfe zur Pflege nach SGB XII von Sozialamt zugesagt, wenn wieder in eigener Wohnung und Versorgung durch Schwester beendet.
- Herr Paul zeigte sich bedrückt, niedergeschlagen und belastet durch Verlust der bisherigen Wohnung. Erstmalig wurden Mietschulden erwähnt.

Perspektive (für März/April 2011):

- Findung einer barrierefreien Wohnung und Sicherstellung der Versorgung durch Pflegedienst.
- Beantragung der Bestellung einer gesetzlichen Betreuung für die Regelung der Finanzen und der Antragsverfahren.
- Einschaltung des örtlich zuständigen Pflegestützpunktes zur Organisation und Einrichtung der Versorgung und Regelung des Umzuges.

2.2.7.2 FALLANALYSE

Die im beschriebenen Fall vorliegenden Probleme, die eine adäquate Versorgung verhindert haben, lassen sich in zwei Kategorien einteilen. Es handelt sich auf der einen Seite um individuelle biopsychosoziale Probleme sowie Probleme, die durch Rahmenbedingungen und die Abläufe im Versorgungssystem begründet waren.

Die Planung und Organisation der Versorgung für Herrn Paul wurde durch seinen instabilen Gesundheitszustand deutlich erschwert. Die vorliegende Multimorbidität machte die Einschätzung des Gesundheitszustandes und seiner weiteren Entwicklung äußerst schwer, da zur Entlassung aus dem Krankenhaus nicht absehbar war, ob die bestehenden Einschränkungen dauerhaft weiter oder nur vorübergehend bestehen würden. Ebenso war unklar, ob nicht noch weitere gesundheitliche Störungen hinzukommen könnten. Somit war es zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus kaum möglich, einen konkreten Versorgungsplan zu erstellen, da die Versorgungsbedarfe an Pflege und Unterstützung nicht einschätzbar waren. Der psychische Gesundheitszustand von Herrn Paul wurde zudem weder ambulant noch stationär subtil untersucht.

Zwei weitere Faktoren verhinderten den Aufbau einer angemessenen Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt. Diese Faktoren waren zum einen die **finanzielle Situation,** die aufgrund der geringen Rente keine Möglichkeit bot, zumindest übergangsweise pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung zu finanzieren, zum anderen die **Wohnsituation**, die aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr angemessen war. Hinzu kam schließlich, dass das Haus durch die Abwesenheit und fehlende Bewirtschaftung unbewohnbar wurde.

Die Versorgungssituation von Herrn Paul konnte innerhalb eines halben Jahres nach dem ersten Aufenthalt im Krankenhaus nicht abschließend eingerichtet werden. Die Versorgung in der eigenen Wohnung scheiterte an finanziellen Mitteln und an fehlender Unterstützung durch Angehörige, die Versorgung im Haushalt der Schwester kann nur als Übergangslösung betrachtet werden. Erst mit Umzug in eine neue Wohnung und Sicherstellung der dauerhaften Versorgung und Unterstützung durch einen Pflegedienst wäre die Klärung und Deckung der akuten Versorgungsprobleme von Herrn Paul erreicht worden. Innerhalb des Zeitraums der Fallbegleitung war aber eben dieses nicht gelungen.

2.2.7.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Im Rahmen der Fallstudien wurde deutlich, dass die sozialen Umstände der pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen die Möglichkeiten der Einrichtung und Etablierung von Versorgung in hohem Maße beeinflussen. Soziale Probleme können, wenn sie nicht (professionell) erkannt und gelöst werden die Versorgung erschweren oder auch verhindern. Für solche Fälle

muss ein regelhaftes sozialarbeiterisches Angebot geschaffen werden, damit professionelle Hilfsmöglichkeiten genutzt werden können.

Es wurde zudem in den Fallstudien deutlich, dass oftmals erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, erst in der Umsetzung einer geplanten Versorgung deutlich wird, ob alle geplanten Beteiligten auch in der Lage sind, die übernommenen Aufgaben in der Versorgung auch auszuführen. Erst nach einer Phase der Erprobung zeigt sich, ob eine Versorgungsplanung auch Bestand hat, wenn nämlich Veränderungen am Bedarf entstanden und reflektiert wurden. Es ist empfehlenswert, die Handlungsfelder des Krankenhaussozialdienstes um die Nachkontrolle nach einer Entlassung in die ambulante Versorgung zu erweitern und die Kommunikationsstrukturen zwischen Profis, Betroffenen und Angehörigen systematisch zu verbessern.

Als methodisch problematisch erwies es sich, dass die Zustimmung zur Mitwirkung an dieser Art Forschung bei Betroffenen und Angehörigen fragil ist, es aufwändig war, Mitwirkende zu gewinnen und es zudem mehrfach zu einer Rücknahme der Zustimmung im Verlauf kam. Da aber der wissenschaftliche Ertrag – im Sinne tiefgehender Erkenntnisse über Lebens-, also auch Versorgungsrealitäten – durch diese Art Fallstudien außerordentlich hoch ist, sollte für künftige Projekte überlegt werden, wie Betroffenen und Angehörige leichter zur Mitwirkung gewonnen werden können.

2.2.8 DAS KONZEPT DER *TRANSSEKTORALEN FALLKONFERENZEN*

Das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* wurde aufgrund der durch die eigene Forschung im Rahmen des SEVERAM-Projektes identifizierten Probleme im Versorgungssystem entwickelt. Im Sinne des methodischen Ansatzes des Projekts wurde dieses entwickelte Instrument in Potsdam unter der Beteiligung der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter im *Netzwerk* erprobt und etabliert. Konzept, Durchführung und Resultate der *transsektoralen Fallkonferenzen* gehören zu den Kernergebnissen der Forschungsarbeit, deshalb werden alle Dimensionen hier ausführlich vorgestellt und diskutiert.

Zum Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* führte die Grundannahme, dass es keine einfachen Anleitungen zum „richtigen" Handeln in Praxisfeldern geben kann, in denen humane Dienstleistungen (Human Services) erbracht werden. Praxis stellt sich dort vielmehr als ein komplexes prozessuales Geschehen dar, in dem die Beteiligten Probleme und Unterstützungsbedarfe erkennen und Problemlösungen fortwährend verhandeln und aushandeln müssen. Nach einem solchen Verständnis kann die bestmögliche Hilfe erst dann erbracht werden, wenn im Hilfeprozess zwischen den Beteiligten reflektiert und überprüft wird, welche Bedarfe tatsächlich bestehen, ob die Beteiligten sich verstehen, ob Hilfen angemessen sind, wo Übereinstimmungen und Abweichungen bestehen und wo und wie ggf. entsprechende Korrekturen vorgenommen werden müssen. Eine sektorenübergreifende Versorgung und Unterstützung, die angesichts der vielfach komplexen Problemlagen hilfebedürftiger Menschen wünschenswert ist, lässt sich nach diesem Verständnis von Praxis nicht anordnen, sondern vielmehr fallweise im Dialog (bzw. Multilog) zwischen den beteiligten informellen und professionellen Helferinnen und Helfern entwickeln.

Insofern ist ein Fall mehr als der Klientin oder Klient/Patientin oder Patient und ihr(e)/sein(e) Problem(e). Ein Fall besteht vielmehr aus der Klientin/Patientin oder dem Klienten/Patienten und Ihrer/seiner Problemlage sowie aus der Helferin oder dem Helfer und ihren oder seinen Lösungsvorschlägen in einem bestimmten Kontext. Der Fall ist als eine Situation zu verstehen, in der

professionelle und informelle Helferinnen und Helfer handeln müssen. Professionelle und informelle Helferinnen und Helfer sind damit immer auch Teil des Falles. Die Helferinnen und Helfer werden selbstbeobachtend und selbstreflexiv in den Fall einbezogen (vgl. Pantuček, 1998).

In *transsektoralen Fallkonferenzen* sollen die professionellen und informellen Helferinnen und Helfer miteinander in Austausch treten und die Situation, die den Fall bestimmt erkennen sowie gemeinsam Lösungen für vorliegende Probleme erarbeiten.

Transsektorale Fallkonferenzen dienen dazu, die an einem Fall beteiligten professionellen und informellen Helferinnen und Helfer zusammenzuführen, um fallbezogen über Problemstellungen zu beraten. Ziel ist es, Vorschläge zur Problemlösung zu erarbeiten, konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zu eröffnen und den Prozess im Verlauf kritisch zu reflektieren. Im Detail geht es um

- die fallbezogene Beschreibung und Analyse von Versorgungs- und Unterstützungssituationen
- die fallbezogene Identifizierung und Benennung von Versorgungs- und Unterstützungsproblemen
- die fallbezogene Initiierung von Verbesserungen
- die fallbezogene Reflektion erreichter Veränderungen
- fallübergreifende Anregungen für die Verbesserung von Versorgung (in einem Gemeinwesen, einer Region)

2.2.8.1 INITIIERUNG UND ORGANISATION EINER *TRANSSEKTORALEN FALLKONFERENZ*

Eine Einrichtung/Abteilung/Gruppe/Person übernimmt die Initiierung und Organisation der *transsektoralen Fallkonferenzen*. Dafür eignen sich insbesondere Einrichtungen mit einem übergeordneten Handlungsauftrag, etwa Pflegestützpunkte, regionale Arbeitsgruppen und Netzwerke oder Hochschulen, da sie nicht direkt als Leistungserbringer tätig sind und nicht in „Verdacht" geraten, sich profilieren zu wollen. Natürlich können auch direkte *Leistungserbringer transsektorale Fallkonferenzen* durchführen, dann bietet es sich aber an, dass die Organisation im Wechsel mit anderen Anbietern durchgeführt wird.

Folgende Schritte werden zur Initiierung einer *transsektoralen Fallkonferenz* benötigt:

a. Alle (sozialen, medizinischen, pflegerischen[18]) Institutionen in einer bestimmten Region werden darüber informiert, dass eine *transsektorale Fallkonferenz* installiert werden soll. Sinn und Zweck werden kurz erläutert und für Rückfragen sollte eine Person benannt werden, die per Telefon und/oder E-Mail erreichbar ist.

b. Es geht eine Bitte an möglichst alle (sozialen, medizinischen, pflegerischen) Institutionen in einer Region, konkrete Fälle vorzuschlagen. Um anfangs das Interesse zu wecken, kann die einladende Institution auch einen Fall modellhaft vorstellen und beraten lassen.

c. Es muss ein Raum vorhanden sein, der etwa 20 Personen Platz bietet und über eine Ausstattung verfügt, um einen Fall angemessen vorstellen und beraten zu können (etwa Flip Chart, Tafel, Beamer…).

[18] Welche Einrichtungen angeschrieben werden, hängt jeweils von der primären Problemstellung ab, die Anlass sind, um eine *transsektorale Fallkonferenz* zu installieren.

d. Eine geeignete Moderatorin oder ein geeigneter Moderator muss gefunden werden (dazu weiter unten mehr).

e. Wenn zu einer konkreten *transsektoralen Fallkonferenz* eingeladen wird, muss allen angeschriebenen Institutionen und Personen kurz mitgeteilt werden, worum es im zu beratenden Fall geht (zum Datenschutz siehe weiter unten). Damit fühlen sich Institutionen und Personen mehr oder weniger angesprochen und können besser entscheiden, ob sich eine Teilnahme aus ihrer Sicht lohnt. Personen und Institutionen, die am Fall beteiligt sind, können ggf. noch zusätzlich angerufen oder angesprochen werden, damit sie teilnehmen.

Ein wesentlicher Punkt der *transsektoralen Fallkonferenz* ist die Fallvorstellung. Diese erfolgt mündlich durch eine vorab benannte Person aus der Praxis, die in dem vorzustellenden Fall hinreichend involviert ist und bereit ist, ihn vorzustellen. Folgende Vorgaben sind hilfreich, um einen Fall strukturiert vorzustellen:

a) Vorstellung der Person, um die es geht

- biographische Angaben
- somatische und psychische Funktionen und Beeinträchtigungen
- soziale Situation (z.B. Familie, Finanzen, Soziale Unterstützung, Teilhabe)

b) Verlauf der bisherigen Versorgung/Behandlung/Beratung und die im Fallverlauf aufgetretenen Veränderungen (Besserungen, Verschlechterungen, Abbrüche, Wiederholungen)

- ambulante ärztliche Behandlungen, Krankenhausaufenthalte
- Reha-Maßnahmen
- Pflege
- Psychotherapeutische Behandlungen
- Soziale Sicherung/Unterstützung

c) Aktuelle Versorgungssituation zum Zeitpunkt der *transsektoralen Fallkonferenz*

- Versorgungsbedarfe
- an der Versorgung Beteiligte Leistungserbringer
- bewilligte Mittel der Leistungsträger

d) Fallbezogene Probleme und Ressourcen sowie konkrete Fragestellungen

2.2.8.2 ABLAUF EINER *TRANSSEKTORALEN FALLKONFERENZ*

Eine *transsektorale Fallkonferenz* soll zeitlich auf etwa 90 Minuten begrenzt sein. Ein vorgegebener und strukturierter Zeitrahmen soll dazu beitragen, dass der Fall ergebnisorientiert beraten wird. Idealerweise sieht der Ablauf wie folgt aus:

- Begrüßung und kurze Vorstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
- Vorstellung eines Falles aus biopsychosozialer Perspektive anhand der o.g. Struktur von einer Person, die in den Fall involviert ist (ca. 15 Minuten)
- Diskussion der benannten Probleme, Entwicklung von Lösungsansätzen, Erarbeitung von konkreten Handlungsstrategien (ca. 45 Minuten)
- Benennung konkreter Ziele, Handlungsschritte, Aufgabenverteilung (ca. 20 Minuten)

- Wenn es sich um eine *transsektorale Fallkonferenz* handelt, der bereits eine *transsektorale Fallkonferenz* vorausgegangen ist, soll geprüft werden, ob die früher getroffenen Verabredungen eingehalten worden sind und wie der Verlauf zu bewerten ist (ca. 10 Minuten). Wenn es dabei Probleme gab, kann eine Wiedervorlage des Falles sinnvoll sein.
- Die Ergebnisse der Diskussion und die Vorschläge zur Umsetzung werden protokolliert und Interessenten zugänglich gemacht (Datenschutz muss beachtet werden).

Es ist natürlich auch möglich, von diesem Schema abzuweichen, wenn es die Situation erfordert. So könnte eine *transsektorale Fallkonferenz* auch von Zeit zu Zeit genutzt werden, um fallübergreifend über Möglichkeiten zur Verbesserung der regionalen Versorgung zu beraten.

2.2.8.3 DURCHFÜHRUNG EINER *TRANSSEKTORALEN FALLKONFERENZ*

Wesentlich für die Durchführung einer *transsektoralen Fallkonferenz* ist die Moderation. Moderatorinnen oder Moderatoren von *transsektoralen Fallkonferenzen* sollten nicht direkt in den zu beratenden Fall involviert sein. Die Moderatorin oder der Moderator sollte idealerweise Erfahrungen in der Leitung von Gruppen und gruppendynamische/systemische Kenntnisse haben.

Sie oder er muss vor allem der Lage sein, für eine konstruktive und wertschätzende Kommunikation zwischen den Anwesenden zu sorgen. Er muss ein Gesprächsklima schaffen, in dem sich Personen geschützt fühlen. Dies gilt insbesondere für die Personen, die Fälle vorstellen bzw. in den Fall involviert sind. Hier ist besonders darauf zu achten, dass seitens der Anwesenden keine Schuld- oder Fehlerzuweisungen erfolgen oder die Qualifikationen der Personen angezweifelt werden.

Die Beratung des Falles erfolgt grundsätzlich auf die Zukunft gerichtet und lösungsorientiert. Es soll also nicht allzu viel Energie auf die Frage: „Wie ist es dazu gekommen?" verwendet werden, sondern eher gefragt werden: „Wie kann das Problem so gelöst werden, dass die Versorgung bzw. Unterstützung einer Person zukünftig besser funktioniert?"

Es gibt noch keine Erfahrungen mit einer „idealen" Teilnehmerzahl einer *transsektoralen Fallkonferenz*. *Transsektorale Fallkonferenzen* können aber mit einer geringen Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern (<10 TN) ebenso durchgeführt werden, wie mit vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern (>20). Wenn viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer erscheinen, muss die Struktur der *transsektoralen Fallkonferenz* angepasst werden: Etwa, indem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgeteilt werden in die Gruppe der am Fall „direkt Beteiligten" und die Gruppe der „Interessierten", wobei die am Fall Beteiligten den Fall primär beraten.

Ideal ist es, wenn sich an der Konferenz Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen (interprofessionell) und unterschiedlichen Institutionen (interinstitutionell) beteiligen, weil dann die unterschiedlichen Sicht- und Handlungsweisen deutlich werden und die wünschenswerte Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen und verschiedenen Institutionen entstehen kann.

Es gibt noch keine nutzbaren Erfahrungen mit der idealen Frequenz von *transsektoralen Fallkonferenzen*. Dennoch kann gesagt werden, dass *transsektorale Fallkonferenzen* nicht in einem zu dichten Abstand – etwa wöchentlich – stattfinden sollen. Zum einen ist ein zeitlicher Abstand nötig, damit Erfahrungen mit den erarbeiteten Lösungsvorschlägen gesammelt werden können.

Zum anderen könnte das zur Folge haben, dass Institutionen und Personen nicht (mehr) teilnehmen können, weil deren zeitlichen und personellen Ressourcen knapp sind.

Für den Anfang sollte ein größerer Zeitabstand (ein bis zwei Monate) gewählt werden, um Erfahrungen zu sammeln, wie groß das Interesse ist. Bei Erfolg und Bedarf kann der Zeitabstand dann verkürzt werden. Entscheidend für die Frequenz ist ebenso, wie viele Fälle für *transsektorale Fallkonferenzen* angemeldet werden. Für die Anmeldung eines Falles für eine *transsektorale Fallkonferenz* gab es keinerlei Vorgaben, die Fälle ausgeschlossen hätten. Eine problemspezifische Vorgehensweise ist aber durchaus denkbar. Es kann ja sinnvoll sein, Fälle zu beraten, in denen die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit einer bestimmten Erkrankung oder in einer bestimmten sozialen Lage im Mittelpunkt steht. Bei einem solchen Vorgehen werden fallübergreifende Aspekte wahrscheinlich schneller deutlich.

Für die Vorstellung eines Falles im Rahmen einer *transsektoralen Fallkonferenz* muss der Datenschutz durchgängig beachtet werden. Die Klientin/Patientin oder Klient/Patient muss ihre/seine (schriftliche) Einwilligung geben, dass über sie/ihn beraten werden darf. Im Anhang befindet sich der von uns verwendete Vordruck, auf dem Patientinnen und Patientinnen/Klientinnen und Klienten ihr Einverständnis erklären.

2.2.8.4 ERFAHRUNGEN MIT *TRANSSEKTORALEN FALLKONFERENZEN*

In der Phase IV des Projektes wurden die *transsektoralen Fallkonferenzen* vom SEVERAM-Team vorbereitet im *Netzwerk* eingeführt und moderiert. Für die erste *transsektorale Fallkonferenz* wurde ein bereits bekannter Fall aus den Fallstudien verwendet, der im Rahmen der zweiten Meilensteinkonferenz beispielhaft vorgestellt worden war und beispielhaft diskutiert.

In weiteren fünf im *Netzwerk* durchgeführten *transsektoralen Fallkonferenzen* wurden Fälle aus der Praxis, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus verschiedenen Einrichtungen vorgestellt wurden, diskutiert und bearbeitet. Diese Fälle wurden auch als Beispiel verwendet, um fachliche Fragen und Strukturen der Zusammenarbeit bzw. Aufgaben innerhalb des Versorgungssystems zu diskutieren.

Die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stieg im Verlauf der Durchführung der *transsektoralen Fallkonferenzen*. Neben in der Versorgung tätigen Fachkräften beteiligten sich auch interessierte Ehrenamtliche, die so ihre eigene Perspektive einbringen konnten. Es ist aber kritisch anzumerken, dass es nicht gelungen ist, alle Berufsgruppen in die *transsektoralen Fallkonferenzen* einzubinden, da es keine *transsektorale Fallkonferenz* gab, an der eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt teilgenommen hat.

Die *transsektoralen Fallkonferenzen* wurden von den Mitgliedern des *Netzwerkes* als wichtiges Instrument zur Verbesserung der Zusammenarbeit und zur Bearbeitung von Fällen mit komplexen Problemlagen angenommen. Im Rahmen der Diskussion wurde der Wunsch nach einer Fortführung der *transsektoralen Fallkonferenzen* nach Beendigung des Projektes deutlich. Ebenso muss aber auch bemerkt werden, dass Hemmungen der Teilnehmenden zu erkennen waren, selber einen Fall vorzustellen.

Die *transsektoralen Fallkonferenzen* konnten auch für den Informationsaustausch zwischen den im Versorgungsgebiet Tätigen genutzt werden. So kam es in einer Fallkonferenz anhand eines Falles mit Mitarbeiterinnen und den am Fall beteiligten Fachkräften zu einer Diskussion über Möglichkeiten der Leistungsgewährung nach dem SGB XII. Auf die bei dieser Diskussion ge-

wonnen Erkenntnisse und Absprachen konnte auch in weiteren Fallbearbeitungen zurückgegriffen werden.

Bei der letzten *transsektoralen Fallkonferenz* im Projektzeitraum wünschten sich die Beteiligten eine Fortführung des Konzepts im *Netzwerk*. Die Beratungsstelle *Pflege in Not* in Potsdam erklärte sich bereit, nach Beendigung des Projektes die Durchführung und Organisation der *transsektoralen Fallkonferenzen* zu übernehmen. Die Beratungsstelle ist überregional tätig, es ist also hierdurch auch die Möglichkeit gegeben, das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* in anderen Landkreisen im Land Brandenburg zu etablieren.

2.2.8.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Erfahrungen in der beforschten Region haben gezeigt, dass das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* von den in der Versorgung tätigen Praktikerinnen und Praktikern angenommen wurde. Es wurde aber auch deutlich, dass ein solches Konzept über einen gewissen Zeitraum professionell begleitet werden muss, damit es in einem solchen Netzwerk oder einem Versorgungsgebiet etabliert werden kann.

Das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* bietet auch für andere Versorgungsregionen die Möglichkeit, ein Instrument einzuführen, um Fälle, die durch komplexe Problemlagen gekennzeichnet sind, gemeinsam mit den am Fall Beteiligten zu reflektieren und konkrete Möglichkeiten der Problemlösungen zu finden.

In den *transsektoralen Fallkonferenzen* hat sich gezeigt, dass die Moderation durch eine neutrale, nicht im Versorgungssystem tätige Person, eine wichtige Komponente für die Annahme des Konzepts darstellt. Bei einer Umsetzung des Konzeptes ist es von daher ratsam, finanzielle Mittel bereit zu stellen, damit eine neutrale Moderation bezahlt werden kann.

Aus den Erfahrungen mit den durchgeführten *transsektoralen Fallkonferenzen* kann abgeleitet werden, dass einige der im Forschungsprojekt mittels der erhobenen Daten gefundenen Versorgungsprobleme durch dieser Kommunikations- und Kooperationsstruktur am Einzelfall erkannt und potentiell gelöst werden können.

Damit das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* umgesetzt werden kann, bedarf es ebenso der Bereitschaft der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die benötigte Zeit freizustellen.

2.2.9 EINBINDUNG PSYCHOSOZIALER BEREICHE IN DAS *BRANDENBURGER PFLEGETAGEBUCH*

Die Erkenntnisse aus dem Projekt SEVERAM um die Wichtigkeit der Berücksichtigung der sozialen Situation der pflegebedürftigen Person aber auch der pflegenden Personen bei der Einrichtung und Planung von Versorgung wurden vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie (MASF) des Landes Brandenburg interessiert zur Kenntnis genommen. Das Ministerium verfolgte kurz vor Abschluss des Projektes das Ziel, ein *Brandenburger Pflegetagebuch* zu erstellen und zu veröffentlichen. Ein Mitarbeiter des Projekts SEVERAM übernahm die Moderation der Redaktionsgruppe für das *Brandenburger Pflegetagebuch* und die Erstellung eines Musterexemplars.

Das *Brandenburger Pflegetagebuch* setzt sich aus vier Bereichen zusammen:

1. **Informationen**: hier finden sich zusammengefasste Informationen zu den Ansprüchen an Leistungen der Pflegeversicherung, ebenso zu den für die Erteilung einer Pflegestufe notwendigen Voraussetzungen. Des Weiteren werden Informationen zum Ausfüllen des Pflegetagebuches und zur Begutachtung der pflegebedürftigen Person durch den MdK gegeben sowie alle notwendigen Einverständniserklärungen für das Ausfüllen des Pflegetagebuches eingeholt.

2. Ein **Erhebungsbogen zur Bemessung des Pflegebedarfes**: Hierbei handelt es sich um eine Matrix, anhand derer für zwei exemplarische Tage der bestehende Pflegebedarf in den für die Pflegeversicherung relevanten Bereichen dokumentiert werden kann. Eine Besonderheit stellen die konsequent eingearbeiteten Freifelder für Bemerkungen zu den einzelnen Positionen dar.

3. Ein **Erhebungsbogen zur sozialen Situation** der pflegebedürftigen Person: Es werden Daten zur Pflegesituation, zur pflegebedürftigen Person (auch Sprache und Verständigung in Deutsch, kulturelle Besonderheiten, gesetzliche Betreuung, etc.) Daten zur Wohnsituation, Daten zur gesundheitlichen Situation (auch Sucht, Aufsichtsbedarf und Pflege erschwerende Umstände) und Daten zur medizinischen Versorgung erhoben, anhand derer die Beraterinnen und Berater in den Pflegestützpunkten wichtige Informationen zur Einrichtung einer adäquaten Versorgung erhalten können.

4. **Fragebögen zu den pflegenden Personen**: Hier werden zu den pflegenden Personen Daten zu Familienstand, Wohnform, Beziehung zur pflegebedürftigen Person, zu weiteren pflegebedürftigen Angehörigen, zu beaufsichtigen Kindern, zur Berufstätigkeit und deren Umfang, zu bereits bestehenden Vereinbarkeitslösungen zwischen Beruf und Pflege, zur Entfernung zum Wohnort der pflegebedürftigen Person, zum Umfang des pflegerischen Engagements, zur gesundheitlichen Situation des pflegenden Person und zu den Belastungen durch die Pflege und die bestehenden Entlastungsmöglichkeiten erhoben. Damit sollen die Beraterinnen und Berater in den Pflegestützpunkten erkennen können, inwieweit ein Pflegesetting durch Überlastungsgefahr bedroht ist.

Das *Brandenburger Pflegetagebuch* wurde im Mai 2012 durch das Ministerium in den Pflegestützpunkten im Land Brandenburg eingeführt und befindet sich derzeitig in einer Erprobungsphase, eine Evaluation ist geplant.

Das *Brandenburger Pflegetagebuch* stellt einen wichtigen Schritt in die Richtung einer Entwicklung eines standardisierten Instruments zur Erhebung der sozialen (Begleit-)Umstände von pflegebedürftigen und pflegenden Personen dar. Sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement setzt eine umfassende Betrachtung eines Falles voraus, das *Brandenburger Pflegetagebuch* kann dies ermöglichen.

Das *Brandenburger Pflegetagebuch* wird Anfang 2013 evaluiert, eine bundesweite Verwendung der zweiten Auflage ist vorstellbardenkbar.

2.2.10 VEREINBARKEITSLOTSEN BERUF UND PFLEGE

In den durch Fallstudien und den durch Experteninterviews erhobenen Daten wurde u.a. deutlich, dass die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch ihre Angehörigen einen wesentlichen Stellenwert in der Versorgungslage älterer Menschen einnimmt. Ebenso wurde aber auch deutlich, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in vielen Fällen nicht oder nicht hin-

reichend gegeben ist. Pflegende Angehörige stehen unter einer hohen Überlastungsgefahr, aus wirtschaftlichen Gründen kann in vielen Fällen nicht auf eine Erwerbstätigkeit verzichtet werden, wodurch sich eine Doppelbelastung ergibt.

Aus den Projektdaten wurde zudem deutlich, dass Beratung von pflegenden Angehörigen nicht nur in den dafür explizit ausgerichteten Einrichtungen (Beratungsstellen, Pflegestützpunkt) gesucht wird, sondern oftmals vor Ort z.B. bei Heimleitungen oder Pflegediensten. Hier war ein großer Bedarf an niedrigschwelliger Beratung und Informationen vor Ort erkennbar, der gegenwärtig nicht gedeckt ist.

Die Pflegestützpunkte im Land Brandenburg sind in der gegenwärtigen personellen Ausstattung stark ausgelastet und können dies nicht zusätzlich leisten. Eine Erweiterung der Pflegestützpunkte auf die genannten Beratungsthemen und auch die Zielgruppe ist daher nur durch personelle Aufstockung und die gezielte Einbindung besonders geschulter bürgerschaftlich engagierter Personen möglich (Rambøll Management Consulting GmbH, 2011) 2011).

Durch das zum 01.01.2012 eingeführte Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) ergeben sich jedoch für pflegende Angehörige neue Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, wenn die jeweilige Arbeitgeberin oder der jeweilige Arbeitgeber bereit ist, eine Vereinbarung nach dem genannten Gesetz einzugehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern ein deutlicher Bedarf an Information zum Familienpflegezeitgesetz besteht. Die weiteren gesetzlichen Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in Form von *kurzfristiger Arbeitsverhinderung (§2 PflegeZG)* und *Pflegezeit* (§3 PflegeZG) stehen ebenso weiterhin als Option zur Vereinbarung von Beruf und Pflege zur Verfügung. Auch dazu kann ein Informationsbedarf angenommen werden, der gegenwärtig nicht angemessen gedeckt ist.

Das Forschungsteam des Projekts SEVERAM hat zum 01.06.2012 – basierend auf den Erkenntnissen aus dem Projekt – in Eisenhüttenstadt das *Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege* begonnen. Das *Modellprojekt* wird aus Lottomitteln des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg finanziert.

Mit dem *Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege* wird der Fokus sowohl auf die Arbeitswelt in Unternehmen als auch auf die in der Pflege ihrer Angehörigen involvierten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gesetzt.

Durch das *Modellprojekt* können in erster Linie betriebliche Vereinbarkeitsstrategien in die Unternehmen befördert werden. Außerdem können pflegende Personen angesprochen werden, die sich in Beschäftigungsverhältnissen ohne betriebliche Vereinbarkeitsstrategien befinden. Für diese können individuelle Entlastungskonzepte entwickelt werden, wenn deren (Doppel)Belastung nicht durch arbeitsorganisatorische Arrangements kompensiert werden kann.

In Eisenhüttenstadt wird im Rahmen des *Modellprojekts* eine *Vereinbarkeitslotsin* eingesetzt, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bei der Umsetzung familienfreundlicher und pflegeunterstützender Maßnahmen berät.

Außerdem werden in Zusammenarbeit mit dem Landkreis, Ämtern und Gemeinden sowie mit frei gemeinnützigen bzw. gesellschaftlichen Organisationen wie der Volkssolidarität, Gewerkschaften und Kirchengemeinden ca. 20 bürgerschaftlich engagierte Personen über Gemeinden, Kammern und Berufsverbände geworben. Diese werden geschult, damit sie vor Ort als *Kontakt-*

personen für Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wirken können. Diese *Kontaktpersonen* sollen außerhalb des pflegerischen Versorgungssystems, also beispielsweise aus den gewerkschaftlichen oder kirchlichen Strukturen sowie Ortsvereinen verschiedener gesellschaftlicher Organisationen heraus wirken. Sie sollen in ihrem Umfeld Menschen zu den Möglichkeiten beraten, soziales und pflegerisches Engagement mit der eigenen Berufstätigkeit zu vereinen. Die Koordination dieser engagierten Personen erfolgt durch die *Vereinbarkeitslotsin*.

Das Institut für Soziale Gesundheit wird in dem *Modellprojekt* drei wesentliche Aufgaben leisten:

- die Begleitung und Steuerung der Umsetzung des Projekts
- die Erhebung und Analyse von Daten (Evaluation) und
- die inhaltliche Steuerung durch Schulung der gewonnenen *Kontaktpersonen*.

Als Kooperationspartner für das *Modellprojekt* konnte der Landkreis Oder-Spree gewonnen werden. Die Stadt Eisenhüttenstadt wurde für die konkrete Umsetzung der Projektidee und als Standort für die Vereinbarkeitslotsin oder den Vereinbarkeitslotsin ausgewählt.

Die Ergebnisse dieses *Modellprojekts* sollen gemeinsam mit den Ergebnissen anderer (durch den Europäischen Sozialfond geförderten) Projekte in die Planung für die nächste Förderrunde des Europäischen Sozialfonds einfließen.

2.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN AUS DEN ERGEBNISSEN

Die im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung identifizierten Probleme im Versorgungssystem führen, besonders in komplexen Fallkonstellationen zu einer Verhinderung oder zumindest deutlichen Erschwerung der Einrichtung und Durchführung einer angemessenen Versorgung. Innerhalb des professionellen Versorgungssystems lassen sich sechs Problembereiche kategorisieren, die zwar eng miteinander in Bezug stehen, aber jeweils als eigenständige Kategorie verstanden und berücksichtigt werden können. In diesen sechs Kategorien können die Ergebnisse, die durch die Auswertung der einzelnen Datenerhebungen generiert worden sind, zusammengefasst und kondensiert werden. Gerade entlang der Sektorengrenzen bzw. bei der Überleitung von Patientinnen und Patienten vom einen in den anderen Sektor (etwa stationär ↔ ambulant) werden diese Probleme relevant.

Methodologisch handelt es sich um eine Daten-Triangulation, indem die Befunde aus verschiedenen Datenquellen und -arten zusammengeführt werden.

2.3.1 WAHRNEHMUNGSPROBLEME

Wahrnehmungsprobleme zeigen sich insbesondere darin, dass psychosoziale Problemanteile (im Krankenhaus, in der stationären und ambulanten Pflege etc.) durch Ärztinnen und Ärzte und/oder das Pflegepersonal nicht systematisch erkannt werden. Dies wird besonders deutlich bei der Aufnahme in ein und bei der Entlassung aus einem Krankenhaus. Wenn Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte psychosoziale Problemanteile nicht erkennen, kann es passieren, dass der Sozialdienst nicht rechtzeitig oder gar nicht eingeschaltet wird und dadurch auch nicht an der Versorgungsplanung und -organisation nach Krankenhausaufenthalt beteiligt wird. Psychische und soziale Problemanteile geraten aufgrund mangelnder Wahrnehmung oft gar nicht in den Blick, so dass die Versorgung reduziert wird auf die somatischen Bedarfe. Psychische Anteile des Problemgefüges (wie eine depressive Stimmung einer Patientin oder eines Patienten) oder sozia-

le Anteile (wie nicht vorhanden Angehörige, die sich kümmern können) bleiben somit unbearbeitet. Die Daten zeigen, dass diese unbearbeiteten Problemanteile aber in erheblichem Umfang zur Unterversorgung oder gar Krisen in der häuslichen medizinisch-pflegerischen Versorgung beitragen und Wiederaufnahmen in stationäre Behandlung erforderlich machen können.

2.3.2 DOKUMENTATIONSPROBLEME

Dokumentationsprobleme sind oft an Wahrnehmungsprobleme gekoppelt und zeigen sich beispielsweise bereits bei der Aufnahme im Krankenhaus oder auch im Erstkontakt mit Versorgungsanbietern von ambulanter Pflege. Zwar findet sich in den Einrichtungen eine oftmals beklagte große Fülle von Dokumentationsinstrumenten, es fehlen aber Verfahren für ein systematisches und aussagekräftiges *biopsychosoziales Assessment*, das für eine sektorenübergreifende ambulante und stationäre Versorgung unabdingbare Voraussetzung ist. Eine andere Form von Dokumentationsproblemen zeigt sich in der häuslichen Versorgung älterer Menschen: Hier dokumentieren beispielsweise Betroffene und/oder Angehörige die erbrachten Versorgungsleistungen bzw. den Versorgungsbedarf – etwa in Form von Pflegetagebücher – nicht ausreichend, so dass Leistungsträger Bedarfe nicht erkennen und/oder anerkennen. Auch dies kann ein Grund für entstehende Versorgungsprobleme sein.

2.3.3 KOMMUNIKATIONSPROBLEME

Bei der Organisation und Einrichtung von Versorgung wird über komplexe Problemlagen oftmals nicht angemessen kommuniziert. Es fehlt (insbesondere) bei Fällen mit gravierenden und unübersichtlichen Problemlagen vielfach die Zeit und auch eine Systematik zu einer fachlich gebotenen interprofessionellen Kommunikation. So wird das von einzelnen Professionellen Wahrgenommene auch nicht angemessen weitergegeben. Das gilt für alle Beteiligte, aber vor allem für die an der Versorgung beteiligten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die sich an koordinierende Absprachen nur selten beteiligen.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zeigen sich Kommunikationsprobleme beispielsweise in mangelhaften Absprachen von Terminen (v.a. Entlassungsterminen) und bereits unternommenen Schritten zur ambulanten Weiterversorgung bzw. zu noch ausstehenden Entscheidungen.

2.3.4 AUSHANDLUNGSPROBLEME

Um eine adäquate Versorgung einrichten und etablieren zu können, müssen Bedarfe der zu Versorgenden mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen des Gesundheits- und Sozialsystems abgeglichen und teilweise ausgehandelt werden. Hier kommt es beispielsweise zu Versorgungsproblemen, wenn die Einschätzung von Pflegebedarfen durch die begutachtenden Stellen (Pflegeversicherung bzw. MDK, Sozialhilfeträger) nicht den tatsächlich bestehenden Bedarf abbildet, wenn die Vorgaben der Pflegeversicherung nicht im Einklang mit dem Bedarf Pflegebedürftiger stehen (und somit keine hinreichenden Leistungen bewilligt werden können, obwohl ein entsprechender Bedarf besteht), wenn die Auslegung des SGB XII nicht im Sinne des tatsächlichen Bedarfs erfolgt (und Leistungen, die nötig sind, nicht bewilligt werden), wenn psychosoziale Probleme nicht systematisch Teil der Bedarfsanalyse sind, wenn Angehörige die Einschätzung des Pflegebedarf nicht teilen und von daher nicht die vom Betroffenen erwarteten Unterstützungen leisten. Für die Aushandlung solcher Problemstellungen sind die professionellen Akteurinnen und Akteure in der Regel nicht hinreichend qualifiziert, weil deren Ausbildungen sich zumeist an Problemausschnitten (Pflegebedürftigkeit hier, soziale Situation dort) der Menschen

beziehen und nicht auf das Erkennen und Bearbeiten komplexer biopsychosozialer Problemkonstellationen. Die institutionellen Rahmenbedingungen lassen zeitaufwendige Aushandlungsprozesse zudem auch nur begrenzt zu.

2.3.5 KOORDINATIONS- UND PROZESSPROBLEME

Bei der Einrichtung und Etablierung von Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt können Koordinations- und Prozessprobleme auftreten. Vor allem bei Fällen mit gravierenden und/oder unübersichtlichen Problembündeln zeigt sich, dass es häufig zu Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeit für die im Versorgungsprozess auftretenden Schwierigkeiten kommt. Für solche Fälle fehlt in der beforschten Region eine Institution, die den Bedarf an Fallmanagement zumindest bis zur Etablierung einer adäquaten Versorgung deckt.

2.3.6 MORALISCHE PROBLEMLAGEN

Dem Projekt lag die Annahme zugrunde, dass strukturelle Mängel in der Finanzierung, Organisation und Vernetzung von Hilfen für ältere und hochbetagte Menschen zu moralischen Problemlagen führen können, die allerdings zum Teil unausgesprochen bleiben, jedoch weitreichende Folgen für die Versorgungs- und Lebensqualität haben können. Sie sind dazu geeignet, die Geltung fundamentaler Menschen- bzw. Grundrechte von alten und kranken Menschen einzuschränken, etwa wenn normative Ziele wie Selbstbestimmung, körperlich-seelische Unversehrtheit sowie Möglichkeiten zu gesellschaftlicher Teilhabe und zur Information, Aufklärung und Kommunikation nur unzureichend eingeholt werden.

Durch die Expertise des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik wurden solche moralischen Problemlagen exploriert, analysiert und mit den professionellen Akteuren im Versorgungsnetzwerk diskutiert. In einem weiteren Schritt wurden Möglichkeiten der Implementierung institutionalisierter ethischer Reflexion entwickelt und erprobt, vor allem im *Rahmen der transsektoralen Fallkonferenzen*.

Der Ansatz lässt sich zusammenfassend als *Ethisches Monitoring* qualifizieren, das einerseits die Systematisierung der normativen Infrastruktur verschiedener Versorgungssettings (Analyse normativer Begrifflichkeiten und moralisch imprägnierter Semantiken in der professionellen Kommunikation) sowie die Klärung moralischer Problemlagen meint. Dieser Strang des Ethischen Monitorings dient schließlich der Unterscheidung und Ausdifferenzierung der individual- und sozialethischen Problemanzeigen. Auf der anderen Seite wurden im Rahmen des Ethischen Monitoring Implementierungsstrategien ethischer Diskurse entwickelt und erprobt. Hier geht es um die Frage, wie im Prozess der Fallsteuerung eine Qualitätssicherung in ethischer Perspektive ermöglicht werden kann. Grundsätzlich zielt Ethisches Monitoring auf die Stärkung ethischer Urteilsfähigkeit, die Konkretisierung von Verantwortung und die Weiterentwicklung von Qualitätsmaßstäben und ethischer Leitlinien.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ICEP erhielten Zugang zu denen durch die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter im Rahmen der Evaluation der Versorgungslage älterer Menschen und den Fallstudien erhobenen Daten. Ebenso wurden im Rahmen des ethischen Monitorings eigene Daten durch Expertinnen- und Experteninterviews erhoben.

2.3.7 VORSCHLÄGE ZUR PROBLEMLÖSUNG

Aus unseren Überlegungen zur Verbesserung der bestehenden Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt, haben wir auf dem Boden unserer Datenanalyse vier Vorschläge ausgearbeitet, deren Umsetzung bedeutsame Verbesserungen in einer sektorenübergreifenden Versorgung nach sich ziehen würden.

Der unlängst erschienene Sonderbericht des *Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* beschreibt die von uns gefundenen Mängel entlang der Sektorengrenzen ebenfalls, unter anderem mit dem Begriff der „Mauer zwischen den Sektoren" (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012). Mit den Vorschlägen aus diesem Gutachten und entlang der Befunde und Lösungsvorschläge aus unserer Untersuchung ist zu fordern, dass gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine bessere transsektorale Versorgung geschaffen werden. Denkbar sind hier sozialrechtlich verankerte strukturelle und finanzielle Anreize zur konkreten Beteiligung der Akteurinnen und Akteure an einer Strategie zu Überwindung der Sektorengrenzen (*transsektorale Fallkonferenzen*, Überleitungssysteme, systematische Einbindung einer biopsychosozialen diagnostischen Kompetenz etc.).

2.3.7.1 SYSTEMATISCHES BIOPSYCHOSOZIALES ASSESSMENT

Angesichts der von uns identifizierten Probleme der Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt schlagen wir vor, dass am Beginn und im Verlauf eines Versorgungsprozesses Versorgungsbedarfe umfassend (biopsychosozial) und systematisch erhoben werden. Dazu gehört auch die Reflexion und Einbeziehung moralischer Probleme bzw. ethischer Konflikte. Erst in der Zusammenschau der somatischen, psychischen und sozialen Aspekte wird die Komplexität von Problemgefügen sichtbar. Auf einer solchen Basis kann dann besser entschieden werden, wo die Prioritäten in der zu installierenden Versorgung liegen müssen und wer daran auf welche Weise zu beteiligen ist. Wir sind überzeugt, dass sich der vermeintlich größere personelle und zeitliche Aufwand, den eine biopsychosoziale Anamnese erfordert, positiv auf die Versorgung älterer Menschen auswirken wird. Schließlich ist zu erwarten, dass dieses Vorgehen erhebliche Kosten sparen könnte, da Hilfen umfassend und passgenau angeboten werden könnten, dadurch etwa Krisen vermieden werden können, die Anlass für erneute stationäre Aufenthalte sind. Nicht zuletzt würde die Lebensqualität der hilfebedürftigen älteren Menschen ebenso verbessert werden, wie die Arbeitszufriedenheit der professionellen Akteure.

In Hinblick auf die hier untersuchten, besonders verletzbaren Gruppen (ältere, teils multimorbide und/oder gerontopsychiatrisch erkrankte Patientinnen und Patienten) ist es ein ethisches Erfordernis, Tendenzen und Faktoren, die eine Einschränkung der Autonomie, körperlichen Einschränkungen und Fehlversorgung begünstigen können, frühzeitig zu erkennen und besonders aufmerksam zu betrachten. Dabei ist es ein wichtiger Aspekt, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die ethische Reflexion zu sensibilisieren und institutionelle Möglichkeiten einer solchen ethischer Reflexion und Diskussion zu schaffen. Es geht also darum, eine Gesprächskultur innerhalb der beteiligten Professionellen über ethische Fragen konkreter Einzelfälle zu schaffen.

Mit der Einbindung von psychosozialen Bereichen in das *Brandenburger Pflegetagebuch* (s.u.) ist ein erster Schritt zur Umsetzung dieser Überlegung erfolgt. Die Finanzierung und Beschäftigung entsprechend ausgebildeter Fachleute sowie die Organisation spezifischer Fortbildungsmaßnahmen wären bedeutungsvolle weitere Maßnahmen.

2.3.7.2 ZENTRALE (PROFESSIONELLE) PROZESSVERANTWORTLICHKEIT

Wenn es den pflege- und unterstützungsbedürftigen Menschen nicht (mehr) möglich ist, den Prozess der Einrichtung und Etablierung der Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt selbst zu steuern und zu überwachen, muss diese Aufgabe entweder von Angehörigen oder von Professionellen übernommen werden. Insbesondere für ältere Menschen mit gravierenden und komplexen Problemen, die über keine hilfsbereiten, entsprechend belastbaren Angehörigen verfügen und in unsicheren Lebensumständen leben, schlagen wir vor, eine zentrale Prozessverantwortlichkeit zu installieren. Diese könnte im Sinne eines Case Managements zeitlich begrenzt dafür sorgen, dass Hilfebedarfe benannt, Hilfen beantragt und koordiniert werden.

Eine solche zentrale Prozessverantwortlichkeit könnte in den *Pflegestützpunkten* angesiedelt sein, wenn diese über die hierfür notwendigen Personalressourcen mit der entsprechenden professionellen Kompetenz verfügen. Ebenso könnte im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung eine solche zentrale Prozessverantwortlichkeit übernommen werden. Eine weitere Möglichkeit der Übernahme einer zentralen Prozessverantwortung ist durch Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (gemäß SGB XII) vorstellbar, diese käme aber allein jenen Menschen zugute, die auch Anspruch auf diese Maßnahmen haben.

2.3.7.3 IMPLEMENTIERUNG ETHISCHER REFLEXION

Im Rahmen des Ethischen Monitoring wurden Möglichkeiten der Implementierung institutionalisierter ethischer Reflexion entwickelt und erprobt, vor allem im Rahmen der *transsektoralen Fallkonferenzen*.

Aus den Gesamtdaten und besonders durch die im Rahmen des Ethischen Monitoring erhobenen Befunde lässt sich folgern, dass eine regelmäßige und systematische Einbindung ethischer Reflexion helfen könnte, die beschriebenen moralischen Probleme zu erkennen und zu bearbeiten.

Einerseits bieten sich ethische Diskurse in einzelnen Institutionen der Versorgung an, andererseits sind aber gerade die *transsektoralen Fallkonferenzen* ein idealer Ort, die ethische Dimension konkreter Fälle regelhaft mit in den Blick zu nehmen und als eine Dimension unter mehreren mit einzubeziehen.

2.3.7.4 *TRANSSEKTORALE FALLKONFERENZEN*

Um in komplexen Fällen vorliegende Kommunikationsprobleme zwischen denen am Fall Beteiligten zu überwinden und um eine Verbesserung der Zusammenarbeit zu erreichen, bieten sich *transsektorale Fallkonferenzen* an, bei denen die Beteiligten gemeinsam den Fall diskutieren und nach Lösungen suchen. Ein wesentliches Ergebnis von SEVERAM sind die konzeptuelle Ausarbeitung und probeweise Durchführung von *transsektoralen Fallkonferenzen* in Potsdam, die oben Abschnitt 2.2.7 ausführlich beschrieben werden. Unsere Erfahrung zeigt, dass diese *transsektoralen Fallkonferenzen* mit großem Erfolg, auch über den einzelnen Fall hinaus, durchgeführt werden können, wenn bestimmte Rahmenbedingungen vorhanden sind.

Als Besonderheit der Region muss aber hervorgehoben werden, dass die Kooperation vieler in der Versorgung Beteiligter v.a. im und durch das *Netzwerk Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* als überdurchschnittlich entwickelt angesehen werden muss. Durch diese Vorbe-

dingung waren sowohl die Datenerhebung wie auch die Umsetzung von Modifikationen im Versorgungsprozess erleichtert, etwa die Einführung der *transsektoralen Fallkonferenzen*.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass Anreizsysteme für Leistungserbringer (Träger, einzelne Professionelle) und eine – mindestens in Modellregionen durchgeführte – wissenschaftliche Evaluation (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012, p. 198ff) sinnvoll wären.

2.4 VORAUSSICHTLICHE NUTZEN UND VERWERTBARKEIT

Um Redundanzen zu vermeiden, werden in diesem Berichtsteil entlang der jeweiligen Überschriften kurze Angaben gemacht und auf die entsprechenden Ausführungen im oberen Teil verwiesen.

2.4.1 WIRTSCHAFTLICHE ERFOLGSAUSSICHTEN

- Eines der Hauptziele des Vorhabens war, neben der Verbesserung der Versorgungssituation älterer Menschen, auch die bestmögliche Nutzung der eingesetzten ökonomischen Ressourcen möglich zu machen. Das heißt, unnötige, schädliche und doppelte Versorgungsbestandteile zu erkennen und überflüssig zu machen. Dieses Ziel ist insofern erfüllt worden, als Probleme und Reibungsverluste in der Versorgung identifiziert und Lösungsvorschläge entwickelt werden konnten (vgl. 2.2.1, 2.2.7, 2.2.8, 2.3).
- Wie konzeptionell vorgesehen, wurden die in ersten drei Phasen des Projekts erworbenen Erkenntnisse u.a. im Rahmen der ersten und der zweiten Meilensteinkonferenz den Akteuren des Kooperationspartners und des *Netzwerkes Älter werden in der Landeshaupt Potsdam* Region vorgestellt und mit ihnen diskutiert (vgl. 1.3).
- Die Verbesserung der Zusammenarbeit sowie der Instrumente und Prozeduren zur Überleitung und Nachsorge konnte ein effizienteres und umfassenderes (Zusammen)Arbeiten der Akteure in der Versorgung ermöglichen, wodurch sowohl eine qualitative Verbesserung der Versorgung, als auch eine Vermeidung von (kostenintensiven) Versorgungsbrüchen und den aus diesen entstehenden Effekten möglich wurden. Durch das Instrument der *transsektoralen Fallkonferenz* wurden Verbesserungen bezüglich aufgedeckter Schwachstellen des Versorgungssystems ermöglicht (vgl. 2.2.1, 2.2.3, 2.2.7 und 2.2.8).
- Das im Laufe des Projekts entwickelte Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* kann aber auch für neue Herausforderungen modifiziert werden. Die Akteure im Forschungsgebiet sind befähigt worden, diese Methode eigenständig weiter anzuwenden und bei Bedarf auch zu modifizieren. Dieses Vorgehen ist auch auf andere Regionen übertragbar, wenngleich die Startbedingungen in Potsdam durch das vorhandene und etablierte *Netzwerk* sicher besonders günstig waren (vgl. 2.2.8).
- Eine exakte Berechnung der ökonomischen Auswirkungen des Projektes ist nicht möglich. Es war auch nicht konzipiert, da solche gesundheitsökonomischen Berechnungen hochkomplex sind und nicht im Rahmen der Ausstattung des Projektes SEVERAM vorgesehen waren. Es finden sich in den erhobenen Daten aber Hinweise auf Einsparpotenziale, wenn durch gezieltes Versorgungsmanagement Ressourcen bewusster eingesetzt, Doppelstrukturen vermieden und ziel- und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen aufgebaut werden. Durch die genannten Maßnahmen kann nicht nur die Verbesserung der Versorgungssituation älterer Menschen erreicht werden, sondern auch die bestmögliche Nutzung der eingesetzten personalen und sächlichen Ressourcen. Dieses wird auch

durch ein effektiveres und effizienteres Zusammenarbeiten ermöglicht, das durch die gemeinsame Fallbearbeitung gefördert wird, einhergehend damit kann von einer Steigerung der Qualität von Versorgung ausgegangen werden (vgl. 2.2.8).

- Problematisch ist und bleibt in diesem gesellschaftlichen Sektor, dass durch das zersplitterte Versorgungs- und Finanzierungssystem höchst unterschiedliche wirtschaftliche Interessen das Bild prägen. Dadurch sind sinnvolle Einsparungen etwa nur für den davon jeweils profitierenden Kostenträger von Bedeutung. Durch sozial- und gesundheitspolitische Steuerungsmaßnahmen wäre aber gerade an den genannten Stellen sinnvoller Einfluss nötig und möglich, wenn durch entsprechende Vorgaben strukturelle, personale und inhaltliche Verbesserungen eingeführt und gefördert würden.
- Die grundsätzliche Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen Deutschlands (und Europa) liegt auf der Hand: Viele Frage- und Problemstellungen sind in allen Regionen Deutschlands gleich oder ähnlich. Die erzielten Projektergebnisse können also hilfreich für andere Regionen sein, wenn sie als beispielhaft für konkrete Vorgehensweisen bzw. Problemlösungsstrategien verstanden werden und an die jeweiligen besonderen Bedingungen in anderen Regionen angepasst werden. Es ist davon auszugehen, dass die entwickelten Lösungsvorschläge in anderen Regionen Deutschlands genutzt bzw. angewandt werden können (vgl. 2.2.8, 2.2.9 und 2.2.10).

2.4.2 WIRTSCHAFTLICHE FOLGEENTWICKLUNG

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes bieten in vielen Teilbereichen eine hohe Praxisrelevanz, können also in der Praxis Anwendung finden und ggf. modifiziert werden.

- Eine Verzahnung von „Forschungs- und Produktionsstrategien" kann durch das Projekt SEVERAM möglich werden, wenn Praxispartnerinnen und -partner die Ergebnisse des Forschungsprojektes zur Modifikation ihrer Abläufe, Prozeduren und Instrumente verwenden. Konkrete Beispiele für bereits eingetretene Folgeentwicklungen sind die fortgeführten *transsektoralen Fallkonferenzen*, die Einspeisung der Expertise in das *Brandenburger Pflegetagebuch* und die Akquise eines Folgeauftrages für das ISG (vgl. 2.2.9 und 2.2.10*)*.
- Die Hochschule kann durch das Projekt SEVERAM ihre Stellung innerhalb der Versorgungsforschung etablieren, durch das gewonnene Wissen im Rahmen des Projekts können zielgerichtete Fort- und Weiterbildungsangebote für die Region geschaffen werden und die Thematik in die Lehre prominent eingeführt werden (in Kürze wird ein BA-Studiengang *Soziale Gerontologie* an der KHSB aufgelegt). Ebenso scheint es möglich, dass sich aus der Forschungstätigkeit in der Region weitere Beratungs- und Entwicklungsaufträge ergeben.
- An der Hochschule (bzw. über die Institute ISG und ICEP) werden durch das Projekt SEVERAM Nachwuchsforscherinnen und -forscher gefördert, wodurch Absolventinnen und Absolventen der Hochschule wichtige Erfahrungen sammeln und ihre eigene Expertise verbessern können (vgl. 4.2).
- In der Region kann das Projekt durch die empirisch belegten Befunde Argumente liefern, die gegen den Abbau von Arbeitsplätzen in bestehenden Strukturen (z.B. Krankenhaussozialdiensten) sprechen. Ebenso ist vorstellbar, dass durch identifizierte Bedarfe neue Angebote entstehen, in denen neue Arbeitsplätze geschaffen werden können.

- Die entwickelten Instrumente zum Versorgungsmanagement können Prozessstörungen verhindern und eine effizientere Verwendung von Ressourcen sicherstellen (vgl. 2.2.8).
- Das im Rahmen des Projektabschlusses entwickelte *Brandenburger Pflegetagebuch* kann eine wesentliche Unterstützung in der Beratung durch die Pflegestützpunkte darstellen. Anhand der im *Brandenburger Pflegetagebuch* integrierten Fragebögen ist es den Beraterinnen und Beratern möglich, schwierige Konstellationen zu erkennen und potentiell überlastende Settings zu verhindern. Ebenso können Beratungsprozesse optimiert werden und zeitliche Ressourcen effektiver eingesetzt werden. Das *Brandenburger Pflegetagebuch* soll Ende 2012 evaluiert werden, eine Neuauflage unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse ist für das Frühjahr 2013 geplant. Diese zweite Auflage könnte dann auch bundesweit zum Einsatz kommen. Durch das *Brandenburger Pflegetagebuch* können Versorgungsplanungen unter Beteiligung von Angehörigen gestärkt werden und ambulante Versorgungen sicherer entwickelt werden, wodurch im Vergleich zu unangebrachten Heimaufnahmen Ressourcen gespart werden (vgl. 2.2.9).
- Das direkt aus dem SEVERAM-Projekt entstandene *Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege* kann als klassische wirtschaftliche Folgewirkung gesehen werden: Das zuständige Landesministerium der beforschten Region Brandenburg wollte die Expertise des Forschungsteams und die Ergebnisse ihrer Untersuchungen in eine konkrete Verbesserung der häuslichen Pflegesituation vieler Betroffener und ihrer Angehörigen übertragen (vgl. 2.2.10).

2.4.3 WISSENSCHAFTLICHE ERFOLGSAUSSICHTEN

Es werden hier die im Projektantrag formulierten Zielsetzungen kommentiert.

- Die systematische Erfassung und Beachtung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes konnte durch die Evaluation der Versorgungslage und durch die Fallstudien erreicht werden (vgl. 2.2.1 und 2.2.7).
- Die Identifizierung und Verringerung der Diskrepanzen zwischen den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen, den systemimmanenten „Sachzwängen" und dem sozialrechtlich begründeten Leistungsspektrum gelang durch *transsektorale Fallkonferenzen* und durch die Diskussion der Ergebnisse im *Netzwerk* (vgl. 1.3 und 2.2.8).
- Die Entwicklung angemessener Instrumente für ein sektorenübergreifende Entlassungs- und Versorgungsmanagement (Erhebungs- und Dokumentationsinstrumente, Kooperationsformen etc.) ist durch das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* und durch die Einbringung psychosozialer Anteile in das *Brandenburger Pflegetagebuch* erreicht worden (vgl. 2.2.8 und 2.2.9).
- Durch das ethische Monitoring konnten konkrete moralische Problemlagen bzw. ethische Dilemmata und deren Lösungsmöglichkeit beschrieben werden, um damit zur systematischen Sicherung von Würde und Autonomie der betroffenen Menschen beitragen zu können. Die Einbindung dieser Dimension bzw. Perspektive in die von uns entwickelten fachlichen Diskurse (*transsektorale Fallkonferenzen*) bietet eine wegweisende Möglichkeit der ganzheitlichen Fallbearbeitung (vgl. 2.2.6).
- Die systematische und nachhaltige Einbindung, Unterstützung und Entlastung von Angehörigen wird durch das *Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege*, das als Anschlussprojekt von SEVERAM verstanden werden kann, geleistet (vgl. 2.2.10). Durch

die Fallstudien konnten wertvolle Daten zu den vielschichtigen Aufgaben gesammelt werden, die Angehörige in der Versorgung übernehmen und aus denen spezifische Problemlagen entstehen können (vgl. 2.2.7).

- Die Schärfung der professionsübergreifenden Wahrnehmung und Beachtung der Komplexität von Problemlagen der Betroffenen, die als das Zusammenwirken somatischer, psychischer und sozialer Faktoren zu verstehen sind, konnte durch die Vorstellung der Fallstudien sowie die Entwicklung und Einführung der *transsektoralen Fallkonferenzen* erreicht werden (vgl. 2.2.7 und 2.2.8). In diesem Zusammenhang konnten Kategorien wiederkehrender Probleme in der Versorgung herausgearbeitet werden (vgl. 2.3).
- Die Identifizierung und die Verringerung von Problemen bzw. Reibungsverlusten an den Sektorengrenzen bzw. Schnittstellen stationärer und ambulanter Versorgung sowie Akutversorgung und Rehabilitation bzw. Pflege konnte im Rahmen der Evaluation der Versorgungslage nur teilweise erreicht werden (vgl. 2.2.1). Zum einen wurden verschiedene Probleme identifiziert, zum anderen war es aus strukturellen Gründen nicht immer möglich, diese zu verringern (vgl. 2.2.3).
- Es wurden weitere, für das *Netzwerk* bzw. das Grundanliegen zu gewinnende Partner aus der Region im Verlauf des Projekts identifiziert und es wurden neue Partnerinnen und Partner aus der Region in das *Netzwerk* aufgenommen.
- Zur Verbesserung der transdisziplinären bzw. kooperativen Denk-, Kommunikations- und Vorgehensweisen konnten einerseits die erhobenen Befunde etwa zu den Kommunikations- und Dokumentationsproblemen wichtige Anhaltspunkte geben (vgl. 2.3). Anderseits wurden auf dieser Basis konkret die *transsektoralen Fallkonferenzen* entwickelt und etabliert (vgl. 2.2.8).
- Die Stärkung und Förderung ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Engagements, gerade zur Unterstützung alter und hochbetagter Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen kann in der Folge unserer Untersuchung konkreter erfolgen (vgl. 2.2.2). Die gewonnenen Erkenntnisse werden gegenwärtig im *Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege* aufgegriffen (vgl. 2.2.10).
- Konkrete Weiterbildungsbedarfe wurden für folgende Bereiche gefunden:
    - *Bio-psycho-soziales Krankheits- bzw. Gesundheitsmodell,*
    - *Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase (vgl. 2.2.1)*
    - *planerischer Umgang mit unklaren (medizinischen) Fallverläufen (vgl. 2.2.1)*
    - *Versorgungsplanung für ältere Menschen mit psychischen und oder (geronto)psychiatrischen Erkrankungen (vgl. 2.2.1)*
    - *Grundwissen zur pflegerischen Versorgung bei Laien (Angebot Ehrenamtliches Engagement)*
    - *Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*
    - *Ethische Reflexionskompetenz*
- Die Analyse von struktur- und individualethischen Begrifflichkeiten, Problemlagen und Dilemmata in der Versorgung älterer Menschen und die Entwicklung und Erprobung geeigneter ethischer Reflexionsinstrumente gelang durch das Ethische Monitoring.
- Der Internetauftritt www.severam.de bietet auch nach dem Ende des Projekts die Möglichkeit, die Ideen und Ergebnisse des Projekts einzusehen.

2.4.4 WISSENSCHAFTLICHE ANSCHLUSSFÄHIGKEIT

- Das Projekt SEVERAM hat die Verbesserung der Versorgung alter und hochbetagter Menschen in Potsdam gemeinsam mit den maßgeblichen Akteuren der Versorgungslandschaft (Krankenhaus und *Netzwerk*) gemeinsam gestaltet. Als Hauptergebnis – im Sinne der Anschlussfähigkeit – kann die Entwicklung und Etablierung von *transsektoralen Fallkonferenzen* im *Netzwerk* präsentiert werden. Dieses Instrument wurde auch nach Ende des Projekts von den professionellen Akteuren in Potsdam weitergeführt. Die Beratungsstelle *Pflege in Not* übernahm ab Mai 2012 die Organisation und Durchführung von *transsektoralen Fallkonferenzen* in Potsdam. Die Beratungsstelle *Pflege in Not* in im ganzen Land Brandenburg tätig. Die *transsektoralen Fallkonferenzen* können so zukünftig auch in anderen Regionen und Landkreisen des Bundeslandes etabliert werden (vgl. 2.2.8).
- Das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* ist durch die Ergebnispräsentation auf dem Bundeskongress der DVSG auch überregional dem Fachpublikum vorgestellt worden. Durch die Publikation in der Zeitschrift der Vereinigung ist das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* darüber hinaus in der Versorgungslandschaft bekannt gemacht worden. Aus verschiedenen Regionen sind seitdem Interessensbekundungen und Nachfragen zur Durchführung von *transsektoralen Fallkonferenzen* eingegangen (vgl. 1.3 und 2.2.8).
- Durch die Meilensteinkonferenzen und die Abschlusstagung sind die Ergebnisse des Projektes in Potsdam und der Region präsentiert worden. Die im Rahmen der Evaluation der Versorgungslage älterer Menschen festgestellten Probleme sind in den Arbeitsgruppen des *Netzwerks Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam* aufgegriffen worden. Durch die Ergebnisse der Evaluation wurden die Aktivitäten des *Netzwerk*es befruchtet, es konnten sowohl die Inhalte der Diskussionen und Verabredungen durch das Forschungsprojekt profitieren wie auch die Erstellung einer Broschüre für Angehörige zur Versorgung von Pflegebedürftigen im Krankenhaus. Durch die Betonung von Problembereichen ist zudem das Bewusstsein der Akteurinnen und Akteure für diese Probleme geweckt und damit eine Sensibilisierung geschaffen worden (vgl. 1.3).
- Die durch das Projekt SEVERAM betonte Notwendigkeit des systematischen Erkennens psychosozialer Problemanteile ist vom Ministerium für Arbeit, Soziales Frauen und Familie des Landes Brandenburg bei der Entwicklung des *Brandenburger Pflegetagebuches* aufgegriffen worden. Durch die Fragebögen zur sozialen Situation der pflegebedürftigen Person und zur sozialen Situation der Pflegepersonen sind zwei Instrumente zum psychosozialen Screening eingeführt worden, durch die psychosoziale Problemanteile systematisch erkannt und somit auch adäquat bei der Versorgungsplanung berücksichtigt werden können (vgl. 2.2.9).
- Das aktuelle *Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege*, welches das Institut für Soziale Gesundheit zurzeit in Eisenhüttenstadt und dem Landkreis Oder-Spree durchführt, knüpft an die Erkenntnisse und Ergebnisse von SEVERAM an. Das *Modellprojekt* stärkt die Einbindung von ehrenamtlich Tätigen in das Versorgungssystem durch die Akquirierung von bürgerschaftlich engagierten Kontaktpersonen. Durch die Schulung diese Kontaktpersonen wird die Möglichkeit zur niedrigschwelligen Erstberatung in sozialen Netzen und im Arbeitsbereich zu Fragen von pflegerischer Versorgung und der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege geschaffen (vgl. 2.2.10). Aus den im Rahmen des Projekts

erhobenen Daten wird bereits jetzt deutlich, dass ein Bedarf an einem solchen Angebot besteht, der bislang nicht durch die Beratungsstellen und Pflegestützpunkte gedeckt werden kann (vgl. 2.2.1 und 2.2.7).

2.4.5 WISSENSTRANSFER

Der Wissenstransfer wurde auf vielfältige Weise sichergestellt.

- In der zweiten und dritten Phase des Projekts ist es gelungen, Studierende der Hochschule mit in das Forschungsvorhaben einzubinden. Im Rahmen der Fallstudien konnten Studierende selbstständig Forschungserfahrungen sammeln und eigene Ergebnisse erarbeiten.
- Im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit wurden in den Studienschwerpunkten *Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit* und *soziale Gerontologie* über zwei Jahre Fragestellungen und Antworten aus dem Forschungsprojekt in den Lehrbetrieb eingespeist und mit Studierenden bearbeitet (Projektarbeiten über jeweils ein Jahr von insgesamt neun Studierenden).
- Im Verlauf des Projektes sind zehn Bachelorarbeiten und eine Master-Thesis von am Projekt beteiligten Studierenden erstellt worden, eine Auflistung der Autorinnen und Autoren sowie der Titel ihrer Arbeiten findet sich im Anhang (vgl. 4.2).
- Die Ergebnisse und Erfahrungen des Forschungs- und Entwicklungsprojekts werden weiterhin in der Lehre an der KHSB verwendet.
- Bei der gegenwärtigen Entwicklung des Bachelorstudiengangs Soziale Gerontologie werden die Erkenntnisse und Erfahrungen des Projekts genutzt, die Planungen, an denen die Projektleiter beteiligt sind, erfolgen entlang der Schwerpunkte Case- und Care-Management sowie palliative Versorgung und Hospizarbeit. Es ergeben sich damit direkte Verbindungslinien zu SEVERAM.
- Der bereits akkreditierte postgraduale Masterstudiengang *Klinische Sozialarbeit*, der an der KHSB bereits im siebten Durchgang stattfindet, bezieht sich in seinen Themen ebenso auf das Projekt: Behandlungsplanung, Case-Management, Gerontopsychiatrie, Soziale Gerontologie, sozialpsychiatrische Versorgung. Die Projektleiter sind maßgeblich an der Ausgestaltung und Koordinierung des Studiengangs beteiligt.
- In das Angebot des Referats für Fort- und Weiterbildung der KHSB werden Veranstaltungen aus dem Kontext des Projektes SEVERAM mitaufgenommen, so können z.B. Veranstaltungen zur Umsetzung des Konzepts der *transsektoralen Fallkonferenzen* oder zu Patientenrechten und Betreueraufgaben am Ende des Lebens besucht werden.
- Durch bereits veröffentlichte und noch zu veröffentlichende Publikationen sowie Vorträge auf Tagungen und Workshops wurden und werden die Ergebnisse des Projekts innerhalb der Fachöffentlichkeit bekannt gemacht und diskutiert.

2.5 DER WICHTIGSTEN POSITIONEN DES ZAHLENMÄßIGEN NACHWEISES

Pos.Bez.	Pos.	Ansatz 2009-2012	Ist 30.04.2012	Budgetüber-/unterschreitung	%
Entgeltgruppe E1-E11 (Angestellte u. ethisches Monitoring)	817	209.826,00 €	218.067,33 €	-8.241,33 €	-3,93%
Beschäftigungsentgelte (student.	822	20.000,00 €	24.161,61 €	-4.161,61 €	-20,81%

Hilfskräfte, Honorare)					
Gegenstände bis 410 €	831	1.591,00 €	1.351,91 €	239,09 €	15,03%
Mieten u. Rechnerkosten	834	7.200,00 €	7.434,99 €	-234,99 €	-3,26%
Vergabe FuE an Dritte	835	6.530,00 €	1.249,50 €	5.280,50 €	80,87%
Summe sonstiger allg. Geschäfts-ausgaben	843	5.921,00 €	2.057,70 €	3.863,30 €	65,25%
Summe Dienstreisen	846	5.800,00 €	1.822,29 €	3.977,71 €	68,58%
Gegenstände über 410 € (Investi-tionen)	850	2.946,00 €	3.169,05 €	-223,05 €	-7,57%
Beantragte Zuwendung	**864**	259.814,00 €	259.314,38 €	499,62 €	0,19%

Tabelle 4: Die wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Nachweises

2.6 BEKANNT GEWORDENER FORTSCHRITT

Die wissenschaftlichen und methodischen Entwicklungen auf dem Gebiet der *Versorgung*[19] älterer Menschen sind natürlich in den vergangenen Jahren weitergegangen. Vielfältige Forschungsergebnisse konnten generiert und publiziert werden. Im Sinne der Fragestellung wurde den Zuwendungsempfänger während der Durchführung des Vorhabens aber kein Fortschritt auf dem konkreten Gebiet der Ziele des Vorhabens bei anderen Stellen bekannt. Dies betrifft insbesondere die Ergebnisse der eigenen Evaluation und die entwickelten Lösungsvorschläge und Methoden.

2.7 ERFOLGTE ODER GEPLANTE VERÖFFENTLICHUNGEN DES ERGEBNISSES

- Die Ergebnisse des Projekts SEVERAM wurden im Rahmen der Meilensteinkonferenzen und der Abschlusstagung des Projekts in der Region präsentiert und jeweils im Anschluss an die Veranstaltungen als Präsentationsfolien auf der Homepage des Projekts veröffentlicht.
- Auf der Bundeskonferenz der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen am 11.10.2011 wurden die Forschungsergebnisse vorgestellt und im Rahmen der Tagungsdokumentation online veröffentlicht.
- Bei drei Veranstaltungen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg wurde das Projekt SEVERAM präsentiert:
  - Ersten Meilensteinworkshops der Brandenburger Fachkräftestudie Pflege am 31.05.2012,
  - Brandenburger Workshop Pflegestützpunkte am 18.06.2012
  - Expertengespräch Sozialräumliche Ansätze in der Pflegepolitik in Brandenburg am 20.06.2012.
- In der Zeitschrift der *DVSG Forum Sozialarbeit und Gesundheit* (02/2012) wurde ein Artikel des Forschungsteams zu den Ergebnissen des Projektes mit Schwerpunkt auf das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* veröffentlicht (Binner, et al., 2012).

[19] Vgl. FN 1

- Zeitnah wird ein Beitrag des Forschungsteams zu den Ergebnissen des Projekts im Themenheft zum Schwerpunkt "Gesundheitliche Versorgung Älterer" (Arbeitstitel) des *Informationsdiensts Altersfragen* des *Deutschen Zentrums für Altersfragen* (DZA) erscheinen (im Druck).
- Für das Jahr 2013 ist die Veröffentlichung eines Fachbuches geplant, mit dem die Ergebnisse des Projektes für den wissenschaftlichen und sozialpolitischen Diskurs sowie für die Praxis nutzbar gemacht werden sollen. Ebenso sind weitere Fachpublikationen in einschlägigen Fachzeitschriften geplant.

3 ANLAGE KURZGEFASSTER ERFOLGSKONTROLLBERICHT (INTERN)

3.1 DER BEITRAG DER ERGEBNISSE ZU DEN FÖRDERPOLITISCHEN ZIELEN

Als Kernziele der Pilotförderrunde 2009 des Förderprogrammes „Sozial Innovationen für die Lebensqualität im Alter" (SILQUA-FH) wurden in der Ausschreibung die Entwicklung von Konzepten und Strategien für die Verbesserung der älteren Generation genannt, die

- **soziale** Teilhabe erhalten,
- generationenübergreifende Solidarität und **bürgerschaftliches Engagement** initiieren,
- **Angehörige** entlasten und unterstützen,
- nachbarschaftliche/ehrenamtliche **Unterstützungssysteme** organisieren und Eigenverantwortlichkeit stärken,
- neue Formen der Planung und Steuerung von **wohnortnahen Hilfeangeboten** auf der regionalen Ebene erproben,
- integrierte, koordinierte **Hilfeplanung** und Beratungsangebote etablieren,
- eine Verbesserung der **Kooperation und Vernetzung** von ambulanten, teilstationären, stationären, professionellen und nichtprofessionellen Akteurinnen und Akteuren herbeiführen,
- **Managementkonzepte** in der Sozialwirtschaft verbessern sowie
- **Qualifizierungsangebote** für Fachkräfte und Laien entwickeln und erproben.

Die Kernergebnisse des Forschungsvorhabens SEVERAM lassen sich diesen Kernzielen zuordnen.

Alle oben genannten Bereiche wurden explizit und implizit im Vorhaben bearbeitet. So konnten einerseits durch die Datenerhebungen und -analysen entsprechende Befunde zu Teilbereichen erhoben werden und andererseits konkrete Lösungsvorschläge für nicht oder nicht optimal gelingende *Versorgung älterer Menschen im weitesten Sinne* erarbeitet werden.

Drei Einzelergebnisse seinen nochmals hervorgehoben:

- Entwicklung und Etablierung ***transsektoraler Fallkonferenzen***
- Die Einbeziehung von psychosozialen Bereichen in das ***Brandenburger Pflegetagebuch***
- Entwicklung und Durchführung des *Modellprojekts* ***Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege***

Durch diese drei Kernergebnisse werden die soziale Teilhabe von pflegebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern gestärkt, das bürgerschaftliche Engagement initiiert, Angehörige entlastet und unterstützt, integrierte, koordinierte Hilfeplanung und Beratung etabliert, die Kooperation und Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren verbessert und Laien als auch Fachkräfte (bürgerschaftlich engagierte Kontaktpersonen) qualifiziert.

3.2 DAS WISSENSCHAFTLICH-TECHNISCHE ERGEBNIS

Die erreichten Haupt- und Nebenergebnisse sowie die gesammelten Erfahrungen sind in Abschnitt 2.2 des Abschlussberichts (s.o.) ausführlich beschrieben.

3.3 DIE FORTSCHREIBUNG DES VERWERTUNGSPLANES

Die Ergebnisse des Projektes SEVERAM bieten verschiedene Möglichkeiten zur weiteren Verwertung an:

- Das Konzept der ***transsektoralen Fallkonferenzen*** ist bereits aus anderen Regionen angefragt worden, in denen das Interesse besteht, ebenfalls *transsektorale Fallkonferenzen* als Teil eines Versorgungsmanagements zu etablieren. Ebenso sind derzeitig verschiedene Forschungsprojekte in der Planung, in denen das Konzept der *transsektoralen Fallkonferenzen* verwendet bzw. auf Modifikationsbedarf überprüft werden soll.
- Die Aufnahme von Fragebögen zur sozialen Situation von Pflegebedürftigen und pflegenden Personen in das ***Brandenburger Pflegetagebuch*** hat dazu geführt, dass hiermit ein Instrument vorliegt, mit dem sich biopsychosoziale Bedarfe systematisch erkennen lassen. Ein bundesweiter Einsatz des *Brandenburger Pflegetagebuches* ist als weiterer Schritt vorstellbar.
- Die Ergebnisse in Bezug auf die Situation von pflegenden Angehörigen und in Bezug auf die Bedarfe an niedrigschwelliger Beratung von pflegenden Angehörigen sind in die Konzeption des *Modellprojekts* ***Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege*** eingeflossen. Dieses Projekt wird gegenwärtig in Eisenhüttenstadt und dem Landkreis Oder-Spree (Brandenburg) durchgeführt. Nach Beendigung der Modellprojektphase sollen die Ergebnisse dieses Projekts zusammen mit den Ergebnissen der Evaluation der in 2013 abgeschlossenen Projekte der INNOPUNKT- Initiative (ESF-Förderung) in die Neukonzeptionierung der Projekte einfließen, die im Rahmen der kommenden Förderperiode des ESF geplant sind.

3.4 ARBEITEN, DIE ZU KEINER LÖSUNG GEFÜHRT HABEN

Im Projektverlauf wurden vorher nicht oder nicht so geplante Vorgehensweisen entwickelt, weil sie sich aus dem Projektverlauf bzw. der erhobenen Datenlage als sinnvolle Schritte ergaben (vgl. etwa *transsektorale Fallkonferenzen*). Aufgrund von krankheitsbedingtem Ausfall von Mitarbeiterinnen und Projektleitung war es nicht möglich, alle begonnenen Forschungsschritte vollständig abzuschließen.

- Im Verlauf ergab es sich, dass aufgrund von erlöschender Bereitschaft zur Teilnahme an Befragungen und Interviews nicht alle begonnen Erhebungsschritte zu Ende gebracht werden konnten. Gerade in Bezug auf die Fallstudien muss ein Anteil der geleisteten Arbeit als „ohne Lösung" betrachtet werden, da die Betroffenen ihre Einwilligung zur Teilnahme an der Forschung wieder zurückzogen und somit die Fallbegleitung nicht zu Ende gebracht werden konnte.
- Die geplante Einführung eines einheitlichen Überleitungsbogens im beforschten Gebiet ist nicht gelungen. Vorbehalte gegenüber einem einheitlichen Instrument sowie organisatorische Begebenheiten bei den Trägern der Versorgung verhinderten die Umsetzung des Konzeptes für einen allgemein im *Netzwerk* verwendeten Überleitungsbogen. Es ist nicht gelungen, bestehende Instrumente zur Weiterleitung zu modifizieren. Es bestand – trotz der Zustimmung zum *Qualitätsstandard zur Überleitung und Nachsorge* – nicht in allen am *Netzwerk* beteiligten Institutionen die Bereitschaft und die Begebenheiten, in diesem Bereich Modifikationen zu ermöglichen.

- Das bürgerschaftliche Engagement im beforschten Gebiet wurde lediglich durch die Fragebogen an die Einrichtungen evaluiert, es ergaben sich aus den Forschungsaktivitäten keine konkreten Möglichkeiten, um das bürgerschaftliche Engagement zu stärken und auszubauen. Dies wird allerdings zukünftig durch das *Modellprojekt Vereinbarkeitslotsen Beruf und Pflege* in Form der Werbung, Schulung und Koordinierung von bürgerschaftlich engagierten Kontaktpersonen möglich.

3.5 PRÄSENTATIONSMÖGLICHKEITEN FÜR MÖGLICHE NUTZERINNEN UND NUTZER

Die im Rahmen der Meilensteinkonferenzen und der Abschlusstagung gehaltenen Vorträge stehen als Powerpointpräsentationen für Interessierte auf der Homepage des Projektes bereit. Ebenso findet sich dort eine Zusammenfassung des Konzeptes der Fallstudien. Mögliche Nutzerinnen und Nutzer können somit auf die Präsentationsmaterialien zugreifen.

Eine exemplarische Fallstudie ist durch Studierende des Studienschwerpunkt Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit filmisch umgesetzt worden. Der Film „Frau Müller" ist unter www.severam.de/downloads bereit gestellt (Filmprojekt M. Baier, D. Grimm, M. Reinken).

3.6 DIE EINHALTUNG DER AUSGABEN- UND ZEITPLANUNG

Die notwendig gewordene Modifikation der Zeitplanung ist ausführlich im Abschnitt 1.3 des Abschlussberichtes beschrieben worden.

Die Ausgabenplanung ist im Rahmen der gestatteten Abweichungen eingehalten worden, eine Übersicht findet sich unter 2.4 im Abschlussbericht, eine detaillierte Aufstellung der Kostenabrechnung ist durch die Buchhaltung der Hochschule erfolgt.

4 ANHANG

4.1 MITGLIEDER DES *NETZWERKS*

Stand: Februar 2010

- Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.
- Altenburg & Schramm, Häusliche Krankenpflege und Seniorenbetreuung
- Altenpflegeheim „Hertha von Zedlitz"
- Alten- und Krankenpflege Michael Bethke
- Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.
- AWO Ehrenamtsagentur Potsdam
- AWO Seniorenzentrum
- Demokratischer Frauenbund Landesverband Brandenburg e.V.
- Diakonie Station im Oberlinhaus gGmbH
- ESZ Emmanus-Haus und Hasenheyer-Stift
- Ev. Seniorenzentrum Potsdamer Bürgerstift
- Ev. Zentrum für Altersmedizin
- Fontiva Pflegeresidenz «Haus Katharina»
- Hospiz- und Palliativberatungsdienst Potsdam
- Johanniter Unfall Hilfe e.V:
- Katharinenhof – Wohnpark am Stern
- Klinikum Ernst v. Bergmann gGmbH
- Kursana Domizil Potsdam Haus Gabriel
- Malteser Hilfsdienst e.V.
- Oberlinklinik gGmbH
- Pflege in Not Brandenburg
- Pflegedienst am See GmbH
- Pflegewohnstift Babelsberg
- Pro Potsdam GmbH/ Soziale Stadt Potsdam e.V.
- Qualitas Pflegedienst GmbH
- Reha Zentrum im Oberlinhaus gGmbH
- Residenz Heilig-Geist-Park GmbH
- Senior-Projekt-Schulzenhof S.P.S. e.V.
- Seniorenbeirat der Stadt Potsdam
- Senioren- und Familienpflege Kühn Konradi
- Sozialstation Sternidyll
- St. Franziskus Seniorenpflegeheim
- St. Josefs-Krankenhaus Potsdam
- St. Josef Sozialstation GmbH
- Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Potsdam
- Theodor-Fliedner-Stiftung Brandenburg gGmbH
- Volkssolidarität Regionalverband Mittelmark
- Wallow & Schneider GmbH

4.2 LISTE DER ABGESCHLOSSENEN QUALIFIZIERUNGS- UND PROJEKTARBEITEN

Bachelor-Thesis (Bachelor Studiengang Soziale Arbeit)

- Markus Baier: Zur Bedeutung der Sozialen Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit – eine Fallstudie
- Dr. Marion Bonillo: Gewalterkennung und -prävention in der Pflege von älteren Menschen am Beispiel ausgewählter Fälle der Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not Brandenburg"
- Janine Härtwig: Soziale Arbeit in der ambulanten Pflege - Ein Konzept für einen Pflegedienst
- Susanne Hagedorn: Zur Bedeutung der Sozialen Arbeit in stationären Hospizen
- Kerstin Hoßbach: Pflegeberatung. Eine Chance für die strukturelle Verankerung der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld Pflege
- Johann Georg Loesch: Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – Ein Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit
- Nadine Plöger: Das Konzepts der Pflegestützpunkte und seine Bedeutung für die Soziale Arbeit
- Clemens Preissler: Die Rolle des Pflegestützpunktes bei der nachstationären Versorgung eines Patienten – Eine Fallanalyse in Potsdam (mit Jana Wersch)
- Ines Singer: Gesund mit Musik – Die Bedeutung von Musik für die Gesundheitsförderung bei Senioren
- Jana Wersch: Die Rolle des Pflegestützpunktes bei der nachstationären Versorgung eines Patienten – Eine Fallanalyse in Potsdam (mit Clemens Preißler)

Master Thesis (Masterstudiengang Heilpädagogik)

- Markus Jankowski: Alt und psychisch krank in Berlin. Chancen und Grenzen ambulant-sozialpsychiatrischer Versorgung

Projektarbeiten Studien Schwerpunkt Gesundheitsorientierte Soziale Arbeit:

- Nathalie Gaitzsch, Ricardo Hoffmann, Anja Junghänel: Ganzheitliche Versorgung und Integration von Menschen mit Demenz
- Mirja Reinken, Markus Baier, Daniel Grimm: Qualitative Sozialforschung Anhand einer Fallstudie im Rahmen des Forschungsprojektes SEVERAM[20]

Projektarbeit Studien Schwerpunkt alterns- und generationsbezogene Soziale Arbeit/Heilpädagogik

- Clemens Preißler, Sarah Steurer, Jana Wersch: Mitarbeit im Forschungsprojekt SEVERAM am Institut für Soziale Gesundheit (KHSB)

[20] Im Rahmen dieser Projektarbeit ist eine filmische Umsetzung einer Fallstudie entstanden, die unter www.severam.de/downloads bereitsteht.

4.3 LISTE DER VERWENDETEN LITERATUR

Agich, G. J., 2003. *Dependence and Autonomy in Old Age. An ethical framework for long-term care,*. Cambridge: University Press.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F., 2001. *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford: University Press.

Bergold, J. & Zimmermann, R.-B., 2003. *Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes: Eine Kooperation zwischen Freier Universität Berlin und Katholischer Fachhochschule Berlin. Band II.,* Berlin: Berliner Zentrum Public Health.

Bergold, J., Zimmermann, R.-B. & Floeth, T., 2001. Evaluation und Organisationsentwicklung des Gesamtberliner Krisendienstes. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, pp. 71-87.

Binner, U., Ortmann, K., Zimmermann, R.-B. & Zirnstein, J., 2012. Strategische Lösungsansätze - Probleme in der Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, 02, pp. 22-23.

Bobbert, M., 2002. *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts.* Frankfurt am Main: Campus.

Bortz, J. & Döring, N., 2006. *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* 4. überarbeitete Auflage Hrsg. Heidelberg: Springer.

Corbin, J. M. & Strauss, A., 1996. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Forschung.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Fetterman, D. M., Wandersman, A. & Kaftarien, S., 1996. *(Eds., 1996): Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self Assessment & Accountability.* Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.

Flick, U., 2008. *Triangulation. Eine Einführung.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Giese, C., 2002. *Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des „informed consent" in der Diskussion.* Münster: LIT Verlag.

Glaser, B. & Strauss, A., 1998 [1967]. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung.* Bern: Huber.

Glaser, B. & Strauss, A., 2005. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung.* Bern: Huber.

Gmünder Ersatzkasse, 2008. *GEK-Pflegereport 2008. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66,* St. Augustin: Asgard-Verlag.

Heiner, M., 1996. *Qualitätsentwicklung durch Evaluation.* Freiburg: Lambertus.

Heiner, M., 1998. *Experimentierende Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen.* Weinheim, München: Juventa.

Hibbler, B., Maus, J. & Gerst, T., 2006. Hibbeler, B Maus, J, Gerst, T (2006): Krankenhäuser: Auf dem Weg in die ambulante Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt,* Issue 103(27).

Höffe, O., 2002. *Medizin ohne Ethik?.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Lüders, C., 2001. Teilnehmende Beobachtung. In: R. Bohnsack, W. Marotzki & M. Meuser, Hrsg. *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch.* Opladen: Verlag Barbara Budrich, pp. 151-153.

Mayring, P., 2002. *Einführung in die qualitative Sozialforschung.* 5. überarbeitete und neu ausgestattete Ausgabe Hrsg. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Pantuček, P., 1998. *Lebensweltorientierte Individualhilfe.* Freiburg: Lambertus Verlag.

Rambøll Management Consulting GmbH, 2011. *Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg,* Potsdam: MASF.

Ramroth, H. et al., 2006. Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner. *Deutsches Ärzteblatt.*

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2012. *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.* Berlin: Deutscher Bundestag.

Scriven, M., 1991. *Evaluation Thesaurus.* Newbury Park: Sage Publications.

Statistik Berlin Brandenburg, 2010. *Krankenhäuser im Land Brandenburg 2009 – Statistischer Bericht A IV 2 – j/09,* Berlin: Statistisches Landesamt Berlin Brandenburg.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2010. *Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 2 Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern,* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2012. *Grunddaten der Krankenhäuser 2010,* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt, 2012. *Grunddaten der Krankenhäuser 2011,* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Steinkamp, N. & Gordijn, B., 2010. *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch.* Köln: Luchterhand.

von Kardorff, E., 2006. Zur gesellschaftlichen Bedeutung und Entwicklung qualitativer Evaluationsforschung. In: U. Flick, Hrsg. *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, pp. 63-91.

Wiesemann, C. & Biller-Andorno, N., 2005. *Medizinethik. Ein Lehrbuch für Medizinstudierende..* Stuttgart: Thieme.

Winter, M. H.-J., 2006. Demografischer Wandel und pflegerische Versorgung im Alter – Zentrale Ressourcen und Herausforderungen. *Deutsches Ärzteblatt online.*

World Health Organization, 2005. *Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?* Available at: http://www.euro.who.int/Document/E87542.pdf [Zugriff am 18 November 2008].

Zimmermann, R.-B. & Bergold, J., 2003. *Wissenschaftliche Begleitforschung des Berliner Krisendienstes: Eine Kooperation zwischen Freier Universität Berlin und Katholischer Fachhochschule Berlin. Band I,* Berlin: Berliner Zentrum Public Health.

4.4 ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anzahl ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (MA) 29
Abbildung 2: Aufgabengebiete ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 30
Abbildung 3: Art der Beteiligung 31
Abbildung 4: Aufgaben der Ehrenamtskoordinatorin/des Ehrenamtskoordinators 31
Abbildung 5: Möglichkeiten für die Neugewinnung Ehrenamtlicher 32
Abbildung 6: Bedarfe für den Einsatz Ehrenamtlicher 32
Abbildung 7: Zufriedenheit mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 33
Abbildung 8: Angaben zur Art der Aufnahme im Krankenhaus 37
Abbildung 9: Entlassungen aus dem Krankenhaus 38
Abbildung 10: Altersstruktur der Fälle getrennt nach dem Geschlecht 39
Abbildung 11: Unterschiedliche Wohnformen getrennt nach dem Geschlecht 40
Abbildung 12: Anteile der Angaben zu Bezugspersonen (N=116) 41
Abbildung 13: Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte (N=116) 45
Abbildung 14: Zeitraum zwischen Aufnahme und Anforderung des Sozialdienstes (N=116) 45
Abbildung 16: Anzahl der Kontakte des Sozialdienstes insgesamt (N=116) 47
Abbildung 17: Anzahl der Kontakte zwischen Sozialdienst und Patientinnen und Patienten 47
Abbildung 18: Weiterversorgung nach der Entlassung (N=116) 49
Abbildung 19: Entlassungsort getrennt nach Altersgruppen 50
Abbildung 20: Entlassungen in die Wohnung mit geplantem Anschluss, Anteile je Altersgruppe 51
Abbildung 21: Entlassungsort getrennt nach Pflegestufe 51
Abbildung 22: Kooperationspartner des Entlassungsmanagements (N=116) 52
Abbildung 23: Bei Entlassung bestehende Einschränkungen (N=116) 54
Abbildung 24: Zeitlicher Verlauf der Fallstudie „Herr Paul“ 2010/2011 61

Tabelle 1: Übersicht der Interviews der ersten Erhebungsphase 15
Tabelle 2: Übersicht der gebildeten Stichproben 36
Tabelle 3: Mittelwert und Median der Verweildauer 36
Tabelle 4: Die wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Nachweises 84

4.5 DATENSCHUTZKONZEPT

4.5.1 GRUNDSÄTZLICHE REGELUNGEN

Im Folgenden sind die verschiedenen Vorgehensweisen zur Wahrung des Datenschutzes aufgeführt. Die einzelnen Abschnitte beziehen sich aufeinander, zur Wahrung der Übersichtlichkeit wurden unter den Überschriften jeweils Themenblöcke zusammengefasst, wobei jeder Themenblock für das gesamte Datenschutzkonzept Gültigkeit besitzt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts SEVERAM (Projektleitung, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, studentische Hilfskräfte, ICEP, Studierende) unterzeichnen, bevor sie Daten erheben oder Zugang zu erhobenen Daten erhalten, eine rechtsverbindliche Schweigepflichterklärung. Im Rahmen dieser Unterzeichnung erfolgt eine Belehrung über die möglicherweise strafrechtlichen Konsequenzen bei Verletzung der Schweigepflicht und über das Datengeheimnis nach zutreffendem Datenschutzrecht, hierfür wird ein Merkblatt mit dem betreffenden Gesetzestexten und den möglichen Sanktionen bei Verstoß gegen diese gesetzlichen Regelungen ausgehändigt.

Datenerhebung

Die Daten, die im Rahmen des Forschungsvorhabens erhoben und analysiert werden, sollen mit ausschließlicher Zweckbindung für das Forschungsvorhaben SEVERAM erhoben und analysiert werden. Für den Fall einer späteren Weiterverwendung wird ein neues Genehmigungsverfahren eingeleitet, für das ein eigenes Datenschutzkonzept verfasst wird. Im Falle von Datenerhebungen aus bestehenden Datenbanken der Krankenhausverwaltung oder anderer Versorgungseinrichtungen durch das Forschungsteam wird ein Pretest unter Aufsicht einer Datenschützerin oder eines Datenschützers vollzogen. Hierbei wird eine exemplarische Datenerhebung vorgenommen, die oder der Zuständige überprüft die Wahrung des Datengeheimnisses, den verantwortungsvollen Umgang mit den Daten und das Instrument zur Datenerhebung auf seine Unbedenklichkeit. Zwischen Datenerhebung auf der einen und der Datenanalyse auf der anderen Seite ist eine personelle Trennung vorgesehen. Wenn möglich werden mit der Datenerhebung auf der einen und der Datenanalyse auf der anderen Seite unterschiedliche Personen beauftragt.

Soweit möglich werden Datenabfragen aus dem Krankenhaus oder anderen Versorgungseinrichtungen durch dortige Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. In diesem Falle werden die Daten bereits pseudonymisiert an das Forschungsteam übergeben.

Pseudonymisierung

Im Falle der Forschung mit personenbezogenen Daten werden diese pseudonymisiert, da aufgrund der Forschungsfrage eine Zielerreichung nur mit Hilfe anonymisierten Daten nicht möglich ist. Die Pseudonymisierung erfolgt gem. §3 Abs. 6a BDSG bzw. §2 (7) KDO durch, „(…) *das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.*"

Für die Pseudonymisierung werden Schlüssel und Codierungen verwendet, so dass die Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Datensätzen erkennbar sind, aber kein persönlicher Bezug möglich ist. Die Codierungen werden auf separat geführten Listen festgehalten, die getrennt von den pseudonymisierten Daten gelagert werden. Soweit möglich wird die Pseudony-

misierung schon bei der Datenerhebung vorgenommen. Mit Ausnahme von Interviews (s. 3.3) ist grundsätzlich eine personelle Trennung bei der Erhebung, Pseudonymisierung und Auswertung der Daten vorgesehen. Daten, die vom Kooperationspartner an das Forschungsteam weitergegeben werden, werden vom Kooperationspartner pseudonymisiert. Als Code wird hierbei die interne Patienten-ID verwendet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Standort KHSB haben keinen Zugang zu den Klardaten, mit denen die Pseudonymisierung entschlüsselt werden könnte. Die Mitarbeiterin am Standort SJKP erhält keinen Zugang zu den Daten, die zusätzlich zu den Daten des Krankenhauses erhoben werden.

Daten, die von weiteren Versorgungseinrichtungen an das Forschungsteam weitergegeben werden, werden ebenso von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweiligen Institution pseudonymisiert. Wenn möglich wird auf die vom Kooperationspartner verwendete Patienten-ID zurückgegriffen, ist dies nicht möglich wird eine Pseudonymisierungscodierung erstellt.

Erstellte Codelisten werden nach der Beendigung des Forschungsprojekts im Reißwolf vernichtet. Im Falle, dass diese Listen archiviert werden sollen, damit sie für spätere Folgeprojekte nutzbar bleiben, werden neue Genehmigungsverfahren eingeleitet und die zuständige Datenschutzbehörde benachrichtigt.

4.5.2 UMGANG MIT DATEN

Datenliste

Zur Übersicht wird eine laufende Liste aller erhobenen Daten geführt. Auf dieser Liste wird jedem Datensatz eine eigene ID Nummer zugeordnet, diese ID Nummern werden ebenfalls für die Protokollierung der Dateneinsichten, -transporte und -kopien verwendet, sowie ebenso als Zitationsangabe bei Ergebnissicherung und Berichten.

Datenlagerung

Zur sicheren Verwahrung der Daten (sowohl in Papierform als auch digital) stehen sowohl in der KHSB als auch beim Kooperationspartner verschließbare Schränke zu Verfügung. Innerhalb der Hochschule besitzt nur der leitende wissenschaftliche Mitarbeiter (U. Binner) eine Zugriffsmöglichkeit auf die Sicherungsschränke und ist hiermit auch für die Dokumentation der Datenentnahme verantwortlich. Im SJKP verfügt die wissenschaftliche Mitarbeiterin ebenso über einen verschließbaren Schrank, zu dem nur sie Zugang besitzt. Die Verwaltung des Krankenhauses verfügt ebenso über datenschutzgerechte Verschlussmöglichkeiten der zu schützenden Daten. Die Verantwortung für die gelagerten Daten liegt jeweils bei dem Mitarbeiter, dem die Schlüsselgewalt obliegt. Ein weiterer Lagerpunkt wird im Büro des Projektleiters eingerichtet, dieses liegt in einem anderen Brandabschnitt des Standortes KHSB.

Protokollierung

Zugriffe auf die Daten, die besonders schützenswert sind werden protokolliert, hierbei wird jeweils vermerkt, wer, wann und wie lange Zugriff auf die Daten hatte. Jeder Transport von Daten wird ebenso protokolliert, hierbei wird jeweils vermerkt, wer, wann, von wo und wohin Daten transportiert hat. Jegliche Übergabe von Daten in Kopie wird protokolliert, hierbei wird jeweils vermerkt, an wen und aus welchem Grund ein kopierter Datensatz weitergegeben wird. Sämtliche Sicherung von Daten wird ebenso protokolliert, hierbei wird die Daten ID vermerkt und die Art der Sicherung sowie die Lagerung der Sicherung.

Kopien von Daten

Werden im Rahmen der Forschungsarbeit Daten oder Datenauszüge (z.B. im Rahmen des ethischen Monitorings) kopiert, wird dies protokolliert. Grundsätzlich werden Daten oder Datenauszüge nur in pseudonymisierter Form weitergegeben. Für den Kopiervorgang wird mit dem Protokoll ein Verantwortlicher festgelegt. Der für den Kopiervorgang Verantwortliche stellt sicher, dass

a) während des Kopiervorganges kein unbefugter Zugang zu den Daten möglich ist und

b) die Daten ausschließlich zweckgebunden verwendet werden sowie

c) die Kopien datenschutzgerecht gelagert werden und

d) nach der zweckgebundenen Verwendung datenschutzgerecht vernichtet bzw. gelöscht werden.

e) der Empfänger der kopierten Daten sowohl eine rechtsverbindliche Schweigepflichtserklärung unterzeichnet als auch eine Belehrung über die möglicherweise strafrechtlichen Konsequenzen bei Verletzung der Schweigepflicht und über das Datengeheimnis nach zutreffendem Datenschutzrecht erfolgt, sowie ein Merkblatt mit dem betreffenden Gesetzestexten und den möglichen Sanktionen bei Verstoß gegen diese gesetzlichen Regelungen ausgehändigt wird.

Daten in Papierform

Daten, die in Papierform an das Forschungsteam geliefert werden oder die durch das Forschungsteam in Papierform erhoben werden, werden in einem verschlossenen Schrank gelagert, zu dem nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Forschungsteam Zugang haben. Der Zugriff auf diese Daten wird mit einer Liste (Name, Zeit, Grund) dokumentiert. Papierdaten werden zur Sicherung in Kopie in einem zweiten abschließbaren Schrank verwahrt. Das Erstellen einer Sicherheitskopie wird protokolliert.

Digitale Daten

Daten, die in digitaler Form an das Forschungsteam geliefert werden oder die durch das Forschungsteam erhoben werden, werden passwortgeschützt auf einem externen Datenträger gespeichert, der in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt wird und zu dem nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Forschungsteams Zugang haben. Der Zugriff auf diese Daten wird mit einer Liste (Name, Zeit, Grund) dokumentiert. Die Daten werden nicht auf den Datenträgern der Arbeitscomputern gespeichert. Für die Auswertung der Daten werden diese in dafür geeignete Programme übertragen (SPSS, MaxQda), die hierbei entstehenden Datenbanken werden ebenso gespeichert und behandelt wie die ursprünglichen Dateien. In regelmäßigen Abständen werden die digitalen Daten zusätzlich auf CD gesichert. Diese Sicherungs-CDs werden ebenso in einem verschlossenen Schrank gelagert. Über das Erstellen von Sicherungskopien wird Protokoll geführt.

Datentransport

Der Transport von Daten wird schriftlich dokumentiert, hierfür wird ein Transportprotokoll erstellt, das Protokoll (siehe Anhang) wird sowohl von der Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter, der die Daten übergibt unterzeichnet als auch von der Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter, der die

Daten transportiert. Auf dem Protokoll sind ferner das Datum des Transports, der Beginn und das Ende des Transports als auch eine Beschreibung der Daten vermerkt. Verantwortlich für den Datentransport ist der auf dem Protokoll als Datenempfänger benannte Unterzeichnende.

Archivordnung

Daten, die nach Abschluss des Forschungsprojekts archiviert werden müssen (Die DFG empfiehlt eine Lagerung von Primärdaten über den Zeitraum von 10 Jahren), werden gemäß folgenden Vorgaben archiviert:

- Daten in Papierform werden in blickdichte Folie eingeschweißt und in einem abschließbaren Behälter im Lager der Hochschule verwahrt. Der Inhaber der Schlüsselgewalt über den abschließbaren Behälter ist zugleich für den datenschutzrechtlich korrekten Umgang mit dem archivierten Material zuständig.
- Digitale Daten werden passwortgeschützt auf einem tragbaren Datenträger gespeichert. Der Datenträger wird in einem abschließbaren Behälter im Lager der Hochschule verwahrt. Der Inhaber der Schlüsselgewalt über den abschließbaren Behälter ist zugleich für den datenschutzrechtlich korrekten Umgang mit dem archivierten Material zuständig. Das Passwort zum Datenzugang wird einer leitenden Verwaltungsperson der Hochschule übergeben, die damit die Verantwortung über den Zugang zu den archivierten Daten erhält.
- Zugriffe auf archivierte Daten können erst erfolgen, wenn eine diesbezügliche Genehmigung durch die zuständige Behörde erteilt worden ist.
- Jeder Zugriff auf die archivierten Daten wird genau protokolliert.
- Wenn die Daten für eine genehmigte Zweitauswertung oder ein Folgeprojekt weiter-/wiederverwendet werden sollen, ist durch den Verantwortlichen für die Archivierung der Daten sicherzustellen, dass das vorliegende Datenschutzkonzept Berücksichtigung findet und die notwendigen Genehmigungen zur Weiter-/Wiederverwendung vorliegen

Datenvernichtung

Daten, die nicht im Sinne der obengenannten Archivordnung gelagert werden, werden nach Abschluss des Forschungsprojekts vernichtet. Daten in Papierform werden durch einen Reißwolf mit höchster Sicherheitsstufe zerstört. Digitale Daten werden von den Speichermedien physikalisch gelöscht, so dass keine Rekonstruktion mehr möglich ist. Sicherungsdatenträger (CD/DVD) werden ebenso durch einen Aktenvernichter zerstört.

Ausgewertete Daten

Ausgewertete Daten sowie Datenauszüge innerhalb der Präsentation von Ergebnissen werden innerhalb des Forschungsteams unprotokolliert weitergegeben. Auswertungen und Ergebnisse werden ebenso im Rahmen von Besprechungen und Meilensteinkonferenzen dem Kooperationspartnern und anderen Versorgungseinrichtungen vorgestellt. Hierbei wird auf die Einhaltung des Datenschutzes geachtet, es werden im Rahmen von Auswertungen und Ergebnisvorstellungen keine Rohdaten vorgestellt oder weitergegeben. Wenn im Rahmen von Ergebnisvorstellungen aus den Interviewdaten zitiert wird, werden nur Zitate verwendet, die keinen Rückschluss auf die Person des Zitierten ermöglichen.

4.5.3 BESCHREIBUNG DES DATENSCHUTZES IN BEZUG AUF DIE EINZELNEN DATENKATEGORIEN

Daten aus Interviews

Die Interviews werden mithilfe eines Aufnahmegeräts aufgezeichnet und im Nachhinein transkribiert. Bei der Erstellung der Transkription werden alle Hinweise auf die Person des Interviewten pseudonymisiert. Ebenso werden alle im Interview benannten Personen und Einrichtungen sowie alle Informationen, die einen Rückschluss auf die benannten Personen und Einrichtungen ermöglichen, pseudonymisiert. Eine Pseudonymisierungsliste wird separat in Papierform geführt und in einem verschlossenen Schrank gelagert. Die Pseudonymisierungsliste wird nur den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Projekts und der Projektleitung zugänglich sein und nach Abschluss des Projekts vernichtet. Die Audioaufnahmen werden passwortgeschützt auf einem externen Datenträger gespeichert, der in einem verschlossenen Schrank gelagert wird. Zu den Audiodaten erhalten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts Zugang, wenn dies für Transkriptionsarbeiten oder Analysearbeiten vonnöten ist. Die Daten aus den Interviews werden nur in ausgewerteter und anonymisierter Form im Rahmen der Ergebnispräsentation veröffentlicht. Die interviewten Personen werden auf die Wahrung der datenschutzrechtlichen Vorgaben durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Forschungsteams hingewiesen. Ebenso werden die interviewten Personen über das Forschungsvorhaben und den Grund der Datenerhebung informiert, dies erfolgt sowohl in mündlicher Form als in schriftlicher Form durch eine Kurzdarstellung des Forschungsvorhabens. Die Interviewten unterzeichnen eine schriftliche Einverständniserklärung. Die Interviewten haben das Recht ihr Einverständnis rückwirkend zurück zu nehmen, in diesem Fall verpflichtet sich das Forschungsteam die bereits erhobenen Daten zu vernichten.

Experteninterviews

Im Falle von Experteninterviews wird die Einverständniserklärung am Standort KHSB gelagert, es werden keine Informationen über die Interviewpartnerinnen und -partner der Experteninterviews an Dritte weitergegeben, es sei denn, der Interviewte gibt hierzu ausdrücklich seine Zustimmung ab. Bei Experteninterviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des SJKP wird gegenüber den anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses keine Auskunft über die weiteren interviewten Personen gegeben, die Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des SJKP werden nur von den wissenschaftlichen Mitarbeiterin und dem wissenschaftlichen Mitarbeiter, die am Standort KHSB arbeiten, geführt.

Patientinnen- und Patienteninterviews

Interviews mit Patientinnen und Patienten des SJKP werden erst nach Unterschrift einer schriftlichen Einverständniserklärung geführt. Im Rahmen der Einholung des Einverständnisses wird den Patientinnen und Patienten auch ein Informationsblatt über das Forschungsvorhaben ausgehändigt. Die Einverständniserklärung verbleibt im SJKP. Die Pseudonymisierung der Interviewten erfolgt anhand der Patienten-ID.

Angehörigeninterviews

Bevor Angehörige der Patientinnen und Patienten interviewt werden, wird sowohl die schriftliche Einverständniserklärung der Patientin oder des Patienten eingeholt, dass ihre oder seine Angehörigen zu seiner Versorgung befragt werden dürfen als auch die schriftliche Einverständniserklärung der oder des zu interviewenden Angehörigen. Die Pseudonymisierung erfolgt anhand

der Patienten-ID und einem Zusatz aus dem deutliche wird, in welchem Bezug die oder der Angehörige zu der Patientin oder dem Patienten steht (z.B. S = Sohn, T = Tochter), ebenso wird durch einen Zahlenzusatz das Alter vermerkt.

Fallstudien

In Rahmen des Forschungsvorhabens ist es vorgesehen, ausgewählte Fälle während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu untersuchen. Hierbei sollen neben Daten aus Interviews mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen (s.u.) auch weitere Daten aus dem Krankenhaus (z.B. interne Auswertung des Sozialdienstes) berücksichtigt werden. Diese Erhebung kann nur mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten erfolgen. Die Vorgaben des §4(3) BDSG und des §3 (2) KDO werden hierbei berücksichtigt. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und informiert, den Patientinnen und Patienten widerfährt keine Benachteiligung, wenn sie keine Einwilligung erteilen, ebenso werden die Betroffenen ausdrücklich und unübersehbar über die wesentlichen Modalitäten der vorgesehenen Verarbeitung der Daten in mündlicher und schriftlicher Form aufgeklärt.

Werden Angehörige befragt, wird sowohl von der Patientin oder dem Patienten die Einverständnis, dass ihre bzw. seine Angehörigen befragt werden dürfen eingeholt, wir ebenso das Einverständnis der Angehörigen in schriftlicher Form. Ebenso erfolgt eine Aufklärung in schriftlicher und mündlicher Form. Bei den Fallstudien werden nur die Daten an das Forschungsteam übermittelt, die für das Forschungsvorhaben von Interesse sind. Daten, die unter die Bestimmungen des § 203 (1) StGB fallen, werden nicht weitergeben. Die Erhebung von zusätzlichen Daten aus dem Datenbestand des Krankenhauses erfolgt durch die Mitarbeiterin am Standort SJKP, während der Erhebung wird bereits eine Pseudonymisierung vollzogen. Das Datenschutzkonzept wird für solche Erhebungen fortgeschrieben. Personenbezogene Daten der Fallstudien werden in einem verschlossenen Schrank gelagert, die digitalen Daten, die im Rahmen von Erhebung und Auswertung der Daten verwendet werden, werden wie oben beschrieben gelagert.

Teilnehmende Beobachtung

Im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung werden Protokolle in Papierform erstellt, diese werden im Nachhinein in ein Textverarbeitungsprogramm eingegeben. Mit diesem Schritt werden alle personenbezogenen Informationen pseudonymisiert (s. oben). In den Protokollen wird ein Codierverfahren angewendet, mit dem eine Typisierung (z.B. Ärztin/Arzt, Patientin/Patient, Angehörige/Angehöriger), eine Geschlechterzuordnung, eine Alterszuordnung und eine Zuordnung zu der jeweiligen Station im Krankenhaus vorgenommen werden. Die Daten, die in dieser Form vorliegen, werden nur von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsteams eingesehen. Die Protokolle in Papierform werden von der Mitarbeiterin des Forschungsteams am Standort SJKP gemäß den oben aufgeführten Vorgaben gelagert, die Protokolle in Form von digitalen Dateien werden gemäß den oben aufgeführten Vorgaben transportiert und am Standort KHSB gemäß den oben aufgeführten Vorgaben aufbewahrt. Die Daten der Protokolle werden nur in ausgewerteter und anonymisierter Form im Rahmen von Ergebnispräsentationen veröffentlicht.

4.5.4 ERKLÄRUNG FÜR MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

ISG · Institut für Soziale Gesundheit

SEVERAM

Erklärung zur Einhaltung der Schweigepflicht und zur Wahrung des Datenschutzes

Hiermit erkläre ich (Vor- und Nachname, Geburtsdatum) meine Verschwiegenheit bezüglich der Daten, zu denen ich im Rahmen meiner Arbeit im Projekt SEVERAM Zugang erhalte.

Ich werde keine Informationen an unbefugte Personen oder Institutionen weitergeben. Ich werde die Anonymität der befragten Personen wahren. Ich werde keine personenbezogenen Informationen der Befragten, Mitarbeiter und der Patienten an den Kooperationspartner des Projektes weitergeben.

Die Bestimmungen des Datenschutzes sind mir bekannt und ich verpflichte mich diese einzuhalten. Mir ist bekannt, dass Verstöße gegen die Bestimmungen des Datenschutzes strafrechtliche Konsequenzen haben können.

Daten, die unter die Bestimmungen des §203(1) StGB fallen, werde ich nicht weitergeben.

Berlin, den TT.MM.JJJJ

Unterschrift:

4.5.5 ERKLÄRUNG ZUR ÜBERGABE VON DATENKOPIEN

ISG · Institut für
Soziale Gesundheit

Erklärung zur Übergabe von Datenkopien

Berlin, den TT.MM.JJJJ

Hiermit erkläre ich (*Vor- und Nachname, Geburtsdatum*), dass mir am TT.MM.JJJJ folgende Daten durch (*Name Datenverwalter*) in Kopie übergeben worden sind:

- XX (Name des Datensatzes/der Datensätze)

Die Daten wurden mir aus folgendem Grund in Kopie übergeben:

Begründung

Ich erkläre hiermit,

- ☐ dass ich über den Datenschutz belehrt worden bin und sämtliche mir in Kopie übergebene Daten gemäß den Vorgaben des Datenschutzes behandeln werde.
- ☐ dass ich die in Kopie übergebenen Daten datenschutzgerecht lagern und nur zweckgebunden im Rahmen des Auftrages, der begründet, dass die Daten an mich übergeben worden sind, behandeln werde.
- ☐ dass ich verpflichte nach Ausführung meines Auftrages alle mir in Kopie übergebenen Daten vollständig zu löschen.
- ☐ dass ich Daten, die mir in Papierform übergeben wurden nach meiner Nutzung datenschutzgerecht vernichten werde.
- ☐ dass ich Daten, die mir als digitale Kopie übergeben worden sind, physikalisch von dem von mir verwendeten Speichermedium löschen werde.

Unterschrift Datenempfänger

Unterschrift Datenverwalter:

4.5.6 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG TEILNAHME FALLSTUDIEN

Alexianer
ST. JOSEFS-KRANKENHAUS
POTSDAM-SANSSOUCI

Mitwirkung am Forschungsprojekt SEVERAM

Das St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanscoussi arbeitet mit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin in dem auf der nächsten Seite beschriebenen Forschungsprojekt zusammen. Das Projekt hat zum Ziel, in der Landeshauptstadt Potsdam ein Versorgungsmanagement für ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt zu entwickeln und damit die Versorgungssituation für diese Menschen zu verbessern.
Dazu werden u.a. patientenbezogene Daten aus dem St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci ausgewertet und ausgewählte Patientinnen und Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes sowie nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus vom Forschungsteam befragt.
Die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projekts sind der strikten Verschwiegenheit verpflichtet und werten die erhobenen Daten anonymisiert unter Einhaltung des Datenschutzes aus.
Wir möchten Sie herzlich bitten, Ihr Einverständnis für die Mitwirkung an der Studie zu erteilen, damit die Versorgungssituation für ältere Menschen in Potsdam weiter verbessert werden kann. Auf der nächsten Seite finden Sie weitere Informationen über das Forschungsprojekt.

Vielen Dank!

Sibylle Kraus (Leitung Sozialdienst)

Einverständniserklärung

Ich bin durch die Mitarbeiter des Forschungsprojekts SEVERAM über das Projekt, die Erhebung und Verwendung von Daten informiert worden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Teilnahme am Forschungsprojekt.
Ich stimme zu,

- dass diese Einwilligung vollkommen freiwillig erfolgt,
- dass die mit mir geführten Interviews auf Tonträger aufgenommen, verschriftlicht und ausgewertet werden,
- dass die wissenschaftlichen Mitarbeiter nach meiner Entlassung aus der stationären Behandlung Kontakt zu mir für weitere Gespräche aufnehmen,
- dass die wissenschaftlichen Mitarbeiter nach Rücksprache mit mir, auch weitere an meiner Behandlung und Pflege beteiligte Personen zu mit mir abgesprochenen Inhalten befragen dürfen,
- dass die wissenschaftlichen Mitarbeiter nach Rücksprache mit mir Einblick in meine Daten in der Sozialdienstdokumentation zu beantragten Leistungen und für die Versorgung nach der Entlassung organisierten Hilfen (auch bei früheren Aufenthalten) nehmen dürfen.

Ich kann jederzeit meine hier erteilte Einwilligung zurücknehmen oder meine Zustimmung zu einzelnen Teilen der Datenaufnahme verweigern.

Potsdam, den

(Name Patient) (Geburtsdatum)
(Unterschrift)

4.5.7 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR FALLVORSTELLUNG

Einverständniserklärung

Hiermit willige ich, _____, geb. am _____ ein, dass über meine Versorgungssituation in einer Fallkonferenz des Netzwerkes „Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam“ gesprochen wird und im Rahmen einer Falldiskussion Handlungsschritte zur Verbesserung dieser geplant werden.

Nach Rücksprache mit mir, dürfen meine Kontaktdaten an Teilnehmer der Fallkonferenz weitergegeben werden, damit diese mich kontaktieren können, um mir Unterstützungsangebote zu unterbreiten.

Meine persönlichen Daten und die während der Fallbesprechung entstehenden Aufzeichnungen werden datenschutzgerecht behandelt und nur in anonymisierter Form weiterverarbeitet, um daraus Erkenntnisse zu gewinnen, anhand derer die Versorgungssituation älterer Menschen in Potsdam verbessert werden kann.

Ich kann dieses Einverständnis jederzeit zurückziehen.

Potsdam, den

Unterschrift: