

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fachbereich Sozialpädagogik

Studiengang Pflege

Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus in den
ambulanten pflegerischen Sektor – eine empirische
Untersuchung am Beispiel Wandsbeker Pflegedienste

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 28.10.2006

Vorgelegt von: Tina Eckermann

Matrikelnummer 1647578

Worther Twiete 26

21502 Geesthacht

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Susanne Busch, HAW-Hamburg

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer, HAW-Hamburg

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
1. Einführung	1
2. Gesetzlicher und politischer Hintergrund.....	4
2.1 Rahmenbedingungen	4
2.1.1 Krankenhausversorgung	5
2.1.2 Krankenhausverweildauer	6
2.1.3 Diagnosis Related Groups.....	7
2.1.4. Ambulante Pflegedienste.....	9
2.2. Kranken- und Pflegeversicherung	11
2.2.1 Krankenversicherung	11
2.2.2 Pflegeversicherung.....	12
2.2.3 Integrierte Versorgung.....	13
2.2.4 Ambulant vor stationär	14
2.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement	15
2.3.1 Schnittstellen.....	17
2.3.2 Versorgungskontinuität und Versorgungsbrüche	19
2.3.3 Pflegeüberleitung	22
3. Ableitung der Untersuchungsfragen.....	25
3.1 Patientenzahlen und Strukturdaten	25
3.2 Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassungen	25
3.3 Informationsübermittlung	26
3.4 Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln	27
3.5 Kooperationen.....	28
3.6 Verbesserungsbedarf	28
4. Methodik und Untersuchungsregion.....	29
4.1 Der Bezirk Wandsbek.....	29
4.2 Erhebungsmethode	30
4.3 Durchführung der Befragung	31
4.4 Fragebogen.....	32
4.5 Auswertungsstrategien	33

5. Darstellung der Ergebnisse	35
5.1 Ergebnisse zu „Patientenzahlen“ und „Strukturdaten“	35
5.2 Ergebnisse zu „Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassungen“	39
5.4 Ergebnisse zur „Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandmitteln“	47
5.5 Ergebnisse zu „Kooperationen“	49
5.6 Ergebnisse zum „Verbesserungsbedarf“	50
6. Diskussion	52
6.1 Patientenzahlen und Strukturdaten	52
6.2 Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassung	52
6.3 Informationsübermittlung	57
6.4 Beratung von Neuaufnahmen im Krankenhaus	59
6.5 Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln	60
6.6 Kooperationen	61
6.7 Verbesserungsbedarf	63
6.8 Grenzen der Aussagefähigkeit	65
7. Fazit	66
Literaturverzeichnis	70
Anhangsverzeichnis	VII
Eidesstattliche Erklärung	

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DRGs	Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HPG	Hamburgische Pflegegesellschaft
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI
StBA	Statistisches Bundesamt
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schnittstellen bei der Pflegeüberleitung	18
Abbildung 2: Größe der Pflegedienste anhand der Gesamt-Patientenzahlen	35
Abbildung 3: Größe der Pflegedienste anhand der Patientenzahlen nach SGB V	36
Abbildung 4: Größe der Pflegedienste anhand der Patientenzahlen nach SGB XI	36
Abbildung 5: Größe der Pflegedienste	37
Abbildung 6: Fachkräfteanteil in den Pflegediensten	37
Abbildung 7: Anzahl der Wiederaufnahmen im ersten Quartal 2006	38
Abbildung 8: Anzahl der Neuaufnahmen im ersten Quartal 2006	39
Abbildung 9: Betriebsbestehen der Pflegedienste	39
Abbildung 10: Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung in den Krankenhäusern in Prozent	40
Abbildung 11: Entlassende Krankenhäuser	41
Abbildung 12: Kontaktaufnahme vor der Entlassung durch das Krankenhaus	41
Abbildung 13: Erhalt von schriftlichen Informationsquellen aus dem Krankenhaus bei Neuaufnahmen	44
Abbildung 14: Erhalt von schriftlichen Informationsquellen aus dem Krankenhaus bei Wiederaufnahmen	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung von Krankenhausverweildauer und Fallzahlen	6
Tabelle 2: Entwicklung der Altersstruktur entlassener Krankenhauspatienten	7
Tabelle 3: Funktionen des Fragebogenausfüllenden	38
Tabelle 4: Nicht rechtzeitige Information über den Entlassungstermin in Prozent	42
Tabelle 5: Zeitbedarf für die Entlassungsplanung bei Neuaufnahmen	42
Tabelle 6: Zeitbedarf für die Entlassungsplanung bei Wiederaufnahmen	42
Tabelle 7: Bekanntgabe des Zeitpunktes des Entlassungstermins	43
Tabelle 8: Zeitpunkt des Erhalts der ärztlichen Kurzbriefe	43
Tabelle 9 : Zeitpunkt des Erhalts der Pflegeüberleitungsbögen	43
Tabelle 10: Vollständigkeit der Information auf den schriftlichen Informationsquellen	45
Tabelle 11: Häufigkeit der mündlichen Information durch Mitarbeiter des Krankenhauses	46
Tabelle 12: Durchführung einer Beratung des Pflegedienstes	46
Tabelle 13: Inhalte der Beratung durch die Pflegedienste im Krankenhaus	47
Tabelle 14: Vorhandene Pflegehilfsmittel bei Neuaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	48
Tabelle 15: Vorhandene Pflegehilfsmittel bei Wiederaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	48
Tabelle 16: Vorhandene Medikamente bei Neuaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	48
Tabelle 17: Vorhandene Medikamente bei Wiederaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	48
Tabelle 18: Vorhandene Verbandsmittel bei Neuaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	49
Tabelle 19: Vorhandene Verbandsmittel bei Wiederaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	49
Tabelle 20: Mit den Pflegediensten kooperierende Einrichtungen	50
Tabelle 21: Verbesserungsbedarf bei den Akteuren bezüglich der Zusammenarbeit bei	50
Tabelle 22: Gegenüberstellung des nicht rechtzeitigen Erhalts des Entlassungstermin, des Planungszeitraums für Neuaufnahmen und des Informationszeitraums in Prozent	55
Tabelle 23: Gegenüberstellung von der Durchführung einer Beratung durch die ambulanten Pflegedienste im Krankenhaus und das Vorhandensein von Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln bei Neuaufnahmen	59

Tabelle 24: Gegenüberstellung von Vorteilen durch Kooperationen, fehlenden Informationen	62
Tabelle 25: Gegenüberstellung Kontaktaufnahme, nicht rechtzeitige Information, Planungs-zeitraum, Informationszeitpunkt bei Pflegediensten mit Kooperationsverträgen	62

1. Einführung

Durch die Einführung des Diagnosis Related Groups (DRG) -Abrechnungssystems wurde dem seit Jahren in der Pflegewissenschaft diskutiertem Thema Patientenüberleitung eine neue Aktualität verliehen. In anderen Ländern wurde seit der DRG-Einführung die Erfahrung gemacht, dass sich die Schwierigkeiten, die Pflegeüberleitung ohne Reibungsverluste sicherzustellen, noch verschärfen werden. (vgl. Wingenfeld, 2005, S.246) Die Verweildauer in den Krankenhäusern wird weiter reduziert werden und die Voraussetzung für eine kontinuierliche Versorgung von Patienten, vor allem in der häuslichen Umgebung, ist eine planvolle Pflegeüberleitung. Aufgrund der angestrebten Verweildauerverkürzung werden Pflegeleistungen, die vormals im Krankenhaus erbracht wurden, in die weiterver sorgenden Institutionen verlagert. Auch Entlassungen am Wochenende werden sich in Zukunft nicht vermeiden lassen. In die ambulante Pflege werden Patienten kommen, die einen behandlungsintensiven Zustand aufweisen. Die Nachfrage nach häuslicher Krankenpflege im Sinne des § 37 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) sowie nach Pflegeversicherungsleistungen wird steigen. Seit 2002, pünktlich zur Einführung der DRGs, gibt es einen nationalen, pflegerischen Expertenstandard zum Thema Entlassungsmanagement. Viele Krankenhäuser bemühen sich mittlerweile, eine Pflegeüberleitung im Sinne des Expertenstandards durchzuführen. In der „Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2010“ der Stadt Hamburg ist fixiert, dass das kommende „Hamburgische Krankenhausgesetz“ die Krankenhäuser zu einem aktiven Entlassungsmanagement verpflichten soll. Dies spiegelt sich auch im aktuellen Gesetzesentwurf zur Änderung des Krankenhausgesetzes wieder (vgl. Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg, 2006, S 1. ff.). Ein Entlassungsmanagement soll mit der kommenden Gesetzesänderung für alle Hamburger Krankenhäuser verbindlich werden.

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit den Problemen der Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus aus der Perspektive von Wandsbeker Pflegediensten. Ziel der Arbeit ist es, anhand der Darstellung der Ist-Situation Schwachstellen und Probleme in der Pflegeüberleitung zu identifizieren. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde eine quantitative Erhebung mit einem eigens dazu entwickelten Fragebogen durchgeführt. Ferner werden die Ergebnisse der Untersuchung mit dem – im „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ beschriebenen – „Soll- Zustand“ verglichen. Anhand der Identifikation der Schwachstellen und Probleme werden am Ende der Arbeit Empfehlungen zur Verbesserung der Situation abgegeben.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf eine Problemanalyse aus der Perspektive der befragten Pflegedienste; weitere an der Pflegeüberleitung beteiligte Akteure, wie z.B. Krankenhäuser, kommen an dieser Stelle nicht zu Wort. Um die Perspektiven der anderen Akteure darzustellen, müssten weitere Befragungen erfolgen. Dies kann mit einer Diplomarbeit, die einer zeitlichen Begrenzung unterliegt, nicht geleistet werden.

Die Motivation, sich für das Thema Pflegeüberleitung zu entscheiden, rührt zum einen aus dem Interesse an diesem Themengebiet und zum anderem an der Verknüpfung von Theorie und Praxis und der Herausforderung, eine empirische Arbeit von diesem Umfang durchzuführen.

Kooperationspartner dieser Diplomarbeit ist die Arbeitsgruppe „Integrierte Versorgung“ der Wandsbeker Pflegekonferenz¹. Diese AG gab den Anstoß für die Untersuchung und bereitete das Feld für die Befragung vor. Die Arbeitsgruppe „Integrierte Versorgung“ gehört der Wandsbeker Pflegekonferenz an und nahm ihre Arbeit im Juli 2004 auf. Sie ist eine von sieben Arbeitsgruppen der Pflegekonferenz. Die Arbeitsgruppe entstand aus der Annahme heraus, dass im Bezirk Wandsbek unter den Dienstleistern ein Interesse besteht, sich zu verschiedenen Fachthemen auszutauschen und in Projekten, die die integrierte Versorgung nach §140 a-d SGB V fördert, zusammen zu arbeiten (vgl. Jahresbericht der Wandsbeker Pflegekonferenz 2005, S. 15). In der Arbeitsgruppe treffen sich regelmäßig Vertreter aus Pflegediensten, einem Therapiezentrum und einer Apotheke. Weitere Mitglieder sind eine Diplompflegewirtin und eine Unternehmensberaterin, die gleichzeitig die Gruppe leitet. Arbeitsschwerpunkte sind bisher die Themen „Patientenüberleitung“ und „Entlassungsmanagement“. Das Ziel der Arbeitsgruppe ist es, die Überleitung von Patienten aus und in die verschiedenen Versorgungseinrichtungen zu verbessern und die Versorgungsbeteiligten für die Überleitungssituation in Wandsbek zu sensibilisieren. Eine Maßnahme zum Erreichen des Ziels ist die im Rahmen dieser Diplomarbeit durchgeführte Untersuchung.

Die Arbeit ist in einen theoretischen und einen empirischen Teil untergliedert. In Kapitel 2 wird zunächst der für die Pflegeüberleitung relevante gesetzliche und politische Hintergrund geschildert, dabei wird auf die Rahmenbedingungen eingegangen, zu denen die Krankenhausversorgung mit der Entwicklung der Krankenhausverweildauer und das Abrechnungssystem der DRGs gehören. Es folgt eine Darstellung der Kranken- und Pflegeversicherung, in deren Rahmen die integrierte Versorgung skizziert wird. Der gesetzlich

¹ Nach § 2 Abs. 2 des Hamburgischen Landespflegegesetzes können zur Sicherung und qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung Pflegekonferenzen gebildet werden. Die Wandsbeker Pflegekonferenz ist eine von fünf Konferenzen in Hamburg.

verankerte Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird in einem eigenen Abschnitt erläutert. Der „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ folgt in einem weiteren Abschnitt, unter dem auch die Schnittstellenproblematik aufgegriffen wird. Hier wird außerdem die Gefahr von Versorgungsbrüchen thematisiert. Am Ende des Kapitels werden unterschiedliche Definitionen, die es vom Begriff „Pflegeüberleitung“ gibt, geschildert, um dann auf das in dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis dieses Begriffs zu kommen. Im dritten Kapitel werden die Untersuchungsfragen aus dem zuvor beschriebenen theoretischen Hintergrund abgeleitet. Die Untersuchungsfragen bilden die Basis des Fragebogens.

Der empirische Teil beginnt mit dem vierten Kapitel. In diesem Kapitel folgt nach der Beschreibung der Untersuchungsregion eine Darstellung der Erhebungsmethode. Anschließend wird die Durchführung der Befragung beschrieben. Der Fragebogen wird im nächsten Abschnitt vorgestellt. Vor der Ergebnisdarstellung wird die Auswertungsstrategie geschildert. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Befragung diskutiert und bewertet. Ausgehend von der Diskussion werden Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Pflegeüberleitung entwickelt. Die Grenzen der Aussagefähigkeit der Befragung werden im folgenden Abschnitt beschrieben. Die Arbeit schließt in Kapitel 7 mit einem Fazit ab, in dem eine Zusammenfassung der Arbeit vorgenommen wird und die Handlungsempfehlungen akteursbezogen dargestellt werden.

2. Gesetzlicher und politischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die derzeit bestehenden Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen gegeben. Die Krankenhausversorgung wird skizziert und es werden Aussagen über die Entwicklung der Krankenhausverweildauer getroffen. Weitere Themen des zweiten Kapitels sind die Versicherungssysteme der Kranken- und Pflegeversicherung und das Vergütungssystem der DRGs. Unter dem Abschnitt zum „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ werden die Probleme der Schnittstellen beschrieben, Versorgungskontinuität und Versorgungsbrüche dargestellt sowie das Verständnis von Pflegeüberleitung beschrieben, welches dieser Arbeit zugrunde liegt.

2.1 Rahmenbedingungen

Im deutschen Gesundheitswesen ist eine Vielfalt von Leistungserbringern an der Versorgung von Patienten beteiligt. Der stationäre Sektor umfasst Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Altenpflegeheime. Der ambulante Sektor ist aufgegliedert in den Bereich der niedergelassenen Ärzte (Haus- und Fachärzte) und in den pflegerischen Bereich, zu dem ambulante Pflegedienste zählen. Weitere Angehörige von Gesundheitsberufen, wie z.B. Hebammen, Physiotherapeuten oder Logopäden, arbeiten entweder in freier Praxis oder als Angestellte in stationären Einrichtungen.

Die relativ starre Trennung zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor ist das bestimmende Merkmal der Leistungserbringung (vgl. Szathmary 1999, S. 36). Die unterschiedlichen kulturellen Ausprägungen und Zielvorstellungen der einzelnen Leistungsanbieter fördern eine Desintegration der Versorgung. Einzelinteressen und Optimierung von Teilbereichen kennzeichnen die Arbeitskultur. „Die Kommunikation zwischen den Versorgungsbereichen gestaltet sich schwierig und ist eher vom Konkurrenzdenken als vom Kooperationswillen geprägt“ (ebd.). Eine weitere Leitbildproblematik ergibt sich in der Auseinandersetzung zwischen medizinischer und ökonomischer Logik (vgl. Schrappe 2003, S. 85). „Mangelnder Austausch von Informationen, Abstimmungsprobleme zwischen einzelnen Versorgungsstufen, zahlreiche Schnittstellen, mangelnde Vernetzung der Leistungsbereiche, Defizite an gemeinsamen Zielvorstellungen und Werthaltungen sowie fehlende Zuordnung von Funktionen und Positionen im System der Versorgungsprozesse erschweren in ihrem Zusammenwirken eine ganzheitliche, am Einzelfall orientierte Versorgung, [...] der vergangene und zukünftige Krankheitsverlauf des Menschen wird in der

direkten Behandlung von Krankheiten kaum wahrgenommen“ (Mühlbacher, A., 2002, S. 55f.). Im folgenden Abschnitt wird auf die Krankenhausversorgung eingegangen.

2.1.1 Krankenhausversorgung

In Deutschland gibt es etwa 2200 Krankenhäuser, die sich entweder in öffentlicher, freigeinnütziger oder privater Trägerschaft befinden. Die einzelnen Bundesländer sind verantwortlich für die Planung der Krankenhausversorgung. Durch die Krankenhauspläne werden jedem Haus Kapazitäten in Form von Fachabteilungen und Planbetten zugeteilt. Die Finanzierung der Krankenhäuser wird in einem dualen System vorgenommen. „Die Bundesländer übernehmen die Finanzierung der Investitionen in den Krankenhäusern [...]. Die durch die erbrachten Leistungen verursachten variablen Kosten werden durch die gesetzliche Krankenkasse oder durch die private Krankenversicherung erbracht“ (Mühlbacher, A., 2002, S. 51). Alle Krankenhäuser werden drei verschiedenen Versorgungsebenen zugeordnet:

- der Grund- und Regelversorgung
- der Zentralversorgung
- der Maximalversorgung.

Unter Grund- und Regelversorgung ist die ortsnahe Versorgung der Bevölkerung mit den Leistungsbereichen Allgemeinchirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie zu verstehen. Diese Krankenhäuser haben etwa 250 Betten. Bei der Zentralversorgung werden neben der Grundversorgung spezialisierte Krankenhausleistungen aus Bereichen der Chirurgie, wie etwa Gefäßchirurgie vorgehalten. In der Inneren Medizin werden ebenfalls spezielle Leistungen vorgenommen. Auch halten Häuser der Zentralversorgung Betten für HNO, Augenheilkunde und Urologie vor. Diese Krankenhäuser haben etwa 700 Betten und versorgen rund eine halbe Millionen Menschen. Krankenhäuser der Maximalversorgung halten das gesamte Leistungsspektrum der Medizin vor. Beispielsweise gehören Universitätskliniken zu dieser Kategorie von Krankenhäusern.

Patienten haben keinen freien Zugang zu den Krankenhäusern, sondern müssen sich von einem niedergelassenen Arzt einweisen lassen. Nur im Notfall kann der Patient das Krankenhaus direkt aufsuchen. Die Krankenhausbehandlung kann voll- und teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht werden. Ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt ist indiziert, wenn das Behandlungsziel nur dadurch erreicht werden kann. In § 39 Abs. 1 SGB V ist festgelegt, dass die Krankenhausbehandlung alle Leistungen umfasst, die für die medizinische Versorgung des Patienten notwendig sind. Während des stationären Aufenthalts werden Patienten ärztlich und pflegerisch versorgt und erhalten alle not-

wendigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Unterkunft und Verpflegung. Gesetzlich Versicherte müssen bei einer stationären Behandlung derzeit einen Klinikeigenanteil von 10 € pro Tag für längstens 28 Kalendertage im Jahr zahlen. Dabei soll die Krankenhausbehandlung nur so lange erfolgen, wie es medizinisch unbedingt nötig ist. Fehlbelegungen sollen vermieden werden und es wird angestrebt, die allgemeine Verweildauer im Krankenhaus zu senken.

2.1.2 Krankenhausverweildauer

Die Krankenhausverweildauer hat seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts stark abgenommen. Wurden Patienten 1991 durchschnittlich 14,0 Tage im Krankenhaus behandelt, so waren es 2004 bundesweit nur noch 8,7 Tage (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006a). In Hamburg lag die Verweildauer 2004 mit 8,4 Tagen sogar noch unter dem bundesweiten Durchschnitt.

Die Fallzahlen sind bundesweit im gleichen Zeitraum von 14 577 im Jahre 1991 auf 16 802 im Jahre 2004 gestiegen (siehe Tabelle 1). Gleichzeitig nahm die Anzahl der Planbetten in Akutkrankenhäusern ab. Für die Krankenhäuser bedeuten diese Zahlen, dass mehr Patienten in kürzerer Zeit aufgenommen, therapiert und auch wieder entlassen werden müssen.

Tabelle 1: Entwicklung von Krankenhausverweildauer und Fallzahlen

Jahr	Verweildauer in Tagen	Fallzahlen
1991	14,0	14 577
1992	13,2	14 975
1993	12,5	15 191
1994	11,9	15 498
1995	11,4	15 931
1996	10,8	16 165
1997	10,4	16 429
1998	10,1	16 847
1999	9,9	17 093
2000	9,7	17 263
2001	9,4	17 325
2002	9,2	17 432
2003	8,9	17 296
2004	8,7	16 802

Quelle: Statistisches Bundesamt

Durch die demografische Entwicklung hat sich auch der Anteil an alten und hochaltrigen (80 bis 85 Jahre) Patienten im Krankenhaus erhöht. Die Anzahl an Entlassungen von Pa-

tienten im Alter ab 55 Jahren deutlich gestiegen (siehe Tabelle 2). „Sie stieg zwischen 1994 und 2001 um 32% [...] an“ (Wingenfeld 2005, S. 45). Eine weitere auffällige Altersgruppe sind Patienten ab 75 Jahren. Die Steigerung zwischen 1994 und 2001 betrug hier 46,1%. Dies entspricht mehr als einer Millionen Fälle.

Tabelle 2: Entwicklung der Altersstruktur entlassener Krankenhauspatienten

Alter	Anteil an allen Patienten in %		Veränderungen 1994 bis 2001	
	1994	2001	absolut	in %
bis unter 25	18,5	15,0	- 197.273	- 7,4
25 – 44	24,2	20,8	- 55.346	- 1,6
45 – 54	11,7	11,3	+ 173.841	+10,3
55 – 64	14,6	15,8	+ 495.208	+23,4
65 - 74	15,7	17,6	+ 631.715	+27,8
75 und älter	15,3	19,5	+ 1.016.764	+46,1

Quelle: Wingenfeld 2005, S. 46

Somit treten im Entlassungsgeschehen Patienten in den Vordergrund, die vermehrt von altersbedingten und chronischen Erkrankungen betroffen sind. Die Altersgruppe der 80 bis 85-Jährigen ist von Multimorbidität und zunehmender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet (vgl. Deutscher Bundestag, 2002, S. 39).

Der Großteil der Behandlungskosten von Krankheiten wurde im Jahr 2004 von der Altersgruppe von 65 Jahren und älter verursacht. Neubildungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und psychische Verhaltensstörungen rangieren auf den ersten Plätzen der Krankheiten, die die höchsten Behandlungskosten verursachen und eine Einstufung in eine Pflegestufe begründen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006b sowie Wagner, 2002, S. 3). Gerade für diese Patienten zeichnet sich ein erhöhter poststationärer Unterstützungsbedarf ab. Das Fallpauschalensystem der DRGs ist eine Maßnahme, um die Verweildauer weiter zu senken und die Kosten im Gesundheitswesen einzudämmen.

2.1.3 Diagnosis Related Groups

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde die Einführung der Diagnosis Related Groups ab dem 01. Januar 2003 beschlossen. Der Gesetzgeber hat zu diesem Zweck ein neues Gesetz geschaffen, das „Gesetz zur Einführung des DRG-Vergütungssystems für Krankenhäuser (DRG-Einführungsgesetz).“ Dieses Gesetz umfasst grundlegende Veränderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz, im Sozialgesetzbuch V (SGB V) und in der Pflegesatzverordnung (vgl. Korber, Herberger, 2001, S. 858). Das Fallpauschalensystem

der DRGs löst die alte Vergütungsform für die Krankenhäuser (außer für die Psychiatrie) ab. Krankenhäuser, die bereits ab dem 01. Januar 2003 auf das neue System umstiegen, erhielten Vergünstigungen. Verpflichtend eingeführt wurden die DRGs ab dem 01. Januar 2004, mit einer Übergangsphase bis 2007.

Die DRGs fassen Patienten mit ähnlichen Krankheitsbildern und Behandlungskosten in Gruppen zusammen. Für die Gruppenzuordnung sind folgende Faktoren von Bedeutung (vgl. Kellnhauser, Vitt, Müller, 2001, S. 210):

- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen
- Alter des Patienten
- Entlassungsstatus
- Verweildauer
- Geburtsgewicht
- Anzahl der Beatmungstunden

Alle Patienten im akutstationären Bereich werden als Behandlungsfall während eines Krankenhausaufenthaltes einer DRG zugeordnet. Die Vergütung des Krankenhausaufenthaltes richtet sich nach der DRG und nicht mehr wie vor deren Einführung nach der Verweildauer bei tageseinheitlichen Pflegesätzen. Für die Krankenhäuser bedeutet diese Form der Vergütung, dass nur notwendige Leistungen erbracht werden und der Patient innerhalb einer bestimmten Zeit wieder entlassen wird. Eine Verweildauerverkürzung wird angestrebt. Wingenfeld (2005, S. 48) merkt an, dass die Reduzierung der Versorgungsleistungen auf ´das absolut Notwendige` von der Politik gewollt ist. Allerdings besteht nach seiner Auffassung die Gefahr, dass unter dem erhöhten Kostendruck das Risiko besteht, „die Schwelle der Unterversorgung zu überschreiten.“ Weiterhin schreibt Wingenfeld (vgl.2005, S. 49), dass eine Verkürzung der Verweildauer nicht immer zu einer Kostenersparnis führt, da die Leistungsdichte pro Patient und Tag steigt. Es kommt zu einer Intensivierung des Behandlungs- und Pflegeaufwandes.

Um zu frühe bzw. zu späte Entlassungen zu verhindern, gibt es im DRG-System jeweils eine untere bzw. obere Grenzverweildauer. Wird ein Patient unterhalb der Grenzverweildauer entlassen, muss das Krankenhaus Abschläge in der Vergütung hinnehmen. Auch wenn der Patient innerhalb einer bestimmten Zeit mit der gleichen Diagnose wieder ins Krankenhaus eingeliefert wird, geschieht dies zu Lasten des Krankenhauses. Damit Krankenhäuser dieses Finanzierungssystem wirtschaftlich überleben, sind sie gezwungen, das Versorgungsgeschehen zu reorganisieren. „Reorganisation meint in diesem

Zusammenhang in erster Linie den Übergang zu einer nachhaltigen internen Prozesssteuerung, die sich sowohl auf Umfang und Struktur der Leistungen als auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes bezieht“ (Wingenfeld 2005, S. 47). Hierzu eignet sich die Einführung von Versorgungspfaden (Critical/Clinical Pathways) und eines Case Managements² zur Koordination und Überwachung von komplexen Versorgungsprozessen. Davon unabhängig lässt sich das Risiko von Wiedereinweisungen reduzieren, wenn eine Nachversorgung außerhalb des Krankenhauses gewährleistet werden kann. Dazu muss eine standardisierte Pflegeüberleitung erfolgen. Eine Möglichkeit, neben der ärztlichen Nachsorge nach dem Krankenhausaufenthalt die Versorgung der Patienten zu gewährleisten, ist die Einschaltung eines ambulanten Pflegedienstes, der die pflegerische Betreuung übernimmt.

2.1.4. Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste erbringen in der häuslichen Umgebung zentrale Leistungen bei der Versorgung von akutkranken, hilfs- und pflegebedürftigen Patienten. Sie tragen in erheblichem Maße zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung der Bevölkerung bei (vgl. Isfort et al, 2004). Viele Pflegedienste haben sich auf bestimmte Fachgebiete spezialisiert und bieten unterschiedliche Leistungen an.

Ein ambulanter Pflegedienst kann einem privaten oder gemeinnützigen Träger gehören. Mit der Einführung der Pflegeversicherung vor mehr als 10 Jahren ist die Zahl der Pflegedienste zunächst gestiegen. Nach einem anfänglichen Boom konsolidierte sich der Markt. Der ambulante Pflegemarkt ist „kein boomender Markt mehr, sondern ein Markt, der sich kontinuierlich verändert und dabei beständig aber langsamer als bisher wächst“ (Isfort et al, 2004, S.8). Unter den verschiedenen Anbietern scheint es – laut Isfort et al – einen harten Wettbewerb unter zunehmend einschnürenden Rahmenbedingungen zu geben. „Dies führt bereits heute dazu, dass sich die große Mehrheit der Leistungsanbieter mit dem Rücken an der Wand stehen und sich in der unternehmerischen Existenz sogar bedroht sehen“ (Isfort et al, 2004, S.7).

In Hamburg gibt es in etwa 380 ambulante Pflegedienste, die insgesamt 12.200 Pflegebedürftige betreuen. Das Angebot ist für Patienten und Krankenhäuser sehr unübersichtlich und die Konkurrenz unter den Diensten ist ausgeprägt. In der ambulanten Pflege gibt es eine ausreichende Anzahl von Anbietern in allen Stadtteilen. Etwa ein Drittel aller

² Case Management und Critical Pathways können nicht näher beschrieben werden, da es den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde.

Hamburger Pflegedienste verfügt über einen besonderen Schwerpunkt wie z.B. Demen-
tenbetreuung und Palliativpflege oder hat fremdsprachige Pflegeteams, die sich auf Pati-
enten mit einem Migrationshintergrund konzentrieren (vgl. Behörde für Soziales und Fa-
milie³, 2005, S. 18).

Es ist möglich, dass Pflegedienste und Krankenhäuser Kooperationsverträge abschlie-
ßen, so dass die Pflegeüberleitung in den Händen von Pflegediensten liegt. In Hamburg
haben einzelne ehemalige LBK-Häuser sowie das Amalie-Sieveking Krankenhaus Koope-
rationsverträge mit privaten Pflegediensten abgeschlossen. Ferner gibt es in Hamburg
zwei große Anbieter von externer Pflegeüberleitung (vgl. Care konkret, 2005). Zum einen
ist Careline Hamburg KG zu benennen und zum anderen der Pflegepartner Diakonie
GbR. Unter der Dachorganisation Pflegepartner Diakonie haben sich 24 Diakonie- und
Sozialstationen zusammengeschlossen. Sie haben Kooperationsverträge mit Hamburger
Krankenhäusern (Albertinen-Haus, Albertinen-Krankenhaus, Bethesda-Allgemeines Kran-
kenhaus Bergedorf, Diakonie-Klinikum Hamburg und das Marienkrankenhaus) abge-
schlossen und garantieren eine 24-stündige Erreichbarkeit sowie die Übernahme von Pa-
tienten in kürzester Zeit.

Careline Hamburg ist eine Managementgesellschaft und hat Kooperationsverträge mit
drei Hamburger Krankenhäusern: der Asklepiosklinik Eilbek, der Asklepiosklinik Wands-
bek und mit dem Universitätsklinikum Eppendorf. Weiterhin besteht ein Vertrag nach §
140 a ff. SGB V⁴ zwischen der Deutschen Angestellten Krankenkasse Hamburg DAK und
Medical Eye-Care gemeinsam mit Careline Hamburg für Katarakt-Operationen. (vgl. Ca-
reline Hamburg.de). Über 40 Pflegedienste in privater und gemeinnütziger Trägerschaft,
eine Apotheke, ein Reha-Service sowie weitere Industriepartner sind unter dem Dach von
Careline organisiert.

Durch oben genannte Kooperationsformen sichern sich Pflegedienste einen Patienten-
fluss aus Krankenhäusern. Sie haben dadurch unter Umständen Vorteile gegenüber an-
deren Anbietern, die nicht über solche Verträge verfügen. Strehlau-Schwoll (vgl. 2001, S.
16) beschreibt als einen Vorteil von Kooperationen, dass das Verlegungsmanagement
abgestimmt sowie die Einheitlichkeit der Pflege und Behandlung sichergestellt werden
kann.

³ Behörde für Soziales und Familie der Hansestadt Hamburg

⁴ Vertrag zu integrierter Versorgung

Die ambulante Pflege wird von verschiedenen Sozialversicherungsträgern oder von Privatpersonen finanziert. Für die „Behandlungspflege“ kommen in der Regel die Krankenversicherungen, für die „Grundpflege“ die Pflegeversicherungen auf.

2.2. Kranken- und Pflegeversicherung

Die Finanzierung von Pflege- und Gesundheitsleistungen erfolgt in Deutschland über unterschiedliche Systeme. Die Kosten für medizinische Behandlungen durch niedergelassene Ärzte und im Krankenhaus sowie die Pflege im Krankenhaus werden fast vollständig von der Krankenversicherung übernommen. Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden von der Pflegeversicherung teilfinanziert. Hierzu zählen die ambulante Pflege in der Häuslichkeit und die stationär oder teilstationär erbrachten Leistungen in Pflegeheimen oder in Tagespflegeeinrichtungen. Im folgenden Abschnitt werden die beiden unterschiedlichen Sozialversicherungen skizziert.

2.2.1 Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist im SGB V verankert. Ihr gehört rund 90% der Bevölkerung an (vgl. Vieß et al, 2000, S. 103). Die Träger der GKV sind die gesetzlichen Krankenkassen. Die GKV bewilligt Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten.

Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt Leistungen an Versicherte nach dem Bedarfs- und Sachleistungsprinzip. Bedarfsprinzip meint hier, dass Versicherte Leistungen nach dem medizinischen Bedarf erhalten und zwar unabhängig von der Höhe der eingezahlten Beiträge. Unter Sachleistungsprinzip ist zu verstehen, dass die Versicherten behandelt werden, ohne eine Rechnung zu erhalten. Die Krankenkassen schließen dazu Verträge mit den Leistungserbringern ab (Krankenhäuser, Apotheken, Ärzte), mit denen sie im Krankheitsfall abrechnen. Ausgenommen hiervon sind die Leistungen, bei denen die Versicherten zuzahlen müssen, wie z.B. für Arzneimittel. Die Beiträge der Kassen werden nach dem Solidarprinzip erhoben. Wer mehr verdient, zahlt höhere Beiträge. Ehegatten und Kinder werden beitragsfrei mitversichert, wenn sie nicht über ein eigenes Einkommen verfügen. Parallel zur gesetzlichen existiert die private Krankenversicherung.

Häusliche Pflege kann verordnet werden, „wenn Krankenhausbehandlung geboten ist, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann“ (§ 37 (1) SGB V). Auch bei Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes kann Häusliche Pflege verordnet werden.

2.2.2 Pflegeversicherung

Die gesetzliche und private Pflegeversicherung ist seit mehr als 11 Jahren im SGB XI verankert. Sie wurde als 5. Säule der Sozialversicherungen, neben Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung am 26.05.1994 eingeführt. Organisatorisch wurde die Pflegeversicherung bei den (gesetzlichen und privaten) Krankenkassen angesiedelt, d. h. es wurde kein eigenständiger Verwaltungsapparat geschaffen.

Die Pflegeversicherung soll das finanzielle Risiko bei Pflegebedürftigkeit im Sinne einer Teilkaskoversicherung absichern (vgl. Bader et al, 2000, S. 395). Als pflegebedürftig gilt laut § 14 SGB XI, wer „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und alltäglichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem (§ 15) Maß der Hilfe bedarf.“ Pflegebedürftige werden durch den MDK in eine von drei Pflegestufen eingeordnet. In § 18 (3) SGB XI ist geregelt, dass eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) bei einem Krankenhausaufenthalt des Antragstellers innerhalb einer Woche erfolgen soll, wenn Hinweise bestehen, dass damit die ambulante oder stationäre Weiterversorgung sichergestellt wird. In § 3 SGBXI ist geregelt, dass die Pflegeversicherung vorrangig die häusliche Pflege unterstützen soll, „damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.“ Ende 2003 gab es laut der Pflegestatistik 2003 über 2 Millionen Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen, das entspricht 1,44 Millionen, wird zu Hause betreut. 450.000 Pflegebedürftige werden von ambulanten Pflegediensten versorgt (vgl. Statistische Bundesamt, 2005, S. 3).

Die Finanzierung der Leistungen von ambulanten Pflegediensten erfolgt vor allem über die Kranken- und Pflegeversicherung. Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz müssen zuvor ärztlich verordnet und durch die Krankenkasse genehmigt werden, damit der Leistungserbringer seine Kosten erstattet bekommt. Damit Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz gewährt werden, bedarf es einer Einstufung in eine der drei Pflegestufen. Um ärztlich verordnete Leistungen genehmigt zu bekommen, ist für die Pflegedienste ein erheblicher administrativer Aufwand notwendig. Laut Isfort haben ambulante Pflegedienste zunehmend „damit zu kämpfen, dass ärztliche Verordnungen seitens der Krankenkassen in der Dauer gekürzt [...] oder nicht ohne weiteres anerkannt werden [...], gleichwohl sie verordnet sind. So werden seitens der Pflegedienste vielfach Leistungen erbracht, die nicht oder nur nach erheblichem Koordinierungs- und Verhandlungsaufwand überhaupt akzeptiert und finanziert werden. Die ambulanten Pflegedienste

sehen hier einen dringenden Handlungsbedarf, denn nur bei einer ausreichenden Finanzierung und einer klaren Verordnungslage kann eine langfristige und angemessene Versorgung der Patienten gewährleistet werden“ (Isfort, 2004, S. 10). Oftmals werden durch Pflegedienste Leistungen erbracht, die nicht bezahlt werden, weil ärztliche Verordnungen nicht rechtzeitig ausgestellt wurden. Die Krankenkassen lassen eine Rückdatierung der Verordnungen nur in einem geringen zeitlichen Umfang zu. Ein weiteres Problem in diesem Zusammenhang stellt die restriktive Verordnungspraxis der Ärzte dar, deren Budgets begrenzt sind. „Da Pflegebedürftige häufig nicht in der Lage sind, sich selbst um die notwendige Verordnung für häusliche Krankenpflege, deren regelmäßige Verlängerung oder Rezepte für Pflegehilfsmittel, Salben etc. zu bemühen, übernehmen dies in der Regel die betreuenden Pflegekräfte der Sozialstation oder des ambulanten Pflegedienstes“ (Simon, 2003, S. 67). Pflegedienste haben häufig Schwierigkeiten, die Beschaffung der notwendigen Verordnungen zu organisieren, was auch wiederum mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden ist.

2.2.3 Integrierte Versorgung

Um die Betreuung von pflegebedürftigen und chronisch kranken Menschen einrichtungsübergreifend zu gewährleisten, ist eine integrierte Versorgungspraxis erforderlich. Die integrierte Versorgung wird durch die §§ 140 a ff. SGB V geregelt. Ziel dieser Versorgungsform ist die Steigerung der Effizienz der medizinischen Versorgung.

Die Trennung zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens soll zugunsten einer vernetzten Struktur aufgehoben werden. Behandlungsabläufe sollen integriert werden, so dass Doppeluntersuchungen vermieden werden und der Informationsaustausch zwischen allen an der Versorgung des Patienten Beteiligten verbessert wird. Schnittstellenproblematiken sollen so verringert werden. Laut Mühlbacher (vgl. 2002, S.67f.) lassen sich die Funktionen, die durch die integrierte Versorgung erbracht werden, in medizinisch-pflegerische und nicht-medizinische Funktionen unterteilen. Unter nicht-medizinischen Funktionen werden solche verstanden, die sich mit Informationsströmen, Administration und mit der Steuerung der Prozesse beschäftigen. Ein Arzt hat beispielsweise mehrere Funktionen, wenn er nicht nur die medizinische Betreuung der Patienten übernimmt, sondern er auch die nachfolgenden Behandlungsschritte plant und kontrolliert. Damit die Informationsströme fließen können, muss ein Informationssystem geschaffen werden, welches die Patientendaten zu jeder Zeit an jedem Ort verfügbar macht (unter der Berücksichtigung des Datenschutzes). „Voraussetzung für eine integrierte, an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete Versorgungspraxis innerhalb des differen-

zierten Gesundheitssystem ist die Schaffung einer tragfähigen bereichs- und professionsübergreifenden Kommunikations- und Kooperationskultur“ (Müller-Mundt et al, 1998, S.197).

Zur Anschubfinanzierung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 % der Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung und von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten.

Im „Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform“ (BMG, 2006, S. 6) ist die Einbindung der Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung vorgesehen. „Erforderlich ist die Einführung von §§ 140a ff. SGB V entsprechenden Regelungen im SGB XI und auch von zusätzlichen entsprechenden Finanzierungsregelungen“ (BMG, 2006, S. 32). Dies wäre ein begrüßenswerter Schritt in die richtige Richtung, denn bislang wurden Pflegebedürftige nicht ausreichend in die integrierte Versorgung miteinbezogen. Eine Gesetzesänderung in diesem Sinne würde auch dem gesetzlichen Anspruch „ambulant vor stationär“ gerecht werden. Im nächsten Abschnitt wird dieser Grundsatz skizziert.

2.2.4 Ambulant vor stationär

Seit den 1970er Jahren wird in Deutschland vermehrt der politische Versuch unternommen, den Krankenhaussektor zu begrenzen und die Gesundheitsversorgung in den ambulanten Bereich zu verlagern. „Unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ sollte der zunächst auf den durch die demographische Alterung und die Zunahme chronischer Erkrankungen verursachten Wandel der gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung reagiert werden“ (Schaeffer, Ewers, 2001, S.13). In § 3 SGB XI ist der Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären Versorgung festgeschrieben. Die Krankheitsbewältigung der Menschen soll im direkten Lebensumfeld der Betroffenen stattfinden. Neben diesem Aspekt steht eindeutig die Absicht im Vordergrund, die Kosten im stationären Bereich und damit im gesamten Gesundheitswesen zu senken. Als Folge davon expandierte die ambulante ärztliche Versorgung und es entstanden soziale Dienste für verschiedene Nutzergruppen. Die ambulante Pflege wurde zunehmend ausgebaut. Dies so entstandene dichte Versorgungsnetz weist zugleich viele Lücken auf, die darauf zurückzuführen sind, dass der infrastrukturelle Ausbau ohne Rückgriff auf Bedarfsparameter erfolgt ist. „Eine vorwiegend ambulant erfolgende Versorgung ist jedoch nicht nur darauf angewiesen, dass im ambulanten Versorgungssektor die erforderliche Infrastruktur gegeben ist und sich die dort tätigen Professionen und Versorgungsinstitutionen an den damit verbundenen Auf-

gaben- und Verantwortungswandel angepasst haben, sie erfordert zugleich ein hohes Maß an Integration, Koordination und Kontinuitätssicherung, ja eine kooperativ angelegte Versorgung“ (Schaeffer, 2002, S. 35). Eine Bemühung seitens der Pflege, die Versorgungskontinuität zu sichern und eine nahtlose Überleitung zu ermöglichen, besteht im „Expertenstandard Entlassungsmanagement“, auf den im folgenden Abschnitt eingegangen wird.

2.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement

Expertenstandards gelten laut Brömme (2000, S. 55) als vorweggenommene Sachverständigengutachten. Insofern haben Expertenstandards Leitliniencharakter und werden mittlerweile sogar in Begründungen für Gesetzesentwürfe aufgenommen. In Hamburg sollen mit der Novellierung des Krankenhausgesetzes alle Krankenhäuser verpflichtet werden, ein Entlassungsmanagement im Sinne des Expertenstandards durchzuführen (vgl. Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg, 2006, S.1 ff).

Der „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ wurde 2002 erstmals veröffentlicht. Er wurde anschließend im Rahmen von Pilotprojekten in 19 verschiedenen Einrichtungen implementiert und evaluiert. Die endgültige Fassung kam im Jahre 2004, rechtzeitig zur flächendeckenden Einführung der DRGs, heraus. Der Expertenstandard zeigt auf, wie eine koordinierte Entlassung aus dem Krankenhaus in nachsorgende Einrichtungen aussehen kann. Dabei werden keine Regelungen getroffen, ob ein Krankenhaus ein direktes oder indirektes⁵ Entlassungsmanagement bevorzugen sollte. Ein gutes Entlassungsmanagement kann nur in multidisziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden, bei der alle Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses, wie z.B. Pflegekräfte, Mediziner und Sozialarbeiter ihre Aufgaben wahrnehmen. Der Expertenstandard geht jedoch von der eindeutigen Initialisierung der Entlassungsplanung durch die Pflegekraft aus.

Die zentrale Aussage des Standards lautet: „Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung“ (Expertenstandard Entlassungsmanagement, 2004, S. 49). Zentrale Merkmale eines Entlassungsmanagements im Sinne des Expertenstandards lassen sich folgendermaßen kennzeichnen (vgl. ebd.):

Eine Voraussetzung sind schriftliche Verfahrensregelungen zur Ablauforganisation der Entlassung mit Angaben zur Qualifikation und Aufgabenteilung der Berufsgruppen. Weiter

⁵ Auf die unterschiedlichen Organisationsformen wird in Abschnitt 2.3.3 näher eingegangen.

muss die Einrichtung geeignete Assessment- und Evaluationsinstrumente vorhalten, mit denen Risikopatienten, bei denen ein poststationärer Unterstützungsbedarf zu erwarten ist, identifiziert werden können. Welche Assessmentinstrumente besonders geeignet sind, lässt der Standard offen.⁶ Die Ersteinschätzung soll innerhalb von 24 Stunden nach der Patientenaufnahme erfolgt sein.

Aufgrund der Identifizierung von Patienten mit Unterstützungsbedarf entwickelt die Pflegefachkraft eine individuelle Entlassungsplanung. Dies soll in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie beteiligten Berufsgruppen geschehen. Die Pflegefachkraft führt weiterhin Beratungen und Schulungen von Patienten und Angehörigen in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf durch bzw. vermittelt die erforderlichen Schulungen und Beratungen an andere Berufsgruppen.

In Kooperation mit allen am Entlassungsprozess beteiligten (Patienten, Angehörige, interne und externe Berufsgruppen sowie weiterversorgende Einrichtungen) soll die Pflegefachkraft den Entlassungstermin abstimmen. Der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf des Patienten wird mit der weiterversorgenden Einrichtung abgestimmt und den dortigen Mitarbeitern soll eine Pflegeübergabe angeboten werden.

Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung aus dem Krankenhaus soll die Entlassungsplanung überprüft und bei Bedarf modifiziert werden, damit die Planung dem individuellen Bedarf des Patienten und seiner Angehörigen entspricht.

Die Evaluation der Entlassung soll innerhalb von 48 Stunden nach der Pflegeüberleitung stattfinden, indem die Pflegefachkraft mit dem Patienten, seinen Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung Kontakt aufnimmt.

Die Begründung für den Expertenstandard lautet: „Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie mit Beratungs-, Schulungs-, und Koordinationsleistungen und einer abschließenden Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen“ (ebd. S.49).

Der Erfolg einer gelungenen Entlassung kann aber nicht alleinig in der Verantwortung der entlassenden Einrichtung liegen. Auch die aufnehmende Einrichtung ist verpflichtet, ihren

⁶ Im Expertenstandard werden folgende Assessmentinstrumente benannt: der Functional Independence Measure (FIM®), der Barthel-Index, das Nursing Needs Assessment Instrument (NNAI), das Reha Aktivitäten Profil (RAP). Diese Assessmentinstrumente werden nicht uneingeschränkt empfohlen, sondern sie müssen je nach Zielgruppe ausgewählt werden.

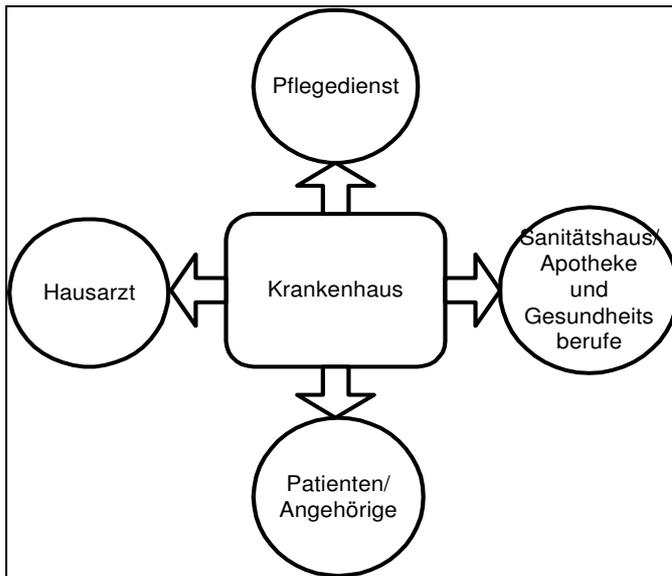
Beitrag zur angemessenen Versorgungskontinuität zu leisten. „Vor diesem Hintergrund fordert der hiermit vorgelegte Mosaikstein auf zur gemeinsamen Weiterarbeit an der systematischen Etablierung einer einrichtungsübergreifenden Versorgungscoordination, um die Defizite des fragmentierten Versorgungssystems zu überwinden“ (Expertenstandard Entlassungsmanagement, 2004, S. 36). Im folgenden Abschnitt werden die Schnittstellen dargestellt, die es durch eine solche Koordination zu überwinden gilt.

2.3.1 Schnittstellen

Die Berührungspunkte unterschiedlicher Abteilungen und Berufsgruppen im Krankenhaus werden als Schnittstellen bezeichnet. „Sie sind eine Folge der Spezialisierung von Organisationseinheiten und der sich daraus ergebenden Übergänge zwischen den einzelnen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen“ (Vahs, 2001, S. 101). Im Krankenhaus bestehen neben internen Schnittstellen auch Berührungspunkte nach außen. Durch Schnittstellen können Probleme wie zum Beispiel Informationsverluste durch mangelhafte Kommunikation oder unklar geregelt Verantwortlichkeiten und Kompetenzen entstehen. Im ambulanten pflegerischen Sektor sind, ähnlich wie im Krankenhaus, verschiedene Berufsgruppen sowie die Angehörigen an der Versorgung der Patienten beteiligt. Während im Krankenhaus alles unter einem Dach und somit die Zusammenarbeit und Informationsweitergabe durch die Organisationsstruktur geregelt ist, werden die Dienstleistungen an den Patienten im ambulanten Bereich von verschiedenen Anbietern erbracht. Dadurch ergeben sich eine Fülle von interorganisatorischen und interprofessionellen Schnittstellen. Gute Kooperationsbeziehungen und Vernetzungsstrukturen sind für die Pflegedienste erforderlich, um effizient und effektiv arbeiten zu können.

Für die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nach seinem Krankenhausaufenthalt sind u. a. folgende Schnittstellen von Bedeutung: Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst, Kostenträger wie Kranken- und Pflegeversicherung (mit dem MDK), Dienstleister wie Apotheken und Sanitätshäuser, Gesundheitsberufe wie Physio- und Ergotherapeuten (vgl. auch Abbildung 1).

Abbildung 1: Schnittstellen bei der Pflegeüberleitung



Quelle: Eigene Darstellung

An jeder dieser Schnittstellen kann es zu Problemen kommen. Wenn beispielsweise der Hausarzt keinen Entlassungsbrief mit Angaben zur Medikation und Diagnosen erhält, wird er keine Verordnungen ausstellen, die wiederum der Pflegedienst zur Aufnahme seiner Tätigkeit benötigt. Für den Patienten entsteht an dieser Stelle ein Bruch der Versorgungskontinuität.

Dangel (vgl. 2000, S. 13) differenziert Schnittstellenprobleme nach *Struktur*, *Prozess* und *Ergebnis*. Bei der *Struktur* gibt sie ungeklärte Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, fehlende Vorgaben und Anforderungen, fehlende Kriterien zur Beurteilung der Qualität der Entlassungsplanung, fehlende oder unzureichende Arbeitsmittel und Instrumente oder mangelnde Kenntnisse im Umgang mit diesen an. Im *Prozess* können z. B. unzureichende Informationen oder die mangelnde Weitergabe von Informationen, fehlende Kommunikation und Kooperation Ursachen von Schnittstellenproblemen sein. Dangel kritisiert, dass das *Ergebnis* der Entlassung zu selten überprüft wird, beispielsweise durch einen Routineanruf bei Patienten.

Höhmann (vgl. 2003, S. 41) schlägt zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen vor, dass Pflegedienste Antrittsbesuche oder Erstgespräche bei den Patienten im Krankenhaus durchführen. Dies würde dann dazu beitragen, Versorgungsbrüche zu vermeiden und Versorgungskontinuität herzustellen.

2.3.2 Versorgungskontinuität und Versorgungsbrüche

Nach einem Krankenhausaufenthalt ist die Behandlung bei einer Vielzahl von Patienten nicht abgeschlossen. Besteht weiterhin ein pflegerischer oder medizinischer Unterstützungsbedarf, so steht eine kontinuierliche Versorgung im Vordergrund, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Die World Health Organization (WHO) schlägt folgende Definition von Versorgungskontinuität vor:

„Continuity of care emphasizes the patients' experience and journey through the system of health and social services [...]. Three main definitions of continuity of care refer to:

- longitudinal or provider continuity (seeing the same professional each time, with added value if there is a therapeutic, trusting relationship);
- continuity across the secondary/primary care interface (discharge planning from specialist to generalist care); and
- continuity of information (through shared records)“ (Gröne, Garcia-Barbero, 2002, S. 2).

Weiterhin bedeutet Versorgungskontinuität, dass Patienten und ihre Angehörigen alle nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten haben und dass alle benötigten Hilfs-, Verbands-, und Heilmittel bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bereitstehen.

Feuerstein stellt in seiner systembezogenen Betrachtungsweise fünf typische, sich einander zum Teil bedingende Brüche in der Versorgungskontinuität zwischen Berufsgruppen und Systemen des Gesundheitswesens dar. „*Auf der Ebene des sachlichen Zusammenhanges* erscheint vor allem die Entflechtung von technik- und interaktionsintensiven, von akutmedizinischen und rehabilitationsbezogenen Leistungen problematisch. Mögliche Folgen für den Patienten sind Mängel an kognitiver Orientierung und psychoemotionaler Unterstützung, Irritation im Behandlungsverlauf und der Krankheitsbewältigung, verschüttete Rehabilitationspotentiale“ (Feuerstein, 1993, S. 50). Damit ist gemeint, dass Versorgungsleistungen, die eigentlich in einem Zusammenhang stehen, wie z.B. die erst erfolgte akutstationäre Behandlung und die darauf folgende Rehabilitation vom Patienten unterschiedlich bewertet werden und sich daraus Defizite in der Compliance ergeben können sowie ein verringerter Nutzen des Ressourceneinsatzes.

„*Auf der Ebene des personellen Zusammenhanges* ist es insbesondere die professionelle Spezialisierung und weitgehende Arbeitsteilung, die eine Integration des Behandlungsgeschehens erschwert“ (ebd.). Für die Patienten bedeutet dies möglicherweise einen häufigen Wechsel von vielen verschiedenen Bezugspersonen. „Mögliche Folgen für das

System sind Probleme der Informationsübertragung und der reibungslosen Koordination und Kooperation des Behandlungsablaufs“ (ebd.).

„Auf der Ebene des institutionellen Zusammenhanges ist es vor allem die relative Selbstständigkeit des Leistungsangebots der funktionalen Teilsysteme [...] entsprechend ihrer jeweiligen Partikularökonomie und/oder spezifischen Kriterien für medizinische Rationalität“ (ebd.). Für Patienten kann dies bedeuten, dass Untersuchungen möglicherweise doppelt vorgenommen werden oder aber, dass indizierte Pflege- und Therapiemaßnahmen nicht durchgeführt werden, wenn sie nicht im Focus des schwerpunktmäßigen Versorgungsauftrags liegen oder im Budget nicht vorgesehen sind.

„Auf der Ebene des zeitlichen Zusammenhanges treten in erster Linie zwei Probleme in Erscheinung: erstens die Linearisierung der Abfolge einzelner Behandlungssegmente; und zweitens Diskontinuitäten, Verdichtungen und Leerläufe im Behandlungsablauf“ (Feuerstein, 1993, S. 51). Hiermit ist gemeint, dass es aufgrund von übereilten Entlassungen oder zu spät eingeleiteten Rehabilitationsmaßnahmen zur Verschüttung von Potentialen kommen kann. Der Aufwand zur Mobilisierung dieser Potentiale ist dann sehr hoch.

„Auf der Ebene des konzeptionellen Zusammenhanges sind es vor allem die professionellen Leitbild-Differenzen, die einer wirksamen Integration des Versorgungsgeschehens im Wege stehen“ (ebd.). In der akutstationären Behandlung steht die Notfallversorgung der Patienten im Vordergrund, hingegen kommt in der häuslichen Pflege die Förderung und Aufrechterhaltung der Selbstpflegefähigkeiten eine größere Bedeutung zu. Patienten erfahren dadurch Desorientierung und „für das System bedeutet das Nebeneinander konkurrierender Orientierungen medizinischen Handelns eine strategische Blockade für die Entwicklung und Durchsetzung optimierter Versorgungskonzepte“ (ebd.).

Wingenfeld (vgl. 2002, S. 338) beschreibt, dass es bei dem Übergang von der stationären Versorgung in die häusliche Pflege häufig folgende Probleme gibt: Die vom Patienten benötigten Hilfen stehen nicht rechtzeitig oder nicht im erforderlichen Umfang zur Verfügung. Die nahtlose Fortsetzung der medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Maßnahmen ist nicht sichergestellt. „Probleme dieser Art sind in weiten Teilen das Ergebnis unzureichender Planung sowie mangelnder Information und Abstimmung“ (ebd.). Ambulante Pflegedienste sehen sich dann mit dem Problem konfrontiert, dass der Entlassungstermin zu spät mitgeteilt wird, so dass insbesondere zum Wochenende Personalengpässe entstehen und nur dringend erforderliche Pflegemaßnahmen durchgeführt werden können. Ein weiteres Problem sieht Wingenfeld (vgl. ebd.) im Fehlen von Pflegehilfsmitteln und Arzneimittelverordnungen. Nur unter erheblichem Kommunikationsauf-

wand und hohem Zeitaufwand können Verordnungen und Hilfsmittel beschafft werden und oft ist Improvisation erforderlich, um die Versorgung sicherzustellen. „Unzureichende Informationen über Pflegebedarf, medizinische Diagnosen, vorausgegangene Pflege und Behandlung erschweren die angemessene Pflegeplanung und stehen einer nahtlosen Fortführung spezifischer Maßnahmen von vornherein entgegen“ (ebd.). Die an der ambulanten Versorgung beteiligten Berufsgruppen sind auf Informationen aus dem Krankenhaus angewiesen. „Fehlende, lückenhafte, verspätete oder unklare Information wird seit langem als eines der schwerwiegendsten Probleme beim Übergang in die häusliche Pflege diskutiert“ (Wingefeld, 2002, S. 342). Besonders bei Patienten, die vorher nicht Kunde des Pflegedienstes waren, wird durch ein Informationsdefizit die Herstellung eines dem Pflegebedarf angemessenen Versorgungssettings erschwert. Aber auch bei der Wiederaufnahme der ambulanten Pflege benötigt der Dienst umfassende Informationen, denn während des Krankenhausaufenthaltes können Veränderungen in der gesamten Therapie vorgenommen worden sein.

Eine besondere Gefahr für Brüche in der Versorgungskontinuität besteht, besonders seit der Einführung der DRGs, für die drei folgenden Patientengruppen (vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement, 2004, S. 30):

1. für Patienten mit sehr kurzen Verweildauern wie z.B. nach minimal- invasiven Eingriffen, bei denen ein poststationärer Pflegebedarf besteht,
2. für chronisch Kranke oder multimorbide pflegebedürftige ältere Patienten, die eine dauerhafte pflegerische Betreuung benötigen,
3. für Patienten, die durch eine unkoordinierte Entlassung Gesundheits- oder Rehabilitationspotentiale verlieren (beispielsweise durch zu späte Einleitung von Rehabilitationsmöglichkeiten), deren Lebensqualität z.B. durch fehlende Informationen oder schlechtes Schmerzmanagement eingeschränkt wird oder bei denen sich zu früh ein pflegerischer Hilfebedarf entwickelt, der durch entsprechende Interventionen hätte verhindert werden können.

Der „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ verfolgt zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen die folgenden Ziele:

1. die Abstimmung und Koordination der poststationären Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen, den Patienten sowie den Angehörigen

2. die Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen von Patienten und Angehörigen, damit diese mit der Situation nach dem Krankenhausaufenthalt umzugehen lernen.

2.3.3 Pflegeüberleitung

Neben Pflegeüberleitung finden sich in der Literatur weitere Begriffe, die sich mit dem Übergang von Patienten in weiterversorgende Settings beschäftigen. So finden sich beispielsweise Überleitungspflege, pflegerische Entlassungsplanung, Patientenüberleitung, Entlassungsmanagement in der Fachliteratur. In diesem Abschnitt soll auf verschiedene Definitionen und Organisationsformen eingegangen werden, um dann das Verständnis von Pflegeüberleitung in dieser Arbeit daraus abzuleiten.

Joosten (1997, S. 27) beschreibt Pflegeüberleitung folgendermaßen: „Ich umfasse mit dem Begriff ‚Pflege-Überleitung‘ alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die notwendig sind, um eine weitere kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten, und zwar beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung und umgekehrt.“

Bei Gittler-Hebestreit und Spiller (2003, S. 167) findet sich nachfolgende Definition von Pflegeüberleitung für ihr Projekt: „Pflegeüberleitung ist das prozesshafte Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen mit dem Ziel, einem Patienten die bestmögliche pflegerische, medizinische und psychosoziale Weiterbetreuung nach der Entlassung aus der Klinik zu sichern.“

Dangel (2004, S. 12) definiert pflegerische Entlassungsplanung wie folgt: „Die pflegerische Entlassungsplanung umfasst alle Tätigkeiten der Pflege, die bei der Verlegung/Entlassung eines Patienten von einer Einrichtung in eine andere oder in die häusliche Pflege durchgeführt werden. Sie findet über Professions-, Einrichtungs- und Versorgungsgrenzen hinweg statt und kann als pflegerische Begleitung derjenigen Patienten bezeichnet werden, die auch nach der Verlegung/Entlassung einen Versorgungsbedarf aufweisen. [...] Die pflegerische Entlassungsplanung ist ein Prozess, der systematisch, fachlich begründet und frühzeitig den Versorgungsbedarf eines Patienten nach seiner Entlassung erhebt, plant, entsprechende Tätigkeiten durchführt und auswertet.“

Mit dem Begriff Überleitungspflege wird vor allem auf einen Ansatz von Böhm verwiesen, bei dem Patienten aus dem geronto-psychiatrischen Bereich von einer Bezugspflegekraft

aus dem Krankenhaus in ihr Zuhause begleitet und gezielt aktivierend gepflegt werden (vgl. Dangel, 2004, Brandt, 2005).

Entlassungsmanagement, wie es das Verfahren im Expertenstandard beschreibt, gibt einen Rahmen vor, wie Überleitungen durchgeführt werden sollen. Das Verfahren besteht aus vier Stufen: Assessment, Planung, Durchführung und Evaluation. (vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement). Im Expertenstandard wird das prozesshafte Vorgehen in den Vordergrund gerückt. In Abschnitt 2.3 wurde bereits näher auf den „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ eingegangen.

Die Formen der Pflegeüberleitung werden unterschieden in zentrale (indirekte) und dezentrale (direkte) Organisation. Innerhalb der zentralen Organisation übernimmt eine Pflegeüberleitungskraft bzw. ein Team die Planung der Entlassung für das ganze Krankenhaus. Hierzu werden in der Regel zusätzliche Stellen, zumeist Stabstellen, geschaffen. Neben dieser krankenhausesinternen Regelung gibt es auch Modelle, in denen beispielsweise kooperierende Pflegedienste die Überleitung organisieren. Der Nachteil an dieser Organisationsform besteht in der Schaffung zusätzlicher Schnittstellen. Außerdem gibt es Befürchtungen, dass die Wahlfreiheit der Patienten eingeschränkt werden könnte, wenn Pflegedienste diese Aufgabe übernehmen. Weiterhin werden Akzeptanzprobleme seitens der Krankenhausmitarbeiter bei Dörpinghaus et. al (vgl. 2004, S.60) beschrieben, wenn Klinikfremde in die Versorgung von Patienten eingreifen. Bei der direkten Form der Pflegeüberleitung werden keine zusätzlichen Stellen geschaffen, sondern die Aufgaben der Entlassungsplanung werden vom Pflegepersonal auf den Stationen übernommen. „Der Vorteil dieser Form der Überleitung ist darin zu sehen, dass Bezugspflegekräfte die Entlassungsplanung als integralen Bereich des Pflegeprozesses wahrnehmen [...]“ (Dörpinghaus et. al, 2004, S. 63). Dadurch werden weitere Schnittstellen vermieden. Der Expertenstandard gibt keiner Form der Pflegeüberleitung einen Vorzug, sondern überlässt es den Einrichtungen, das Entlassungsmanagement zu organisieren.

Unter Pflegeüberleitung wird im Kontext dieser Arbeit Folgendes verstanden: Pflegeüberleitung ist die geplante Koordination von Akteuren und Maßnahmen, mit dem Ziel, eine angemessene Versorgungskontinuität bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen, ohne den Krankenhausaufenthalt unnötig zu verlängern. Unter den Akteursbegriff fallen der Patient, seine Angehörigen sowie alle beteiligten Berufsgruppen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Angemessene Versorgungskontinuität bedeutet, dass Patienten und ihre Angehörigen alle nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten haben sowie dass alle Hilfs-, Verbands-, und Heilmittel bei der Entlassung bereitstehen. Externe

Leistungsanbieter haben alle relevanten Informationen und erbringen notwendige Leistungen in konsequenter Anknüpfung an den bisherigen Pflege- und Behandlungsplan.

3. Ableitung der Untersuchungsfragen

In diesem Kapitel erfolgt die Herleitung der Untersuchungsfragen. Dabei wird der Struktur gefolgt, die sich später in dem aus der Herleitung entstandenen Fragebogen wieder findet. Bei einem Teil der Fragen wird ein Unterschied gemacht, ob der Pflegedienst einen Patienten neu aufgenommen hat, oder ob ein Patient schon vorher von dem Dienst versorgt wurde. Diese Unterscheidung wurde aus der Annahme heraus getätigt, dass die Pflegeüberleitung eines bereits bekannten Patienten in der Regel einen geringeren Organisationsaufwand für den Pflegedienst bedeutet, als die Aufnahme eines bis dato unbekanntes Patienten.

3.1 Patientenzahlen und Strukturdaten

In der Rubrik Patientenzahlen und Strukturdaten (Fragen 1 und 2 sowie 18 bis 20) geben die Pflegedienste Auskunft darüber, welche Betriebsgröße sie haben und wie viele Patienten im 1. Quartal 2006 aufgenommen wurden. Dies ist notwendig, um Aussagen darüber treffen zu können, ob große Pflegedienste mit vielen Patienten möglicherweise andere Probleme mit der Pflegeüberleitung haben, als kleinere Pflegedienste mit wenigen Patienten. Außerdem ist hier von Interesse, wer den Fragebogen ausgefüllt hat, da eine weitere Frage lautet, wer im Pflegedienst vor allem für die Patientenaufnahmen zuständig ist. Die Frage dient der Kontrolle, ob derjenige, der den Fragebogen ausgefüllt hat, auch die zuständige Person für die Pflegeüberleitung ist.

3.2 Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassungen

Die Fragen 3 bis 8 beschäftigen sich mit der Kontaktaufnahme und der Koordination der Entlassungen. Um einen Eindruck zu erhalten, aus welchen Krankenhäusern die Patienten überwiegend in die ambulante Betreuung entlassen werden, sollen die Pflegedienste angeben, welche die drei wichtigsten Kliniken sind, aus denen eine Überleitung stattfindet. Das Ziel der Befragung besteht nicht darin, Berichte über das Beziehungsgeflecht zu den einzelnen Krankenhäusern zu erhalten. Die Krankenhäuser sollen mit den Ergebnissen der Untersuchung für das Thema Pflegeüberleitung sensibilisiert werden.

Im Expertenstandard wird keine Form (indirekte oder direkte) der Koordination der Überleitung favorisiert. In Krankenhäusern bestehen seit langem verschiedene Formen der Pflegeüberleitung mit jeweils unterschiedlichen Ansprechpartnern. Daher bekommen die

Pflegedienste auch Informationen von unterschiedlichen Krankenhausmitarbeitern. Mit dem Fragenkomplex 4 wird überprüft, welche Personen in Krankenhäusern Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung sind.

Frage 5 klärt, wer in den Pflegediensten für die Überleitung zuständig ist. Im „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ ist festgelegt, dass der Entlassungstermin mit der weiterversorgenden Einrichtung abgestimmt werden soll. Die Frage 6 s überprüft, zu wie viel Prozent die Krankenhäuser den Pflegedienst bezüglich der Pflegeüberleitung kontaktieren. Frage 7 klärt, ob der Entlassungstermin rechtzeitig für die Planung des Pflegedienstes übermittelt wird. Mit der achten Frage wird geprüft, wann die Pflegedienste über die Entlassungstermine in Kenntnis gesetzt werden.

3.3 Informationsübermittlung

Die Fragen 9 bis 11 des Fragebogens beschäftigen sich mit der Informationsübermittlung. Im „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ ist festgelegt, dass mit der weiterversorgenden Einrichtung der Unterstützungsbedarf des Patienten abgestimmt werden soll. Hierzu Bedarf es der Informationsweitergabe über den Zustand des Patienten. „Zur strukturierten Weitergabe von Informationen sind Überleitungsbögen ein wichtiges Instrument. Der Landespflegeausschuss hat bereits die Verwendung von Überleitungsbögen empfohlen⁷“ (Behörde für Soziales und Familie⁸, 2005, S. 32). Auf der Homepage der Hamburgischen Pflegegesellschaft (HPG) stehen Pflegeüberleitungsbögen zum Download zur Verfügung.

Der Fragenkomplex 9 hinterfragt, wann und zu wie viel Prozent schriftliche Informationsquellen, wie z.B. ein Pflegeüberleitungsbogen oder Arztbrief, an den ambulanten Pflegedienst weitergeleitet werden und ob dort alle notwendigen Informationen vermerkt wurden. Auch nach häufig fehlenden Informationen wird in diesem Komplex gefragt. Aber nicht nur schriftliche Auskünfte sind in diesem Zusammenhang wichtig, sondern auch die mündliche Informationsweitergabe spielt eine Rolle. Frage 10 ermittelt, von welchen Krankenhausmitarbeitern die Pflegedienste in welcher Häufigkeit mündliche Informationen erhalten und welcher Art diese sind. Es wird geprüft, ob Krankenhausmitarbeiter den Entlassungstermin, den Pflegebedarf und die soziale Situation der Patienten den Pflegediensten mitteilen.

⁷ Diese Aussage bezieht sich auf den Hamburger Landespflegeausschuss.

⁸ Behörde für Soziales und Familie der Hansestadt Hamburg.

Im „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ wird der entlassenden Einrichtung nicht die alleinige Verantwortung des Erfolges einer gelungenen Entlassung zugeschrieben. Auch die weiterversorgende Einrichtung steht in der Pflicht, einen Beitrag zur Versorgungskontinuität zu leisten (vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement, 2004, S. 36). Höhmann, Müller-Mundt und Schulz (vgl. 2004, S. 21) beschreiben, dass eine ideale Überleitung direkt am Patientenbett stattfindet, an der die zuständigen Vertreter der weiterversorgenden Instanzen sowie die an der Betreuung im Krankenhaus beteiligten Berufsgruppen teilnehmen. Dazu zählen sie auch Erstgespräche oder Antrittsbesuche von ambulanten Pflegediensten im Krankenhaus. Die Pflegedienste haben ein starkes Eigeninteresse an Antrittsbesuchen, „weil organisatorische Komplikationen nach der Krankenhausentlassung oft schwerer wiegen als der bei einem Kontakt- oder Übergabegespräch entstehende Aufwand. Im Vordergrund steht in den meisten Fällen die Information des Patienten über den Pflegedienst und das von ihm angebotene Versorgungsspektrum, die Klärung organisatorischer Fragen (z.B. zeitliche Planung der Pflegeeinsätze), die Regelung von Formalitäten und die Information über elementare Versorgungsanforderungen“ (Wingenfeld 2002, S. 352). Damit begründet sich die Frage 11, ob die Pflegedienste schon im Krankenhaus bei Neuaufnahmen eine Beratung durchführen. Auch nach Beratungsinhalten wie Kostenträgerklärung, Einsatzplanung, Art und Umfang des Pflegebedarfs sowie hauswirtschaftliche Versorgung wird an dieser Stelle gefragt.

3.4 Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln

Eine bedarfsgerechte Entlassungsplanung umfasst laut des „Expertenstandards Entlassungsmanagement“ unter anderem folgende Inhalte:

- „krankheits- und pflegebezogener Unterstützungs- und Versorgungsbedarf (z. B. Wundversorgung, Medikation oder Mobilisation) [...]
- sowie angemessene Auswahl und Koordination der erforderlichen Hilfeleistungen“ (Expertenstandard Entlassungsmanagement, 2004, S. 58).

Die Fragen 12 bis 14 beschäftigen sich mit der Versorgung der Patienten mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln. Mit diesen Fragen wird überprüft, zu wie viel Prozent die Krankenhäuser dieser Maßgabe aus Sicht der Pflegedienste nachkommen. Auch wird an dieser Stelle erfragt, bei welchem Anteil nicht vorhandene Medikamente, Hilfs- und Verbandsmittel von den Mitarbeitern der Pflegedienste besorgt werden.

3.5 Kooperationen

Dangel (2004, S.30) und Brandt (2005, S. 99 ff.) beschreiben Projekte, bei denen Pflegedienste Kooperationsverträge mit einem Krankenhaus abgeschlossen haben. In diesen Projekten übernehmen Mitarbeiter von Pflegediensten beispielsweise die Koordination der Pflegeüberleitung in Absprache mit dem Klinikpersonal, dem Patienten und seinen Angehörigen. Als Vorteile von Kooperationsverträgen werden folgende benannt:

- rechtzeitige Information der Pflegedienste vor der Entlassung
- Vorbereitung der Entlassung durch die Pflegedienste
- diagnostische Hausbesuche durch die Pflegedienste
- Besuche der Patienten im Krankenhaus durch die Pflegedienste
- Pflegedienste bekommen bevorzugt Patienten (aus Sicht der kooperierenden Pflegedienste ist dies ein Vorteil, allerdings ist dieser Vorteil unter Umständen ein Nachteil für Pflegedienste ohne Kooperationsvertrag).

Die Fragen 15 und 16 des Fragebogens beschäftigen sich mit der institutionalisierten Kooperation von Pflegediensten und Krankenhäusern. Mit der Frage 15 soll herausgefunden werden, ob Wandsbeker Pflegedienste ebenfalls Kooperationsverträge mit Krankenhäusern haben. In Frage 16 wird geklärt, ob sich aus diesen Kooperationsverhältnissen die oben genannten Vorteile für die Pflegeüberleitung ergeben.

3.6 Verbesserungsbedarf

An der Pflegeüberleitung sind viele unterschiedliche Akteure beteiligt. Dadurch gibt es eine Vielzahl von Schnittstellen, an denen Probleme entstehen können. Die Frage 17 ermittelt, bei welchen Akteuren die Pflegedienste Verbesserungsbedarf in ihrer Zusammenarbeit sehen. Unter Akteuren werden in diesem Zusammenhang Krankenhäusern, Sanitätshäusern, Apotheken, Hausärzten, Kranken- und Pflegekassen verstanden. Welchen konkreten Verbesserungsbedarf die Dienste sehen, wird ebenfalls mit diesem Fragenkomplex festgestellt.

4. Methodik und Untersuchungsregion

In diesem Kapitel wird zunächst der Bezirk dargestellt, in dem die Untersuchung stattgefunden hat. Ferner wird die Erhebungsmethode vorgestellt und die Durchführung der Befragung beschrieben. In einem weiteren Abschnitt wird der für die Untersuchung entwickelte Fragebogen deskribiert und die Auswertungsstrategie geschildert.

4.1 Der Bezirk Wandsbek

In diesem Abschnitt werden Aussagen über Größe, Bevölkerungszahlen, Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste des Bezirks Wandsbek gemacht, in dem die Daten der vorliegenden Untersuchung erhoben worden sind.

Wandsbek gliedert sich auf in 5 Regionalbereiche und hat insgesamt 18 verschiedene Stadtteile. Nach Bergedorf und Harburg ist Wandsbek mit einer Fläche von 147,5 km² der drittgrößte Bezirk der Stadt Hamburg. Wandsbek hat 406 802 Einwohner und ist damit der bevölkerungsreichste Bezirk Hamburgs. 84 970 Menschen im Bezirk sind über 65 Jahre alt, dies entspricht einem Anteil von 20,9% an der Bevölkerung (vgl. Statistikamt Nord, Hamburger Stadtteilprofile 2005). Im gesamten Stadtgebiet liegt der Anteil von Menschen über 65 Jahren bei 18,2%, somit liegt Wandsbek 2,7% über dem Durchschnitt. Insgesamt werden 7300 pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten im Bezirk versorgt (vgl. Behörde für Soziales und Familie⁹, 2005, S. 47). In Wandsbek gibt es folgende Krankenhäuser: das AK Wandsbek, das Bundeswehrkrankenhaus Hamburg, das evangelische Amalie Sieveking-Krankenhaus, das Katholische Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift, das Katholische Marienkrankenhaus, die Klinik Berner Stieg, die Praxisklinik Medical Eye-Care und das Richard-Remé-Haus (vgl. Bezirksamt Wandsbek, 2006).

Im Bezirksamt sind derzeit 73 ambulante Pflegedienste gemeldet, die Leistungen nach SGB V und SGB XI anbieten und Verträge mit den Kostenträgern haben. Diese Pflegedienste wurden gebeten, an der Untersuchung teilzunehmen. Weiterhin gibt es Kleinstpflegedienste, die als Einzelpersonen agieren, so dass es insgesamt über 80 gemeldete Dienste im Bezirk gibt. Die Versorgung durch ambulante Pflegedienste im Bezirk ist sichergestellt und es sind, laut des Rahmenplans für pflegerische Versorgung, für die Zukunft keine Engpässe zu erwarten.

⁹ Behörde für Soziales und Familie der Hansestadt Hamburg

4.2 Erhebungsmethode

Die Wahl der Erhebungsmethode richtet sich nach dem Erkenntnisinteresse. Häufig angewandte Erhebungsmethoden sind schriftliche Befragungen. Die schriftliche Befragung mittels Postversand wurde zur Erhebung der Daten in der vorliegenden Arbeit angewandt. Ein Grund für die Auswahl dieses Verfahrens besteht darin, dass es im Allgemeinen kostengünstiger und weniger aufwändig ist, als ein persönliches oder telefonisches Interview (vgl. Diekmann, 2000, S. 439). Zu den weiteren Vorteilen zählt, dass die befragte Person eine Frage gut durchdenken kann, bevor sie antwortet. Anders als bei einem persönlichen Interview haben die Merkmale und das Verhalten des Interviewers keinen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen. Fragebögen haben weiter den Vorteil, dass sie eine gute Vergleichsmöglichkeit der Daten bieten und sich große Mengen an Daten gewinnen lassen können, je nach Rücklaufquote. Der Befragte kann den Fragebogen zu einer beliebigen Zeit ausfüllen und die Arbeit daran unterbrechen oder ggf. in Unterlagen nachsehen. „Sowohl die Selbstbestimmtheit als auch die Anonymität der Befragungssituation führen dazu, dass die Antworten bei der postalischen Befragung als „ehrlicher“ gelten, als „überlegter“ und „durchdachter“ (Porst, 1998, S. 15). Ein Nachteil der Fragebogenmethode besteht darin, dass die Befragten bei Verständnisproblemen keine Möglichkeit haben, nachzufragen und damit unter Umständen einzelne Fragen oder den ganzen Fragebogen nicht beantworten.

Bei einer postalischen Befragung kann es passieren, dass nicht die Zielperson den Fragebogen ausfüllt, da in der Befragungssituation kein Interviewer vor Ort ist, der dies kontrollieren könnte (vgl. Porst, 1998, S.16). Ferner ist bei dieser Art der Befragung mit einem geringen Rücklauf zu rechnen, wenn nicht zusätzliche Maßnahmen eingeleitet werden wie beispielsweise ein freier Rückumschlag, Informationen über die Ergebnisse sowie Erinnerungsanrufe (vgl. Diekmann, 2000, S.441).

Ein Fragebogen kann offene, halboffene und geschlossene Fragen enthalten. In geschlossenen Fragen werden Antwortkategorien vorgegeben, innerhalb derer der Befragte auswählen kann. Durch die Vorgabe der Antwortkategorien wird die Auswertung der Daten erleichtert, aber es kann auch zu Verlusten von Informationen kommen, wenn der Befragte sich in einer Kategorie nicht wieder findet und deshalb die Frage nicht beantwortet. Bei halboffenen Fragen werden ebenfalls Antwortkategorien vorgegeben, aber es gibt auch die Möglichkeit, eigene Antworten hinzuzufügen. „Eine halboffene Frage bietet sich immer dann an, wenn das tatsächliche Universum möglicher Antworten auf eine Frage zwar gut abgeschätzt [...], aber nicht definitiv bestimmt werden kann [...]“ (Porst,

1998, S. 26). Bei offenen Fragen hat der Befragte die Möglichkeit, diese gänzlich mit eigenen Worten zu beantworten. Laut Diekmann erhält man bei geschlossenen Fragen keine Informationen jenseits der vorgegebenen Antwortkategorien. Deshalb eignet sich die Konstruktion eines standardisierten Fragebogens nur, wenn bereits ein beträchtliches Wissen über die zu erforschende Situation besteht. Instrumente zur Datenerhebung sollen folgende Kriterien erfüllen: Objektivität, Reliabilität und Validität. Je nach dem Grad der Strukturierung weist ein Fragebogen eine höheren oder geringeren Objektivitäts- und Reliabilitätsgrad auf.

4.3 Durchführung der Befragung

Die Untersuchung ist als schriftliche Befragung angelegt, bei der Wandsbeker Pflegedienste mittels eines halbstandardisierten Fragebogens (Anhang 1) Auskunft über ihre Probleme bei der Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus geben sollen. Als Adressaten der Fragen galten die Personen im Pflegedienst, die hauptverantwortlich für die Patientenaufnahmen sind. In die Befragung mit aufgenommen wurden alle Pflegedienste, die im Bezirksamt Wandsbek gemeldet sind und Leistungen nach SGB V und SGB XI durchführen. Ausgeschlossen von der Befragung wurden Einzelpersonen, die keine Kassenverträge abgeschlossen haben und somit ausschließlich private Pflegeleistungen anbieten. Diese Dienste wurden von einer Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Wandsbeker Pflegekonferenz auf einer Liste gekennzeichnet.

Die Möglichkeit einer breiten Informationssammlung mit möglichst geringem Informationsverlust und entsprechender Vergleichbarkeit sowie möglichst geringem Aufwand in der Bearbeitung hat bei der Wahl des Erhebungsinstrumentes im Vordergrund gestanden. Die Wandsbeker Pflegekonferenz stellte Mittel für das Vervielfältigen und Versenden der Anschreiben und Fragebögen zur Verfügung.

„Die Durchführung eines oder auch mehrerer Pretests gilt gemeinhin als unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung eines Fragebogens“ (Porst, 198, S. 34). Ein Pretest soll unter anderem Auskunft über die Verständlichkeit der Fragen sowie über die Zeitdauer der Befragung geben. Der Pretest der vorliegenden Erhebung umfasst drei Erhebungen und wurde zwei Wochen vor dem Versenden der Fragebögen durchgeführt, so dass genügend Zeit blieb, die eventuellen Änderungen an den Fragen vorzunehmen. Insgesamt wurden nur wenige Änderungen an Details vorgenommen. Die im Pretest erhobenen Daten wurden nicht mit in die Auswertung einbezogen.

An alle Pflegedienstleitungen von ambulanten Pflegediensten in Wandsbek wurde ein Informationsschreiben der Wandsbeker Pflegekonferenz verschickt, in dem sie über die Befragung informiert und um ihre Teilnahme gebeten wurden (siehe Anhang 2). Drei Tage später wurde ein Anschreiben (Anhang 3) mit den Fragebögen und eine Einwilligungserklärung (Anhang 4) verschickt. Die Pflegedienstleitungen wurden gebeten, den Fragebogen entweder selber auszufüllen oder ihn an die für die im Pflegedienst verantwortliche Person für die Patientenaufnahme weiterzuleiten. Zur Beantwortung des Fragebogens wurde ein Zeitraum von drei Wochen angesetzt. Bei Pflegediensten, die den Fragebogen bis zum Ablauf der Frist nicht übermittelt hatten, sollte eine telefonische Nachfrage erfolgen. Die telefonische Rückfrage wurde am Tag der Abgabefrist begonnen und dauerte zwei Wochen. Da in vielen Pflegediensten der Fragebogen nicht mehr vorlag, wurde dieser erneut per Fax oder E-Mail versandt, wenn dies im Telefonat gewünscht wurde. Es wurden Fragebögen berücksichtigt, die bis zu vier Wochen nach Beginn der Telefonaktion eingegangen waren. Die Rücklaufdokumentation befindet sich in Anhang 5. Die Namen und Adressen der Pflegedienste wurden aus der Rücklaufdokumentation entfernt, um die zugesicherte Anonymität der Teilnehmer zu wahren.

4.4 Fragebogen

Der Fragebogen besteht aus 20 Fragen zur Überleitung von Patienten aus dem Krankenhaus und richtet sich an ambulante Pflegedienste. Bei der Konstruktion wurde darauf geachtet, den Fragebogen übersichtlich zu gestalten und Themenblöcke durch Überschriften abzugrenzen. Der Fragebogen ist wie folgt aufgebaut:

- Patientenzahlen der Pflegedienste
- Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassung
- Informationsübermittlung
- Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln
- Kooperationen
- Strukturdaten.

Bei der Fragebogenkonstruktion wurde darauf geachtet, dass der Befragte in relativ kurzer Zeit in der Lage ist, die Fragen zu beantworten. Deshalb wurden häufig die folgenden Intervalle vorgegeben 0-25%, 25-50%, 50-75%, 75-100%, aus denen der Befragte die zutreffende Kategorie auswählen kann. Dies lässt zwar keine Rückschlüsse auf die genauen Zahlen zu, gibt aber durchaus Hinweise auf Tendenzen. Eingesetzt wurde diese

Intervalle beispielsweise bei der Frage, bei wie viel Prozent der Patienten notwendige Medikamente bei der Entlassung vorhanden sind.

Der Fragebogen beinhaltet außerdem geschlossene Fragen, bei denen eine Prozentangabe gemacht werden soll. Diese dienen z.B. der Ermittlung relativer Häufigkeiten der Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus.

Des Weiteren enthält der Fragebogen Mehrfachauswahlfragen, bei denen das Zutreffen, das Nichtzutreffen oder das teilweise Zutreffen angegeben werden soll. Diese Art der Frage wurde beispielsweise angewandt, um herauszufinden, ob die Pflegedienste bei Neuaufnahmen schon im Krankenhaus Beratungsgespräche durchführen. Zu Teilen besteht die Möglichkeit zu Mehrfachnennungen. So können z.B. mehrere Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung benannt werden. Es wurden auch offene Fragen gestellt, um beispielsweise nach häufig fehlenden Informationen zu fragen. Bei den offenen Fragen wurde für deren Beantwortung genügend Platz gelassen. Ferner wurden auch halboffene Fragen gestellt, um Restkategorien zu erfassen. Anwendung fand diese Art der Fragestellung unter anderem bei der Frage nach kooperierenden Krankenhäusern.

4.5 Auswertungsstrategien

Für die Erfassung und Auswertung der gesammelten Daten wurde der Fragebogen in eine Excel®-Datenbank übertragen. Die Datenmatrix befindet sich in Anhang 6. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Anwendung fanden die Funktionen „ZÄHLENWENN“, „Häufigkeiten“ sowie die Berechnung des Mittelwertes. Für die Auswertung der offenen Fragen wurden Cluster gebildet, dies betrifft die Fragen „Welche Informationen fehlen Ihnen am häufigsten?“ und „Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie?“. Die dazugehörigen Tabellen befinden sich in Anhang 7. Da in den offenen Fragen sehr viele unterschiedliche Angaben gemacht wurden, die häufig die gleichen Themenkomplexe betreffen, wurden die Cluster stark zu einzelnen Themenkomplexen zusammengefasst. Als Beispiel sei hier der Komplex „Ernährung“ genannt. Aus den Antworten „bei Ernährungspumpe Kalorien-/Flüssigkeitsbedarf“, „Nahrungsaufnahme“ „Angaben zur Ernährung bei PEG“ und „Ernährung bei PEG“ entstand der Cluster „Angaben zur Nahrungsaufnahme, insbesondere bei Patienten mit einer PEG-Sonde“. Dort, wo es sehr individuelle Angaben gab, wurden die Originalantworten belassen. Die Ergebnisse der Fragen 7 und 8 wurden, jeweils nach Trennung der Prozentangaben, gegenübergestellt. Eine Kreuztabelle im klassischen Sinne war hier nicht möglich, da es sich bei den Prozentangaben der Frage 7 um Angaben in Intervallen handelt. Die Ergebnisse der Fragen 11 bis

14 wurden ebenfalls, in Bezug auf die Neuaufnahmen, gegenübergestellt. Auch hier ist eine klassische Kreuztabelle nicht möglich, da die Prozentangaben der Fragen 12 bis 14 in Intervallen angegeben sind.

5. Darstellung der Ergebnisse

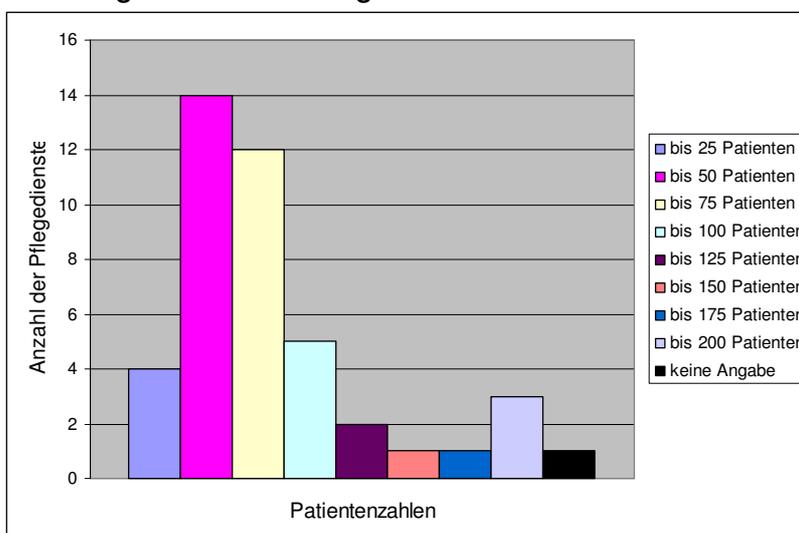
In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung der Befragung dargestellt. Insgesamt haben 45 der 73 angeschriebenen Pflegedienste des Bezirks den Fragebogen zurückgeschickt, dies entspricht einer Rücklaufquote von 61,64%. Leider wurden zwei Fragebögen nicht ausgefüllt, so dass sie zwar zum Rücklauf zählen, aber keine Berücksichtigung in der Darstellung der Ergebnisse finden. Als erstes werden die Aussagen der Pflegedienste zu den Rubriken „Patientenzahlen“ und „Strukturdaten“ geschildert. Darauf folgt die Darstellung der Ergebnisse aus dem Themenkomplex „Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassung“. Anschließend werden die Resultate aus der Rubrik „Informationsübermittlung“ aufgezeigt. Die Ergebnisse aus dem Fragenkomplex „Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln“ schließen sich dem an. In dem darauf folgenden Abschnitt werden die Resultate aus den Fragen nach Kooperationsverträgen und deren Vorteile vorgestellt.

5.1 Ergebnisse zu „Patientenzahlen“ und „Strukturdaten“

In diesem Abschnitt werden die teilnehmenden Pflegedienste in Bezug auf ihre Patientenzahlen und Mitarbeiterangaben vorgestellt.

Auf die Frage, wie viele Patienten die Pflegedienste insgesamt betreuen, gaben zweiundvierzig der dreiundvierzig Studienteilnehmer Auskunft. In Abbildung 2 wird die Größe der Pflegedienste anhand der Patientenzahlen dargestellt.

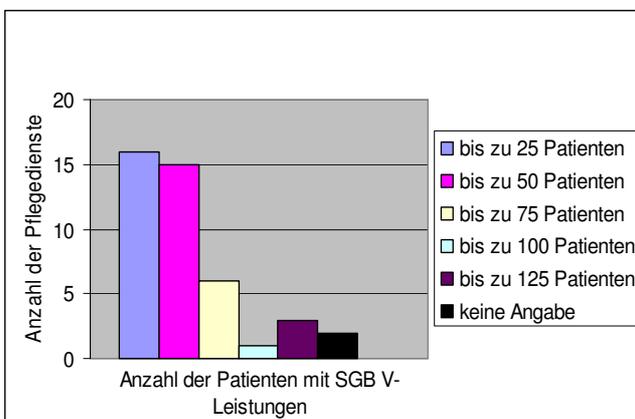
Abbildung 2: Größe der Pflegedienste anhand der Gesamt-Patientenzahlen (n=43)



Die Mehrheit der Pflegedienste betreut unter 100 Patienten. Vier der Dienste versorgen unter fünfundzwanzig Patienten. Weitere vierzehn Pflegedienste kümmern sich um bis zu fünfzig Pflegebedürftige. Zwölf der Teilnehmer versorgen bis zu fünfundsiebzig Patienten. Nur sieben der Pflegedienste betreuen mehr als 100 Patienten. Von diesen Diensten gaben drei an, dass sie bis zu 200 Personen pflegen. Weitere zwei Dienste haben jeweils bis zu 150 bzw. 175 Patienten zu betreuen. Zwei Pflegedienste haben einen Kundenstamm von bis zu 125 Patienten.

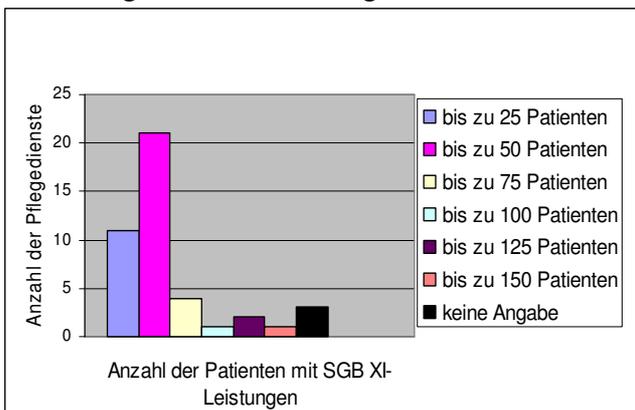
Vierzig der Befragten gaben Auskunft über die Anzahl der Patienten, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten. Abbildung 3 zeigt, wie viele Patienten diese Leistungsart beanspruchen.

Abbildung 3: Größe der Pflegedienste anhand der Patientenzahlen nach SGB V (n=43)



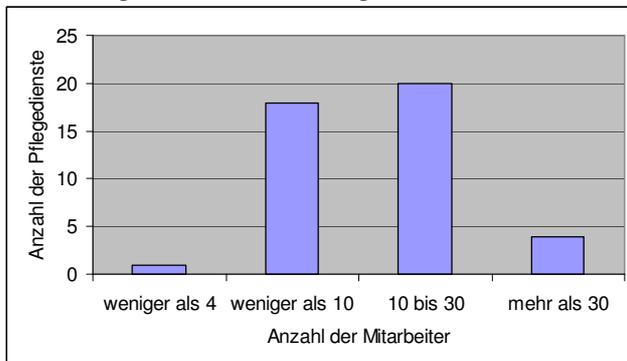
In Abbildung 4 wird dargestellt, wie viele Patienten Leistungen aus dem Krankenversicherungsgesetz in Anspruch nehmen. Zu dieser Frage machten einundvierzig Pflegedienste Angaben. Da einige Patienten Leistungen nach SGB V und SGB XI in Anspruch nehmen, sind die addierten Zahlen der beiden Leistungsarten teilweise höher als die Gesamtpatientenzahlen.

Abbildung 4: Größe der Pflegedienste anhand der Patientenzahlen nach SGB XI (n=43)



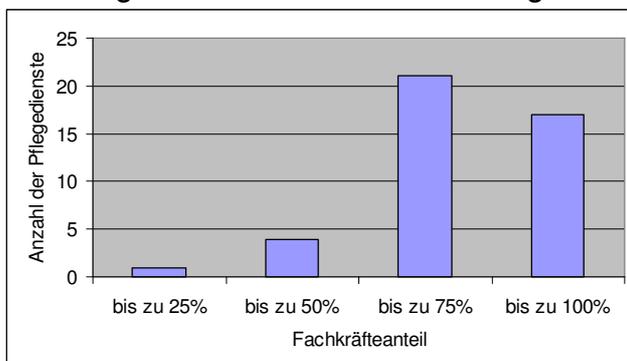
Die Größe der Pflegedienste anhand der Mitarbeiterzahlen wird in Abbildung 5 dargestellt. Entsprechend der zu betreuenden Patienten variiert auch die Anzahl der Mitarbeiter. Ein Dienst beschäftigt weniger als vier Mitarbeiter. Mehr als 30 Mitarbeiter gibt es in vier ambulanten Diensten.

Abbildung 5: Größe der Pflegedienste anhand der Mitarbeiterzahlen (n=43)



Die Patienten werden in den Pflegediensten zumeist von examiniertem Personal betreut, wie Abbildung 6 zeigt. Nur ein Pflegedienst hat eine Fachkraftquote von bis zu 25%, achtunddreißig der Dienste beschäftigen zu über 50% examinierte Pflegekräfte. Beantwortet wurde die Frage nach dem Fachkräfteanteil und der Anzahl der Mitarbeiter von allen Studienteilnehmern.

Abbildung 6: Fachkräfteanteil in den Pflegediensten (n=43)



Die Fragebögen wurden in den überwiegenden Fällen von den Leitungskräften beantwortet, die oftmals mehrere Funktionen innehaben, wie Tabelle 3 zeigt. In neunundzwanzig Fällen wurde der Fragebogen von den Pflegedienstleitungen ausgefüllt. In nur einem Fall wurde der Bogen von einem Assistenten der Geschäftsführung, also nicht von einer Leitungskraft, beantwortet.

Tabelle 3: Funktionen des Fragebogenausfüllenden (n=43)

Funktion	Anzahl
Pflegedienstleitung	29
Inhaber	1
Geschäftsführer/Pflegedienstleitung	3
Pflegedienstleitung/Inhaber	3
Pflegedienstleitung/Qualitätsbeauftragter	2
Pflegedienstleitung/Geschäftsführer/Inhaber	1
Altenpfleger/Assistent der Geschäftsführung	1
Geschäftsführer/Pflegedienstleitung/Pflegefachwirt	1
stellvertretende Pflegedienstleitung	1
Inhaber/Qualitätsbeauftragter	1
gesamt	43

Verantwortlich für die Patientenaufnahmen aus dem Krankenhaus sind dann auch zu-
meist Mitarbeiter in leitender Funktion. In neununddreißig Fällen kümmern sich vor allem
die Pflegedienstleitungen (PDL) um die Patientenaufnahmen, bei zwei Diensten ist die
stellvertretende PDL verantwortlich und in jeweils einem Pflegedienst sind die Einsatz-
leitung und ein examinierter Mitarbeiter mit dieser Aufgabe betraut.

Im ersten Quartal des Jahres 2006 hatten die Pflegedienste in den meisten Fällen bis zu
fünf Neu- und Wiederaufnahmen. Nur ein Pflegedienst hatte in diesem Quartal bis zu
dreißig Neuaufnahmen zu verzeichnen. In sechs Fällen wurden keine Angaben zur Zahl
der Neuaufnahmen gemacht und in vier Fällen gab es keine Auskünfte zu den Wiederauf-
nahmen. Insgesamt haben die teilnehmenden Pflegedienste 163 neue Patienten und 213
vorher von ihnen betreute Patienten aus dem Krankenhaus aufgenommen. Die Abbildun-
gen 7 und 8 zeigen, wie sich die Anzahl der Aufnahmen verteilt.

Abbildung 7: Anzahl der Wiederaufnahmen im ersten Quartal 2006 (n=43)

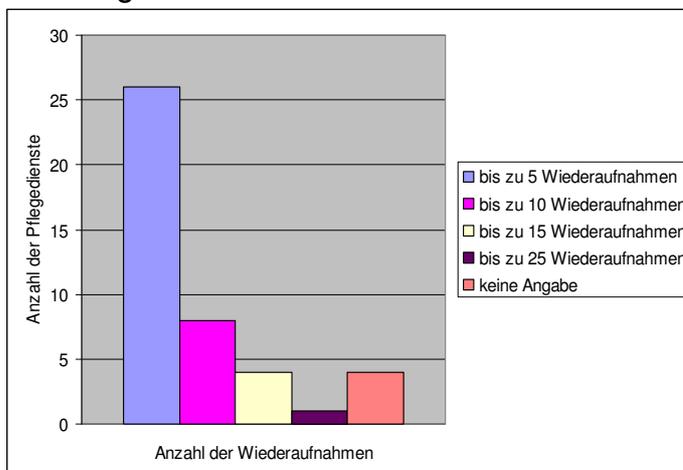
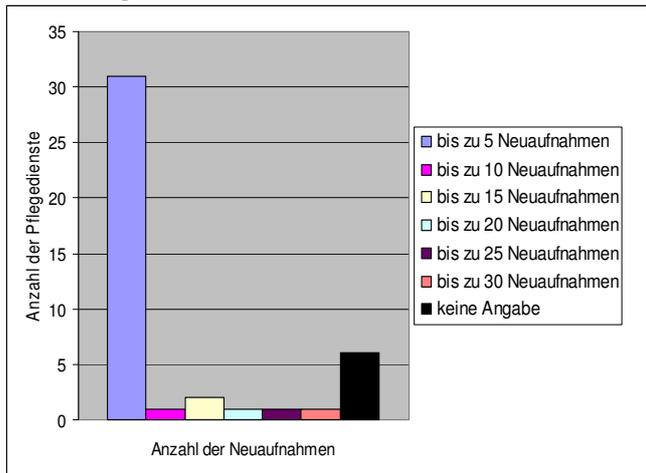
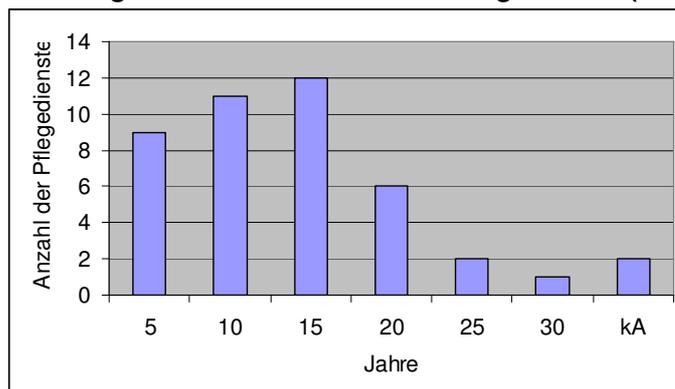


Abbildung 8: Anzahl der Neuaufnahmen im ersten Quartal 2006 (n=43)



Die Betriebe bestehen in den meisten Fällen schon seit mehreren Jahren, wie Abbildung 9 zeigt. In zwei Fragebögen wurden keine Angaben zu der Frage nach dem Betriebsbestehen gemacht.

Abbildung 9: Betriebsbestehen der Pflegedienste (n=43)



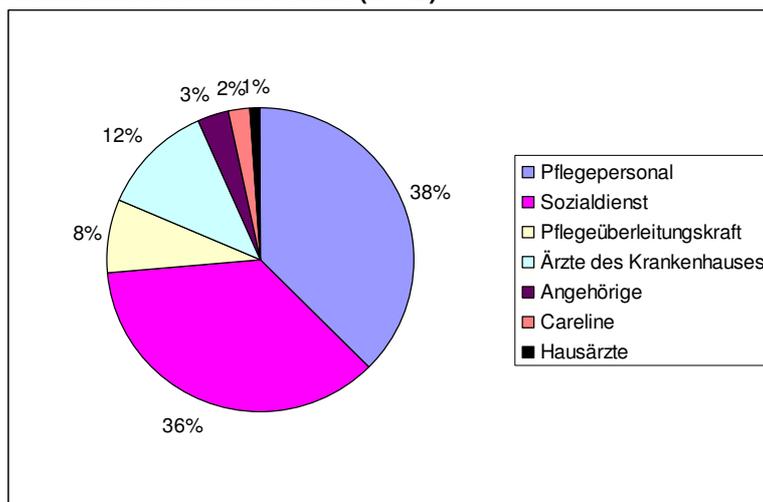
5.2 Ergebnisse zu „Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassungen“

In diesem Abschnitt wird dargestellt, aus welchen Krankenhäusern Patienten übergeleitet werden, wer in den Kliniken Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung sind und zu wie viel Prozent die Pflegedienste über die anstehenden Entlassungen informiert werden. Weiterhin wird aufgezeigt, wie häufig es vorkommt, dass Pflegedienste nicht rechtzeitig über Entlassungstermine informiert werden. Es folgt die Darstellung des Zeitraumes, der seitens der Pflegedienste benötigt wird, um eine Patientenaufnahme vorzubereiten und wann die Dienste tatsächlich erfahren, zu welchem Termin der Patient in die häusliche Betreuung entlassen wird.

Auf die Frage, ob es in den Krankenhäusern feste Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung gibt, antworteten acht Studienteilnehmer mit einem Ja, sechzehn verneinten und weitere neunzehn gaben teils/teils als Auskunft. Dies ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass die Pflegedienste nicht Aussagen über ein einzelnes Krankenhaus treffen, sondern drei Kliniken benennen sollten, aus denen ihre Patienten entlassen werden.

Auskunft darüber, wer die Ansprechpartner in den Krankenhäusern sind, gaben zweiundvierzig Teilnehmer in Mehrfachnennungen. Der Anteil der genannten Ansprechpartner wird in Abbildung 10 gezeigt. Primäre Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung sind die Pflegekräfte von den Stationen (38%) sowie die Mitarbeiter der Sozialdienste (36%). Krankenhausärzte werden von 12% der Pflegedienste als Ansprechpartner benannt. In nur 8% der Fälle sind Pflegeüberleitungskräfte angegeben worden. Die restlichen 6% teilen sich Angehörige, Careline und Hausärzte.

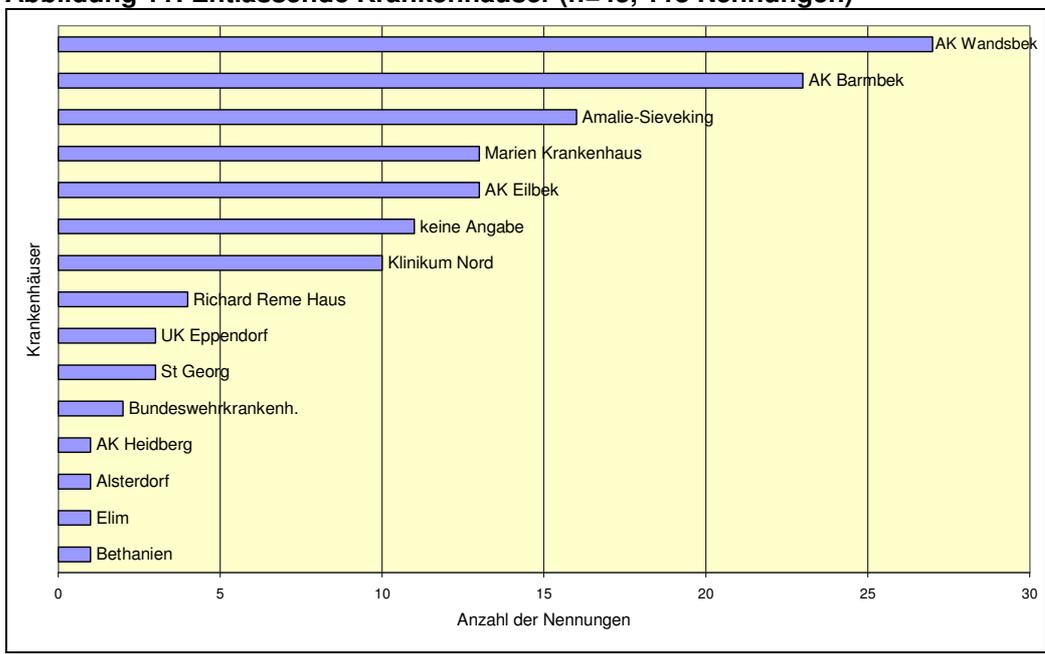
Abbildung 10: Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung in den Krankenhäusern in Prozent (n=42)



In Abbildung 11 werden die Krankenhäuser in einer Rangfolge aufgelistet, aus denen Patienten in die häusliche Pflege übergeben werden. Alle Pflegedienste haben sich zu dieser Frage geäußert, allerdings wurden nicht in allen Fällen drei Krankenhäuser benannt, sondern oftmals nur eines oder zwei. Daher sind es nicht 129 Nennungen, sondern nur insgesamt 118, die dargestellt werden. Aus dem AK Wandsbek beziehen siebenundzwanzig der Befragten ihre Patienten, an zweiter Stelle steht mit dreiundzwanzig Nennungen das AK Barmbek. An dritter Stelle steht das Amalie-Sieveking Krankenhaus. Den vierten Platz mit jeweils dreizehn Nennungen teilen sich das Marien- Krankenhaus sowie das AK Eilbek. Diesem folgt das Klinikum Nord mit zehn Nennungen. Die weiteren Krankenhäuser

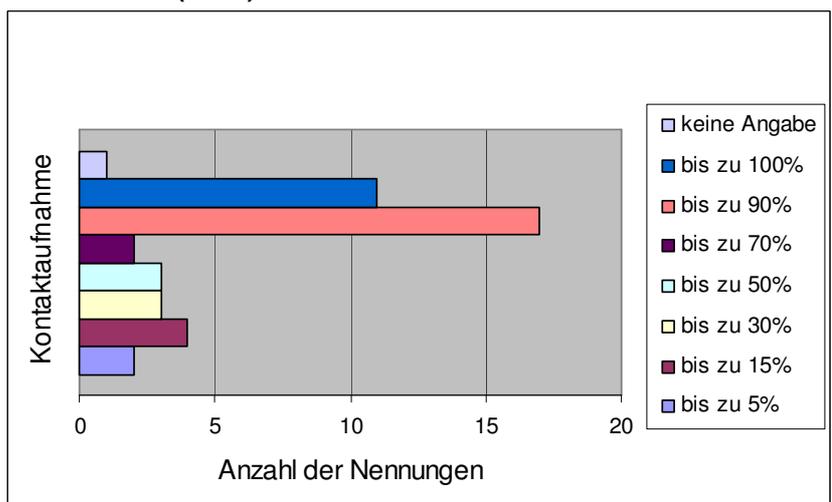
werden nur jeweils von ein bis vier Pflegediensten als Häuser benannt, aus denen die Patienten übergeleitet werden.

Abbildung 11: Entlassende Krankenhäuser (n=43, 118 Nennungen)



Die Krankenhäuser nehmen vor der Entlassung der Patienten zu 69,21% Kontakt zu den Pflegediensten auf (ein Dienst machte hierzu keine Angabe). Abbildung 12 zeigt auf, wie sich dieser Wert im Einzelnen verteilt.

Abbildung 12: Kontaktaufnahme vor der Entlassung durch das Krankenhaus (n=43)



Zwei der Teilnehmer machten keine Angabe zu der Frage, zu wie viel Prozent sich die Krankenhäuser vor der Entlassung mit dem Pflegedienst in Verbindung setzen. Elf Befragte gaben an, dass die Krankenhäuser sich bis zu 100% vor der Entlassung bei ihnen

melden. Bei weiteren siebzehn Pflegediensten nahmen die Kliniken bis zu 90% Kontakt auf. Bei zwei Diensten erfolgt die Kontaktaufnahme seitens der Krankenhäuser in bis zu 70% der Fälle. Bei den zwölf verbliebenen Teilnehmern wird zu unter 50% Kontakt seitens des Krankenhauses aufgenommen.

Auf die Frage, bei wie viel Prozent der Aufnahmen es vorkommt, dass nicht rechtzeitig über den Entlassungstermin informiert wurde, gaben alle Studienteilnehmer Auskunft. Dreiundzwanzig Pflegedienste äußerten, dass bei bis zu einem Viertel der Patienten die Information erst verspätet gegeben wurde. Weitere elf Teilnehmer gaben an, dass diese Information bei bis zur Hälfte der Patienten nicht rechtzeitig gegeben wird. Von einem Pflegedienst wurde geäußert, dass bei bis zu 100% die Bekanntgabe des Entlassungstermins nicht rechtzeitig erfolgte. Für acht Pflegedienste kommt die Bekanntgabe des Termins bei bis zu 75% ihrer Patienten verspätet an (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Nicht rechtzeitige Information über den Entlassungstermin in Prozent (n=43)

verspätete Information	Anzahl
0 - 25%	23
25 - 50%	11
50 - 75%	8
75 -100%	1
gesamt	43

Für die Pflegedienste ist jeweils eine bestimmte Vorbereitungszeit notwendig, um Patienten aus dem Krankenhaus zu übernehmen. Zu der Frage, welcher Zeitraum für die dienstinterne Planung rechtzeitig ist, gaben zweiundvierzig Teilnehmern Auskunft. In den Tabellen 5 und 6 werden die Zeiträume dargestellt, die von einzelnen Diensten benötigt werden. Für Neuaufnahmen werden von den Pflegediensten mehrheitlich bis zu drei Tage benötigt. In zehn Pflegediensten wird deutlich mehr Zeit veranschlagt. Bei Wiederaufnahmen ist die Vorbereitungszeit insgesamt niedriger. Die meisten Pflegedienste benötigen nur einen Tag Vorbereitungszeit. Ein Viertel der Dienste braucht zwei Tage Vorlaufzeit. Drei und mehr Tage Vorbereitungszeit bilden hier die Ausnahme.

Tabelle 5: Zeitbedarf für die Entlassungsplanung bei Neuaufnahmen (n=43)

Zeitbedarf	Anzahl
1 Tag	7
2 Tage	13
3 Tage	12
bis zu 5 Tagen	6
über 5 Tagen	4
keine Angabe	1
gesamt	43

Tabelle 6: Zeitbedarf für die Entlassungsplanung bei Wiederaufnahmen (n=43)

Zeitbedarf	Anzahl
0 bis 1 Tag	4
1 Tag	24
2 Tage	11
3 Tage	2
über 3 Tage	1
keine Angabe	1
gesamt	43

Bei der Frage zu der Bekanntgabe der Entlassungstermine konnten die Antworten von nur dreiunddreißig Studienteilnehmern berücksichtigt werden, da in zwei Fällen keine Angaben gemacht wurden und acht Teilnehmer bei der Beantwortung nicht auf insgesamt 100% gekommen sind. Trotzdem lassen sich Trends erkennen. In weniger als 10% der Fälle erfahren die Pflegedienste erst nach der Entlassung, dass der Patient bereits wieder zu Hause ist. Bei 32,8% der Fälle werden Entlassungstermine weniger als 24 Stunden vor der Entlassung bekannt gegeben. Zu 54,1% setzen die Krankenhäuser die Pflegedienste zwei bis fünf Tage vor der Entlassung über den Termin in Kenntnis. In Tabelle 7 wird abgebildet, wann die Pflegedienste von der Entlassung der Patienten erfahren. In nur 3,8% der Fälle werden die Dienste mehr als fünf Tage vor der Entlassung in Kenntnis gesetzt.

Tabelle 7: Bekanntgabe des Zeitpunktes des Entlassungstermins (n= 33)

Zeitpunkt	Prozent
erst nach der Entlassung	9,3%
weniger als 24 Stunden vor der Entlassung	32,8%
2- 5 Tage vor der Entlassung	54,1%
mehr als 5 Tage vor der Entlassung	3,8%

5. 3 Ergebnisse zur „Informationsübermittlung“

Fünfunddreißig Studienteilnehmer machten gültige Angaben zu der Frage nach dem Zeitpunkt des Erhalts des ärztlichen Kurzbriefts. In 5,86% der Fälle werden keine Arztbriefe aus dem Krankenhaus an die Pflegedienste übermittelt. 78% der Arztbriefe werden am Tag der Entlassung, 14,57% erst später übergeben. In 1,57% der Fälle werden diese Briefe schon vor der Entlassung an die Pflegedienste gegeben (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Zeitpunkt des Erhalts der ärztlichen Kurzbrieft (n=35)

Erhalt des ärztlichen Kurzbriefts	Prozent
vor der Entlassung	1,57%
am Entlassungstag	78%
nach dem Entlassungstag	14,57%
kein Erhalt	5,86%
gültige Angaben	35

Tabelle 9 : Zeitpunkt des Erhalts der Pflegeüberleitungsbögen (n=38)

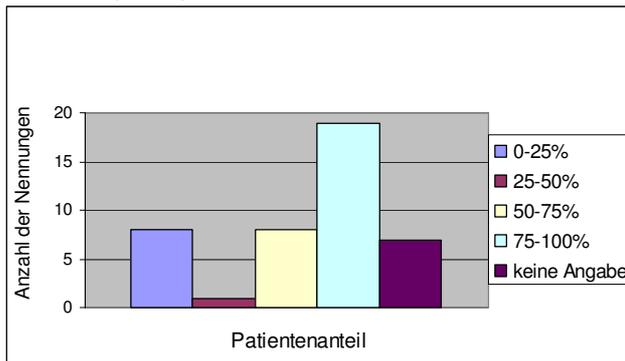
Erhalt des Überleitungsbogens	Prozent
vor der Entlassung	6,63%
am Entlassungstag	68,63%
nach dem Entlassungstag	6,32%
kein Erhalt	18,42%
gültige Angaben	38

Die Pflegedienste erhalten in 18,42% der Fälle keinen Pflegeüberleitungsbogen aus dem Krankenhaus. Zu 68,63% werden die Bögen am Entlassungstag und zu 6,32% später übermittelt. In 6,63% der Fälle bekommen die Pflegedienste vor der Entlassung den Überleitungsbogen ausgehändigt. (vgl. Tabelle 9) Als weitere schriftliche Informationsquellen haben drei Studienteilnehmer angegeben, dass sie vom Krankenhaus eine Patientenmeldung erhalten. Bei zwei Teilnehmern wird die Patientenmeldung zu

100% vor der Entlassung übermittelt, bei einem zu 90% vor der Entlassung und zu 10% am Entlassungstag.

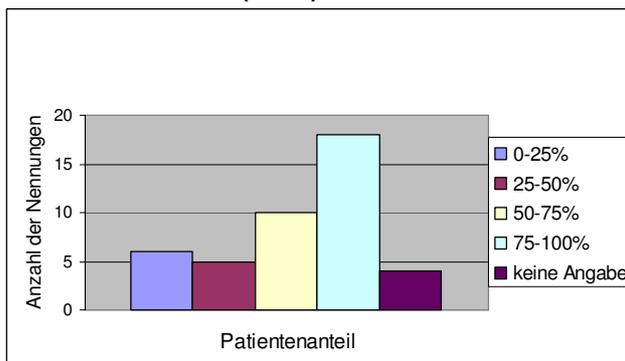
In Abbildung 13 und 14 wird dargestellt, bei welchem Anteil der Neu- und Wiederaufnahmen die Pflegedienste schriftliche Informationsquellen aus dem Krankenhaus erhalten.

Abbildung 13: Erhalt von schriftlichen Informationsquellen aus dem Krankenhaus bei Neuaufnahmen (n=43)



Sieben Studienteilnehmer machten in Bezug auf die Neuaufnahmen keine Angaben. Acht Befragte gaben an, dass sie bei bis zu einem Viertel ihrer Neuaufnahmen schriftliche Unterlagen erhalten, ein Pflegedienst bekommt diese bei 25% bis 50%. Acht Pflegedienste erhalten bei 50% bis 75% der neu aufgenommenen Patienten Informationen in Schriftform. Bei neunzehn Studienteilnehmern funktioniert die Weitergabe von schriftlichen Unterlagen zu 75% bis 100%.

Abbildung 14: Erhalt von schriftlichen Informationsquellen aus dem Krankenhaus bei Wiederaufnahmen (n=43)



In Bezug auf die schriftlichen Informationsquellen bei Wiederaufnahmen machten vier Pflegedienste keine Angaben. Ansonsten verteilen sich die Nennungen bei den Wiederaufnahmen ähnlich wie bei den Neuaufnahmen.

Sechs Pflegedienste gaben an, dass sie vom Krankenhaus von 0% bis 25% ihrer wieder aufgenommen Patienten schriftliche Unterlagen erhalten. Bei fünf Teilnehmern ist dies bei 25 bis 50% der Patienten der Fall. Zehn Pflegedienste äußerten, dass sie zu 50% bis 75% schriftliche Unterlagen erhalten. Die restlichen achtzehn Dienste erhalten zu 75% bis 100% bei ihren Wiederaufnahmen schriftliche Angaben.

Die schriftlichen Informationen sind zumeist nicht vollständig. Nur sieben Pflegedienste gaben an, dass alle notwendigen Informationen vermerkt werden. Von sechs Befragten wurde ein „Nein“ auf diese Frage geäußert. Die überwiegende Mehrheit von neunundzwanzig Studienteilnehmern kreuzte ein „teils/teils“ auf dem Fragebogen an (vgl. Tabelle 10). Ein Teilnehmer machte keine Angabe.

Tabelle 10: Vollständigkeit der Information auf den schriftlichen Informationsquellen (n=43)

Vollständigkeit der Information	Anzahl
ja	7
nein	6
teils/teils	29
keine Angabe	1
gesamt	43

Auskunft darüber, welche Informationen in den schriftlichen Unterlagen am häufigsten fehlen, gaben dreiunddreißig Befragte. Neun Pflegedienste bemängelten, dass keine *Angaben zur Behandlungspflege* gemacht werden, acht Befragten fehlt die *realistische Einschätzung des Pflegebedarfs*. In sieben Fällen wurde geäußert, dass der *Pflegehilfsmittelbedarf* nicht benannt wird. Jeweils sechs Pflegedienste kritisieren, dass *pflegerelevante Informationen, Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinbefinden* sowie *Angaben über Ausscheidungen* nicht schriftlich fixiert werden. *Medikamentenpläne* und *Angaben zur Nahrungsaufnahme, insbesondere bei Patienten mit einer PEG-Sonde*, vermissten vier Teilnehmer. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass *Ansprechpartner nicht benannt* werden (3 Angaben). In zwei Fällen wird bemängelt, dass häufig *medizinische Diagnosen* nicht in den Unterlagen stehen und dass nicht bekannt ist, ob bereits eine *Pflegestufe beantragt* wurde. Jeweils einem Befragten fehlen eine *Anamnese*, die *Angabe von Prognosen in Bezug auf ein Dekubitus- oder Sturzrisiko, Pflegediagnosen* sowie *weitere Empfehlungen*. In einem Fall wurde geäußert, dass die gemachten Angaben in den schriftlichen Unterlagen *oft unzutreffend* sind. Ein weiterer Teilnehmer gab an, dass *Überleitungsbögen* generell fehlen. Die Auskunft eines anderen Studienteilnehmers beschränkt sich auf ein „*Unterschiedlich*“.

Neben schriftlichen Unterlagen erhalten Pflegedienste vielfach mündliche Informationen durch Krankenhausmitarbeiter. In Tabelle 11 wird aufgezeigt, von welchen Mitarbeitern in welcher Häufigkeit mündliche Informationen über die Pflegeüberleitung der Patienten gegeben werden. Die hauptsächlichen Informationsgeber sind hier eindeutig das Pflegepersonal von den Stationen sowie die Sozialdienstmitarbeiter der Krankenhäuser. Die Pflegeüberleitungskräfte und Ärzte geben selten Auskünfte.

Tabelle 11: Häufigkeit der mündlichen Information durch Mitarbeiter des Krankenhauses

Personalart	nie	selten	häufig	immer	keine Angabe
Pflegepersonal von der Station	2	13	20	8	/
Pflegeüberleitungskraft des Krankenhauses	12	10	7	1	13
Sozialdienstmitarbeiter des Krankenhauses	1	15	19	6	2
Ärzte des Krankenhauses	9	22	6	1	5

Von den Krankenhausmitarbeitern erhalten dreiundvierzig Pflegedienste die mündliche Information über den Entlassungstermin der Patienten. Aussagen zum Pflegebedarf erhalten fünfunddreißig Studienteilnehmer. Über die soziale Situation der Patienten werden elf Befragte informiert. In jeweils einem Fall erhalten Pflegedienste mündliche Angaben zu den Stammdaten, zur medizinischen Versorgung und zum persönlichen Befinden des Patienten.

Eine weitere Möglichkeit, Informationen zu erhalten, ist ein Antrittsbesuch bei Patienten im Krankenhaus. Auf die Frage, ob Pflegedienste bei Neuaufnahmen im Krankenhaus eine Beratung durchführen, gaben zweiundvierzig Studienteilnehmer Auskunft. Zwanzig Pflegedienste führen generell vor der Übernahme eines Patienten eine Beratung durch, weitere siebzehn Pflegedienste gaben „teils/teils“ an. Fünf Teilnehmer führen keine Beratungen im Krankenhaus durch (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Durchführung einer Beratung des Pflegedienstes bei Neuaufnahmen im Krankenhaus

Beratung	Nennungen
ja	20
nein	5
teils/teils	17
keine Angabe	1
Gesamt	43

Folgende Beratungsinhalte wurden von den Pflegediensten angegeben: In vierunddreißig Fällen erfolgt eine Kostenträgerklärung, einunddreißig Mal wird die Einsatzplanung

besprochen. Achtunddreißig Dienste klären die Art und den Umfang des Pflegebedarfs ab, weitere dreißig machen die hauswirtschaftliche Versorgung der Patienten zum Beratungsinhalt. Bei drei Diensten gehört die *Hilfsmittelberatung*¹⁰ dazu. Zwei Dienste nutzen die Beratung, um sich über die *Wohnsituation* zu erkundigen. Jeweils einmal wurde genannt, dass Pflegedienste über *Hausnotrufsysteme, Essen auf Rädern, Schmerz- und Ernährungspumpen* und *den Bedarf an Kooperationspartnern* informieren. Ein Pflegedienst erklärt den Patienten das *Bezugspflegesystem*. Eine weitere Angabe lautet, dass der Besuch im Krankenhaus genutzt wird, um *den Patienten kennen zu lernen und Vertrauen aufzubauen*. In je einem Fall wird sich über den *Klinikverlauf* erkundigt und über *individuelle Bedürfnisse* informiert (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Inhalte der Beratung durch die Pflegedienste im Krankenhaus bei Neuaufnahmen

Beratungsinhalt	Nennungen
Kostenträgerklärung	34
Einsatzplanung	31
Art und Umfang Pflegebedarf	38
hauswirtschaftliche Versorgung	30
Hilfsmittelberatung	3
medizinische/ärztliche Versorgung	1
Vertrauen aufbauen und Patienten kennen lernen	1
individuelle Bedürfnisse erfahren	1
Klinikverlauf erkunden	1
Erklärung der Bezugspflege	1
Essen auf Rädern	1
Erkundigungen über Wohnsituation	2
Bedarf und Informationen über Kooperationspartner	1
Schmerzpumpen/Ernährungspumpen	1
Hausnotruf	1

5.4 Ergebnisse zur „Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandmitteln“

Bei neu aufgenommenen Patienten gibt nur ein Pflegedienst an, dass notwendige Pflegehilfsmittel zu 75-100% nach der Krankenhausentlassung bereitstehen. Fünf Studienteilnehmer äußern, dass bei ihren Patienten die Hilfsmittel zu 50% bis 75% vorhanden sind. Hingegen sind bei dreiundzwanzig Diensten in nur 0% bis 25% und bei elf weiteren Pflegediensten in 25% bis 50% der Fälle Pflegehilfsmittel nach Entlassung vorhanden. Bei wieder aufgenommenen Patienten stellt sich die Situation anders dar. Vierzehn Teilneh-

¹⁰ Die kursiv geschriebenen Textpassagen sind die Antworten, die unter „sonstige“ von den Pflegediensten gegeben wurden.

mer bescheinigen, dass bei ihren Patienten zu 75% bis 100% Hilfsmittel vorhanden sind, wenn diese aus dem Krankenhaus entlassen sind. Nur fünf Studienteilnehmer geben an, dass bei 0% bis 25% der Neuaufnahmen Pflegehilfsmittel bereitstehen (siehe Tabellen 14 und 15). Wenn Pflegehilfsmitteln bei Neuaufnahmen nach der Entlassung nicht vorhanden sind, werden diese zu 81,63% durch Mitarbeiter der Pflegedienste beschafft. Bei Wiederaufnahmen kümmern sich zu 79,76% ebenfalls Mitarbeiter um die Beschaffung.

Tabelle 14: Vorhandene Pflegehilfsmittel bei Neuaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Anteil vorhandener Pflegehilfsmittel	Nennungen
0 - 25%	23
25 - 50%	11
50 - 75%	5
75 -100%	1
keine Angabe	3
gesamt	43

Tabelle 15: Vorhandene Pflegehilfsmittel bei Wiederaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Anteil vorhandener Pflegehilfsmittel	Nennungen
0 - 25%	5
25 - 50%	7
50 - 75%	11
75 -100%	14
keine Angabe	6
gesamt	43

Bei der Versorgung mit Medikamenten nach der Krankenhausentlassung bestehen kaum Unterschiede darin, ob ein Patient schon vor dem Krankenhausaufenthalt durch einen Pflegedienst betreut oder ob er neu aufgenommen wurde. Drei Dienste geben an, dass bei 75% bis 100% der Wiederaufnahmen Medikamente vorhanden sind, bei den Neuaufnahmen ist dies bei vier Diensten der Fall. Bei dem Großteil der Patienten (Neu- und Wiederaufnahmen) sind Medikamente zu 0% bis 25% vorhanden (vgl. Tabellen 16 und 17).

Tabelle 16: Vorhandene Medikamente bei Neuaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Anteil vorhandener Medikamente	Nennungen
0 - 25%	27
25 - 50%	7
50 - 75%	2
75 -100%	4
keine Angabe	3
gesamt	43

Tabelle 17: Vorhandene Medikamente bei Wiederaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Anteil vorhandener Medikamente	Nennungen
0 - 25%	19
25 - 50%	9
50 - 75%	9
75 -100%	3
keine Angabe	3
gesamt	43

Zu 86,88% fällt die Beschaffung von Medikamenten, die bei neu aufgenommenen Patienten nach der Entlassung nicht vorhanden sind, in den Aufgabenbereich eines Pflegedienstmitarbeiters. Wenn Medikamente bei Wiederaufnahmen nicht bereitstehen, kümmern sich zu 84,52% ebenfalls die Mitarbeiter um deren Beschaffung.

Bei der Versorgung mit Verbandsmitteln macht es einen kleinen Unterschied, ob die Patienten schon vor dem Krankenhausaufenthalt Kunde des Pflegedienstes waren. Zwar sind auch hier bei 0% bis 25% die meisten Nennungen durch die Pflegedienste erfolgt, aber bei den Wiederaufnahmen sind Verbandsmittel im größeren Maße in den Bereichen 50% bis 75% sowie 75% bis 100% vorhanden (insgesamt 10 Nennungen). Hier schneiden die neu aufgenommenen Patienten deutlich schlechter ab. Bei ihnen geben insgesamt drei Pflegedienste an, dass Verbandsmittel zu 50% bis 75% bzw. zu 75% bis 100% bereitstehen (vgl. Tabellen 18 und 19). Beschäftigte der Dienste besorgen bei Neuaufnahmen zu 87,75% und bei Wiederaufnahmen zu 83,81% benötigte Verbandsmittel.

Tabelle 18: Vorhandene Verbandsmittel bei Neuaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Anteil vorhandener Verbandsmittel	Nennungen
0 - 25%	32
25 - 50%	5
50 - 75%	2
75 - 100%	1
keine Angabe	3
gesamt	43

Tabelle 19: Vorhandene Verbandsmittel bei Wiederaufnahmen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Anteil vorhandener Verbandsmittel	Nennungen
0 - 25%	24
25 - 50%	5
50 - 75%	6
75 - 100%	4
keine Angabe	4
gesamt	43

5.5 Ergebnisse zu „Kooperationen“

Vier der teilnehmenden Pflegedienste geben an, dass sie über einen schriftlichen Kooperationsvertrag verfügen. Von weiteren vier Diensten wurden zu dieser Frage keine Angaben gemacht. Die restlichen fünfunddreißig Studienteilnehmer haben keinen dieser Verträge abgeschlossen.

Manche der Pflegedienste mit Kooperationsverträgen haben gleich mehrere Kooperationspartner. Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Partner. Ein Dienst kooperiert gleichzeitig mit dem Amalie Sieveking Krankenhaus sowie dem Klinikum Nord/Heidelberg. Der zweite Pflegedienst hat gleichzeitig mit Careline und dem Amalie Sieveking Krankenhaus Verträge abgeschlossen. Ein weiterer Studienteilnehmer bringt es auf drei Kooperationsverhältnisse und zwar mit dem Universitätskrankenhaus Eppendorf, mit dem AK Eilbek und dem AK Wandsbek. Der vierte Pflegedienst ist eine Kooperation mit Careline eingegangen.

Tabelle 20: Mit den Pflegediensten kooperierende Einrichtungen

Kooperationspartner	Nennungen
AK Wandsbek	1
Amalie Sieveking Krankenhaus	2
Careline	2
Klinikum Nord/Heidberg	1
Universitätsklinik Eppendorf / AK Eilbek	1

Als Vorteile von Kooperationen mit Krankenhäusern wurden von den vier Pflegediensten mit Verträgen folgende benannt: *Die Informationsweitergabe funktioniert¹¹*, es findet eine *geordnete Überleitung* statt und es gibt *einheitliche Überleitungsbögen*. Ferner sind die *Angehörigen informiert* und es gibt *einheitliche Ansprechpartner* für die Überleitung. Der *Ablauf* ist insgesamt *reibungslos*, *Pflegestufe und Hilfsmittel sind beantragt*. Aus Kooperationen entstehen *Synergieeffekte* für die Pflegeüberleitung.

5.6 Ergebnisse zum „Verbesserungsbedarf“

Alle Studienteilnehmer gaben an, dass sie einen Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren in Bezug auf die Krankenhauserlassung sehen (siehe Tabelle 21). Bei den Krankenhäusern sehen achtunddreißig Pflegedienste einen Verbesserungsbedarf. An zweiter Stelle wurden von vierundzwanzig Teilnehmern die Hausärzte erwähnt. Neunzehn Mal wurden die Kranken- und Pflegekassen als Akteure benannt, bei denen ein Verbesserungsbedarf besteht. Vier Dienste sehen diesen Bedarf auch bei Sanitätshäusern. Apotheken, Fachärzte, Sozialdienste und der MDK wurden jeweils einmal angeführt.

Tabelle 21: Verbesserungsbedarf bei den Akteuren bezüglich der Zusammenarbeit bei der Krankenhauserlassung (n=43, Mehrfachnennungen)

Akteur	Nennungen
Krankenhäuser	38
Sanitätshäuser	4
Apotheken	1
Hausärzte	24
Kranken-/Pflegekassen	19
Fachärzte	1
MDK	1
Sozialdienste	1

Ein Verbesserungsvorschlag, der von vier Studienteilnehmern geäußert wurde, richtet sich an mehrere Akteure und besteht darin, die *Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten rechtzeitig vor der*

¹¹ Die kursiv -geschriebenen Textpassagen sind die Originalantworten.

*Entlassung*¹² zu gewährleisten. In einer weiteren Nennung wird *mehr Freundlichkeit durch Ärzte, Krankenhäuser und MDK* gefordert.

An die Krankenhäuser wurden insgesamt die meisten Verbesserungsvorschläge gerichtet. Sieben Pflegedienste fordern die *Sicherstellung der medikamentösen Versorgung durch die Mitgabe der notwendigen Medikamente bei Entlassungen zu problematischen Zeiten*. Von drei Pflegediensten wird die *Übergabe des Medikamentenplans vor der Entlassung* als wichtig erachtet. Ein weiterer Punkt, der von zwei Teilnehmern angegeben wurde, ist die *Sicherstellung der Wundversorgung durch Mitgabe der notwendigen Verbandsmittel bei Entlassungen zu problematischen Zeiten*. Die Forderung eines weiteren Dienstes besteht in der *Sicherstellung der Inkontinenzversorgung durch Mitgabe der notwendigen Inkontinenzeinlagen ebenfalls bei Entlassungen zu problematischen Zeiten*. Zweimal wurde bemängelt, dass der *Pflegebedarf* durch das Krankenhaus *nicht realistisch eingeschätzt* wird. Einmal wird gefordert, die *konkreten Vorstellungen des Pflegekunden zu ermitteln*. Ein weiterer Dienst wünscht sich eine *bessere Beratung der Patienten und seiner Angehörigen seitens des Krankenhauses, bezüglich Kostenklärung und Versorgung durch Pflegedienste, die auch realistisch ist*. Ein Pflegedienst wünscht sich mehr *Ehrlichkeit* und *geschultes Pflegepersonal* sowie *Offenheit und Auskunftsbereitschaft gegenüber den Pflegediensten über Patienten*. Ein weiterer Verbesserungsvorschlag bezieht sich auf den *Einsatz eines standardisierten Überleitungsbogens mit aktuellen ärztlichen und pflegerischen Informationen*. Ebenfalls einmal wurde der *Umfang und Inhalt der Informationen* kritisiert. Eine Forderung lautet: *Das Entlassungsmanagement muss revolutioniert werden durch garantierte Versorgung und Kooperationsverträge*. Ein weiterer Pflegedienst wünscht sich *geordnete Strukturen und eine bessere Vernetzung ambulant/stationär*. Ein Teilnehmer appelliert: *Es wäre schön, wenn die Patienten sich den Pflegedienst aussuchen könnten, wie es in der freien Marktwirtschaft auch eigentlich üblich ist*. In einem Fall bezieht ein Pflegedienst sich selber in die Verbesserungsvorschläge mit ein: *intensiver zusammenarbeiten mit den Krankenhäusern*.

An die Hausärzte adressiert ist folgender Verbesserungsvorschlag: *Bessere Erreichbarkeit und höhere Verbindlichkeit der Hausärzte*. Von den Kranken- und Pflegekassen wird von einem Teilnehmer die *schnellere Klärung der Kostenübernahme an den Wochenenden* sowie die *rückwirkende Kostenerstattung* gewünscht. Vom MDK wird von zwei Teilnehmern eine *schnellere Reaktion* gefordert. Auch an die Sanitätshäuser wird ein Wunsch gerichtet: die *schnellere Abwicklung bei der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln*.

¹² Die kursiv -geschriebenen Textpassagen sind die in Cluster zusammengefassten Antworten.

6. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung diskutiert und bewertet. Aus den Ergebnissen resultierend werden Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Pflegeüberleitung ausgesprochen.

6.1 Patientenzahlen und Strukturdaten

Nach der gründlichen Durchsicht der Gesamtdaten wurde festgestellt, dass es für die Pflegeüberleitung keinen Unterschied macht, wie viele Patienten ein Pflegedienst betreut oder wie viele Mitarbeiter mit welchem Fachkräfteanteil dort arbeiten. Auch hat das Betriebsbestehen keinen erkennbaren Einfluss auf die Pflegeüberleitung. Die Erhebung dieser Daten diente somit lediglich der Beschreibung der teilnehmenden Pflegedienste. Positiv ist zu bewerten, dass die Fragebögen in den Pflegediensten von den für die Pflegeüberleitung zuständigen Personen ausgefüllt wurden. Daher ist davon auszugehen, dass hier Experten Auskunft gegeben haben und die vorhandenen Daten somit eine hohe Aussagekraft haben.

Die Anzahl der Neu- und Wiederaufnahmen in den Pflegediensten ist in den meisten Fällen nicht sehr hoch. Bei bis zu jeweils fünf Neu- und Wiederaufnahmen im Quartal entspricht dies 3,3 Patienten im Monat, also nicht einmal einem Patienten in der Woche. Das lässt darauf schließen, dass Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus nicht in jedem Pflegedienst zum Tagesgeschäft gehört. Anders ist dies bei Pflegediensten zu bewerten, die im Quartal zehn und mehr Neu- und Wiederaufnahmen zu bewältigen haben. Bei diesen Diensten nimmt die Pflegeüberleitung mehr Raum im alltäglichen Handeln ein und der Koordinationsaufwand erhöht sich mit jedem Patienten, der aufgenommen wird.

6.2 Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassung

Beinahe alle Krankenhäuser des Bezirks (außer dem Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift, der Klinik Berner Stieg und der Praxisklinik Medical Eye-Care¹³) werden auf den Fragebögen als wichtigste entlassende Häuser benannt sowie einige Kliniken aus anderen Bezirken. Aufgrund der Fragestellung lassen sich keine Aussagen zu einzelnen Kranken-

¹³ Das Kinderkrankenhaus wurde nicht genannt, da vermutlich die wenigsten Pflegedienste auf Kinder spezialisiert sind. Die beiden anderen Häuser sind wahrscheinlich zu klein, um für Pflegedienste als wichtigste entlassende Krankenhäuser zu gelten.

häusern treffen. Trotzdem sollten alle genannten Krankenhäuser auf die Ergebnisse der Befragung hingewiesen werden.

Sicher ist es nicht in jedem Fall notwendig, dass das Krankenhaus den Pflegedienst bezüglich der Pflegeüberleitung informiert. Einige Patienten sind selber in der Lage, dies zu tun. Aber dort, wo Patienten nicht fähig sind, sich an einen Pflegedienst zu wenden, steht das Krankenhaus in der Pflicht, diese Aufgabe zu übernehmen. In den überwiegenden Fällen funktioniert dies auch, wie die Zahlen belegen. Allerdings haben zwölf Studienteilnehmer angegeben, dass bei unter 50% ihrer Patienten seitens des Krankenhauses eine Kontaktaufnahme erfolgt. Diese Pflegedienste haben vermutlich keinen größeren Anteil an Patienten, die sich selber um ihre Überleitung kümmern als die anderen Dienste. Laut „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ ist es Aufgabe des Krankenhauses, die Entlassungsplanung spätestens 24 Stunden vor der Entlassung zu überprüfen. Dazu gehört auch, sich zu vergewissern, dass der Pflegedienst über die Pflegeüberleitung informiert wurde und den Patienten auch zum vereinbarten Zeitpunkt übernehmen kann.

Die hauptsächlichen Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung in den Krankenhäusern sind die Pflegekräfte der Stationen und die Sozialdienstmitarbeiter. Dass Ärzte ungleich seltener Ansprechpartner sind, liegt daran, dass ihre Erreichbarkeit nicht immer gegeben ist. Sozialdienste in den Krankenhäusern haben feste Bürozeiten und auf den Stationen ist immer Pflegepersonal anzutreffen. Pflegeüberleitungskräfte gibt es nicht in jedem Krankenhaus. Es ist zu vermuten, dass in den Häusern, in denen es Pflegeüberleitungskräfte gibt, diese Hauptansprechpartner für die Pflegeüberleitung sind. Mit den vorhandenen Daten kann dies aber nicht überprüft werden. Wenn Gespräche zwischen Krankenhausmitarbeitern und Pflegediensten stattfinden, ist der Entlassungstermin immer Inhalt der Gespräche. Auch werden die Pflegedienste über den Pflegebedarf informiert. Ein anderer Gesprächsinhalt ist die soziale Situation der Patienten. Careline als Ansprechpartner ist ein Sonderfall, da nur Dienste, die mit diesem Anbieter einen Vertrag haben, Auskünfte von Careline erhalten. Pflegedienste erhalten von Krankenhäusern auf drei Wegen Informationen über ihre Patienten: mündliche Informationen von Krankenhausmitarbeitern, schriftliche Informationen in Form von Überleitungsbögen und Arztbriefen und direkte Informationen von den Patienten bei Beratungsgesprächen im Krankenhaus. Daher verwundert es, dass die Koordination der Entlassungen nicht reibungsloser funktioniert, obwohl Ansprechpartner benannt sind und Gespräche stattfinden. Die vorhandenen Strukturen werden nicht optimal genutzt, weder von den Krankenhäusern noch von den Pflegediensten. Durch die hier vorhandenen Daten können keine Schlussfolgerungen über die Gründe dieser suboptimalen Kommunikation gezogen wer-

den. Es scheint aber von Nöten, dass Pflegedienste und Krankenhäuser vermehrt aufeinander zugehen. Der „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ regelt die Prozesse an der Außengrenze der Krankenhäuser. Der Erfolg einer gelungenen Entlassung kann aber nicht allein in der Verantwortung der entlassenden Einrichtung liegen. Auch die aufnehmende Einrichtung ist verpflichtet, ihren Beitrag zur angemessenen Versorgungskontinuität zu leisten. „Vor diesem Hintergrund fordert der hiermit vorgelegte Mosaikstein auf zur gemeinsamen Weiterarbeit an der systematischen Etablierung einer einrichtungsübergreifenden Versorgungskoordination, um die Defizite des fragmentierten Versorgungssystems zu überwinden“ (Expertenstandard Entlassungsmanagement, 2004, S. 36). Der Aufforderung des „Expertenstandards Entlassungsmanagement“, eine gemeinsame Weiterarbeit an der systematischen Etablierung einer einrichtungsübergreifenden Versorgungskoordination aufzunehmen, kann an dieser Stelle noch einmal Nachdruck verliehen werden.

Betrachtet man die Gegenüberstellung von den Ergebnissen (vgl. Tabelle 22, auf der folgenden Seite) der Fragen 7 und 8 fällt auf, dass die Angaben der Pflegedienste teilweise nicht zueinander passen.

Tabelle 22: Gegenüberstellung des nicht rechtzeitigen Erhalts des Entlassungstermin, des Planungszeitraums für Neuaufnahmen und des Informationszeitraums in Prozent

Nr.	Nicht rechtzeitige Information über den Entlassungstermin	Planung der Pflegedienste für Neuaufnahmen	Planung der Pflegedienste für Wiederaufnahmen	Information erst nach der Entlassung	Information weniger als 24h vor der Entlassung	Information 2-5 Tage vor der Entlassung	Information mehr als 5 Tage vor der Entlassung
1	0-25%	3 Tage	1 Tag	35%	15%	50%	0%
2	0-25%	2 Tage	1 Tag	0%	0%	100%	0%
3	0-25%	7 Tage	4 Tage	5%	15%	80%	0%
4	0-25%	2 Tage	1 Tag	0%	10%	80%	10%
5	0-25%	2 Tage	1 Tag	0%	60%	40%	0%
6	0-25%	3 Tage	1 Tag	0%	5%	95%	0%
7	0-25%	0 Tage	0 Tage	1%	10%	89%	0%
8	0-25%	2 Tage	0 Tage	0%	25%	75%	0%
9	0-25%	3 - 5 Tage	1 Tag	0%	10%	80%	10%
10	0-25%	2 Tage	1 Tag	15%	80%	5%	0%
11	0-25%	1 Tag	Keine Angabe	10%	20%	70%	0%
12	0-25%	3 Tage	1 Tag	0%	15%	70%	15%
13	0-25%	2 - 4 Tage	1 Tag	5%	5%	80%	10%
14	0-25%	5 - 7 Tage	2 Tage	10%	20%	50%	20%
15	0-25%	1 Tag	1 Tag	5%	5%	90%	0%
16	0-25%	2 Tage	1 Tag	0%	70%	30%	0%
17	0-25%	3 - 5 Tage	1 Tag	0%	70%	30%	0%
18	0-25%	3 Tage	3 Tage	1%	8%	70%	21%
19	0-25%	2 Tage	1 Tag	10%	15%	75%	0%
20	0-25%	5 Tage	2 Tage	0%	20%	80%	0%
21	25-50%	3 Tage	2 Tage	10%	10%	80%	0%
22	25-50%	0 Tage	0 Tage	50%	30%	20%	0%
23	25-50%	3 Tage	2 Tage	0%	30%	70%	0%
24	25-50%	1 - 2 Tage	1 Tag	0%	95%	5%	0%
25	25-50%	2 Tage	1 Tag	0%	70%	30%	0%
26	25-50%	7 Tage	2 Tage	20%	20%	30%	30%
27	25-50%	2 Tage	1 Tag	0%	0%	100%	0%
28	50-75%	2 Tage	1 Tag	2%	85%	13%	0%
29	50-75%	Keine Angabe	2 Tage	10%	30%	60%	0%
30	50-75%	2 Tage	1 Tag	25%	75%	0%	0%
31	50-75%	5 Tage	1 Tag	10%	50%	30%	10%
32	50-75%	3 Tage	2 Tage	3%	90%	7%	0%
33	75-100%	3 Tage	1 Tag	80%	20%	0%	0%

Die Nummer 1¹⁴ gibt beispielsweise an, dass bei 0% bis 25% der Patienten die Bekanntgabe des Entlassungstermins nicht rechtzeitig erfolgt. Der Dienst benötigt zur Planung einer Neuaufnahme drei Tage, bei einer Wiederaufnahme wird ein Tag benötigt. Gleich-

¹⁴ Diese Nummerierung bezieht sich auf Tabelle x und lässt nicht auf einen bestimmten Fragebogen schließen, sondern dient der Übersichtlichkeit.

zeitig wird angegeben, dass bei 35% der Patienten die Information erst nach der Entlassung erfolgt bzw. bei 15% weniger als 24 Stunden vor der Entlassung. Dies würde aber bedeuten, dass sogar bei 50% der Patienten die Bekanntgabe des Termins eigentlich zu spät erfolgt.

Bei der Nummer 27 ist es umgekehrt. Hier wurde angegeben, dass bei 50% bis 75% der Patienten die Information nicht rechtzeitig erfolgt. Gleichzeitig wurde geschrieben, dass die Bekanntgabe des Entlassungstermins zu 100% zwei bis fünf Tage vor der Entlassung erfolgt. An Vorbereitungszeit benötigt dieser Dienst bei Neuaufnahmen zwei und bei Wiederaufnahmen einen Tag. Damit wird der Pflegedienst zu 100% rechtzeitig informiert.

Oftmals benötigen Pflegedienste sehr viel Zeit, um eine Neuaufnahme vorzubereiten. Wenn man bedenkt, dass die durchschnittliche Verweildauer in Hamburger Krankenhäusern 8,4 Tage beträgt, ist es den Kliniken oftmals gar nicht möglich, einen Pflegedienst 5 bis 7 Tage vorher über eine anstehende Entlassung zu informieren. Hier müssen die ambulanten Dienste umdenken, auch vor dem Hintergrund, dass von der Gesundheitspolitik noch weitere Verweildauerverkürzungen angestrebt werden.

Allerdings ist es für jeden Pflegedienst schwierig, noch eine geordnete Pflegeüberleitung zu realisieren, wenn ein Patient schon (wieder) zu Hause ist und der Dienst erst dann informiert wird. Dies geschieht insgesamt bei 9,3% der Fälle. Aber hier sollte eine Einzelfallbetrachtung¹⁵ vorgenommen werden. Wenn ein bereits bekannter Patient sich nach seinem Krankenhausaufenthalt zurückmeldet und wieder in die Planung für die nächste Woche aufgenommen wird, damit er beispielsweise seine Hilfestellung beim Baden erhält, hat dies eine andere Qualität, als wenn ein hilfloser und schwerstpflegebedürftiger Patient in seiner Wohnung abgesetzt wird.

In 32,8% der Fälle werden die Pflegedienste weniger als 24 Stunden vor der Entlassung eines Patienten informiert. Für zwei Dienste (Nummer 7 und 22) ist dies kein Problem, denn sie benötigen keine vierundzwanzig Stunden Vorbereitungszeit für die Übernahme eines Patienten. Bei einem weiteren Dienst (Nummer 8) werden bei Wiederaufnahmen ebenfalls keine vierundzwanzig Stunden benötigt. Aber in allen anderen Fällen stellen diese ad-hoc Entlassungen ein Problem dar.

Ein Pflegedienst (Nummer 33) gab an, dass er bei 75% bis 100% seiner Patienten nicht rechtzeitig informiert wird und dass bei 80% der Fälle die Information erst erfolgt, wenn

¹⁵ Die Einzelfallbetrachtung kann mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht vorgenommen werden.

die Patienten bereits entlassen wurden. Dieses Ergebnis ist sicherlich sehr schlecht, aber kann hier nur als extremer Einzelfall betrachtet werden.

Laut „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ gehört zu einer bedarfsgerechten Entlassungsplanung eine rechtzeitige Abstimmung über den Entlassungstermin. Es sollen personelle und zeitliche Ressourcen der weiterversorgenden Einrichtung berücksichtigt werden. Dieser Anforderung wird seitens der Krankenhäuser in erheblichem Maße nicht entsprochen. Dabei sollten die Krankenhäuser ein starkes Eigeninteresse an der Sicherstellung der Versorgung der Patienten haben, da im Falle einer Wiedereinweisung die Kosten zu Lasten der Klinik gehen, seit die DRGs eingeführt wurden. Drehtüreffekte gilt es zu vermeiden.

Für eine geordnete Pflegeüberleitung ist es für alle Beteiligten notwendig, dass der Entlassungstermin rechtzeitig bekannt gegeben wird. Pflegedienste benötigen für die Aufnahme eines neuen Patienten zum Großteil nicht mehr als drei Tage, für eine Wiederaufnahme mehrheitlich bis zu zwei Tagen. Diese Vorlaufzeiten sind auch in Anbetracht der jetzigen Durchschnittsverweildauer realistisch. Krankenhäuser sollten diese Zeiten berücksichtigen, damit die Patienten auch nach dem Krankenhausaufenthalt adäquat versorgt und Versorgungsbrüche vermieden werden können. Auf Seiten der Krankenhäuser ist ein Entlassungsmanagement notwendig, das dafür sorgt, dass sich frühzeitig mit dem Pflegedienst in Verbindung gesetzt wird. Pflegedienste, die für ihre Vorbereitung mehr Zeit benötigen, sollten die eigenen Organisationsstrukturen optimieren.

6.3 Informationsübermittlung

Eine möglichst umfassende Information der weiterversorgenden Einrichtung ist essentiell für die nahtlose Fortführung der Pflege. Auffällig ist, dass nicht generell schriftliche Informationen, sei es ein Arztbrief oder ein Pflegeüberleitungsbogen an Pflegedienste weitergeleitet werden. Wenn Arztbriefe an die Pflegedienste weitergegeben werden, geschieht dies zu rund 80% am Entlassungstag oder früher. In nur 5% der Fälle bekommen die Pflegedienste keinen Arztbrief. Dies ist positiv zu werten. Pflegeüberleitungsbögen hingegen werden zu rund 75% am Entlassungstag oder früher übermittelt. Leider werden zu 18% gar keine Überleitungsbögen weitergegeben. Dies ist ein dürftiges Ergebnis. Die Weiterleitung eines Pflegeüberleitungsbogens sollte mittlerweile zum Minimalstandard gehören.

Wenn schriftliche Unterlagen weitergeleitet werden, fehlen in den überwiegenden Fällen relevante Informationen. Besonders eklatant ist es, wenn Medikamentenpläne und Anga-

ben zur Behandlungspflege fehlen. Dies gefährdet unter Umständen den weiteren Behandlungserfolg des Patienten.

Ein generelles Problem scheint zu sein, dass das Pflegepersonal in den Krankenhäusern Schwierigkeiten hat, den tatsächlichen Pflege- und Hilfsmittelbedarf sowie die konkreten Vorstellungen der Patienten zu ermitteln. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Pflege im Krankenhaus einen anderen Focus als die Pflege in der Häuslichkeit hat. Im Krankenhaus ist Pflege eher auf akute Ereignisse ausgerichtet, in der ambulanten Pflege eher auf die Langzeitversorgung. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollten in den Krankenhäusern, wie es auch der Expertenstandard vorsieht, geeignete Assessmentinstrumente eingesetzt werden.

Pflegedienste benötigen Auskünfte über ihre Patienten, um die Pflege in der Häuslichkeit möglichst nahtlos fortzusetzen. Mündliche Informationen durch Krankenhausmitarbeiter sind eine sinnvolle Ergänzung zu schriftlichen Informationen. Arztbriefe und Überleitungsbögen sollten zeitnah, d.h. spätestens am Entlassungstag, an den Pflegedienst übergeben werden. Vor allem sollten die Informationen möglichst vollständig sein. Hier macht es Sinn, dass Krankenhäuser und Pflegedienste sich darauf verständigen, die von der Hamburgischen Pflegegesellschaft empfohlenen Pflegeüberleitungsbögen¹⁶ zu benutzen. Da diese Bögen aber insgesamt sehr knapp gehalten wurden, kann es sinnvoll sein, sie zu erweitern. Dangel (vgl. 2004, S. 149) schlägt als geeignetes Instrument für die Überleitung den „Bericht zur Pflegeüberleitung“¹⁷ vor. Dieser wurde vom „Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Berlin“ in Zusammenarbeit mit der Robert Bosch Stiftung entwickelt. Die bereits vorhandenen Überleitungsbögen könnten diesem Beispiel angepasst werden. Da es im Bezirk Wandsbek eine Vielzahl von Krankenhäusern und 73 Pflegedienste gibt, wird es schwierig werden, alle Beteiligten an einen Tisch zu bekommen. Ein gutes Forum für den Austausch über die Pflegeüberleitungsbögen bilden die Arbeitsgruppen – wie z.B. die AG integrierte Versorgung – der Wandsbeker Pflegekonferenz. Hierzu können die Krankenhäuser und Pflegedienste Vertreter bestimmen, die sich über den verbindlichen Gebrauch dieser Überleitungsbögen einigen und sie in den jeweiligen Einrichtungen ggf. neu verbreiten.

¹⁶ Die Hamburgische Pflegegesellschaft (HPG) ist eine Arbeitsgemeinschaft von Trägerverbänden, die in Hamburg im Bereich der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege tätig sind. Die Pflegeüberleitungsbögen stehen auf der Homepage der HPG unter <http://www.hpg-ev.de/> zum Download zur Verfügung. Dieser Diplomarbeit sind die Bögen in Anhang 8 beigelegt.

¹⁷ Der von Dangel empfohlene „Bericht zur Pflegeüberleitung“ ist urheberrechtlich geschützt und mit seinen drei Seiten sowie den Zusatzmodulen sehr umfangreich.

6.4 Beratung von Neuaufnahmen im Krankenhaus

Zwanzig der teilnehmenden Pflegedienste führen im Krankenhaus generell eine Beratung von Patienten durch, die neu in die Betreuung aufgenommen werden. Bei der Hälfte der beratenden Dienste sind nur bei 0% bis 25% ihrer Patienten Pflegehilfsmittel vorhanden. Drei dieser Pflegedienste geben explizit an, dass sie eine Hilfsmittelberatung durchführen. Trotzdem ist die Hilfsmittelversorgung selbst bei ihnen nicht optimal, auch bei diesen Diensten sind zweimal nur bei 0% bis 25% und einmal nur bei 25% bis 50% der neu aufgenommenen Patienten notwendige Hilfsmittel vorhanden. Auch ist die Versorgung der Patienten mit Verbandsmitteln und Medikamenten nicht in ausreichendem Maße gesichert. Lediglich vier Dienste geben an, dass Medikamente bei ihren Patienten zu 75% bis 100% vorhanden sind, bei Verbandsmitteln hat nur ein Pflegedienst diese Zahlen genannt. Nur bei einem der Pflegedienste, die eine Beratung durchführen, sind sowohl Medikamente, Hilfs- als auch Verbandsmittel bei einem Großteil der Patienten vorhanden (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Gegenüberstellung von der Durchführung einer Beratung durch die ambulanten Pflegedienste im Krankenhaus und das Vorhandensein von Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln bei Neuaufnahmen (n=20)

Nr.	Durchführung einer Beratung im Krankenhaus	Vorhandene Pflegehilfsmittel bei Neuaufnahmen	Vorhandene Verbandsmittel Neuaufnahmen	Vorhandene Medikamente bei Neuaufnahmen
1	ja	0-25%	0-25%	25-50%
2	ja	75-100%	0-25%	0-25%
3	ja	0-25%	0-25%	0-25%
4	ja	50-75%	0-25%	0-25%
5	ja	25-50%	0-25%	0-25%
6	ja	0-25%	0-25%	0-25%
7	ja	25-50%	0-25%	0-25%
8	ja	25-50%	0-25%	0-25%
9	ja	25-50%	0-25%	75-10%0
10	ja	25-50%	25-50%	25-50%
11	ja	0-25%	0-25%	0-25%
12	ja	0-25%	25-50%	0-25%
13	ja	0-25%	0-25%	0-25%
14	ja	25-50%	50-75%	50-75%
15	ja	0-25%	0-25%	0-25%
16	ja	0-25%	0-25%	75-100%
17	ja	50-75%	75-100%	75-100%
18	ja	0-25%	0-25%	0-25%
19	ja	25-50%	25-50%	75-100%
20	ja	0-25%	0-25%	0-25%

Diese Zahlen werfen nicht nur ein negatives Bild auf die Krankenhäuser, sondern auch auf die Pflegedienste. „Organisatorische Komplikationen“, wie sie Wingenfeld (2002, S.352) beschreibt, lassen sich durch Antritts- bzw. Beratungsbesuche im Krankenhaus offensichtlich nicht beheben. Durch die Datenlage lässt sich allerdings nicht beurteilen, ob diese Versorgungsmängel durch die Pflegedienste und Krankenhäuser behoben werden könnten. Auch Hausärzte sowie Kranken- und Pflegekassen sind hier als Beteiligte zu verstehen. Wenn eine Pflegekasse ein bestimmtes Pflegehilfsmittel nicht genehmigt oder ein Hausarzt die Verbandsmittel und Medikamente nicht verordnet, laufen auch die Bemühungen von den Krankenhäusern und den Pflegediensten ins Leere.

6.5 Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln

Pflegehilfsmittel wie z.B. Gehwagen und Pflegebetten sind wichtig, um zum einen die Versorgung von Patienten zu gewährleisten und zum anderen, um die Pflege sicher gestalten zu können. Auch sind Hilfsmittel notwendig, um den Patienten die größtmögliche Selbständigkeit zu ermöglichen. Bei Patienten, die schon vor dem Krankenhausaufenthalt von dem Pflegedienst betreut wurden, ist die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln deutlich besser als bei Patienten, die neu aufgenommen wurden. Dies liegt vermutlich daran, dass einige der Hilfsmittel schon vor dem Krankenhausaufenthalt im Besitz der Patienten waren. Die teilnehmenden Pflegedienste kümmern sich im Schnitt bei 80% der Patienten um die Beschaffung der Hilfsmittel, wenn diese nach der Entlassung nicht vorhanden sind. Für die Patienten können so etliche Tage vergehen, bis dann die Hilfsmittel bereitstehen. Hier entstehen Brüche in der Versorgung. Um genannte Probleme zu reduzieren, sollten die Pflegehilfsmittel schon während der stationären Behandlung der Patienten vom Krankenhaus bestellt werden, damit diese bei der Entlassung verfügbar sind. Dazu muss aber der Pflege- und Hilfsmittelbedarf als solcher realistisch eingeschätzt werden. Dies wurde bereits an anderer Stelle als Problem angegeben.

Die Mitarbeiter der Pflegedienste kümmern sich bei rund 86% ihrer Patienten um die Beschaffung von Medikamenten, wenn diese nach der Entlassung nicht vorhanden sind. Durch Unterbrechungen der medikamentösen Behandlung können schwerwiegende Folgen für Patienten entstehen, bis hin zu einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die eine erneute Einweisung ins Krankenhaus erforderlich macht. Dass es um die medikamentöse Versorgung bei Neu- und Wiederaufnahmen gleichermaßen schlecht bestellt ist, liegt vermutlich daran, dass häufig während des stationären Aufenthaltes neue Medikamente angesetzt werden. Um die Versorgungskontinuität zu sichern, sollten Krankenhäuser schon vor der Entlassung Medikamentenpläne an die Pflegedienste heraus-

geben, damit diese sich im Vorwege um die Beschaffung von Rezepten und Medikamenten kümmern können. Wenn Patienten zu Zeiten entlassen werden, in denen kein Hausarzt erreichbar ist, wie beispielsweise am Mittwochnachmittag, spät am Abend oder am Wochenende, sollten die Krankenhäuser dafür sorgen, dass die medikamentöse Versorgung sichergestellt ist, bis ein Hausarzt ein Rezept ausstellen kann.

Die angemessene Wundversorgung ist wichtig, damit es zum zügigen Abheilen einer Wunde kommen kann. Fehlen Verbandsmittel, können Wunden nicht fachgerecht versorgt werden; damit verzögert sich die Wundheilung oder es entstehen sogar Infektionen. Auch hier kann sich der Zustand eines Patienten soweit verschlechtern, dass eine Wiedereinweisung ins Krankenhaus erforderlich wird. Die Versorgung mit Verbandsmitteln ist zum überwiegenden Teil als ungenügend zu bezeichnen. Bei rund 86% der Patienten sind es dann wieder Mitarbeiter der Pflegedienste, die sich um die Beschaffung von bei der Entlassung fehlenden Verbandsmitteln kümmern.

Im „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ wird unter einer bedarfsgerechten Entlassungsplanung verstanden, dass 24 Stunden vor einer Entlassung seitens des Krankenhauses überprüft wird, ob die eingeleiteten Maßnahmen die Versorgung der Patienten sicherstellen können. Diese Maßgabe wird von den Krankenhäusern in Bezug auf die Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln aus Sicht der Pflegedienste nur selten erfüllt. Auch funktioniert die im Expertenstandard geforderte Abstimmung des Versorgungsbedarfs offensichtlich nicht, da die Pflegedienste erst nach der Entlassung mit dem Besorgen von fehlenden Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln beginnen.

6.6 Kooperationen

Nur wenige, der an der Befragung teilnehmenden Pflegedienste, haben einen Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus oder Careline abgeschlossen. Dadurch kann hier keine allgemeingültige Aussage über generelle Vorteile von Kooperationsverträgen erfolgen.

Auffällig ist aber, dass auch die Dienste mit Kooperationsverträgen Kritik üben, wie die Gegenüberstellung in Tabelle 24 (folgende Seite) zeigt. Zwar bekommen die Pflegedienste einheitliche Überleitungsbögen, aber auch auf denen fehlen relevante Informationen und es wird Kritik am Umfang der Informationen geübt. Unter diesem Aspekt bringt also auch ein Kooperationsvertrag keine Vorteile mit sich.

Tabelle 24: Gegenüberstellung von Vorteilen durch Kooperationen, fehlenden Informationen und Verbesserungsbedarf (n=4)

Vorteile durch Kooperation	fehlende Informationen auf schriftlichen Informationsquellen	Verbesserungsbedarf auf Seiten der Akteure
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einheitliche Überleitungsbögen ▪ Einheitliche Ansprechpartner 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angaben zur Behandlungspflege ▪ Angabe von Ansprechpartnern ▪ Angabe von medizinischen Diagnosen ▪ Pflegehilfsmittelbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs ▪ Konkrete Vorstellungen des Pflegekunden ermitteln
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geordnete Überleitung ▪ Synergieeffekte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegehilfsmittelbedarf ▪ Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs ▪ Angaben zur Behandlungspflege 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschultes Pflegepersonal ▪ Ehrlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Pflegestufe ist beantragt ▪ Die Hilfsmittel sind beantragt ▪ Die Angehörigen sind informiert 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angaben zur Nahrungsaufnahme insbesondere bei Patienten mit einer PEG-Sonde ▪ Angabe von pflegerelevanten Informationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs ▪ Umfang und Inhalt der Informationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reibungsloser Ablauf ▪ Die Informationsweitergabe funktioniert 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angaben zur Behandlungspflege ▪ Angabe von pflegerelevanten Informationen 	

In Tabelle 25 erfolgt die Gegenüberstellung der Kontaktaufnahme seitens des Krankenhauses, dem Anteil nicht rechtzeitiger Informationen über den Entlassungstermin, des Zeitraumes, den die Pflegedienste benötigen, um eine Aufnahme zu planen und dem Zeitpunkt, an dem die Dienste über die anstehende Entlassung informiert werden.

Tabelle 25: Gegenüberstellung Kontaktaufnahme, nicht rechtzeitige Information, Planungszeitraum, Informationszeitpunkt bei Pflegediensten mit Kooperationsverträgen (n=4)

Kontaktaufnahme vor der Entlassung in Prozent	Nicht rechtzeitige Information über den Entlassungstermin	Planung der Pflegedienste für Neuaufnahmen	Planung der Pflegedienste für Wiederaufnahmen	Information erst nach der Entlassung	Information weniger als 24h vor der Entlassung	Information 2-5 Tage vor der Entlassung	Information mehr als 5 Tage vor Entlassung
90%	0-25%	1 Tag	1 Tag	5%	5%	90%	0%
95%	0-25%	2 bis 4 Tage	1 Tag	5%	5%	80%	10%
80%	0-25%	2 Tage	1 Tag	15%	80%	5%	0%
100%	0-25%	0 Tage	0 Tage	1%	10%	89%	0%

Die Pflegedienste mit Kooperationsvertrag werden zu 80% bis 100% von den Krankenhäusern kontaktiert. Alle Dienste geben an, dass in der Kategorie 0% bis 25% die Bekanntgabe des Entlassungstermins nicht rechtzeitig erfolgt. Auch sind die Planungszeit-

räume, die diese Dienste benötigen, eher kurz. Nur einer der Pflegedienste mit Kooperationsvertrag bekommt bei 80% seiner Patienten weniger als 24 Stunden vor der Entlassung Bescheid, bei den anderen Diensten erfolgt die Information zwei bis fünf Tage vor der Entlassung. Unter diesen Aspekten scheint ein Kooperationsvertrag für die Pflegedienste in der Literatur genannten Vorteil zu haben, dass die Information rechtzeitig vor der Entlassung erfolgt.

In der Literatur wurde benannt, dass ein Vorteil von Kooperationsverträgen Beratungsbesuche bei den Patienten im Krankenhaus sind. Von den vier Diensten mit Verträgen führt nur einer generell diese Besuche durch und ein weiterer Dienst bei einem Teil der Patienten. Ein Pflegedienst führt keine Beratungen durch und der letzte Dienst lässt Careline die Beratung durchführen. Außerdem führen auch viele Pflegedienste ohne Kooperationsvertrag Beratungen durch, so dass hier ein Kooperationsvertrag kein Vorteil ist. Bei der Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln ist die Situation der Patienten nicht generell besser als bei Pflegediensten ohne Kooperationsverträge. Dies deutet darauf hin, dass die Krankenhäuser die Vorbereitung der Entlassung nicht komplett an die Pflegedienste abgegeben haben, wie es in den bei Brandt (2005, S. 99 ff.) und Dangel (2004, S.30) beschriebenen Projekten der Fall ist. Ob Pflegedienste bevorzugt Patienten aus den kooperierenden Krankenhäusern erhalten, kann mit den vorhandenen Daten nicht beantwortet werden.

Da es nur wenige Daten in Bezug auf Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und Pflegediensten gibt, können hier keine Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden, die diese Zielgruppe betreffen. Auf diesem Gebiet sollte weiter geforscht werden, um zu weiterreichenden Erkenntnissen zu kommen.

6.7 Verbesserungsbedarf

Alle Studienteilnehmer sehen Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit mit den für die Pflegeüberleitung wichtigen Akteuren. Die Verbesserungsvorschläge lassen sich in mehrere Themengebiete einteilen: Koordination, Kommunikation, Versorgungskontinuität.

Unter Versorgungskontinuität lassen sich die Verbesserungsvorschläge zusammenfassen, die auf die Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln sowie der Einschätzung des Pflegebedarfs abzielen. Die Verbesserungsvorschläge, welche auf die Weitergabe von Informationen und deren Umfang abzielen, lassen sich unter Kommunikation zusammenfassen. Unter Koordination lassen sich die Verbesserungsvorschläge

subsumieren, die ein optimiertes Entlassungsmanagement und eine bessere Vernetzung des stationären und ambulanten Sektors bezwecken.

In allen diesen Punkten stehen insbesondere die Krankenhäuser in der Kritik. Sie sind der Dreh- und Angelpunkt in Bezug auf die Krankenhausentlassung. Dies entbindet aber auch die Hausärzte und die Versicherungsträger nicht von ihrer Pflicht. Ohne deren Mitarbeit werden die Bemühungen der Krankenhäuser zunichte gemacht. An Hausärzte richtet sich der Wunsch, besser erreichbar und verbindlicher zu sein. Die Situation, dass Pflegedienste ihre Arbeit aufnehmen, ohne dass bislang die Kostenübernahme geklärt ist, wird schon von Wingefeld (2002, S. 342) kritisiert: „Hier setzt dann mitunter ein langwieriges Aushandeln des vorläufigen Leistungsumfangs ein (meist mit den Angehörigen), bei dem die Zielsetzung, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, aufgrund der nicht kalkulierbaren finanziellen Entlastungen durch Versicherungsleistungen zwischenzeitlich in den Hintergrund geraten kann.“ Nicht nur für die Patienten und seine Angehörigen ist dieser Zustand unbefriedigend, sondern auch für die Pflegedienste, die trotz erbrachter Leistungen keine rückwirkende Kostenerstattung von den Kranken- und Pflegekassen erhalten. In §18 (3) SGB XI ist geregelt, dass schon während des Krankenhausaufenthaltes eine Begutachtung des MDK stattfinden kann, damit die poststationäre Versorgung sichergestellt wird. Die „Kann-Regelung“ sollte durch eine verbindliche Regelung ersetzt werden, damit die oben genannten Unsicherheiten der Kostenübernahme gar nicht erst entstehen. Entsprechend schnell müssen die Patienten dann über die mögliche Einstufung in eine der drei Pflegestufen informiert werden. Die Krankenkassen sollten ihre bisherige Praxis überdenken, dass Verordnungen über häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V erst nach langwierigen Verwaltungsverfahren genehmigt werden.

„Für eine adäquate ambulante Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen ist der Ausbau entsprechender Versorgungssysteme und die Verzahnung der entsprechenden Einrichtungen erforderlich. Ambulante Unterstützungsmöglichkeiten für Patient und pflegende Angehörige helfen wiederholte Klinikeinweisungen [...] zu verhindern oder zumindest zu verzögern“ (Dörpinghaus et al, 2004, S. 20). Im Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform 2006 wird die Einbindung der Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung nach §§ 140 ff. SGB V vorgesehen. Dieser Schritt würde die bislang starre Trennung der Leistungsbereiche der Kranken- und Pflegeversicherung aufheben und eine über alle Bereiche gesicherte Versorgung der Patienten ermöglichen. Eine Umsetzung dieses Reformansatzes sollte von der Gesundheitspolitik schnellstmöglich realisiert werden, um die Versorgung von Pflegebedürftigen zu verbessern.

6.8 Grenzen der Aussagefähigkeit

Die Befragung hat sich aus praktischen Gründen auf Pflegedienste in Wandsbek beschränkt. Zur Auswahl der Befragten wurde keine Stichprobe gezogen, sondern alle Wandsbeker Pflegedienste wurden um ihre Teilnahme gebeten. An der Befragung haben rund 61% aller im Bezirk Wandsbek angeschriebenen Pflegedienste teilgenommen. Dies ist ein sehr hoher Prozentsatz für eine schriftliche Befragung und deutet auf die Relevanz des Themas und auch auf das Interesse der Pflegedienste hin. Die einzelnen Pflegedienste haben oftmals einen sehr großen Wirkungsbereich, d.h. dass nicht nur Patienten aus dem Bezirk zu deren Kundenstamm gehören, sondern auch aus anderen Bezirken. Ebenso verhält es sich mit Pflegediensten, die ihren Stammsitz nicht im Bezirk haben. Auch sie betreuen Patienten aus Wandsbek. Dennoch lassen sich aufgrund der guten Rücklaufquote die Aussagen für den Bezirk verallgemeinern. Die Probleme der Pflegedienste in den anderen Bezirken in Bezug auf die Pflegeüberleitung dürften sich ähnlich darstellen, wie für die Wandsbeker Pflegedienste. Diese Vermutung basiert darauf, dass in der Befragung nicht nur Krankenhäuser aus dem Bezirk genannt wurden, sondern auch Krankenhäuser aus einem großen Teil des Stadtgebiets. Daher sind die Ergebnisse der Befragung auch aussagekräftig für die Stadt Hamburg (mit Ausnahme von Harburg, dort läuft derzeit das SEAMAN-Projekt, mit der Zielsetzung ein Sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Entlassungs- und Aufnahmemanagement zu realisieren).

Mittels dieser Untersuchung lassen sich keine wissenschaftlich gesicherten Rückschlüsse auf Pflegeüberleitungsprobleme in anderen Bundesländern ziehen. In der Befragung thematisieren Pflegedienste jedoch Probleme, die nicht im Bezirk Wandsbek gelöst werden können. Hinweise auf ähnliche Problemlagen finden sich auch in anderen groß angelegten Studien, wie z.B. dem Pflege thermometer 2004, so dass in dieser Arbeit Handlungsempfehlungen an die Gesundheitspolitik sowie an die Kranken- und Pflegekassen gegeben werden.

7. Fazit

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus in den ambulanten pflegerischen Sektor. Die Einführung der DRGs zwingt die Krankenhäuser, Patienten so früh wie möglich zu entlassen, um wirtschaftlich überleben zu können. Dies führt dazu, dass Patienten unter Umständen mit einem erhöhten Versorgungsbedarf entlassen werden. Damit Patienten mit einem poststationären Unterstützungsbedarf auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus adäquat versorgt werden können, bedarf es einer zielgerichteten Koordination der Entlassung. Der im Jahre 2002 veröffentlichte „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ zeigt, welche Elemente zu einer gelungenen Pflegeüberleitung führen.

Aus dem Expertenstandard und den für die Pflegeüberleitung als wichtig erachteten theoretischen Hintergründen des zweiten Kapitels wurden die Untersuchungsfragen abgeleitet, aus denen ein Fragebogen entwickelt wurde. Mit diesem Fragebogen wurden Wandsbeker Pflegediensten befragt, welche Probleme sie in Bezug auf die Pflegeüberleitung haben. Die Fragen konzentrierten sich auf die Bereiche „Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassungen“, „Informationsübermittlung“, „Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln“, „Kooperationen“ und „Verbesserungsbedarf“. Die Auswertung des Fragebogens hat ergeben, dass es in beinahe allen untersuchten Bereichen Probleme gibt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Versorgungskontinuität im Bereich der medikamentösen Behandlung sowie in der Versorgung mit Pflegehilfs- und Verbandsmitteln nicht immer gewährleistet ist. Ferner bestehen Probleme im Bereich der Kommunikation; dies betrifft die Weitergabe von Informationen sowie dem Umfang und Inhalt der Informationen. Es bestehen auch Schwierigkeiten im Bereich der Koordination des Entlassungsmanagements. Damit finden sich in den Ergebnissen dieser Untersuchung die Probleme wieder, die im Allgemeinen im Zusammenhang mit dem Thema „Pflegeüberleitung“ in der Literatur geschildert werden. In Bezug auf Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und Pflegediensten lassen sich nur sehr eingeschränkt Aussagen treffen, da nur vier Teilnehmer über einen solchen Vertrag verfügen.

Die Ergebnisse der Untersuchung wurden mit dem „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ verglichen und es wurden in allen oben genannten Bereichen Abweichungen vom „Soll“ des Standards festgestellt. Ausgehend von den Ergebnissen wurden Handlungsempfehlungen entwickelt, die an dieser Stelle akteursbezogen dargestellt werden.

Handlungsempfehlungen an die Krankenhäuser:

- Um den Pflegebedarf realistisch einschätzen zu können, sollte für die jeweilige Patientengruppe ein geeignetes Assessmentinstrument eingesetzt werden. Der „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ schlägt verschiedene vor, auf die patientenbezogen zurückgegriffen werden müssen.
- Die Entlassung der Patienten muss zur Vermeidung von Wiedereinweisungen und Versorgungsbrüchen bedarfsgerecht vorbereitet werden. Pflegehilfsmittel sollten schon während des stationären Aufenthaltes bestellt werden, so dass sie bei der Entlassung in der Häuslichkeit der Patienten vorhanden sind. Falls Patienten auf Medikamente angewiesen sind, muss ihre Versorgung mit den Medikamenten gesichert werden. Zum einen sollten die Krankenhäuser frühzeitig einen Medikamentenplan an den Pflegedienst übermitteln, so dass der Dienst sich um die Beschaffung der Medikamente kümmern kann. Zum anderen sollten die notwendigen Medikamente den Patienten mitgegeben werden, falls sie zu problematischen Zeiten – wie z.B. am Wochenende oder spät nachmittags – entlassen werden.
- Der Entlassungstermin der Patienten muss seitens der Krankenhäuser frühzeitig bekannt gegeben werden, d.h. bei Neuaufnahmen drei Tage und bei Wiederaufnahmen zwei Tage vor der Entlassung, damit die Pflegedienste Planungssicherheit haben. Der Entlassungstermin sollte nach Möglichkeit in Abstimmung mit dem Pflegedienst erfolgen.

Handlungsempfehlungen an die Pflegedienste:

- Pflegedienste, die für die Vorbereitung einer Neuaufnahme mehr als drei Tage und für eine Wiederaufnahme mehr als zwei Tage benötigen, sollten die eigenen Organisationsstrukturen optimieren. Es ist damit zu rechnen, dass eine weitere Verweildauerverkürzung in absehbarer Zeit erfolgen wird. Die Pflegedienste müssen sich auf diese Situation vorbereiten, damit sie sich ihre Konkurrenzfähigkeit erhalten.

Handlungsempfehlungen an die Wandsbeker Pflegekonferenz:

- Die Wandsbeker Pflegekonferenz muss darauf hinwirken, dass die von der Hamburgischen Pflegegesellschaft empfohlenen einheitlichen Pflegeüberleitungsbögen im Bezirk Wandsbek von Krankenhäusern und Pflegediensten benutzt oder dass diese an den „Bericht zur Pflegeüberleitung“ angepasst und dann genutzt werden. Dazu können die Arbeitsgruppen der Pflegekonferenz eine Plattform bilden, auf der sich Vertreter aus Pflegediensten und Krankenhäusern über eine verbindliche Benutzung

der Überleitungsbögen verständigen. Auch ist es in diesem Rahmen möglich, die vorhandenen Pflegeüberleitungsbögen zu überarbeiten.

- Die Wandsbeker Pflegekonferenz muss weiterhin auf eine gemeinsame Weiterarbeit an der systematischen Etablierung der einrichtungsübergreifenden Versorgungskoordination im Bezirk hinwirken und dazu beitragen, Netzwerke zwischen den Leistungserbringern aufzubauen.

Handlungsempfehlungen an die Kranken- und Pflegekassen:

- Die Einstufung in eine Pflegestufe muss bei Patienten, deren Versorgungssituation in Hinsicht auf die Finanzierung noch nicht geklärt ist, schon im Krankenhaus erfolgen. Es muss schnell bekannt gegeben werden, welche Pflegestufe bewilligt wurde, damit keine Unsicherheiten bezüglich der Finanzierung auf Seiten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen entstehen.
- Die Krankenkassen müssen Leistungen nach § 37 SGB V problemloser genehmigen um die Behandlung ihrer Versicherten nicht zu gefährden. Wenn eine Verordnung genehmigt wurde, sollten die erbrachten Leistungen auch rückwirkend bezahlt werden.

Handlungsempfehlungen an die Gesundheitspolitik:

- Damit generell bei leistungsrechtlich noch nicht geklärten Ansprüchen eine Begutachtung durch den MDK im Krankenhaus erfolgt, sollte die in §18 (3) SGB XI festgeschriebene „Kann-Regelung“ in eine zwingende Regelung umgewandelt werden.
- Um die Situation von Pflegebedürftigen zu verbessern, muss die im Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform angestrebte Eingliederung der Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung zügig erfolgen.

Die Arbeitsgruppe „integrierte Versorgung“ plant, im Rahmen der Veranstaltungsreihen der Wandsbeker Pflegekonferenz, eine eigene Veranstaltung mit dem Thema Pflegeüberleitung zu organisieren. Im Rahmen dieser Veranstaltung, die im Januar 2007 stattfinden soll, werden die Ergebnisse der Befragung sowie die oben skizzierten Handlungsempfehlungen präsentiert. Geplant sind Podiumsdiskussionen, bei denen Vertreter aus der Politik, von Kranken- und Pflegekassen sowie aus Krankenhäusern des Bezirks über die Themen Pflegeüberleitung und Entlassungsmanagement gemeinsam mit dem Publikum diskutieren sollen. Eine solche Veranstaltung kann ein weiterer Schritt sein, die Kooperationsbemühungen im Bezirk Wandsbek zu vertiefen und die Pflegeüberleitung zu optimieren. Als Folgeschritt bedarf es, dass die dargestellten Handlungsempfehlungen

von den Akteuren – zumindest soweit dieses bezirksintern möglich ist – umgesetzt werden.

Literaturverzeichnis

Bader et al (2000):

„Sozialgesetzbuch – 11. Buch – Pflegeversicherung.“ In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): „Übersicht über das Sozialrecht.“ Bonn, Bonner Universitäts-Buchdruckerei: 395-453.

Behörde für Soziales und Familie der Hansestadt Hamburg (Referat Seniorenarbeit und Pflege) (2005):

„Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2010.“

<http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/soziales/pflege/veroeffentlichungen/rahmenplanung-versorgungsstruktur-pdf,property=source.pdf> download vom 27.06.06, 12:10.

Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (2005):

„Novelle des Hamburgischen Krankenhausgesetzes – Senat stimmt Beteiligungsverfahren zu.“ <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/pressemeldungen/2005/mai/24/2005-05-24-bwg-novellierung-krankenhausgesetz-geplant.html>, download vom 15.10.06, 17:20.

Bezirksamt Wandsbek (2006):

“Der Bezirk Wandsbek, Bürgerinformation 2006/2007.“, Kiel, Neue Nieswand Druck GmbH.

Brandt, F. (2005):

„Pflegeüberleitung, Patientenüberleitung, Entlassungsmanagement – Pflegebedürftige an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung.“ Saarbrücken, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso).

Brömme, H. (2000):

„Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten.“, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Pro Alter 3 /2000, <http://www.kda.de/files/proalter/2003-09-30standards.pdf>, download vom 16.10.06, 16:15: 55-56.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2006):

„Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006.“ http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf, download vom 03.10.06, 14:30.

Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2006)

„Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes.“ Drucksache18/4147,
<http://212.1.47.34/Parldok/Cache/54004F4523544F5022F28A0C.pdf>, download vom 15.10.06, 17:50.

Care konkret (2005):

„Hamburg: Pflege-Partner Diakonie im Wettbewerb mit Marktführer Careline.“
http://www.careline-hamburg.de/Dateien/02_CK_Nr_45_09_2005.pdf, download vom 08.10.06, 13:15.

Careline Hamburg.de:

„Kooperation.“ <http://www.careline-hamburg.de/>, download vom 08.10.06, 13:15.

Dangel, B. (2004):

„Pflegerische Entlassungsplanung: Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard.“ München, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2004):

„Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Entwicklung - Konsentierung – Implementierung.“ Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück.

Diekmann, A. (2000):

“Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen.“ 6. Auflage, Reinbek, Rowohlt Verlag.

Dörpinghaus, S. et. al (2004):

„Überleitung und Case Management in der Pflege.“ Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Feuerstein, G. (1993):

„Systemintegration und Versorgungsqualität.“ In: Badura, B., Feuerstein, G., Schott, T. (Hrsg.): (1993): „System Krankenhaus – Arbeit, Technik und Patientenorientierung.“ Weinheim, München, Juventa Verlag: 41-67.

Höhmann, U. (2003):

„Versorgungskontinuität durch „Kooperative Qualitätsentwicklung“ und abgestimmtes Trajektmanagement.“ Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 4 (2. Jahrgang). <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-02-04.pdf> download vom 06.07.06, 14:40.

Höhmann, U., Müller-Mundt, G., Schulz, B. (2004):

„Qualität durch Kooperation – Gesundheitsdienste in der Vernetzung.“ Frankfurt am Main, Mabuse Verlag.

Isfort, M. et al (2004):

„Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland. Köln, Bermuthshain, 2003.“ <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2004.pdf>, download vom 22.08.06, 22:00.

Kellnhauser, E., Vitt, G., Müller, T. (2001):

„DRGs – Aufgaben und Chancen für die Pflege anhand von Standardpflegeplänen.“ In: Die Schwester/Der Pfleger 40. Jahrg. 3/01: 210-218.

Kober, K., Herberger, G. (2001):

„Die DRGs stehen vor der Tür – Absehbare neue, gesetzliche Rahmenbedingungen und deren Konsequenzen für die Pflege.“ In: Die Schwester/Der Pfleger 40. Jahrg. 10/01: 858-862.

Mühlbacher, A. (2002):

„Integrierte Versorgung – Management und Organisation.“ Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

Müller-Mundt, G. et al (1998):

„Patientenorientierte Qualitätssicherung – Information und Kooperation der Gesundheitsdienste als Voraussetzung für eine integrierte Versorgungspraxis.“ In: Pflege, 11: 192-198.

**Pflegeüberleitungsbogen von der Homepage der Hamburgischen
Pflegegesellschaft:**

<http://www.hpg-ev.de/download/Druckvorlage-Pflegeueberleitung-20062000.pdf>
download vom 16.10.06, 17:10.

**Gerontopsychiatrischer Pflegeüberleitungsbogen von der Homepage der
Hamburgischen Pflegegesellschaft:**

<http://www.hpg-ev.de/download/Druckvorlage-Gerontopsych-21072000.pdf>
download vom 16.10.06, 17:10.

Porst, R. (1998):

„Im Vorfeld der Befragung: Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting.“ Mannheim,
Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA)

http://www.gesis.org/Publikationen/Berichte/ZUMA_Arbeitsberichte/98/98_02.pdf,
download vom 04.10.06, 0:15.

Schaeffer, D., Ewers, M. (2001):

„Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege.“ In: GGW 1. Jahrg. 1/2001: 13-20.

Schaeffer, D. (2002):

„Ambulante Schwerstkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in
Deutschland“ In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.): (2002): „Ambulant vor stationär:
Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerstkranker.“ Bern, Göttingen,
Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber: 17-45.

Schrappé, M. (2003):

„Wandel der stationären Versorgung.“ In: Pfaff, H. et. al (Hrsg.): (2003):
„Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der
Versorgungsforschung.“ Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber: 79-86.

Simon, M. (2003):

„Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in
den Jahren 1997 bis 2001, 2.“ Überarbeitete Ausgabe, efh-papers: P03-001:
Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover, Hannover,
Blumhardt Verlag http://www.efh-hannover.de/efhinfo/verlag/pdf/paper_03-001-2a.pdf,
download vom 16.08.2006, 15:40.

Sozialgesetzbuch (2001):

Beck-Texte im dtv, München, Deutscher Taschenbuch Verlag.

Spiller, A., Gittler-Hebestreit, N. (2003):

„Pflegeüberleitung – Ein Pflegewissenschaftlich begleitetes Projekt zur Einführung und Evaluation am Universitätsklinikum Jena.“ Printernet 03/05. http://www.uniklinikum-jena.de/data/MedWeb_/Printernet_EM-UKJ.pdf, download vom 01.08.06, 17:10: 166-174.

Statistisches Bundesamt (StBA), (2005):

„Bericht: Pflegestatistik 2003 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse“ <http://www.destatis.de/download/d/solei/bericht03deutschl.pdf>, download vom 09.10.06, 21:40.

Statistisches Bundesamt (StBA), (2006a) :

„Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung Krankenhäuser 1991 – 2004.“ <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab29.php>, download vom 03.07.06, 17:50.

Statistisches Bundesamt (StBA), (2006b):

„Gesundheitswesen Kosten nach Krankheitsklassen und Alter.“ <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab23.php>, download vom 23.09.06, 17:15

Statistikamt Nord (2006):

„Hamburger Stadtteil-Profile 2005 Stadtteil Wandsbek.“ http://fhh1.hamburg.de/fhh/behoerden/behoerde_fuer_inneres/statistisches_landesamt/pr_ofile/wandsbek.htm, download vom 27.07.06, 18:00 Uhr.

Strehlau-Schwoll, H. (2001):

„Unterschiedliche Formen der Kooperation für das Krankenhaus – Möglichkeiten und Grenzen.“ In: Hellmann, W. (Hrsg.) (2001): „Management von Gesundheitsnetzen – Theoretische und praktische Grundlagen für ein neues Berufsfeld.“ Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer: 10-20.

Szathmary, B. (1999):

„Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen – Disease und Case Management.“ Neuwied, Kriftel, Hermann Luchterhand Verlag.

Jahresbericht der Wandsbeker Pflegekonferenz, (2005):

<http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/bezirke/wandsbek/bezirksamt/pflegekonferenz/zz-stammdaten/downloads/wpk-jahresbericht-pdf,property=source.pdf>, download vom 20.07.06, 19:00.

Wagner, A, Brucker, U.(2002):

„Pflegebericht des Medizinischen Dienstes Berichtszeitraum 2001/2002.“ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkasse e. V., Essen. <http://www.mds-ev.org/download/Pflegebericht%202001-2002.pdf>, download vom 12.10.06, 22:00.

Wingenfeld, K. (2002):

„Der Übergang des Krankenhauspatienten in die ambulante Pflege“ In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.): (2002): „Ambulant vor stationär: Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerstkranker.“ Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber: 336-364.

Wingenfeld, K. (2005):

„Die Entlassung aus dem Krankenhaus – Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transition.“ Bern, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Gröne, O., Garcia-Barbero, M. (2002):

„Trends in Integrated Care: Reflections on Conceptual Issues.“ World Health Organization, Copenhagen, EUR/02/5037864, <http://www.euro.who.int/document/ihb/trendicreflconissue.pdf> download vom 18.08.06, 16:10.

Vahs, D. (2001):

„Organisation: Einführung in die Organisationstheorie- und praxis.“ Stuttgart, Schäffer-Poeschel Verlag.

Vieß et al (2000):

„Sozialgesetzbuch 5. Buch - Krankenversicherung.“ In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): „Übersicht über das Sozialrecht.“ Bonn, Bonner Universitäts-Buchdruckerei: 103-203.

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1	Fragebogen	A 1
Anhang 2	Ankündigungsschreiben der Wandsbeker Pflegekonferenz	A 2
Anhang 3	Anschreiben	A 3
Anhang 4	Einwilligungserklärung	A 4
Anhang 5	Rücklaufdokumentation	A 5
Anhang 6	Datenmatrix	A 6
Anhang 7	Cluster der offenen Fragen	A 7
Anhang 8	Pflegeüberleitungsbogen 1	A 8
Anhang 9	Pflegeüberleitungsbogen 2	A 9

Patientenzahlen

1. Wie viele Patienten betreut Ihr Pflegedienst?

Gesamtzahl

SGB V-Fälle

SGB XI-Fälle

2. Wie viele Aufnahmen aus dem Krankenhaus hatten Sie im 1. Quartal 2006?

a) Wiederaufnahmen

Bitte schätzen Sie die Anzahl

b) Neuaufnahmen

Bitte schätzen Sie die Anzahl

Kontaktaufnahme und Koordination der Entlassungen

3. Bitte nennen Sie die drei wichtigsten Krankenhäuser, aus denen Ihre Patienten (Neu- und Wiederaufnahmen) entlassen werden.

4. Haben Sie feste Ansprechpartner bezüglich der Pflegeüberleitung in einzelnen Krankenhäusern?

ja

nein

teils/teils

Wer sind Ihre Ansprechpartner für die Pflegeüberleitung? (Mehrfachnennung möglich)

Pflegepersonal von der Station

Pflegeüberleitungskraft

Ärzte des Krankenhauses

Sozialdienstmitarbeiter des Krankenhauses

sonstige

5. Wer kümmert sich in Ihrem Pflegedienst vor allem um Patientenaufnahmen aus dem Krankenhaus?

Pflegedienstleitung

stellvertretende Pflegedienstleitung

Einsatzleitung

examinierte Mitarbeiter

sonstige

6. In wie viel Prozent der Fälle wird seitens des Krankenhauses vor der Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus Kontakt mit Ihnen aufgenommen?

 %

7. Bei wie viel Prozent Ihrer Aufnahmen kommt es vor, dass Sie nicht rechtzeitig von dem Entlassungstermin erfahren?

0 bis 25%

50 bis 75%

25 bis 50%

75 bis 100%

Welcher Zeitraum (in Tagen) ist für Ihre Planung rechtzeitig?

a) Bei Neuaufnahmen Tageb) Bei Wiederaufnahmen Tage

8. Bei wie viel Prozent Ihrer Patienten erfahren Sie den Entlassungstermin

- a) erst nach der Entlassung ? %
- b) weniger als 24 Std. vor der Entlassung? %
- c) 2- 5 Tage vor der Entlassung? %
- d) mehr als 5 Tage vor der Entlassung? %

Informationsübermittlung

9. Bitte geben Sie in Prozent an, welche schriftlichen Informationsquellen Sie über Ihre Patienten aus dem Krankenhaus zu welchem Zeitpunkt erhalten.

	vor der Entlassung	am Tag der Entlassung	später	gar nicht
Pflegeüberleitungsbogen	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> %			
ärztlicher Kurzbrief	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> %			
sonstige _____	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> %			

Bei welchem Anteil Ihrer Patienten erhalten Sie schriftliche Informationen aus dem Krankenhaus?

Neuaufnahmen		Wiederaufnahmen	
0 bis 25%	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	50 bis 75%	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
25 bis 50%	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	75 bis 100%	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

Sind in den schriftlichen Unterlagen alle notwendigen Informationen vermerkt?

ja nein teils/teils

Welche Informationen fehlen Ihnen am häufigsten?

10. Von welchen Krankenhausmitarbeitern erhalten Sie mündliche Informationen über die Pflegeüberleitung Ihrer Patienten?

	nie	selten	häufig	immer
Pflegepersonal von der Station	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>			
Pflegeüberleitungskraft des Krankenhauses	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>			
Sozialdienstmitarbeiter des Krankenhauses	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>			
Ärzte des Krankenhauses	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>			

Welche mündlichen Informationen erhalten Sie von Krankenhausmitarbeitern über Ihre Patienten?

Entlassungstermin soziale Situation

Pflegebedarf sonstige _____

11. Führen Sie schon im Krankenhaus bei Neuaufnahmen eine Beratung durch?

ja nein teils/teils

Was ist Inhalt der Beratung? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kostenträgerklärung Umfang hauswirtschaftlicher Versorgung
 Einsatzplanung (Uhrzeiten & Häufigkeiten) sonstiges _____
 Klärung von Art und Umfang des Pflegebedarfs

Versorgung mit Medikamenten, Hilfs- und Verbandsmitteln

12. Zu wie viel Prozent sind notwendige Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett, Toilettenstuhl) bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bei Ihren Patienten vorhanden?

Neuaufnahmen		Wiederaufnahmen	
0 bis 25%	<input type="checkbox"/>	50 bis 75%	<input type="checkbox"/>
25 bis 50%	<input type="checkbox"/>	75 bis 100%	<input type="checkbox"/>

Bei welchem Anteil Ihrer Patienten kümmert sich ein Mitarbeiter Ihres Pflegedienstes um die Beschaffung der benötigten Pflegehilfsmittel, wenn diese nicht vorhanden sind?

a) Neuaufnahmen % b) Wiederaufnahmen %

13. Zu wie viel Prozent sind notwendige Medikamente bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bei Ihren Patienten vorhanden?

Neuaufnahmen		Wiederaufnahmen	
0 bis 25%	<input type="checkbox"/>	50 bis 75%	<input type="checkbox"/>
25 bis 50%	<input type="checkbox"/>	75 bis 100%	<input type="checkbox"/>

Bei welchem Anteil Ihrer Patienten kümmert sich ein Mitarbeiter Ihres Pflegedienstes um die Beschaffung der benötigten Medikamente, wenn diese nicht vorhanden sind?

a) Neuaufnahmen % b) Wiederaufnahmen %

14. Zu wie viel Prozent sind notwendige Verbandsmittel bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bei Ihren Patienten vorhanden?

Neuaufnahmen		Wiederaufnahmen	
0 bis 25%	<input type="checkbox"/>	50 bis 75%	<input type="checkbox"/>
25 bis 50%	<input type="checkbox"/>	75 bis 100%	<input type="checkbox"/>

Bei welchem Anteil Ihrer Patienten kümmert sich ein Mitarbeiter Ihres Pflegedienstes um die Beschaffung der benötigten Verbandsmittel, wenn diese nicht vorhanden sind?

a) Neuaufnahmen % b) Wiederaufnahmen %

Kooperationen

15. Mit welchem Krankenhaus haben Sie einen schriftlichen Kooperationsvertrag?

Keinen Vertrag → weiter bei Frage 17

AK Wandsbek

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg

Amalie Sieveking Krankenhaus

<input type="checkbox"/>	Richard-Remé-Haus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Marienkrankenhaus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	sonstige _____	<input type="checkbox"/>

16. Ergeben sich bei einer Kooperation mit einem Krankenhaus Vorteile für die Pflegeüberleitung?

ja

nein

<input type="checkbox"/>	Welche _____
<input type="checkbox"/>	_____

Verbesserungsbedarf

17. Bei welchen Akteuren sehen Sie Verbesserungsbedarf in Ihrer Zusammenarbeit in Bezug auf die Krankenhausentlassung? (Mehrfachnennung möglich)

Krankenhäuser

Sanitätshäuser

Apotheken

Hausärzte

Kranken-/Pflegekassen

sonstige _____

Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie?

Strukturdaten

18. Wie viele Mitarbeiter hat Ihr Pflegedienst derzeit umgerechnet auf Vollzeitstellen?

Weniger als 4 Mitarbeiter

Weniger als 10 Mitarbeiter

10 bis 30 Mitarbeiter

Mehr als 30 Mitarbeiter

Wie groß ist der Anteil examinierter Pflegekräfte?

bis zu 25%

Bis zu 50%

bis zu 75%

Bis zu 100%

19. Seit wann existiert Ihr Pflegedienst?

20. In welcher Funktion sind Sie bei dem Pflegedienst tätig?

Vielen Dank!

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Wandsbeker Pflegekonferenz –WPK- ist ein freiwilliger Zusammenschluss von am Pflegeprozess älterer Menschen beteiligter Institutionen und Einrichtungen im Bezirk Wandsbek. Neben Harburg, Hamburg-Nord und Altona hat nun auch unser Bezirk seit Mai 2004 eine Pflegekonferenz.

Das Ziel der Zusammenarbeit ist es, staatliche und private Institutionen der Seniorenpflege in ein Netzwerk einzubinden und damit die Fortentwicklung einer nutzerorientierten, leistungsfähigen, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten, teilstationären und stationären pflegerischen Angebotsstruktur für die Wandsbeker Bevölkerung sicherzustellen. Innerhalb der Pflegekonferenz haben sich Arbeitsgruppen gebildet, die sich unter anderem mit Themen wie

- Integrierte Versorgung, Schwerpunkt: Entlassungsmanagement
- Verarmung älterer pflegebedürftiger Menschen im Zuge der Gesundheitsreform
- Praxiserfahrung mit der Pflegeversicherung
- Ambulante und stationäre Versorgung demenzkranker Menschen
- Schutz und Freiheit

befassen.

Eine Diplomandin der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Frau Tina Eckermann, führt in unserem Auftrag eine Befragung bei ambulanten Pflegediensten durch. Ziel der Befragung ist es, eine Ist- Analyse zu erstellen, um eine Situationsbeschreibung zu erlangen, welche Problematiken für ambulante Pflegedienste bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestehen.

Wir möchten Sie ermutigen und zugleich bitten, die anonymisierte Befragung Frau Eckermann aktiv zu unterstützen.

Ihre Arbeitsgruppe „Integrierte Versorgung“

Tina Eckermann
Worther Twiete 26
21502 Geesthacht

Hamburg, 10.05.06

Pflegeüberleitung in Wandsbek

Sehr geehrte/r PDL

wie bereits im Schreiben vom 08.05.06 angekündigt, führe ich in Kooperation mit der AG „Integrierte Versorgung“ der Wandsbeker Pflegekonferenz (WPK) im Rahmen meiner Diplomarbeit eine schriftliche Befragung von allen Wandsbeker Pflegediensten durch. Ich bin Studentin der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) im Studiengang „Pflege“ und werde untersuchen, ob man die Krankenhausentlassung von Patienten verbessern kann. Dazu möchte ich die derzeitige Ist-Situation darstellen. Deshalb bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie den beigefügten Fragebogen aus. Ich möchte Sie dazu befragen, wie Sie die Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus und die Kooperation mit weiteren Akteuren erleben. Falls jemand anderes aus Ihrem Team für die Pflegeüberleitung verantwortlich ist, möchte ich Sie bitten, den Fragebogen an die zuständige Person weiterzuleiten.

Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Ihre Daten werde ich vertraulich behandeln und trage diese nicht an Dritte weiter. Die Fragebögen werde ich anonymisiert auswerten, so dass keine Rückschlüsse auf Ihren Pflegedienst gezogen werden können. Die Nummer auf dem Fragebogen dient lediglich der Kontrolle des postalischen Rücklaufes.

Die Ergebnisse der Befragung werden zum einen in Form einer Diplomarbeit an der HAW eingereicht. Zum anderen werden die Ergebnisse der WPK zur Verfügung gestellt, so dass ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus ergriffen werden können. Allen beteiligten Pflegediensten können die Ergebnisse auf Wunsch als PDF- Datei zugeschickt werden. Falls Sie Interesse daran haben, senden Sie eine E-Mail an [REDACTED] Schreiben Sie bitte „Befragung Pflegedienste“ in die Betreffzeile, damit ich Ihre Anfrage zuordnen kann.

Da ich die Diplomarbeit diesen Sommer abgeschlossen haben möchte, würde ich Sie bitten, den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Umschlag bis zum 31.05.06 an mich zurückzusenden. Vielen Dank schon im Voraus für Ihre freundliche Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Tina Eckermann

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, an der Befragung

„Welche Probleme haben Wandsbeker Pflegedienste bei der Überleitung von Patienten aus dem Krankenhaus?“

teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Angaben des beigefügten Fragebogens in anonymisierter Form ausgewertet werden.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Befragung in anonymisierter Form veröffentlicht werden.

Nach Abschluss und Bewertung der Diplomarbeit, die den Rahmen der Befragung bildet, werden die Fragebögen vernichtet.

Datum

Unterschrift

Rücklaufkontrolle

FB Nr.	Pflegedienst	Telefonat am:	Rücklauf am:
		12.06.06 → FB noch einmal geschickt (Fax)	16.06.06
			17.05.06
			20.05.06
		01.06.06 → FB noch einmal geschickt (E-Mail)	02.06.06
		01.06.06 → FB noch einmal geschickt (E-Mail)	
			24.05.06
			10.06.06
		01.06.06 → Kann sich an FB nicht erinnern	
			19.05.05
		01.06.06 → FB noch einmal geschickt (Fax), Teilnahme muss mit GF geklärt werden	
			19.05.06
		12.06.06 → PDL war nicht zu sprechen, ruft zurück	
		12.06.06 → FB noch einmal geschickt (E-Mail), will versuchen, teilzunehmen	
		12.06.06 → Fragen sind zu persönlich (Patientenzahlen & Strukturdaten), keine Teilnahme	
		12.06.06 → PDL hat viel zu tun, versucht, den FB noch auszufüllen	20.06.06
			19.05.06
			19.05.06
		12.06.06 → keine Teilnahme, da Wandsbek nicht zum Einzugsgebiet gehört	
		12.06.06 → PDL hat viel zu tun, versucht, den FB noch auszufüllen	
			15.05.06
		12.06.06 → FB noch einmal geschickt (E-Mail), will versuchen, teilzunehmen	
		13.06.06 → PD hat strukturelle Probleme, Schließung steht bevor, keine Teilnahme	
		12.06.06 → FB noch einmal geschickt (Fax)	
		PD wird nicht berücksichtigt, da Einzelperson	
		12.06.06 → FB noch einmal geschickt (E-Mail), Teilnahme fraglich → E-Mail 21.06.06 leider können wir z.Z. aus organisatorischen Gründen nicht an Ihrem Projekt teilnehmen.	
		12.06.06 → FB noch einmal geschickt (Fax), Teilnahme fraglich, PDL ist noch in Einarbeitungsphase	
		Telefonisch nicht erreicht	
			01.06.06
		12.06.06 → kann sich an FB nicht erinnern, keine Teilnahme	
		12.06.06 → PDL noch im Urlaub	14.06.06
		PD existiert nicht mehr	
		12.06.06 → will FB noch diese Woche versenden	16.06.06
			18.05.06
		12.06.06 → keine Teilnahme, da strukturelle Arbeiten anstehen	
		12.06.06 → will FB noch diese Woche versenden	13.06.06
			22.05.05
			24.05.06

Rücklaufkontrolle

	Pflegedienst	Telefonat am:	Rücklauf am:
		PDL telefonisch nicht erreicht	
		PD wird nicht berücksichtigt, da Einzelperson	
		FB wurde aus Zeitmangel nicht ausgefüllt	18.05.06
		14.06.06 → PDL ist in Einarbeitung, hat keine Zeit, PDL telefonisch nicht erreicht	
		PD wird nicht berücksichtigt, da einem anderen Bezirk angehörig	
		PD gehört mit einem anderen Pflegedienst zusammen	
			31.05.06
		14.06.06 → hat FB verschickt, ist aber nicht angekommen	
			16.05.06
		12.06.06 → voraussichtlich keine Teilnahme wegen Zeitmangel	
		07.06.06 → noch diese Woche	08.06.06
		PD wird nicht berücksichtigt, da Einzelperson	
		13.06.06 → hat FB schon vor Tagen verschickt, ist aber nicht bei mir angekommen	
		12.06.06 → hat kein Interesse, hat anderweitig zu tun	
			13.05.06
		07.06.06 → hat viel zu tun, ggf. keine Teilnahme	13.06.06
		12.06.06 → FB noch einmal geschickt (Fax), Teilnahme fraglich	
		07.06.06 → Anruf wird weitergeleitet, ruft zurück	
		07.06.06 → schickt noch diese Woche	08.06.06
		Am 19.06.06 noch einmal anrufen → niemanden erreicht	
		14.06.06 → schickt noch diese Woche	15.06.06
			19.05.06
		13.06.06 → keine Teilnahme, da alle Angaben nur geschätzt werden können	
			23.05.06
		PD wird nicht berücksichtigt, da Einzelperson	
		07.06.06 → schickt noch diese Woche	09.06.06
		07.06.06 → schickt noch diese Woche	22.06.06
		Nimmt nicht teil, da keine Aufnahmen aus dem Krankenhaus	18.05.06
		12.06.06 → hohe Arbeitslast, will versuchen, diese Woche FB auszufüllen und zu verschicken	
		07.06.06 → schickt noch diese Woche	09.06.06
		07.06.06 → schickt nächste Woche	14.06.06
		PD wird nicht berücksichtigt, da Einzelperson	
		14.06.06 → schickt noch diese Woche	16.06.06
		14.06.06 → FB noch einmal geschickt (E-Mail)	15.06.06
		07.06.06 → hat FB schon vor Tagen verschickt, ist aber nicht bei mir angekommen	
			20.05.06
			18.05.06
		07.06.06 → schickt noch diese Woche	10.06.06
			01.06.06
			16.05.06

Datenmatrix

Legende:

- AK B = AK Barmbek
- AK E = AK Eilbek
- AK W = AK Wandsbek
- Amalie = Amalie Sieveking KH
- AP = Altenpfleger
- Ass. = Assistent
- BWK = Bundeswehr KH
- E = Entlassung
- exam. = examinierte
- GF = Geschäftsführer
- kA = keine Angabe
- KH = Krankenhaus
- KK = Krankenkasse
- KS = Krankenschwester
- MA = Mitarbeiter
- Marien = Marien KH
- Medi = Medikamente
- NA = Neuaufnahme
- Pat. anmeldung = Patientenmeldung
- PD = Pflegedienst
- PDL = Pflegedienstleitung
- PHM = Pflegehilfsmittel
- PK = Pflegekasse
- QMB = Qualitätsbeauftragter
- Richard Reme = Richard Reme Haus
- stellv. = stellvertretene
- UKE = Universitätsklinikum Eppendorf
- VBM = Verbandsmittel
- WA = Wiederaufnahme

Patientenzahlen Gesamt	Patientenzahlen SGB V	Patientenzahlen SGB XI	Wiederaufnahme aus KH	Neuaufnahme aus KH	Entlassendes KH	Entlassendes KH	Entlassendes KH	Ansprechpartner fest
70	6	64	15	kA	Marien KH	BWK	AK B	nein
27	27	22	3	0	Amalie	AK B	AK W	teils/teils
53	29	28	6	0	AK E	AK W	Amalie	nein
55	40	15	kA	kA	Amalie	Klinikum Nord	AK B	teils/teils
56	19	31	4	2	Amalie	Klinikum Nord	kA	ja
180	105	118	14	12	AK B	Marien	AK E	teils/teils
49	34	31	2	2	AK E	Marien	AK W	nein
26	5	21	3	0	AK B	Klinikum Nord	kA	teils/teils
100	53	kA	4	3	AK B	AK W	Marien	teils/teils
71	52	34	10	0	Marien KH	AK E	AK W	nein
kA	kA	kA	3	0	Amalie	AK W	AK E	teils/teils
47	10	37	2	0	Amalie	kA	kA	teils/teils
27	18	18	4	0	Marien KH	AK W	Richard Reme	nein
70	54	33	4	12	AK W	AK E	Marien	teils/teils
60	20	30	2	5	Marien KH	AK B	AK W	teils/teils
28	23	18	1	1	AK E	AK W	BWK	nein
103	71	51	8	1	AK B	Amalie	AK W	teils/teils
40	25	15	5	kA	AK W	UKE	AK E	ja
54	44	37	5	5	AK E	AK W	AK B	teils/teils
80	20	60	6	1	AK B	AK W	Marien	nein
67	28	51	kA	kA	Klinikum Nord	AK B	Amalie	teils/teils
200	90	110	kA	kA	AK E	UKE	Amalie	ja
50	45	40	1	1	AK W	St Georg	Richard Reme	ja
8	7	6	kA	kA	Klinikum Nord	Amalie	AK B	nein
158	115	139	2	3	AK W	Marien	kA	nein
24	3	21	0	5	AK W	AK H	AK B	ja
100	75	50	15	20	Klinikum Nord	Elim	AK B	ja
47	41	31	4	2	AK W	Marien	Amalie	teils/teils
50	22	28	3	2	AK W	Marien	St Georg	nein
68	48	35	8	5	Richard R	Klinikum Nord	kA	teils/teils
125	60	32	13	2	AK B	Bethanien	kA	teils/teils
130	30	100	4	22	AK B	AK W	UKE	ja
25	20	25	1	2	AK W	AK B	kA	nein
80	kA	kA	2	4	AK W	AK E	AK W	ja
20	12	10	2	2	Klinikum Nord	AK B	Amalie	teils/teils
180	108	48	7	28	Klinikum Nord	kA	kA	nein
53	33	29	7	4	Amalie	AK B	Klinikum Nord	nein
55	31	41	2	1	Amalie	AK W	AK B	teils/teils
85	28	43	25	3	Amalie	Richard Reme	AK W	teils/teils
41	38	31	6	4	Amalie	AK W	AK B	teils/teils
27	17	26	5	0	Marien KH	AK E	kA	nein
46	23	23	3	6	AK W	AK B	St Georg	nein
38	38	35	2	3	AK B	Alsterdorf	AK E	nein

Datenmatrix

Ansprechpartner Station	Ansprechpartner Sozialdienst	Ansprechpartner Pflegeüberleitung	Ansprechpartner Ärzte	Ansprechpartner Sonstige	Ansprechpartner Sonstige	Zuständigkeit für Patientenaufnahme	Kontaktaufnahme vor E. in %	Rechtzeitiger Informationszeitpunkt %	Zeitbedarf in Tagen E-Planung in % NA
ja	ja					PDL	15	50 - 75	2
ja			ja			PDL	80	50-75	kA
ja	ja		ja			stellv. PDL	50	0-25	5
ja	ja					stellv. PDL	kA	50-75	2
ja	ja					PDL	75	0-25	2
ja	ja					Einsatzleitung	98	0-25	3
ja	ja					PDL	20	50-75	5
ja	ja					PDL	50	25-50	7
	ja					PDL	100	0-25	3 bis 5
ja						PDL	80	25-50	2
ja	ja					PDL	90	0-25	2
ja	ja					PDL	30	50-75	3
ja	ja					PDL	90	50-75	3
	ja			Careline		PDL	90	0-25	1
ja	ja	ja				PDL	75	0-25	5 bis 7
ja						PDL	25	25-50	2
ja	ja					PDL	80	25-50	7
	ja	ja				PDL	95	0-25	2 bis 4
	ja	ja				PDL	80	0-25	3
ja			ja			PDL	100	25-50	2
ja	ja					PDL	90	0-25	1
		ja				PDL	80	0-25	2
ja	ja	ja				PDL	99	0-25	1
ja	ja		ja			PDL	100	0-25	1
						PDL	90	0-25	3 bis 5
ja	ja	ja				PDL	0	0-25	2
ja		ja				PDL	100	0-25	0
ja	ja		ja			PDL	10	75-100	3
ja	ja		ja			PDL	50	25-50	3
	ja					PDL	100	50-75	3
ja	ja					PDL	75	25-50	3
	ja	ja				PDL	100	0-25	3
ja	ja			Angehörige	Hausärzte	PDL	10	25-50	0
ja	ja					PDL	100	25-50	3
ja			ja			PDL	90	0-25	1
ja	ja		ja			PDL	5	0-25	2
	ja					PDL	60	25-50	4
ja	ja					PDL	90	0-25	2
ja				Angehörige		exam. MA	80	0-25	7
ja	ja		ja	Hausärzte		PDL	100	0-25	2
ja			ja			PDL	70	25-50	1 bis 2
ja	ja					PDL	10	50-75	3
ja	ja		ja	Angehörige		PDL	75	0-25	3

Datenmatrix

Zeitbedarf in Tagen E-Planung in % WA	Entlassungstermin nach E. in %	Entlassungstermin 24 std. vor E. in %	Entlassungstermin 2-5 Tage vor E in %	Entlassungstermin mehr als 5 T. vor E. in %	Pflegeüberleitungsbogen aus KH vor E. in %	Pflegeüberleitungsbogen aus KH am E-Tag in %	Pflegeüberleitungsbogen aus KH später in %	Pflegeüberleitungsbogen aus KH gar nicht
1	2	85	13	0	0	90	10	0
2	10	30	60	0	0	100	0	0
2	0	20	80	0	0	100	0	0
1	25	75	0	0	0	0	90	10
1	10	15	75	0	0	100	0	0
3	1	8	70	21	1,5	98	0	0
1	10	50	30	10	0	0	10	90
3	15	1	25	0	0	100	0	0
1	0	70	30	0	0	50	0	50
1	0	70	30	0	0	90	0	10
1	0	70	30	0	0	100	0	0
1 bis 2	kA	kA	80	kA	0	90	0	10
2	3	90	7	0	0	90	0	10
1	5	5	90	0	50	20	0	30
2	10	20	50	20	0	80	0	20
1	0	0	100	0	0	0	0	100
2	20	20	30	30	10	50	10	30
1	5	5	80	10	0	70	0	30
1	0	15	70	15	0	85	15	0
2	1	50	100	1	0	100	0	0
kA	10	20	70	0	0	90	0	10
1	15	80	5	0	0	10	80	10
0,5	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA
1	kA	kA	kA	kA	0	100	0	0
1	0	10	80	10	0	100	0	0
0	0	25	75	0	100	0	0	0
0	1	10	89	0	50	50	0	0
1	80	20	0	0	0	0	0	100
1	kA	50	kA	kA	0	100	0	0
1 bis 2	kA	80	30	5	0	95	5	0
2	10	10	80	0	0	20	5	75
1	0	5	95	0	0	100	0	0
0	50	30	20	0	0	0	0	100
2	0	30	70	0	0	100	0	0
1	kA	kA	kA	90	kA	90	kA	kA
1	0	60	40	0	40	60	0	0
2	kA	40	30	kA	0	10	0	0
1	0	10	80	10	0	100	0	0
4	5	15	80	0	0	90	10	0
1	0	0	100	0	5	80	kA	kA
1	0	95	5	0	0	80	5	15
1	kA	10	kA	kA	10	kA	kA	kA
1	35	15	50	0	0	100	0	0

Datenmatrix

Ärztlicher Kurzbrief aus KH vor E. in %	Ärztlicher Kurzbrief aus KH am E-Tag in %	Ärztlicher Kurzbrief aus KH später in %	Ärztlicher Kurzbrief aus KH gar nicht	Sonstige aus KH vor E. in %	Sonstige aus KH am E-Tag in %	Sonstige aus KH später in %	Sonstige aus KH gar nicht	Anteil schriftl. Info Neuaufnahme-%	
0	90	10	0	kA	kA	kA	kA	kA	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	kA	
0	60	0	0	kA	kA	kA	kA	kA	
0	0	90	10	kA	kA	kA	kA	0-25	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	90	10	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	0	0	0	kA	kA	kA	kA	0-25	
0	50	50	0	kA	kA	kA	kA	50-75	
0	90	10	0	kA	kA	kA	kA	kA	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	0-25	
10	80	0	10	kA	kA	kA	kA	50-75	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	0-25	
0	50	20	30	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	80	0	20	kA	kA	kA	kA	50-75	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	0-25	
0	50	40	10	kA	kA	kA	kA	25-50	
0	70	0	30	Pat.anmeldung	100	0	0	75-100	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	10	80	10	kA	kA	kA	kA	75-100	
kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	50-75	
0	90	10	0	Pat.anmeldung	90	Pat.anmeldung	10	0	75-100
kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	0	50	50	kA	kA	kA	kA	50-75	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	70	0	30	kA	kA	kA	kA	0-25	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	95	5	0	kA	kA	kA	kA	kA	
0	85	10	5	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	90	10	0	Pat. anmeldung	100	0	0	0	75-100
0	0	100	0	kA	kA	kA	kA	50-75	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	kA	
kA	90	kA	kA	kA	kA	kA	kA	75-100	
40	60	0	0	kA	kA	kA	kA	0-25	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	50-75	
0	100	0	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	90	10	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
0	80	kA	kA	kA	kA	kA	kA	50-75	
5	90	5	0	kA	kA	kA	kA	75-100	
10	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	0-25	
kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	kA	75-100	

Datenmatrix

Anteil schriftl. Info Wiederaufnahme-%	Vollständigkeit der Info	Fehlende Informationen	Mündliche Info Pflegekraft Station	Mündliche Info Pflegeüberleitungskraft	Mündliche Info Sozialdienst/MA	Mündliche Info Ärzte KH	Art Info Entlassungstermin	Art Info Pflegebedarf	Art Info soziale Situation
kA	teils/teils	x	häufig	kA	selten	kA	ja		
75-100	ja	x	immer	selten	selten	häufig	ja	ja	
75-100	teils/teils	x	immer	kA	kA	selten	ja	ja	
0-25	nein	x	nie	nie	häufig	nie	ja	ja	
75-100	ja		häufig	kA	häufig	kA	ja	ja	
75-100	teils/teils	x	häufig	selten	häufig	selten	ja		
75-100	nein	x	selten	nie	häufig	selten	ja	ja	ja
25-50	teils/teils	x	häufig	kA	immer	nie	ja	ja	
25-50	teils/teils	x	selten	kA	häufig	selten	ja	ja	
75-100	teils/teils	x	immer	nie	selten	nie	ja	ja	
0-25	teils/teils		immer	kA	häufig	kA	ja	ja	
50-75	teils/teils	x	häufig	kA	häufig	kA	ja	ja	
0-25	teils/teils	x	häufig	nie	häufig	selten	ja	ja	
50-75	teils/teils	x	selten	häufig	häufig	selten	ja	ja	ja
50-75	teils/teils		häufig	selten	häufig	selten	ja	ja	ja
25-50	teils/teils	x	immer	nie	selten	immer	ja	ja	
25-50	teils/teils	x	häufig	selten	selten	selten	ja	ja	
75-100	teils/teils	x	selten	häufig	selten	selten	ja		
50-75	ja		häufig	häufig	häufig	selten	ja	ja	
75-100	nein	x	selten	kA	selten	selten	ja	ja	
50-75	teils/teils	x	häufig	kA	häufig	nie	ja	ja	
50-75	teils/teils	x	selten	häufig	häufig	selten	ja	ja	ja
75-100	teils/teils	x	häufig	selten	immer	selten	ja		ja
75-100	ja		immer	kA	immer	häufig	ja	ja	ja
50-75	ja		selten	häufig	häufig	nie	ja	ja	
kA	teils/teils	x	häufig	nie	immer	häufig	ja	ja	
75-100	nein	x	häufig	häufig	selten	häufig	ja	ja	
0-25	nein	x	selten	nie	selten	selten	ja	ja	
75-100	teils/teils	x	häufig	selten	häufig	selten	ja	ja	
kA	teils/teils	x	selten	häufig	häufig	selten	ja	ja	ja
75-100	teils/teils	x	häufig	selten	häufig	selten	ja	ja	ja
75-100	teils/teils	x	häufig	immer	immer	selten	ja	ja	
50-75	nein	x	häufig	nie	selten	nie	ja		
kA	kA		selten	selten	häufig	selten	ja	ja	
75-100	teils/teils	x	immer	kA	kA	immer	ja	ja	
0-25	teils/teils		selten	selten	selten	häufig	ja	ja	ja
50-75	ja	x	nie	nie	selten	nie	ja	ja	
75-100	ja		immer	kA	immer	kA	ja	ja	
75-100	teils/teils	x	häufig	kA	häufig	nie	ja	ja	
50-75	teils/teils	x	häufig	nie	selten	häufig	ja	ja	ja
75-100	teils/teils	x	häufig	nie	n	selten	ja		ja
0-25	teils/teils		selten	selten	selten	selten	ja		
25-50	teils/teils	x	selten	nie	selten	selten	ja		

Datenmatrix

Art Info Sonstige	Durchführung Beratung	Inhalt Kostenträger	Inhalt Einsatzplanung	Inhalt Pflegebedarf	Inhalt Hauswirtsch.	Inhalt Sonstiges	Inhalt Sonstiges
	ja	ja	ja	ja	ja		
	teils/teils	ja	ja	ja	ja		
	teils/teils	ja	ja	ja	ja	Erkundigungen über Wohnsituation	
	teils/teils		ja	ja	ja	Hilfsmittelberatung	Schmerzpumpen
	teils/teils	ja	ja	ja	ja		
	ja	ja		ja		Kooperationspartner	
	teils/teils	ja	ja	ja	ja		
	ja	ja	ja	ja	ja		
	ja	ja	ja	ja	ja		
	kA	kA					
	ja	ja	ja	ja	ja		
	teils/teils			ja			
	ja	ja	ja	ja	ja	Erkundigungen über Wohnsituation	Hilfsmittelberatung
	teils/teils	ja		ja			
	ja	ja	ja	ja	ja		
	nein	ja		ja			
	ja	ja	ja	ja	ja	Hausnotruf	Essen auf Rädern
	nein careline						
	teils/teils	ja		ja	ja		
	ja	ja	ja	ja	ja	Hilfsmittelberatung	
	teils/teils	ja	ja	ja	ja		
	nein						
	ja	ja	ja	ja	ja		
	ja		ja	ja	ja		
	ja	ja	ja	ja	ja		
Stammdaten	ja	ja	ja	ja	ja		
Medizinische Versorgung	ja	ja	ja	ja			
	ja	ja	ja	ja	ja	Erklärung der Bezugspflege	
	teils/teils	ja	ja	ja	ja		
	teils/teils	ja	ja	ja			
	teils/teils	ja		ja	ja		
	teils/teils	ja	ja	ja			
	ja	ja	ja			Vertrauen aufbauen Patienten kennenlernen	Individuelle Bedürfnisse erfahren
	teils/teils			ja	ja		
	ja	ja	ja	ja	ja		
	ja	ja	ja	ja	ja		
	nein	ja	ja	ja	ja		
	teils/teils	ja	ja	ja	ja	Medizinische/ärztliche Versorgung	
	teils/teils			ja			
	ja	ja	ja	ja	ja		
Persönliches Befinden	nein						
	teils/teils	ja	ja	ja	ja		
	ja	ja	ja	ja	ja	Hilfsmittelberatung	

Datenmatrix

Inhalt Sonstiges	Vorhandene PHM Neuaufnahme	Vorhandene PHM Wiederaufnahme	PHM Beschaffung Neuaufnahme	PHM Beschaffung Wiederaufnahme	Vorhandene Medi Neuaufnahme	Vorhandene Medi Wiederaufnahme	Medi Beschaffung Neuaufnahme	Medi Beschaffung Wiederaufnahme	Vorhandene VBM Neuaufnahme
	0-25	50-75	100	100	25-50	25-50	100	100	0-25
	kA	25-50	kA	100	kA	0-25	kA	100	kA
	kA	50-75	kA	25	kA	50-75	kA	25	kA
Ernährungspumpen	50-75	50-75	75	100	0-25	25-50	75	50	0-25
	50-75	50-75	40	25	25-50	25-50	50	75	0-25
	75-100	75-100	50	80	0-25	0-25	95	95	0-25
	0-25	kA	90	90	25-50	0-25	95	95	0-25
	0-25	kA	100	100	0-25	0-25	100	100	0-25
	50-75	75-100	25	25	0-25	0-25	100	100	0-25
	kA	75-100	kA	100	kA	25-50	kA	100	kA
	25-50	25-50	100	100	0-25	0-25	100	100	0-25
	25-50	75-100	90	100	0-25	0-25	80	80	0-25
	0-25	50-75	100	100	0-25	0-25	100	100	0-25
	0-25	75-100	80	100	0-25	50-75	100	100	0-25
	25-50	75-50	50	50	0-25	25-20	50	50	0-25
	0-25	25-50	100	50	25-50	50-75	100	50	0-25
	25-50	0-25	70	70	0-25	0-25	70	70	0-25
	50-75	25-50	100	100	0-25	0-25	100	100	0-25
	25-50	kA	50	50	0-25	kA	80	80	0-25
	25-50	75-100	100	100	75-100	0-25	100	100	0-25
	0-25	50-75	90	90	0-25	0-25	90	90	0-25
	0-25	50-75	80	80	0-25	50-75	80	80	0-25
	25-50	kA	70	70	25-50	25-50	10	10	25-50
	0-25	50-75	100	100	0-25	50-75	100	100	0-25
	0-25	0-25	50	50	0-25	25-50	80	80	25-50
	0-25	kA	100	kA	0-25	kA	100	kA	0-25
	25-50	75-100	80	20	50-75	50-75	30	30	50-75
	0-25	75-100	100	kA	0-25	0-25	100	100	0-25
	0-25	50-75	75	75	25-50	25-50	75	75	50-75
	0-25	0-25	90	90	0-25	0-25	90	90	0-25
	0-25	25-50	50	50	0-25	0-25	75	75	25-50
	0-25	75-100	80	100	0-25	25-50	100	100	0-25
Klinikverlauf erkunden	0-25	50-75	100	100	75-100	75-100	100	100	0-25
	25-50	25-50	100	100	0-25	0-25	100	100	0-25
	50-75	75-100	80	80	75-100	75-100	100	100	75-100
	0-25	kA	100	100	0-25	kA	100	100	0-25
	0-25	25-50	100	100	0-25	0-25	100	100	0-25
	0-25	75-100	50	50	0-25	0-25	100	100	0-25
	0-25	0-25	100	100	0-25	0-25	100	100	0-25
	25-50	75-100	100	100	75-100	75-100	100	100	25-50
	25-50	75-100	100	100	25-50	50-75	100	100	25-50
	0-25	0-25	50	50	50-75	50-75	50	50	0-25
	0-25	50-75	100	100	0-25	50-75	100	100	0-25

Datenmatrix

Vorhandene VBM Wiederaufnahme	Verbandsmittel Neuaufnahme	VBM Beschaffung Wiederaufnahme	schriftl. Kooperationsvertrag	schriftl. Kooperationsvertrag	Vorteile durch Kooperationsvertrag	Angabe von Vorteilen	Angabe von Vorteilen
0-25	100	100	kein Vertrag				
0-25	kA	100	kein Vertrag				
50-75	kA	25	kein Vertrag				
0-25	75	75	kein Vertrag				
25-50	75	60	kein Vertrag				
0-25	100	100	kein Vertrag				
kA	95	95	kein Vertrag				
kA	100	100	kein Vertrag				
0-25	100	100	kA				
0-25	kA	100	kein Vertrag				
0-25	100	100	kein Vertrag				
50-75	90	100	kein Vertrag				
0-25	100	100	kein Vertrag				
75-100	100	100	Careline		ja	Einheitliche Überleitungsbögen	Einheitliche Ansprechpartner
25-50	75	25	kein Vertrag				
50-75	100	50	kein Vertrag				
0-25	70	70	kein Vertrag				
0-25	100	100	Amalie	Careline	ja	Geordnete Überleitung	Synergieeffekte
0-25	80	80	kein Vertrag				
0-25	100	100	kein Vertrag				
0-25	90	90	kein Vertrag				
0-25	80	80	AK W	UKE / AK E	ja	Die Pflegestufe ist beantragt	Die Hilfsmittel sind beantragt
kA	20	10	kein Vertrag				
50-75	100	100	kein Vertrag				
25-50	60	60	kein Vertrag				
kA	100	kA	kein Vertrag				
50-75	30	30	Amalie	Klinik.Nord/Heidberg	ja	Reibungsloser Ablauf	Informationsweitergabe funktioniert
0-25	100	100	kein Vertrag				
50-75	100	100	kein Vertrag				
0-25	70	70	kA				
25-50	50	50	kein Vertrag				
25-50	100	100	kein Vertrag				
0-25	100	100	kein Vertrag				
0-25	100	100	kA				
75-100	100	100	kein Vertrag				
0-25	100	100	kein Vertrag				
0-25	100	100	kA				
0-25	100	100	kein Vertrag				
0-25	100	100	kein Vertrag				
75-100	100	100	kein Vertrag				
75-100	100	100	kein Vertrag				
0-25	50	50	kein Vertrag				
0-25	100	100	kein Vertrag				

Datenmatrix

Angabe von Vorteilen	Verbesserungsbedarf Krankenhaus	Verbesserungsbedarf Sanitätshaus	Verbesserungsbedarf Apotheke	Verbesserungsbedarf Hausarzt	Verbesserungsbedarf KK/PK	Verbesserungsbedarf Sonstige	Verbesserungsbedarf ja	MA Anzahl
	ja			ja				< 10
	ja			ja	ja			< 10
				ja	ja		x	10 bis 30
	ja				ja			< 10
				ja	ja			< 10
	ja			ja	ja	MDK	x	Mehr als 30
	ja			ja	ja		x	10 bis 30
	ja			ja	ja			< 10
	ja			ja	ja		x	10 bis 30
	ja			ja	ja			10 bis 30
	ja			ja				10 bis 30
	ja						x	10 bis 30
	ja				ja		x	< 10
	ja			ja			x	10 bis 30
	ja			ja				10 bis 30
	ja	ja			ja	Sozialdienste	x	< 10
	ja			ja	ja		x	10 bis 30
	ja			ja	ja			< 10
	ja						x	10 bis 30
	ja			ja	ja		x	10 bis 30
	ja						x	< 10
Angehörigen sind informiert	ja			ja	ja		x	10 bis 30
	ja			ja				10 bis 30
					ja		x	< 4
	ja			ja				Mehr als 30
	ja						x	< 10
	ja						x	10 bis 30
	ja						x	< 10
	ja							< 10
	ja	ja		ja			x	< 10
	ja			ja	ja	Fachärzte	x	10 bis 30
	ja						x	Mehr als 30
	ja			ja			x	< 10
	ja				ja			10 bis 30
	ja	ja		ja				10 bis 30
	ja							Mehr als 30
	ja							< 10
	ja						x	< 10
	ja			ja			x	10 bis 30
	ja						x	< 10
	ja						x	< 10
		ja		ja	ja		x	10 bis 30
					ja		x	10 bis 30

Datenmatrix

Anteil exam. PK	Gründung PD	Funktion des Befragten
bis zu 100 %	1993	PDL
bis zu 100%	2003	PDL
bis zu 25%	2004	PDL
bis zu 75%	1993	PDL
bis zu 75%	28 Jahre	PDL
bis zu 75%	1988	PDL
bis zu 75%	1997	PDL
bis zu 100%	kA	PDL
bis zu 50%	1985	PDL
bis zu 100%	1997	PDL
bis zu 75%	1992	Inhaberin
bis zu 75%	1992	PDL
bis zu 75%	2004	PDL
bis zu 100%	1990	PDL
bis zu 50%	1995	PDL
bis zu 75%	1999	GF/PDL
bis zu 50%	1992	PDL
bis zu 75%	1989	GF/PDL
bis zu 100%	1992	PDL/Inhaber
bis zu 75%	2002	PDL
bis zu 75%	1990	PDL
bis zu 75%	1998	PDL/QMB
bis zu 75%	1998	PDL
bis zu 75%	1995	PDL
bis zu 100%	1982	PDL/GF
bis zu 50%	2006	PDL/QMB
bis zu 100%	1989	PDL
bis zu 100%	1996	PDL/Inhaber
bis zu 100%	2003	PDL
bis zu 75%	2001	PDL
bis zu 100%	1996	PDL
bis zu 75%	1997	PDL/GF/Inhaber
bis zu 100%	1987	PDL
bis zu 75%	kA	PDL
bis zu 100%	11 Jahre	AP/Ass. GF
bis zu 100%	1991	GF/PDL/Pflegefachwirt
bis zu 75%	1997	PDL
bis zu 75%	1999	PDL
bis zu 75%	1993	stellv. PDL
bis zu 100%	2004	PDL
bis zu 75%	2002	Inhaberin/PDL
bis zu 100%	1999	PDL/KS
bis zu 100%	1993	Inhaberin/QMB

Clusterbildung offene Fragen

Laufende Nr. ¹	Frage 9b: Fehlende Informationen	Frage 9b: Kategorie 1. Stufe	Frage 9b: Kategorie fertig	Frage 17b: Verbesserungsbedarf	Frage 17b: Kategorie
1.	kA	kA		Medikation und Verbandsmaterial mitliefern, wenn man keine Bestellmöglichkeiten mehr hat (Wochenende oder abends)	Sicherstellung der medikamentösen Versorgung durch Mitgabe der notwendigen Medikamente bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
					Sicherstellung der Wundversorgung durch Mitgabe der notwendigen Verbandsmittel bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
2.	Zur Mobilität,	Angaben zur Mobilität	Angabe von pflegerelevanten Informationen	Einsatz von: Pflegehilfsmitteln, Inkontinenzeinlagen, Verbandsmaterial bei Wundversorgungen	Sicherstellung der Inkontinenzversorgung durch Mitgabe der notwendigen Inkontinenzeinlagen bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
	zur Körperpflege,	Angaben zur Körperpflege			Sicherstellung der Wundversorgung durch Mitgabe der notwendigen Verbandsmittel bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
	zur Problematik bei Stuhl- und Urininkontinenz	Angaben zu Stuhl- und Urininkontinenz		Angaben über Ausscheidungen	

¹ Die laufende Nummerierung der Tabelle lässt keine Rückschlüsse auf die Fragebögen zu.

Clusterbildung offene Fragen

3.	Anleitung zur Wundversorgung,	Anleitung zur Wundversorgung	Angabe von Behandlungspflege	Bessere Erreichbarkeit und höhere Verbindlichkeit der Hausärzte	Bessere Erreichbarkeit und höhere Verbindlichkeit der Hausärzte
	Ernährung bei PEG,	Angaben zur Ernährung bei PEG-Sonden	Angaben zur Ernährung	Schnellere Reaktion des MDK Offenheit und Auskunftsbereitschaft gegenüber den Pflegediensten über Patienten., Auch Freundlichkeit durch Ärzte, KH und MDK	Schnellere Reaktion des MDK Offenheit und Auskunftsbereitschaft gegenüber den Pflegediensten über Pat.,
	realistischer Pflegebedarf	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs		Mehr Freundlichkeit durch Ärzte, Krankenhaus und MDK
4.	Pflegeaufwand	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Kommunikation zwischen Ärzten, Krankenhäusern und PD vor Entlassung	Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten rechtzeitig vor der Entlassung
	Pflegestufe	Wurde bereits eine Pflegestufe beantragt?	Wurde bereits eine Pflegestufe beantragt?		
5.	Wundversorgung wie	Anleitung zur Wundversorgung	Angabe von Behandlungspflege	Überleitungsbögen,	Einsatz eines standardisierten Überleitungsbogen mit aktuellen ärztlichen und pflegerischen Informationen
	Medgabe	Medikamentenpläne	Medikamentenpläne	Entlassungsmanagement → Pat. wird Mittwochnachmittag entlassen, ohne Medis nur mit Arztbrief, versuchen Sie da mal die notwendigen Medik. zu	Sicherstellung der medikamentösen Versorgung durch Mitgabe der notwendigen Medikamente bei Entlassungen zu problematischen Zeiten

Clusterbildung offene Fragen

				erhalten	
	Korrekte Angaben zur Pflege im KH	Pflegeverlauf im Krankenhaus	Pflegeverlauf im Krankenhaus		
6.	Wunden oder Dekubitalgeschwüre fehlen zu 98%,	Angabe von Wunden oder Dekubitalgeschwüren	Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand	Kommunikation Informationsweitergabe	Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten rechtzeitig vor der Entlassung
	Pflegesituation im KH wird in der Regel falsch eingeschätzt (einige Pat. brauchen real mehr Hilfe, andere weniger	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Planung und Regelung von Entlassungen nicht mittwochs nachmittags, unmöglich. Med. zu beschaffen	Sicherstellung der medikamentösen Versorgung durch Mitgabe der notwendigen Medikamente bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
7.	Überleitungsbögen	Überleitungsbögen	Überleitungsbögen	Schriftl. Pflegeüberleitung,	Einsatz eines standardisierten Überleitungsbogen mit aktuellen ärztlichen und pflegerischen Informationen
				genereller Informationsaustausch über den Patienten	Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten vor Entlassung
8.	Letzter Stuhlgang	Letzter Stuhlgang	Angaben über Ausscheidungen	Vorabinformation vor allem Medplan per Fax, da meist Entlassung Freitagmittag. Praxen haben dann geschlossen	Übergabe des Medikamentenplans vor der Entlassung
	Letzter Katheterwechsel	Letzter Katheterwechsel			

Clusterbildung offene Fragen

9.	unterschiedlich	unterschiedlich	unterschiedlich	Geordnete Strukturen, bessere Vernetzung ambulant-stationär,	Geordnete Strukturen und eine bessere Vernetzung von ambulant/stationär
				mehr Mitgefühl für Pat. und Angehörige	Mehr Mitgefühl für Patienten und Angehörige
				Mitdenken	Mitdenken
10.	Allgemeinzustand → psychisch	Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand	Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand		
11.	Patient wird mit Dekubitus entlassen	Angabe von Wunden oder Dekubitalgeschwüren	Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand		
12.	Medikamentendosierung	Medikamentenpläne	Medikamentenpläne	z.B. dass das genaue Verbandsmaterial auf den Überleitungsbögen geschrieben ist	Einsatz eines standardisierten Überleitungsbogen mit aktuellen ärztlichen und pflegerischen Informationen
13.	Aussagefähiger Zustandsbericht der relevanten AEDL	Aussagen zum physischen und psychischen Allgemeinzustand	Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand	Standardisierter Überleitungsbogen fehlt, in dem alle ganzheitlich wahrgenommenen Informationen (ärztliche und pflegerisch) aktuell dokumentiert sind;	Einsatz eines standardisierten Überleitungsbogen mit aktuellen ärztlichen und pflegerischen Informationen
	Wundversorgung,	Anleitung zur Wundversorgung	Angaben zur Behandlungspflege	Rechtzeitig vor Entlassung; Standardisierte Ablaufkoordination bezüglich Informationsweitergabe innerhalb der integrierten Versorgung	Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten rechtzeitig vor der Entlassung
	Nahrungsaufnahme,	Angaben zur	Angaben zur		

Clusterbildung offene Fragen

		Nahrungsaufnahme	Nahrungsaufnahme		
	Ausscheidung,	Angaben zur Ausscheidung	Angaben zur Ausscheidung		
	Mobilität	Angaben zur Mobilität	Angabe von pflegerelevanten Informationen		
14.	MRSA, Diabetes	Angabe von Diagnosen	Angabe von medizinischen Diagnosen	Rechtzeitige Bekanntgabe der Medikamente, damit wir uns im Vorwege kümmern können, oder ausreichend Medikamente mitgeben WE → Fr. – Mo., in der Woche wenigstens für den nächsten Tag	Sicherstellung der medikamentösen Versorgung durch Mitgabe der notwendigen Medikamente bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
15.	z. B. wann zuletzt abgeführt,	Letzter Stuhlgang	Angaben zur Ausscheidung		
	Medplan,	Medikamentenpläne	Medikamentenpläne		
	Hilfsmittelbedarf,	Pflegehilfsmittelbedarf	Pflegehilfsmittelbedarf		
	bei Ernährungspumpe Kalorien-/Flüssigkeitsbedarf,	Angaben zur Ernährung bei PEG-Sonden	Angaben zur Ernährung		
	bei Schmerzpflasterwann Wechsel	Letzter Wechsel des Schmerzpflasters	Medikamentenpläne		
16.	Mobilität	Angaben zur Mobilität	Angabe von pflegerelevanten Informationen	Pflegestufe wird zu spät eingeschätzt	Schnellere Reaktion des MDK
	Pflegediagnosen	Pflegediagnosen	Pflegediagnosen		
17.	Behandlungspflege SGB V	Angaben zur Behandlungspflege	Angaben zur Behandlungspflege		

Clusterbildung offene Fragen

18.	Exakter Pflegebedarf,	realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Angaben zur Behandlungspflege	Tatsächlichen Pflegebedarf bzw. konkrete Vorstellungen des Pflegekunden ermitteln	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs
	Telefonnummern	Angabe von Telefonnummern	Angabe von Ansprechpartnern		Konkrete Vorstellungen des Pflegekunden ermitteln
	Ansprechpartner	Angabe von Ansprechpartnern			
	Diagnosen	Angabe von Diagnosen	Angabe von medizinischen Diagnosen		
	Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelbedarf	Pflegehilfsmittelbedarf		
19.	Letzter Verbandswechsel wann und womit	Anleitung zur Wundversorgung	Angaben zur Behandlungspflege		
	Letzter Katheterwechsel,	Letzter Katheterwechsel	Angaben über Ausscheidungen		
	Aussage Allgemeinbefinden	Aussagen zum physischen und psychischen Allgemeinzustand	Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand		
	spez. Pflegerelevante Aspekte	Angabe von pflegerelevanten Informationen	Angabe von pflegerelevanten Informationen		
20.	Realistische Einschätzung	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Entlassungsmanagement muss revolutioniert werden → garantierte Versorgung, Kooperationsverträge	Entlassungsmanagement muss revolutioniert werden durch garantierte Versorgung und Kooperationsverträge

Clusterbildung offene Fragen

	Prognosen → Dekubitusgefahr, Sturzgefahr	Angabe von Prognosen, z. B. Dekubitus- und Sturzrisiko	Angabe von Prognosen, z. B. Dekubitus- und Sturzrisiko		
	Sind Hilfsmittel bei Pat. vorhanden?	Pflegehilfsmittelbedarf	Pflegehilfsmittelbedarf		
	Sind Verbandsmittel bei Pat. vorhanden?	Verbandsmittelbedarf			
21.	Medikamentenpläne	Medikamentenpläne	Medikamentenpläne	Übergabe: Medikamentenpläne, Medikamente und Verbandsmaterial	Übergabe des Medikamentenplans vor der Entlassung
	Pflegeleistungen	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs		Sicherstellung der medikamentösen Versorgung durch Mitgabe der notwendigen Medikamente bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
22.	Info über Schmerz	Angaben über Schmerzen	Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand	Es wäre schön, wenn die Patienten sich den Pflegedienst aussuchen könnten, wie es in der freien Marktwirtschaft auch eigentlich üblich ist.	Es wäre schön, wenn die Patienten sich den Pflegedienst aussuchen könnten, wie es in der freien Marktwirtschaft auch eigentlich üblich ist
	Info über Inkontinenz	Angaben zu Stuhl- und Urininkontinenz	Angaben über Ausscheidungen		
	Bezug zu Angehörigen	Informationen über Angehörige und deren Hilfe	Angabe von Ansprechpartnern		

Clusterbildung offene Fragen

	Pflegeverlauf	Pflegeverlauf im Krankenhaus	Pflegeverlauf im Krankenhaus		
23.	Hilfsmittel	Pflegehilfsmittelbedarf	Pflegehilfsmittelbedarf		
	Pflegebedarf	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Geschultes Pflegepersonal	Geschultes Pflegepersonal
	Behandlungspflege → Wunden,	Anleitung zur Wundversorgung	Angaben zur Behandlungspflege	Ehrlichkeit	Ehrlichkeit
	Angaben zur Ernährung bei PEG	Angaben zur Ernährung bei PEG-Sonden Angaben zur Behandlungspflege	Angaben zur Ernährung	Realistischen Pflegebedarf angeben	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs
24.	Angaben der Wundversorgung	Anleitung zur Wundversorgung	Angaben zur Behandlungspflege		
25.	Pflegerelevante Informationen	Angabe von pflegerelevanten Informationen	Angabe von pflegerelevanten Informationen	Umfang/Inhalt der Infos	Umfang und Inhalt der Informationen
26.	Weitere Empfehlungen	Angabe von weiteren Empfehlungen	Angabe von weiteren Empfehlungen	Schnellere Hausbesuche der Hausärzte bzw. schnellere ärztliche Anordnungen, schnellere Kostenklärung der Kranken-/Pflegekassen Bewilligung von Hilfsmitteln	Schnellere Hausbesuche der Hausärzte bzw. schnellere ärztliche Anordnungen, Schnellere Abwicklung bei der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln
27.	Pflegerischer Bedarf	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs		
	pflegerischer Zustand	Aktueller Pflegestatus	Angaben zum physischen und psychischen		

Clusterbildung offene Fragen

	Hilfsmittelbedarf	Pflegehilfsmittelbedarf	Allgemeinzustand		
28.				Intensiver zusammenarbeiten mit d. KH	Intensiver zusammenarbeiten mit den Krankenhäusern
29.	Angaben oft unzutreffend	Angaben oft unzutreffend	Angaben oft unzutreffend	Bessere Information über den Zustand des Pat	Bessere Information über den Zustand des Patienten
				Entlassungen häufig Freitags	
30.	Letzter Stuhlgang Wunden oder Dekubiti Beantragung von Pflegestufe	Letzter Stuhlgang Angabe von Wunden oder Dekubitalgeschwüren Wurde bereits eine Pflegestufe beantragt?	Angaben über Ausscheidungen	Medikamentenänderungen insbesondere zum Wochenende oder an Feiertagen	Sicherstellung der medikamentösen Versorgung durch Mitgabe der notwendigen Medikamente bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
			Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand		
			Wurde bereits eine Pflegestufe beantragt?	K.A.	
31.	Anamnesen	Anamnese	Anamnese	Kommunikation	Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten rechtzeitig vor der Entlassung
	Pflegebedarf	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs	Realistische Einschätzung des Pflegebedarfs		
32.	MDK verständigt Notwendige Hilfsmittel für die Häuslichkeit	Wurde bereits eine Pflegestufe beantragt? Pflegehilfsmittel-	Wurde bereits eine Pflegestufe beantragt Pflegehilfsmittelbedarf Angaben über	Kostenübernahme der Versorgung am Wochenende ist nie geklärt und wird auch nicht rückwirkend erstattet	schnellere Klärung der Kostenübernahme durch Kranken- und Pflegekassen an den Wochenenden,

Clusterbildung offene Fragen

	Pflegende Angehörige bzw. der Umfang ihrer Hilfe	bedarf Informationen über Angehörige und deren Hilfe	Ansprechpartner		Rückwirkende Erstattung der Kosten
33.				Schnellere Abwicklung bei der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln	Schnellere Abwicklung bei der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln
34.				Besserer Medikamentensicherung bei Entlassungen zum Wochenende, Entlassungen am Mittwoch ungeeignet (arztfreier Nachmittag)	Sicherstellung der medikamentösen Versorgung durch Mitgabe der notwendigen Medikamente bei Entlassungen zu problematischen Zeiten
35.	Aktuelle Wundtherapie	Anleitung zur Wundversorgung	Angaben zur Behandlungspflege		
	Welche Mobilisation hat stattgefunden	Angaben zur Mobilität	Angabe von pflegerelevanten Informationen		
36.	Aktueller Pflegestatus	Aktueller Pflegestatus	Angaben zum physischen und psychischen Allgemeinzustand	K.A.	



<h2 style="margin: 0;">Pflege</h2> <h3 style="margin: 0;">Überleitungsbogen</h3> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> und Gerontopsychiatrischer Überleitungsbogen</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 8px;">© Netzwerk Wandsbek</div>	Stempel der Einrichtung
--	---	-------------------------

Bestellformular unter Tel. 23 80 87 88

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

Anschrift: _____	📠
Ansprechpartner: _____	📞
Juristischer Betreuer: _____	📞
Hausarzt: _____	📞
Facharzt: _____	📞
Kranken-, Pflegekasse: _____	Pflegestufe: _____

Anlaß der Einweisung: _____
Diagnosen: _____
Vitalzeichen: RR: _____ Puls: _____ Temp.: _____ BZ: _____ Atmung: _____ Allergien: _____

Medikation

Bewußtsein
<input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> komatös <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

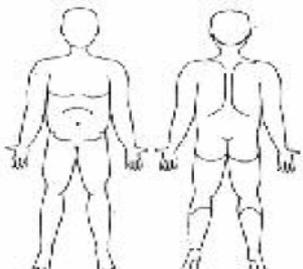
Essen / Trinken
<input type="checkbox"/> Diät / Kostform / Sondennahrung: _____ _____ <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Ernährungssonde Pat. trinkt ausreichend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kommunikation
<input type="checkbox"/> kann sich verständlich machen <input type="checkbox"/> Sprachstörung: _____ <input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> Sehbehinderung <input type="checkbox"/> Muttersprache: _____

Ausscheidung
<input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Pat. hat abgeführt am _____ <input type="checkbox"/> Stuhlregulierung durch _____ <input type="checkbox"/> Blasenkatheter am _____ <input type="checkbox"/> Anus praeter

Schlafgewohnheiten
_____ _____

Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Zahnprothese: <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Hautbeschaffenheit / Dekubitus


Hilfe																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; font-size: 8px;">ganz</th> <th style="text-align: center; font-size: 8px;">teilweise</th> <th style="text-align: center; font-size: 8px;">benötigt Anregung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Essen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trinken</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aufstehen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>An-/Auskleiden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Waschen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Toilettengang</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> siehe Ergänzungsbogen		ganz	teilweise	benötigt Anregung	Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ganz	teilweise	benötigt Anregung																									
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									

Mobilität
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Prothese: _____

Besondere Hinweise:
_____ _____ Sucht: _____

Datum / Pflegekraft	
Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an: _____	Name und Telefonnummer
Einverständniserklärung zur Datenübermittlung liegt vor!	

Gerontopsychiatrischer Überleitungsbogen

© Netzwerk Wandsbek

Stempel der Einrichtung

Ergänzung zum Pflegeüberleitungsbogen

Bestellformular unter Tel. 23 80 87 88

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Zur Diagnose

Demenz: ja nein
 Wenn ja, Alzheimersche Erkrankung? ja nein
 Sucht: _____
 Sonstige psych. Störungen: _____
 Depression: ja nein
 Schwere der Haupterkrankung: leicht mittel schwer

Krankheitseinsicht: ja nein
 Leitsymptom:
 Orientierungsstörungen:
 zur Person zeitlich räumlich situativ
 Sprachstörungen
 Antriebsminderung
 Antriebssteigerung

Verhaltensauffälligkeiten

Psychische Reaktionen auf Streß bzw. Fremde Situationen / Menschen

aggressive Tendenzen bei _____
 Rückzugstendenzen bei _____
 Angstzustände bei _____
 Eigengefährdung durch _____

Besondere Verhaltensweisen / Zusätzliche Risiken

suizidgefährdet
 Unruhe Herumirren
 Weglauftendenz Sturzgefahr
 Wahnvorstellungen sucht körperlichen Kontakt
 Sonstige: _____

Zum Pflegestatus

Kommunikations- u. Kontaktverhalten

verbal eher nonverbal
 Fassadenkommunikation
 eher kontaktfreudig eher ablehnend
 Konzentrationsschwäche
 kooperationsunfähig entscheidungsunfähig
 Besonderheiten: _____

Eß- und Trinkgewohnheiten

ißt gern auch zwischendurch
 bevorzugte Nahrung: _____
 ißt selbständig vorbereitete Speisen
 nach Aufforderung Nahrung anreichen
 Tempo des Essens:
 sehr langsam langsam schnell
 Besteckbenutzung:
 ohne Messer nur Löffel Finger
 trinkt nicht ausreichend nach Aufforderung
 anreichen
 bevorzugte Getränke: _____
 Besonderheiten: _____

Schlafen

Einschlafstörung Durchschlafstörung
 Tag-/Nachtumkehr
 Besonderheiten / Rituale, soweit nicht Seite 1:

Körperpflege

Hilfestellung bei: _____
 selbständig verweigert sich
 Besonderheiten / Rituale: _____

An- und Auskleiden

selbständig
 nach mehrmaliger Aufforderung
 mit Hilfe bei (Kleidungsstücke): _____
 verweigert sich beim Ankleiden Auskleiden
 Besonderheiten / Rituale: _____

Einbeziehung der Angehörigen

Name / Telefon der Bezugsperson: _____

Unterstützung durch Angehörige bei:

Besondere lebensgeschichtliche Ereignisse / Lebensthemen zum Kommunikationseinstieg

Lieblingsbeschäftigung / Hobby

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung liegt vor!

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Geesthacht, den 26.10.2006

Tina Eckermann