UNI – WH.DE/

Witten, den 31.07.2015

Abschlussbericht zum Projekt

Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim

Förderkennzeichen beim Projektträger Forschungszentrum Jülich (ETN): 005-GW03-138Z

Forschungsprojekt im Rahmen des vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung NRW Ziel 2 Programm 2007 – 2013 (EFRE)

Zeitraum 01.04.2013 – 31.07.2015

Förderer:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung
NRW Ziel 2 Programm 2007 – 2013 (EFRE)

Auftragnehmer:
Department für Pflegewissenschaft
Fakultät für Gesundheit
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Projektleitung:
Prof. Christel Bienstein
Fakultät für Gesundheit
Department für Pflegewissenschaft
Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko
Fakultät für Wirtschaftswissenschaft
Walcker Stiftungsprofessur für
Management und Innovation im Gesundheitswesen

Projektmitwirkende:
Dipl.-Math. Rudolf Otto Bönsch
Nino Chikhradze (MScN)
Almut Hartenstein-Pinter (MScN)
Gergana Ivanova (BA)
Britta Koch (wiss. HK)
Cäcilia Krüger (MScN
Stephan Nadolny (BA)
Dipl.-Kfm. Claus Zippel
Kerstin Runge (BScN)

Kontakt:
Prof. Christel Bienstein
Universität Witten/Herdecke gGmbH
Fakultät für Gesundheit
Department für Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 12
58353 Witten
Tel.: +49.2302.926356
Fax: +49.2302.926318
E-Mail: Christel.Bienstein@uni-wh.de

Bienstein, C; Bohnet-Joschko, S. (2015): Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim. Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsvorhaben, gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung 5

Zusammenfassung 6

Teil I Zielsetzung und formaler Rahmen 7

1. Problemstellung und Forschungsziele 7

2. Forschungsfragen 9

3. Projektlaufzeit 10

4. Mitwirkende / Gremien 10

4.1 Kooperierende Einrichtungen 10

4.2 Beirat 12

Teil II Pflegewissenschaftliche Forschung 14

5. Methodisches Vorgehen 14

5.1 Relevante Literatur 15

5.1.1 Methodik der Literaturrecherche 15

5.1.2 Ergebnisse der Literaturrecherche 15

5.2 Austausch mit anderen Forschungsprojekten 17

5.3 Quantitative Datenerhebung und Auswertung 20

5.4 Qualitative Datenerhebung und Auswertung 21

5.4.1 Fokusgruppensitzungen 21

5.4.2 Experteninterviews 27

5.5 Interventionen 27

5.6 Evaluation 28

6. Ergebnisse 29

6.1 Quantitative Daten 29

6.2 Qualitative Daten 37

6.2.1 Fokusgruppeninterviews in den Einrichtungen 37

6.2.2 Experteninterviews 47

6.2.3 Abschließende Fokusgruppeninterviews 53

7. Erkenntnisse aus der Datenanalyse - Kernkonzept 56

8. Interventionen 60

8.1 Einrichtungsübergreifende Treffen 60

8.2 Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der kooperierenden Einrichtungen 62

9. Diskussion 65

10. Empfehlungen 76

11. Limitationen 81

Teil III: Ökonomische Begleitforschung 82
12. Gesundheitsökonomische Perspektiven 82
12.1 Einführung und Auswahl einer Beispielindikation 82
12.2 Sekundärdatenanalyse zur Relevanz aus Sicht der Kostenträger 85
12.3 Vergleichenden Analyse von Versorgungsszenarien 88
12.4 Diskussion 98
Teil IV Wissenstransfer, Fazit und Ausblick 99
13. Abschlusstagung 99
14. Wissenstransfer 99
15. Zusammenfassung und Blick nach vorn 100
15.1 Pflegewissenschaftliche Perspektive 100
15.2 Ökonomische Perspektive 102
16. Literaturverzeichnis 103
17. Anhang 107

Danksagung

Das Projekt IVA konnte nur mit Unterstützung und Mitarbeit zahlreicher Personen durchgeführt werden.

Ein besonderer Dank richtet sich an die vier im Projekt eingebundenen Praxiseinrichtungen, die mit hohem Engagement und einer gewissen Hartnäckigkeit den Projektverlauf unmittelbar mit beeinflusst haben. Neben den Anforderungen des Praxisalltags sammelten Rater Daten in den Dokumentationen, machten sich Leitungen Gedanken zur Umsetzung von Projektideen und setzten Pflegefachkräfte ihr Wissen im Pflegealltag zum Wohle ihrer Bewohner und Bewohnerinnen ein. Alle Beteiligten standen für Interviews zur Verfügung und gaben Einblicke in das Geschehen von Krankenhausweinweisungen. Nur mit dieser Bereitschaft zur Offenheit war es möglich, das Interventionsmodell zu entwickeln. Dieser Dank richtet sich ebenfalls an die Gesprächspartner, die sich die Zeit nahmen, ihre Erfahrungen und ihr Wissen für das Projekt mitzuteilen.

Der weitere Dank gilt dem Projektbeirat, der im gesamten Verlauf dem Forschungsteam mit Rat und Tat zur Seite stand. Sowohl methodische Hinweise als auch fachspezifisches Hintergrundwissen führten zu Anpassungen im Procedere. Die Diskussionen bei den Beiratstreffen waren außerordentlich bereichernd und dienten dem Projekt zur Reflexion und jeweiligen Steuerung. Der persönliche Einsatz aller Mitglieder hat das Projekt mit verwirklicht.

Dem Forschungsträger ETZ Jülich, sei ein besonderer Dank ausgesprochen, vor allem für das Entgegenkommen während des gesamten Projektverlaufs. Eine feste Ansprechpartnerin begleitete das Projekt flexibel und mit Augenmaß, und achtete auf alle formal notwendigen Schritte. Dies gilt auch für die zuständige Person an der Universität Witten/ Herdecke, die für die Abrechnungsmodalitäten und die Vermittlung zwischen Forschungsträger und Projektverantwortlichen tätig war.

Ein herzlicher Dank gilt den Verantwortlichen der Projekte aus Heidelberg und Kärnten, die im Rahmen eines persönlichen Fachaustauschs relevante Informationen und Hinweise mit dem Forschungsteam teilten und damit auch zur Erweiterung der Perspektiven national und länderübergreifend beitrugen.

Den Referenten und Referentinnen der Schulungen mit den Pflegefachpersonen gilt ein großer Dank. Mit ihrem Fachwissen trugen sie maßgeblich zur Steigerung der Fachkompetenz der Pflegefachkräfte bei, die damit unmittelbar Einfluss auf die direkte Pflege nehmen konnten.

Das Forschungsteam bedankt sich bei allen Beteiligten für die wertvolle Zusammenarbeit!

Zusammenfassung

Das Projekt IVA zielte darauf ab, Krankenhauseinweisungen der Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen zu vermeiden oder zu reduzieren. Dem Projekt IVA lag die Annahme zugrunde, dass ein Krankenhausaufenthalt ein umfängliches Risiko für die hochaltrigen Menschen bedeutet, die zudem oftmals neben der akuten Erkrankung an dementiellen Prozessen leiden. Die meisten Krankenhäuser sind auf die Versorgung von Menschen mit Demenz nicht ausreichend vorbereitet. Das Projekt IVA sollte dazu beitragen, Lösungsstrategien zu entwickeln und in den beteiligten Alteneinrichtungen zu erproben, um Krankenhauseinweisungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Die Versorgung sollte auch bei akuten Erkrankungen möglichst in der Einrichtung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgen. In vier Alteneinrichtungen in Nordrhein-Westfalen wurden die Einweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen in Krankenhäuser innerhalb von zwei Jahren als Ausgangsgröße erfasst. Am Ende der Projektlaufzeit fand erneut eine Erhebung der Krankenhauseinweisungen statt um die Anzahl mit den Ausgangsdaten zu vergleichen. Neben der Häufigkeit wurden u.a. der Einweisungsgrund, die Aufenthaltsdauer und auch der Zustand der Bewohnerin/ des Bewohners nach Rückkehr in die eigene Alteneinrichtung gezielt ermittelt. Ergänzend zu den personenbezogenen Daten konnten die erhobenen strukturellen und prozessbezogenen Daten der gesundheitlichen Versorgung in den jeweiligen Einrichtungen mit den personenbezogenen Daten in Beziehung gesetzt werden. Das Projekt IVA umfasste außerdem die Erhebung ökonomischer Daten (Kosten der Krankenhausbehandlung, Kosten der jeweiligen Projektlösungen, zu erwartende langfristige Auswirkungen).

Ein weiterer Fokus richtete sich dabei auf einen Vergleich der Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen, u.a. auch zwischen Frauen und Männern. Auf der Grundlage der gesicherten Daten und einer Literaturrecherche, welche besonders Lösungsmöglichkeiten im europäischen Ausland berücksichtigte, wurden mit den Alteneinrichtungen gemeinsam Strategien zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen entwickelt. Diese variierten von Einrichtung zu Einrichtung aufgrund der jeweils ermittelten Daten und vorhandenen Bedingungen. Beteiligte Akteure wie Haus- und Fachärzte und -ärztinnen, Krankenhäuser, Betreuerinnen und Betreuer etc. wurden in die Erarbeitung von nachhaltig angelegten Lösungen einbezogen. Die Entwicklung und Erprobung der gewählten Strategien wurde durch eine dichte Begleitung und regelmäßige Erhebung der Entwicklung der Projekte begleitet.

Teil I Zielsetzung und formaler Rahmen

1. Problemstellung und Forschungsziele

Altenheimbewohnerinnen und -bewohner sind häufig multimorbid und ihr Gesundheitszustand zeigt sich oftmals instabil: Akute und chronische Krankheitsphasen treten im Wechsel in kaum vorhersehbaren Zeitintervallen auf. Dabei handelt es sich zunehmend um Menschen mit dementiellen Prozessen. Unter anderem treten akute Krankheitsschübe oder Stürze in Zeiten auf, in denen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht oder nur schwer erreichbar sind (Ramroth et al., 2005, 2006). Die Erhebungen zeigen, dass eine erhebliche Anzahl von Bewohnern und Bewohnerinnen von solchen ungeplanten Krankenhauseinweisungen betroffen ist. Das vorliegende Projekt zielt darauf ab, die Ursachen von Krankenhauseinweisungen akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen – und -bewohnern zu erfassen und Versorgungsprozesse zu entwickeln, um Einweisungen deutlich zu reduzieren.

Ein Krankenhausaufenthalt ist für die Betroffenen gekennzeichnet durch verschiedene negative Aspekte und Risiken: Sie müssen für einige Zeit das gewohnte „Zuhause“ (die Alteneinrichtung) verlassen. Vor allem für Menschen mit Demenz bedeutet diese räumliche Veränderung einen erheblichen Stressfaktor, der durch innovative Versorgungskonzepte vermieden werden könnte (Bridges, 2010). Internationale Studien zeigen zudem, dass Menschen mit Demenz bei bestimmten Diagnosen häufiger versterben, wenn sie im Krankenhaus behandelt werden, als wenn dies in der Alteneinrichtung oder zu Hause erfolgt. Insgesamt ist das System Krankenhaus bisher, vor allem von seiner personell-strukturellen Organisation her, nicht auf Menschen mit erhöhten Betreuungsbedarfen, wie es bei Menschen mit Demenz der Fall ist, ausgerichtet. Die Population in deutschen Altenheimen allerdings, besteht zu zwei Drittel aus Menschen mit Demenz (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2014). Schütz und Füsgen (2012) weisen darauf hin, dass Krankenhäuser auf die Versorgung von Menschen mit Demenz nur unzureichend vorbereitet sind. Dementielle Prozesse werden zu spät erkannt oder führen zu zusätzlichen Risiken, da die Betroffenen die Maßnahmen nicht verstehen und sich aus diesem Grund unangepasst verhalten. Dieses Verhalten wird vielfach von den versorgenden Personen nicht als solches erkannt. Freiheitsentziehende Maßnahmen (Krüger, 2010) sind oftmals die Reaktion, welche wiederum zu weiteren Gefährdungen führen.

Jeder alte Mensch hat individuelle Wünsche, pflegerische und medizinische Bedarfe und Besonderheiten, die in der alltäglichen Versorgung eine wichtige Rolle spielen. Durch den Ortswechsel in die Klinik gehen die vertrauten Bezugspersonen (Pflegende), die diese Besonderheiten und Gewohnheiten kennen, verloren. Informationsverluste können auch durch eine schriftliche Pflegeüberleitung nicht ausreichend aufgefangen werden. Selbst medizinisch notwendige Informationen, z.B. zu Allergien/ Unverträglichkeiten können verloren gehen. Dies wird besonders dann prekär, wenn ein Mensch mit Demenz diese Informationen selbst nicht mehr geben kann. Kitwood (2008) fordert in diesem Fall einen personenzentrierten Ansatz, der voraussetzt, dass Kenntnisse über den zu versorgenden Menschen und zeitliche Ressourcen vorhanden sind. An beiden Elementen mangelt es im jetzigen Krankenhausbetrieb.

Zudem zeichnet sich ab, dass Menschen mit Behinderungen, die häufig ebenfalls in Alteneinrichtungen leben, nicht passgenau in Krankenhäusern versorgt werden können (Roser et al., 2011). Die Rationierung des Pflegedienstes im Krankenhaus in den letzten Jahren hat dazu geführt,

dass vor allem für diese vulnerablen Patientengruppen Krankenhausaufenthalte zu einer erheblichen Gefahr werden können (ICN, 2006, IQWIG, 2006, Aiken et al., 2012, 2014).

Studien geben erste Hinweise, dass eine intensive pflegerische und medizinische Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner in den stationären Alteneinrichtungen dazu beitragen kann, Krankenhauseinweisungen und damit verbundene Krankenhausaufenthalte zu verhindern (Specht-Leible et al., 2003, Carter et al., 2005). Krankenhausaufenthalte sind neben den individuellen Risiken für die Menschen auch ein erheblicher Kostenfaktor für die Krankenversicherungen. Das Sondergutachten „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ (2012) zeigt auf, dass neue Versorgungsmodelle dringen erprobt werden müssen, um Risiken in der Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen zu minimieren. Hierbei bedarf es u.a. eines gezielt abgesprochenen Umgangs mit Medikamenten, besonders bezogen auf die Minimierung von Nebenwirkungen.

Mit dem Projekt IVA sollte ein Verbleib in der eigenen Einrichtung sichergestellt werden, welcher dazu beiträgt, dass Lebensgewohnheiten, biografische Kenntnisse weiterhin zum Tragen kommen und Bezugspersonen erhalten bleiben. Hierbei standen die gewohnte Kontinuität der Versorgung sowie gleichzeitig eine fachlich hochwertige Versorgung im Mittelpunkt.

2. Forschungsfragen

Die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Alteneinrichtungen durch Haus- und Fachärzte- und ärztinnen ist auch in Nordrhein-Westfalen nicht ausreichend sichergestellt. Innerhalb der SÄVIP-Studie (Hallauer et al., 2005) wurden unzureichende Versorgungssituationen ermittelt, welche zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Bewohnerinnen und Bewohnern maßgeblich beitragen können. Im Rahmen des Projektes sollte daher folgenden Fragestellungen nachgegangen werden:

- Welche Gründe können für Einweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Altenheim in ein Krankenhaus identifiziert werden?
- Welche dieser Gründe sind potentiell vermeidbar?
- Welche Unterstützungsmodelle können eine Krankenhauseinweisung von akut erkrankten Altenheimbewohnern und Altenheimbewohnerinnen reduzieren?
- Welche Interventionen sind zur Reduktion einer Krankenhauseinweisung erforderlich?
- Wie verändert sich die Kostensituation unter der Anwendung neuer innovativer Konzepte?
- Wie kann die Nachhaltigkeit erfolgreich evaluierter Maßnahmen sichergestellt werden?
- Welche Empfehlungen können für andere Altenheime ausgesprochen werden?
- Auf welche Hemmnisse muss hingewiesen werden?

Durch die empirisch gewonnenen Erkenntnisse, sollen mögliche Interventionen zur Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisung identifiziert und daraufhin neue Versorgungsmöglichkeiten modellhaft implementiert und evaluiert werden.

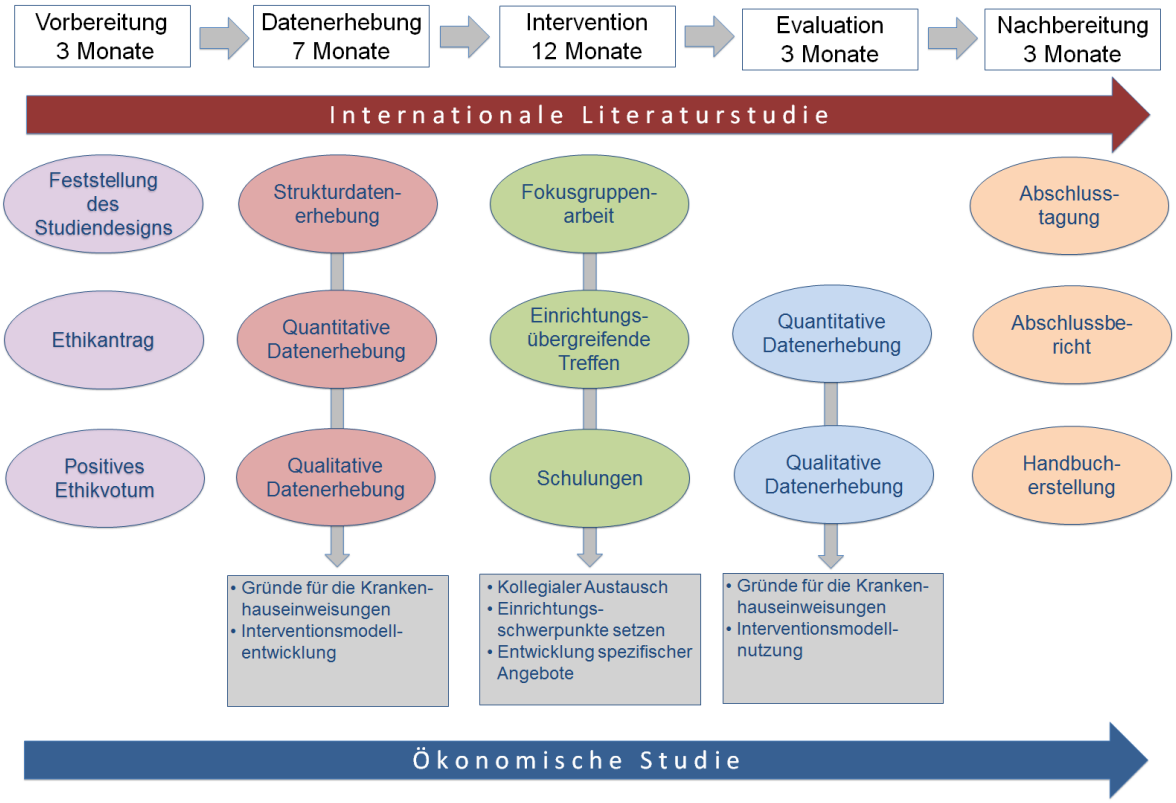
Die Fragestellungen wurden über den gesamten Projektverlauf systematisch bearbeitet. Ein zentrales Ergebnis zeigte die Entwicklung eines sechsteiligen Interventionsmodells und die Bearbeitung von Basiskompetenzen: Fallbesprechungen, Einbindung von Betreuern und Betreuerinnen z.B. durch Patientenverfügungen/ Vorsorgevollmachten, Schulungen in somatischen Krankheitsverläufen, Kooperation zwischen Altenheim und Krankenhaus. Darüber hinaus wählten die Einrichtungen die Themen aus, welche für ihre spezifische Versorgungsituation zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner führen könnten.

Eine Einrichtung konnte nicht bis zum Ende des Projektes gleichbleibend eingebunden werden, da dort interne Strukturveränderungen stattfanden.

3. Projektlaufzeit

Das Projekt umfasst den Zeitraum vom 01.04.2013 bis 31.07.2015. Neben den kooperierenden Einrichtungen waren die Lehrstuhlinhaberin der Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke, sowie ein Beirat über den gesamten Zeitraum eingebunden.

Abbildung 1: Projektverlauf.



4. Mitwirkende / Gremien

In diesem Abschnitt finden sich wesentliche Informationen zu den beteiligten Einrichtungen und eine Vorstellung des Beirats, der das Projekt begleitete.

4.1 Kooperierende Einrichtungen

Von den vier beteiligten stationären Alteneinrichtungen in Nordrhein-Westfalen wurden drei unter gemeinnütziger und eine unter privater Trägerschaft geführt (Tabelle 1). Die Größe der Einrichtungen war unterschiedlich. Eine Einrichtung versorgte ausschließlich Menschen mit dementiellen Erkrankungen in Form eines „Beschützten Wohnens“, die anderen wiesen ein Bewohnerklientel mit mindestens 50% Menschen mit dementiellen Veränderungen auf. Alle Häuser bestanden bereits seit mehr als 12 Jahren. Bei der Auswahl der Einrichtungen, wurde auf städtische und ländliche Verteilung geachtet.

Tabelle 1: Allgemeine Angaben zu den kooperierenden Einrichtungen.

Einrichtung	Träger	Lage	Anzahl der Wohnplätze
I	Stiftung	Ländlich	88
II	Freigemeinnützig	Städtisch	111
III	Privat	Städtisch	144
IV	Freigemeinnützig	Städtisch	40
Gesamt			**384**

Über den gesamten Projektverlauf nahmen drei Einrichtungen kontinuierlich an dem Projekt IVA teil. Einrichtung IV konnte sich aufgrund häufiger Leitungswechsel innerhalb der Geschäftsführung nur im ersten Jahr beteiligen. Damit konzentriert sich der Abschlussbericht auf die verbliebenen drei Einrichtungen mit insgesamt 344 Bewohnerplätzen.

Jede Einrichtung benannte feste Projektbeauftragte, die als Ansprechpersonen für das Forschungsteam dienten. Bei ihrer Auswahl wurde auf die Beteiligung von Frauen und Männern geachtet. Die drei Einrichtungen wiesen ein unterschiedliches Bewohnerklientel und verschiedene Versorgungsstrukturen auf (Tabelle 2).

Tabelle 2: Bewohnerklientel und Versorgungsstrukturen 2011 – 2014.

Kriterium	Einrichtung I	Einrichtung II	Einrichtung III
Durchschnittliche Belegungszahl	80 -84	110 – 111	124 - 131
Personen >86 Jahre (%)	28,0 – 40,0	36,0 – 41,0	42,0 – 61,5
Männl. Personen (%)	32,0 – 43,0	25,0 – 29,0	33,0 – 50,0
Austritte (%)	34,0 – 73,0	32,0 – 46,5	32,0 – 80,0
Pflegestufen (%)			
Stufe I	30,0 – 34,0	25,0 – 28,0	51,5 – 52,0
Stufe II	45,0 – 55,0	41,0 – 57,5	33,0 – 38,0
Stufe III	15,0 – 22,0	13,0 – 33,0	8,0 – 11,0
Personelle Ausstattung als Vollzeit Äquivalent			
Pflegefachperson	28,5 – 30,0	27,0	23,0
Pflegehilfsperson	11,0 – 15,0	23,0	21,0 -39,5
Pflegefachperson mit Zusatzqualifikation	9,0 – 14,5 (16 P.)	9,0 (1 P.)	3,0 – 5,0 (5 P.)
Zeitarbeitende	Nicht vorhanden	Vorhanden	Vorhanden

Neben den unterschiedlichen personellen Ressourcen durch Pflegende über den Tag, konnte eine deutliche Unterscheidung in der nächtlichen Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen erfasst werden. Weiterhin unterschieden sich die Einrichtungen auch anhand des Vorliegens von Patientenverfügungen und/ oder Vorsorgevollmachten.

Tabelle 3: Personelle Nachtbesetzung; Patientenverfügungen und/oder Vorsorgevollmachten.

	2011	2012	2013	2014
Einrichtung I (88 Wohnplätze)				
Nachtbesetzung: PFP + HGD	1 : 54 + HGD	1 : 54 + HGD	1 : 54 + HGD	1: 44 + HGD
Vorsorgevollmacht	78	70	78	66
Patientenverfügung	48	43	48	42
Einrichtung II (111 Wohnplätze)				
Nachtbesetzung: PFP + PH	1 :135 + 1 - 2 PH	1 :135 +1 – 2 PH	1 : 56 + 1 PH	1 : 56 + 1 PH
Vorsorgevollmacht	32	35	41	60
Patientenverfügung	21	24	24	36
Einrichtung III (144 Wohnplätze)				
Nachtbesetzung : PFP + PH	1 :130 + 2 PH	1 :86 + 1 PH	1 :135 +1-2 PH	1 : 66 + 1 PH
Vorsorgevollmacht	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	9
Patientenverfügung	Nicht erfasst	Nicht erfasst	Nicht erfasst	16

Legende: HGD = Hintergrunddienst, PFP = Pflegefachperson, PH = Pflegehilfsperson

Menschen mit Behinderungen befanden sich in allen Einrichtungen, dieses traf besonders auf ca. 34 Personen zu, die sich im Alter zwischen 18 und 65 Jahren bewegten. Eine Einrichtung berichtete vor Projektbeginn, dass sie ebenfalls Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer Einrichtung pflegen. In den weiteren Einrichtungen lebten keine Menschen mit Migrationshintergrund.

Die zuvor in Aussicht gestellte Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund konnte während des Projektes nicht eingelöst werden. Obwohl eine Einrichtung sich in einem regionalen Gebiet befand, in dem viele Menschen mit Migrationshintergrund leben.

Dabei liegt der Anteil der ausländischen Bevölkerung in NRW mit 117,9 Personen pro 1000 Einwohner im oberen Drittel aller Bundesländer (Destatis, 2014). Die Spannweite liegt zwischen 149,4 (Hamburg) und 26,0 pro 1000 Einwohner (Thüringen). Die Berichterstattung des Bundes kommt 2008 bezogen auf Gesundheit und Migration (Robert Koch Institut, 2008) zu dem Schluss, dass insbesondere ältere Personen mit Migrationshintergrund oftmals wenig über die vielfältigen Möglichkeiten der Altenpflege informiert sind. Ursachen sehen die Autoren in möglichen Sprachproblemen, schlechten Erfahrungen gegenüber deutschen Institutionen sowie das Vertrauen auf die Hilfe der Kinder und die Versorgung in ihrer eigenen Familie.

4.2 Beirat

Bei der Auswahl der Beiratsmitglieder wurde auf eine Vertretung der beteiligten Berufsgruppen ebenso geachtet, wie auf eine Vertretung von männlichen und weiblichen Beiratsmitgliedern. Dabei war es wichtig, Personen zu gewinnen, die in ihrem täglichen Arbeitsfeld mit Fragestellungen der Versorgung akut erkrankter alter Menschen beschäftigt sind und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Alteneinrichtung aus ihrer eigenen Erfahrung kennen. Alle angefragten Beiratsmitglieder hatten ihre Mitarbeit zugesagt und nahmen an den fünf Sitzungen während des Projektes IVA fast vollzählig teil. Gewonnen werden konnten folgende Beiratsmitglieder:

- **Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner**, Universität Witten/Herdecke; Department für Humanmedizin, Lehrstuhl für Geriatrie, Klinik Schwelm wurde als Vertreter der Geriatrie berufen, der besonders die Zusammenarbeit zwischen Alteneinrichtungen und Krankenhaus beurteilen konnte.
- **Herrn Waldemar Radtke** Geschäftsführer der AOK Rheinland/Hamburg, Saarland konnte für die Begleitung im Beirat gewonnen werden. Ohne seine profunde Einschätzung der Kostenträger wären wichtige Aspekte nicht ausreichend berücksichtigt worden.
- **Prof. Dr. Andreas Sönnichsen**, Universität Witten/Herdecke; Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin brachte zentrale Aspekte der Hausärzte und Hausärztinnen in das Projekt ein.
- **Frau Carola Stenzel,** Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe wurde für ihre Kenntnisse über die Zusammenarbeit von Alteneinrichtungen mit den beteiligten Akteuren hinzugezogen.
- **Frau Heike Ulrich**, DVSG-Bundesgeschäftsstelle, stellvertretende Vorsitzende des DVSG verstärkte den Beirat mit ihrer Kompetenz als Sozialarbeiterin bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Alteneinrichtungen. Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen nehmen eine bedeutsame Stellung ein, um zwischen den Kliniken und Altenheimen zu vermitteln und die Kommunikation aufzubauen.
- **Frau Dr. Birgit Weihrauch**, Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. war besonders hilfreich bei Fragestellungen der palliativen Versorgung von Menschen, sei es im Altenheim oder in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten/ Ärztinnen und den Krankenhäusern.

Gast an den Beiratssitzungen

An den Beiratssitzungen nahm als Vertreterin des Forschungszentrums Jülich GmbH, Projektträger ETN Frau Isabell Backes als Gast teil.

Die Aufgabe des Beirates bestand darin, die einzelnen Projektschritte kritisch zur Kenntnis zu nehmen und Anregungen für das weitere Vorgehen zu geben. Dieses wurde in allen Beiratssitzungen erfolgreich erreicht. Die Hinweise der Beiratsmitglieder waren für die weiteren Projektbausteine von relevanter Bedeutung, denn sie trugen dazu bei, dass Instrumente gezielter gestaltet und Empfehlungen für weitere Interviews aufgegriffen wurden, Ideen zur fortlaufenden Datenerhebung ausgesprochen und auf wichtige Aspekte der Ermittlung der Kostenfaktoren hingewiesen werden konnte.

Alle Beiratssitzungen wurden protokolliert und die Protokolle den Beiratsmitgliedern, sowie der Vertreterin von Jülich zugesandt.

Teil II Pflegewissenschaftliche Forschung

5. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen (Kapitel 2) war es notwendig Anzahl und Gründe der Krankenhauseinweisungen zu eruieren und typische Verläufe des Pflegealltags in der jeweiligen Alteneinrichtung zu rekonstruieren. Dafür wurde ein „Mixed Method“ Design angewandt, um 1) quantitative Daten der Krankenhauseinweisungen und deren Gründe zu erheben und 2) qualitative Daten anhand Leitfaden gestützter Fokusgruppeninterviews durchzuführen, mit denen subjektive Einschätzungen und Erfahrungen, der an der Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen beteiligten Gesundheitsberufe darzustellen.

Erkenntnisse aus der internationalen Literatur trugen dazu bei, das Erhebungsinstrument für die quantitative Datenerhebung sowie Leitfragen für die qualitative Datenerhebung zu entwickeln. Erfasst wurden ebenso Versorgungsprojekte mit ähnlicher Zielsetzung.

Parallel zur Literaturrecherche wurde ein Ethikantrag erstellt, da Bewohner und Bewohnerinnen von Altenheimen eine vulnerable Gruppe darstellen. Sie können oftmals keine Aussagen zu sich selbst treffen, daher war es im Projekt notwendig, Einblicke in deren Pflegedokumentationen und Patientenakten nehmen zu können. Der Ethikantrag wurde von der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke positiv beschieden (Anhang 1).

Die Datenerhebung erfolgte in den vier teilnehmenden Altenpflegeeinrichtungen und fokussierte zu Beginn die Strukturdaten (z.B. der Bewohnerinnen und Bewohner nach Alter und Pflegestufe, Pflegepersonal und deren Qualifikation, Formen der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern). Für die Jahre 2011 und 2012 wurden retrospektiv quantitative Daten zu Übersicht der ins Krankenhaus eingewiesenen Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben. Hierzu wurde ein Erfassungsinstrument „Krankenhauseinweisungsbogen“ (Anhang 2) erarbeitet, um pseudonymisierte Daten der Bewohnerinnen und Bewohner zu erfassen. Dieses Instrument beinhaltet u.a. folgende Items: Demographische Daten, Gesundheitsmerkmale, Gründe und Art der Krankenhauseinweisung, Wille der Bewohnerinnen und Bewohner, Aufenthalt im Krankenhaus, Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen. Die Datenerhebung wurde von speziell geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Ratern) der jeweiligen kooperierenden Einrichtung durchgeführt. Nach Erhalt der Einverständniserklärungen der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgte eine Überprüfung von 10% der erhobenen Daten durch das Forschungsteam, um die Qualität der Erhebung zu sichern.

Die qualitativen Daten wurden anhand von leitfadengestützten (Anhang 3) Fokusgruppeninterviews durch das Forschungsteam erfasst. Die Fokusgruppeninterviews ermöglichten, Meinungen, Erfahrungen und Einstellungen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der einzelnen Einrichtungen im Hinblick auf Krankenhauseinweisungen zu erhalten. Sie dienten auch der Erfassung einrichtungsspezifischer Prozesse in Bezug auf Krankenhauseinweisungen.

Nach der Analyse der quantitativen und qualitativen Daten mit dem Fokus auf Indikationen und Prozessen, wurden in der Folge typische Verläufe des Pflegealltags in der jeweiligen Alteneinrichtung identifiziert, eruiert und eine Grundlage innovativer Empfehlungen spezifisch für die Einrichtungen entwickelt. Diese Empfehlungen wurden in Absprache mit den Einrichtungen priorisiert, begleitend implementiert und anschließend mit den bereits genutzten Erhebungsmethoden evaluiert.

5.1 Relevante Literatur

Die internationale Literaturrecherche stand in der Anfangsphase des Projekts im Vordergrund und wurde während des Projektverlaufs fortgesetzt. Die Ergebnisse flossen kontinuierlich in den Prozess ein.

5.1.1 Methodik der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINHAL erstreckt sich über den Zeitraum 2000 - 2014. Mit den Schlagworten und Suchbegriffen "residential facilities", "nursing home*", "hospitalization", "hospital admission", "emergency medical services", "preventable", "avoidable", "inappropriate" und "potential burden" wurde nach deutsch- oder englischsprachigen Publikationen gesucht. Eingeschlossen wurden Publikationen, die Charakteristika, Ursachen und beeinflussende Faktoren potentiell vermeidbarer Krankenhauseinweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenheimen in dem Mittelpunkt stellten. Lag der Fokus auf einer einzelnen Erkrankung galt dies als Ausschlusskriterium. Zusätzlich wurde in den Referenzlisten nach weiteren relevanten Publikationen gesucht. Die Literaturrecherche bezieht sich entsprechend auf folgende projektrelevante Bereiche: a) Charakteristika, Ursachen und beeinflussende Faktoren im Rahmen der Hospitalisierung von Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern, b) vermeidbare Krankenhauseinweisungen und c) Implikationen für die Praxis.

5.1.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Insgesamt konnten 15 Studien und eine Übersichtsarbeit identifiziert werden. Der Gesamtüberblick der eingeschlossenen Publikationen befindet sich im Anhang 4.

a) Charakteristika, Ursachen und beeinflussende Faktoren im Rahmen der Hospitalisierung von Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern

Die soziodemographischen Daten Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand sowie den Zeitraum der Pflegeheimversorgung sehen Grabowski et al. (2008) als beeinflussende Faktoren bei Krankenhaus-einweisungen. Männliche Personen sind demnach häufiger betroffen und ältere werden häufiger eingewiesen als jüngere. Bewohnerinnen und Bewohner mit einem schlechteren Gesundheitszustand tragen ein höheres Risiko für eine Krankenhauseinweisung. Ein weiteres erhöhtes Risiko zeigt sich auch in der anfänglichen Phase nach Einzug in ein Altenheim. Der erste Monat wird bei Ramroth et al. (2005) als der risikoreichste angegeben.

Mit dem Sammelbegriff „Ambulatory care-sensitive hospitalizations (ACH)“ werden in amerikanischen Publikationen Konditionen bezeichnet, die zu potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen führen. Dazu zählen Symptome, die mit geringem Pflegeaufwand auch außerhalb eines Krankenhauses behandelt werden könnten oder solche, die nur eine ambulante Versorgung erfordern würden. Becker et al. (2010) zeigen, dass 20% der Bewohner und Bewohnerinnen im Alter über 65 Jahre von ACHs betroffen sind. Eine Demenzerkrankung und Komorbiditäten gelten als weitere Risikofaktoren.

Die Diagnosen im Zusammenhang mit einer Krankenhausweisung sind vielfältig. Finucane et al. (2000) benennen neben muskulär-sekelettalen Problemen Hüftfrakturen, sowie kardiovaskuläre und gastrointestinale Indikationen. Saliba et al. (2000) identifizieren zusätzlich pflegerisch wahrgenommene Symptome wie Atemnot, Verhaltensänderungen, Schmerzen und auffällige

Laborbefunde als weitere Gründe für die Hospitalisierung. Bowmann et al. (2001) betonen, dass 47,0% der Betroffenen aufgrund von Infektionen und Herzerkrankungen eingewiesen werden. Dabei betreffen die Infektionen hauptsächlich die Harn- und Atemwege. In der Untersuchung von Godden & Pollock (2001) zeigt sich, dass von den Verletzungen ca. 2/3 als Oberschenkelhalsfrakturen diagnostiziert werden und Ramroth et al. (2005) identifizieren Vergiftungen (14,4%) als mögliche Ursache für Krankenhauseinweisungen.

b) Vermeidbare Krankenhauseinweisungen

In der Studie von Finn et al. (2006) zeigte sich, dass 48,1% der untersuchten Personen nicht länger als sechs Stunden und 75,0% nicht länger als 24 Stunden vor der Krankenhauseinweisung über Symptome klagten. Bei 25,0% der eingewiesenen Bewohner oder Bewohnerinnen in der Notaufnahme war vorab durch einen niedergelassenen Arzt eine Visite erfolgt und in 39,0% lag eine medizinische oder pflegerische Überleitung aus dem Pflegeheim vor. In der Untersuchung von Codde et al. (2010) konnten 45,0% der untersuchten Personen ohne stationäre Aufnahme wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Spector et al. (2013) halten 53,0% der Einweisungen für vermeidbar, insbesondere wenn es sich um Infektionen, Verletzungen und Herzkrankheiten handelt. Gruneir et al. (2010) benennen Pneumonien (30,1%), Infektionen im Urogenitalbereich (20,3%), Herzinsuffizienz (15,9%), COPD (10,1%) und Dehydration (7,5%). Dies wird auch in der Untersuchung von Ouslander et al. (2010) bestätigt.

Als weitere Risikofaktoren werden von Ouslander et al. (2010) Nierenerkrankungen und eine Vielzahl an Medikamente (Polypragmasie) identifiziert. Die Pflegequalität hat nach Ansicht der Autoren ebenfalls Auswirkungen auf vermeidbare Krankenhauseinweisungen. Sowohl der Umgang mit Risikofaktoren als auch die Pflegeheimstruktur sollten beachtet werden.

c) Implikationen für die Praxis

In der Literatur werden zahlreiche Empfehlungen zur Vermeidbarkeit von Krankenhauseinweisungen und zur Erhöhung der Versorgungsqualität in den Altenheimen diskutiert.

Finucane et al. (2000) kommen zu dem Schluss, dass 10,0% der Krankenhauseinweisungen durch eine intensivere ambulante Versorgung vermeidbar wären. Die Autoren setzen hierbei auf den Ausbau der ambulanten Versorgung. Dazu zählen tragende palliative Strukturen oder die Ermittlung und Dokumentation des Bewohnerwillens.

Finn et al. (2006) identifizieren die ungenügende medizinische Unterstützung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Altenheimen als eine Ursache für Krankenhauseinweisungen. Für Mediziner und Medizinerinnen sollten Anreize geschaffen werden, um die Anwesenheit in den Einrichtungen zu erhöhen. Sie betonen zudem Richtlinien für ein Notfallmanagement zu erstellen. Zur Verbesserung der Kommunikation an der Schnittstelle Krankenhaus - Altenheim dienen neben dem direkten Kontakt auch möglichst einheitliche Pflegeüberleitungsbögen. Befragte Pflegedirektoren in einer Untersuchung von Young et al (2010) sehen das Wissen der Pflegenden zu Möglichkeiten einer medizinischen Versorgung im Vorfeld sowie die Verfügbarkeit zur medizinischen Vorgeschichte, Labor und EKG der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner als wichtige Maßnahme zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen. Dies wird auch durch die Studie von Ouslander et al. (2010) unterstützt.

Regelmäßig durchgeführte Chronic Disease Management Programme sehen Bowmann et al. (2001) als empfehlenswert, da Krankenhauseinweisungen immer wieder auch als Folge chronischer Erkrankungen und deren oft vorhersehbaren Komplikationen erfolgen. Einrichtungsspezifische

Richtlinien (z.B. zu Magen-Darm-Management oder zur Anlage und Versorgung von Kathetern) werden genauso als hilfreich erachtet wie eine spezifische Pflegeplanung. Die Entscheidungsfindung von Behandlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Prognose und den individuellen Präferenzen kann durch ethische Fallbesprechungen unterstützt werden.

Die Analyse von Sturzsituationen innerhalb der Altenheime halten Gruneir et al. (2010) für empfehlenswert. Die Beteiligung von Physiotherapeuten und die Möglichkeit zur Rehabilitation sind dabei ebenso vorgesehen wie die konsequente Anwendung der Richtlinien zur Sturzprävention. Im Jahr 2013 wurde der Nationale Expertenstandard in Deutschland verabschiedet, der viele Hinweise zur Sturzprophylaxe beinhaltet (DNQP, 2013).

Eine Verbesserung der Betreuungsqualität durch Optimierung der Versorgungsstrukturen ist aus Sicht von Saliba et al. (2000) eine gute Möglichkeit zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen. Dazu trägt auch ausreichend qualifiziertes Personal bei. Grabowski et al. (2008) heben zusätzlich hervor, dass neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Krankenhaus und Altenheim auch die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige selbst gut informiert sein sollten und Strukturen und Prozesse kennen, um Alternativen zu einem Krankenhausaufenthalt einschätzen zu können.

Kada et al. (2011) betonen die Notwendigkeit Pflegenden in den Altenheimen durch Fortbildungen mehr Sicherheit zu bieten und deren Kompetenzen zu steigern. Sie empfehlen auch personelle Veränderungen beispielsweise durch Heimarzt - Modelle, Konsiliarbesuche von Fachärzten und ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im primären Versorgungssektor und ein verbessertes Schnittstellenmanagement können die Patientenoutcomes verbessern.

5.2 Austausch mit anderen Forschungsprojekten

Im Jahr 2014 fanden Treffen mit Verantwortlichen anderer Projekte statt, die sich ebenfalls mit Fragestellungen rund um die Vermeidung bzw. Reduktion von Krankenhauseinweisungen akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen/ -bewohnern beschäftigten. Sie dienten dem gegenseitigen fachlichen und methodischen Austausch.

Projekt: „GeNiAl“ - Geriatrisches Netzwerk zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im Altenpflegeheim

Mit dem Projekt GeNiAl unter Leitung von Dr. Specht-Leible konnte im Februar 2014 ein persönlicher Kontakt und Fachaustausch erfolgen. Bereits seit dem Jahr 2000 wurden im AGAPLESION Bethanien Krankenhaus Heidelberg Krankenhausbehandlungen von Altenheimbewohnerinnen/ -bewohnern in den Blick genommen. Nach einer anfänglichen Sekundärdatenanalyse durch Zugriff auf Daten der sieben größten Krankenversicherungen der Studienregion zur Häufigkeit von Einweisungen, folgte im zweiten Studienteil die Erfassung von Ursachen von Einweisungen anhand von Pflegedokumentationen und Abwesenheitstagen der Altenheime. Zudem wurden universitäre/städtische mit ländlichen Versorgungsstrukturen verglichen (Specht-Leible, 2010). Über die AOK Baden-Württemberg kamen in der Folge Modellprojekte mit unterschiedlichem Ansatz zu Stande. GeNiAl wies die Besonderheit auf, dass die Initiierung und Koordination des Projekts vom Krankenhaus (mit geriatrischer Disziplin) ausgeht. Inhaltlich befasste sich das Projekt mit fünf Arbeitsschwerpunkten, die beim Treffen vor Ort präsentiert wurden:

- Schnittstellenoptimierung: Geregelte Zusammenarbeit mit Hausärzten und Pflegeheim, standardisiertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement, intensivierte Überleitung.
- Verbesserung der Prophylaxen: Strukturiertes Geriatrisches Assessment, Vorgehen nach Leitlinien/Nationalen Expertenstandards Sturzprophylaxe und Ernährungsmanagement, Infektionsprophylaxe, "Frühwarnsystem" für alle Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung.
- Teilhabeorientierte Versorgung: Berücksichtigung der Wünsche und des Willens der Betroffenen, strukturiertes Vorgehen bei schwierigen ethischen Entscheidungsfindungen.
- Förderung einer palliativen Versorgungsplanung: Im Endstadium chronischer Erkrankungen (z. B. weit fortgeschrittene Demenzerkrankung, Parkinson) den Zeitpunkt erkennen, ab dem ein „therapeutischer" Ansatz und weitere Diagnostik keinen Nutzen mehr bringt und z.B. den Fokus auf die Behandlung belastender Symptome legen.
- Förderung von Subakutbehandlung vor Ort: Einrichtung eines "Behandlungszimmers" in der Pflegeeinrichtung, apparative Diagnostik (EKG, Sono, FEES, bladder scan, Infusionstherapie), Finanzierung.

Zahlreiche Arbeitstreffen zwischen den Projektbeteiligten (Krankenhaus, Altenheime, vereinzelt Hausärzte/-ärztinnen) bildeten neben anderen Interventionen einen wichtigen Ansatz. Ergänzt wurde der Prozess durch einen regelmäßigen Austausch zwischen Pflegeheimleitungen und Klinik, einem umfangreichen Schulungsangebot für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflegeheime, durch Fallbesprechungen und Angehörigenabende sowie durch die Entwicklung und Bereitstellung begleitender Materialien (Handbuch „PflegeheimMedizin", Demenz-Broschüre „Der Klügere gibt nach", Pflegepfade, „Frühwarnsystem").

Insgesamt konnte anhand der Einweisungszahlen zwischen 2007 und 2013 im Projekt GeNiAl eine Reduktion aufgezeigt werden. Kausale Zusammenhänge mit den Projektinhalten ließen sich nach Ansicht der Projektverantwortlichen jedoch wissenschaftlich nicht nachweisen.

Projekt: „Gut versorgt im Pflegeheim"

Mit der Verantwortlichen Prof. Kada des Projektes „Gut versorgt im Pflegeheim" in Österreich konnte im November 2014 ein persönlicher Kontakt erfolgen, der dem Fachaustausch zwischen den Projektmitarbeiterinnen aus beiden Ländern an der Fachhochschule in Feldkirchen, Kärnten, diente.
Das in Österreich durchgeführte Projekt gliederte sich in mehrere Phasen. Im ersten Schritt erfolgte eine internationale Literaturrecherche. Es wurden wissenschaftliche Publikationen und bestehende Interventionen zur Reduktion vermeidbarer Krankenhaustransporte analysiert und anhand der Ergebnisse ein geeignetes Maßnahmenpaket für kooperierende Einrichtungen entwickelt und implementiert. In diesem Projekt beteiligten sich insgesamt vier Pflegeeinrichtungen in Kärnten: zwei Interventions- und zwei Kontrollheime. Das Vorhaben beinhaltete eine qualitative Befragung und eine quantitative Datenauswertung, die Evaluation erfolgte mittels „Concurrent Mixed Methods" (Kada et al., 2014). Nach Einschätzung der Projektverantwortlichen sprechen die Ergebnisse für die Wirksamkeit der Maßnahmen bestehend aus

- „Fortbildungen für die Pflege, Patientenfallkonferenzen zur Stärkung des geriatrischen Wissens bei HausärztInnen,
- Workshops zur Förderung der Arzt-Pflege-Kooperation,
- Informationsveranstaltungen zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmacht im Sinne des Advanced Care Planning,

- sowie eines geriatrischen Konsils betreffend Polymedikation für alle im Untersuchungszeitraum stationär aufgenommenen BewohnerInnen“.

Im Vergleich zwischen den Interventionsheimen zu den Kontrollheimen zeigten sich weniger Krankenhaustransporte im Verhältnis zur Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner und weniger als vermeidbar eingeschätzte Transporte aus ärztlicher und pflegerischer Perspektive. Zusätzlich verbesserte sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Prä-Post-Vergleich (Fragebogenerhebung bei Pflegepersonal und Hausärzten und Hausärztinnen) in den Interventionsheimen, nicht aber in den Kontrollheimen (Kada et al., 2014).

„Gut versorgt im Pflegeheim?“ wies die Besonderheit auf, dass die Initiierung und Koordination des Prozesses der Einweisung ins Krankenhaus durch Geriater und Geriaterinnen gesteuert wurde. Diese fungierten innerhalb des Projektes als zentrale Ansprechpersonen für die beteiligten Akteure. Sie waren bei allen Arbeitstreffen involviert und hatten eine zentrale vermittelnde Rolle beim Informationsfluss zwischen den Hauptakteuren (Altenheim-Krankenhaus-Hausarzt, Hausärztin). Die Anregungen flossen ebenfalls in den Projektverlauf mit ein.

Fachtag: „Angehörige sind gefragt“

Beim Fachtag „Angehörige sind gefragt“ im Juni 2014 an der Hochschule Osnabrück wurden mehrere praxisrelevante, wissenschaftlich untersuchte Fragestellungen im Dialog mit Theorie und Praxis dargestellt und diskutiert. Das besondere Interesse galt dem Projekt „Integration von Angehörigen in der stationären Altenhilfe“ (IvASA) der Hochschule Osnabrück, in dem die Integration von Angehörigen in der Pflege und Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Altenhilfeeinrichtungen mit dem Fokus auf Menschen mit Demenz im Mittelpunkt stand. Das praxisbezogene Konzept auf Grundlage empirischer Untersuchung, von dem alle Beteiligten vor Ort profitieren können, wurde im Forschungsteam und im Projekt vorgestellt und diskutiert, vor allem mit dem Schwerpunkt, welchen Stellenwert die Integration von Angehörigen bei Krankenhauseinweisungen einnimmt bzw. einnehmen könnte.

Zwischenfazit

Die Literaturrecherche zeigt, dass trotz großer Variationen bezogen auf die Definition vermeidbarer Krankenhauseinweisungen und der Heterogenität in den Studiendesigns sowie der untersuchten Bewohnergruppen wiederkehrend bestimmte Diagnosen wie Verletzungen, kardiovaskuläre Erkrankungen und Infektionen benannt werden. Obwohl die Einweisungen oftmals als angemessen erachtet werden, zeigt sich dennoch, dass Reduktionen von vermeidbaren Krankenhauseinweisungen möglich sind. Die Literaturübersicht identifiziert mögliche Ansatzpunkte zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen bei Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern.

Die meisten Studien arbeiten mit standardisiert erfassten Routinedaten, die nicht für die Untersuchungen selbst erhoben worden sind. Für das Projekt war es daher wichtig, direkte Daten zu erheben, zumal Zahlen und Daten aus Deutschland kaum vorhanden sind. Auch dem Projekt GeNiAl in Heidelberg lagen zuerst sekundäre Daten zugrunde. Die im dortigen Projekt erhobenen regionalen Daten liefern zwar Hinweise, jedoch keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen Interventionen und der Reduktion von Krankenhauseinweisungen.

Zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen zählen als Interventionen Schulungen des Pflegepersonals zur Verbesserung der Versorgungsqualität: neben fachspezifischen Fortbildungen zu bestimmten Erkrankungen gehören auch Kommunikationstrainings im Umgang mit anderen

Professionen, Vorgehensweisen bei Notfallsituationen oder Strukturen und Vorgehensweisen der Palliativmedizin dazu. Neben der Forderung nach einer ausreichenden Anzahl von Pflegepersonen sind auf der Ebene der Einrichtungen auch die Etablierung fester Strukturen im Rahmen der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Bewohnern (Erfassung des Bewohnerwillens, Vorsorgevollmachten), Hausärzten und Hausärztinnen (Visiten, Bereitstellung von Untersuchungs- und Diagnosemöglichkeiten) sowie des Pflegepersonals (Unterstützung und Hilfestellung bei Entscheidungsfindungen) wichtige Aspekte.

Für die Ausrichtung des Projekts konnten richtungsgebende Hinweise und Tendenzen zusammengestellt werden, die im weiteren Verlauf der Sensibilisierung und Diskussion dienten.

Die Unterstützungsmodelle der Projekte „GeNiAl“ und „Gut versorgt im Altenheim“ transportieren nicht separiert zu implementierende Einzelinterventionen, sondern richten den Fokus auf parallel ineinandergreifende Themenbereiche und Verläufe, die in ihrer Gesamtheit zu Veränderungen führen, im vorliegenden Fall zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen. Sie sind auf Langfristigkeit/ Nachhaltigkeit angelegt und sehen unterschiedliche Maßnahmen vor. Die Themen durchdringen dabei verschiedene Ebenen und adressieren alle beteiligten Akteure. So zeichnen sich die Modelle durch Interventionsbündel aus mit dem Fokus auf:

- Interdisziplinäre Netzwerkstrukturen (Zusammenarbeit/Kooperation, Kommunikation, Koordination, Informationsfluss, Finanzierung).
- Kompetenzerweiterung für Pflege und Medizin (Fortbildung, Arbeitsmaterialien, Ablauforganisation, Diagnostik, Pharmazie).
- Kultur einer vorausschauenden Haltung (Fallbesprechungen, Verfügungen, Palliativversorgung, Rechtssituation, Einbezug Angehörige, gesetzliche Betreuungspersonen).
- Überbrückung von Sektorengrenzen (Überleitung, Notfallleitlinien, Kennenlernen, verstehende Haltung).

5.3 Quantitative Datenerhebung und Auswertung

Die quantitative Datenerhebung erfolgte mittels eines teilstandardisierten Erfassungsinstruments, dem „Krankenhauseinweisungsbogen“ (Anhang 2). Das Instrument wurde basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche entwickelt. Die Datensammlung erfolgte durch Pflegepersonen in den Einrichtungen, die im Vorfeld im Umgang mit dem Erfassungsinstrument vom Forschungsteam geschult wurden (Rater). Diese Rater erfassten jährlich einmal pro Quartal retrospektiv Daten aus der Dokumentation der in ein Krankenhaus Eingewiesenen. Ein weiterer standardisierter Bogen wurde entwickelt und verteilt, um Strukturdaten der jeweiligen Einrichtung parallel zu erfassen. Personendaten wurden direkt vor Ort durch Codenummern ersetzt.

Aus Gründen der Qualitätssicherung erfolgte eine Überprüfung von 10% der in den Einrichtungen erfassten Daten durch Mitglieder des Forschungsteams. Dazu wurden jeweils aktuelle Bewohnercodes ermittelt und von einer externen Person im Zufallsverfahren ausgewählt. Die Pflegepersonen ermittelten dann anhand der Codierung die entsprechenden Teilnehmenden. Nach deren Einwilligung auf Akteneinsicht wurden einem Mitglied der Forschungsgruppe die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt. Die erneute Einschätzung anhand des Erfassungsbogens erfolgte durch die Mitglieder des Forschungsteams. Diese Plausibilitätskontrolle zeigte ein hohes Maß an Übereinstimmungen.

5.4 Qualitative Datenerhebung und Auswertung

Anhand der qualitativen Datenerhebung konnte die Versorgungsroutine der Bewohnerinnen und Bewohner in der jeweiligen Einrichtung dargestellt werden und mit dieser Beschreibung wurden Einflussfaktoren auf die Krankenhauseinweisungen identifiziert. Als Methode für die qualitative Datenerhebung kamen Fokusgruppeninterviews zur Anwendung, um sich am Pflegealltag der jeweiligen Einrichtung zu orientieren, deren Arbeitsstruktur einzuschätzen, Zwischenergebnisse mit Aussagen der Teilnehmenden zu vergleichen und zum Schluss spezifische Annahmen auf Basis der Aussagen der Befragten zu generieren. So konnten in komplexen Handlungssituationen die Daten zur Optimierung und Entscheidungsfindung im Pflegealltag erfasst werden. Auf diese Weise kristallisierte sich heraus, welche Bedarfe die jeweiligen Einrichtungen hatten und welche Handlungen abgeleitet werden sollten, um die Qualität der Versorgung der Betroffenen sicherzustellen und die Krankenhauseinweisungen zu reduzieren.

5.4.1 Fokusgruppensitzungen

Auf Basis der bis dahin gewonnenen Erkenntnisse entschied sich das Forschungsteam einrichtungsbezogene einzelne Fokusgruppensitzungen in den Altenheimen durchzuführen.

Erste Fokusgruppensitzung

Die ersten Fokusgruppensitzungen dienten zum einen der qualitativen Datenerhebung mittels Fokusgruppeninterviews, zum anderen der Vorstellung der ermittelten quantitativen Daten und der gemeinsamen Diskussion.

Die Termine für die ersten Fokusgruppensitzungen im August-September 2013 wurden mit den Einrichtungen abgestimmt und in den jeweiligen Einrichtungen durchgeführt.

Tabelle 4: Terminübersicht der 1. Fokusgruppensitzung.

Einrichtung	Datum	Uhrzeit
I	11. September 2013	10.00 - 12.00
II	23. August 2013	14.00 - 16.00
III	10. September 2013	10.30 - 12.30
IV	11. September 2013	14.00 - 16.00

Ein besonderes Interesse im Projekt lag darin, umfassende Informationen aus den Einrichtungen direkt zu erhalten. Aus diesem Grund wurde für die ersten Fokusgruppeninterviews im Forschungsteam die methodische Entscheidung getroffen, jeweils zwei parallele Fokusgruppen in den Einrichtungen zu bilden:

- Die eine Gruppe setzte sich aus Mitgliedern solcher Berufsgruppen zusammen, die unmittelbar mit den Bewohnern und Bewohnerinnen in Kontakt stehen bzw. auf eine Krankenhauseinweisung direkten Einfluss nehmen könnten. Angedacht waren hier Bereiche wie Pflege, Medizin, Physiotherapie, Beschäftigung, Sozialarbeit etc.
- In der anderen Gruppe wurden Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus den Bereichen Leitung und Qualitätsmanagement zusammengeführt.

Beide Gruppen verfügten über unterschiedliche Erfahrungen, hatten verschiedenes Wissen und konnten jeweils Hinweise geben, die für das Projekt von Bedeutung waren. Durch die getrennte Interviewführung wurde sichergestellt, dass sich die Gruppen mit ihren unterschiedlichen Aufgabenfeldern nicht gegenseitig beeinflussen, sondern ihre jeweils eigenen Ansichten darstellen konnten.

Die Gruppengröße variierte je nach Einrichtung zwischen vier und sechs Personen. Im Fall der Leitfaden gestützten Fokusgruppenbefragung handelte es sich um Experteninterviews mit Experten, die bei der Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen miteinander kooperieren. Sie wurden vor der Durchführung des Interviews ausreichend über das Forschungsvorhaben informiert (Anhang 5) und gebeten mit einer Einverständniserklärung (Anhang 6) die Teilnahme an der Befragung schriftlich zu bestätigen. Dabei hatten sie jederzeit die Möglichkeit, sich freiwillig für oder gegen eine Teilnahme zu entscheiden.

Für die Interviews bereiteten die Einrichtungen im Vorfeld die Räumlichkeiten vor und die Interview-führung wurde im Forschungsteam vorstrukturiert. Die Teams vor Ort hatten sich unterschiedlich intensiv vorbereitet. Zwei Mitarbeiterinnen aus dem Forschungsteam waren jeweils für bestimmte Aufgaben während der Interviewdurchführung zuständig: Eine Person für die Moderation, die zweite Person für das Beobachtungsprotokoll. Es wurden Gesprächsbeginn, -ablauf und -ende mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen zusammen festgestellt. Um das Gruppeninterview zu steuern, wurden direktive, als auch non-direktive Moderationstechniken eingesetzt. Da das Festlegen eines Interviewablaufmusters bei Fokusgruppeninterviews begrenzt planbar ist und die Entwicklungen der Diskussion nicht vorhersehbar sind, wurde ein flexibler Gestaltungsansatz gewählt.

Beim ersten Kontakt wurde die Gesamtgruppe über die Hintergründe des Projektes und über die Ziele und die Vorgehensweise der Interviews informiert. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde wurden die Gruppen geteilt.

Ein „Diskussionsanreiz“ - Vorstellung eines typischen Falles einer Krankenhauseinweisung aus der eigenen Einrichtung anhand der erhobenen quantitativen Daten – führte jeweils zum Thema hin. Während des Interviews wurde die Dynamik der Gruppe beachtet. Um die thematische Steuerung des Prozesses sicherzustellen, wurden neue Fragen, neue Themen und auch Vertiefungen der Fragestellungen eingebracht.

Die Interviews dauerten jeweils eine Stunde. Die Interviewdurchführung basierte auf Interviewleitfäden mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Die Entwicklung dieses Leitfadens war von verschiedenen Aspekten beeinflusst. Die Ergebnisse der Literatur nahmen ebenso Einfluss wie die erhobenen quantitativen Daten in den Einrichtungen und trugen dazu bei, einen operationalisierten Leitfaden zu erstellen. Der Interviewleitfaden stellte sicher, dass sich in den Formulierungen der Fragen das Erkenntnisinteresse widerspiegelte:

- Wie werden die Entscheidungen zu den Krankenhauseinweisungen der Bewohner und Bewohnerinnen getroffen?
- Was nimmt Ihrer Erfahrung nach Einfluss auf Krankenhauseinweisungen? Welche Grunderkrankungen liegen vor?
- Welche Rolle spielen dabei das Pflegepersonal, die Ärzte und Ärztinnen, die Angehörigen, die Leitung der Einrichtung?
- Wie sieht ein Routinearbeitsablauf aus, wenn der Zustand eines Bewohners/einer Bewohnerin sich verschlechtert?

- Wenn es notwendig ist, wie werden bestimmte medizinische Untersuchungen bei den Bewohnern und Bewohnerinnen durchgeführt? Bitte den Ablauf darlegen.
- Wie weit sind die Befunde/ medizinischen Informationen (z.B. Anamnese, Labor, EKG) - einschließlich an den Wochenenden - für Sie und für die Ärzte und Ärztinnen verfügbar?
- Erhalten Sie Fortbildungen? Welche? „End of life care" Schulung? Schulung zur Kommunikation mit den Ärzten und Ärztinnen über den Zustand des Bewohners/ der Bewohnerin?
- Wie ist der Informationsfluss gewährleistet?
- Welche Möglichkeit besteht in ihrer Einrichtung, rechtzeitig Risikogruppen bei den Bewohnern/Bewohnerinnen für Krankenhausanweisungen zu identifizieren?

Nach den zu Beginn getrennten Interviews, wurden im zweiten Schritt allen Beteiligten erste Ergebnisse der bisherigen quantitativen Datenerhebung präsentiert. Daran schloss sich als dritter Schritt eine gemeinsame Diskussion mit allen Anwesenden bezüglich der Krankenhausweinweisungen an. Alle Interviews und Gespräche wurden auf einem Audiogerät aufgenommen.

Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte induktiv/deduktiv, wobei ausschließlich pseudonymisierte Daten verarbeitet wurden, d. h. statt Namen von Personen stehen Pseudonyme. Die relevanten Textpassagen wurden identifiziert, verschriftlicht, kodiert und analysiert, alle Interviewmaterialien wurden zusammengeführt und interpretiert. Anhand von Widersprüchen, Mustern, Ähnlichkeiten oder Abweichungen in den Aussagen konnten Kategorien gebildet und relevante Themen ausgearbeitet werden, um über einen Fallvergleich zu allgemeinen Aussagen zu kommen. Mit den Daten der Befragungen und mit den Erkenntnissen der Literatur sowie der quantitativen Datenanalyse, wurden typische Verläufe identifiziert, analysiert und ein erstes Interventionsmodell (Anhang 7) als Grundlage für alle Einrichtungen entwickelt. Dieses Modell eignete sich als Basis für die Einschätzung der Arbeit in den Alteneinrichtungen. Demzufolge wurde dieses Interventionsmodell als Auswertungsgerüst an das weitere qualitative Material herangetragen und nach diesem Schema ausgewertet.

Zweite Fokusgruppensitzung

Das Interventionsmodell (Anhang 7) war der jeweilige Ausgangspunkt für die zweiten Fokusgruppensitzungen im November 2013, um die Passgenauigkeit des Modellentwurfs zu überprüfen und die noch ausstehenden Fragen mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Einrichtungen zu reflektieren.

Tabelle 5: Terminübersicht der 2. Fokusgruppensitzung.

Einrichtung	Datum	Uhrzeit
I	25. November 2013	14:00 – 16:00
II	20. November 2013	13:00 – 15:00
III	20. November 2013	10:00 – 12:00
IV	27. November 2013	11:00 – 13:00

Jeweils zwei Mitglieder des Forschungsteams führten in jeweils zwei Einrichtungen die zweite Fokusgruppensitzung durch. Die Einstiegsphase befasste sich mit Sinn, Thema und Ziel des Treffens, anschließend wurde das entwickelte Interventionsmodell vorgestellt und mit den Einrichtungen intensiv besprochen.

Zur Schaffung eines vertieften Verständnisses für die erhobenen qualitativen Daten zu den Krankenhauseinweisungen der Einrichtungen, trug die Arbeit mit dem Interventionsmodell bei. Vom Forschungsteam wurden im Vorfeld die einzelnen Phasen des entwickelten Modells auf Plakate übertragen. Diese Visualisierung diente einer leichteren Bearbeitung in den Einrichtungen. So hatten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen die Möglichkeit, die eigenen Arbeitscharakteristika auf Karten aufzuschreiben und diese den jeweiligen Interventionspunkten zuzuordnen. Auf diese Weise wurde ein klares Bild der Arbeit der Einrichtungen im Hinblick auf die entwickelten Interventionspunkte zu den Krankenhauseinweisungen geschaffen.

Anschließend wurden die Einrichtungen aufgefordert, ihre eigene Arbeit mit Hilfe des visualisierten Interventionsmodells innerhalb der Einrichtung zum Thema Krankenhauseinweisungen selbst einzuschätzen, um beim nächsten - dem dritten Fokusgruppentreffen - einen Vorschlag mitzuteilen, woran die Einrichtung in Zukunft arbeiten möchte.

Dritte Fokusgruppensitzung

Im Dezember 2013 erhielten alle vier kooperierenden Einrichtungen in Schriftform das entwickelte Interventionsmodell mit den zusammengefügten Interviewergebnissen aller vier Einrichtungen. Jede Einrichtung konnte ihre Rückmeldungen als gelb markiert erkennen. Damit lagen die Ergebnisse aus den eigenen und die nicht farblich markierten Inhalte aus den anderen Einrichtungen vor und konnten verglichen werden. Die Einrichtungen wurden nun gebeten, anhand dieser Unterlagen den eigenen Stand ihrer Einrichtung einzuschätzen, um beim nächsten Fokusgruppenarbeitstreffen im Januar 2014 dem Forschungsteam mitzuteilen, woran sie in Zukunft arbeiten möchten.

Tabelle 6: Terminübersicht der 3. Fokusgruppensitzung.

Einrichtung	Datum	Uhrzeit
I	17. Januar 2014	10.00 - 12.00
II	21. Januar 2014	14.00 - 15.30
III	27. Januar 2014	15.00 - 17.00
IV	14. Januar 2014	13.00 - 15.00

Bei diesem dritten Arbeitstreffen wurde das entwickelte Interventionsmodell mit den Ergebnissen der Fokusgruppensitzungen abgeglichen und im Zusammenhang mit Basisqualifikationen wie **Fallbesprechung, Kooperation mit dem Krankenhaus, gesetzliche Betreuung und Patientenverfügung** diskutiert (Anhang 8, 9, 10). Bei jedem Treffen mit den einzelnen Einrichtungen wurde vom Forschungsteam der weitere Verlauf des Projektes abgestimmt. Für die erweiterte Datenerhebung zur Erfassung der Perspektive anderer beteiligten Berufsgruppen wurden die Einrichtungen gebeten potentielle Interviewpartner anzugeben. Die Einrichtungen nahmen sich vor, den Kontakt mit den Hausärzten und Hausärztinnen, Betreuungspersonen (Angehörigen/ gesetzlichen Betreuerinnen bzw. Betreuern) und den Krankenhäusern aufzunehmen und die Kontaktdaten an das Forschungsteam weiter zu vermitteln. Anschließend besprach das Forschungsteam einen erweiterten Strukturbogen, der zur Personalstruktur in den Einrichtungen

Auskunft geben sollte. In einem weiteren Schritt stellten die Einrichtungen jeweils zwei Themen - eines als „gute Praxis“ und ein zweites Thema mit Verbesserungsbedarf - vor. Damit legten die Einrichtungen aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse eigene Schwerpunkte fest.

Einrichtung I
Anzahl der Wohnplätze 88

Alle Beteiligten des Treffens einigten sich schnell, dass das Thema „gute Praxis“: „Verfügen statt sich fügen – das Lebensende mit gestalten “ sein sollte.
Die Schwerpunkte, in denen sich Verbesserungsbedarf zeigte, waren:

- Besser strukturierte Krankenhausbesuche
- Durchführung von Angehörigenvisiten (gemeinsame Visite bei dem/der Bewohner/Bewohnerin mit ihren Angehörigen, mit dem Ziel: Austausch und die Perspektive des Anderen einnehmen).

Einrichtung II
Anzahl der Wohnplätze 111

Die Themenbereiche mit Verbesserungsbedarf wurden in schriftlicher Form verteilt und vorgestellt:

- Krankheitsbilder: Herzinfarkt, Apoplex, Hypertonie, Hyperglykämie, Hypoglykämie,
- Hermeneutische, ethische Fallbesprechungen,
- Nationale Expertenstandards: Sturz, Schmerz.

Das Thema „Krankheitsbilder“ hat nach Einschätzung der Einrichtung die höchste Priorität für die weitere Mitarbeit. Die Durchführung von Schulungen für ca. 15-20 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den genannten Themenbereichen wurden als wünschenswert angegeben mit jeweils zwei Terminen mit 1,5 Stunden durch Experten der Universität durchgeführt.

„Palliative Versorgung“ wurde als „gute Praxis“ Thema für die kollegiale Fokusgruppensitzung mitgeteilt. Da das Thema „Palliative Versorgung“ ein sehr breites Thema ist, wurde seitens der Einrichtung ein Schwerpunkt ausgesucht: „Palliativversorgung/Kooperation mit Netzwerken in Bezug zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen“.

Einrichtung III
Anzahl der Wohnplätze 144

Als „gute Praxis“ Thema wurde „Fallbesprechungen “ gewählt.
Die weiteren Themenbereiche, die anhand der Ergebnisse identifiziert worden waren, werden innerhalb des Projektes angegangen:

- Situation vor dem Einzug/Wünsche der Bewohner/innen und Angehörigen
- Kommunikation mit den Ärzten und Ärztinnen - Anliegen bündeln
- Fallbesprechungen mit Themen wie:
  - Situation vor dem Krankenhausaufenthalt
  - Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Hausärztinnen
  - Situation im Krankenhaus (mit Angehörigen).

Einrichtung IV
Anzahl der Wohnplätze 40

Die Unterlagen vom Dezember 2013 mit den Ergebnissen der Fokusgruppen, wurden gemeinsam mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen durchgegangen. Bei zwei Themenschwerpunkten zeigte sich

Verbesserungsbedarf: „Analyse der Stürze, die Anlass für eine Krankenhauseinweisung sind“ und „die Betrachtung der Patientenverfügung im Kontext der Palliativversorgung“. Nachdem die beiden Pflegefachpersonen deutlich mehr im Palliativthema engagiert sind, hat sich die Einrichtung darauf geeinigt.

Als „gute Praxis“ Thema wurde „die umfassende Einschätzung von neuen Bewohnern und Bewohnerinnen in den ersten 24 Stunden inklusive der herausfordernden Verhaltensweisen und entsprechenden Maßnahmen“ genannt.

Schlussfolgerung für das methodische Vorgehen

Daraufhin wurden innerhalb des Forschungsteams in einem weiteren Schritt die erforderlichen Schulungsmaßnahmen und theoretischen Schwerpunkte der einrichtungsübergreifenden Treffen vorbereitet.

Vierte Fokusgruppensitzung

Auf der Grundlage der Auswertung der dritten Fokusgruppensitzung entschied sich das Forschungsteam für die Evaluation des Projekts ebenfalls Interviews im Rahmen von Fokusgruppensitzungen mit den einzelnen kooperierenden Einrichtungen durchzuführen.

Tabelle 7: Terminübersicht der 4. Fokusgruppensitzung.

Einrichtung	Datum	Uhrzeit
I	11. März 2015	12:00 – 13:30
II	27. März 2015	12:30 – 14:00
III	24. Februar 2015	13:00 – 14:30
IV	11. März 2015	10:00 – 11:30

Zur Vorbereitung auf die Interviewtermine erhielten die Einrichtungen im Vorfeld auf schriftlichem Wege Impulsfragen, die später auch zum Einstieg ins Interview dienten. Ein differenzierter Fragenkatalog (Anhang 11), der sich Schritt für Schritt am Interventionsmodell orientierte, wurde zusätzlich erstellt und eingesetzt. Das informierte Einverständnis wurde eingeholt und die Interviews wurden soweit möglich auch wieder parallel in zwei Gruppen durchgeführt und auf einem Tonträger aufgenommen. Die Dauer der Interviews lag bei etwa eineinhalb Stunden. Die Analyse erfolgte als paraphrasierende Inhaltsanalyse und wurde nach der jeweiligen Einzelauswertung der Einrichtungen thematisch in übergeordneten Kategorien zusammengeführt. Folgende Fragen waren zu Beginn im Interview leitend:

- Welche Besonderheiten sind Ihnen an der Projektvorbereitung und -durchführung aufgefallen
- Mit welchem Aufwand war die Projektdurchführung in Ihrer Einrichtung verbunden?
  - Wie war/ ist die Durchdringung des Themas in der Einrichtung – wer hat wann welche Informationen wozu erhalten?
  - Wie „fühlen“ sich die Zahlen der Krankenhauseinweisungen an? Weniger, mehr?
  - Was hat sich seit dem ersten Interview verändert? Wenn andere Einrichtungen fragen, was Sie von der Teilnahme am Projekt hatten, was würden Sie hervorheben?

Weitere Fragen bezogen sich dann auf das Interventionsmodell und konkret auf die spezifische Situation der jeweiligen Einrichtung. So wurden die „Gute-Praxis“ Themen genauso aufgegriffen wie die selbst gewählten Verbesserungsthemen und Interventionen im Projektverlauf. Die Ergebnisse dieser Abschlussinterviews sind unter Kapitel 6.2.3 dargestellt.

5.4.2 Experteninterviews

In den Fokusgruppeninterviews der Alteneinrichtungen fanden sich zahlreiche Aspekte, die sich auch auf andere am Geschehen beteiligte Berufsgruppen bezogen: Hausärzte und Hausärztinnen, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sowie Pflegende im Krankenhaus. Deren Sichtweise erschien notwendig, um das Gesamtereignis besser verstehen zu können. Daher wurden zur Erfassung der Erfahrungen und des Wissens dieser Berufsgruppen Experteninterviews anhand eines Leitfragenkatalogs durchgeführt. Die Kooperationseinrichtungen stellten Kontaktadressen aus ihrem Umkreis zur Verfügung, die Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnern erfolgte durch die Mitarbeiterinnen des Forschungsteams. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der durchgeführten Interviews.

Tabelle 8: Übersicht Experteninterviews.

Berufsgruppe	**Anzahl Interviews**
Hausärzte (nur männlich)	5 Einzelinterviews
Pflegende in Krankenhäusern inkl. Leitung (männlich und weiblich)	4 Gruppeninterviews
Gesetzliche Betreuungspersonen (männlich und weiblich)	9 Einzelinterviews (7 berufliche, 2 Angehörige)

Die Schwerpunkte in den Interviews lagen einerseits in der freien Darstellung der Erfahrungen der Experten und zum anderen in den bereits analysierten Themen aus den Fokusgruppeninterviews wie Zusammenarbeit, Patientenverfügung/Vollmacht, Gesundheitszustand, Qualifikation der Pflegenden, Informationsfluss, Finanzierung, Netzwerke. Die Interviews dauerten in der Regel zwischen 30 und 60 Minuten, wurden mit einem Tonträger aufgenommen und berufsgruppenspezifisch im Sinne einer paraphrasierenden Inhaltsanalyse kategorisiert. Im zweiten Schritt erfolgte eine gruppenübergreifende Synthese der Kategorien. Die Ergebnisse sind unter Kapitel 6.2.2 dargestellt. Diese flossen in den Gesamtprozess des Projektes ein, indem sie unter anderem mit den Praxiseinrichtungen diskutiert wurden.

5.5 Interventionen

Nach den Fokusgruppensitzungen und der Sichtung der Datenergebnisse zeigte sich, dass alle Einrichtungen unterschiedliche Qualifikationen, spezifische Arbeitsinhalte, Strukturen und Handlungsmuster aufweisen. Demzufolge hat das Forschungsteam die ***einrichtungsübergreifenden Treffen*** in jeweils einer der kooperierenden Einrichtung geplant und organisiert, um den kollegialen Austausch zwischen allen Beteiligten des Projektes zu fördern. Im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Treffen konnten die Einrichtungen über eigene Erfahrungen sprechen, voneinander lernen, sich gegenseitig unterstützen und ihre als besonders gut empfundenen Interventionen vorstellen („gute Praxis“).

5.6 Evaluation

Nach Beendigung der Interventionsphase erfolgte in allen Einrichtungen eine Evaluation bezüglich der Organisation, der Planung, der Projektdurchführung und der Zusammenarbeit. Ebenso wurden die Einschätzungen der Arbeitsergebnisse aufgegriffen. Hierfür wurden wiederum quantitative und qualitative Datenerhebungen genutzt. Die quantitative Datenerhebung richtete sich auf den Zeitraum 2013-2014, um die Ergebnisse mit den Krankenhauseinweisungszahlen in den Jahren 2011-2012 zu vergleichen. Die Fokusgruppeninterviews wurden durchgeführt, um subjektive Einschätzungen der Projektbeteiligten zu erhalten. Es wurden Fragen (Anhang 11) über die Nützlichkeit des Projektes gestellt, zur erbrachten Arbeitsleitung und über die Einschätzung zur Nachhaltigkeit. Die Fragen orientierten sich erneut am Interventionsmodell, das inhaltlich relevante Aspekte für die Versorgung akut erkrankter Bewohner und Bewohnerinnen vorhält.

6. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die erhobenen und analysierten Daten differenziert dargestellt.

6.1 Quantitative Daten

Die Analyse umfasst drei Einrichtungen mit jeweils kompletten Datensätzen. Einrichtung IV wurde nicht analysiert, da kein mit den anderen Einrichtungen vergleichbarer abschließender Datensatz vorgelegen hat.

Allgemeine deskriptive Angaben

Die Einrichtungen haben im Zeitraum von 2011-2014 jeweils pro Quartal die aktuelle Anzahl Ihrer Bewohner und Bewohnerinnen angegeben. Diese Angaben sind die Basis für die jährliche Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen (Periodenprävalenz).

Die durchschnittliche Zahl der Bewohner und Bewohnerinnen an den Stichtagen variiert zwischen 82 und 132 Personen (Tabelle 9). Der Personalschlüssel liegt im Durchschnitt zwischen 23 und 37 examinierten Pflegefachpersonen und zwischen 13 und 35 examinierten Pflegehilfspersonen. Über den gesamten Beobachtungszeitraum konnten 1077 Krankenhauseinweisungen bei 451 Personen identifiziert werden. Ein Zusammenhang zwischen den Einweisungen und dem Personalschlüssel kann basierend auf den vorhandenen Daten nicht hergestellt werden.

Tabelle 9: Allgemeine Angaben 2011-2014.

Allgemeine Angaben	Einrichtung I	Einrichtung II	Einrichtung III
Durchschnittliche Bewohner/Bewohnerinnenanzahl	82	126	132
Anzahl der eingewiesenen Personen	62	144	245
Durchschnittliche Anzahl examinierter Pflegefachpersonen	30	27	23
Durchschnittliche Anzahl examinierter Pflegefachpersonen in Vollzeit	24	5	17
Durchschnittliche Anzahl examinierter Pflegehilfspersonen	13	23	35
Durchschnittliche Anzahl examinierter Pflegehilfspersonen in Vollzeit	9	5	20

Bezogen auf den gesamten Beobachtungszeitraum variieren die Krankenhauseinweisungen pro Einrichtung zwischen 108 und 638 Einweisungen (Tabelle 10).

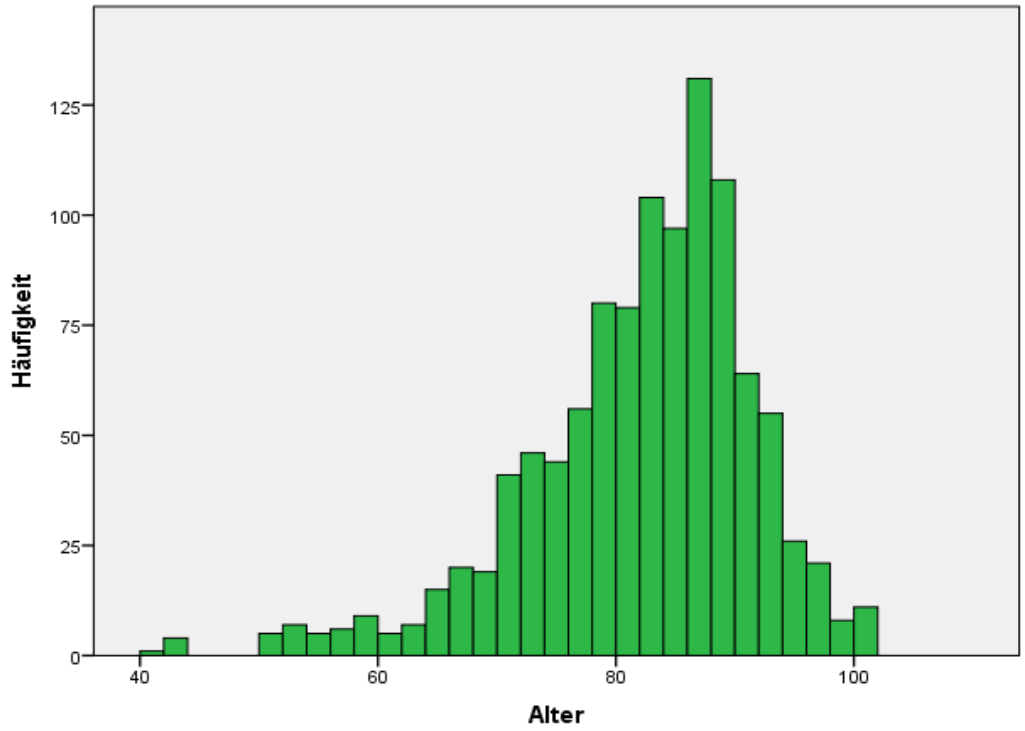
Tabelle10: Verteilung aller Krankenhauseinweisungen 2011-2014.

Standort	Durchschnittliche Bewohner/ Bewohnerinnenanzahl	Häufigkeit (n)
Einrichtung I	82	108
Einrichtung II	126	331
Einrichtung III	132	638
Gesamtzahl		**1077**

Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer pro Einweisung beträgt 8,9 Tage (95% CI: 8,47- 9,33). Wird die Krankenhausverweildauer pro Person berechnet, beträgt die durchschnittliche Krankenhausverweildauer 14,4 Tage (95% CI: 12,45-16,34). Pro Patient bzw. Bewohner oder Bewohnerin beträgt die durchschnittliche Anzahl der Krankenhauseinweisungen 2,4 Einweisungen (95%-CI: 1,89- 2,91).

Die Eingewiesenen sind zu 66,5% weiblich und sie weisen ein mittleres Alter von 81,6 Jahren (Standardabweichung = 9,5 Jahre) auf. Diese Verteilung entspricht nach Angaben der Einrichtungen der Gesamtverteilung der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen (Abbildung 2).

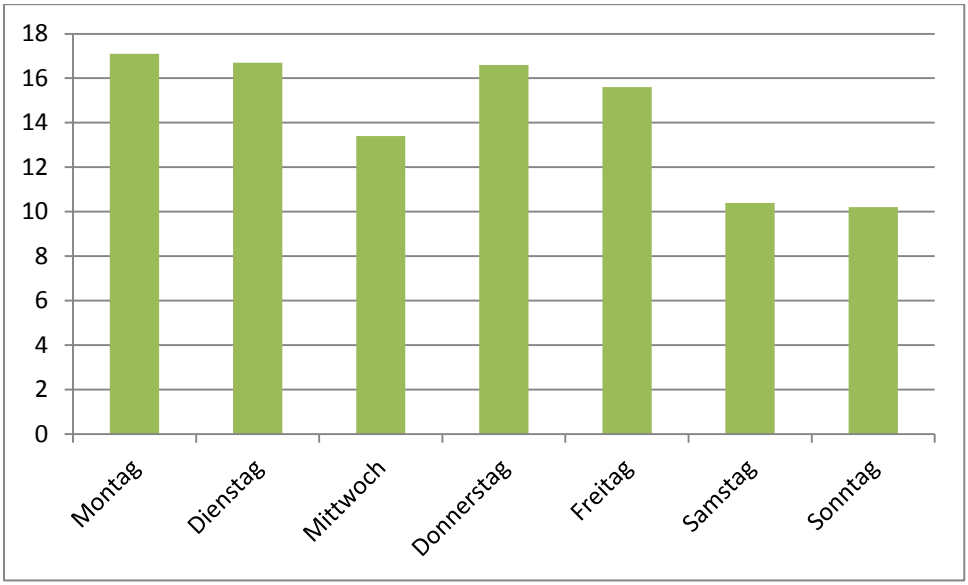
Abbildung 2: Altersverteilung aller Bewohnerinnen und Bewohner mit Krankenhauseinweisung 2011-2014.



Pflegestufe II (n=523, 48,7%) und Pflegestufe I (n= 377, 31,5%) bilden die Hauptgruppen bei den Personen mit Krankenhauseinweisungen. Pflegestufe III folgt an dritter Stelle (n=156, 14,5%). Auf Pflegestufe 0 fallen neun Einweisungen und auf Pflegestufe III/ H fünf Einweisungen.

Die Einweisungen an den Wochentagen zeigen eine relativ gleichmäßige Verteilung am Montag n= 185 (17,2%) Dienstag n= 180 (16,7%) und Donnerstag n= 178 (16,5%). Die Einweisungen an einem Samstag oder Sonntag liegen je unter 10,5 %. Ebenso zeigt sich ein leichter Rückgang am Mittwoch auf n = 144 (13,5%). Die Übersicht befindet sich in Abbildung 3 Krankenhauseinweisungen bezogen auf die Wochentage.

Abbildung 3: Krankenhauseinweisungen bezogen auf die Wochentage 2011-2014.



Bezogen auf die Tageszeiten zeigt sich, dass die meisten Einweisungen in der Kernarbeitszeit zwischen 06:01 und 18:00 Uhr erfolgen (n=799, 49,1%). Nächtliche Einweisungen zwischen 22:01 – 06:00 Uhr liegen bei n=53 (4,9%). Siehe auch Tabelle 11.

Tabelle 11: Einweisungen nach Tageszeiten pro Standort.

Tageszeit	**Standort**			**Gesamt**
	Einrichtung I (88 Wohnplätze)	**Einrichtung II** (111 Wohnplätze)	**Einrichtung III** (144 Wohnplätze)	
06:01-10:00	30	74	171	**275**
10:01-14:00	32	124	151	**307**
14:01-18:00	29	53	135	**217**
18:01-22:00	9	45	74	**128**
22:01-02:00	4	5	18	**27**
02:01-06:00	0	8	18	**26**
Ohne Angabe	4	22	71	**97**
Gesamtsumme	**104**	**309**	**567**	**1077**

Eine besondere Häufung bezogen auf bestimmte Monate oder Jahreszeiten konnte nicht festgestellt werden.

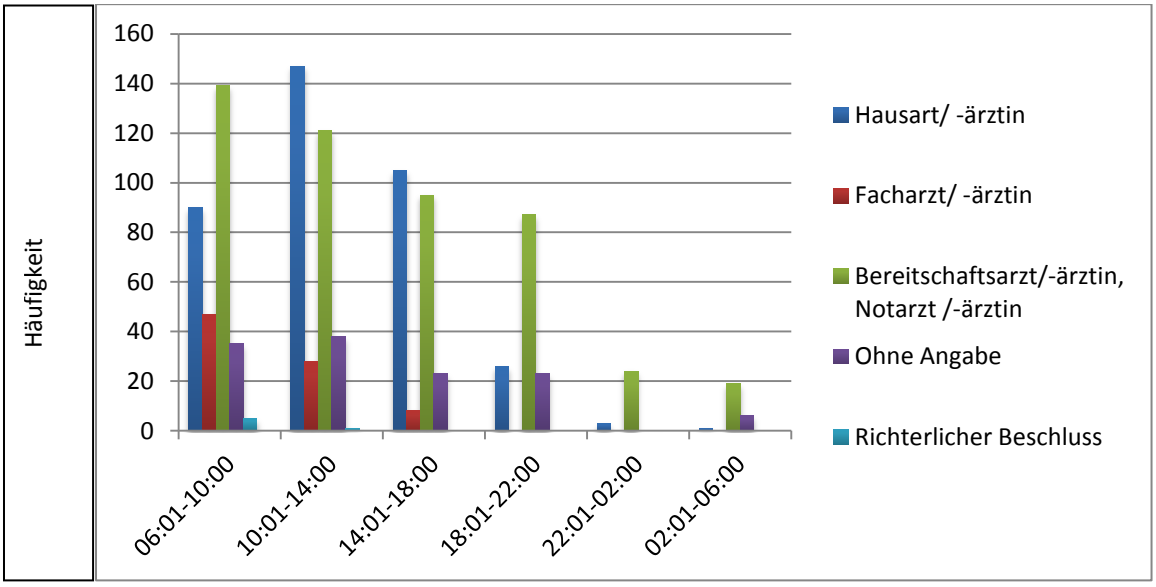
Die Einweisungen erfolgten hauptsächlich durch den Bereitschafts- oder Notarzt bzw. -ärztin n= 474 (44,0 %). An zweiter Stelle der Krankenhaus-Einweisenden steht der Hausarzt bzw. -ärztin n= 385 (35,7 %). Die Reihenfolge ist in den Einrichtungen unterschiedlich: In Einrichtung I werden die Bewohner und Bewohnerinnen hauptsächlich über den Hausarzt bzw. -ärztin eingewiesen, während in Einrichtung III die meisten Einweisungen über den Bereitschafts-/Notarzt bzw. –ärztin erfolgen. In Einrichtung II ist das Verhältnis eher ausgeglichen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Zur Einweisung pro Einrichtung allgemein.

Zur Einweisung durch	Standort			
	Einrichtung I (88 Wohnplätze)	**Einrichtung II** (111 Wohnplätze)	**Einrichtung III** (144 Wohnplätze)	**Gesamt**
Hausarzt, Hausärztin	59	142	184	**385**
Bereitschafts-/Notarzt, -ärztin	24	127	323	**474**
Facharzt, -ärztin	22	18	41	**81**
Ohne Einweisung	3	38	35	**76**
Durch richterlichen Beschluss	0	0	37	**37**
Keine Angabe	0	6	18	**24**
Gesamtsumme	**108**	**331**	**638**	**1077**

Bezogen auf die Tageszeiten zeigt sich, dass die Einweisung durch die Hausärzte bzw. -ärztinnen im Rahmen der Öffnungszeiten mit den Praxen liegen (Abbildung 4). Die Einweisungen durch die Bereitschaftsärzte/ Notärzte bzw. -ärztinnen verteilt sich über den gesamten Tagesverlauf relativ gleichmäßig. Nächtliche Einweisungen erfolgen in der Regel durch die Bereitschaftsärzte/ Notärzte bzw. -ärztinnen oder ohne Angabe von Gründen.

Abbildung 4: Krankenhauseinweisungen bezogen auf Tageszeit und Einweisenden (2011-2014).



Vergleiche zwischen 2011/ 2012 und 2013/ 2014

Die Einrichtungen hatten die Daten für die Zeit vor der Interventionsphase (2011/ 2012) erhoben, dann für die Zeit während der Intervention (2013) und für das Folgejahr (2014). Die Gesamtdaten wurden in die beiden Erhebungszeiträume 2011/ 2012 und 2013/ 2014 aufgeteilt und verglichen.

Bezogen auf die Anzahl der Krankenhauseinweisungen zeigt sich im Erhebungszeitraum 2013/ 2014 eine Reduktion um n=235 (32,0%) von 641 auf 436 Krankenhauseinweisungen. Ein Vergleich der beiden häufigsten Krankenhaus-Einweisenden „Hausarzt bzw. -ärztin“ und „Bereitschafts-/ Notarzt bzw. -ärztin“ bestätigt diesen Trend ebenfalls.

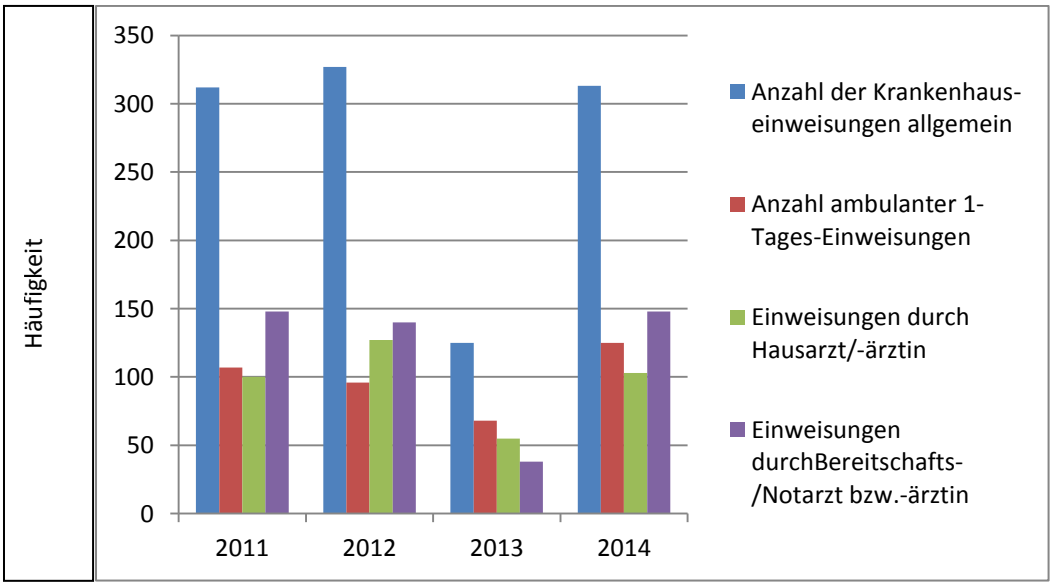
Der Anteil der ambulanten Einweisungen verringert sich im Vergleichszeitraum von 203 auf 193 Fälle. Dies entspricht einem Rückgang von n=10 (4,9%). Es zeigt sich ebenso ein leichter Rückgang von Einweisungen pro Bewohner/Bewohnerinnen um 45 eingewiesene Personen (Tabelle 13). Dieser Rückgang ist in allen Einrichtungen sichtbar. In Einrichtung I wurden im Vergleichszeitraum neun Personen weniger eingewiesen, in Einrichtung II betrug die Differenz 17 Personen und in Einrichtung III wurden 19 Personen weniger eingewiesen.

Tabelle 13: Vergleich der Krankenhauseinweisungen.

Vergleichskriterium	**Erhebungszeitraum 2011/ 2012**	**Erhebungszeitraum 2013/ 2014**
Anzahl der eingewiesenen Personen	248	203
Durchschnittliche Krankenhausdauer in Tagen	15,3	13,3
Maximale Anzahl der Krankenhaustage pro Person	102	106
Anzahl der Krankenhauseinweisungen allgemein	641	436
Anzahl der ambulanten Einweisungen	203	193
Hausarzt/ -ärztin als Einweisende	227	288
Bereitschafts-/Notarzt/-ärztin als Einweisende	158	186

Im zeitlichen Verlauf zeigt sich insgesamt eine Reduktion der Einweisungen (n=125) im Jahr 2013 welche in 2014 erneut ansteigt (n= 313). Die Übersicht ist in Abbildung 5 Krankenhauseinweisungen im zeitlichen Verlauf dargestellt. Die Reduktion in 2013 zeigt sich auf allen Ebenen und auch der Anstieg in 2014 ist unabhängig vom Vergleichskriterium zu verzeichnen.

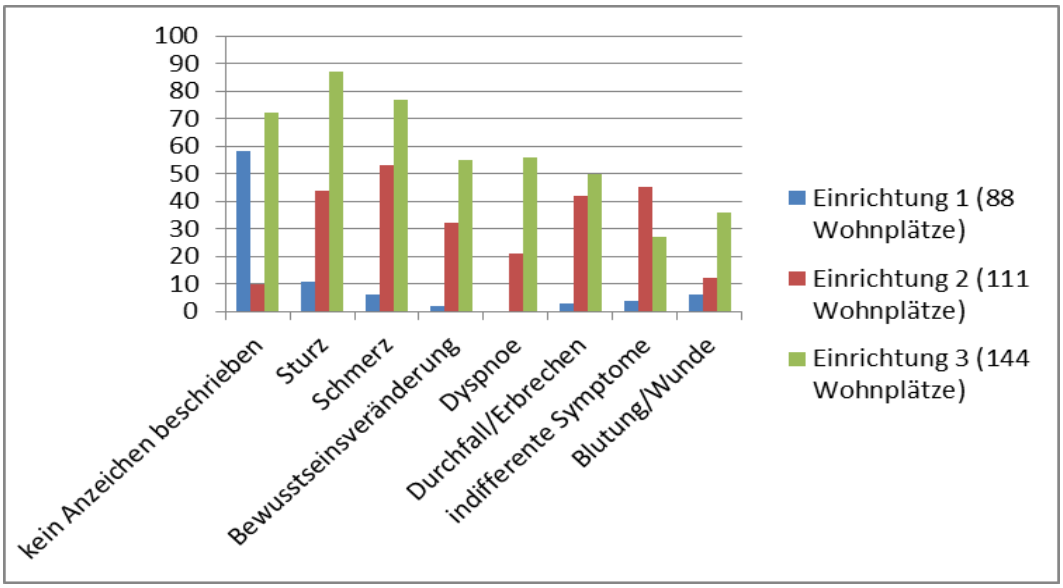
Abbildung 5: Krankenhauseinweisungen im zeitlichen Verlauf.



Gründe für die Krankenhauseinweisungen

Die Gründe, die zu einer Krankenhauseinweisung führten, wurden aus den Symptombeschreibungen in der Pflegedokumentation abgeleitet. Bei ungenauen Angaben wurde die Entlassungsdiagnose einbezogen. Die Gründe sind unter dem Begriff „Leitsymptom für eine Krankenhauseinweisung“ zusammengefasst. In der Kategorie „indifferente Symptome“ werden Aussagen wie beispielsweise „schlechter Allgemeinzustand“ oder „Bewohner ist blass und schwach“ subsummiert.
Hervorzuheben ist, dass jede Einrichtung spezifische Kategorien aufweist, welche zu Krankenhauseinweisungen führen (Abbildung 6).

Abbildung 6: Gründe für Krankenhauseinweisungen (2011-2014).



In Einrichtung I steht die Kategorie „kein Anzeichen beschrieben“ (n=58, 58,3%) eindeutig im Vordergrund. Weitere Gründe für die Einweisung von Bewohnern und Bewohnerinnen in ein Krankenhaus sind „Sturz“ (n= 11, 10,2%), „Schmerz“ (n=6, 5,6%) und Blutung/ Wunde (n=6, 5,6%). Die Kategorie „Dyspnoe“ wird in Einrichtung I nicht genannt.

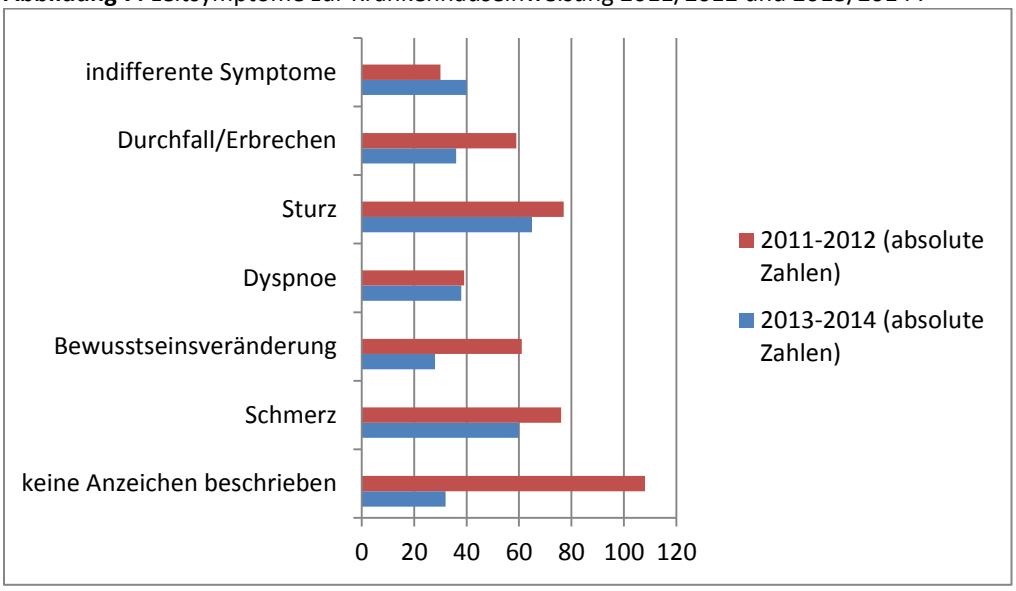
Einrichtung II zeigt andere Häufungen. Hier steht das Leitsymptom „Schmerz“ mit 16,5 % an erster Stelle gefolgt von “Sturz“ (13,7 %) und „Durchfall/ Erbrechen“ (13,0 %).

Auch Einrichtung III weist spezifische Gründe für eine Krankenhauseinweisung ihrer Bewohner und Bewohnerinnen auf. An erster Stelle liegt das Leitsymptom "Sturz" (n=87, 13,8%), gefolgt von "Schmerz“ (n=77, 12,2%) und "kein Anzeichen beschrieben" (n=72, 12,4%).

Eine Übersicht zu den Krankenhauseinweisungen und deren Häufigkeit ist in Abbildung 7 Leitsymptom für Krankenhauseinweisungen (2011-2014) dargestellt.

Ein Vergleich dieser Leitsymptome im zeitlichen Verlauf gibt Hinweise, dass sich die Rangfolge verändert. Im Erhebungszeitraum 2011/ 2012 stellt die Kategorie „keine Anzeichen beschrieben“ die größte Gruppe (n=108, 16,8%) gefolgt von der Kategorie „Sturz“ (n=30, 12,0%) und „Schmerz“ (n=76, 11,9%). Angaben <5,9% wurden in der Abbildung nicht berücksichtigt. Dazu zählen u.a. „Dyspnoe“, „Exsikkose“, „Schwellungen“ oder „indifferente Symptome“.

Abbildung 7: Leitsymptome zur Krankenhauseinweisung 2011/2012 und 2013/2014 .



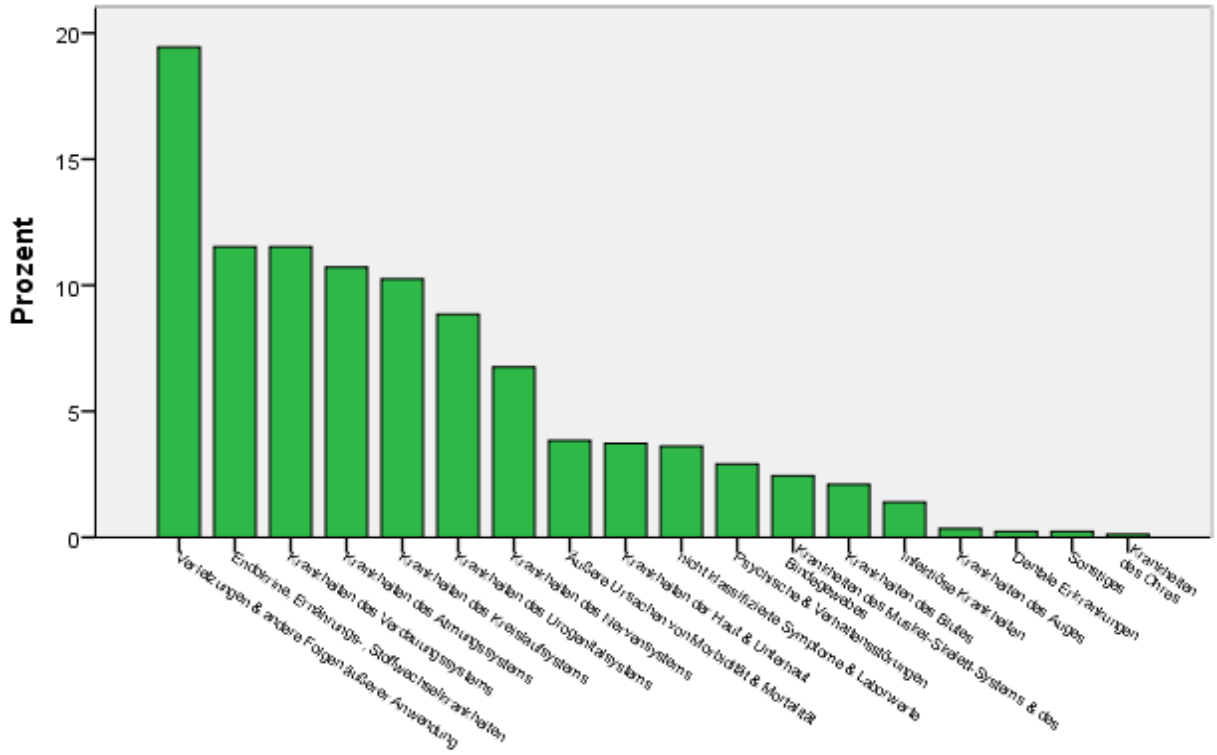
Im Erhebungszeitraum 2013/ 2014 tritt das Leitsymptom „Sturz“ (n=65, 14,9%) an erste Stelle, gefolgt von „Schmerz“ (n=60, 13,8%) und „indifferente Symptome“ (n=46, 10, 6%).

Entlassungsdiagnosen aus dem Krankenhaus

Insgesamt wurden 859 Entlassungsdiagnosen identifiziert (Abbildung 7). Die Einteilung erfolgte nach der „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD 10 GM. Version 10, DIMDI 2015). In 218 Fällen war keine Entlassungsdiagnose erkennbar. Als häufigste Entlassungsdiagnose (n=168, 15,5%) wird "Verletzungen & andere Folgen äußerer Anwendungen" (Sturz und Sturzfolgen) angegeben. An zweiter Stelle folgen die Kategorien "Endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen" (n=99, 9,2%) sowie "Krankheiten des Verdauungssystems" (n=99, 9,2%). Daran schließt sich die Kategorie "Krankheiten des Atemsystems" (n=92, 8,5%) an. Die Diagnose "Pneumonie" findet sich mit 25 Fällen (2,3%) an vierter Stelle und "Krankheiten des Kreislaufsystems" (n=88, 8,2%) liegen an fünfter Stelle. Eine Übersicht erfolgt in Abbildung 7 Entlassungsdiagnosen aus dem Krankenhaus (2011-2014).
Im zeitlichen Verlauf zeigt sich, dass "Verletzungen & andere Folgen äußerer Anwendungen" (Sturz und Sturzfolgen) in jedem Erhebungsjahr als häufigste Entlassungsdiagnose (Spanne 16,3 - 13,8%) auftritt. Die Rangfolge der weiteren Kategorien verändert sich geringfügig.

Ein Zusammenhang zwischen den Leitsymptomen zur Einweisung in ein Krankenhaus und der Entlassungsdiagnose aus dem Krankenhaus kann nicht identifiziert werden (Abbildung 8).

Abbildung 8: Entlassungsdiagnosen aus dem Krankenhaus (2011-2014).



Fazit

Bei einer durchschnittlichen Anzahl von Bewohnern und Bewohnerinnen zwischen 82 und 135 Personen (basierend auf den Quartalsdaten) wurden 1077 Krankenhauseinweisungen identifiziert. Insgesamt waren 451 Personen betroffen. Bei 84% der Eingewiesenen lag Pflegestufe I oder II vor. Die demographischen Merkmale entsprechen der jeweiligen Gesamtgruppe. Zusammenhänge zu den Strukturdaten der Einrichtungen konnten aufgrund der vorhandenen Datenlage nicht festgestellt werden.

Bezogen auf die Anzahl der Krankenhauseinweisungen zeigt sich im Erhebungszeitraum 2013/ 2014 ein Rückgang um 235 Einweisungen auf 436 Krankenhauseinweisungen im Vergleich zum Erhebungszeitraum 2011/ 2012. Gleichzeitig findet ein leichter Rückgang von Einweisungen pro Bewohner/ Bewohnerinnen um 45 eingewiesene Personen statt. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich insgesamt eine Reduktion der Einweisungen (n=125) im Jahr 2013 welche in 2014 erneut ansteigt (n= 313).

Die Gründe für die jeweiligen Einweisungen wurden in sogenannten „Leitsymptomen“ zusammengefasst. Es zeigte sich, dass in jeder Einrichtung andere Schwerpunkte bzw. Häufungen ermittelt werden konnten. Die Kategorie „keine Anzeichen angegeben“ stellte die größte Gruppe dar (n= 110, 17,2%), gefolgt vom Leitsymptom „Sturz“ (n=77, 12,0%) und „Schmerz“ (n=76, 11,9%).

Als häufigste Entlassungsdiagnose wird „Verletzungen & andere Folgen äußerer Anwendungen" - also Sturz und Sturzfolgen - (n=168, 15,5%) angegeben. Ein Zusammenhang zwischen den Gründen für die Einweisung und den Entlassungsdiagnosen kann anhand der vorliegenden Datenlage nicht hergestellt werden.

6.2 Qualitative Daten

Der Analyse der beiden Fokusgruppeninterviews im Rahmen der vier Fokusgruppensitzungen liegen die Daten aus allen vier Einrichtungen zugrunde.

6.2.1 Fokusgruppeninterviews in den Einrichtungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der Perspektive der interviewten Personen der einzelnen Einrichtungen ausführlich beschrieben, da sie die Basis für die Entwicklung des Interventionsmodells darstellen. In den Ausführungen zeigt sich auch die Unterschiedlichkeit der Einrichtungen.

Einrichtung I
Anzahl der Wohnplätze 88

a) Gegebenheiten der Einrichtung

Die Einrichtung erhält über verschiedene Wege Anfragen bezüglich eines potenziellen Einzugs eines Bewohners/ einer Bewohnerin (betrifft den Umzug vom Zuhause oder vom Krankenhaus). Erfolgt der Erstkontakt über Angehörige wird in der Einrichtung gezielt überlegt, wer den Erstbesuch bzw. das ***Erstgespräch zu Hause*** bei dem potenziellen Bewohner/ der Bewohnerin übernimmt. Dieser ***Besuch zu Hause*** dient der Information und Einschätzung der Situation aus der Sicht der Angehörigen, um und die ***bisherige Lebenssituation kennenzulernen***. Dieser frühzeitige Kontakt im Lebensumfeld des zukünftigen Bewohners/ der Bewohnerin erfolgt mit dem Ziel, die vorläufige ***Zuordnung zu einer Bezugspflegekraft*** zu ermöglichen: „Was vorab geklärt werden kann, wird vorab geklärt". Bei diesem Erstbesuch werden auch bereits Fragen zu ***gesetzlicher Betreuung***, ***Vorsorgevollmacht*** und ***Patientenverfügung*** angesprochen. Wenn diese nicht vorhanden sind, werden konkret Themen wie „akutes Ereignis, Notfall und Sterben" aufgegriffen, denn das „offene Darüber sprechen über die Endlichkeit" enthält ***wichtige Informationen für die Alltagsgestaltung***. Als weiteres werden die medizinische Betreuung und die Arztvisitenkultur im Altenheim erklärt. Dieser Einrichtung legt Wert auf den ***regelmäßigen Austausch mit Hausärzten*** und hat eine Visitenkultur eingeführt die den Bewohnerinnen und Bewohnern entgegenkommt. Die Entscheidung für einen Hausarzt oder eine Hausärztin mit regelmäßigen Hausbesuchen liegt dabei beim Bewohner, der Bewohnerin und/oder bei den Angehörigen.

Eine Überleitung aus einem Krankenhaus wird so vorbereitet, dass die ***erforderlichen Medikamente und Hilfsmittel im Vorfeld beschafft werden***. Die Terminabsprache bezüglich der Entlassung gelingt mit den Krankenhäusern gut. Diese vorbereitenden Maßnahmen werden von dem potentiellen Bezugspfleger bzw. der Bezugspflegerin übernommen.

Ein wesentlicher Bestandteil beim Einzug sind in dieser Einrichtung ***ethische Fallbesprechungen***, um ***individuelle Notfallleitlinien*** für die Bewohnerinnen und Bewohner zu entwickeln. An diesen Besprechungen nehmen die Bewohnerinnen, Bewohner und/oder Angehörigen teil, damit sie die das Vorgehen für solche Fälle mitbestimmen können, was von den Pflegenden als sehr positiv bewertet wird, was im folgenden Zitat zum Ausdruck kommt: „Ich glaube, das ist die Haltung, dass der Bewohnerwille respektiert wird und, dass wir auch danach fragen und, dass wir auch versuchen das umzusetzen, was dem Bewohner gut tut".

b) Pflegealltag

Zentraler Bestandteil des Pflegealltages in dieser Einrichtung zeigt sich in der Umsetzung der ***Bezugspflege***. Ganz bewusst und gezielt werden die examinierten Pflegefachkräfte einem Bewohner, einer Bewohnerin für eine bestimmte Zeit zugeteilt. Jeden Morgen gibt es ein ***fachliches Blitzgespräch***, woran alle Berufsgruppen in der Einrichtung z. B. Hauswirtschaft, Pflege etc. sich beteiligen. Die ***Dokumentation erfolgt am Anfang durch mehrere Personen*** und wird durch ***Bezugspflegepersonen, Pflegedienstleitung oder Bereichsleitung kontrolliert***. Explizit werden die Informationen über die Patientenverfügung, Notfallleitlinie, Vorsorgevollmacht, Betreuungsurkunde, Telefonnummer der Angehörigen, Name des bevorzugten Krankenhauses in einen ***Notfalldokumentationsordner*** eingepflegt. Die körperlichen Assessmentangaben: RR, Puls, Schmerz, MMST, PEMU und Expertenstandards werden in der täglichen Dokumentation eingetragen. Es erfolgt ***dreimal täglich eine Übergabe*** im Team, woran sich die jeweiligen Bereichsleitungen beteiligen. Für die Sichtbarmachung der täglichen Versorgung gibt es eine ***Magnettafel***, an der die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Auffälligkeiten bei der eigenen Arbeit eintragen können. Diese Auffälligkeiten oder Veränderungen werden weiter beobachtet, dokumentiert und an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen weitergegeben, es geht um eine „gute Beobachtung [von Veränderungsprozessen] mit der Reaktion darauf". Im Bedarfsfall werden dann erforderliche Maßnahmen ergriffen, wie das Heraussuchen der diensthabenden Apotheke und/oder dem diensthabenden Hausarzt bzw. -ärztin oder auch die Inanspruchnahme des „24 Bereitschaftsdienstes der Leitung". "Vorausschauen und Regulierung von akuten Ereignissen" erfolgen hierbei im Sinne von Vitalzeichenkontrolle, Vorbereitung oder Durchführung von Urin- und Blutuntersuchungen, um die ***Arztvisite vorzubereiten***. Die (Akut-) Situation wird in Ruhe gesteuert, dazu tragen die ***individuellen Notfallleitlinien*** bei, da in diesen explizit beschrieben ist, welche individuellen Maßnahmen im Fall eines akuten Ereignisses ergriffen werden sollen. Jede ***durchgeführte Maßnahme wird dabei evaluiert***. Wenn ein Bewohner oder eine Bewohnerin ins Krankenhaus eingewiesen wird, können alle notwendigen Unterlagen mitgegeben werden, da der Notfallbogen, die Vorsorgevollmacht etc. nach einem ***"Ampelpunktesystem"*** in einem speziellen Ordner zusammengeführt sind. Die konkrete Betreuung des Bewohners/der Bewohnerin im Krankenhaus wird individuell je nach Beteiligung der Angehörigen gestaltet. Für einen Informationsaustausch mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses bestehen keine Regelungen und Vorgehensweisen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in dieser Einrichtung äußern den Wunsch, die Bewohnerinnen und Bewohner so lange wie möglich in der Einrichtung zu versorgen, denn "die Bewohner kommen nach dem Krankenhausaufenthalt mit negativen Veränderungen zurück: geschwächt, Essensaufnahme ist zurück gegangen, Mobilisation, Toilettengänge klappen nicht mehr" oder "die Menschen kommen ungepflegt und verwahrlost aus dem Krankenhaus, meistens ohne Entlassungsbrief". Zudem könnte aus deren Sicht die Versorgung von Bewohnern und Bewohnerinnen nach Ausschluss einer Fraktur auch im Heim erfolgen.

Für neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen existiert ein ***Einarbeitungskatalog*** in der Einrichtung mit ***Checklisten und Standards***, die durch erfahrene Pflegefachkräfte, die die Einarbeitung leiten, umgesetzt werden. Die Einarbeitungsphase beträgt drei bis sechs Monate je nach persönlichem Bedarf der neuen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen bis deren Arbeitssicherheit erreicht ist.

Von der Leitung werden Wünsche aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erfragt und entsprechende motivationsfördernde ***Fortbildungen*** angeboten: „Alle sind weitergebildet in Validation: der Hausmeister und die Küchenmitarbeiter…" (bis zu 14 Personen haben zusätzliche Fachkompetenzen erworben). In dieser Einrichtung wird täglich bis 22:30 Uhr ein ***„Nachtcafe"*** für die Bewohner und Bewohnerinnen angeboten.

Als Besonderheit besteht die Möglichkeit, ***spezifische medizinisch-pflegerische Tätigkeiten*** durchzuführen: EKG, Ultraschall (steht ein Arztzimmer zur Verfügung), Antibiotikagabe, Portversorgung, Wundversorgung, Katheterwechsel, Drainagenversorgung, Periduralanästhesie, Infusionen subcutan, Blutabnahme, Injektionen, Comburtest (Urintest). Es erfolgen ***regelmäßig Arztvisiten*** in einem mit erforderlichen medizinischen Geräten ausgestatteten ***Arztzimmer innerhalb der Einrichtung***.

c) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird in dieser Einrichtung über Fallbesprechungen gefördert:

- ***"Hermeneutische Fallbesprechungen"*** finden einmal im Monat unter Leitung eines Arzte/einer Ärztin statt.
- Für ein ***„ethisches Konsil"***, treffen sich die Pflegenden, Hausärzte und -ärztinnen, Fachärzte – und ärztinnen, Apotheker bzw. Apothekerin alle vier bis sechs Monate und führen die erforderlichen Besprechungen durch, die auf Versorgungsmaßnahmen sowie die Pflegeplanung und Evaluation des Alltags ausgerichtet sind. Die Auswahl der Themen liegt bei den Beteiligten und wird nach Dringlichkeit festgelegt. Das Thema wird in der Folge beim nächsten Treffen erneut aufgegriffen und reflektiert. Von den Ärzten bzw. Ärztinnen werden die allgemeinen medizinischen Themen übernommen und vorgetragen.

Die erstellten Protokolle dieser Fallbesprechungen werden in die Akte der Bewohnerin/ des Bewohners eingeheftet, damit diese für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich sind.

Diese Einrichtung ist charakterisiert durch eine enge ***Zusammenarbeit mit den Ärzten und Ärztinnen***. ***Informationen werden zum Beispiel täglich gebündelt und telefonisch zu vereinbarten Zeiten in die Praxis weitergegeben***: „Wir versuchen denen (Ärzten, Ärztinnen) entgegen zu kommen, dass nicht jede anruft, sondern dass wir einfach sammeln". Dieses ***Verständnis für die Arztpraxissituation*** wird von der Leitung der Einrichtung gefördert und von den Ärzten und Ärztinnen geschätzt. Darüber hinaus bestehen geplante ***regelmäßige Besuche der Fachärzte bzw. Fachärztinnen*** z.B. aus den Bereichen Neurologie, Gerontopsychiatrie, Orthopädie, palliative Medizin. Eine ***24-Stunden Apothekenbetreuung*** ist gegeben und damit ein schnelles Handeln bei Medikamentenveränderungen gewährleistet.

Ergänzend gibt es ein ***„verlässliches" Therapieteam***, das nach Absprache mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in einem entsprechend ausgestatteten Praxis-/ Übungsraum arbeitet. Für das Ziel einer guten Zusammenarbeit besteht eine ***gemeinsame Dokumentation***, darüber hinaus ein enger ***Austausch über Fördermöglichkeiten*** der Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Angehörigen werden ebenfalls in den Alltag eingebunden, indem sie etwa vier bis sechs Wochen nach dem Einzug eines Bewohners/ einer Bewohnerin zu einem ***Reflexionsgespräch*** eingeladen werden. Hierfür besteht wiederum eine ***Checkliste für die Einschätzung in der Eingewöhnungsphase*** des Bewohners/ der Bewohnerin. Die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuern sei allerdings eher schwierig, da diese meistens wenig Zeit haben und zum Teil auch „keine Notfallleitlinien ausfüllen".

Einrichtung II
Anzahl der Wohnplätze 111

a) Gegebenheiten der Einrichtung

Knapp 2/3 neuer Bewohner und Bewohnerinnen werden über die einrichtungsinterne Kurzzeitpflege-abteilung in die Einrichtung aufgenommen. Ab dem ersten Tag werden umfassend Informationen über den Bewohner/ die Bewohnerin gesammelt zu Erkrankungen, Medikamenten oder Therapien des Bewohners/ der Bewohnerin. Die Aufnahme von Menschen mit demenziellen Erkrankungen erfolgt entweder von zu Hause aus, über ein Krankenhaus oder auch über die Psychiatrie.

Die Angehörigen sind bei der Aufnahme direkt beteiligt. Sie sind oft „aufgelöst und brauchen selber Unterstützung". Wenn es sich um einen geplanten Umzug handelt und der Bewohner/ die Bewohnerin direkt in einen Wohnbereich einzieht, dann ist die Betreuung bereits geregelt oder in der Beantragung. Es gibt in diesen Situationen in der Regel eine Person, die sich um den Menschen "kümmert".

Die Patientenverfügung und die Wünsche der Person stellen in dieser Einrichtung beim Einzug kein vorrangiges Thema dar. Liegen Patientenverfügungen vor, werden diese ggf. von den Angehörigen selbst mitgebracht. Über die Wünsche der Bewohner/ Bewohnerinnen bezüglich einer Krankenhausaufnahme findet in der Regel kein Austausch zwischen den Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen und Angehörigen statt. Anders zeigt sich dies in Palliativsituationen da hier Patientenverfügungen ein „Muss" darstellen, um im Fall eines akuten Ereignisses rechtlich abgesichert zu sein.

Die Organisation des Einzugs ins Altenheim und die entsprechenden Vorgespräche werden von einem Sozialarbeiter/ einer Sozialarbeiterin durchgeführt.

b) Pflegealltag

In dieser Einrichtung sind alle Pflegenden für alle Bewohner und Bewohnerinnen Ansprechpartner. Für jeweils acht Bewohner/ Bewohnerinnen ist eine examinierte Bezugspflegefachkraft für eine Woche zuständig.

In der Einrichtung können einzelne ärztlich-pflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden wie abhören, abtasten, subcutane Infusionen, Wechsel des Urindauerkatheters, orale Medikamentengabe, absaugen des Tracheostomas, Wundversorgung, Schmerzmanagement, Portversorgung und kleine chirurgische Eingriffe. Im Haus können Medikamente nicht intravenös verabreicht werden. Ein suprapubischer Katheterwechsel ist nur durch einen Urologen/ eine Urologin möglich. Es gibt kein Arztzimmer und keine Geräte oder Instrumente, um einfache diagnostische Untersuchungen vor Ort durchzuführen. Für die Klärung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind Krankenhauseinweisungen nicht unüblich.

In Notfällen wird immer der Notarzt verständigt. Leitlinien für Krankenhauseinweisungen, Prophylaxen und Abläufe bestehen in diesem Haus ausschließlich für Notfälle. Die Einschätzung eines akuten Notfalls bleibt den Pflegefachkräften überlassen. Diese Kompetenz bringen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch ihre Ausbildung mit, sie erhalten dafür keine Fort- oder Weiterbildung. Für den Notfall existiert eine ***Notfallbox***, die Aufklärung zur Anwendung wird von den Ärzten oder Ärztinnen einmalig erbracht. Je nach Situation werden Bewohner und Bewohnerinnen bei einer Krankenhauseinweisung bis zum Krankenhaus begleitet, meistens von Angehörigen aber auch von Auszubildenden oder einem Fahrer.

Neben sogenannten ***Mikroübergaben*** (Aktuelle Veränderungen von Schicht zu Schicht) erfolgen auch ***Makroübergaben*** (Verlauf eines Falles über längeren Zeitraum). Über die genauen Abläufe der Übergaben zwischen examinierten Pflegenden und Hilfskräften konnten die Interviewten sich nicht äußern. Ereignisse im Tagesgeschehen werden nicht immer vollständig dokumentiert, da für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eine ***mündliche Übergabe*** über die Veränderungen oftmals ausreichend erscheint. Die ***Einarbeitung neuer Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen wird über die examinierten Pflegefachkräfte*** im Haus gewährleistet.

Laut Leitung stehen die ***Leitungskräfte hinter den Pflegenden***, um den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen den Rücken zu stärken. Eine geplante Einweisung erfährt die Leitung ein paar Tage im Vorhinein, bei ungeplanten Einweisungen ruft die jeweilige Abteilung an und berichtet über den „Notfall". Manchmal erhält die Leitung auch die Information über eine Krankenhauseinweisung eher zufällig, wenn der Notfallambulanzwagen vorfährt.

Weitere von der Leitung genannte Gründe für Krankenhauseinweisungen sind die ***rechtliche Absicherung*** der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die Überforderung der Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen, Pflegefehler oder auch Angehörigenwünsche.

c) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Seit 2009 bestehen in dieser Einrichtung ***Kooperationsverträge mit der AOK, der Knappschaft und der Barmer Krankenkasse*** für eine intensivere hausärztliche Versorgung. Damit ist eine ***erhöhte Erreichbarkeit der Hausärzte und Hausärztinnen*** verbunden. Bei den entsprechenden krankenkassenversicherten Bewohnern und Bewohnerinnen können die vermehrten ärztlichen Leistungen abgerechnet werden. Regelmäßige Besuche der Hausärzte/ -ärztinnen gibt es in dieser Einrichtung sonst höchstens einmalig im Quartal, obwohl laut Leitung die Hausärzte/ -ärztinnen in dieser Stadt „gut organisiert" sind. Fachärztliche Hausbesuche erfolgen bei bestimmten spezifischen ärztlichen Eingriffen wie das Entfernen einer Klammernaht, wobei so genannten ***„Sammel-Besuche"*** für mehrere Anliegen der Vorzug gegeben wird. Einmal jährlich veranstaltet die Einrichtung selbst eine ***Gesundheitswoche*** um Seh-, Hörtest und Zahnbehandlungen anzubieten. Die ***Zusammenarbeit mit einem palliativen Netzwerk und mit den Neurologen*** wird von den Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen als deutlich positiv erlebt, da der regelmäßige Einsatz und die ***Erreichbarkeit der Ärzte und Ärztinnen*** „gut funktioniert".

Die Kommunikation mit den Hausärzten/ –ärztinnen wird von den Pflegenden als schwierig erlebt, wobei das Problem der schlechten Erreichbarkeit vorrangig genannt wird. Laut Leitung gibt es Probleme, da die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht immer einschätzen können, in welchem Fall ein Anruf notwendig erscheint und welche Informationen weitergegeben werden sollen. Die ***Zusammenarbeit mit der Apotheke*** funktioniert gut, weil es hier ein bestimmtes Ablaufschema gibt: Z.B. wird ein Fax an die Apotheke geschickt und nach einer halben Stunde wird das Medikament durch einen Kurierdienst geliefert. Derartige Vorgehensweisen erleichtern den Alltag.

Einrichtung III
Anzahl der Wohnplätze 144

a) Gegebenheiten der Einrichtung

Vor dem Einzug findet das Erstgespräch von einer Verwaltungsmitarbeiterin oder einem Verwaltungsmitarbeiter statt. Beim Einzug wird in dieser Einrichtung nach einer Patientenverfügung gefragt. Erfolgt eine Krankenhauseinweisung, wird auf die Weiterleitung von Vollmachten ins Krankenhaus geachtet, um mitzuteilen, wer als Betreuungsperson in die Durchführung der Maßnahmen einwilligen darf. Hauptsächlich wird mit einem bestimmten Krankenhaus gearbeitet, das in unmittelbarer Nähe liegt. Die Bewohner/ Bewohnerinnen bis zur Klinik zu begleiten, ist personaltechnisch schwierig, dies wäre nach Meinung der Interviewten eher die Aufgabe der gesetzlichen Betreuungspersonen oder würde vom sozial-kulturellen Dienst des Hauses übernommen.

In der Einrichtung können Abstriche, Blutabnahmen, Blutdruck- und Blutzuckermessungen sowie allgemeine ärztliche Untersuchungen durchgeführt werden. Es gibt keine speziellen Räumlichkeiten im Haus für die Ärzte und Ärztinnen. Einmal pro Woche erfolgen erforderliche Besuche von einem bestimmten ***Hausarzt, der für 60 % der Bewohner und Bewohnerinnen im Haus zuständig ist***.

Bei Eintritt eines akuten Ereignisses wird im ersten Schritt der Hausarzt/ die Hausärztin kontaktiert, da er/ sie den Bewohner/ die Bewohnerin kennt. Die Entscheidung wann und ob der Arzt/ die Ärztin informiert wird, liegt bei den examinierten Fachkräften. Liegt eine Einweisung des Hausarztes/ der Hausärztin vor, soll der Bewohner/ die Bewohnerin ins Krankenhaus gebracht werden. In die Entscheidungsfindung bezüglich der Zustandsverschlechterung von Bewohnern oder Bewohnerinnen werden zum Teil auch die Pflegedienstleitung oder andere Pflegefachkräfte einbezogen.

b) Pflegealltag

In der direkten Pflege sind Altenpfleger und -pflegerinnen, Kranken- und Gesundheitspflegern/ -pflegerinnen, sowie Kinderkrankenpflegerinnen und Pflegehelferinnen tätig. Die Leitungsebene besteht aus Kranken- und Gesundheitspflegern/ -pflegerinnen. In jedem Wohnbereich ist immer eine examinierte Fachkraft anwesend. Der Nachtdienst wird über drei Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen abgedeckt, wobei immer eine examinierte Fachkraft eingeteilt ist, manchmal auch zwei. Eine Nachtwache ist für 40-45 Bewohnerinnen/ Bewohner zuständig. Medikamente werden nachts von einer Fachkraft gestellt. Im Altenpflegeheim wird die Behandlungspflege oder medizinische Pflege in Regel „nicht gut“ vergütet, deswegen werden diese Tätigkeiten z.B. bei einer akuten Versorgung nicht gerne übernommen.
Die interne Fortbildung erfolgt auf Initiative der Pflegedienstleitung. Dabei finden für die Einschätzung der Kompetenzen der Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen keine Instrumente Anwendung. Während der Fallvorstellung im Rahmen des Fokusgruppeninterviews stellten die Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen die eigene Beobachtungskompetenz in Frage und kamen zu dem Schluss: Die explizite Beobachtung und deren Dokumentation hätten in diesem Fall die Krankenhauseinweisung vermeiden können.

c) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Mit den nahegelegenen ***fachärztlichen Praxen*** besteht eine enge Zusammenarbeit – „die Erreichbarkeit ist für einen Arztbesuch ein Vorteil“. Neurologenbesuche sind in dieser Einrichtung nur sehr sporadisch.

Es existiert ein ***Integrierter Versorgungsvertrag*** mit der Bundesknappschaftskrankenkasse für niedergelassene Ärzte bzw. Ärztinnen, in dem die Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen anders geregelt ist. In diesem Fall bestehen sowohl ein Netzwerk der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen als auch für Pflegende die Möglichkeit, diese ***rund um die Uhr zu erreichen***. Dieser Vertrag richtet sich ausschließlich an Versicherte der Knappschaft – Krankenkasse.

Die Zusammenarbeit mit dem ***Netzwerk für Palliativ-Medizin*** wird von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen positiv empfunden. Die Ärzte und Ärztinnen sind gut zu erreichen und engmaschiger vor Ort anwesend. Demzufolge können z.B. intravenöse Infusionen im Haus durchgeführt werden. Die Bewohnerinnen/ Bewohner müssen nach Angaben der Interviewten auch nicht mehr zum Sterben ins Krankenhaus eingewiesen werden.

Hausärzte/ -ärztinnen sind in der Regel schwer erreichbar. Die Informationen werden vom Praxisteam wohl nicht immer an die Ärzte weitergeleitet, deshalb müssen Pflegende ggf. mehrmals anrufen, was sich wegen der sowieso knapp bemessenen Zeit als sehr mühsam darstellt.

Die Einrichtung ***arbeitet eng mit einer Apotheke*** zusammen – „Rezepte werden gefaxt und ein paar Stunden später bekommt man die Medikamente“. Der separate Medikamentenstellraum ermöglicht, dass „es in Ruhe, in konzentrierter Form und schneller abläuft, Medikamente zu stellen“. Es gibt auch einen ***Medikamentenvorrat*** mit Antibiotika, Schmerzmedikation, Herzpräparaten im Haus und der Hausarzt/ die Hausärztin kann auf diese Medikamente zugreifen. Dort sind gerade auch Medikamente vorhanden, die eine Krankenhauseinweisung evtl. vermeiden können. So kann z.B. eine Antibiotikatherapie durchgeführt werden, sofern ein Intravenöser Zugang vorhanden ist. Subcutane Injektionen und Infusionen gehören in dieser Einrichtung zum Alltag. Zum Legen eines Blasendauerkatheters schickt eine urologische Praxis eine Pflegefachkraft und „sonst im Notfall machen wir das auch natürlich selbst, ein Katheter-Set haben wir im Haus ja klar... für die Notfälle“.

Die Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen sind verpflichtet, ***wöchentlich eine Fallbesprechung*** durchzuführen. Bei Bedarf kann dies sogar jeden Tag erfolgen. Leitlinien oder Modelle für eine Krankenhauseinweisung sind nicht vorhanden, hier wird nach den Erfahrungen der Beteiligten gehandelt.

Um den Informationsfluss zu gewährleisten und um Pflegefehler zu vermeiden, wird versucht, im Wochenverlauf die gleichen Personen zu versorgen, dies unterstützt die Zusammenarbeit zwischen Pflegehilfskräften und examinierten Kräften bei den täglichen Schichtübergaben. Es existiert auch ein ***Übergabebuch***, in dem meistens akute Ereignisse und Auffälligkeiten der Bewohnerinnen/ Bewohner vermerkt werden. Dieses Übergabebuch wird auch von den Pflegehelfern/ -helferinnen gelesen und bei Unklarheiten wird bei den Pflegefachkräften nachgefragt. Bei Infektionen wird vom Arzt entschieden, ob eine Antibiotikatherapie im Altenheim durchgeführt oder der Bewohner/ die Bewohnerin sofort ins Krankenhaus eingewiesen werden soll. Nach dem Arztgespräch besteht die Möglichkeit, Angehörige anzusprechen, um ggf. die Einwilligung für eine Krankenhauseinweisung einzuholen. Wenn eine Krankenhauseinweisung über den notärztlichen Dienst erfolgte, werden die Angehörigen in der Regel erst am nächsten Tag benachrichtigt.

Die Verabreichung verordneter Bedarfsmedikation ist schwierig, da diese für vorab bestimmte Indikationen verschrieben wird und Pflegefachkräfte diese nicht für andere Indikationen verwenden darf. Häufig ist die Nachfrage bezüglich dieser Verordnung ein Grund für eine Eskalation der Kommunikation zwischen Hausarzt/ Hausärztin und Fachkraft. Die Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten wird generell als schwierig beschrieben, da die Pflegenden offenbar eine

„untergeordnete“ Rolle haben. Nach Meinung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kann eine gute Kommunikation durch "Vertrauen vom Arzt auch selber aufgebaut werden".

Für die Qualifikationsförderung der Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen werden unterschiedliche ***Fortbildungen***, wie z.B. Stoma-, Tracheostomaversorgung oder Umgang mit Medikamenten angeboten. Es existiert ein ***hausinterner Katalog***, wonach sich die Pflegenden bei der Pflegedienstleitung melden können und die Genehmigung für eine Fortbildung erhalten. Eine ***interne Fortbildung*** wird dann veranstaltet, wenn sich aus der Praxis ein Bedarf ergibt. Externe Fortbildungen werden eher als nicht nützlich für Alltag beschrieben. Spezielle Schulungsprogramme für akute Erkrankungen wurden bisher nicht durchgeführt. Da mit einer festen Apotheke zusammengearbeitet wird und regelmäßig der Medikamentenbestand in der Einrichtung von dieser überprüft wird, regen die Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen selbst eine Fortbildung an.

Einrichtung IV
Anzahl der Wohnplätze 40

a) Gegebenheiten der Einrichtung

Hier handelt es sich um eine Einrichtung mit ***Unterbringungsbeschluss***. Die Einrichtung legt in ihren zwei Bereichen mit insgesamt 44 Betten den Schwerpunkt auf Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Die Schichtbesetzung der Einrichtung sieht im Frühdienst fünf Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen insgesamt vor, zwei davon sind examinierte Pflegefachpersonen. Im Spätdienst arbeiten eine examinierte Pflegefachperson und drei Pflegehelfer/ Pflegehelferinnen, eventuell steht noch zusätzlich eine Praktikantin/ ein Praktikant zur Verfügung. Der Nachtdienst ist mit einer examinierte Pflegefachperson und einem Pflegehelfer bzw. einer Pflegehelferin besetzt.

Die geplante Dienstbesetzung kommt häufig nicht zu Stande, da wegen vieler Krankheitsfälle und Urlaubszeiten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen immer wieder ausfallen. Das Verhältnis zwischen Pflegefachpersonen und Pflegehelfern/ Pflegehelferinnen liegt bei 50 % zu 50 %. "Eine gute Besetzung für den Frühdienst wäre mit fünf Mitarbeitern, zwei Praktikanten und einem Schüler aus der Altenpflegeschule“, was nur selten der Fall ist. Am Wochenende besteht die Möglichkeit, Unterstützung von der Leitung einzuholen. Die Einrichtung orientiert sich an den ADL-s und der Hilfebedarf bzw. die Pflegesituation werden anhand eines ***Fragebogens*** während des ***ersten Gespräches durch den Sozialdienst*** erhoben. Die ***Bezugspflege*** richtet sich vom Einzug bis zum Ende auf weitere Aufgaben wie Pflegepläne zu erstellen oder Ansprechpartner/ Ansprechpartnerin für Angehörige/ Betreuende zu sein. Die Aufgabe der Leitung besteht unter anderem darin 1) nahe am Geschehen zu sein 2) präventiv die Gefahr einer potentiellen Einweisung zu erkennen und 3) im Prozess ***der Entscheidung die Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen zu unterstützen***. Die Entscheidung für eine Krankenhauseinweisung liegt vorrangig bei dem Arzt/ der Ärztin, aber auch bei dem Betreuer/ der Betreuerin oder den Pflegefachkräften. In diesem Jahr sind drei neue Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen hinzugekommen, was einerseits gut ist, andererseits „muss man Zeit für die Einarbeitung haben“ so die Leitung. Die ***Dokumentation wird von der Leitung jeden Morgen gesichtet***, die ***Schichtübergaben finden am PC statt***. Vorhandene Patientenverfügungen werden in einem Ordner abgeheftet, der allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zugänglich ist. Zusätzlich steht ein ***Dokumentationsordner für den Austausch mit der Physiotherapie zur Verfügung***.

Es gibt nach Angabe der Interviewten keine medizinischen Untersuchungsmöglichkeiten im Haus. Manchmal kommt der Arzt/ die Ärztin mit einer mobilen Einheit und führt erforderliche Untersuchungen durch. Einige medizinisch-pflegerische Maßnahmen werden von verschiedenen Diensten durchgeführt. Der Wechsel des Blasenkatheters (TUK) erfolgt im Haus durch examinierte

Pflegefachkräfte, der Wechsel eines suprapubischen Katheters hingegen durch einen Urologen/ eine Urologin. In der Einrichtung können subcutane Infusionen gelegt werden, jedoch keine intravenösen Antibiotikagaben. Orale Medikation „kann man geben, intramuskuläre Injektionen aber nicht sicher“. Die Leitung gibt auch an: "Freiheitsentziehende Maßnahmen werden fortlaufend durchgeführt, wenn der Bewohner sich ständig gefährdet oder wenn die Angehörigen nicht mitmachen“.

In der Einrichtung wird die Qualifikation der Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen durch Fortbildungsangebote und einem bestehenden Projekt ***"Mitarbeiter lernen voneinander"*** gefördert. Innerhalb dieses Projektes werden Erfahrungen und Kompetenzen ausgetauscht und so können die "Mitarbeiter voneinander lernen". Fortbildungen im Palliativbereich sowie die ***Zusammenarbeit mit den Palliativärzten/ Palliativärztinnen*** fördert die ***"End of life""-Pflege***, so die Interviewpartner/ partnerinnen. Es werden zurzeit ***Weiterbildungen zu Sturz, Schmerz, Sicherheit, Lagerung, Kinästhetik, Medikation, somatische Erkrankungen, Palliative Pflege, Basale Stimulation***“ für die Pflegekräfte organisiert und durchgeführt. Die ***Zusammenarbeit mit dem Physiotherapeuten*** fördert zur Stärkung der beiden Kompetenzen.

b) Pflegealltag

Am Einzugstag des Bewohner/ der Bewohnerin werden innerhalb von ***24 Stunden Assessments, Beratungsgespräche und eine Hausbesichtigung*** durchgeführt. ***Das erste Aufnahmegespräch*** erfolgt meistens mit den Angehörigen durch den Sozialdienst des Hauses. Da in dieser Einrichtung ein Unterbringungsbeschluss den Anlass für den Einzug darstellt, sind ***Betreuungs- und Vorsorgevollmachten*** eine Voraussetzung für die Aufnahme. Die Patientenverfügung ist in der Regel jedoch kein Thema beim Erstgespräch. Nach dem Erstgespräch wird der Allgemeinzustand des Bewohners/ der Bewohnerin erhoben. Die Pflegeplanung wird dann unter Zuhilfenahme der Expertenstandards von der examinierten Pflegekraft erstellt. Nach 14 Tagen erfolgt eine ***Pflegevisite durch die Pflegedienstleitung, um zusammen mit den Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen die erste Phase des Einzuges zu evaluieren***. Nach sechs Wochen werden auch die ***Angehörigen zu einem Integrationsgespräch*** zum Stand der Dinge eingeladen.

Für den Fall einer Veränderung des Gesundheitszustandes wird im Vorfeld geklärt, ob die Person sich in der palliativen Phase befindet und ob sie ins Krankenhaus eingewiesen werden soll oder nicht. Auffälligkeiten werden von Pflegehelfern/ -innen dokumentiert, die Fachkraft wird darüber informiert und die vorhandenen Symptome werden im Alltag weiter beobachtet. Die Schichtleitung ist für die Informationsweitergabe zur nächsten Schichtleitung zuständig. Auffälligkeiten werden auch mit dem Arzt/ der Ärztin kommuniziert, die dann eine Entscheidung hinsichtlich einer Behandlung im Haus, mittels einer Überweisung für eine Untersuchung oder für eine Krankenhauseinweisung treffen. ***Bei einer geplanten Krankenhauseinweisung wird für eine Begleitung des Bewohners/ der Bewohnerin gesorgt.*** Hierfür kommen Angehörige, Betreuende, Praktikanten/ Praktikantinnen oder Ehrenamtliche in Betracht. „Mal mehr mal weniger“ finden geplante Einweisungen in die auf dem Gelände liegende psychiatrische Abteilung statt. Als Gründe werden „Aggressivität, Unruhe, Einstellung der Medikamente oder auch Verweigerung der Einnahme der Medikamente“ genannt. Gründe für ungeplante Krankenhauseinweisungen sind akute Ereignisse wie Lungenentzündung oder der Verdacht auf Herzinfarkt. In diesen Fällen äußern die Interviewteilnehmenden, es sei "… schwierig, eine Notfallsituation zu steuern, da die ärztlichen Vorgehensweisen unterschiedlich sind“. Pflegende meinen, ein „Sturz ist ganz speziell“ und im Fall einer Platzwunde wird aufgrund der eigenen Sicherheit der Bewohner/ die Bewohnerin ins Krankenhaus

überwiesen“. Unmittelbar nach einer ungeplanten Krankhauseinweisung erfolgt zuerst die Information an den behandelnden Arzt/ die Ärztin, dann an den gesetzlichen Betreuenden“. "Im Fall der Patientenverfügung gegen eine Krankenhauseinweisung findet ein Gespräch zwischen Hausarzt und gesetzlichem Betreuer statt.“ Die Bewohner/ Bewohnerinnen werden meistens ohne Begleitung ins Krankenhaus gebracht. In dieser Einrichtung erfolgen selten Krankenhauseinweisungen über den Notarzt/ -ärztin. In diesen Situationen „sollen Überweisungsbogen mitgegeben werden und die Sanitäter werden verbal auf die Auffälligkeiten aufmerksam gemacht, welche sie dann im Krankenhaus weitergeben sollen“.

Neue Mitarbeiter/innen werden in dieser Einrichtung engmaschig begleitet. Die ***Einarbeitungscheckliste*** sieht eine sechswöchige Einarbeitungszeit vor. Abschließend findet ein ***Gespräch über den weiteren Bedarf*** statt. Wenn neue Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen das erste Mal einen Dienst übernehmen, besteht die Möglichkeit, über das Handy die Leitung zu erreichen. Die Zeit der Einarbeitung wird im folgenden Zitat deutlich: "Nach zwei/ drei Wochen guter Einarbeitung können neue Mitarbeiter in der Schicht einsteigen und arbeiten, dabei liegt die Hauptverantwortung bei der Schichtleitung oder Pflegedienstleitung.“

Die wöchentlich regelmäßig stattfindenden ***anlassbezogenen Fallbesprechungen*** erfolgen mit dem ganzen Team: sozialer Dienst, wenn nötig externe Therapeuten/ -innen, Hausärzte/ -ärztinnen u.a. statt, um Maßnahmen für das Wohlbefinden der Bewohner/ Bewohnerinnen zu erarbeiten.

c) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Der Kontakt mit den Hausärzten/ -ärztinnen wird über examinierte Pflegefachpersonen hergestellt. Die ***"regelmäßigen Hausarztbesuche“*** (innerhalb der ***integrierten Versorgung der AOK***) – finden alle drei Wochen statt und werden zusätzlich „auch auf Abruf gemacht“. Hierfür liegen der Einrichtung Pläne für die Bereitschaftsdienste außerhalb der Praxiszeiten und Urlaubspläne vor. Auf diese Weise wird eine „zuverlässige Zusammenarbeit mit den Ärzten innerhalb der integrierten Versorgung“ gewährleistet. Mit manchen Hausärzten/ -ärztinnen (ohne Verträge) ist die Zusammenarbeit schwierig, da sie ihre Hausbesuche nur einmal pro Monat oder nur auf Abruf tätigen“, die Erreichbarkeit per Telefon ist meist nicht gegeben. Deswegen muss dann mehrfach in den Praxen angerufen werden, was den Pflegealltag erschwert. Die "Stadtbereitschaftsdienste der Hausärzte“ werden ungerne genutzt „weil sie die Bewohner und Bewohnerinnen nicht kennen“. Die fachärztlichen ***Besuche der Neurologie und Psychiatrie*** finden in dieser Einrichtung regelmäßig statt. Nebenan befindet sich auf dem Gelände die Psychiatrische Abteilung eines Krankhauses unter gleicher Trägerschaft, dennoch lässt sich diese Möglichkeit nur mit ärztlicher Überweisung nutzen. Die ***Zusammenarbeit mit dem Palliativmediziner/ der Palliativmedizinerin*** wird von den Interviewten positiv bewertet, obwohl diese nur einmal monatlich die Hausbesuche durchführen. Eine ***gute Zusammenarbeit besteht mit einer Apotheke***, die nachts und außerhalb der Arbeitszeiten gut erreichbar ist.

Die Kommunikation mit dem gesetzlichen Betreuer/ der Betreuerin wird von den Pflegefachpersonen der Einrichtung als eher unbefriedigend erachtet, da diese nicht gut zu erreichen sind. ***Für Angehörige werden zweimal im Jahr Abendgespräche*** angeboten, um den Stand der Dinge zu kommunizieren (Es wurden keine Aussagen getroffen, ob dieses Angebot von den Angehörigen wahrgenommen wird).

Die zuständigen Pflegenden des Krankenhauses sind schwer erreichbar und, wenn man erhält zum Teil „sperrige Informationen“ wie „Dement ist dement was sollte hier verändert werden“. Es besteht

keine Kommunikation mit dem Krankenhaus auf Augenhöhe. Versuche mit dem Krankenhaus zusammenzuarbeiten (Erarbeitung eines gemeinsamen Überleitungsbogens) sind gescheitert. Es werden oftmals keine Informationen über den Zeitpunkt des Rückkehrens der Bewohner/ Bewohnerinnen aus dem Krankenhaus gegeben und „manchmal bekommen wir es mit, von den Angehörigen, wenn sie mit dem Bewohner plötzlich vor der Tür stehen“. Nach einem Krankenhausaufenthalt sind eher negative Veränderungen bei den Bewohnern/ Bewohnerinnen zu beobachten. Meistens kehren sie mit einer Gewichtsreduktion zurück. Die Bewohner/ Bewohnerinnen und die Betreuenden äußern sich oft unzufrieden mit der Pflege im Krankenhaus, weil es z.B. häufig im Krankenhaus sehr lange Wartezeiten gibt und die Bewohner/ Bewohnerinnen dort anders gepflegt werden.

Fazit

In allen vier Einrichtungen erfolgten unterschiedliche Maßnahmen im Zusammenhang mit potenziellen Krankenhauseinweisungen. Die identifizierten Interventionen, die im Text fett hervorgehoben sind, fanden in den einzelnen Einrichtungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedener Ausgestaltung statt. Im Rahmen der weiteren Analyse wurde das Interventionsmodell entwickelt, das im Kapitel 7 (Seite 56 ff) ausführlich dargestellt wird.

6.2.2 Experteninterviews

In den Experteninterviews mit gesetzlichen Betreuungspersonen (berufliche und Angehörige), Hausärzten/ -ärztinnen und Pflegenden aus den Krankenhäusern (Pflegefachpersonen und Leitungen) wurden anhand eines Leitfragenkatalogs (Anhang 12, 13, 14) Themen angesprochen, die auf das Wissen der Experten hinsichtlich ihrer Erfahrungen und Einschätzungen bei Krankenhauseinweisungen aus Altenheimen ausgerichtet waren. In diesem Kapitel finden sich die Ergebnisse, die folgende Themen umfassen: Den Bewohner/die Bewohnerin kennen (den Willen kennen, den Gesundheitszustand kennen), im Vorfeld einer Einweisung (Entscheidungsfindung, Erreichbarkeit, Strukturen im Altenheim), Einweisung ins Krankenhaus (Überleitung, Einweisungsdiagnosen und ihr Vermeidungspotential, Diagnose Exsikkose) Koordination, Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten (Kommunikation, Informationsfluss) sowie bewährte Strukturen.

Den Bewohner/ die Bewohnerin kennen

Die Orientierung am Bewohner/ an der Bewohnerin, das heißt an deren Lebenssituation, ihrem Gesundheitszustand sowie dem (mutmaßlichen) Willen der Person erleichtert die Entscheidungsfindung und Vorgehensweise im Zusammenhang mit Krankenhauseinweisungen.

Den Willen kennen

Der festgelegte Wille des Bewohners/ der Bewohnerin z.B. in Form von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten wird von allen Beteiligten als wesentliches „Hilfsmittel“ bzw. als „roter Faden“ bei der Entscheidung für oder gegen eine Krankenhausweinweisung benannt.

Betreuer und Betreuerinnen erachten es als eine Art „Handicap“, wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Angehörige als gesetzliche Betreuer/ Betreuerinnen erzählen von Situationen, in denen die Betreuungsverfügung nicht „anerkannt“ wurde, so dass das Amtsgericht (z.B. ein Verfahrenspfleger) eingebunden werden musste. Das war für sie nicht zu verstehen.

Hausärzte/ -ärztinnen sehen sich in der Rolle eines Beraters/ einer Beraterin bei der Erstellung von Vollmachten, da sie „ihre Patienten und Angehörigen gut und lange kennen“.

Im Krankenhaus werden immer häufiger Patientenverfügungen bei der Einweisung mitgebracht und „man spricht darüber“. Die Aussagekraft von Verfügungen wird jedoch unterschiedlich bewertet, z.B. bei der Formulierung „ich will nicht an Schläuche angeschlossen werden“ muss eine Diskussion erfolgen, was dieser Wortlaut für den konkreten Fall bedeutet. Zudem würden handschriftliche Patientenverfügungen weniger Berücksichtigung erfahren.

Den Gesundheitszustand kennen

Betreuer/ Betreuerinnen haben kaum Wissen zum Gesundheitszustand ihrer Klienten und vertrauen auf die Fachlichkeit der Ärzte/ Ärztinnen und Pflegekräfte. Sie äußern aber auch, dass sie sich mehr Wissen dazu wünschen, gerade dann, wenn die Klienten ihren Willen selbst äußern können. Angehörige als gesetzliche Betreuungspersonen verfolgen den Verlauf und Zustand ihres Angehörigen unmittelbar, während Berufsbetreuer/ -betreuerinnen in dieser Phase kaum eine Rolle spielen.

Hausärzte/ -ärztinnen sind in der Regel über den Gesundheitszustand ihrer Patienten informiert. Sie suchen die Patienten entweder selbst regelmäßig auf oder werden über aktuelle Veränderungen durch das Altenpflegeheim oder Angehörige informiert. Für die Verordnung von Medikamenten finden regelmäßige, meist vom Altenpflegeheim initiierte Kontakte statt. Bestehen „besondere Gesundheitsprobleme“, erfolgt ein verstärkter Austausch zwischen den an der Versorgung Beteiligten, auch im Blick auf einen möglichen Krankenhausaufenthalt. Bei den Kontakten mit den Ärzten/ Ärztinnen steht offensichtlich die Symptomkontrolle im Vordergrund. Ärzte und Ärztinnen erwarten objektive Gesundheitsbeschreibungen durch die Pflegefachpersonen.

Bei Aufnahme ins Krankenhaus ist der gesundheitliche Zustand in der Regel stark reduziert, nach Aussage der Pflegenden im Krankenhaus bedarf es daher sowohl aktueller Informationen als auch Hinweisen auf den bisherigen Gesundheitszustand.

Im Vorfeld einer Einweisung

Die Entscheidung für oder gegen eine Einweisung ins Krankenhaus erfolgt oftmals in einer Akutsituation, die davon geprägt ist, dass „alles unter Zeitdruck“ passiert. Neben dem wichtigen Aspekt den Willen des Bewohners/ der Bewohnerin zu kennen, nehmen auch andere Faktoren Einfluss.

Entscheidungsfindung

Betreuer und Betreuerinnen haben in dieser Phase „volles Vertrauen in die Fachleute“. Sie sehen sich eher als Unterstützende im Gesamtprozess und weniger als diejenigen, die in einer akuten Situation Entscheidungen treffen. Wenn keine Patientenverfügung existiert, spielen Angehörige und die Bezugspflegenden im Entscheidungsprozess eine relevante Rolle. Letztlich liegt nach Ansicht der Betreuer/ Betreuerinnen die Entscheidung beim Arzt/ bei der Ärztin und beim Altenpflegeheim, Angehörige sind oftmals nicht involviert.

Wenn sich bei einem Bewohner, einer Bewohnerin „etwas anbahnt“ fragen Ärzte/ Ärztinnen entweder aktiv im Altenpflegeheim nach oder sie warten ab bis eine Veränderung durch die Pflegenden oder Angehörigen mitgeteilt wird. Die Einschätzung des Altenpflegeheims und die wahrgenommene Fachlichkeit beeinflussen hierbei das ärztliche Vorgehen. Das „Kennen“ der

Pflegenden im Altenheim sowie das Kennen der Bewohner/ Bewohnerinnen erleichtern nach Ansicht der Ärzte/ Ärztinnen deutlich die Entscheidung, Für eine spezifische Versorgung ist die entsprechende Qualifikation nach ärztlicher Ansicht nicht in allen Heimen durchgängig gewährleistet. Die konkrete Entscheidung für oder gegen eine Einweisung sehen manche Hausärzte und Hausärztinnen als ihre Aufgabe, andere verlassen sich auch auf Bereitschafts- und Vertretungsdienste.

Aus Sicht eines Krankenhauses findet sich der Hinweis, dass sich ein Patient, der aus dem Altenheim eingewiesen wird sich „ja bereits für die Behandlung entschieden habe, wenn er ins Krankenhaus kommt".

Erreichbarkeit

Als weiterer relevanter Einflussfaktor im Vorfeld von Krankenhauseinweisungen zeigt sich der Aspekt der Erreichbarkeit der unterschiedlichen Beteiligten, vor allem jedoch des behandelnden Arztes/ der Ärztin.

Betreuer und Betreuerinnen haben in der Regel feste Bürozeiten, so dass kurzfristige Kontakte nur selten gelingen, aber auch kein erweiterter Bedarf von deren Seite hierfür gesehen wird. Im Akutfall wird nach Aussage des Betreuers, der Betreuerin zuerst der Hausarzt/ die Hausärztin, dann die Angehörigen benachrichtigt, bei weniger akuten Ereignissen erfolgt die Mitteilung zuerst an die Angehörigen.

Ärzte und Ärztinnen sind während der Praxiszeiten mehr oder weniger gut erreichbar, manche bieten feste Sprechzeiten, andere sind jederzeit während der Öffnungszeiten per Telefon konsultierbar, wobei fest vereinbarte Anruftermine begrüßt werden. Netzwerke und Bereitschaftsdienste werden als sinnvolle Strukturen außerhalb der Praxiszeiten beschrieben, wenn es um die Erreichbarkeit von Ärzten/Ärztinnen geht. Sowohl die Ausweitung bestehender Notfall- und Bereitschaftsstrukturen als auch die Bildung neuer Strukturen wie hausärztliche Netze werden favorisiert, um eine 24h Erreichbarkeit zu gewährleisten. Die Bereitstellung von Bereitschaftsdiensten würde jedoch auch immer einen hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand bedeuten, der unzureichend refinanziert wird.

Krankenhäuser erachten es im Vorfeld der Einweisung als wünschenswert, wenn diese telefonisch angekündigt werden. Sie können sich auf die Aufnahme einstellen und erhalten erste relevante Informationen. Wenn in Aufnahmesituationen Praxen der Hausärzte/ -ärztinnen geschlossen sind, wäre für die Krankenhäuser ein erreichbarer „Heimarzt" hilfreich, um Informationen zu erhalten.

Strukturen im Altenheim

Angehörige und Betreuer/ Betreuerinnen sehen das Heim als das Zuhause für ihre Angehörigen oder Klienten/ Klientinnen und sind froh über eine rasche Rückkehr aus dem Krankenhaus.

Die Qualifikation der Pflegenden wird von Ärzten und Ärztinnen sehr unterschiedlich wahrgenommen – von „sehr gut ausgebildet" bis hin zu einer Haltung von „Verwahrung". Manche Pflegende rufen nach deren Ansicht zu schnell einen Arzt oder eine Ärztin z.B. bei Husten oder wenn jemand ausgerutscht ist. Der bestehende Personalmangel und die unterschiedliche Qualifikation in den Altenheimen z.B. auch hinsichtlich der Katheterversorgung oder der Wundversorgung werden als begleitende Umstände genannt. Pflegefachpersonen in den Altenheimen haben nach ärztlicher Meinung zum Teil „Angst vor der Verantwortungsübernahme". Die Leitungen sollten ihren Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen den Rücken stärken, wenn es um die Entscheidung für oder gegen eine

Krankenhauseinweisung geht. Ein häufiger Wechsel beim Pflegepersonal sowie bei der Leitung wirke sich zusätzlich negativ aus. Fachärzte/ Fachärztinnen sind in den Heimen und auch für die Hausärzte/ -ärztinnen kaum verfügbar, so dass Bewohner/ Bewohnerinnen auch aufgrund dieses Mangels manchmal eingewiesen werden müssen. Können grundlegende Untersuchungen vor Ort erfolgen (EKG, Ultraschall…) trägt dies aus Sicht der Ärzte/Ärztinnen zum Verbleib in der Einrichtung bei. Für die Altenheime sei es zudem wünschenswert, mit einer begrenzten Anzahl von Ärzten/ Ärztinnen zu arbeiten, sonst sei es nach Ansicht eines Arztes für die Pflegenden „chaotisch" bezüglich der Organisation. Ein Arzt spricht im Interview eine umfängliche Beschäftigung der Altenheimbewohner/ Altenheimbewohnerinnen an, um deren Lebensqualität zu erhöhen und somit das Risiko für Krankenhauseinweisungen zu senken.

Pflegende im Krankenhaus äußern, dass sie wenig Wissen haben, wie die Abläufe, Strukturen und Bedingungen in Altenheimen sind und sie sich eine Hospitation vorstellen können. Absprachen z.B. bei der Versorgung von infektiösen Patienten/ Patientinnen, werden zudem als wünschenswert angesprochen.

Einweisung ins Krankenhaus

Für die Krankenhäuser ist die Reduktion von Krankenhausweinweisungen aus wirtschaftlicher Sicht nicht nur wünschenswert. Hier stellt sich unter Umständen die Frage nach dem Anreiz, überhaupt Einweisungen aus Altenheimen reduzieren zu wollen.

Überleitung

Pflegende in Krankenhäusern äußern, dass Überleitungsbögen als „obligatorisches" Instrument nur dann hilfreich sind, wenn die Informationen und Daten aktualisiert sind, was wohl nicht immer der Fall ist. In der Akutsituation besteht die Notwendigkeit aktueller Informationen, vorrangig zum körperlichen Zustand. Oftmals fehlen konkrete Hinweise z.B. wie der Bewohner/ die Bewohnerin vorher gelaufen ist, wie seine/ ihre Mobilität etc. ist. Graubereiche sind nicht abgedeckt, die Bögen sind sehr stark standardisiert. Die Informationen der Sanitäter und Sanitäterinnen sind ebenfalls spärlich. Oft sind keine Kleidungsstücke oder persönliche Utensilien mitgegeben worden. Die Medikation stellt bei der Aufnahme und Entlassung einen wichtigen Faktor dar, der von Pflegenden im Krankenhaus aber auch von den Hausärzten/ -ärztinnen als unbefriedigend erlebt wird. Dosierung, Art der Medikamente, Verordnung etc. sind aus den Unterlagen oft nicht ersichtlich, ebenso fehlen die Gründe für die Veränderung der Medikation und Medikamente werden nicht verlässlich mit gegeben, so dass es zu Versorgungslücken kommt. Bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zeigt sich seitens der Pflegenden im Krankenhaus zusätzlich die Notwendigkeit einer Begleitperson oder zumindest einer umfassenderen Information. Praktisches wie die Beschriftung des Eigentums der Bewohner/ der Bewohnerin, werden als sehr hilfreich erachtet.

Einweisungsdiagnosen und ihr Vermeidungspotential

Werden Bewohner/ Bewohnerinnen ins Krankenhaus eingewiesen, sprechen Angehörige immer wieder als Grund von einem „körperlichen Zusammenbruch". Betreuungspersonen berichten auch davon, dass in der Sterbephase Einweisungen erfolgen, was ärztlicherseits in den Interviews kaum mehr bestätigt wird, sofern eine gezielte Palliativversorgung vor Ort erfolgt.

In den Krankenhäusern werden vorrangig körperliche Beschwerden bzw. organische Erkrankungen als Einweisungsdiagnosen genannt. Hierzu gehören Pneumonien, Infekte, Entgleisung von Blutdruck oder Blutzucker, gastroenterologische Beschwerden, Blutungen und vor allem auch Stürze.

Blutdruckentgleisungen könnten aus Sicht der Krankenhäuser bei frühzeitiger Intervention im Altenheim vermieden werden. Aus Sicht des Krankenhauses sind manche Sturzeinweisungen unnötig, da die Diagnostik auch im Krankenhaus oftmals nur klinisch erfolgt, also lediglich die Funktionsfähigkeit geprüft wird, was auch im Altenheim durch Pflegefachkräfte erfolgen kann.

Ein Sturz als Einweisungsdiagnose ist auch bei den Hausärzten/ -ärztinnen umstritten. Während es Aussagen gibt, dass zur Abklärung einer möglichen Fraktur eine Röntgenaufnahme notwendig ist, findet sich auch der gegenteilige Hinweis. Obligatorische Einweisungen nach Sturz werden aus Sicht der Ärzte/ Ärztinnen mit einem „schlechten Qualitätsmanagement" im Altenheim begründet, das vorsieht bei jedem Sturz zur Absicherung eine Röntgenkontrolle zu veranlassen. In Notfallsituationen allerdings wird in der Regel sofort eingewiesen z.B. bei V.a. Herzinfarkt, Apoplex, Fraktur.

Diagnose Exsikkose

Die Diagnose Exsikkose, als Nebendiagnose bei den DRG`s, würde im Krankenhaus rasch gestellt, denn oftmals wird diese anhand „stehender Hautfalten" vergeben, die bei alten Menschen „normal" sind. Direkt bei der Krankenhausaufnahme aus dem Altenheim tritt Exsikkose in den Fokus, zur Unterstützung der Diagnose werden dann jedoch weitere Parameter erhoben wie Inspektion der Schleimhäute, Laborwerte und der Allgemeinzustand des Patienten/der Patientin. Die Begründung dieser Diagnose wird unterschiedlich erklärt, auch abrechnungsrelevante Aspekte könnten eine Rolle spielen. Hier seien die Mediziner und Medizinerinnen in den Krankenhäusern inzwischen durch ein entsprechendes Controlling sensibilisiert. Bei der Anwendung von Trinkprotokollen oder Infusionstherapien können diese Leistungen dann abrechnungsrelevant werden. Der „Entstehungsort" der Diagnose wird angesprochen, denn auch im Krankenhaus kann es zur Exsikkose kommen. Die Wartezeiten in der Ambulanz oder der Personalmangel auf den Stationen können dazu führen.

Wenn Bewohner und Bewohnerinnen in den Einrichtungen ausreichend mit Getränken und Mahlzeiten versorgt werden, dann wären nach Ansicht eines Hausarztes Zustandsverschlechterungen vermeidbar.

Koordination, Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten

Das gegenseitige „Kennen" bzw. „Nicht-Kennen" zeigt sich beim Geschehen Krankenhausweinweisung und bei der Rückverlegung in unterschiedlicher Art. Sobald der Bewohner oder die Bewohnerin wieder ins Altenheim zurückgekehrt ist, erhalten gesetzliche Betreuer, Betreuerinnen und/oder Angehörige die Information darüber. Betreuer/Betreuerinnen äußern Vertrauen in das Altenheim, wenn das Verhältnis zwischen Pflegenden, Ärzten/ Ärztinnen und Angehörigen familiären Charakter hat. Häufige Besuche durch Ärzte/ Ärztinnen bei den Klienten werden als positiv bewertet. Damit sei man als Betreuer/ Betreuerin „auf der sicheren Seite".

Kommunikation

„Eine gute Zusammenarbeit gelingt dann, wenn die Kommunikation mit allen Beteiligten stimmt", so die Meinung eines Betreuers. Idealerweise sollte die Initiative bei der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt/-ärztin und Altenheim von beiden Seiten ausgehen.
Hausärzte und -ärztinnen äußern, dass sie sich von den Klinikärzten und Klinikärztinnen nicht „ernst" genommen fühlen. Dieses führt oftmals zu einer mangelnden Kommunikation und einer zu geringen Einbeziehung in Entscheidungsprozesse.

Wird über eine konkrete Umsetzung der Zusammenarbeit nachgedacht, müssten aus Sicht der Krankenhäuser entsprechende Strukturen geschaffen werden, was als Leitungsaufgabe erachtet wird. Eine gute Koordination fördert geeignete Strukturen der Zusammenarbeit. So wurde in einem Fall ein gemeinsamer Überleitungsbogen entwickelt. Bis zu viermal pro Jahr gab es hierfür einen Runden Tisch Gesundheit, an dem Politiker/ -innen, ein Bürgermeister, sieben Altenheime und ein Krankenhaus teilnahmen.

Informationsfluss

Aus Sicht des Krankenhauses kommen Betreuer/ Betreuerinnen erst dann ins Spiel, wenn schriftliche Zustimmungen für Untersuchungen oder Operationen notwendig werden. Die Information über die bevorstehende Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt hingegen nur selten, Betreuer und Betreuerinnen erhalten auch die Informationen über eine Einweisung in der Regel erst im Nachhinein. Manche Krankenhäuser informieren den Betreuer/ die Betreuerin auch gar nicht. Es gibt keine systematische Information über die Diagnosen der Einweisung. Und anders herum ist es offenbar ebenso schwierig für Betreuer/ Betreuerinnen einen Arzt/ eine Ärztin im Krankenhaus zu erreichen.

Wenn Pflegende im Krankenhaus Nachfragen ans Altenheim haben, können die Pflegenden dort wegen Unkenntnis und Sprachbarrieren oftmals keine Informationen geben, was auch von Betreuern/ Betreuerinnen als Problem dargestellt wird. Der Kontakt vom Krankenhaus mit dem Altenheim läuft in der Regel über den Arzt/ die Ärztin oder den Sozialdienst. Wichtig sei für ein gelingendes Miteinander, Rückmeldungen zu geben und zu erhalten, denn oftmals wissen beide Einrichtungen nicht, ob die Überleitung ausreichend oder unzureichend erfolgt war. Bei Problemen oder Unklarheiten findet der Austausch zwischen Station und Altenheim direkt statt, seltener über die Pflegedienstleitung. „Solange die Pflegeleitung nicht angerufen wird, scheint es nicht so schlecht zu sein."

In manchen Fällen informieren sich auch die Altenheimmitarbeiter/ -innen über den Zustand des Bewohners/ der Bewohnerin. „Kennt" man sich untereinander, lassen sich Absprachen auch per Telefon leichter treffen. Häufig jedoch bekommen die Pflegenden keine Auskunft auf Grund der Verschwiegenheitsverpflichtung. Diskontinuität beim Personal in den Krankenhäusern und Altenheimen, aber auch bei den Bereitschaftsdiensten erschwert eine angemessene Kommunikation.

Bewährte Strukturen

Als positiv werden die Palliativversorgung und Palliativnetzwerke bewertet. Man kann „voneinander lernen, denn keiner kann alles". Allerdings kann es nach Ansicht eines Hausarztes zu Meinungsverschiedenheiten bzgl. der Refinanzierung kommen: Während z.B. Hospize über SGB XI und SGB V finanziert würden, sei die Refinanzierung in Alteneinrichtungen deutlich geringer, obwohl auch dort (gute) Palliativversorgung stattfindet. Mit der Entwicklung von Netzwerken gilt es auch, Zuständigkeiten zu klären, das Miteinander reden wird wichtig, Wertschätzung als Grundhaltung ist zu akzeptieren. Netzwerkstrukturen können auch überstrapaziert werden, Missgunst und Honorierungsmängel sind nach Ansicht eines Hausarztes immer wieder zu verzeichnen.

Lieferdienste für Medikamente rund um die Uhr stellen einen deutlich positiven Einflussfaktor zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen dar, da hierbei frühzeitig vor Ort eine medizinische Versorgung erreicht wird, die den Gesundheitszustand des Bewohners/ der Bewohnerin verbessern kann. Die Apothekenaufsicht bzgl. der Gesamtmedikation der Bewohner und Bewohnerinnen wird von Hausärzten/ Hausärztinnen ebenfalls als hilfreich erachtet.

Fazit

Die Ergebnisse führten zu einem erweiterten Verständnis, stützten bisherige Entscheidungen im Projekt bezüglich der Schulungsthemen und gaben praxisnahe Hinweise für konkrete Handreichungen in Bezug auf Krankenhauseinweisungen. Jede der drei Perspektiven lieferte relevante und hilfreiche Hinweise. Hervorzuheben ist, dass in allen Interviews das Thema Kommunikation eine tragende Rolle im Gesamtgeschehen spielt. Häufig sind die dabei auftretenden Schwierigkeiten auch durch die bestehenden stark segmentierten Gesundheitssektoren hervorgerufen bzw. werden durch diese erhärtet.

6.2.3 Abschließende Fokusgruppeninterviews

In der Rückschau war die Wahrnehmung des Projekts bei den vier teilnehmenden Einrichtungen überwiegend positiv, alle vier würden erneut einer Teilnahme zustimmen, auch wenn der Aufwand zeitweise sehr hoch war und die Effektivität bestimmter Vorgehensweisen sich nicht immer unmittelbar erschlossen hatte. Das Projekt regte in den Einrichtungen zur Beschäftigung mit dem Thema an oder konnte in bereits initiierte Entwicklungen mit eingefügt werden. Einige Aspekte konnten als Veränderung klar benannt werden.

Blick auf den Bewohner, die Bewohnerin und die Angehörigen

In den Übergaben wurden Veränderungen im Gesundheitszustand angesprochen und frühzeitig darauf reagiert bzw. aktiv agiert. Der Blick habe sich „geschärft“ auch im Hinblick auf die Erkrankungen, die zu einem Krankenhausaufenthalt führten. Der Kontakt zu den Angehörigen hat sich intensiviert, man „holte sie mit ins Boot“, sprach sich vor einer Einweisung ab und sprach insgesamt mehr mit den Angehörigen: „Wie erleben Sie das, wie sollen wir damit umgehen?“. In einer Einrichtung wurde das Thema als Anlass für die Einführung einer Angehörigenvisite genutzt. Aber auch wenn Bewohner/ Bewohnerinnen ins Krankenhaus kamen, äußerten sich Angehörige im direkten Vergleich dazu dem Altenheim gegenüber wertschätzend.

Bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus stand die Erfassung des Gesundheitszustands im Vordergrund, es war und ist eine erhöhte Aufmerksamkeit gefordert. Die Überleitung stellte dabei nach wie vor ein Problem dar, der Informationsfluss war oft unzureichend zwischen den Institutionen. Der Wundstatus wurde vor und nach dem Krankenhausaufenthalt erfasst, um Veränderungen festzuhalten.

Kompetenzsteigerung bei den Pflegefachpersonen

Die Fachkräfte in den Häusern wurden nach Wahrnehmung der Interviewten „forscher“, „mutiger“, sie hinterfragen mehr – und dies vor allem auch in Palliativsituationen. Der Leitung wurde dabei eine unterstützende Funktion zugeschrieben, die auch zu mehr Sicherheit führte. Neu aufgefrischtes Wissen aus den Fortbildungen konnte teils in die direkte Versorgung eingebracht werden, indem z.B. Insulinzeiten umgestellt wurden. Das Selbstbewusstsein wurde als gestärkt beschrieben und das Projekt trug auch dazu bei, Kompetenzen in kritischem Denken und/ oder bei der Entscheidungsfindung zu fördern. Immer wieder fragten Pflegefachpersonen nach einer erfolgten Einweisung „musste das denn sein, was hätten wir anders machen können?“. Es blieb auch das Gefühl bei jeder Einweisung „Bauchschmerzen“ zu haben.

Veränderungen in der Einrichtung

Der prinzipielle Umgang mit Einweisungen hat sich geändert. Es wurde mehr nachgedacht und reflektiert, die Notwendigkeit und mögliche Vermeidbarkeit angesprochen. Mit dem Wissen aus dem Projekt konnte man anders auf diese Ereignisse schauen. Es war eine erhöhte Wachsamkeit, Aufmerksamkeit zu verzeichnen. Während bisher eher haftungsrechtlich gehandelt wurde, fand nun eher eine Orientierung am Bewohner, der Bewohnerin statt. Die Einrichtungen gingen nach ihren Angaben mit Stürzen anders um. Vor Ort fand vermehrt eine Prüfung auf Funktionalität durch eine Pflegefachkraft statt, eine Einweisung erfolgte nicht mehr standardmäßig, sondern nur bei entsprechender Symptomatik. Es wurde mehr reflektiert, was der Bewohner benötigt oder braucht. Insgesamt richtete sich der Blick mehr auf die Vermeidung von Einweisungen. Im Vorfeld wurde zum Teil das Thema „Notfall“ angesprochen, systematisch erfolgte dies allerdings nur in einer Einrichtung. In den verschiedenen Besprechungsrunden wurden Veränderungen der Bewohner und Bewohnerinnen stärker thematisiert. Die Standards zu Schmerz und Sturz wurden konsequenter eingeführt und aufgefrischt hinsichtlich der Vermeidbarkeit von Einweisungen. Auch wurden Instrumente für die Entscheidungsfindung entwickelt, in einer Einrichtung wurde auch weiterhin eine selbst entwickelte Notfallleitlinie genutzt.

Zusammenarbeit

Mit den Hausärzten/ -ärztinnen und der Apotheke wurde die Zusammenarbeit als gut eingeschätzt, die Erreichbarkeit von Fachärzten/ -ärztinnen hingegen wurde nach wie vor bemängelt. Eine überschaubare Anzahl an zuständigen Hausärzten oder Hausärztinnen wurde von den Einrichtungen als hilfreich erachtet. Ebenso waren verlässliche ärztliche Visitenzeiten von hoher Bedeutung. Gesetzliche Betreuungspersonen nahmen ihre Funktion nicht immer ausreichend wahr und in einer Einrichtung wurde daraufhin auch das Amtsgericht informiert, um Veränderungen zu erwirken. Der Kontakt mit dem Krankenhaus blieb schwierig, auch zwischen Klinikärzten/ -ärztinnen und Hausärzte/ -ärztinnen klappte die Kommunikation nicht zuverlässig. Es wurde konstatiert, dass die Initiative zum Erhalt von Informationen aus dem Altenheim kommen muss, „sonst würde es nicht klappen“. Auch wenn der Wunsch nach Zusammenarbeit von Klinikleitungen signalisiert wurde, war die Umsetzung offenbar kaum möglich. Die Nutzung eines ärztlichen Untersuchungszimmers hatte sich intensiviert bzw. wurde selbstverständlicher genutzt. Krankenhäuser waren nach wie vor unzureichend auf alte und an Demenz erkrankte Menschen eingestellt.

Fazit

Es finden sich zahlreiche Hinweise auf eine positive Entwicklung, die auch für andere Alteneinrichtungen hilfreich sein können. Die konstruktiv kritischen Anmerkungen bezüglich der Projektdurchführung werden in weiteren Projektplanungen einfließen. Die Entscheidung für die Erstellung einer Handreichung für die Anwendung in der Praxis wurde nochmals unterstützt. Die Themen wurden durch die Interviews bestätigt und kristallisierten sich während der Analyse noch klarer heraus.

7. Erkenntnisse aus der Datenanalyse - Kernkonzept

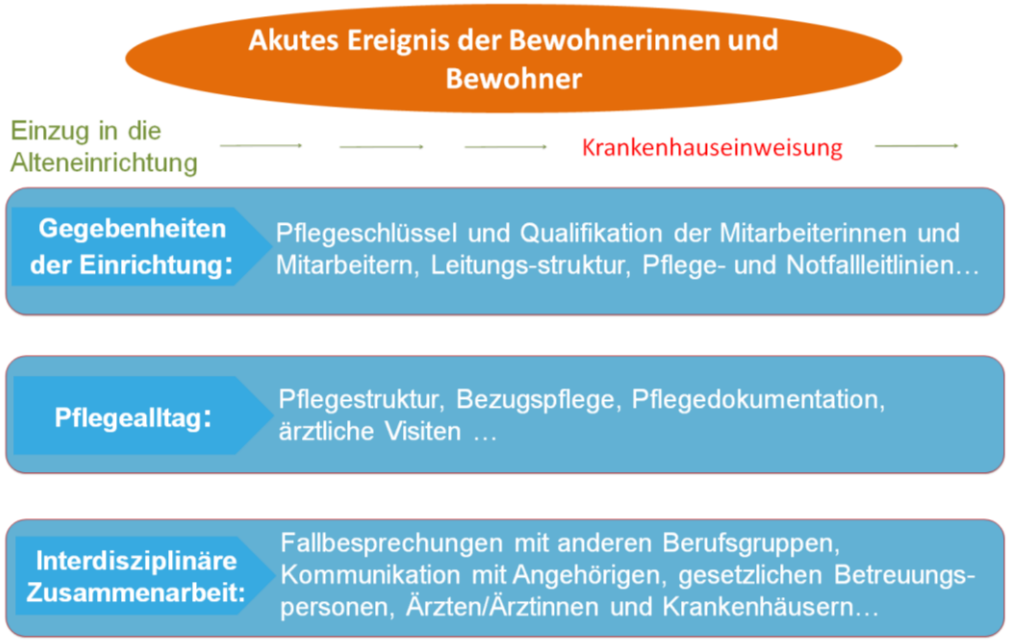
Ziel der Datenerhebung war, die Versorgungsroutine der Bewohner und Bewohnerinnen in der jeweiligen Einrichtung darzustellen, um die Einflussfaktoren auf die Krankenhauseinweisungen zu identifizieren. Diese Daten wurden durch die quantitativ erhobenen Daten unterstützt.

Die Fokusgruppeninterviews wurden mit Blick auf die Bewohner und Bewohnerinnen analysiert. Der Fokus lag dabei auf der Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen mit einem akuten Ereignis. Aus den Daten wurde deutlich, dass auf das Phänomen: „Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen mit einem akuten Ereignis“ weitere Faktoren Einfluss genommen haben:

- Gegebenheiten der Einrichtung
- Pflegealltag
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit

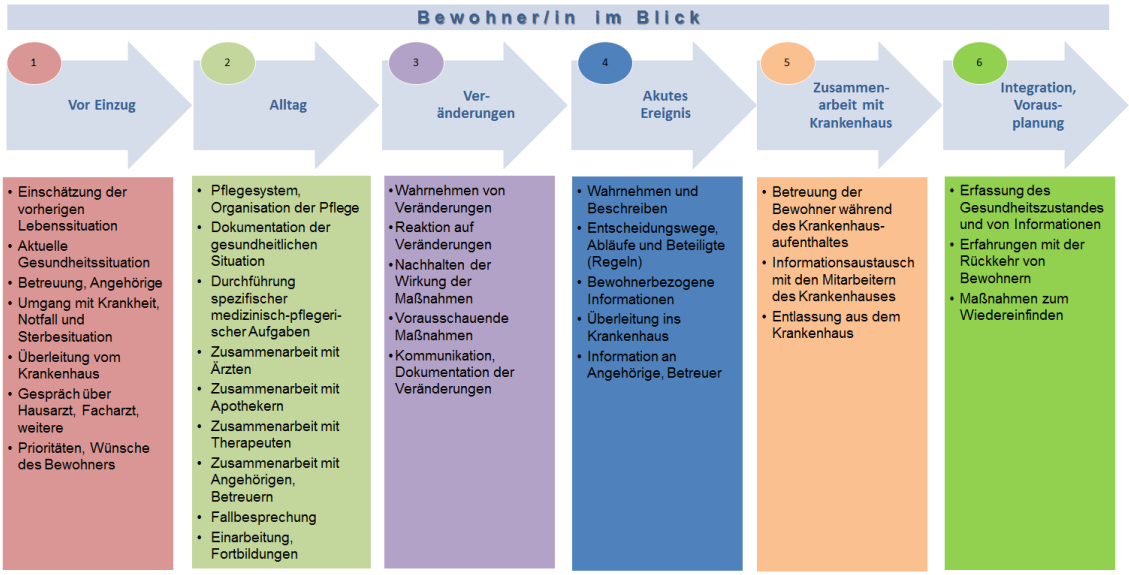
Dabei beinhaltete die Struktur der Einrichtung Aspekte wie Pflegeschlüssel und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Leitungsverständnis, Pflege- und Notfallleitlinien oder Fortbildungsangebote für die Pflegenden (Abbildung 9). Pflegealltag bezog sich auf die Arbeitsorganisation der Einrichtungen und die Interdisziplinäre Zusammenarbeit auf die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen.

Abbildung 9: Arbeitsorganisation.

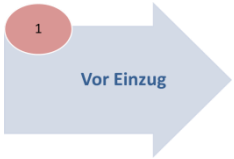


Im Verlauf der Analyse kristallisierte sich heraus, dass die ermittelten komplexen Interventionen zu unterschiedlichen Zeiten in den Einrichtungen stattfanden. Dieses bezog sich auf Zeiten vor dem Einzug bis zur Rückkehr ins Altenheim. Interventionen werden bei einer Krankenhauseinweisung unterschiedlich durchgeführt und genutzt. Anhand dieser Daten wurde die Zeit vor dem Einzug bis zur Rückkehr des Bewohners aus dem Krankenhaus ins Altenheim explizit betrachtet und analysiert. So konnten die Interventionen innerhalb der Einrichtung in einem weiteren Analyseschritt den identifizierten Interventionspunkten zugeordnet werden. Insgesamt ließen sich sechs Interventionspunkte modellhaft darstellen:

Abbildung 10: Interventionsmodell mit sechs Interventionspunkten.



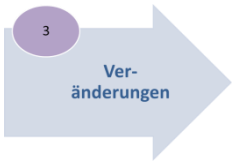
Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Interventionspunkte mit den jeweils zugehörigen Handlungen dargestellt, die insgesamt in den beteiligten Alteneinrichtungen vorzufinden waren.



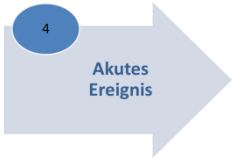
Im Interventionspunkt **„Vor Einzug“** erhalten die Einrichtungen Anfragen von unterschiedlichen Stellen für den potenziellen Einzug eines Bewohners oder einer Bewohnerin. Bei Anfragen durch Angehörige aus dem häuslichen Bereich erfolgt eine ***erste Lebenseinschätzung*** bei dem potentiellen Bewohner/der Bewohnerin zuhause, verbunden mit dem Ziel, einer vorläufigen Zuordnung des potentiellen Bewohner/der Bewohnerin zu einer ***Bezugspflegefachperson***. Im Falle einer Überleitung aus dem Krankenhaus findet der erste Besuch im Krankenhaus statt. Bei den ***Erstbesuchen*** wird u.a. die ***aktuelle Gesundheitssituation*** erhoben, um die Medikamentenversorgung im Übergang zu gewährleisten, sowie die ***Risiken und Erkrankungen*** der Bewohnerinnen und Bewohner zu erfassen wie Diabetes mellitus, Sturzgefahr oder auch übergreifend eine palliative Situation etc. zu erkennen. In diesem Zusammenhang werden Fragen bezüglich der ***gesetzlichen Betreuung oder der Patientenverfügung*** geklärt. ***Wünsche und Einstellungen*** des Bewohners/der Bewohnerin werden dokumentiert, um auf ein potentielles akutes Ereignis rasch im Sinne der Betroffenen reagieren zu können. Nach dem Besuch wird ***Kontakt mit dem Hausarzt/der Hausärztin*** aufgenommen, um frühzeitig den Informationsaustausch zu gewährleisten.

Der zweite **Interventionspunkt „Alltag“** bezieht sich auf den Versorgungsalltag im Altenheim, der u.a. vom ***Pflegesystem*** und der Organisation der Pflege in den Einrichtungen beeinflusst wird. Als bedeutsamer Faktor zeigt sich die Umsetzung von ***Bezugspflege*** in der Einrichtung und ob ***Leitlinien***, Modelle oder ***strukturierte Abläufe*** in der Pflege Anwendung finden. Ein weiterer Faktor stellt die ***Dokumentation*** dar. Die Art der Dokumentation, ihre Nutzung, sowie die Überprüfung durch die Leitung und inwieweit gegebenenfalls darüber ein Austausch mit und über den Bewohner/die Bewohnerin erfolgt, ist von großer Bedeutung. Bei der Alltagsgestaltung der Pflege spielt zudem die ***Zusammenarbeit mit den Ärzten/Ärztinnen*** eine wesentliche Rolle. Strukturierte und geplant stattfindende ***regelmäßige ärztliche Visiten*** sind von hoher Wichtigkeit. Ein eigens vorgehaltenes ***„Arztzimmer“*** trägt hierbei zum Gelingen einer angemessenen medizinischen Versorgung bei. Die ***24-***

Stunden-Erreichbarkeit der Apotheke und eine gute Zusammenarbeit wurden hervorgehoben. Hierdurch wird ein schnelles Handeln bei Medikamentenveränderungen gewährleistet, was von den Pflegenden der Einrichtungen als sehr hilfreich empfunden wird. Durch die ***Zusammenarbeit mit den Physio-, Ergo-, Sporttherapeuten*** profitieren die Pflegefachpersonen und sie reflektieren diesen Umstand auch als Kompetenzförderung. Mit Angehörigen und Betreuungspersonen erfolgt 4-6 Wochen nach Einzug ein ***Reflexionsgespräch***. Die Zusammenarbeit erstreckt sich auch auf den Einbezug der Angehörigen in ***Fallbesprechungen***. Diese wurden als sehr wertvoll empfunden und Aspekte wie eine geplante Struktur, ein angemessenes Zeitmanagement sowie die Ankündigung der Art der Fallbesprechung wurden als hilfreich erachtet. Umfang und Art der ***Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen*** nehmen unmittelbar Einfluss im Alltag. ***Regelmäßige Fortbildungen*** und deren inhaltlicher Aufbau, z. B. die Berücksichtigung von Wünschen der Mitarbeiter/ -innen war ein wichtiges Thema in den Interviews.

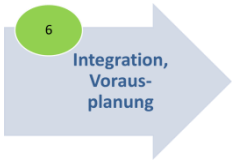


Im Interventionspunkt 3 **„Veränderungen wahrnehmen“** kommt der ***Beschreibung und Weitergabe gesundheitlicher Veränderungen*** während der Pflegetätigkeiten ein hoher Stellenwert zu. Werte zu dokumentieren und eine ***adäquate Reaktion*** nachzuhalten, wurden als hilfreich erachtet, um den Entscheidungsprozess zu steuern. Der ***fachliche Austausch zwischen den Fachpersonen*** für eine gemeinsame Entscheidungsfindung wurde benannt, um Pflegefehler zu vermeiden. Mit diesen Vorentscheidungen fand dann eine erste Information an den Hausarzt/ die Hausärztin statt, um die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung zu besprechen bzw. die Versorgungsmaßnahmen in der Alteneinrichtung zu planen. Wenn Bewohner/ -innen in der Einrichtung verbleiben erfolgt eine intensive Versorgung, die auch davon gekennzeichnet ist, dass die Veränderungen weiter beobachtet, dokumentiert und regelmäßig mit dem Hausarzt kommuniziert werden, um die Wirkung der Maßnahmen nachzuhalten.



Handelt es sich um ein **„akutes Ereignis“** tritt Interventionspunkt 4 auf. In einem ersten Schritt wird die Situation in Hinsicht auf *eine mögliche Lebensbedrohlichkeit eingeschätzt*. Je nach Zustand bzw. Befund wird der ***Hausarzt /Hausärztin oder Notarzt/Notärztin benachrichtigt***, um und die Bewohnerin oder den Bewohner ins Krankenhaus einweisen zu lassen. Parallel wird die Leitung diesbezüglich informiert. Die Entscheidungswege sind von den ***praktizierten Notfallleitlinien***, sowie der ***Struktur und Organisation der Einrichtung*** abhängig. Beim Transport des Bewohners/der Bewohnerin werden die ***bewohnerbezogenen Informationen, Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht, der Notfallbogen und ein Verlegungsbogen mitgegeben***. Die Begleitung bis zum Krankenhaus wird vom Fahrdienst, in seltenen Fällen auch von den Mitarbeiter/innen der Einrichtung übernommen. Am Ende werden die Angehörigen und/oder Betreuungspersonen verständigt.

Die im Interventionspunkt 5 dargestellte **„Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus“**, zeigt sich sehr unterschiedlich. ***Besuche*** von den Pflegefachpersonen der Einrichtungen sowie ***telefonische Kontakte*** mit den Krankenhausmitarbeitern und -mitarbeiterinnen werden als wichtig erachtet, wobei sich die Zusammenarbeit offenbar schwierig gestaltet. Versuche zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Alteneinrichtungen und Krankenhäusern waren gescheitert. Auch gibt es keine systematisch geregelte Rückmeldung durch das Krankenhaus an die Alteneinrichtungen.



Der Informationsmangel führt dann auch direkt zum Interventionspunkt 6 **„Integration, Vorausplanung“**, indem die Rückkehr der Bewohner und Bewohnerinnen ***oftmals nicht angekündigt*** wird und die Alteneinrichtungen auch ***nur wenige Informationen*** erhalten. Die Entlassungsbriefe werden meistens an die Hausärzte und Hausärztinnen gesendet. Die Rückkehr aus dem Krankenhaus stellt einen Zeitpunkt dar, der gezielt zu gestalten ist, um ***das Wiedereinfinden*** des Bewohners/der Bewohnerin in der Einrichtung zu gewährleisten, und um eine erneute Einweisung der betroffenen Person ins Krankenhaus zu vermeiden. Dabei ist es wichtig, eine ***erste Einschätzung zeitnah durchzuführen***, einen neuen Pflegeplan zu erstellen und die Medikamente zu überprüfen. Die Erfassung des Gesundheitszustands, das Aufnehmen aller Informationen, die Dokumentation der Beobachtungsergebnisse dienen als Grundlage, um dann den Hausarzt/ -ärztin zu kontaktieren. Gegebenenfalls muss zusätzlich Kontakt mit dem Krankenhaus aufgenommen werden, um ergänzende Informationen einzuholen und den neuen Pflegeplan anzupassen.

Alle sechs Interventionspunkte sind im Versorgungsprozess zur Reduktion von ungeplanten Krankenhausaufenthalten von erheblicher Bedeutung. Die Interventionspunkte nehmen direkt Einfluss aufeinander und vor allem die gezielte Gestaltung des Interventionspunktes „Vor Einzug“ ist von hoher Relevanz. Wenn diesem frühen Interventionspunkt in der Alteneinrichtung zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird, sollte im weiteren Verlauf die Möglichkeit genutzt werden, die entsprechenden Informationen zu sammeln, um damit den Prozess der Pflege strukturiert zu gestalten.

8. Interventionen

Die Unterschiedlichkeit der Einrichtungen gab den Impuls für zwei wesentliche Interventionsstränge innerhalb des Projekts, die durch das Forschungsteam umgesetzt wurden: 1. ein einrichtungsübergreifender Fachaustausch und 2. Schulungen von Mitarbeiter/innen der kooperierenden Einrichtungen.

8.1 Einrichtungsübergreifende Treffen

Im Rahmen der gemeinsamen Projektarbeit mit den vier Alteneinrichtungen wurde dem kollegialen Austausch Raum gegeben, um voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu unterstützen. Hierfür wurden vier einrichtungsübergreifende Treffen organisiert, die jeweils einer festen dreigliedrigen Tagesstruktur folgten:

- (TOP 1) Präsentation zum Stand der Dinge des eigenen Projektschwerpunkts, sowie Austausch mit den anderen Beteiligten.
- (TOP 2) Input zu einer ausgewählten Basisqualifikation von Seiten des Forschungsteams.
- (TOP 3) Vorstellung der jeweils einladenden Einrichtung und Präsentation eines „Gute-Praxis" Themas zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick der einrichtungsübergreifenden Treffen mit den jeweiligen „Gute-Praxis" Themen der Einrichtungen sowie den Basisqualifikationen des Forschungsteams:

Tabelle 14: „Gute - Praxis" Themen der Einrichtungen und Basisqualifikationen des Forschungsteams.

Einrichtung	Datum	„Gute Praxis"	Basisqualifikationen
Einrichtung 1	31. März 2014	„Verfügen statt fügen" – das Lebensende mit gestalten	Durchführung von Fallbesprechungen
Einrichtung 2	01. Juli 2014	Interdisziplinare Zusammen-arbeit: „Palliative Pflege - Vermeidung von Krankenhauseinweisungen"	Gesetzliche Betreuung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung
Einrichtung 3	22. Mai 2014	„Fallbesprechungen"	Kooperation mit dem Krankenhaus
Einrichtung 4	//-//	//-//	//-//

An den ersten zwei einrichtungsübergreifenden Treffen nahmen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller kooperierenden Einrichtungen sowie das Forschungsteam der Universität Witten/ Herdecke teil, am dritten Treffen im Juli 2014 konnten zwei Einrichtungen teilnehmen. Das vierte Treffen in Einrichtung IV musste aufgrund struktureller und organisatorischer Veränderungen abgesagt werden.

TOP 1: Berichte aus den Einrichtungen

Die jeweils von den Einrichtungen selbst gewählten Arbeitsschwerpunkte gründeten in der Auseinandersetzung mit dem Interventionsmodell.

Einrichtung I
Anzahl der Wohnplätze 88

Die erste Einrichtung fokussierte bereits bestehende Interventionsansätze, die vertieft und erweitert wurden:

- Entwicklung von Angehörigenvisiten
- Einbeziehung der Angehörigen in den Versorgungsprozess
- Optimierung der Kontakte mit den Krankenhäusern und Ärzten/Ärztinnen Unterstützung und Förderung der Mitarbeiter/-innen in der Einrichtung

Regelmäßig stattfindende Gespräche mit Angehörigen und Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen (Pflegende und Ärzte/ Ärztinnen) aus nahe gelegenen Krankenhäusern, die mit der Einrichtung zusammenarbeiten, wurden hierfür initiiert. Die Bereitschaft der Krankenhäuser an einer konstruktiven Zusammenarbeit erwies sich als gering. Innerhalb der Einrichtung wurde der Bereitschaftsdienst einer Pflegeexpertin mit einer Schlafmöglichkeit vor Ort geschaffen, um die Sicherheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Arbeitsalltag zu fördern.

Einrichtung II
Anzahl der Wohnplätze 111

Die zweite Einrichtung setzte sich mit verschiedenen Arbeitsschwerpunkten auseinander und fokussierte deren Implementierung in die täglichen Arbeitsprozesse. Folgende Aspekte konnten dabei adressiert werden:

- Intensivierung des Kontaktes mit den Angehörigen und gesetzlichen Betreuungspersonen
- Vertiefung der Fallbesprechungen mit den Schwerpunkten: Patientenverfügung, Malnutrition und Zusammenarbeit mit den medizinischen Leistungserbringern
- Vertiefung der Themen: Sturz, Beleuchtungskonzept
- Reduktion von Fixierungen bzw. freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Aufbau von Sportangeboten für die Bewohner/ Bewohnerinnen und Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Ausbildungsstätten und der Einrichtung.

Zudem wurde die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und Hausärztinnen optimiert, indem Informationen systematisch gebündelt wurden, um daraufhin die Telefonate mit den Ärzten und Ärztinnen gezielt zu gestalten. So konnte z.B. eine 24 Stunden Erreichbarkeit einer Neurologin gewährleistet werden.

Einrichtung III
Anzahl der Wohnplätze 144

Bei der Arbeit mit dem Interventionsmodell entschieden sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtung, dass der Interventionspunkt vor dem Einzug ins Altenheim anders gestaltet werden sollte. Die Optimierung des Einzugsmanagements wurde als ein Schwerpunkt gewählt. Die Einschätzung potentieller Risiken bei den zukünftigen Bewohnern und Bewohnerinnen erfolgte mit den Angehörigen gemeinsam und Patientenverfügungen wurden frühzeitig thematisiert. Dies förderte die Handlungssicherheit der Pflegenden bei einem akuten Ereignis der Bewohner und Bewohnerinnen.

Einrichtung IV
Anzahl der Wohnplätze 40

Hier wählten die Beteiligten die Schwerpunkte Patientenverfügung und palliative Versorgung. Vermehrt fanden Gespräche mit den Angehörigen bezüglich des Willens der Bewohner und Bewohnerinnen statt, vor allem wenn der mutmaßliche Wille berücksichtigt werden musste. Die Gewährleistung des Informationsflusses bezüglich des Willens bei einer Krankenhauseinweisung war ein wesentliches Ziel. Da die Einrichtung während des Projektverlaufs vielfältige Veränderungsprozesse durchlief konnte die das vierte einrichtungsübergreifenden Treffens nicht stattfinden.

TOP 2: Basisqualifikationen

Der Input zu den genannten Basisqualifikationen richtete sich an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der kooperierenden Einrichtungen. Die Themen wurden nach der qualitativen und quantitativ gestützten Datenauswertung identifiziert und stellen eine grundlegende Qualifizierung für die Alltagsarbeit in den Alteneinrichtungen dar, um die Reduktion von Krankenhauseinweisungen zu unterstützen. Das Forschungsteam bereitete die Themen anhand der Literaturrecherche und –analyse vor und stellte die Inhalte an den Treffen zur Diskussion (Anhang 8,9,10). So konnten sich die Teilnehmenden Wissen der Geriatrie und des gesetzlichen Rahmens sowie kommunikativer Fertigkeiten und Grundzüge multidisziplinärer Zusammenarbeit in der Pflege aneignen. Die Auseinandersetzung mit den Basisqualifikationen, führte zu angeregten Diskussionen zwischen den Beteiligten, wodurch die Teilnehmenden pflegepraktische Erfahrungen zur Reduktion der Krankenhauseinweisungen erlangen konnten.

TOP 3: „Gute-Praxis“ Themen

Im Anschluss präsentierte die jeweilige gastgebende Einrichtung ihr selbst gewähltes Thema als „Gute -Praxis“ und stellte es zur Diskussion. Im Rahmen dieser Treffen wurden je nach Bedarf der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtungen Aspekte dazu vertieft. Darüber hinaus wurde die Umsetzung der theoretischen Inhalte in den Einrichtungen reflektiert. Alle vier Einrichtungen verfügten über umfangreiche und verschiedene Erfahrungen mit den Themenschwerpunkten, was zu einem konstruktiven Austausch zwischen den Beteiligten führte.

8.2 Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der kooperierenden Einrichtungen

Seitens des Departments für Pflegewissenschaft der Universität Witten/ Herdecke wurden sechs Schulungen für die Pflegenden der kooperierenden Einrichtungen mit vier inhaltlichen Schwerpunkten angeboten.

a) Planung der Schulungen

Die Schulungstermine und -themen sind in Tabelle 15 aufgeführt. Einige der für das Jahr 2014 geplanten Einheiten fanden erst 2015 statt, da die Termine nicht für alle Mitwirkenden zu realisieren waren.

Tabelle 15: Schulungstermine und Schulungsthemen.

Thema der Schulung	Datum
Diabetes mellitus Teil 1	25.06.2014
Diabetes mellitus Teil 2	03.07.2014
Medikamentenversorgung	21.01.2015
Schlaganfallerkennung und -risikoeinschätzung	28.01.2015
Herz-Kreislauf-System Teil 1	12.03.2015
Herz-Kreislauf-System Teil 2	25.03.2015

b) Durchführung der Schulungen

Die Fortbildungen waren alle als Halbtagesveranstaltungen zwischen zwei bis vier Stunden angelegt und fanden jeweils in den Räumlichkeiten der Universität Witten/ Herdecke statt.

Diabetes mellitus Teil 1-2

Die erste Fortbildung widmete sich dem Thema „Diabetes mellitus“, 16 Personen nahmen daran teil. Zunächst wurden die Beweggründe für die Teilnahme, die bereits vorhandenen Kenntnisse, die Wünsche an die Veranstaltung sowie präferierte Themen aufgenommen. Die Schwerpunkte des ersten Tages beschäftigten sich mit der Pathophysiologie des Altersdiabetes, den verschiedenen Diabetes-Typen, begründet in den unterschiedlichen Ursachen, den Therapiemöglichkeiten mit oralen Antidiabetika und Insulinen, dem spezifischen Wissen zu Hypo- bzw. Hyperglykämie, den gesundheitlichen Folgen des Diabetes mellitus sowie den Therapiezielen im Alter.

Mit Ausblick auf den zweiten Teil der Fortbildung bekamen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Aufgabe, aus der eigenen Praxis Kasuistiken, die zu Krankenhauseinweisungen führten, mitzubringen. Anhand dieser Fallbeispiele wurden dann gemeinsam Ursachen, mögliche Prophylaxen und Nebenwirkungen erarbeitet. Die Veranstaltung schloss mit einer Evaluation der Schulungen ab.

Kritischer Umgang mit Medikamenten bei der Versorgung von Altenheimbewohnern und Altenheimbewohnerinnen zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen

Die Schulung war darauf angelegt, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der kooperierenden Einrichtungen risikoreiche Arzneimittelprobleme bei hochbetagten Senioren darzustellen und vor allem den Fokus auf die Risiken von „Polypharmazie“ zu lenken. Vom Arzneimittelmanagement bis zur Risiko-einschätzung wurden weitere praxisnahe Themen beleuchtet, die mit einer Krankenhauseinweisung in Verbindung stehen können:

- Stürze oder Gangunsicherheit aufgrund von Medikamentengabe vor allem bei Psychopharmaka und/ oder Antihypertensiva.
- Benommenheit, Sedierung oder Fixierung aufgrund von Psychopharmaka oder hochpotenten Schmerzmitteln.
- Blutungen z.B. durch nichtsteroidale Antirheumatika.
- Inkontinenz oder Obstipation aufgrund einer Überdosierung oder Unverträglichkeit von Arzneimitteln (Diuretika, Eisen, Laxantien etc.).
- Schwindel und Übelkeit aufgrund von Multimedikation.
- Appetitlosigkeit oder Verwirrtheit aufgrund anticholinerg wirkender Medikamente.
- Hypoglykämie durch Antidiabetika.

- Vergiftung durch Herzglykoside.
- Allergie durch Arzneimittel (Antibiotika, NSAR etc.)

Für die risikoreichsten Arzneimittelprobleme wurden drei Hauptursachen vorgestellt. 1) Dosierungsfehler als Folge fehlender Symptom- und Laborwertkontrolle 2) unzureichende fachgerechte Beobachtung der Therapieerfolge, -misserfolge, -risiken, -nutzen bei älteren Menschen und 3) Fehlende Kommunikation der Therapieverläufe zwischen dem älteren Mensch, den Pflegenden und dem Arzt/ der Ärztin.

Die Schulung endete mit einer Rückmelderunde und die Teilnehmenden erhielten die schriftlichen Unterlagen über die referierten Themen.

Schlaganfallerkennung und -risikoeinschätzung

In dieser Schulung erlangten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen spezifische Kompetenzen, bezüglich notwendiger Handlungsfähigkeiten in der Akutversorgung bei Verdacht auf Schlaganfall. Diese richtete auf eine rasche Klärung der Symptomatik (Blutung, Infarkt) zur umgehenden Einleitung einer strukturierten sekundären Behandlung. Die Schulung vermittelte den Pflegefachkräften weiterhin theoretische und praktische Grundlagen für die spezifische pflegerische Arbeit mit akut erkrankten Schlaganfallpatienten/ -patientinnen. Hierbei wurde auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit zur Kommunikation mit anderen Berufsgruppen hingewiesen. Die Maßnahmen wurden jeweils individuell auf die besonderen Bedürfnisse älterer erkrankter Menschen hin besprochen.

Herz-Kreislauf-System Teil 1 und 2

Die Themen dieser zweiteiligen Fortbildung reichten von Erkrankungen der Herzkranzgefäße und Herzklappen über Rhythmusstörungen bis hin zu chronischer Herzschwäche und fokussierten kardiologische Untersuchungsmethoden wie EKG, Herzultraschall, Echokardiographie und Herzkatheter. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden neben den fachspezifischen Themenbereichen weitere Inhalte vermittelt:

- Neue Entwicklungen in Pflege und Medizin
- In lebensbedrohlichen Zuständen und Notsituationen situationsgerecht handeln
- Kommunikationsfähigkeiten im Team und konstruktive Gestaltung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Ein Schwerpunkt lag auf der Pflege chronisch herzkranker Patienten/ Patientinnen, sowie auf einer förderlichen Gesprächsführung, der Erkennung potentieller Gefahren und der Einschätzung kritischer Zuständen, um darauf souverän reagieren zu können.

Die Schulungen nach aktuellem pflegewissenschaftlichem Stand dienten den teilnehmenden Pflegefachpersonen zur Erweiterung ihrer Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Pflege von älteren Menschen allgemein und für besondere Problemlagen in unterschiedlichen Handlungsfeldern. Alle Schulungen erfolgten partizipativ mit Fragen, eigenen Praxisbeispielen, einer kritischen Diskussion und vor allem der Übertragungsmöglichkeiten der theoretischen Inhalte in die tägliche Pflegepraxis. Ein Evaluationsergebnis im Projekt war der Wunsch der kooperierenden Einrichtungen auch zukünftig derartige Schulungen mit verschiedenen Schwerpunkten an der Universität Witten/Herdecke durchzuführen.

9. Diskussion

Im folgenden Kapitel basiert die Struktur auf den Forschungsfragen des Projekts IVA.

Es konnten Gründe für Krankenhauseinweisungen identifiziert, ihre Vermeidbarkeit diskutiert und Maßnahmen zur Reduktion derselben sowie die Nachhaltigkeit von Interventionen ermittelt werden.

Weiterhin konnten anhand eines im Projekt IVA entwickelten Versorgungsprozessmodells entstehende und vermeidbare Kosten dargestellt werden.

Folgende Forschungsfragen waren projektleitend:

- Teil 1: Welche Gründe können für Einweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Altenheim in ein Krankenhaus identifiziert werden?
  Welche dieser Gründe sind potentiell vermeidbar?
- Teil 2: Welche Unterstützungsmodelle können eine Krankenhauseinweisung von akut erkrankten Altenheimbewohnern und Altenheimbewohnerinnen reduzieren?
  Welche Interventionen sind zur Reduktion einer Krankenhauseinweisung erforderlich?
- Teil 3: Wie verändert sich die Kostensituation unter der Anwendung neuer innovativer Konzepte?
- Teil 4: Wie kann die Nachhaltigkeit erfolgreich evaluierter Maßnahmen sichergestellt werden? Auf welche Hemmnisse muss hingewiesen werden?
- Teil 5: Welche Empfehlungen können für andere Altenheime ausgesprochen werden?

Teil1: Welche Gründe können für Einweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Altenheim in ein Krankenhaus identifiziert werden? Welche dieser Gründe sind potentiell vermeidbar?

2012 wurden in NRW 10.069 Menschen über die Notfallaufnahmen von Krankenhäusern versorgt, die höchste Steigerungsrate zeichnete sich bei den Menschen über 80 Jahren ab. Insgesamt waren Frakturen und Luxationen die häufigsten Ursachen für die Aufnahme (Destatis, 2013).

Soziodemografische Einflussfaktoren

Die soziodemographischen Daten Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand stellen nach Ansicht von Grabowski et al. (2008) beeinflussende Faktoren für Krankenhauseinweisungen dar. In der Analyse einiger Studien zeigt sich, dass männliche Personen häufiger von einer Einweisung betroffen sind als weibliche. Ältere Bewohner und Bewohnerinnen werden häufiger eingewiesen als jüngere. In den deutschen Pflegeheimen liegt der Anteil weiblicher Bewohnerinnen bei 72,7 % (Destatis, 2013). Diese Verteilung entspricht dem Anteil in den Einrichtungen im Projekt IVA (Abbildung 2). Bezogen auf die Einweisungen in das Krankenhaus konnte entgegen den Ergebnissen von Grabowski et al. (2008) jedoch kein erhöhter Anteil männlicher Bewohner identifiziert werden.
Bei Grabowski et al. (2008) weisen zudem Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand ein höheres Risiko für eine Krankenhauseinweisung auf. Im Projekt IVA waren lediglich 14,5% der Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegestufe III. Der größte Anteil verteilte sich mit 48,7% auf die Pflegestufe II. Die Gegenüberstellung von Gesundheitszustand und Pflegestufe lässt hierbei jedoch kaum Rückschlüsse auf die tatsächliche Gesundheitssituation der betroffenen Personen zu.

Das Durchschnittsalter der Bewohner/innen der Studie von Saliba et al. (2000) lag bei 81,6 Jahre, der Anteil der Männer bei 32%. Dies entspricht den demografischen Daten der Erhebung des Projekts IVA.

Diagnosen und Symptome

Die **Diagnosen** im Zusammenhang mit einer Krankenhausweisung sind vielfältig. Finucane et al. (2000) benennen neben Hüftfrakturen muskuläre Probleme, sowie kardiovaskuläre und gastrointestinale Indikationen. In der Untersuchung von Godden & Pollock (2001) zeigte sich, dass von den Verletzungen ca. 2/3 als Oberschenkelhalsfrakturen diagnostiziert werden. Bowmann et al. (2001) betonen, dass 47,0% der Betroffenen aufgrund von Infektionen und Herzerkrankungen eingewiesen wurden. Dabei bezogen sich die Infektionen hauptsächlich auf die Harn- und Atemwege. Ramroth et al. (2005) weisen auch auf Vergiftungen (14,4%) als mögliche Ursache für Krankenhauseinweisungen hin.

Als häufigste Entlassungsdiagnose im Projekt IVA wird "Sturz und Sturzfolgen“ angegeben. Es folgen die Kategorien "Endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen" sowie "Krankheiten des Verdauungssystems". Auch "Krankheiten des Atmungssystems" und "Krankheiten des Kreislaufsystems" werden aufgeführt. Eine Übersicht erfolgt in Abbildung 7.

Saliba et al. (2000) identifizieren neben medizinischen Diagnosen zusätzlich pflegerisch wahrgenommene Symptome wie Atemnot, Verhaltensänderungen, Schmerzen und auffällige Laborbefunde als weitere Gründe für die Hospitalisierung. Im Projekt IVA wurden ebenfalls pflegerisch wahrgenommene Symptome wie „Sturz”, „Schmerz”, „Dyspnoe“ und „Bewusstseinsveränderungen“ beschrieben. Dabei wies jede Einrichtung bezogen auf die Gründe für die Krankenhauseinweisung andere Schwerpunkte auf (Abbildung 6). Somit konnte auch hier die Heterogenität zwischen den Einrichtungen bezogen auf die Diagnosen festgestellt werden. Der Vergleich der Untersuchungsergebnisse im Projekt IVA 2013 mit den Daten aus 2011, 2012 und 2014 lassen vermuten, dass in jeder Einrichtung Reduktionen möglich sind. So sind im Jahr 2013 deutliche Rückgänge der Krankenhauseinweisungen ermittelt worden.

Stürze

Wie auch im Projekt IVA sind **Stürze** die häufigste Ursache (10,2%), die zu einer Krankenhaus-einweisung führen. Diese lassen sich zumeist nicht vermeiden, wenn auf freiheitseinschränkende Maßnahmen verzichtet wird und die Selbständigkeit der Einzelnen gefördert und erhalten bleiben soll. Dieses wird ausdrücklich in der Leitlinie für Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen gefordert (Gerlach et al. 2009). Demgegenüber muss jedoch nicht jeder Sturz eine Krankenhauseinweisung nach sich ziehen. Fachliche Kompetenz zur Einschätzung der Folgen eines Sturzes führt häufig dazu, dass eine Einweisung unterbleiben kann. Inzwischen existieren hierzu spezifische Schulungsprogramme, die Pflegende in Alteneinrichtungen dazu qualifizieren, Sturzfolgen gezielt einzuschätzen (Jablonski 2015). Die Zielsetzung liegt in der Beurteilung von Einschränkungen der Beweglichkeit und einer fachgerechten Versorgung von Wunden, soweit diese nicht einer chirurgischen Behandlung bedürfen.

Erste Hinweise auf Vermeidbarkeit von Einweisungen

Von den 100 Einweisungen der Untersuchung von Saliba et al. (2008) wurden schließlich 83% ins Krankenhaus aufgenommen. Die anderen wurden ambulant versorgt.

Im Rahmen der dreimonatigen Erhebungsphase bei Finucane et al. (2000) wurden 80% der Bewohner/ Bewohnerinnen über diesen Zeitraum lediglich einmal eingewiesen, 14% zweimal und weitere 3% mehr als zweimal. In der Studie von Finn et al. (2006) zeigte sich, dass 48% der untersuchten Personen nicht länger als sechs Stunden und 75% nicht länger als 24 Stunden vor der Krankenhauseinweisung über Symptome klagten. Bei Codde et al. (2010) konnten 45% der untersuchten Personen ohne stationäre Aufnahme wieder entlassen werden.

Im Projekt IVA konnten 1077 Krankenhauseinweisungen über einen Zeitraum von vier Jahren erfasst werden. Diese Einweisungen betrafen 451 Bewohner und Bewohnerinnen. Von den 1077 Krankenhauseinweisungen konnten 396 ambulante Einweisungen mit einer Krankenhausverweildauer von bis zu 24 Stunden identifiziert werden. Im Durchschnitt erfolgten pro betroffenem Bewohner bzw. betroffener Bewohnerin 2,4 Krankenhauseinweisungen.

Diese unterschiedlichen Angaben führen zur Frage der Notwendigkeit einer Krankenhausweinweisung. Immer wieder weisen Ergebnisse der Literatur darauf hin, dass bestimmte Einweisungen nicht als notwendig und somit vermeidbar eingestuft werden. Diese Aussage findet sich auch im Projekt IVA.

Ambulatory care-sensitive hospitalizations (ACH)

Mit dem Sammelbegriff „Ambulatory care-sensitive hospitalizations (ACH)“ werden in amerikanischen Publikationen (Becker et al. 2010, Gruneir et al. 2010, Spector et al. 2013) Konditionen bezeichnet, die zu potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen führen. Dazu zählen Symptome, die mit geringem Pflegeaufwand auch außerhalb eines Krankenhauses behandelt werden könnten oder solche, die nur eine ambulante Versorgung erfordern würden. Als Risikofaktoren auf Bewohnerseite werden von Ouslander et al. (2010) Nierenerkrankungen und eine Vielzahl verordneter Medikamente identifiziert. Ebenso zählen Einweisungen wie Infektionen, Verletzungen, Pneumonien/ COPD, Dehydration und Herzkrankheiten dazu (Spector et al. 2013, Gruneir et al. 2010,Ouslander et al. 2010). Im Projekt IVA bestätigen Hausärzte/-ärztinnen, dass sie ebenfalls dieses Vermeidungspotential für Einweisungen bei einigen Erkrankungen und bestimmten Therapieverfahren sehen, die in den Alteneinrichtungen stattfinden könnten.

In der internationalen Literatur finden sich Prävalenzangaben zu potentiell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen von 9 - 59% (Grabowski et al 2008). Diese Variationen basieren auf unterschiedlichen Definitionen und auf vielfältigen Erfassungsmethoden von „Vermeidbarkeit“. Als Datenbasis dienen oftmals standardisiert erfasste Routinedaten, die nicht spezifisch für diese Zwecke erhoben wurden. Mögliche Übertragbarkeiten von Lösungskonzepten aus Ländern wie USA, UK oder Skandinavien sind erschwert, da die zugrunde liegenden Gesundheitssysteme und Versorgungskonzepte stark variieren.

Neben den Diagnosen Indikationen, die als Ursache für eine Einweisung zu betrachten sind, waren weitere Gründe erkennbar, die auf Krankenhauseinweisungen Einfluss nehmen und wesentliche Hinweise auf mögliche Vermeidbarkeit liefern. Es erscheint sinnvoll, nach solchen spezifischen Einweisungscharakteristika für vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu suchen, um dann in einem weiteren Schritt, eine Sensibilisierung aller am Entscheidungsprozess betroffener Personen für potentiell vermeidbare Krankenhauseinweisungen und deren Reduktion/ Vermeidung zu erhalten.

Verfügungen

Im Projekt IVA zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von **Vorsorgevollmachten** und **Patientenverfügungen** und der Einweisung in ein Krankenhaus. Einrichtungen, die schon vor dem Einzug einer Person mit ihr darüber gesprochen hatten, wie sie sich im Fall einer akuten Erkrankung verhalten sollten, wiesen weniger Einweisungen auf, als solche, die diese Instrumente nicht aktiv nutzten.

Auch in der Literatur finden sich immer wieder Möglichkeiten zur Reduktion solcher Einweisungen, die aufgrund von Unkenntnis des Willens der Bewohner/ Bewohnerinnen erfolgen (Finucane et al 2000, Finn et al 2006, Polniaszek et al 2011). Eine Querschnittsuntersuchung in elf Altenheimen in einer deutschen Großstadt (Sommer et al., 2012) zeigt, dass im Jahr 2007 nur 11,0 % der Bewohner und Bewohnerinnen eine Patientenverfügung aufwiesen, dabei hatten nur 1,4 % eine Vollmacht (Vertreterverfügung) verfasst. Aussagen für den Fall akut auftretender Nichteinwilligungsfähigkeit fehlten oftmals. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass vorhandene Verfügungen oftmals wenig aussagekräftig sind und häufig vom Pflegepersonal unbeachtet bleiben. Grabowski et al. (2008) kommen zu dem Resultat, dass aufgrund der hohen Gefahr einer Stichprobenverzerrung Studien, die Hospitalisierungen in Zusammenhang mit Patientenverfügungen untersuchen, nur wenig zuverlässige Daten liefern. Es scheint eine leichte Tendenz zu weniger Einweisungen zu geben.

Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE)

Besonders tragen sogenannte **unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE)** in Alteneinrichtungen dazu bei, dass Personen in Krankenhäuser eingewiesen werden müssen. Hentzschel et al. (2015) gehen davon aus, dass jeden Monat durchschnittlich acht UAE auf einhundert Altenheimbewohner/ -bewohnerinnen kommen. Allein davon ließen sich bis zu 66 % vermindern oder vermeiden. Auch im Projekt IVA wurden spezifische Fortbildungsangebote zur medikamentösen Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen angeboten, welche die Pflegefachpersonen unterstützten, UAE's frühzeitig zu erkennen und die behandelnden Ärzte und Ärztinnen darauf aufmerksam zu machen.

Fachkompetenz der Pflegenden

Von besonderer Bedeutung ist das **umfängliche Wissen der Pflegefachpersonen** über bisherige Krankheitsverläufe und bereits vor dem Einzug in ein Pflegeheim erlebten Krankenhausaufenthalten ihrer Bewohner und Bewohnerinnen. Da viele Menschen in Alteneinrichtungen an chronischen Erkrankungen leiden, wie z.B. Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz oder Bluthochdruck, können Qualifizierungsmaßnahmen und präventive Fallbesprechungen zu einer Reduktion von Krankenhauseinweisungen beitragen.

Darüber hinaus führen **strukturell nicht gelöste Versorgungsverläufe** (z.B. kein Notfallmanagement) dazu, dass Personen in ein Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl die Erkrankung auch in der Alteneinrichtung behandelbar gewesen wäre. Hierzu zählt eine zu rasche Hinzuziehung von Notfall- oder Bereitschaftsärzten/ -ärztinnen, denen häufig auf Grund der mangelnden Kenntnisse über die Patienten und Patientinnen nichts anderes übrig bleibt, als eine Krankenhauseinweisung zu veranlassen. Studien-ergebnisse zeigen, dass nur bei 25% der eingewiesenen Bewohner/ Bewohnerinnen, die sich in der Notaufnahme einfanden, zuvor eine Visite durch einen niedergelassenen Arzt erfolgt war (Finn et al. 2006).

Einweisungen ins Krankenhaus

Die Einweisungen erfolgten im Projekt IVA hauptsächlich durch Bereitschafts-/ Notärzte bzw. –Bereitschafts-/ Notärztinnen. Die Hausärzte und Hausärztinnen sind erst an zweiter Stelle zu nennen. Dabei finden die Einweisungen durch Bereitschafts-/ Notärzte bzw. –Bereitschafts-/ Notärztinnen unabhängig von den Öffnungszeiten der Haus- oder Facharztpraxen statt. Laut Gruneir et al. (2010) fallen 42,0% aller Einweisungen auf die Wochentage während sich 15,4% auf die Wochenenden verteilen. Dabei entfallen 23,8% der Einweisungen auf die Nächte innerhalb der Woche (MO-DO) und 18,8% auf die Nächte an den Wochenenden (FR-SO). Nachts erfolgen die Einweisungen ausschließlich von Bereitschafts-/ Notärzte bzw. –Bereitschafts-/ Notärztinnen. Im Projekt IVA zeigte sich, dass die Einweisungen in der Nacht lediglich bei 4,9% lagen, während 49,1% der Einweisungen während der Kernarbeitszeit (06:01-18:00 Uhr) lagen. Die Einweisungen verteilten sich relativ gleichmäßig auf die Wochentage (17,2-16,5%). Lediglich am Mittwoch war ein leichter Rückgang auf 13,5% zu verzeichnen. Am Wochenende lagen die Krankenhauseinweisungen unter 10,5%/Tag. Die Zahlen im Projekt IVA sind für die Nächte und Wochenenden niedriger und lassen die vorsichtige Vermutung zu, dass in den Einrichtungen bereits innerhalb der Kernarbeitszeit Veränderungen von Bewohner/innen erkannt werden und eine rasche Reaktion daraufhin erfolgt. Die informelle Vorannahme, dass gerade nachts und an den Wochenenden vermehrt Einweisungen stattfinden, konnte nicht bestätigt werden.

Janig et al. (2015) belegen, dass Notärzte/-ärztinnen sich durch das mangelnde Wissen über die Bewohner und Bewohnerinnen überfordert fühlen und daher eine Krankenhauseinweisung veranlassen. Die Entscheidungen des notärztlichen Dienstes sind oftmals angesiedelt zwischen „Leben retten“ und „Lebensqualität erhöhen“. Sie gründen sich vor allem auf Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand, der aktuellen Medikamentenverordnung und der Informationen des Fachpersonals vor Ort. Wie bereits erwähnt fehlt es an Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Informationen des Hausarztes, der Hausärztin sind nur spärlich vorhanden und dieser Umstand verweist auf einen systematischen Mangel, dem nach Ansicht des Autors mit einem für die Alteneinrichtung zuständigen „Heimarzt“ begegnet werden könnte (Janig et al., 2015). Dies wird auch im Projekt IVA von einem Krankenhaus geäußert, um den Informationsaustausch zu gewährleisten.

Sterben

In Deutschland **versterben** pro Jahr ca. 800.000 Menschen, davon die meisten in einem Krankenhaus. Pleschberger (2005) weist darauf hin, dass es sich bezüglich des Umgangs mit Tod und Sterben in Alteneinrichtungen, weiterhin vielfach um „unorganisierte Prozesse“ handelt und hier noch ein großer Handlungsbedarf besteht. Skalski (2012) weist nach, dass viele Bewohner und Bewohnerinnen auf dem Weg oder kurz nach Ankunft in der Klinik versterben. Ein maßgeblicher Grund der noch veranlassten Einweisung stellt die Angst von Konsequenzen dar, die das Pflegefachpersonal nicht eingehen möchte. Die Annahme, dass die Erkrankung bzw. die Situation des Bewohners/ der Bewohnerin zum Tod führen könnte, beeinflusst die Entscheidung für eine Krankenhauseinweisung in hohem Maße zu (Young et al. 2010).
Sampson et al. (2013) weisen darauf hin, dass Menschen mit Demenz nach einem Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt eine Überlebenszeit von 1,1 Jahren aufweisen, während dieser Zeitraum bei Menschen ohne dementielle Prozesse bei 2,7 Jahren liegt. Insgesamt ist die Lebenserwartung von Menschen mit Demenz, die akut in ein Krankenhaus eingewiesen werden

deutlich verkürzt. Hier empfehlen die Autoren einen Krankenhausaufenthalt nach Möglichkeit zu vermeiden (siehe unter Kapitel 10: Empfehlungen, virtuelles Krankenhaus).

Im Projekt IVA zeigte sich, dass unter dem erfassten Begriff: „Auszug aus dem Pflegeheim“ (Strukturdatenerhebung) im Jahr 2014 zwischen 32% - 89% der Bewohner als „ausgezogen“ erfasst wurden. Die Zunahme der palliativen Versorgung und der Verbleib auch sterbender Bewohner und Bewohnerinnen zeigen sich an der Reduktion der Krankenhauseinweisungen innerhalb des Projektes.

Teil 2: ***Welche Unterstützungsmodelle können eine Krankenhauseinweisung von akut erkrankten Altenheimbewohnern und Altenheimbewohnerinnen reduzieren?***

Welche Interventionen sind zur Reduktion einer Krankenhauseinweisung erforderlich?

Innerhalb des Projektes IVA konnten klar zu definierende Interventionen ermittelt und angeregt werden. Wie an vielen Stellen des Abschlussberichtes bereits beschrieben, wurde auf der Grundlage der Literaturrecherche, der Fokusgruppen und Einzelinterviews ein Interventionsmodell erarbeitet, welches sich aus sechs Interventionspunkten (Zeiten innerhalb des Prozessverlaufs) speist. Ausgangspunkt aller Interventionen ist das **gelebte Konzept einer Einrichtung**, welches die **Selbstbestimmung der Bewohner und Bewohnerinnen** in den Mittelpunkt stellt. Schon in der Studie von Bienstein und Hannich (2001) wurden grundlegende Qualitätskriterien identifiziert, die es ermöglichen, das Menschen mit langfristigem Pflegebedarf ein würdevolles und an ihren Bedürfnissen orientiertes Wohnen und Leben in stationären Einrichtungen ermöglicht. Wie in vielen weiteren Projekten wird auch hier darauf hingewiesen, dass Einrichtungen über eine systematische Strategie verfügen müssen, um Menschen eine förderliche Umgebung zu verschaffen, die sie beschützt vor gesundheitlichen Gefahren.

Im Projekt IVA erwies sich das mit den Einrichtungen erarbeitete **Interventionsmodell** als besonders tragfähig. Innerhalb von sechs Interventionspunkten konnte aufgezeigt werden, dass es zu verschiedenen Zeiten möglich ist, die Krankenhauseinweisungen von Bewohnerinnen und Bewohnern zu reduzieren oder nach einem Krankenhausaufenthalt einer weiteren Einweisung präventiv zu begegnen. Die Bedeutung des Interventionsmodells wird sichtbar, wenn es mit anderen Unterstützungsmodellen ähnlich gelagerter Projekte in Bezug gesetzt wird. Alle inhaltlichen Schwerpunkte aus den drei Projekten „GeNiAl“, „Gut versorgt im Pflegeheim“ und dem durchgeführten Forschungsprojekt „IVA“ lassen sich im Interventionsmodell zuordnen und in dieses integrieren. Die Visualisierung des Interventionsmodells in einer zeitlichen Dimension, trägt für alle Beteiligten dazu bei, das konkrete Geschehen der Professionellen mit den Bewohnern und Bewohnerinnen nachzuvollziehen. Das Modell hat einen ausreichend hohen Abstraktionsgrad und nährt sich durch die dichten Beschreibungen, die unmittelbar den Praxisalltag verständlich abbilden.

Strukturierte sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Die Schwierigkeiten einer **sektorenübergreifenden Versorgung** sowie die damit verbundenen konkreten Schnittstellenprobleme untermauern das angestrebte Ziel Krankenhausweisungen zu vermeiden. Während in den beschriebenen Modellen „GeNiAl“ und „Gut versorgt im Pflegeheim“ die Aktivitäten im ersteren von einem Krankenhaus ausgingen und zu einer deutlichen Reduktion von Einweisungen beitrugen, zeigten die Ergebnisse des österreichischen Projektes, dass das Modell der Steuerung der Krankenhauseinweisung durch Geriater, ebenfalls die Einweisungsquote deutlich

senkte. In beiden Modellen hatten also Ärzte und Ärztinnen eine steuernde Rolle, während in dem Projekt IVA die Initiative vom Altenheim aus ging. Persönliche Kontakte zwischen Krankenhaus und Altenheim zeigten sich als zielführend für eine konstruktive Zusammenarbeit. So erfolgte im Projekt „GeNiAl“ systematisch ein telefonischer Kontakt mit dem Altenheim nach der Rückverlegung des Bewohners/ der Bewohnerin ins Altenheim zur Reflexion des jeweiligen Versorgungsablaufs. Angefangen bei der Aufnahme über den Verlauf im Krankenhaus bis zur Entlassung bzw. Rückverlegung. Diese Einzelintervention zeigte nach Ansicht der Projektverantwortlichen eine hohe Akzeptanz und Wirkung auf beiden Seiten.

Im Projekt IVA erwies sich die dichte und **strukturierte Zusammenarbeit** mit den behandelnden, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen von besonderer Bedeutung. Eine vorsorgliche Erfassung von Veränderungsprozessen, die objektivierte Beschreibung derselben sowie regelmäßige und verlässliche Visiten waren eine der Grundlagen, die frühzeitige Interventionen ermöglichten, die darauf abzielten Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Die Bedeutung regelmäßiger Visiten, mindestens einmal pro Woche, belegen auch die Studienergebnisse von Jordan et al. (2014). Dieses deckt sich mit den Ergebnissen des Projekts IVA, die ebenfalls die regelmäßige ärztliche Begleitung der Altenheimbewohner und Altenheimbewohnerinnen betont und zu einer Reduzierung von Krankenhauseinweisungen führt. Möglichkeiten einer Einrichtung über medizinische Diagnostikinstrumente zu verfügen (EKG, Ultraschall, etc.) stellen dabei einen zusätzlichen Beitrag dar, die Bewohner und Bewohnerinnen auch bei akuten Erkrankungen in der eigenen Einrichtung zu behandeln.

Neben der Bedeutung einer regelmäßigen, wöchentlichen Visite, wird auch die dichte Zusammenarbeit mit Angehörigen oder gesetzlichen Betreuungspersonen als relevant erachtet.

Besonders förderlich sind **Netzwerke** mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie Apothekern und Apothekerinnen. Dieses hat sich in zwei der vier Einrichtungen bewährt. Damit ist ein schneller Zugriff auf ärztliche Unterstützung und medikamentöse Versorgung (auch im Akutfall) sichergestellt, auch außerhalb der Praxiszeiten. Die Zusammenarbeit mit den Apotheken war in allen Einrichtungen des Projektes reibungslos gelöst.

Feste und **regelmäßig stattfindende Visiten** stellen eine wichtige Grundlage zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen dar. Dieser maßgebliche Effekt wird auch unterstützt durch eine Evaluation von fünf Ärztenetzwerken, die innerhalb von Nordrhein Westfalen die Versorgung außerhalb der Dienstzeiten sicherstellen. Erste Ergebnisse belegen den Effekt der Reduktion von Krankenhauseinweisungen (Klingbeil, 2015). In dem Projekt IVA finden sich immer wieder konkrete Aussagen Hinweise auf ein „Sich kennen“, das eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten befördert und damit auch zur Reduktion von Krankenhausweinweisungen beiträgt.

Personelle Ausstattung

Ein deutliches Problem stellt die **personelle Ausstattung** dar. Alle Einrichtungen verfügten über einen zu geringen Anteil an Pflegefachpersonen. Der durchschnittliche Personalschlüssel im Projekt IVA lag je nach Einrichtung zwischen 23 und 37 Pflegefachpersonen und 13 bis 35 Pflegehilfspersonen (siehe Tabelle 2). Während die Einrichtung I aufzeigen konnte, dass eine Kontinuität der Beschäftigung bei ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorlag, weist die Einrichtung III auf, dass sie einen ständigen Wechsel von Pflegepersonen erlebt und der Anteil der Pflegehilfspersonen, welcher primär in Teilzeit arbeitet, mit 21,0 - 39,5 Personen hoch ist. Zwei der Einrichtungen arbeiten regelmäßig mit

Pflegenden aus Leihfirmen zusammen. Dies führt zu einer mangelnden Kontinuität bezogen auf das Kennen der Bedürfnisse und der Versorgungsanforderungen der Bewohner und Bewohnerinnen.

Neben der zu erhöhenden Anzahl von Pflegenden stellt die Erweiterung der **fachlichen Kompetenz** der an der Versorgung Beteiligten eine bedeutende Intervention dar. Besonders **Qualifikationsmaßnahmen** der Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen erweisen sich als Dreh- und Angelpunkt, um eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden oder zu reduzieren.

Dabei kommt zusätzlich zur sozialpsychologischen Kompetenz der pflegerisch- medizinischen Kompetenz eine zunehmende Bedeutung zu. Menschen in Alteneinrichtungen leiden zumeist an mehreren chronischen Krankheiten. Ein Kennzeichen sind dementielle Prozesse, die begleitet werden vom Fortschreiten somatischer Krankheiten. Stationäre Einrichtungen sind gefordert, ihre Mitarbeiter/innen daraufhin passgenau zu qualifizieren. Eine Maßnahme bietet die Erhebung der dominant anzutreffenden Krankheitsbilder und deren Hinweise auf eine akute Verschlechterung. Fortbildungsmaßnahmen mit individuellen Fallbesprechungen lassen sich hierauf abstimmen und bilden damit eine entscheidende Grundlage. Darüber hinaus ist der Erwerb von Zusatzqualifikationen für Pflegefachpersonen unverzichtbar gerade für Bereiche wie Schmerz, Ernährung, Stürze oder palliative Versorgung. Die in das Projekt einbezogenen Einrichtungen weisen diesbezüglich einen unterschiedlichen Stand auf. Während in einer Einrichtung eine Pflegefachperson über fünf Zusatzqualifikationen verfügt (was bedeutet, das in ihrer Abwesenheit kein Ersatz zur Verfügung steht), verfügt eine andere Einrichtung über vierzehn Zusatzqualifikationen, welche sich auf neun Pflegefachpersonen verteilen.

Auch Finn et al. (2006) identifizieren die ungenügende medizinische Unterstützung der Mitarbeiter/innen in Altenheimen als eine Ursache für Krankenhauseinweisungen. Nach Ansicht von Ouslander et al. (2010) wirkt sich die Pflegequalität auf vermeidbare Krankenhauseinweisungen aus. Sowohl der Umgang mit Risikofaktoren als auch die Pflegeheimstruktur sollten dabei beachtet werden. Kada et al. (2011) kommen zu ähnlichen Ergebnissen und geben Fortbildungen für Pflegende als grundlegende Intervention zur Reduktion von Einweisungen an.

Gesetzliche Betreuung

Wie bereits in der Veröffentlichung von Transparency International (2014) nachgewiesen wurde, stellen **beruflich gesetzliche Betreuungspersonen** häufig ein Problem dar. Vielfach sind sie für eine zu große Anzahl von pflegebedürftigen Menschen verantwortlich und/oder sie definieren ihre Aufgaben sehr unterschiedlich. Zu diesem Ergebnis kommt auch das IVA Projekt. Während in Einrichtung III nur 50 gesetzliche berufliche Betreuungspersonen (betrifft Angehörige und Berufsbetreuungspersonen die Verantwortung für 144 Bewohnerinnen und Bewohner übernahmen, waren in Einrichtung I für 88 Bewohnerinnen und Bewohner durchschnittlich 31 gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen zuständig (betrifft Angehörige und Berufsbetreuungspersonen). Das Verständnis über die Zuständigkeit, bzw. die Verantwortungsübernahme variierte von „Für alles verantwortlich sein und sich kümmern“ bis zu „Zuständig sein nicht für die Alltagsgestaltung sondern wie ein Rechtsanwalt“. Diese unterschiedliche Auffassung führte in den Einrichtungen dazu, dass einige gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen nie und einige regelmäßig den Kontakt zum Betroffenen pflegten. Die mangelnde Wahrnehmung einer gelebten gesetzlichen Betreuung führte immer wieder in den Einrichtungen zu großen Schwierigkeiten. Ebenso wie in der Veröffentlichung von Transparency International wünschten sich die Einrichtungen einen verlässlichen Kontakt, eine gute Erreichbarkeit und die Bereitschaft Wissen und Kenntnisse über den von ihnen gesetzlich zu vertretenden Menschen zu erlangen. Diese Wünsche finden sich auch im Projekt IVA wieder.

Gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen vertreten im Rahmen des festgelegten Aufgabenkreises die Angelegenheiten des bzw. der Betreuten gerichtlich und außergerichtlich in seinem/ ihrem Namen. Diese kann sowohl finanzielle Angelegenheiten, den Bereich der Gesundheitssorge, Wohnangelegenheiten und/ oder das Aufenthaltsbestimmungsrecht betreffen. In dem Projekt IVA zeigte sich, dass sich Angehörige und teils auch gesetzliche Betreuungspersonen zu rechtlichen und gesundheitlichen Fragen mehr Wissen wünschen, um ihrer Verantwortung auch gerecht werden zu können.

Teil 3: Wie verändert sich die Kostensituation unter der Anwendung neuer innovativer Konzepte?

Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wird auf Kapitel 12 (Seite 82)verwiesen.

Teil 4: Wie kann die Nachhaltigkeit erfolgreich evaluierter Maßnahmen sichergestellt werden? Auf welche Hemmnisse muss hingewiesen werden?

In den Einrichtungen fand eine deutliche Sensibilisierung bezüglich dem Thema Krankenhauseinweisungen statt, sowohl bei den Pflegefachpersonen als auch bei den Angehörigen. Um die entstandene Achtsamkeit zu erhalten, könnten so genannte „Thementräger“ in der Einrichtung eingesetzt werden, die sich Wissen zum Thema „Reduktion/Vermeidung von Krankenhauseinweisungen“ aneignen und in Absprache mit der Leitung und den Kolleginnen verantwortlich „am Laufen halten“. Diese Funktion wird in der deutschsprachigen Schweiz im Pflegekontext z.B. am Universitätsklinikum Zürich erfolgreich eingesetzt.

In den Abschlussinterviews wiesen die Einrichtungen auf die Nützlichkeit des **Interventionsmodells** hin, das ihnen eine Selbsteinschätzung und innerhalb des Projekts auch einen Abgleich mit anderen Einrichtungen ermöglichte. Geeignete Interventionen konnten identifiziert werden. Der systematische Verlauf in den sechs Interventionspunkten ist einerseits anschaulich, andererseits lässt er ausreichend Spielraum für die jeweilige „Individualität“ bzw. Eigenheit jeder einzelnen Einrichtung.

Im Projekt IVA fanden sich zahlreiche Arbeitsformen und Interventionen, die der **Kompetenzsteigerung der Pflegefachkräfte** dienlich waren. Die übergreifenden Arbeitstreffen (ausgerichtet durch das Forschungsteam) mit dem Input zu Fallbesprechungen, zu gesetzlicher Betreuung/ Vorsorgevollmachten/ Patientenverfügungen und zu Kooperation mit dem Krankenhaus dienten der vertieften Auseinandersetzung und dem Abgleich mit der eigenen Einrichtung. Interventionen wie Fortbildungen zu Symptomen und Maßnahmen bei bestimmten Krankheitsbildern führten zur konkreten Umsetzung des „neuen“ Wissens in der Praxis (z.B. Änderung der Insulinzeiten). Eine Einrichtung spricht von der Verbesserung bezüglich kritischem Denken und einer Erhöhung der Reflexionsfähigkeit bei den Fachkräften. Specht-Leible (2005) konstatiert ähnliche positive Entwicklungen in Projekt „GeNiAl“, indem zu Beginn vor allem Prophylaxen und Themen der Expertenstandards geschult wurden.

Die Rolle der Pflegehilfspersonen ist zu überdenken. Sie sollten bei Schulungen mit berücksichtigt werden – Specht-Leible sieht inzwischen diese Zielgruppe ebenfalls als zunehmend relevant für die pflegerische Versorgungsqualität, die zudem großes Interesse und ein hohes Bedürfnis an Fortbildung aufweist. Auch im Projekt IVA nahmen Pflegehilfspersonen an den Schulungen teil.

Hentzschel (2015) betont die Notwendigkeit umfänglicher pharmazeutischer Kenntnisse von Pflegefachpersonen. Polypharmazie und deren Begleiterscheinungen stellen immer wieder die

Ursache für eine akute Krankenhauseinweisung dar. Auch in dem IVA-Projekt wurde von den Pflegefachpersonen die Bedeutung medikamentöser Kenntnisse betont und die Fortbildung hierzu als besonders zielführend betrachtet. Nach Meinung der Hausärzte trägt wiederum eine „gute" Betreuungs- und Pflegequalität zu besserer Lebensqualität bei und somit zur Vermeidung von Einweisungen. Im Sinne des Kompetenzmodells nach Olbrich (2010) mit den vier Dimensionen: regelgeleitetes Handeln, situativ-beurteilendes Handeln, reflektiertes Handeln, aktiv-ethisches Handeln könnte durch eine gezielte Förderung der angegebenen Kompetenzen eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen ausgehen. Auch bezüglich der Fähigkeiten von Pflegefachpersonen finden sich Hinweise zur persönlichen Stärkung, Selbstreflexion, zu vertiefter Einfühlung und vertiefter Wahrnehmung sowie der Fähigkeit Wissen anwenden zu können (Olbrich 2010): Die Pflegefachpersonen haben mehr Mut, treten selbstbewusster auf und würden insgesamt bezüglich des Themas mehr reflektieren im Hinblick auf mögliche Vermeidbarkeit einer Einweisung bei gleichzeitigem Herausfinden was der Bewohner/ die Bewohnerin tatsächlich benötigt. Dieses wurde von den beteiligten Einrichtungen bestätigt. Es wäre zu wünschen, dass diese Entwicklungen in den Einrichtungen ihre Fortführung erfahren. Hierzu sollte ein spezifisches Angebot entwickelt werden.

Neben den strukturellen Schnittstellen Krankenhaus – Altenheim liegen auch **intraprofessionelle Kommunikations- und Kooperationsprobleme** vor, die auch im Projekt IVA zu Tage traten. Wird allerdings der Bereich der Hospiz- und **Palliativversorgung** betrachtet, zeigen sich verstärkt positive Äußerungen hinsichtlich einer Zusammenarbeit auf „Augenhöhe". Die Einbindung aller Beteiligten (Betroffene, Angehörige, ehrenamtliche Hospizinitiativen, Mediziner, Pflegefachpersonen, Apotheken…) stellen hierbei einen förderlichen Aspekt dar. Wurden bis vor einigen Jahren Bewohner und Bewohnerinnen gerade in der Sterbephase in ein Krankenhaus eingewiesen, würde dies inzwischen zunehmend weniger erfolgen. Es wäre denkbar, dass Netzwerkstrukturen dazu beitragen können, Krankenhauseinweisungen auch in anderen Situationen zu reduzieren. Die dichte Zusammenarbeit mit einer Neurologin in einer Einrichtung lässt dies für Menschen mit dementiellen Prozessen vermuten.

Hemmnisse

Der Mangel an **klaren Zielsetzungen** der Träger und Leitungen von Einrichtungen bzgl. der Reduktion von Krankenhauseinweisungen ist ein zentrales Hemmnis. Die Einschätzung, dass durch Krankenhauseinweisungen **Kosten** in der Alteneinrichtung minimiert werden könnten, konnte in dem Projekt IVA nicht bestätigt werden.

Der umfänglichste Einfluss auf die Reduktion von Krankenhauseinweisungen wird durch fachlich kompetente und **ausreichend vorhandene Pflegefachpersonen** erreicht. Ein ständiger Wechsel und/oder der zu hohe Einsatz von Pflegenden aus Leiharbeitsfirmen gefährden die Bewohner und Bewohnerinnen. Hierzu gehört auch ein zu häufiger Wechsel der leitenden Personen.

Weiterhin nimmt die **Pflegeorganisation** direkten Einfluss auf die gesundheitliche Situation der Altenheimbewohner und Altenheimbewohnerinnen. Findet keine Bezugspersonenpflege (Primary Nursing), statt, fehlen Pflegefachpersonen oftmals notwendige Informationen über die von ihnen betreuten Personen.

Existiert keine deutliche Unterstützung der Pflegefachpersonen durch die **Leitung** (z.B. klare Regelungen des Notfallmanagements, Hintergrunddienste) stellt das Fehlen ein deutliches Hemmnis dar.

Bewohner und Bewohnerinnen verfügen oftmals bei dem Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung über keine **Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht**. Auch können sich deren Wünsche im Laufe des Aufenthaltes und angesichts bestimmter gesundheitlicher Situationen verändern. In Deutschland ist die **freie Arztwahl** jedem Versicherten zugesichert. Dieses kann dazu führen, dass ein Bewohner/ eine Bewohnerin die Versorgung durch ihren ehemaligen Hausarzt wünschen, dieser jedoch keine regelmäßigen Visiten durchführt oder nicht an (ethischen) Fallkonferenzen über seine Patienten/ Patientinnen teilnimmt.

Angehörige, die als gesetzliche Betreuungsperson eingesetzt sind, verfügen in der Regel über zu wenig Wissen in Bezug auf gesetzliche Regelungen wie freiheitsentziehende Maßnahmen und werden im Alltag mit überraschenden Situationen konfrontiert, wenn beispielsweise ein Verfahrenspfleger eingesetzt wird. Sie engagieren sich meist sehr für den eigenen Angehörigen. In einer Einrichtung wurden sie in Form einer **Angehörigenvisite** vermehrt in die Entscheidungsfindung bei dem Versorgungsprozess und/oder einer anstehenden Krankenhauseinweisung eingebunden. Damit kann deren Position und Interesse vermehrt Rechnung getragen werden. Berufliche gesetzliche Betreuungspersonen bilden eine heterogene Gruppe, bei der ein unterschiedliches Rollenverständnis erkennbar ist. Während sich manche als zurückhaltende Begleiter im Gesamtprozess sehen, möchten andere über den Gesundheitszustand und den Willen der Klienten informiert sein. Bezüglich Einweisungen findet sich eher die Haltung oder das Vertrauen darauf, dass die „Gesundheitsprofis“ schon wissen was sie tun. Damit wird die Verantwortung abgegeben und die Bewohner/ Bewohnerinnen und die Pflegefachpersonen werden alleine gelassen.

Hier müsste insgesamt ein deutlich kritischer Blick bei der **Benennung eines Berufsbetreuers/ -betreuerin** erfolgen. Eine Vielzahl unterschiedlicher Personen für Bewohner/ Bewohnerinnen eines Altenheimes, welche die Betreuung übernehmen, erhöht die Komplexität maßgeblich. Mangelnde Erreichbarkeit und/oder für bestimmte Fragen/ Aufgaben sich nicht zuständig zu erachten, erfordert für die Pflegefachpersonen einen hohen zeitlichen Aufwand und führt häufig zu keiner unterstützenden Haltung.

Während des Projekts äußerten einige Pflegefachpersonen, dass eine Einweisung immer notwendig wäre, um sich bei einer Verletzung einer Person vor einem Schaden „abzusichern“. **Regressansprüche** und die Sorge vor einer Klage standen dabei im Vordergrund. Niemand konnte jedoch angeben, ob jemals ein Gerichtsverfahren eingeleitet wurde bzw. es zu haftungsrechtlichen Ansprüchen kam. Diese vermutlich berufssozialisierte Sorge kann in Bezug auf vermeidbare Krankenhauseinweisungen als veränderbarer Einflussfaktor betrachtet werden, indem Altenheime haftungsrechtliche Fortbildungen durchführen und seitens der Leitung Pflegefachpersonen bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf eine Krankenhauseinweisung unterstützt werden.

Auch Hausärzte und Hausärztinnen äußerten sich diesbezüglich. Bestimmte Anforderungen innerhalb des Qualitätsmanagements seien überzogen. Sie selbst hielten Pflegefachpersonen für fähig, Entscheidungen über eine erforderliche Krankenhauseinweisung, besonders nach Stürzen, einschätzen zu können. Schulungen können hierzu eine große Hilfe darstellen, wenn diese nicht angeboten werden, stellt dies ein deutliches Hemmnis dar.

Ein besonderes Hemmnis stellt eine mangelnde Durchführung von regelmäßigen wöchentlichen **Visiten** durch Hausärzte dar. Auch eine zu große Anzahl unterschiedlicher Hausärzte stellte die Pflegenden in den Einrichtungen vor Probleme, da diese viel Zeit binden. Immer noch ist die medizinische Betreuung durch Fachärzte ein häufiges Problem. Dabei fehlen besonders die

Disziplinen Urologie, Gynäkologie und Neurologie/ Psychiatrie, aber auch Dermatologie oder Orthopädie.

Nicht geklärt werden konnte, ob ein Vorbehalt der Zusammenarbeit von Hausärzten und Hausärztinnen gegenüber privaten Trägern von Alteneinrichtungen besteht. Die Versorgungssituation durch Hausärzte und Hausärztinnen stellte sich hier als besonders schwierig dar.

Als besonders hilfreich stellte sich ein **Arztzimmer** in einer Einrichtung heraus. Die Möglichkeit, dass im Altenheim ein EKG geschrieben werden kann und ein Ultraschallgerät eine diagnostische Hilfe bietet, Blutabnahmen stattfinden können und weitere medizinische Untersuchungen durchgeführt werden können, ersparen vielen Bewohnern und Bewohnerinnen die Einweisung in ein Krankenhaus. Auch die Möglichkeit Infusionen anzulegen und Harnkatheter zu erneuern, könnten immer wieder Einweisungen reduzieren. Allerdings werden diese Maßnahmen von den Kassen nicht finanziert. Hier besteht ein dringender Klärungsbedarf. Es muss der Einrichtung möglich sein, medizinische Behandlungsmaßnahmen im Altenheim auch über das SGB V abzurechen.

Weiterhin existiert noch kein ausreichendes **Interesse bei den Krankenhäusern** sich mit den Alteneinrichtungen abzusprechen und eine gezielte Überleitung in – und aus dem Krankenhaus sicher zu stellen. Auf vielen Ebenen existieren hier kommunikative Hemmnisse. Dieses wird u.a. daran deutlich, dass die Alteneinrichtungen keine Entlassungsbriefe des Krankenhauses erhalten, sondern diese an den Hausarzt/ -ärztin gehen. Die Alteneinrichtungen erhalten zumeist nur „Kurzhinweise“, denen die medikamentösen Veränderungen bzw. Empfehlungen zu entnehmen sind, jedoch nicht die Gründe dafür. Weiterhin konnte in den Entlassungsbriefen, die zumeist dann über den Hausarzt/ Hausärztin das Altenheim erreichen, immer wieder der Hinweis gefunden werden, dass bei Einweisung eine Exsikkose bestand. Nachweislich konnte in vielen Fällen dargestellt werden, dass die eingewiesenen Bewohner/ Bewohnerinnen ausreichend Flüssigkeit im Altenheim erhalten hatten, dieser „Textbaustein“ jedoch immer wieder in den Entlassungsbriefen eingefügt wurde.

Auch berichteten die beteiligten Einrichtungen, dass die Krankenhäuser oftmals unangekündigt die Bewohner und Bewohnerinnen in die Einrichtung zurücksenden. In einer Einrichtung kommt dieses nach mehrmaligen Gesprächen mit den umgebenden Krankenhäusern nicht mehr vor.

Zwischen Krankenhaus und Altenheim als Vertreter der beiden Sektoren SGB V und SGB XI finden sich nach wie vor trotz bestehender Überleitungsinstrumente keine tragfähigen Lösungen zur Überwindung der „Lücken“. Wenn sich die Beteiligten nicht „kennen“, gelingt der Informationsfluss nur unzureichend. Dies ist als allgemeines Hemmnis zu betrachten, dem mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss.

10. Empfehlungen

Auf der Grundlage der erhobenen Daten, der Literaturanalyse und des Vergleichs mit ähnlich gelagerten Projekten werden klare Empfehlungen ausgesprochen.

Aufgabe des Projektes war es, ein Handbuch für Altenpflegeeinrichtungen zu erstellen. Dieses bietet die Möglichkeit eine eigene Standortbestimmung vorzunehmen und passgenau die Interventionen auf den Weg zu bringen, die für die eigene Einrichtung von Bedeutung sind.

Erstmals liegt damit ein Ergebnis vor, welches allen Altenpflegeeinrichtungen an die Hand gegeben werden kann, um eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen ihrer Bewohner und Bewohnerinnen anzustreben.

Darüber hinaus konnte eine Intervention theoretisch (virtuelle Krankenhausbetten in Alteneinrichtungen) entwickelt und in Interviews überprüft werden.

Teil 5: Welche Empfehlungen können für andere Altenheime ausgesprochen werden?

Das Interventionsmodell orientiert sich prozesshaft an den zeitlichen Verläufen des Umzugs einer Person in eine Altenpflegeeinrichtung und deren Veränderung ihres gesundheitlichen Zustandes. Das Modell greift damit nicht nur einzelne Maßnahmen auf, sonders setzt diese in eine zeitlichen Bezug. Damit ist es möglich zu jeder Zeit, vor und während des Lebens und Wohnens in einer Pflegeeinrichtung, auf die Reduktion von Krankenhauseinweisungen Einfluss zu nehmen. Besonders die Darstellung des zeitlichen Kontinuums in Verbindung mit einzelnen Interventionen stellt für die Praxis ein alltagstaugliches Instrument dar. Innerhalb des Projektes konnte damit eine Reduktion der Krankenhauseinweisungen von akut erkrankten Altenheimbewohnern und Altenheimbewohnerinnen aufgezeigt werden.

Während in den kontaktierten Projekten, die Aktivitäten über Geriater/ Geriaterinnen („Gut versorgt im Altenheim“) oder durch ein Krankenhaus gesteuert wurden („GeNiAl“) geht nun die Aktivität primär von der Alteneinrichtung aus und nimmt damit direkten Einfluss auf ihr Einweisungsverhalten. Zu wünschen ist es, dass die einzelnen Einrichtungen ihre Stärken identifizieren und neue Interventionen passgenau angehen. Damit geht es über die bereits vorliegenden Erkenntnisse der genannten Projekte oder von Ärztenetzwerken etc. hinaus.

Die Empfehlungen münden in ein Handbuch zur „Reduktion von Krankenhauseinweisungen akut erkrankter Altenheimbewohner und Altenheimbewohnerinnen“, welches einzelne Interventionsmöglichkeiten aufzeigt, die sich in der Praxis bewährt haben. Übergeordnet über den Interventionspunkten können drei Kernaspekte identifiziert werden.

1. ein konsequenter Blick auf den Bewohner, die Bewohnerin
2. eine spezifische Qualifikationen der professionell Pflegenden
3. eine dichte Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten

1. Ein konsequenter Blick auf den Bewohner, die Bewohnerin

Ausgangspunkt jeder umfänglichen Betreuung und Begleitung von Altenheimbewohnern und Altenheimbewohnerinnen ist deren Willen bzgl. ihrer Behandlung bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu kennen. Gespräche vor dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung sollten dieses bereits thematisieren. Hierbei können Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und die evtl. notwendige Regelung einer gesetzlichen Betreuung eine große Hilfestellung bieten. Gesundheitliche Probleme müssen bekannt sein, ein konsequenter Blick auf deren Veränderung muss erfolgen. Klare Absprachen im Team, mit dem Hausarzt und die Einrichtung einer bezugspersonenorientierten Pflege leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Eine besondere Unterstützung bieten regelmäßige Fallbesprechungen unterschiedlicher Art (z.B. hermeneutisch oder ethisch). Angehörigenvisiten können dabei eine wichtige Unterstützung darstellen, die Wünsche der in der Einrichtung lebenden Personen zu kennen.

Qualitätskriterien für die Berufung eines gesetzlich bestellten Betreuers oder einer Betreuerin müssen unbedingt erarbeitet werden. Damit müssen die Erreichbarkeit, Zuständigkeit und Aufgabenübernahmemit Blick auf die Klienten klar definiert werden.

Weitere Interventionen werden im Handbuch dargestellt.

2. Spezifische Qualifikationen der professionell Pflegenden

Ebenso wie in der Literatur beschrieben stellen die qualifizierte und quantitative Ausstattung einer Einrichtung zentrale Größen dar. Immer noch werden zu viele alte Menschen in den Pflegeeinrichtungen von zu wenigen Pflegefachpersonen versorgt. Ein häufiger Wechsel von verantwortlich Pflegenden für eine bestimmte Bewohnergruppe führt zu Verlusten über das Wissen und die Bedürfnisse derselben. Dieses trifft besonders dann zu, wenn Pflegende von Leiharbeitsfirmen zu häufig hinzugezogen werden müssen. Hierbei gehen den Bewohner/ -innen vertraute Personen verloren, was deren Lebensgefühl deutlich beeinträchtigt.

Es müssen regelmäßige Fortbildungsangebote für die Pflegefachpersonen sowie für Pflegehilfspersonen stattfinden, die u.a. das Augenmerk auf somatische und psychische Erkrankungen richten. Häufige, akute Ereignisse bedürfen einer besonderen Beachtung (z.B. Stürze und Schmerz), um deren Entwicklungen nicht zu einer Krankenhauseinweisung werden zu lassen. Hierzu wurden bereits Schulungsprogramme entwickelt, die in das Handbuch u.a. eingeflossen sind.

Regelmäßige Fallbesprechungen bieten eine Grundlage zum reflektierten Umgang mit spezifischen Situationen. Sie schulen den Blick für frühzeitige Lösungen und tragen dazu bei ungeplante Krankenhauseinweisungen zu reduzieren.

Ausgangspunkt der Qualifizierung von Pflegenden stellt die Führungskompetenz der Leitung dar. Ihr muss bewusst sein, dass die gesundheitliche Versorgung ihrer Bewohner und Bewohnerinnen von der hohen Kompetenz der pflegerischen Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen abhängt. Diese zu fördern und positiv zu unterstützen ist eine ihrer zentralen Aufgaben. Hierzu gehört ein klar strukturiertes Notfallmanagement und eine Hintergrundrufbereitschaft, die die Pflegenden bei der Versorgung der ihnen Anvertrauten gezielt unterstützt.

Weitere Interventionen werden im Handbuch dargestellt.

3. Dichte Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten

Während die Zusammenarbeit mit den Apotheken immer besser funktioniert (auch die nächtliche Versorgung mit Medikamenten) stellt sich die Zusammenarbeit mit Haus-/ Fachärzten und Haus-/ Fachärztinnen sowie den Krankenhäusern immer noch als ein besonderes Problem dar.

Es wird empfohlen Hausärzte/-ärztinnen verbindlich zu einer regelmäßigen Visite ihrer Patienten und Patientinnen zu verpflichten. Weiterhin sollten sie an Fallbesprechungen und auch ethischen Entscheidungsfindungen teilnehmen. Inzwischen haben die Krankenkassen dazu Fördermittel zur Verfügung gestellt (integrierte Versorgungsmodelle).Falls sich dazu einige Hausärzte/ -ärztinnen nicht in der Lage sehen, sollte die Möglichkeit bestehen, auf ärztliche Praxen zu verweisen, die eine regelmäßige Betreuung der Patienten und Patientinnen in Alteneinrichtungen sicher stellen. Dies muss ebenso auf die fachärztliche Versorgung zutreffen.

Problematisch stellt sich die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern dar. Sie sind auf die Versorgung der zumeist dementiell erkrankten Bewohner und Bewohnerinnen nicht ausreichend vorbereitet.

Gemeinsame Übergabeberichte fehlen, die Entlassungsbriefe gehen nicht an die Alteneinrichtung, Bewohner/ Bewohnerinnen stehen nach einer Entlassung „plötzlich“ vor der Tür.

Es müssen gemeinsame Aufnahme-, Verbleib- und Entlassungsberichte erarbeitet werden. Pflegende aus Kliniken sollen in Alteneinrichtungen hospitieren, Pflegende aus Alteneinrichtungen in Krankenhäusern.

Neben den Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen in Krankenhaus und Altenheim sollten auch die Bewohner/ Bewohnerinnen selbst und deren Angehörige gut informiert werden und Strukturen und Prozesse kennen, um Alternativen zu einem Krankenhausaufenthalt mit zu entscheiden.

Virtuelle Krankenhausbetten

Weiterhin wurde über eine Möglichkeit „virtueller Krankenhausbetten“ nachgedacht, welche jedoch innerhalb des Projektes aus Zeitgründen nicht umgesetzt werden konnte.

Während die Schulungen und Sensibilisierung der Beteiligten innerhalb des Altenheims gezielt angegangen werden konnten, wurde diese dritte Option mittels erster Experteninterviews verfolgt.

„Versorgung von Altenheimbewohnern und -bewohnerinnen unter DRG Bedingungen in Kooperation mit Krankenhäusern“

Ziel war zu eruieren, ob es eine Möglichkeit der Versorgung von akut erkrankten Altenheimbewohnern und Altenheimbewohnerinnen geben könnte, indem „Betten“ verschiedener Disziplinen bei gleicher Trägerschaft (hier besonders der geriatrischen, inneren und chirurgischen Disziplinen) in das Altenheim verlagert werden könnten. Diese Möglichkeit sollte besonders Menschen mit dementiellen Veränderungen zugutekommen. Weiterhin sollte eine Abrechnung über die DRG`s erfolgen, obwohl die erkrankten Altenheimbewohner und -bewohnerinnen im Altenheim versorgt werden würden.

Vorteile:

- Verbleib der Bewohner/Bewohnerinnen in der vertrauten Umgebung.
- Reduktion von Folgerisiken für die akut erkrankten Bewohner und Bewohnerinnen.
- Stärkung des fachlichen Potenzials der Pflegefachpersonen in Alteneinrichtungen.
- Entlastung der Notaufnahmen und Stationen von Altenheimbewohnern und Altenheimbewohnerinnen, die ihre Bedürfnisse nicht verbalisieren können.
- Kostenminimierung.
- Möglichkeit der Diagnostik/Operation in der Klinik, danach zeitnahe Rückverlegung in das Altenheim.

***Nachteile*:**

- Geringe Bereitschaft von Chefärzten/ -ärztinnen, „Betten“ in ein Altenheim zu verlegen.
- (Kostenintensive) Schulung des Pflegefachpersonals.
- Administrativer Aufwand.
- Sicherstellung der räumlichen Nähe.

Insgesamt wurden mit drei Trägern, die gleichzeitig Alteneinrichtungen und Krankenhäuser betreiben, Interviews geführt. Es handelte sich um freigemeinnützige Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen.

Die Interviews erfolgten jeweils mit den Kaufmännischen Direktoren/ Direktorinnen, den pflegerischen und ärztlichen Leitungen der Krankenhäuser sowie den Leitungen der Alteneinrichtungen (Heimleitung/ Pflegeleitung).

Bei gleicher Trägerschaft erschien es den interviewten Personen möglich eine solche Option zu prüfen und gegebenenfalls anzugehen. Allen war bekannt, dass Altenheimbewohner/innen einen Krankenhausaufenthalt nur schwer verkraften, dieses umso mehr, wenn sie an dementiellen Veränderungen leiden.

Für alle denkbar war es, dass Betten des Krankenhauses sich auch örtlich im Altenheim befinden könnten. Die Entlastung des Krankenhauses von Bewohnerinnen und Bewohner mit dementiellen Prozessen und der Verbleib der Personen in einem vertrauten Umfeld erschienen allen Interviewten sinnvoll. Weiterhin zeigte sich, dass es möglich wäre, auch administrativ, die Abrechnungen unter DRG Bedingungen dann vornehmen zu können, wenn die akut erkrankten Bewohner und Bewohnerinnen von Klinikärzten/ -ärztinnen betreut würden. Voraussetzung wäre die neue örtliche Zuordnung von Klinikbetten. Dieses bedarf der gezielten Einschätzung, wieviel Bewohner und Bewohnerinnen pro Jahr im Krankenhaus versorgt werden.

Die Leitungen der Alteneinrichtungen wiesen darauf hin, dass sich die personelle Ausstattung der Alteneinrichtungen schon jetzt am Limit befinde und eine Versorgung akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen und -bewohner zu einer personellen Aufstockung führen müsste. Auch müsste ein Rotationssystem eingeführt werden, das sicherstellt, dass Pflegefachpersonen der Klinik im Altenheim arbeiten. Dieses hätte jedoch den positiven Effekt, dass ein besseres Verständnis für die Bedarfe von Alteneinrichtungen entstehen könnte (z.B. bzgl. des Verlegungsberichtes, der medikamentösen Versorgung, der diagnostischen Abklärung, der Zusammenarbeit mit Angehörigen). Weiterhin würde damit das Fachwissen der Pflegenden in Alteneinrichtungen gezielt gefördert. Aus Studien ist bekannt, dass durch den Ausbau von Fähigkeiten des pflegerischen Personals in Alteneinrichtungen das Selbstbewusstsein derselben positiv gefördert wird (Allemann, 2010).

Deutlich wurde, dass es eine neue interessante Option darstellen könnte, wenn die Versorgung von Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern in der vertrauten Umgebung stattfinden könnte. Probleme wurden gesehen, bei einer nicht vorhandenen räumlichen Nähe und der Diskussion mit den Chefärzten/ -ärztinnen der verschiedenen Fachdisziplinen.

Diese Option erfordert eine umfängliche Prüfung (rechtlich, organisatorisch), die innerhalb des Projektes nicht umsetzbar war, jedoch als aussichtsreiche Lösung weiter verfolgt werden sollte.

Entwicklung eines Handbuchs

Während des Projektverlaufs zeichnete sich immer wieder ab, dass die Entscheidung für eine praktische Handreichung für die Praxiseinrichtungen von allen Beteiligten als hilfreich eingeschätzt wurde. Das Handbuch unterstützt Altenheime bei

- der Selbsteinschätzung der Einrichtung – wo stehen wir?
- der Festlegung gezielter Interventionen – was hilft uns weiter?
- der Umsetzung/ Implementierung geeigneter Maßnahmen – wie gehen wir vor? Was können wir von anderen lernen?

- der Auswertung/ Evaluation in der Einrichtung – was haben wir erreicht?

Das Handbuch hat interaktiven Charakter und fördert die zielführende Auseinandersetzung mit Aspekten, die zur Reduktion bzw. Vermeidung von Einweisungen beitragen. Es stellt die einzelnen Möglichkeiten zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen dar und enthält Instrumente zur eigenen Einschätzung, zur Schulung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sowie der Evaluation der durchgeführten Maßnahmen.

11. Limitationen

Die Anzahl der teilnehmenden Alteneinrichtungen war zu gering, um verlässliche Aussagen für alle Alteneinrichtungen ziehen zu können. Jede der beteiligten Einrichtungen verfügte über ein Verständnis einer „Eigenheit“, welches sie besonders charakterisiert. Die Datenqualität unterlag Begrenzungen. Die Informationen zu den Krankenhausweisungen wurden retrospektiv anhand der Pflegedokumentation erhoben und diese wiesen immer wieder auch Lücken auf. Erfassen Rater vor Ort die Daten, ist die Qualität der Daten nicht kontinuierlich verifizierbar. Die Datenmenge ließ wenige statistische Zusammenhänge zu, da die Gesamtzahlen zu niedrig waren. Die Datenlage in Deutschland zur Situation von Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenheimen und/ oder in Krankenhäusern basiert auf unterschiedlichen Logiken und erfolgt mit unterschiedlichem Interesse. Damit sind die Daten untereinander in der Regel kaum vergleichbar. Personelle Knappheit führte zu einer Inkongruenz der personellen Besetzung der Fokusgruppen.

Trotz der Beachtung bei der Auswahl auf Einrichtungen, die Menschen mit Migrationshintergrund versorgen, konnte dies innerhalb der Studie nicht verifiziert werden. Hier unterliegt eine derartige Studie den reellen Gegebenheiten, die im Alltag stark variieren können.

Dem Praxisalltag und der personellen Ausstattung ist es zu schulden, dass nicht alle Planungen und Organisationsabsprachen einzuhalten waren und sich der gesamte Studienverlauf damit verzögerte. Strukturelle Veränderungen wie Führungswechsel und gesetzliche Reformanpassungen forderten ein hohes Maß an Flexibilität. Die Koordination von Terminabsprachen stellte regelmäßig für beide Seiten eine Herausforderung dar. Dieser Aspekt erfordert eine hohe Aufmerksamkeit, dem am ehesten durch feste Beauftragte begegnet werden kann.

Teil III: Ökonomische Begleitforschung

12. Gesundheitsökonomische Perspektiven

12.1 Einführung und Auswahl einer Beispielindikation

Das Ziel des Projekts, die Zahl der Krankenhauseinweisungen von Altenheimbewohnern zu reduzieren oder ggf. eine rasche Rückkehr in das gewohnte Umfeld zu fördern, wurde durch eine gesundheitsökonomische Studie der Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft begleitet.

Ziel des Projektes war es, alternative Versorgungsmodelle durch einen Vergleich von Kostenszenarien zu analysieren. Ausgangspunkt dafür war die Überlegung, dass mit der Einweisung und stationären Versorgung von akut erkrankten Altenheimbewohnern im Vergleich zur Versorgung im Pflegeheim höhere Kosten für das Gesundheitswesen verbunden sein könnten. Um mögliche Zielkonflikte zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern berücksichtigen zu können, sollten beide Perspektiven Berücksichtigung finden, außerdem sollte der Gesundheitszustand der Altenheimbewohnerinnen in den Versorgungsszenarien berücksichtigt werden. Um die Thematik grundlegend fundieren zu können, wurde zunächst eine Recherche in der internationalen Literatur zu gesundheitsökonomischen Aspekten der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen durchgeführt.

Internationale Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde mittels relevanter Suchbegriffe in für die Gesundheitsökonomie einschlägigen Datenbanken durchgeführt. Hierzu gehörten: EMBASE via DIMDI, Medline via Ovid, CINAHL via EBSCO, Econlit via EBSCO und NHS EED via CRD. Darüber hinaus wurden die Quellenverzeichnisse der identifizierten Beiträge händisch durchsucht.

In die Recherche wurden gesundheitsökonomische Studien und Evaluationen eingeschlossen, welche die Hospitalisation im Vergleich zur Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung sowie Maßnahmen zur Prävention von Krankenhauseinweisungen bei über 65-jährigen Personen in der stationären Altenhilfe thematisieren. Als Outcome-Maße wurden die Krankenhauseinweisung bzw. die Anzahl der Krankenhaustage festgelegt. Eine zeitliche Limitierung wurde nicht gesetzt.

Ausgeschlossen wurden Beiträge, die weder in englischer, deutscher oder französischer Sprache publiziert waren oder einen Altersdurchschnitt der Probanden von unter 65 Jahren aufwiesen. Darüber hinaus wurden Studien ausgeschlossen, die Besetzungsfragen im Sinne von Stellenschlüsseln oder Ähnlichem thematisierten. Weiter wurden Studien aus sogenannten Acute Long Term Care Einrichtungen nicht berücksichtigt, da diese eine über die übliche Krankenhausverweildauer hinausgehende Versorgung übernehmen.

Bei der Literaturrecherche wurden insgesamt 14 Beiträge identifiziert und bewertet. Abbildung 1 visualisiert die Suchstrategie.[1]

[1] Ausgewählte Ergebnisse der Literaturrecherche wurden beim Treffen des IVA-Fachbeirats im Oktober 2013 präsentiert. Sie sind darüber hinaus im Sachstandsbericht 2013 dargestellt.

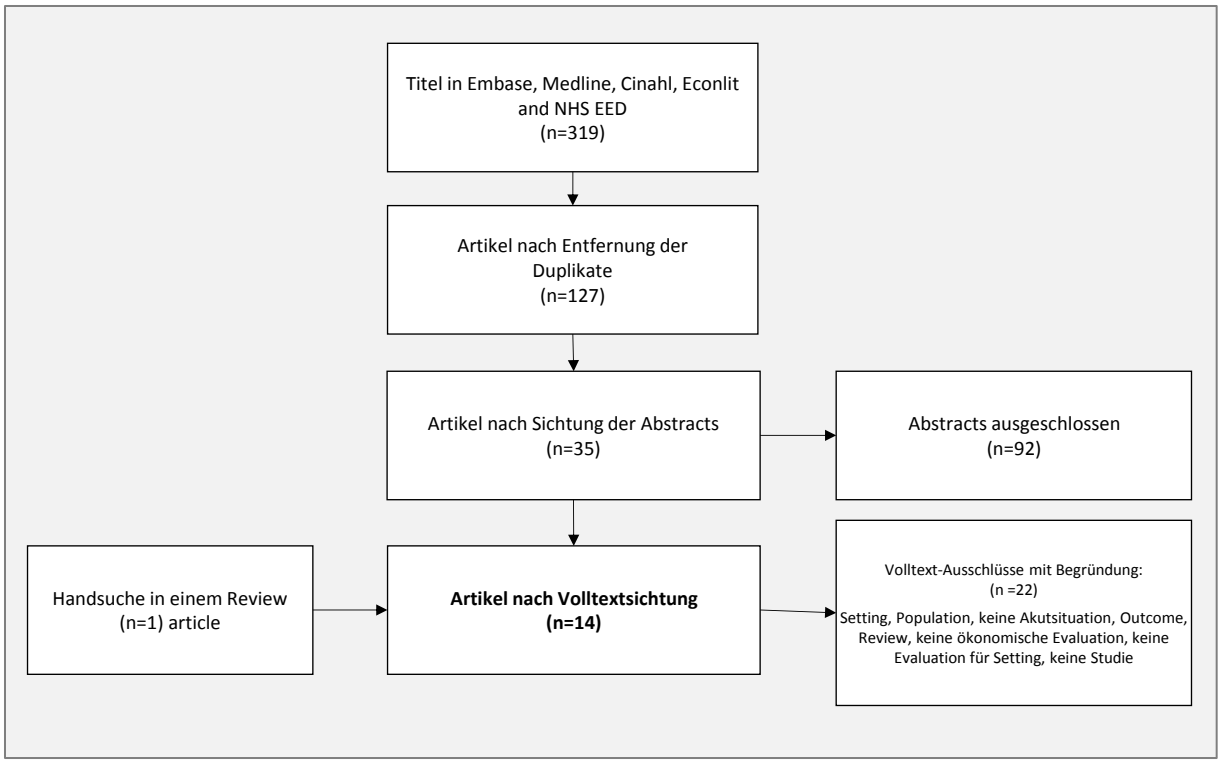


Abbildung 11: Flowchart der Suchstrategie.

Die gesundheitsökonomischen Evaluationen umfassten Cost-Effectiveness-, Cost-Utility- und Cost-Benefit-Analysen. Im Ergebnis zeigte sich, dass alternative Versorgungsmodelle für akut erkrankte Altenheimbewohner das Potential zur Vermeidung von gesundheitlichen Risiken bei gleichzeitiger Kostenersparnis bergen. Studien aus Nordamerika weisen explizit auf Chancen zur Verbesserung der Versorgung von Altenheimbewohnern bei gleichzeitiger Ausgabensenkung hin.[2,3] Diesbezüglich scheinen vor allem eine Standardisierung der Versorgung (Leitlinien) sowie der Einsatz von qualifiziertem Personal von großer Bedeutung zu sein.

Mit der Recherche konnte die der gesundheitsökonomischen Analyse zugrundeliegende Basisannahme bestätigt werden, dass eine Vermeidung bzw. Reduzierung der Krankenhauseinweisungen von akut erkrankten Altenheimbewohnern (i) die Dauer und den Schweregrad der Krankheitsverläufe verringern, (ii) Risiken mindern und (iii) Kosten sparen kann.

Für Deutschland wurden keine gesundheitsökonomischen Analysen zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen aus dem Pflegeheim gefunden, hier konnte eine Forschungslücke identifiziert werden.

Auswahl einer Beispielindikation

Die Evaluation gesundheitsökonomischer Aspekte wurde nach Rücksprache mit dem Fachbeirat auf eine ausgewählte Beispielindikation konzentriert. Ein Grund dafür war die geringe Zahl kooperierender Pflegeheime, auch waren Datenzugang und Dokumentationsqualität beschränkt.

[2] Vgl. Kruse RL, Mehr DR, Boles KE et al. Does hospitalization impact survival after lower respiratory infection in nursing home residents? Med Care.2004;42(9):860-70.

[3] Vgl. Loeb M, Carusone S C, Goeree R et al. Effect of a Clinical Pathway to Reduce Hospitalizations in Nursing Home Residents With PneumoniaA Randomized Controlled Trial, JAMA 2006;295(21):2503-10.

Die Auswahl der Beispielindikation erfolgte nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Beispielindikation aus internationalen Studien

   Welche Indikationen waren bereits Gegenstand von Studien, für welche Indikationen konnten Kostenersparnisse durch alternative Versorgungsmodelle nachgewiesen werden? Die bei der Literaturrecherche identifizierten Studien (siehe Abbildung 1) thematisierten verschiedene Krankheitsbilder, darunter u.a. Atemwegserkrankungen wie Pneumonie.

2. Hinweise auf vermeidbare Indikationen im Projektkontext

   Bei den im Projekt beteiligten Altenpflegeheimen wurden alle Krankenhauseinweisungen über einen Zeitraum von einem Jahr erhoben und – soweit nach Aktenlage möglich – mit Diagnosen verbunden. Neben Exsikkose (Dehydrierung), Harnwegsinfekten, Diabetesdekompensation und Kollaps waren darunter auch verschiedene Einweisungen mit der (Verdachts-)Diagnose Pneumonie verbunden.

3. Empfehlung aus dem Fachbeirat

   Der interdisziplinär besetzte Fachbeirat des Projektes empfahl die Diagnose Pneumonie, weil hier grundsätzlich eine evidenzbasierte Versorgung im Altenheim möglich ist und bei Verdacht auf Pneumonie dennoch häufig ins Krankenhaus eingewiesen wird.[4]

Im Ergebnis stellte sich damit die Indikation **Atemwegsinfekte / Pneumonie** sowohl mit Blick auf die Literatur als auch unter Bezugnahme auf die Erfahrungen der Projektpartner und des Fachbeirats als gut geeignet für die weitere Vorgehensweise heraus.

Situation in Deutschland

4. Atemwegsinfektionen mit Verdacht auf Pneumonie führen bei Altenheimbewohnerinnen und –bewohnern häufig zur Einweisung ins Krankenhaus, obgleich die für Patienten in höherem Alter empfohlene engmaschige Überwachung, sichere Medikamenteneinnahme wie auch ausreichende Hydration5 in der stationären Pflege grundsätzlich gewährleistet werden könnte und auch eine kontinuierliche ärztliche Versorgung möglich wäre.

5. Atemwegsinfekte mit Verdacht auf Pneumonie sind sowohl aus klinischer als auch gesundheitsökonomischer Sicht von Relevanz:

   - **Patientenzustand:** Die Hospitalisierung ist besondere für ältere Pflegebedürftige (nicht nur bei Vorliegen demenzieller Erkrankungen) mit gesundheitlichen Risiken verbunden (nosokomiale Infektionen, erhöhtes Sturzrisiko etc.);
   - **Kosten:** Werden akut erkrankte Altenheimbewohner ins Krankenhaus eingewiesen und dort stationär versorgt, führt dies im Vergleich zur Versorgung im Pflegeheim zu Mehrausgaben für die Krankenkassen.

[4] Der interdisziplinär besetzte Fachbeirat und die Kolleginnen und Kollegen aus der Pflegewissenschaft unterstützten als Expertenpanel bei der Auswahl der Beispielindikation sowie bei der Validierung der im Folgenden dargestellten Prozessschritte.

[5] Vgl. hierzu und zum folgenden Hoffken G, Lorenz J, Kern W et al. Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie – Update 2009. Pneumologie (Stuttgart, Germany) 2009; 63: e1-68.

Zielsetzung der gesundheitsökonomischen Analyse

Vor diesem Hintergrund wurden die folgenden Ziele für den weiteren Projektverlauf festgelegt:

- **Sekundärdatenanalyse:** Zunächst war es das Ziel, die gesamtwirtschaftliche Relevanz mittels Daten der Kranken- und Pflegekassen für die gewählte Beispielindikation ambulant erworbener Atemwegsinfekte/Pneumonie zu analysieren.
- **Kostenschätzung alternativer Versorgungsszenarien:** Darauf aufbauend sollte eine vergleichende Schätzung der Behandlungskosten von Altenheimbewohnern im Krankenhaus gegen die Versorgung im Pflegeheim für die gewählte Beispielindikation durchgeführt werden.

Auf beides wird im Folgenden detailliert eingegangen.[6]

12.2 Sekundärdatenanalyse zur Relevanz aus Sicht der Kostenträger

Um den gesundheitsökonomischen Effekt der betrachteten Thematik für die Bundesrepublik Deutschland aufzeigen zu können, sollte im Projektverlauf die gesamtwirtschaftliche Relevanz aus Sicht der Kostenträger beispielhaft für eine ausgewählte Beispielindikation ermittelt werden.

Mangels Routinedaten der amtlichen Statistik sollte eine Hochrechnung auf Basis von Kassendaten erfolgen. Vor diesem Hintergrund wurde Kontakt zu ausgewählten Kranken- und Pflegekassen aufgenommen.[7] Im Ergebnis konnten zwei große Kassen (AOK und Barmer GEK) gewonnen werden, die zusammen 63 Prozent aller Empfänger stationärer Pflegeleistungen im Jahr 2013 erfassten (siehe Abbildung 2).

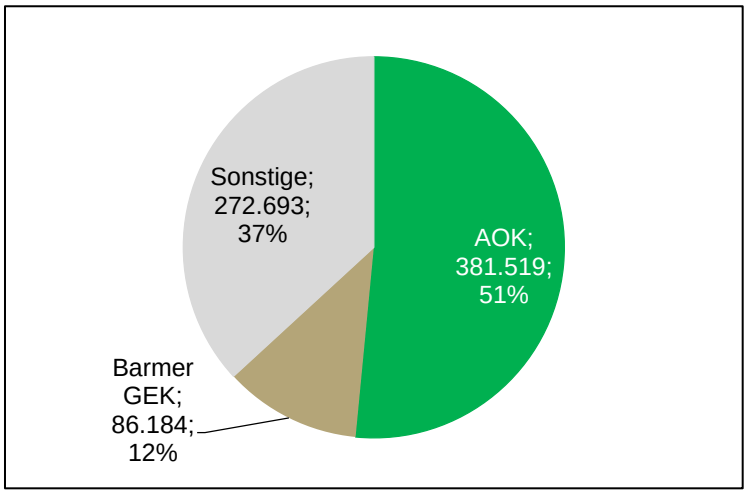


Abbildung 12: Anteil berücksichtigter Datensätze an der Anzahl der Empfänger stationärer Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 2013 (insgesamt 740.396)

Material und Methoden

Für die Analyse der Kassendaten wurde die folgende methodische Vorgehensweise gewählt:

- Zunächst galt es Krankenhauseinweisungen aus dem Pflegeheim für das Jahr 2013 durch Zusammenführung der relevanten Daten der Kranken- und Pflegekassen zu ermitteln. Hierzu

[6] Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse wurden bei der IVA-Abschlusstagung am 10. Juni 2015 in Witten vorgestellt.
[7] Zur Kontaktaufnahme mit den Kassen wurde eine Kurzbeschreibung des (Teil-) Projekts erstellt. Diese ist in den Anhang 15 des Projektberichts eingefügt.

wurden die Empfänger stationärer Pflegeleistungen in einem Datensatz der Pflegekassen identifiziert und mit einem korrespondierenden Datensatz der Krankenkassen zu den Krankenhauseinweisungen mit der Hauptdiagnose Pneumonie (ICD-10-Code J18* oder J69*) in Kombination mit bestimmten DRG-Abrechnungsziffern (E77F, E77G, E77I, E42Z) für das Jahr 2013 zusammengeführt. Als Schnittmenge konnten 38.044 Fälle von Krankenhauseinweisungen aus dem Pflegeheim mit Atemwegsinfekten/Pneumonie (J18* und J69*) identifiziert werden.

- Im Anschluss erfolgte eine lineare Extrapolation dieser Fallzahl im Verhältnis zur Anzahl stationär Pflegebedürftiger auf das Gesamtsystem der GKV.
- In einem dritten Schritt wurden die berücksichtigten DRGs gewichtet sowie die Ausgaben über die jeweiligen DRG-Fallwerte (Basisentgelt 2013 ohne Zuschläge) geschätzt.[8]

Ergebnisse

Inzidenz

Tabelle 16 zeigt die deskriptive Auswertung der Datensätze der Kassen, welche der Hochrechnung zugrunde lag. Danach wurden **8 von 100** vollstationären Pflegeheimbewohnern 2013 mit Verdacht auf Atemwegsinfekt/Pneumonie in ein Krankenhaus eingewiesen und dort stationär behandelt.

	AOK	Barmer GEK	**Summe**
Versicherte Pflegebedürftige	1.252.740	276.089	**1.528.829**
Vollstationär Pflegebedürftige	381.519	86.184	**467.703**
Krankenhauseinweisungen aus dem Pflegeheim	515.552	116.461	**632.013**
davon Atemwegsinfekte/Pneumonie (J18*, J69*)	31.195	6.849	**38.044**
Inzidenz (Beispielindikation /Vollstationär Pflegebedürftige im Krankenhaus)	8,18%	7,95%	**8,13%**

Tabelle 16: Datensatz der Kassen für die Hochrechnung.

Quelle: AOK, Barmer GEK; Stand: 31.12.2013

Lineare Hochrechnung

Nach Hochrechnung der Kassendaten auf die insgesamt 740.396 stationären Leistungsempfänger in der gesetzlichen Pflegeversicherung kam es bundesweit im Jahr 2013 zu schätzungsweise **54.345 Fällen** mit der Hauptdiagnose Atemwegsinfekt/Pneumonie (siehe Tabelle 17).

Berücksichtigte DRGs	**Datenset**	**davon AOK**	**davon Barmer GEK**	**Hochrechnung**
E77F	15.751	14.302	1.449	**24.951**
E77G	401	265	136	**666**
E77I	17.155	12.700	4.455	**27.173**

[8] Ergebnisse zu einem ersten Testdatensatzes wurden bei der Sitzung des Projektbeirats am 4. Februar 2015 vorgestellt. Diese finden sich auch im Sachstandsbericht 2014.

E42Z	973	737	236	**1.555**
Summe	34.280	28.004	6.276	**54.345**

Tabelle 17: Lineare Hochrechnung der Fälle (Hauptdiagnose Atemwegsinfekt/Pneumonie) für 2013.

Schätzung der Gesamtausgaben über DRG-Fallwerte

Insgesamt ergeben sich für die vollstationär Pflegebedürftigen, die in 2013 mit Verdacht auf Pneumonie in ein Krankenhaus überwiesen und dort stationär behandelt wurden, geschätzte Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen in Höhe von **163,3 Mio. Euro** (siehe Tabelle 18).

DRG	Bundesbasis-fallwert 2013 in Euro	Basiskosten-gewicht	Basisentgelt in Euro	x Fallzahl	Geschätzte Gesamtkosten in Euro
E77F	3.068,37	1,166	3.577,72	24.951	89.267.677
E77G	3.068,37	0,901	2.764,60	666	1.841.225
E77I	3.068,37	0,729	2.236,84	27.173	60.781.700
E42Z	3.068,37	2,384	7.314,99	1.555	11.374.816
Summe					**163.265.418**

Tabelle 18: Schätzung der Ausgaben über DRG-Fallwerte (Basisentgelt 2013 ohne Zuschläge).

Diskussion

Die Ergebnisse der Hochrechnung belegen die ökonomische Relevanz der gewählten Beispielindikation und weisen auf ein hohes Einsparpotenzial hin. Gleichwohl ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass die Hochrechnung keinen Rückschluss auf die Vermeidbarkeit der Krankenhauseinweisungen erlaubt.

Limitationen

Darüber hinaus unterliegt die Sekundärdatenanalyse weiteren methodischen Einschränkungen:

- Bei der linearen Ausgabenextrapolation der Kassendaten wird eine kassenunabhängige/ gleichverteilte Morbidität bei den stationär Pflegebedürftigen und eine ICD- und DRG-Verteilung wie in den bereitgestellten Datensätzen angenommen;
- ggf. nachträgliche Korrekturen durch den MDK werden nicht berücksichtigt;
- die Einschränkung auf ausgewählte ICD-DRG-Kombinationen führt zu einer Unterschätzung der Gesamtausgaben im System der gesetzlichen Krankenversicherung;
- Nebendiagnosen oder eine längere Verweildauer werden nicht berücksichtigt, abgerechnete DRG werden ggf. unterschätzt;
- Pflegebedürftige privater Kassen werden nicht erfasst.

12.3 Vergleichenden Analyse von Versorgungsszenarien

Nachdem durch die Hochrechnung der Kassendaten gezeigt werden konnte, dass Krankenhauseinweisungen bereits mit Blick auf eine einzelne Beispielindikation hohe Ausgaben für die Kostenträger verursachen, sollten in einem zweiten Schritt Kostenszenarien zum Vergleich der Behandlungskosten von Altenheimbewohnern im Krankenhaus mit der Versorgung im Pflegeheim entwickelt werden. Dies sollte erneut am Beispiel ambulant erworbener Atemwegsinfekte/Pneumonie erfolgen.

Für die vergleichende Analyse der Kostenszenarien mussten die einzelne Prozessschritte der alternativen Versorgungsmodelle für akut erkrankte Altenheimbewohner beispielhaft modelliert und ausgearbeitet werden. Darauf aufbauend sollten den einzelnen Behandlungsschritten Zusatzaufwand nach allgemeinen Kostenkategorien mit konkret hinterlegten Euro-Beträgen zugeordnet werden. Die methodische Vorgehensweise wird im Folgenden dargestellt.

Material und Methoden

Projektdesign

Die Untersuchung wurde als deskriptive Kostenvergleichsanalyse gestaltet. Hierzu wurden zwei typische Versorgungsprozesse für die Behandlung der gewählten Beispielindikation (Versorgung im Pflegeheim vs. Versorgung mit Krankenhauseinweisung) synthetisch modelliert und modellhaft dargestellt sowie die damit einhergehenden Kosten geschätzt und unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Outcomes verglichen werden.

Prozessmodellierung

Die Modellierung der alternativen Versorgungsprozesse wurde auf Basis der Literatur vorskizziert. Anschließend wurden sowohl die Annahmen zum Krankheitsverlauf als auch zu den Zustandsveränderungen und den damit verbundenen medizinisch/organisatorischen Zusatztätigkeiten für die einzelnen Prozessschritte der beiden Versorgungsalternativen mittels Aktenstudium und Expertenbefragung im Pflegeheim spezifiziert. Die zunächst zu beschreibenden Prozesse wurden erneut rückgekoppelt. Anstelle eines Best-/Worst-Case-Szenarios war es das Ziel, besonders häufige Verläufe von hoher Plausibilität für die alternativen Versorgungsmodelle bei Atemwegsinfekt/Pneumonie für die im Projekt kooperierenden Pflegeheime abzubilden.

Für die Prozessmodellierung wurde eine Beispielbewohnerin aus dem Pflegeheim gewählt (siehe Abbildung 13), deren Zustand und Zustandsveränderungen in den alternativen Versorgungsprozessen über den Barthel-Index standardisiert dargestellt werden konnte. Die Zustandsveränderungen als Einschränkungen der Selbständigkeit und demzufolge zusätzlichen Pflegetätigkeiten wurden kategorisiert und mit Pflegezeiten versehen. Ermittelt wurden Aufwände in der zusätzlichen Grund- und Behandlungspflege. Auch wurde der erforderliche Kommunikationsaufwand in drei Kategorien (intern, mit Angehörigen, zur Begleitung der medizinischen Betreuung) erfasst.

Frau Theresa S. ist **82 Jahre** alt, seit 11 Jahren verwitwet.*

*Sie leidet an einer **koronaren Herzkrankheit** und **Diabetes mellitus**.*

*Anzeichen einer demenziellen Erkrankung sind bei ihr nicht zu beobachten. Sie ist in der **Pflegestufe II** und **braucht Hilfe in den Bereichen: Duschen, Waschen, Urinkontrolle, Toilettenbenutzung und Treppensteigen**. Vor drei Jahren ist sie ins Altenheim eingezogen. Ihr Sohn lebt in Süddeutschland und besucht sie zwei Mal im Jahr um die Weihnachtszeit und zu ihrem Geburtstag. Außerdem kam er, wenn sie eine schwierige Krankenhausbehandlung hatte. Ihre Schwester ist zwei Jahre älter als sie und lebt - auch in einem Altenheim - in der Nachbarstadt. Zu anderen Angehörigen besteht kein Kontakt.*

**Name vom Projektteam geändert*

Abbildung 13: Darstellung der Beispielbewohnerin.

Entwicklung zweier Szenarien

Auf Grundlage der bisherigen Projektergebnisse wurden zwei alternative Versorgungsszenarien (Szenario 1 und Szenario 2) für die gewählte Beispielindikation ausgearbeitet und visualisiert (siehe Abbildung 14 auf der folgenden Seit).[9] Als Ausgangspunkt wurden Atemwegsbeschwerden festgelegt.

- **Szenario 1:** Hier wurde angenommen, dass die Symptome zur Verschlechterung des Gesamtzustands durch das Personal frühzeitig erkannt und richtig gedeutet werden. Durch ein Hinzuziehen des Hausarztes und evidenzbasierte medizinische und pflegerische Versorgung wird eine Krankenhauseinweisung vermieden.

- **Szenario 2:** Für dieses Szenario wurde unterstellt, dass die Symptome spät (erst am dritten Tag) erkannt werden. Trotz Hinzuziehen des Hausarztes lässt sich eine Krankenhauseinwiesung nicht mehr vermeiden. Auch wurde angenommen, dass es nach Rückkehr der Bewohnerin aus dem Krankenhaus in das Heim zu Komplikationen (hier: Harnwegsinfektion) mit entsprechendem Behandlungsmehraufwand kommt.

[9] Projektbeirat und pflegewissenschaftliches Team fungierten als Expertenpanel für die gesundheitsökonomische Evaluation. Eine erste Version der Prozessdarstellung wurde beim Treffen des Projektbeirats am 28. Mai 2014 präsentiert.

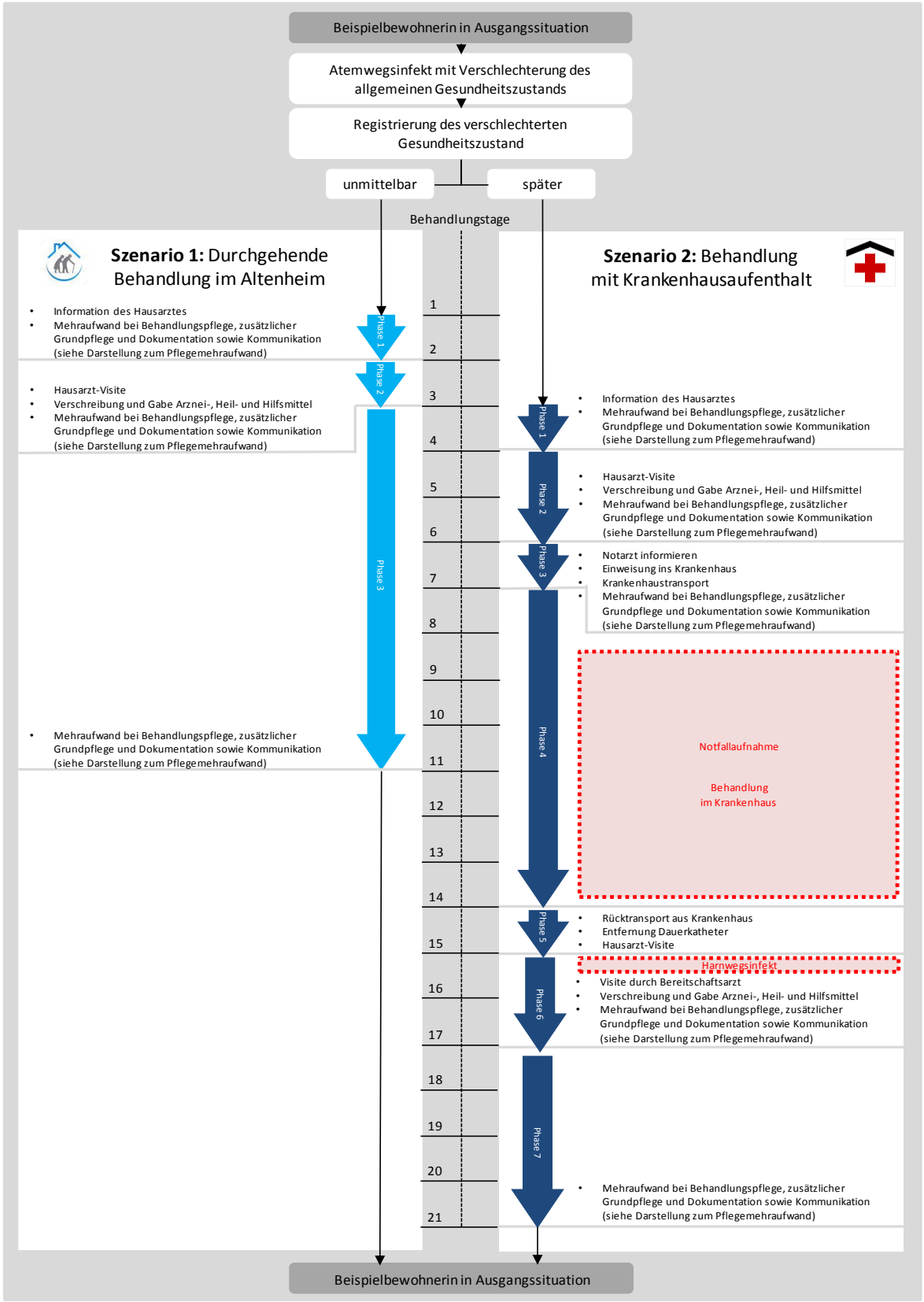


Abbildung 14: Schematische Darstellung der Behandlungsverläufe (Szenario 1 und Szenario 2) für die gewählte Beispielindikation.

Zielparameter

Mit Blick auf die Zielsetzung des Teilprojekts wurden als zentrale Zielparameter die direkten Behandlungskosten und der Patientenzustand im Krankenhaus bzw. Pflegeheim gewählt.

- **Behandlungskosten:** Für die Kostenanalyse wurden den einzelnen Behandlungsschritten der modellierten Prozessverläufe allgemeine Kostenkategorien (für Personal, Transport, Arzneimittel, ärztliche Behandlung etc.) mit konkret hinterlegten Eurobeträgen zugeordnet. Darüber hinaus wurden die Fallpauschalen laut DRG-Katalog bzw. die Heimvergütungssätze/ -abschläge herangezogen. Die Kostenevaluation erfolgte sowohl aus Sicht der Kranken- und Pflegeversicherung als Kostenträger wie auch aus Sicht des Pflegeheims als Leistungserbringer. Durch diese Doppelperspektive sollten die unterschiedlichen Kostenverläufe und die konfligierenden Zielsetzungen der Sozialversicherungsträger und Pflegeheimbetreiber abgebildet und berücksichtigt werden: Während eine Krankenhauseinweisung für die jeweilige Krankenversicherung zu Mehrkosten führt, mag sie für das Pflegeheim zu einer Entlastung des Personals und – unter der Annahme, dass diese Entlastung z.B. für den Abbau von Überstunden oder Urlaub genutzt wird – evtl. auch zu Kosteneinsparungen führen.

- **Patientenzustand:** Zur qualitativen Darstellung und Bewertung des Patientenzustands wurden die Behandlungsverläufe mittels Barthel-Index standardisiert.[10] Hierbei handelt es sich um ein Assessmentinstrument, das in der Rehabilitation und Geriatrie standardmäßig eingesetzt wird, um anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens den Grad der Selbständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit sowie Veränderungen im Zustand zu erheben. Der Index zeigt anhand eines Punktwerts auf, bei welchen Aktivitäten ein Patient/ Bewohner Hilfe benötigt.

[10] Detaillierte Ausführungen zum Barthel-Index finden sich im IVA-Sachstandsbericht für das erste Halbjahr 2014.

Fähigkeit	Punktzahl
Essen und Trinken	0, 5, 10
Baden/Duschen	0, 5
Körperpflege/Waschen	0, 5
An- und Auskleiden	0, 5, 10
Stuhlkontrolle	0, 5, 10
Harnkontrolle	0, 5, 10
Benutzung der Toilette	0, 5, 10
Bett- /Stuhltransfer	0, 5, 10, 15
Mobilität (selbstständiges Gehen/Fahren mit Rollstuhl)	0, 5, 10, 15
Treppen steigen	0, 5, 10
Summe	max. 100

Tabelle 19: Einzelindikatoren und Punktzahlen des Barthel-Indexes.[11]

Tabelle 20 zeigt die unterstellte Ausgangssituation des Barthel-Index für die Beispielbewohnerin.

Fähigkeit (Item)	Ist	Grund
Essen und Trinken	10	-
Baden/Duschen	0	badet/duscht mit Hilfe
Körperpflege/Waschen	0	wäscht sich mit Hilfe
An- und Auskleiden	10	selbständig
Stuhlkontrolle	10	selbständig
Harnkontrolle	5	gelegentl. Inkontinenz
Benutzung der Toilette	5	benötigt Unterstützung
Bett- /Stuhltransfer	15	unabhängig
Mobilität (selbstständiges Gehen/Fahren mit Rollstuhl)	15	bewegt sich selbständig
Treppen steigen	5	
Summe (max. 100)	75	

Tabelle 20: Barthel-Index – Ausgangssituation der Beispielbewohnerin.

Anschließend wurden die Ausprägungen und Variationen des Indexes mit Pflegezeiten und -minuten versehen. Dadurch konnten die Kostenentwicklungen für Pflegetätigkeiten, Arzneimittel etc. kalkuliert und geschätzt werden.

[11] Vgl. Murcia J, Llorens P, Sanchez-Paya J et al. Functional status determined by Barthel Index predicts community acquired pneumonia mortality in general population. The Journal of infection 2010; 61: 458-464.

Die Tabelle 21 zeigt die betrachteten Kategorien und angenommenen Aufwände in Minuten.

Zusätzliche Behandlungspflege und Dokumentation	Aufwand in Min.	Häufigkeit/ Tag	Aufwand in Min./Tag
BP1 Blutdruckmessung	5	3	15
BP2 Körpertemperaturmessung	5	3	15
BP3 Medikamente verabreichen (oral/subcutane Injektion)	5	3	15
BP4 Atmungsbeobachtung	5	3	15
BP5 Flüssigkeitsbilanzierung	5	3	15
BP6 Blutzuckerkontrolle	5	3	15
BP7 Atemunterstützende Maßnahmen	5	3	15
Zusätzliche Grundpflege und Dokumentation	Aufwand in Min.	Häufigkeit/ Tag	Aufwand in Min./Tag
GP1 Hilfe/Unterstützung beim Essen und Trinken	5	4	20
GP2 Hilfe/Unterstützung beim Baden/Duschen	15	1	15
GP3 Hilfe/Unterstützung beim Waschen	10	2	20
GP4 Hilfe/Unterstützung beim An-/Auskleiden	10	2	20
GP5 Hilfe/Unterstützung bei der Urinkontrolle	10	2	20
GP6 Hilfe/Unterstützung bei der Toilettenbenutzung	10	6	60
GP7 Hilfe/Unterstützung beim Bewegen	15	3	45
Kommunikation / Zusätzliche erkrankungsbegleitende Tätigkeiten	Aufwand in Min.	Häufigkeit/ Tag	Aufwand in Min./Tag
K1 Kommunikation Versorgung/Altenheim	30	1	30
K2 Bestellung, Begleitung ärztlicher Visiten	50	1	50
K3 Kommunikation mit Angehörigen/Betreuer	15	1	15

Tabelle 21: Betrachtete Kategorien und (Mehr-) Aufwand in Minuten.

Erfassung der Behandlungskosten

Anschließend wurden den Prozessschritten der Versorgungsszenarien allgemeine Kostenkategorien zugeordnet. Erfasst wurden:

- Kosten, die durch zusätzlich Behandlung und Medikation sowie Transport entstehen, in Euro (Hausarzt-Konsultationen, Medikation, Notarzt etc.);
- Personalaufwand (in Min. und Euro) (Grund- und Behandlungspflege, zusätzlicher Behandlungspflegeaufwand, Kommunikationsaufwand mit Kollegen, Angehörigen, Hausarzt).

Die Kosten und Datenquellen, mit denen die angesetzten Ressourcenverbräuche für die beiden gewählten Szenarien belegt wurden, sind in Tabelle 22 zusammengefasst.

Kostenkategorie	Szenario 1 Pflegeheim (Beträge in Euro)	Szenario 2 Krankenhaus (Beträge in Euro)	Quelle
Hausarztvisite	21,22 je Hausarztvisite		Hausarzt-EBM (2013)
Verschreibung und Gabe Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	74,85 für sieben Tage		Antibiotika (Sultamicillin) – Kosten für Jugendliche und Erwachsene (> 12 Jahre)*
Krankenhaustransport	-	126,00	Gebührenordnung des Ennepe-Ruhr-Kreises (2013)
Notarzteinsatz	-	472,00	
Erlösminderung Pflegeheim aufgrund des Krankenhaus-aufenthalts (§87b SGB XI)	-	89,90	Heimkosten Diakonie Ruhr – Pflegesatz Stufe II (2013)
Äquivalente Personalzusatzkosten für Pflegemehraufwand	1.076,89	1.542,25	Tarifvertrag AVR der Caritas (2015)**
Krankenhaus-DRG (E77I)	-	2.236,84	Bundesbasisfallwert (2013), Basiskostengewicht

* S3-Leitlinie Tiefe Atemwegsinfektionen/Pneumonie.
**Arbeitsvertragsrichtlinien der Caritas, Anlage 3, 2015b – Vergütungsgruppe 5, Stufe 3 (Bereich West), inkl. Arbeitgeberanteil

Tabelle 22: Berücksichtigte Kostenkategorien und Ressourcenquellen.

Qualitätssicherung

Sowohl die modellierten Prozessschritte als auch die Annahmen über die Veränderung der Behandlungsverläufe wurden im Hinblick auf Inhalt und Ablauf von einem interdisziplinären Expertenpanel (Projektbeirat und pflegewissenschaftliches Team) validiert. Dieses prüfte auch die den Prozessschritten hinterlegten (zusätzlichen) Pflegezeiten auf Plausibilität.

Ergebnisse

Abbildung 15 zeigt die Ergebnisse für den Pflegemehraufwand und die Entwicklung des Barthel-Index nach Versorgungsszenario (Szenario 1 vs. Szenario 2) für die Beispielbewohnerin.

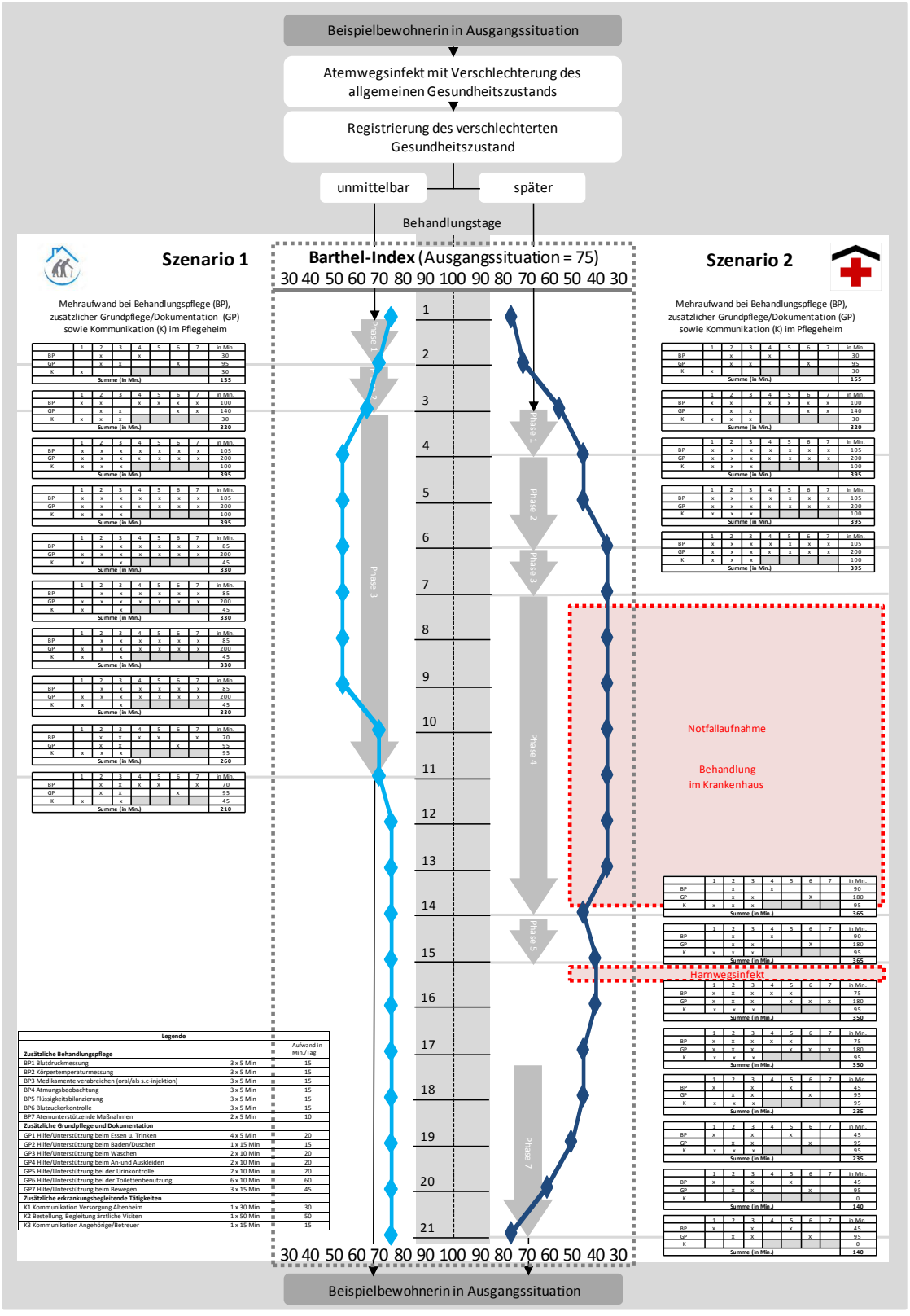


Abbildung 15: Pflegemehraufwand und Entwicklung des Barthel-Indexes nach Versorgungsszenario (Szenario 1 und Szenario 2) für die Beispielbewohnerin. S. Anhang.

Pflegeaufwand

Der aufsummierte Pflegeaufwand für Szenario 1 und 2 ist in Tabelle 8 dargestellt.

	Szenario 1	**Szenario 2**
Zusätzliche Behandlungspflege	795	925
Zusätzliche Grundpflege	1.625	1.935
Zusätzlicher Kommunikationsaufwand	635	980
Summe	**3.055**	**3.840**

Tabelle 23: Pflegeaufwand für Szenario 1 und 2 nach betrachteter Kategorie.

Abbildung 16 zeigt den (Zusatz-) Pflegeaufwand im Zeitablauf. Ausgangspunkt (Basiswert) ist der durchschnittliche Pflegeaufwand pro Tag von zurzeit 180 Minuten. Deutlich erkennbar sind die erheblichen Pflegeaufwendungen durch den aufgetretenen Atemwegsinfekt sowie die Komplikation nach Rückkehr ins Pflegeheim.

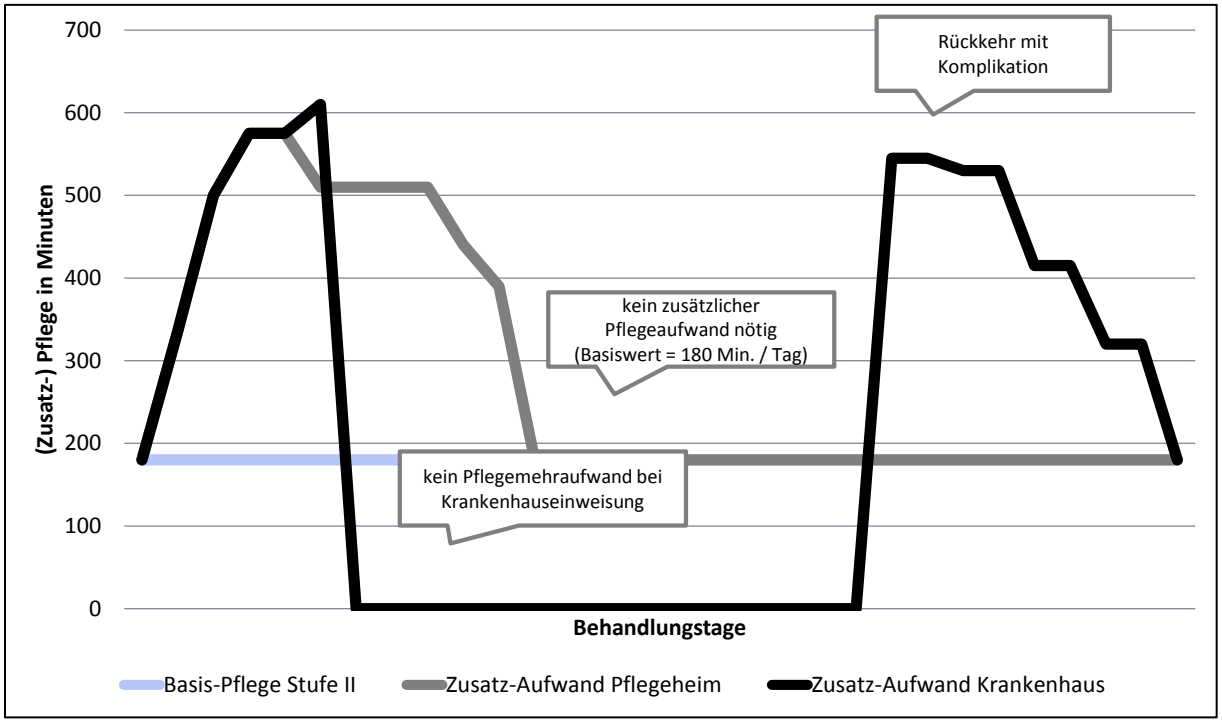


Abbildung 16: Pflege(mehr)aufwand für die betrachteten Szenarien 1 und 2 im Zeitablauf.

Geschätzte Behandlungskosten

Im Ergebnis ergeben sich für die Pflegeheimbetreiber und die Gesetzlicher Krankenversicherung die folgenden Zusatzkosten für Szenario 1 und 2 (siehe Tabelle 24).

Ergebnis nach Kostenträger	**Szenario 1** Versorgung im Pflegeheim in Euro	**Szenario 2** Versorgung im Krankenhaus in EURO
Pflegeheimbetreiber	-1076,89	-1443,40
GKV	-159,73	-3301,52

Tabelle24: Geschätzte Behandlungskosten für Szenario 1 und 2 nach Kostenträger.

Verlauf des Barthel-Index

Der Barthel-Index zeigt bei der frühzeitigen Behandlung im Pflegeheim eine rasche Erholung der Bewohnerin. Bei späterem Erkennen und Behandeln mit der Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung zeigt der Barthel-Index einen deutlich schlechteren Verlauf und eine langsamere Erholung (siehe Abbildung 17).

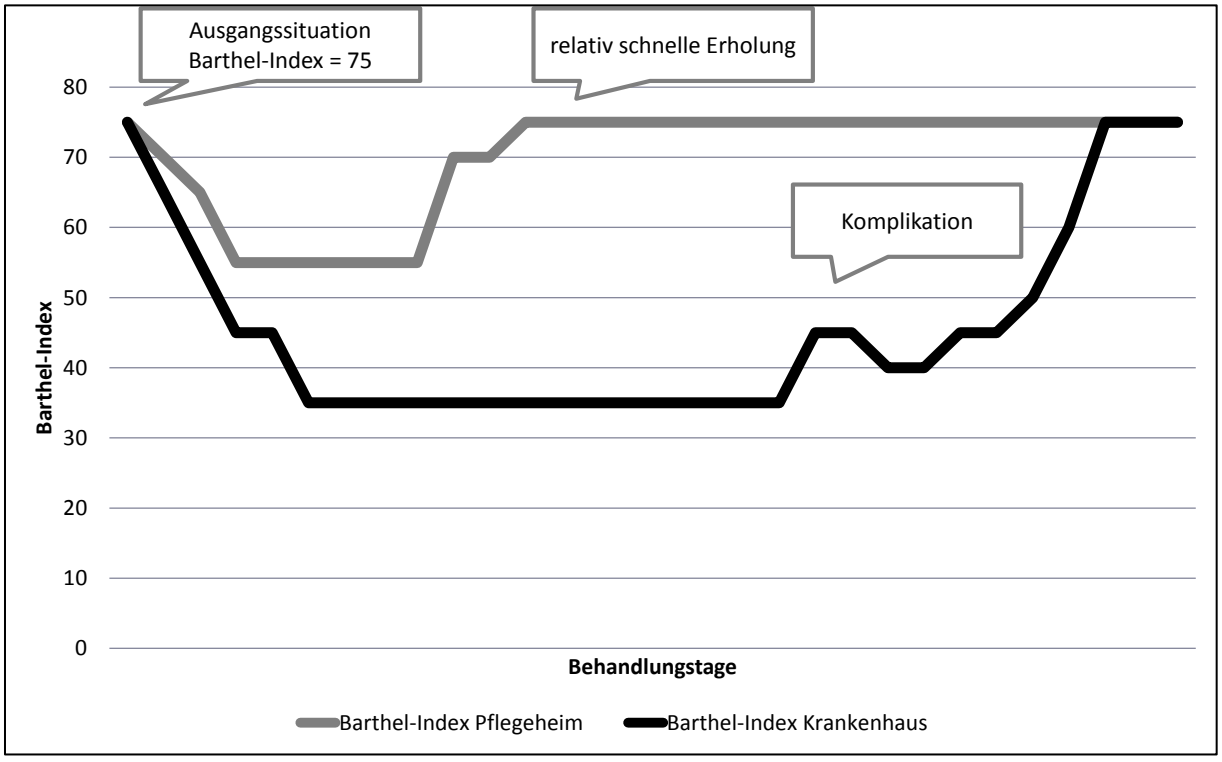


Abbildung 17: Verlauf des Barthel-Index nach Szenario.

12.4 Diskussion

Behandlungskosten und Patientenzustand

Nach Analyse der gewählten Szenarien führt die Behandlung im Krankenhaus gegenüber dem Pflegeheim für die betrachtete Beispielindikation zu Mehrkosten. Damit bietet das Szenario 1 „Verbleib im Pflegeheim“ ein hohes Einsparpotenzial für die Kassen. Auch für das Pflegeheim scheint unter den gewählten Annahmen eine Versorgung im Heim mit geringerem zusätzlichem Aufwand verbunden; in einer Grenzbetrachtung (ohne Saldierung) ergeben sich bei Einweisung ins Krankenhaus keine Einsparpotentiale. Herausforderungen für die Betreiber von Pflegeheimen ergeben sich akuten Erkrankungen der BewohnerInnen u.a. durch die notwendige Umorganisation von Schichtplänen, die Abwicklung oder Bezahlung von Überstunden sowie wegen der durch diese Überstunden erhöhten Belastung der Mitarbeiter. In beiden Szenarien sind im Fall der akuten Erkrankung einer Bewohnerin erhebliche zusätzliche Leistungen ohne Zusatzvergütung zu erbringen.

Sollte das Heim einen Krankenhausaufenthalt zum Abbau von Überstunden oder auf andere Weise zur Entlastung des Personals und zur Einsparung nutzen können, wäre die Einweisung akut erkrankter BewohnerInnen nicht nur mit geringerem Organisationsaufwand verbunden, sondern ggf. auch mit der Erwartung von Einsparungen.

Im Hinblick auf die beiden alternativen Versorgungsmodelle zeigt sich, dass der Erholungsprozess bei rechtzeitigem Erkennen des Krankheitszustands und frühzeitigem Beginn der Versorgung deutlich besser verläuft. Hinzu kommt, dass die Patientin ihre gewohnte Umgebung und Bezugspersonen nicht verlassen muss, was insbesondere für Bewohner mit demenziellen Erkrankungen von hoher Relevanz ist. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass mit einer Versorgung der Bewohnerin im Pflegeheim eine geringere Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Folgekomplikationen (Harnwegsinfekt, Medikationsproblem, Keime…) einhergeht.

Neben niedrigeren Kosten weist die Behandlung im Pflegeheim für die betrachte Beispielindikation bei Betrachtung des Barthel-Indexes insgesamt einen besseren Verlauf des Patientenzustands auf. Demzufolge kann die Versorgung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie im Pflegeheim als kostengünstige und patientenorientierte Alternative verstanden werden.

Limitationen

Auch die Prozessmodellierung und Kostenschätzung unterliegen methodischen Einschränkungen:

- die Versorgungsprozesse wurden mittels Aktenstudium/Expertenrückkopplung synthetisch generiert;
- die Prozesse unterliegen einer Reihe von Annahmen (hinsichtlich Patientenzustand, Wissensstand/Handlungskompetenz des Personals etc.);
- es wurden nur ausgewählte Kostenkategorien berücksichtigt. Nicht berücksichtigt wurden etwa einrichtungsspezifische (Zusatz-) Kosten für Überstunden, Schulungen etc. oder sonstigen indirekten Kosten;
- die Kosten können zwischen den Einrichtungen schwanken;
- die Kostenabschätzung erfolgte als reine Grenzbetrachtung;
- der Barthel-Index berücksichtigt nur ausgewählte Dimensionen.

Teil IV Wissenstransfer, Fazit und Ausblick

13. Abschlusstagung

Am 10.6.2015 fand eine abschließende Tagung an der Universität Witten/ Herdecke statt, bei der sowohl der Projektverlauf mit seinen Ergebnissen (pflegewissenschaftlich, gesundheitsökonomisch), die Verortung des Themas in der Gesamtschau auf aktuelle Pflegeentwicklungen hin, die Perspektive der Praxis als auch Empfehlungen für Alteneinrichtungen, die sich der Thematik annehmen wollen, aufgegriffen wurden. Mit den geladenen Gästen verschiedener Institutionen und aus unterschiedlichen Kontexten entwickelten sich anhand der jeweiligen Präsentationen angeregte Diskussionen. Der Einladungs-Flyer mit Programmverlauf befindet sich im Anhang 20. Relevante Diskussionspunkte aus dieser Tagung wurden in Kapitel 10 eingebunden.

Die Ergebnisse und Empfehlungen münden in ein Handbuch für interessierte Alteneinrichtungen, die sich eigeninitiativ mit der Reduktion von Krankenhauseinweisungen beschäftigen möchten. Das Handbuch folgt dabei der Logik: Wo stehen wir, wohin möchten wir, wie kommen wir dorthin, welche Interventionen eignen sich und im Resultat: Woran erkennen wir eine positive Veränderung.

14. Wissenstransfer

Ausgewählte Ergebnisse der **gesundheitsökonomischen Analyse** wurden auf folgenden (inter-) nationalen Konferenzen als Vortrag präsentiert und/ oder als Abstract publiziert:[12]

- Managing Acute Care for Nursing Home Residents: A Health Economic Review of Concepts and Practice, 13th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy, Athen, 23. Juni 2014 (Anhang 16).

- Versorgung akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen und -bewohner: ein systematisches Review gesundheitsökonomischer Analysen alternativer Versorgungsmodelle, 13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Düsseldorf (Anhang 17).

Ein weiterer Beitrag wurde als Poster für den 14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung angenommen, der im Oktober 2015 in Berlin stattfindet:

- Ökonomische Relevanz alternativer Versorgungsmodelle für akut erkrankte Altenheim-bewohnerinnen und -bewohner: Beispielindikation Pneumonie (Vortrags-Nummer P132).

- Vortrag: „Versorgung akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen und -bewohner: ein systematisches Review gesundheitsökonomischer Analysen alternativer Versorgungsmodelle“, 13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Düsseldorf, 24.-26.06.2014.

- Vortrag: „Managing Acute Care for Nursing Home Residents: A Health Economic Review of Concepts and Practice”, 13th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy, Athen, 23. 06. 2014.

[12] Die Abstracts der angeführten Vorträge finden sich im Anhang des Projektberichts.

- Poster: „Ökonomische Relevanz alternativer Versorgungsmodelle für akut erkrankte Altenheim-bewohnerinnen und -bewohner: Beispielindikation Pneumonie“(Vortrags-Nummer P132). 14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin, 07.-09.10. 2015 (Anhang 18).

Innerhalb der Projektlaufzeit und zum Projektabschluss wurden die Ergebnisse aus dem **pflegewissenschaftlichen Projekt** in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Die Beiträge informierten die Leser und Leserinnen über die Relevanz der einzelnen thematischen Schwerpunkte und Ergebnisse Anhand dieser konnte ein Überblick über den Projektverlauf gegeben werden und über die breite Vielfalt an Ideen, Maßnahmen und Interventionen, die erprobt wurden, berichtet werden:

Zeitschriftenartikel:

- Teigeler B. (2015): „Für Bewohner ist jeder Klinikaufenthalt eine Gefahr“. Die Schwester Der Pfleger 54(4): 92-93.
- Bienstein C. (2015): Umgang mit erkrankten Heimbewohnern: Immer gleich ins Krankenhaus? Heilberufe/Das Pflegemagazin 67(3): 64-65.

Websitebasierte Veröffentlichungen:

- Projektdarstellung auf der Homepage der Universität Witten/Herdecke mit einer aktuellen Zusammenfassung. Zugriff unter: http://www.uni-wh.de/wirtschaft/walcker-stiftungsprofessur-fuer-management-und-innovation-im-gesundheitswesen/forschung/projekte/iva/. Letzter Zugriff: 30.07.2015.
- Kurzberichte in „Best Practice Gesundheit. NRW Projektinformationen“ (2013, 2014, 2015).

Konferenzbeiträge:

- Vortrag angenommen: Krüger C, Chikhradze N, Runge K, Hartenstein-Pinter A, Bienstein C. (2015): Patient safety as prevention of hospital admissions - innovative care in nursing homes (IVA)”, Enna Congress 2015, Utrecht, 07.07.2015 (Anhang 19).

15. Zusammenfassung und Blick nach vorn

Im folgenden Kapitel werden die wesentlichen Aspekte des Projekts IVA aus pflegewissenschaftlicher und ökonomischer Perspektive zusammengefasst. Abschließend richtet sich anschließend der Blick nach vorn.

15.1 Pflegewissenschaftliche Perspektive

Innerhalb des pflegewissenschaftlichen Projektanteils zeigte sich, dass die beteiligten Einrichtungen über unterschiedliche Interventionsstrategien verfügten. Dabei erwiesen sich besonders die in der Einrichtung I gewählten Strategien als besonders erfolgreich, um Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. Die systematische Erfassung von Bewohnerwünschen vor dem Einzug in eine Alteneinrichtung stellt dabei die bedeutendste Möglichkeit dar, um im weiteren Verlauf die gesundheitliche Begleitung von Altenheimbewohnern / -bewohnerinnen sicher zu stellen.

Deutlich wurde, dass die fachliche Kompetenz der Pflegefachpersonen und die personelle Kontinuität sowie eine ausreichende personelle Ausstattung, auf das Einweisungsverhalten maßgeblichen Einfluss nehmen. Möglichkeiten der Weiterentwicklung der pflegerischen Expertise, eine strukturierte Unterstützung durch Notfallrichtlinien, Nutzung von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen, klar strukturierte Kommunikationsstrukturen mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen und eine vorhandene Regelung der Unterstützung durch die Leitungsebene zeigen, dass sie die Einweisung von Personen in ein Krankenhaus reduzieren können.

Die Erarbeitung eines Personalbemessungsverfahrens muss angestrebt werden, um die unerwünschten Einweisungen in ein Krankenhaus reduzieren zu können. Der Einsatz von Pflegepersonen von Leiharbeitsfirmen bedarf einer deutlichen Reduktion, da die Bedürfnisse und Veränderungsprozesse bei den Bewohnern und Bewohnerinnen von diesen, auf Grund der mangelnden Kontinuität, etc. nicht ausreichend wahrgenommen werden können.

Die Zusammenarbeit mit den beteiligten Krankenhäusern muss systematisch gestaltet werden. Überweisungsprotokolle sowohl vom Altenheim ins Krankenhaus, wie auch vom Krankenhaus zurück in die Einrichtung müssen die Informationen enthalten, die zu einer gezielten Versorgung beitragen. Entlassungsbriefe müssen dem Altenheim sofort zur Verfügung stehen, medikamentöse Umstellungen begründet werden. Die Rückführung der akut erkrankten Person muss mit der Alteneinrichtung zeitlich koordiniert werden. Auskünfte über den gesundheitlichen Zustand, müssen nach Absprache mit den betroffenen Personen durch schriftliche Vereinbarungen, ermöglicht werden.

Die Implementierung von Angehörigenvisiten könnte zu einer dichteren Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Bewohner und Bewohnerinnen führen.

Virtuelle Krankenhausbetten in einem Altenheim könnten dazu beitragen, dass Bewohner und Bewohnerinnen mit akuten Erkrankungen auch im Altenheim versorgt werden könnten. Dieses würde eine ausreichend fachliche personelle Ausstattung der Alteneinrichtungen erfordern und eine strukturierte Zusammenarbeit mit den beteiligten Krankenhäusern.

Eine dichte, verlässliche Zusammenarbeit mit Arztpraxen und Apotheken (regelmäßige Visiten, Fallbesprechungen, fest vereinbarte Gesprächszeiten, ...) bilden die weitere zentrale Möglichkeit auf Krankenhauseinweisungen Einfluss zu nehmen. Besonders die Versorgung von palliativen Patienten und Patientinnen stellt hierbei eine wichtige Grundlage dar. Die Vorhaltung von diagnostikunterstützenden Instrumenten in einer Alteneinrichtung kann dabei eine deutliche Unterstützung darstellen.

Deutlich wurde, dass eine umfängliche Anzahl von Berufsbetreuern und -betreuerinnen die Zusammenarbeit erschwert. Hier müssten zudem klare qualitative Anforderungen entwickelt werden, die sicherstellen, dass für die Übernahme einer gesetzlichen Betreuung das Wissen über den Betreuten vorhanden sein muss, persönliche Kontakte stattfinden und die Erreichbarkeit des Betreuers, der Betreuerin gewährleistet ist.

Langfristig muss es möglich sein, besonders unter der deutlichen Zunahme von Menschen mit dementiellen Prozessen, die Versorgung akut erkrankter Personen auch in einer Alteneinrichtung zu ermöglichen. Gerade auf der Grundlage der Kenntnisse, dass inzwischen primär nur noch hochaltrige und multimorbid erkrankte Menschen in Altenpflegeeinrichtungen einziehen, ist es erforderlich die medizinisch-pflegerische Versorgung auch in schwierigen gesundheitlichen Phasen in der

Alteneinrichtung abzusichern. Dass dieses gelingen kann, konnte im Projekt IVA erfasst werden, besonders bei der sich deutlich verbesserten Situation palliativer Bewohner und Bewohnerinnen.

15.2 Ökonomische Perspektive

Anhand der Beispielindikation Atemwegsinfekt/Pneumonie konnte durch Prozessmodellierung von Versorgungsalternativen gezeigt werden, dass die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen sowohl eine Verringerung der Dauer und Schwere der Erkrankung (Barthel-Index) als auch deutlich niedrigere Ausgaben für die Kostenträger ermöglicht. Die Projektion der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Krankenhausversorgung von PflegeheimbewohnerInnen allein mit der Indikation Pneumonie zeigt mit einem Volumen von rund 163 Mio. Euro im Jahr 2013 das ökonomische Potential der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen aus dem Altenheim.

Zur Realisierung von Einsparungen durch Vermeidung von Krankenhauseinweisungen sind neben Sensibilisierung und Wissensvermittlung zunächst die ökonomischen Anreizstrukturen der Versorgung von akuten Erkrankungen im Pflegeheim zu adressieren. So wäre eine leitliniengerechte Versorgung bei Atemwegsinfektionen mit Verdacht auf Pneumonie im Pflegeheim grundsätzlich möglich, jedoch wird zusätzlicher Pflege- und Koordinationsaufwand bei akuten Erkrankungen im Pflegeheim nicht gesondert vergütet. Auch organisatorische Herausforderungen und ihre Kosten bleiben im aktuellen Vergütungssystem unberücksichtigt.

Darüber hinaus ist der Zugang zur ambulant ärztlichen Versorgung im Pflegeheim auf Hausbesuche außerhalb der Sprechzeiten beschränkt und für Ärzte häufig unwirtschaftlich.

Mit Blick auf die künftige Versorgung von akut erkrankten Altenheimbewohnern sind insbesondere folgende Handlungsmöglichkeiten zu prüfen:

Zunächst ist eine weitere Verbesserung der ambulant ärztlichen Versorgung (Zugang und Qualität) anzustreben. Hier sind insbesondere alternative Vergütungsmodelle für Hausbesuche im Pflegeheim, zum Beispiel über Integrierte Versorgungsverträge, zu nennen.

Es bedarf alternativer Vergütungsmodelle, die zusätzliche Pflegeleistungen bei akuten Erkrankungen berücksichtigen. Eine Möglichkeit könnte die Einbindung von Betten in Alteneinrichtungen in die Abrechnungslogik der Krankenhäuser darstellen (s. virtuelle Krankenhausbetten im Altenheim S. 75).

Darüber hinaus gilt es, Pflegekräfte im Altenheim weiter zu qualifizieren, insbesondere im Hinblick auf das Erkennen und den sicherer Umgang mit Zustandsveränderungen.

Neben diesen Systemfaktoren ist indikationsspezifisch anzumerken, dass die bei Verdacht auf Pneumonie wünschenswerte Röntgenuntersuchung bei der Patientengruppe zu erheblichem Transportaufwand, Wartezeiten, nicht selten daraus folgend zu Dehydration und einer Verschlechterung des Gesamtzustandes führen kann. Angesichts der ökonomischen Relevanz sollte hier u.a. der Einsatz mobiler Röntgengeräte geprüft werden.

Alternative Versorgungsmodelle für akut erkrankte Pflegebedürftige sind in Deutschland bisher wenig beforscht und gewinnen bei sich ändernder Altersstruktur an Bedeutung. Angesichts der von uns auf Basis der AOK-Daten geschätzten rund 1 Mio. Krankenhauseinweisungen aus dem Pflegeheim – von denen lediglich gut 5% auf die Beispielindikation entfielen -, verspricht eine Interventionsstudie mit einer größeren Zahl von Altenheimen Erkenntnisgewinn.

16. Literaturverzeichnis

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W; RN4CAST Consortium.(2012). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int J Nurs Stud. 50 (2): 143-53.

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 383 (9931): 1824-30.

Allemann A. (2010). Die Perspektive einer Pflegeinrichtung - ein Bericht aus der Praxis. In: Wiedenhöfer D. et al. (Hrsg) Entlassungsmanagement. S. 175 - 181. Bern.

Becker MA, Boaz TL, Andel R, Gum AM, Papadopoulos AS (2010). Predictors of preventable nursing home hospitalizations: the role of mental disorders and dementia. Am J Geriatr Psychiatry, 18 (6): 475-482.

Bienstein C, Hannich HJ. (2001). Forschungsprojekt zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepten für Wachkoma- und Langzeitpatienten im stationären und ambulanten Bereich, anhand von zu entwickelnder Qualitätskriterien. Witten. Dorsten: Zimmermann.

Bowman CE, Elford J, Dovey J, Campbell S, Barrowclough H (2001). Acute hospital admissions from nursing homes: some may be avoidable. Postgrad Med J, 77 (903): 40-42.

Bridges J, Flatley M, Meyer JE. (2010). Older people´s and relatives´ experience in acute care setttings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. Int J Nurs Stud. 47 (1): 89-107.

Carter MW (2003). Factors associated with ambulatory care--sensitive hospitalizations among nursing home residents. J Aging Health, 15 (2): 295-331.

Carter MW, Porell FW.(2005). Vulnerable populations at risk of potentially avoidable hospitalizations: the case of nursing home residents with Alzheimer's disease. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 20 (6): 349-58.

Codde J, Frankel J, Arendts G, Babich, P. (2010). Quantification of the proportion of transfers from residential aged care facilities to the emergency department that could be avoided through improved primary care services. Australas J Ageing, 29 (4): 167-171.

Destatis (2013). Angaben zu Pflegebedürftigen und Pflegestufen. Zugang unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html. Letzter Zugriff: 26.07.2015.

Destatis (2014). Ausländische Bevölkerung am 31.12.2014 . Zugang unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendischeBevolkerung/AuslaendischeBevolkerung.html. Letzter Zugriff: 26.07.2015.

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013. Zugriff unter: http://www.dnqp.de/38090.html. Letzter Zugriff: 26.07.2015.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg) (2014). Mit Demenz im Pflegeheim. Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Demenz. Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 14, 1. Auflage.

Finn JC, Flicker L, Mackenzie E, Jacobs IG, Fatovich DM, Drummond S, Sprivulis P. (2006). Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. Med J Aust, 184 (9): 432-435.

Finucane P, Wundke R, Whitehead C, Williamson L, Baggoley C. (2000). Use of in-patient hospital beds by people living in residential care. Gerontology, 46 (3): 133-138.

Gerlach A, Köpke S, Haut A, Meyer G (2009): Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. 8: 161-167. Zugriff unter: www.fem-leitlinie.de, letzter Zugriff: 23.07.2015.

Godden S, Pollock AM. (2001). The use of acute hospital services by elderly residents of nursing and residential care homes. Health Soc Care Community, 9 (6): 367-374.

Grabowski DC, Stewart KA, Broderic, SM, Coots LA. (2008). Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. Med Care Res Rev, 65 (1): 3-39.

Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. (2010). Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents--a population-based study. J Am Geriatr Soc, 58 (3): 510-517.

Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. (2005). SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service. Zugriff unter: http://www.daheimimheim.de/WWW/download/saevip_studie.pdf. Letzter Zugriff: 23.07.2015.

Hentzschel S, Hochstadt S, Hanke FC. (2015). Multiprofessioneller Ansatz. Altenheim 7: 22 -25.

Hoffken G, Lorenz J, Kern W et al. (2009). Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie – Update 2009. Pneumologie (Stuttgart, Germany) 63: e1-68.

ICN (2006). Nursing Outcome Indicators. Genf.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2006). Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersicht. Arbeitspapier. Zugriff unter:

https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Zusammenhang_zwischen_Pflegekapazitaet_und_Ergebnisqualitaet_in_der_stationaeren_Versorgung_.pdf. Letzter Zugriff: 23.07.2015.

Jablonski S (2015). Notfalltraining. Zugriff unter: http://www.jablonski-notfalltraining.de. Letzter Zugriff: 23.07.2015

Janing H, Kada O, Neuwersch S, Likar R. (2015). Wie sehen Notärzte ihre Einsätze in Pflegeheimen. Eine explorative Studie. PflegeZ 68: 494 – 499.

Jordan J, Gittel J, Bettig U, Gräske J. (2015). Interdisziplinäre Zusammenarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen am Beispiel von care Plus – eine Zufriedenheitsbefragung. Pflege und Gesellschaft 19 (1): 30 – 39.

Kada O, Brunner E, Likar R, Pinter G, Leutgeb I, Francisci N, Janig H. (2011). From the nursing home to hospital and back again... A mixed methods study on hospital transfers from nursing homes. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 105 (10), 714-722.

Kada O, Janig H, Likar R, Cernic K, Pinter G. (2014).Versorgungsoptimierung in Kärntner Pflegeheimen. Ergebnisbericht. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Feldkirchen, FH Kärnten.

Kitwood T (2008) Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. Auflage, Huber Bern.

Klingbeil D (2015): Die Bewohner profitieren. Altenheim 7: 16 – 20.

Krüger C, Meyer G, Hamers J (2010). Mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen im Krankenhaus. Z Gerontol Geriatr. 43 (5): 291-296.

Kruse RL, Mehr DR, Bols KE et al. (2004). Does hospitalization impact survival after lower respiratory infection in nursing home residents? Med Care, 42 (9): 860-70.

Loeb M, Carusone SC, Goerree R et al. (2006). Effect of a Clinical Pathway to Reduce Hospitalization in Nursing Home Residents With Pneumonia A Randomized Controlled Trial, JAMA, 295 (21): 2503-10.

Murcia J, Llorens P, Sanchez-Paya J et al. (2010). Functional status determined by Barthel Index predicts community acquired pneumonia mortality in general population. J Infect; 61: 458-464.

Olbrich C (2010): Pflegekompetenz. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.

Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, Saliba D (2010). Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: frequency, causes, and costs: [see editorial comments by Drs. Jean F. Wyman and William R. Hazzard, pp 760-761]. J Am Geriatr Soc, 58 (4): 627-635.

Pleschberger S (Ed.). (2005). Palliativpflege: Grundlagen für Praxis und Unterricht. facultas. wuv/maudrich.

Polniaszek S, Walsh EG, Wiener GM (2011). Hospitalizations of nursing home residents: background and options. Washington, DC: Department of Health and Human Services Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy.

Ramroth H, Specht-Leible N, Brenner H (2005). Hospitalisations before and after nursing home admission: a retrospective cohort study from Germany. Age Ageing, 34 (3): 291-294.

Ramroth H, Specht-Leible N, König HH, Mohrmann M, Brenner H (2006) Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch Pflegeheimbewohner. Dt Ärtzebl. 103 (41): A2710-2713.

Robert Koch Institut (2008). Schwerpunktbericht der Berichterstattung des Bundes.: Migration und Gesundheit. Zugang unter:

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf?__blob=publicationFile. Letzter Zugriff am 26.05.2014.

Roser JM, Budroni H, Schnepp W (2011). Abschlussbericht zur Entwicklung einer Zielvereinbarung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus. Zugriff unter: http://www.barrierefreiheit.de/tl_files/bkb-downloads/Projekte/barrierefreies_krankenhaus_mehrfachbehinderung/endfassung_abschlussbericht_barrierefreies_krankenhaus_bvjn_uwh_2011_druckfassung.pdf. Letzter Zugriff: 23.07.2015.

Skalski T (2012). Sterben, eine reine Kostenfrage. Zugriff unter:

http://www.3sat.de/mediathek/?obj=33887. Letzter Zugriff: 23.07.2015.

Sampson EL, Leurent B, Blanchard MR, Jones L, King M (2013). Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission: a prospective study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 28: 1015-1022

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Huber, Bern.

Saliba D, Kington R, Buchanan J, Bell R, Wang M, Lee M, Rubenstein L (2000). Appropriateness of the decision to transfer nursing facility residents to the hospital. J Am Geriatr Soc, 48 (2): 154-163.

Schütz D, Füsgen I (2012). Patienten mit Gedächtnisstörungen im Krankenhaus: Umgang mit therapeutischen und pflegerischen Problemen. Medical-Tribune-Verlag-Ges., Wiesbaden.

Sommer S, Marckmann G, Pentzekt M, Wegscheider K, Abholz HH, in der Schmitten J (2012). Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege: Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal Dtsch Arztebl Int 2012; 109 (37): 577-83.

Specht-Leible M, Bender M, Oster P (2003). Die Ursachen der stationären Aufnahme von Alten- und Pflegeheimbewohnern in einer geriatrischen Klinik. Z Gerontol Geriatr. 36: 274-279.

Specht-Leible M (2010). Geriatrisches Netzwerk zur Optimierung der medizinischen Versorgung im Altenheim GeNiAl. Zugriff unter: http://www.bethanien-heidelberg.de/fileadmin/bkhheidelberg/PDF/AGAPLESION_BETHANIEN_KH_Heidelberg_GeNiAl_Jahresbericht_2010.pdf. Letzter Zugriff: 23.07.2015.

Spector WD, Limcangco R, Williams C, Rhodes W, Hurd D (2013). Potentially avoidable hospitalizations for elderly long-stay residents in nursing homes. Med Care. 51 (8): 673-681.

Transparency (2014). Pflegegrundsätze. Zugriff unter: https://www.transparency.de/fileadmin/pdfs/Themen/Gesundheitswesen/Studie_Pflegegrundsaetze_Auflage3_web.pdf. Letzter Zugriff: 23.07.2015

Young Y, Barhydt NR, Broderick S, Colello AD, Hannan EL (2010). Factors associated with potentially preventable hospitalization in nursing home residents in New York State: a survey of directors of nursing. J Am Geriatr Soc, 58 (5): 901-907.

Young Y, Inamdar S, Dichter BS., Kilburn H Jr, Hannan EL (2011). Clinical and nonclinical factors associated with potentially preventable hospitalizations among nursing home residents in New York State. J Am Med Dir Assoc, 12 (5): 364-371.

17. Anhang

Anhang 1: Bescheid der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke

Ethik-Kommission der
Universität Witten / Herdecke

Universität Witten/Herdecke - Ethik-Kommission - Alfred-Herrhausen-Str. 50 - D - 58448 Witten

Frau
Professor Christel Bienstein
persönlich/vertraulich
Department für Pflegewissenschaft
Universität Witten / Herdecke
Stockumer Straße 12

58453 Witten

Ethik-Kommission
Alfred-Herrhausen-Str. 50
D-58448 Witten

Sekretariat:
Frau Andrea Pleger
Frau Anna Kassette
Frau Souher El-Ahmad

Mo-Fr 8.00-12.00 Uhr
Telefon 02302/926-740
Telefax 02302/926-739
e-mail: sekretariat-ethik@uni-wh.de
Internet: www.ethik-kommission-uwh.de

06.06.2013
Ga/el

Antrag Nr. 41/2013 (bitte stets angeben):
Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim (IVA)

Sehr geehrte Frau Professor Bienstein,

herzlichen Dank für Ihr Schreiben vom 27.05.2013 sowie den beigefügten Unterlagen.

Mit den vorgenommenen Änderungen / Ergänzungen sind Sie den Hinweisen der Ethik-Kommission in ihrem Votum vom 23.05.2013 nachgekommen.

Weitergehende rechtliche oder ethische Bedenken gegen die Studie sind nicht ersichtlich.

Für deren Durchführung wünschen wir viel Erfolg und erinnern bereits jetzt an die Übersendung des Abschlußberichts bzw. der entsprechenden Publikation zu gegebener Zeit.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

RA Prof. Dr. med. P. W. Gaidzik
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Anhang 2: Krankenhauseinweisungsbogen

Erfassungsboden Krankenhauseinweisungen Seite 1

Nr.	Bew.-Code	Alter	Geschlecht		Versichertenstatus			Pflege-stufe	Einweisung								Anzeichen/Symptome im Vorfeld der Krankenhausbehandlung			Medizinische Behandlung im Vorfeld der Krankenhausbehandlung	
			m	w	GKV	PKV	Private Zusatz-vers.		Datum	Wochen-tag	Uhr-zeit	HA	FA	BA/ NA	Ohne	auf Wunsch von	keine	Beschreibung der Anzeichen/ Symptome	wie lange vor KH-Behandlung dokumentiert	Arzt wurde schon vor Einweisungsgeschehen über Zustandsveränderung informiert	Bew. wurde vorab auf das akute Geschehen hin behandelt

Erfassungsbogen Krankenhauseinweisungen Seite 2

Nr.	Bew.-Code	Patientenverfügung		Krankenhausbehandlung						Entlassungsdiagnose			durchgeführte Diagnostik / Therapie				Sonstige Anmerkungen
		vor-handen	trifft folgende Aussagen zur Kranken-haus-behandlung	geplant	un-geplant	amb.	stat.	Verweil-dauer (Tage)	ver-storben	Hauptdiagn.	Nebendiagn.	Zuordnung nicht eindeutig	EKG /Labor	Röntgen	Infusions-therapie	Ergänzungen	

Anhang 3: Leitfaden für die Fokusgruppeninterviews

Leitfaden – Fokusgruppeninterviews 1

Strukturmerkmalen der Alteneinrichtungen

- Wie oft findet Personalwechsel der Pflegeheimleitung, der Qualitätsbeauftragten, der Bereichsleitung statt;
- Wie werden die Entscheidungen zu den Krankenhausanweisungen der Bewohner getroffen?
- Wieweit sind die obengenannten Leitungsmitarbeiter in der Entscheidung zu den KH-Einweisungen der Bewohner involviert?
- Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Leitungsmitarbeiter und der Pflegenden Hinsicht auf der akuten Pflege aus?
- Gibt es ein Behandlungsraum in der Einrichtung wo die Bewohnerinnen/Bewohner vom Arzt die Routine Untersuchungen/Sprechstunden bekommen können?
- Wie werden Entscheidungen dazu getroffen, die Bewohnerinnen/Bewohner vom Arzt untersucht zu werden? Wie sieht der Ablauf aus?
- Welche Möglichkeit besteht in Ihrer Einrichtung, rechtzeitig die Risiken Gruppen der Bewohnerinnen/Bewohner für die Krankenhausanweisungen identifiziert zu werden?

Pflegekräfte und Pflegehelfer

- Erhalten Sie Schulungen oder besondere Weiterbildungen? Welche? „End of live care" - Schulung?
- Konnten Sie mit dem erworbenen Wissen (von den Schulungen/Weiterbildungen) praktisch arbeiten?
- Haben Sie Schulungen über die Kommunikation mit den Ärzten über den Zustand der Bewohnerin /des Bewohners bekommen?
- Wie sieht Routinearbeitsablauf aus, wenn der Zustand einer Bewohnerin/ eines Bewohners sich verschlechtert?
- Bei der Entscheidungsfindung zu der Krankenhausanweisungen, welche Rolle die Meinungen der Angehörigen der Bewohner spielen?
- Welche Aspekte beeinflussen die Entscheidungen zu den Krankhausanweisungen der Bewohnerinnen/der Bewohner? (Grunderkrankungen?)
- Wenn es notwendig ist, wie werden bestimmte medizinische Untersuchungen bei der Bewohner durchgeführt? Bitte den Ablauf darlegen.
  - Wo werden diese durchgeführt?
  - Sind die Befunde/ medizinische Informationen (z. B. Anamnese, Labor, EKG) einschließlich am Wochenenden für Sie und für die Ärzte verfügbar?
  - Wie laufen die Besprechungen mit den Ärzten und mit anderen Mitarbeitern ab?

Anhang 4: Gesamtüberblick der eingeschlossenen Publikationen

Gesamtüberblick der eingeschlossenen Publikationen

Referenz	Fragestellung/ Ziel/ Gegenstand	Design	Stichprobe/ Setting
Finucane et al. (2000)	Gründe von Krankenhauseinweisung und Outcome nach Entlassung	prospektiv, Analyse von Überleitungsbögen, Interviews mit den Mitarbeitern der Herkunftseinrichtungen	Australien 184 Einweisungen von 153 Personen in ein großes Lehrkrankenhaus Südaustraliens über drei Monate. >65 Jahre
Saliba et al. (2000)	Angemessenheit von Einweisungen, Faktoren, die um Zusammenhang mit unangemessenen Einweisungen stehen ermittel werden	retrospektiv, strukturiertes Review medizinischen Daten	Kaliforien, USA cluster-randomisierten Pflegeheime (n=8), Bewohner- und Krankenhausakten (n=100), Juli 1994 - Mai 1995.
Bowman et al. (2001)	Charakteristika Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen, Vermeidbarkeit	retrospektiv, Survey	England, UK 898 Pflegeheimbetten, über 1 Jahr bis zum 31. März 1994, 323 Patienten
Godden & Pollock (2001)	Vergleich von Hospitalisierungen, deren Ursachen, Krankenhaustodesraten und die Dauer des Aufenthaltes von Bewohnern aus Pflegeheimen und betreutem Wohnen und von Personen aus dem häuslichen Umfeld	retrospektiv, Sekundärdatenanalyse, Relatives Risiko	England, UK Daten von 847 Einweisungen von Personen über 65 Jahren aus betreutem Wohnen und Pflegeheimen konnten mit 15.239 Einweisungen aus der Häuslichkeit verglichen werden; Daten des Zeitraums zwischen April 1996 und März 1997
Carter (2003)	patienten-, einrichtungs, und marktspezifische Faktoren, die im Zusammenhang mit ACSH von Pflegeheimbewohnern stehen	retrospektiv, Sekundärdatenanalyse Regressionsanalyse	Massachusetts, USA Medicare-Daten aus über 500 Pflegeheimen, Medicaid-Daten, Daten der Krankenhausaufenthalte, Daten zu Merkmalen der Pflegeheime und zu Ressourcen innerhalb der Bezirke
Ramroth et al. (2005)	Hospitalisierungen von neu eingezogenen Pflegeheimbewohnern, Häufigkeit und	Sekundärdatenanalyse, retrospektiv,	Deutschland Daten der Krankenversicherungen der Studienregion.

1

	Diagnosen	Kohortenstudie	n=1.926 neu eingezogene Pflegeheimbewohner, 97 eingeschlossenen Pflegeheime, Heim-EDV (Abwesenheitstage) und Pflegedokumentation der Pflegeheime
Finn et al. (2006)	Hospitalisierungen von Personen aus betreuten Wohneinrichtungen, Vermeidbarkeit und Ressourcen für Betreuungsstrategien	retrospektiv, Kohortenstudie	Australien, Daten der Notaufnahme des größten Lehrkrankenhauses in Westaustralien, n=541 Einlieferungen, 3 monatiger Erhebungszeitraum im Jahre 2002
Grabowski et al. (2008)	Bewohner- und einrichtungsbezogene und politische Faktoren die Einfluss haben auf Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen	Review	Datenbanken: PubMed, EconLit, 59 eingeschlossen Studien, Studien aus Nordamerika, 1980-2006
Becker et al. (2010)	die Beziehung zwischen Krankenhauseinweisungen mit ACS-Diagnosen und Charakteristika der Bewohner sowie der Pflegeheimen; besonderer Fokus auf dementiell und schwer psychisch erkrankte Bewohner	retrospektiv, Sekundärdatenanalyse, Cox-Regression	Florida, USA72.251 Medicaid-registrierten Bewohnern von 647 Pflegeheimen
Codde et al. (2010)	Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen und deren Vermeidbarkeit durch eine umfassende Primärversorgung	retrospektiv, Analyse von Patientendaten Krankenhaus	Australien Krankenhaus und umliegende Pflegeheime, 12 Monate, 2007/2008

2

Gruneir et al. (2010)	Anzahl und Charakteristika von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern	retrospektiv, Kohortenstudie, Routinedaten aus Pflegeheimen und Krankenhäusern	Ontario, Kanada alle Langzeitpflegeeinrichtungen; Bewohner die innerhalb von 6 Monaten min. einmal eingewiesen wurden, 2005, Einlieferungen Notaufnahme n=21.773; stationäre Krankenhausaufenthalte n=14.884
Ouslander et al. (2010)	Anzahl und Gründe für potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern	Routinedaten (MDS, Medicare)	Georgia, USA 10 Pflegeheime mit geringer Einweisungsrate und 10 Pflegeheime mit hoher Einweisungsrate, randomisiert ausgewählt, 10 je Einrichtung – 5 Lang- und 5 Kurzzeitpflege, Pflegeheime angegliedert an ein Krankenhaus sind ausgeschlossen, 05/2005-08/2006, n= 200 Einweisungen
Young et al. (2010)	Faktoren im Zusammenhang mit potenziell vermeidbaren Hospitalisierungen	Survey	New York ,USA Pflegedirektoren , Pflegeheime mit niedriger, mittlerer und hoher Einweisungsrate, n=147
Kada et al. (2011)	Charakteristika von Krankenhaustransporten, Anteil an vermeidbaren Transporten, Folgen nach Transport und mögliche Strategien zur Reduktion	Mixed-Method, Routinedaten, qualitative Interviews	Kärnten, Österreich Daten eines Krankenhauses (n= 4149), eines Rettungsdienstes (n = 10754) und eines Sozialversicherungsträgers (n = 7051) qualitative Interviews mit Medizinern (n = 25) und Pflegedienstleitungen (n = 16) aus Pflegeheimen
Young et al. (2011)	Klinische und nicht-klinische Faktoren im Zusammenhang mit potenziell vermeidbaren Einweisungen (ACS)	New York State Nursing Home Survey – siehe Young et al. (2010), Routinedaten MDS, SPARCS.	New York, USA Bewohner (n=26.746) von randomisiert ausgewählten Pflegeheimen (n=147)

3

Spector et al. (2013)	Ermittlung des Zusammenhangs zwischen möglichen bewohnerbezogenen Risikofaktoren, Einrichtungscharakteristika sowie gesetzliche Variablen und vermeidbaren sowie unvermeidbaren Hospitalisierungen	retrospektiv, Routinedaten Kategorisierung der Krankenhausaufenthalte nach vermeidbar und unvermeidbar durch ACSCs, ANHACs und NHUCs	USA 62.745 Langzeitpflegebewohner (mind. seit 90 Tagen im Pflegeheim), 10% aller zertifizieren NH in den USA, 2006-2008, Ausschluss von Bewohnern mit einer terminalen Erkrankung, die eine Hospizversorgung erhalten oder für die eine "do not hospitalize" Oder besteht

4

Anhang 5: Information zum Forschungsvorhaben

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Pflegewissenschaft
Stockumer Straße 12
58453 Witten
Tel.: +49 02302/926-301
Fax: +49 02302/926-318
Email: Sabine.Zoellner@uni-wh.de

Informationsschreiben für BewohnerInnen bzw. deren gesetzlichen Betreuer

Thema der Studie:

Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim

Sehr geehrter Teilnehmerin/ Teilnehmer,

am Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke wird eine Studie über die Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim durchgeführt. Wir würden uns über Ihre Unterstützung sehr freuen und hoffen sehr auf Ihre Mitwirkung in dieser Studie.

Was ist das Ziel dieser Untersuchung?

Altenheimbewohner sind häufig von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffen und erleben ihren Gesundheitszustand oftmals als nicht stabil: Unter anderem treten akute Krankheitsschübe, Stürze u.a. auch in Zeiten auf, in denen die vertraute Ärzte nicht oder nur schwer erreichbar sind. Die Einweisung in ein Krankenhaus ist oftmals die Folge. Eine erste Erhebung in zwei Altenheimen zeigt, dass eine erhebliche Anzahl von Bewohnern von diesen ungeplanten Krankenhauseinweisungen betroffen ist.

Anhang 6: Einverständniserklärung

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Pflegewissenschaft
Stockumer Straße 12
58453 Witten
Tel.: +49 02302/926-301
Fax: +49 02302/926-318
Email: Sabine.Zoellner@uni-wh.de

Einverständniserklärung

Thema der Studie:

Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die obengenannte Studie vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere diese.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden meine Bewohnerakte durch eine Forscherin gesehen wird und weiß, dass dieses freiwillig ist. Ich weiß, dass auch bei Nicht-Einwilligung keine Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass Daten in anonymisierter Form erfasst und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Veröffentlichungen erfolgen ebenfalls streng anonym d.h. ohne Rückschlussmöglichkeiten auf meine Person. Ich gebe hiermit meine Erlaubnis die Daten meiner Bewohnerakte wissenschaftlich auszuwerten, die Ergebnisse zu veröffentlichen und auf Anfrage, unter Wahrung des Datenschutzes anonyme Daten anderen Wissenschaftlern zur erweiterten oder vertiefenden Analyse zur Verfügung gestellt werden.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und dieser Einwilligungserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

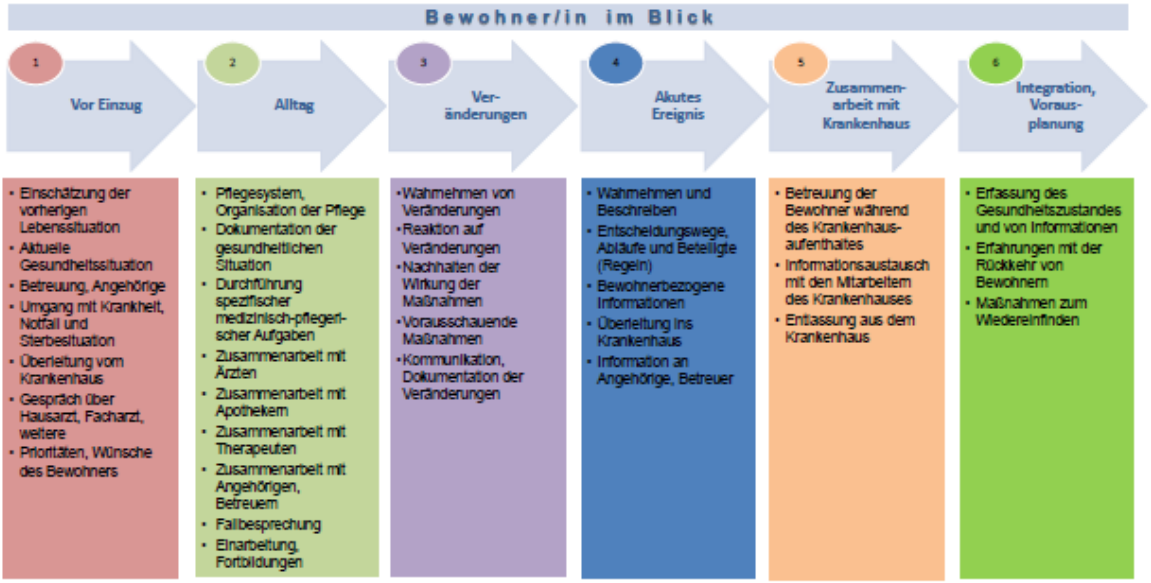
_____

Ort und Datum Unterschrift des/der Bewohners bzw. gesetzlichen Vertreters

_____

Ort und Datum Unterschrift der verantwortlichen Person für die Studie

Anhang 7: Interventionsmodel



Anhang 8: Impulsreferat zu Fallbesprechungen

Was verstehen wir unter einer Fallbesprechung

Es gibt eine Vielzahl von Begrifflichkeiten angefangen von (ethischen, hermeneutischen) Fallbesprechungen über Fallverstehen bis hin zu Kollegialer Beratung.

Der Begriff Fallbesprechung beschreibt ein „strukturiertes, zielgerichtetes, professionelles Gesprächsverfahren", das dem Verstehen der Lebens-Versorgungssituation, einer gemeinsamen Entscheidungsfindung und der Abstimmung oder Evaluation eines gemeinsamen Vorgehens dient. Probleme werden im Team fallbezogen reflektiert.

http://www.dzne.de/uploads/media/7.pdf, 2012, Buscher, I. et al.: Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen, 2012

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Welche Merkmale kennzeichnen eine Fallbesprechung 1

- Eine Fallbesprechung weist diverse Merkmale auf, die zum Teil allgemeinen Kommunikationsregeln folgen aber auch eine bestimmte Ablauf- und Rollenstruktur festlegen, die einer systematischen Arbeitsweise dienlich sind.
- Grundregeln wie Wertschätzung, Verbindlichkeit, aktive Beteiligung, Bereitschaft zur Offenheit, klare Kommunikationsregeln schaffen, Ziel- und Ressourcenorientierung gehören genauso dazu wie die Einhaltung bestimmter Rahmenbedingungen, die situativ angepasst werden können. Hier geht es um Aspekte wie Größe der Gruppe, Auswahl der Teilnehmer, Dauer, Arbeitszeitregelung etc.
- Spezifisch für die Methode sind festgelegte Rollen und zwar Falleinbringer, Moderator, Protokollant, Reflektionspartner

Welche Merkmale kennzeichnen eine Fallbesprechung 2

- Der Ablauf einer Fallbesprechung folgt ebenfalls einer festen Struktur
- Eingangsrunde durch den Moderator
- Problembeschreibung durch den Falleinbringer (ergänzend dann Reflektionspartner)
- Situationsanalyse durch Moderator mit allen Teilnehmern (narrrativ oder themengestützt)
- Maßnahmenplanung mit allen Teilnehmern in Abstimmung
- Abschlussrunde durch den Moderator

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Welchen Nutzen hat die Methode Fallbesprechung 1

Fallbesprechungen eignen sich

- zur Systematisierung eines vielschichtigen und komplexen Geschehens
- zur Gliederung in logische, nachvollziehbare Abschnitte
- zur Fallannäherung und um voreilige Ableitungen zu vermeiden

Sie fördern Lern- und Entwicklungsprozesse, sowie Reflexionsprozesse.

Sie bringen implizites Wissen zu Tage, es geht um informelles Lernen, kollektives Lernen und institutionelles Lernen.

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Welchen Nutzen hat die Methode Fallbesprechung 2

- Fallbesprechungen können den Transfer von Wissen in neue Handlungsroutinen positiv beeinflussen
- Die Methode hilft, Verhalten und Probleme besser zu verstehen
- Pflegende fühlen sich sicherer, gewinnen Handlungssicherheit
- Durch situativ angepasstes Handeln konnten kritische Situationen entschärft werden
- Bestehende Handlungsroutinen und Ablaufstrukturen können flexibilisiert und verändert werden
- Fallbesprechungen können Lernprozesse auf der Ebene der einzelnen Pflegenden, des Teams, der Einrichtung anstoßen

Bucher L et al : Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen. 2012

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Was wissen wir zur Anwendbarkeit der Methode Fallbesprechung 1

- Fallbesprechungen fallen Pflegenden leichter, wenn diese in externer professioneller Begleitung erfolgten.
- Zur dauerhaften Nutzung der Methode braucht es strukturelle Vorgaben wie die zeitliche Planung im Dienstplan oder Kompetenzen wie z.B. die Fähigkeit zur Moderation
- Die Umsetzung und Moderation von Fallbesprechungen in Pflegeteams wird durch die Komplexität der Methode erschwert.
- Der Zeitaufwand für die Umsetzung wird insbesondere dann als zu hoch empfunden, wenn der Mehrwert der Fallbesprechungen zu anderen Besprechungsformen nicht deutlich wird.
- Das kann zu einer mangelnden Akzeptanz dieser Methode in Pflegeteams führen.

http://www.dzne.de/standorte/witten/projekte/falldem/phase-i.html:

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

Welche Rolle spielen Fallbesprechungen im IVA-Projekt 1

- Fallbesprechungen sind eine geeignete Methode, um Reflexions- und Lernprozesse anzuregen: bei den Pflegenden selbst, innerhalb von Teams, bei den Leitungen stellvertretend für die Institution

- Beide Formen – narrativ, erzählend und themengestützt – eignen sich
  - Narrativ, um implizites Wissen mit an den Tag zu bringen im Sinne von Wissenszirkulation
  - themengestützt, um die Erkenntnisse aus dem Phasenmodell zielorientiert einzubringen

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Welche Rolle spielen Fallbesprechungen im IVA-Projekt 2

- Können rückwirkend zur Reflexion einer Krankenhausweinweisung dienlich sein, um im Nachhinein zu verstehen was passiert war
- Dann wäre denkbar, dass aufgrund der Ergebnisse bei der Maßnahmenplanung Aspekte aufgenommen werden, die prognostisch auf Vermeidbarkeit hin eingesetzt werden
- Es geht um eine chronologische Aufbereitung des Ereignisses anhand von den „erörternden“ W-Fragen
- Quer dazu wird stets der Wille des Bewohners mit berücksichtigt und Themen aufgegriffen, die aus dem Phasenmodell ersichtlich sind

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Wie könnten IVA-Fallbesprechungen durchgeführt werden 1

5 W-Fragen – diese fordern den Falleinbringer frei dazu auf, erzählend den Fall zu schildern, damit alle wissen und verstehen worum es geht

- Was ist passiert
- Wie ist es passiert
- Wann ist es passiert
- Wer war beteiligt
- Welche Reaktionen sind erfolgt
- …

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Wie könnten IVA-Fallbesprechungen durchgeführt werden 2

Zur Situationsanalyse:

Wo wären Möglichkeiten gewesen, den Verlauf zu ändern?

- Hierzu eignet sich das Phasenmodell mit der Fallschilderung

Wie kann es gelingen, weitere vermeidbare Einweisungen zu vermeiden?

- Welche Maßnahmen sind hierfür zielführend

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Wie könnten IVA-Fallbesprechungen durchgeführt werden 3

Grundhaltung: Vermeidbarkeit von Einweisungen

- Eingangsrunde durch Moderator
- Fallschilderung erzählend durch PFP (5-W Fragen plus Bewohnerwille)
- Rückfragen und Anregungen durch Team als Reflektionspartner
- Situationsanalyse durch Moderator (Ankerpunkte anhand des Phasenmodells)
- Maßnahmenplanung mit allen Teilnehmern gebündelt durch Moderator
- Abschlussrunde durch Moderator

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Klärungsbedarf, Anregungen?

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Links und Literatur

- Buscher, I. et al.: Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen, 2012
- Kollegiale Beratung in der Pflege: Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung, dgp, Sektion BIS, 2012
- http://www.experto.de/b2c/gesundheit/pflege/bewohner-und-fallbesprechung-was-ist-der-unterschied.html
- http://www.dzne.de/standorte/witten/projekte/falldem/phase-i.html: http://www.dzne.de/uploads/media/7.pdf, 2012

Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

Anhang 9: Impulsreferat zu Kooperation mit dem Krankenhaus

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

IVA: Innovative Versorgung akut erkrankter Bewohner und Bewohnerinnen im Altenheim

Kooperation mit dem Krankenhaus

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

Wegweiser

- Realität?
- Ziele
- Voraussetzungen

- Überleitung/Informationsfluss
- Transport
- Aufnahmesituation
- Besuche während des Aufenthaltes
- Ansprechpartner in den Einrichtungen
- Gegenseitige Hospitation? Gemeinsame Fortbildungen?
- Kooperationsgespräche? Qualitätszirkel?
- Weitere Ideen/ Vorschläge/ Erfahrungen?

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Realität?

- Einführung der DRGs und damit eine verkürzte Verweildauer geriatrischer Patienten in den Krankenhäusern
- Entlassungen werden nicht ausreichend geplant
- Unzureichende Informationsweitergabe
- Hilfsmittel noch nicht geliefert
- Benötigte Medikamente fehlen
- Missverständnisse

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Realität?

- Keine standardisierten Regelungen zur Zusammenarbeit bei der Überleitung
  - Intensivere Kontakte lediglich in Ausnahmefällen
  - Information werden ggf. gezielt eingeholt, geben aber kein umfängliches Bild des Patienten/ Bewohners

- Kommunikationsdefizite führen häufig zu einer unzureichenden Versorgung

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Ziele

- Zeitnah angemessene Versorgung zur Verfügung stellen
- „Drehtüreffekte“ vermeiden
- Verkürzung der Krankenhausaufenthalte

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Voraussetzungen

- Klärung der Abläufe, Erfordernisse und Vorgaben in den Einrichtungen und unter den Berufsgruppen
- Gemeinsame Entwicklung und Nutzung einer angemessenen Form der Dokumentation und Informationsübermittlung zwischen den beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen
- Benennung koordinierender Fachkräfte
- Multidisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligter Berufsgruppen
- Beteiligung der leitenden Managementebene durch Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen, Festlegung der Verfahren und Standards und Schaffung eines förderlichen Kooperationsklimas
- Kooperationsbereitschaft und Bereitschaft zum Wissens- und Kompetenzerwerb bei den beteiligten Berufsgruppen

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

Überleitung/ Informationsfluss

?

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

Überleitung

- Was geht mit ins Krankenhaus?
  - Eigene Kleidung
  - Persönliche Gegenstände

!? Gegenstände sicher übergeben, Integration mitgegebener Gegenstände im Überleitungsbogen

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Transport

- ???

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/

Aufnahmesituation

- Begleitung der Bewohner?
  - durch Bezugsperson?
  - durch Schüler, Praktikanten?

- Beruhigung für den Bewohner/ die Bewohnerin
- Informationsweitergabe
- Bekannt machen beim Pflegepersonal, Ärzten
- Sachen auspacken, bei der Orientierung helfen, Telefonanmelden und Tel.-Nr. von Bezugspflege bereit legen

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

Besuche während des Aufenthaltes

- Wer besucht den Bewohner/ die Bewohnerin? Wie oft?
- Wird der Besuch beim Bewohner/ bei der Bewohnerin angemeldet? Wünscht er/ sie diese? Hat diese/r evtl. noch Wünsche, kann etwas mitgebracht werden?
- Kleines Präsent, Genesungskarte (evtl. gestaltet durch Mitbewohner)?
- Austausch mit den Kollegen im KH möglichst nach Einverständnis des Bewohners/ der Bewohnerin
- Beim Pflegepersonal anmelden; Ist ein Besuch grade gut möglich? Kann noch etwas mitgebracht werden?
- Evtl. Arztgespräch vereinbaren, weitere Therapie? Entlassungsplanung? Empfehlungen für die weitere Behandlung/ Pflege?

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

Ansprechpartner in der Einrichtung

- Feste Ansprechpartner benennen
- Bei den Kooperationspartnern bekannt machen (z.B. persönlich, Weitergabe von Organigrammen und Telefonlisten)

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

Gegenseitige Hospitation? Gemeinsame Fortbildungen?

- sich kennenlernen, Beziehungsaufbau
- Besonderheiten des anderen Arbeitsfeldes kennenlernen
- Fachlicher Austausch, voneinander lernen

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

Kooperationsgespräche? Qualitätszirkel?

- Kooperationsgespräche des Management
- Multiprofessionelle Qualitätszirkel

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Weitere Ideen/ Vorschläge/ Erfahrungen?

- .....

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

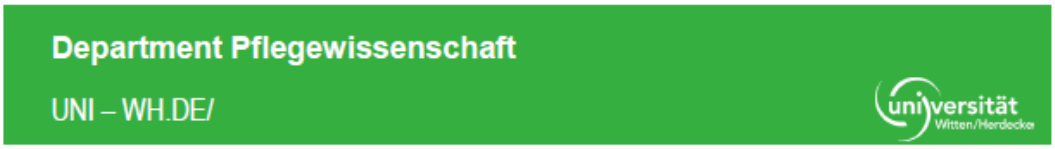
Department Pflegewissenschaft
UNI – WH.DE/
universität Witten/Herdecke

Literatur

- Kiefer & Rudert (2004): Entlassungsmanagement - Schnittstellen gemeinsam bewältigen. Altenheim. 7. S. 18-21
- Projetztgruppenarbeit Studiengang Angewandte Gerontologie (2009): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Schnittstellenübergreifende Informationsvermittlung als Voraussetzung für eine gelingende Versorgungskontinuität
- Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2009). DNQP (Hrsg.)

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z
gefördert vom: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
EUROPÄISCHE UNION Investition in unsere Zukunft Europäischer Fonds für regionale Entwicklung

Anhang 10: Impulsreferat zu gesetzlicher Betreuung und Patientenverfügung



IVA: Innovative Versorgung akut erkrankter Bewohner und Bewohnerinnen im Altenheim

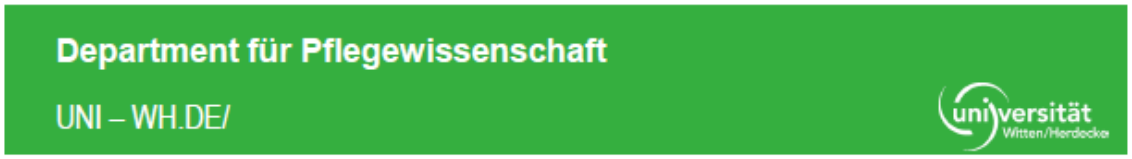
Gesetzliche Betreuung und Patientenverfügung

01. Juli 2014

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung
Förderkennzeichen: 005-GW03-138Z

gefördert vom:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung



Gliederung:

- Betreuung - Begrifflichkeit
- Betreuung=gesetzliche Betreuung = rechtliche Betreuung
- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Betreuungsverfahren / Einrichtung einer Betreuung
- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im IVA Projekt
- Wie sieht die Praxis aus?
- Literatur

Department für Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Betreuen - sich um jemanden/etwas kümmern, für jemanden / etwas sorgen

Projekt

Kunden

Säugling

Haus/Wohnung

Bewohner

Kranken

Haustier

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Gesetzlicher Rahmen und Statistik

- Betreuung tritt im Zusammenhang mit Betreuungsleistungen im SGB XI auf
- Betreuungsgesetz BtG - 1. Januar 1992
  - Das Betreuungsgesetz dient dem Schutz und der Unterstützung erwachsener Menschen, die wegen einer Krankheit oder einer Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln können und deshalb auf die Hilfe anderer angewiesen sind
- Zahl der Betreuungen im Jahr 2012: 1.325.013 (Deinert, 2013)
- Gesundheitliche Ressourcen der Betreuten sind stark eingeschränkt

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Betreuung=gesetzliche Betreuung = rechtliche Betreuung

Betreuung ist eine vom Gericht angeordnete Hilfe für volljährige Personen, die aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Alter ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst besorgen können

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
Referat Öffentlichkeitsarbeit; S.4; (01.2014)

Eine besondere Situation : Entscheidungen **für** eine andere Person treffen

Mögliche Hilfestellung in diesen Situationen:

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung- zwei grundlegend verschiedene Dinge

- Vorsorgevollmacht:

Bevollmächtigung einer Person des eigenen Vertrauens für den Fall, dass man selbst nicht mehr in der Lage ist, bestimmte Angelegenheiten zu regeln

- Patientenverfügung:

Der schriftlich niederlegte eigene Wille hinsichtlich der Behandlung von Krankheiten einer Person und zwar zu einem Zeitpunkt, an dem eine solche Entscheidung noch eigenverantwortlich getroffen werden kann

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Vorsorgevollmacht

- Wichtig: der Vollmachtgeber ist zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung geschäftsfähig (Attest vom Arzt)
- § 104 Nr. 2 BGB bestimmt hierzu: „Geschäftsunfähig ist, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist“
- Bevollmächtigung beinhaltet verschiedene Bereiche:
  - Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit, Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Behörden, Vermögenssorge, Post- und Fernmeldeverkehr, Vertretung vor Gericht, Untervollmacht, Betreuungsverfügung, Geltung über den Tod hinaus, weitere Regelungen

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Patientenverfügung allgemein

- Ziel: Eigene Einflussnahme auf eine spätere medizinische Behandlung, falls die betroffene Person nicht mehr ansprechbar oder nicht mehr entscheidungsfähig ist
- Gestaltung der Patientenverfügung:
  - Schriftliche Festlegung des eigenen Willens einer volljährigen Person im Voraus für den Fall eigener Entscheidungsunfähigkeit
  - Schriftliche Ergänzung von eigenen Wertvorstellungen, religiösen Anschauungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben
- Bewusste Entscheidung für oder gegen bestimmte Behandlungen
  - Behandlungsverzicht - Verzicht auf Weiterleben?!
  - Entscheidung für eine Behandlung - Chance weiterzuleben - Abhängigkeit/Fremdbestimmung?!

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Betreuungsverfahren

- § 1896 Bundesgesetzbuches (BGB)
- Voraussetzungen für eine Betreuung:
  - Wenn eine volljährige Person auf Grund einer Erkrankung eigene Angelegenheiten insgesamt oder einzelne Angelegenheit nicht mehr alleine erledigen kann und diese Person keine Vorsorgevollmacht erteilt hat
  - Wenn eine Vorsorgevollmacht besteht, aber diese sich nicht auf den Bereich bezieht, in dem der Betroffene nicht mehr eigenverantwortlich handeln kann

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Einrichtung einer Betreuung 1

- Das Altenheim kann entweder beim Amtsgericht einen Antrag stellen oder sich an die zuständige Betreuungsbehörde wenden
- Der Antrag kann von unterschiedlichen Stellen gestellt werden: (Altenheim, Krankenhaus, Nachbarn etc.)
- Egal wo der Antrag gestellt wird, es soll von der Betreuungsbehörde ein Sozialbericht bis zum richterlichen Begutachtungstermin erstellt sein
- Wichtige 4 Fragen für die Erstellung des Sozialberichtes:
  - Ist Betreuung nötig?
  - In welchen Angelegenheiten ist die Betreuung nötig?
  - Wer soll die Betreuung übernehmen?
  - Ist die Betreuung zu vermeiden, gibt es andere möglichen Hilfen?

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke

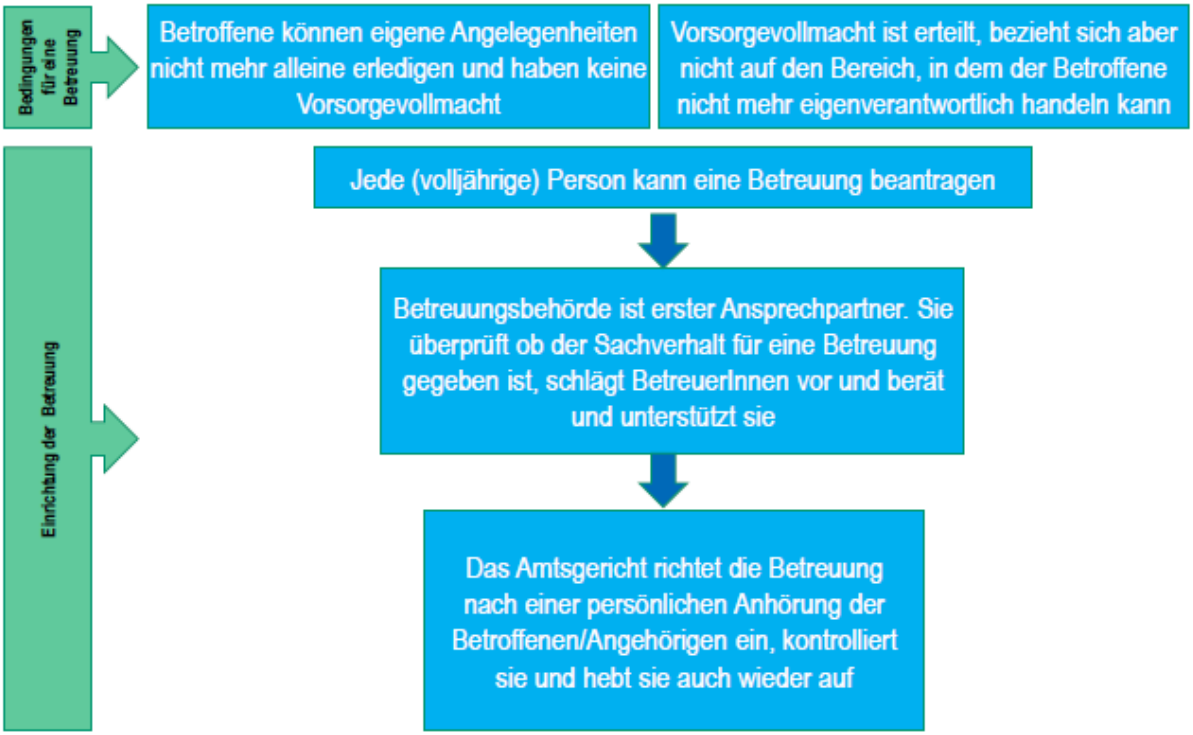
Errichtung einer Betreuung 2

- Vorsorgevollmacht kann nicht mehr erteilt werden z.B. bei einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung
- Vorschlag einer Betreuung von der Betreuungsbehörde an das Betreuungsgericht
- Die Betreuung soll, sofern möglich, ehrenamtlich geführt werden: Ehepartner, volljährige Verwandte, Nachbarin etc.
- Betreuungsgericht richtet eine Betreuung ein
- Ab dann ist der Betreuer handlungsfähig

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

universität Witten/Herdecke



Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Anforderungsbereiche an gerichtlich bestellte Betreuer

- Vermögenssorge (Geltendmachung von Zahlungsansprüchen, Prüfen von Ansprüchen etc.)
- Gesundheitssorge (Pflege und Rehabilitation, Entscheidungen in der medizinischen Versorgung, freiheitsentziehende Maßnahmen etc.)
- Aufenthaltsbestimmung (Heimplatzsuche, freiheitsentziehende Unterbringung etc.)
- Wohnungsangelegenheiten (Anmietung und Kündigung von Wohnraum, An-, Ab- und Ummeldungen etc.)
- Vertretung des Betroffenen in gerichtlichen Verfahren
- Vertretung gegenüber Behörden
- Postverkehr

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im IVA Projekt

Mögliche Nutzbarkeit?

- Eigener Wille der Bewohner/innen bezüglich der zukünftigen medizinischen Behandlung ist bekannt/schriftlich festgelegt
- Berücksichtigung des Willens der Bewohner/innen bei der pflegerischen Versorgung
- Schnelle Entscheidungsfindung bei akuten Ereignissen
- Geäußerter Wille der Bewohner/innen kann ein „Schutz“, eine Orientierungshilfe für die Pflegenden bei der Entscheidungsfindung sein

Wie sieht die Praxis aus

- Wie läuft eine Krankenhauseinweisung ab, wenn eine rechtliche Betreuung vorliegt? (Entscheidung, Information)

Department Pflegewissenschaft

UNI – WH.DE/

Literatur

- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucher Schutz/ Betreuungsrecht / Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht : http://www.bmjv.de/DE/Themen/Gesellschaft/Patientenverfuegung/_doc/_doc.html
- Deinert, H. (2013) Betreuungszahlen 2012. BtPrax 2013, S. 242 ff: http://www.bundesanzeiger-verlag.de/bt-prax/downloads.html
- Roder, A. (2013). Case Management – Profil stiftend für die gesetzliche Betreuung?. Case Management 2/2013, 79-82. ISSN 1861-0102. 10. Jahrgang
- Weinsberger Forum, Gesellschaft für Wissenschaft und Kommunikation mbH: http://www.weinsberger-forum.de/berufsbilder/berufsbetreuer.html
- Wendt , W. R. (2013). Manageriale Besorgungen in der rechtlichen Betreuung und außerhalb. Case Management 2/2013, 64-70. ISSN 1861-0102. 10. Jahrgang

Anhang 11: Fragenkatalog zu den Endgruppeninterviews

Fragen zur Endfokusgruppeninterviews im IVA Projekt

Einführungsfragen:

- Welche Besonderheiten sind Ihnen an der Projektvorbereitung und -durchführung Aufgefallen?
- Mit welchem Aufwand war in Ihrer Einrichtung die Projektdurchführung verbunden?
- Wie war/ist die Durchdringung des Themas in der Einrichtung – wer hat wann welche Informationen wozu erhalten?
- Wie „fühlen" sich die Zahlen der Krankenhauseinweisungen an. Weniger, mehr?
- Was hat sich seit dem ersten Interview verändert
- Wenn andere Einrichtungen fragen, was Sie davon hatten, was würden Sie hervorheben wollen?

Fragen die sich auf das Phasenmodell beziehen:

Interventionspunkte	Fragen	Unterfragen	Spezifische Schwerpunkte der Fragestellungen
1. Vor Einzug	Welche Maßnahmen werden vor dem Einzug einer Bewohnerin/ eines Bewohners ins Altenheim durchgeführt? Ist es anders als früher?	• Einschätzung der vorherigen Lebenssituation • Aktuelle Gesundheitssituation • Betreuung, Angehörige • Umgang mit Krankheit, Notfall und Sterbesituation • Gespräch über Hausarzt, Facharzt,	• Patientenverfügung • Gesetzliche Betreuung • Spezielle Dokumentation mit spezifischen Fragen: Wünsche, Prioritäten bezüglich der Krankenhauseinweisungen
2. Alltag	Welche Veränderungen haben seit dem ersten Interview in Ihrem Pflegealltag stattgefunden?	• Durchführung spezifischer medizinisch-pflegerischer Aufgaben	• Wunden, Katheterismus, Sturz • Identifizierung der Risikogruppen
		• Wann werden die Hausärzte kontaktiert?	• bei einer Veränderung oder später?)
		• Beim Telefonkontakt mit einem Hausarzt, worüber berichtet man?	• Was beinhaltet inhaltlich dieser telefonische Kontakt? • Werden die Informationen über einen Fall gebündelt?)
		• Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuer – wie lässt es sich gestalten? • Von wem, wann und warum werden die gesetzliche Betreuer benachrichtigt/kontaktiert?	
		• Fallbesprechung?	• Interdisziplinäre Fallbesprechungen? • Wie oft? • welche Inhalte: einzelne Fälle, Krankheitsbilder • Anders oder wie früher?
		• Einarbeitung, Fortbildungen	

3. Veränderungen	Wie werden die beobachtete Veränderungen bei der Bewohnerinnen und Bewohner präventive behandelt um eine Krankenhauseinweisung vermieden zu werden?	• Mit wem kommuniziert man die beobachtete Veränderungen und wann?	• Wichtigkeit der Krankenbeobachtung
4. Akutes Ereignis	Wie reagiert man bei einem akuten Ereignis?	• Welche Informationen haben für Sie eine prioritäre Stellung, wenn es um einen akuten Fall geht?	• Wille der Bewohnerin, des Bewohners
5. Zusammenarbeit mit Krankenhaus	Wie anders lässt sich seit dem ersten Interview die Zusammenarbeit mit den Krankenhausmitarbeitern gestalten?	• Was wird bei einer Krankenhauseinweisung mitgegeben? • Von wem, wann und warum werden die Krankenhäuser kontaktiert?	• Informationen, die im KH benötigt werden • Unterlagen • Persönliche Gegenstände • vor-, während- und nach der Einweisung
6. Integration, Vorausplanung	Welche Maßnahmen führen Sie bei der Rückkehr der Bewohnerin / des Bewohners aus dem KH durch?	• Neuerfassung des Gesundheitszustandes • Informationen vom Krankenhaus einholen	• Kontakt mit Krankenhaus

Anhang 12: Fragenkatalog zu Interview mit den Hausärzten und Hausärztinnen

Fragen an die Hausärzte im IVA Projekt

- Als Hausarzt betreuen Sie ja auch Bewohner in Altenheimen
    - Wie läuft das insgesamt aus Ihrer Sicht?
    - Gute und schlechte Beispiele
    - Medizinische Versorgung von (Ihren) AH-Patienten
    - ...

- Es hat sich gezeigt, dass es auch immer wieder zu Krankenhausweinweisungen kommt
    - Wie sehen Sie das als Hausarzt für Ihre Patienten?
    - Was ist Ihre Rolle dabei
    - Wie werden die Entscheidungen rund um diesen Vorgang getroffen (Bsp. PEG)
    - Wille des Bewohners/Patienten in Bezug auf KH-Einweisungen parat?
    - Einschätzung ansprechen zu
        - Notwendigkeit, Vermeidbarkeit, Finanzierung ...
        - Rolle der Beteiligten wie Pflegekräfte, Angehörige, Betroffene, Betreuer, Krankenhäuser, Arztkollegen ...
        - Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit ...
        - Stellenwert des gegenseitigen „Kennens“
        - ...

- Einschätzung zur Sinnhaftigkeit von Netzwerken

- Was hätten Sie an Veränderungswünschen, Verbesserungsbedarf

Anhang 13: Fragenkatalog zu Interview mit Mitarbeitern/ -innen im Krankenhaus

Fragen an die KH Mitarbeiter im IVA Projekt

1. Welche Erfahrungen haben Sie mit Patienten, die aus Alteneinrichtungen zu Ihnen kommen?
2. Einweisungsgesehen/ Überleitung
    i. Überleitung ins Krankenhaus, Informationsweitergabe
    ii. Kommunikation bei Einweisung und auch im Verlauf mit der Kollegen und Kolleginnen der Alteneinrichtung oder anderen Beteiligten (z.B. Betreuer/innen)
    iii. Zustand der Bewohner/innen (medizinisch/pflegerisch)
3. Was läuft allgemein gut, was eher schlecht?

4. Bewohnerwille zur Krankenhausbehandlung
    i. Einfluss auf Behandlungssituation
    ii. In wie weit ist dieser bekannt, wenn sich der Bewohner/ die Bewohnerin nicht äußern kann? (Patientenverfügung)

5. Einschätzung ansprechen zu

    i. Ursachen, Gründe für eine KH-Einweisung, Kh-Aufenthalt
    ii. Notwendigkeit, Vermeidbarkeit, evtl. Beispiele
    iii. Finanzierung …
    iv. Rolle der Beteiligten wie Pflegekräfte, Angehörige, Betroffene, Betreuer, Krankenhäuser, Arztkollegen …
    v. Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit …
    vi. Stellenwert des gegenseitigen „Kennens“
    vii.

6. Einschätzung zur Sinnhaftigkeit von Netzwerken

7. Was hätten Sie an Veränderungswünschen, Verbesserungsbedarf

Anhang 14: Fragenkatalog zu Interviews mit gesetzlichen Betreuern und Betreuerinnen

Leitfragen IVA Projekt – gesetzliche Betreuung

- **Als Betreuerin erleben Sie in Ihrem Berufsalltag immer wieder, dass Bewohner aus dem Altenheim ins Krankenhaus eingewiesen werden. Würden Sie bitte davon erzählen, wie sich die Situation aus Ihrer Sicht darstellt? Welche Rolle haben Sie als Betreuer bei diesem Vorgang?**
  (Wie/wann erfahren Sie dass Ihr/Ihre KlientIn ins Krankenhaus muss oder schon eingewiesen ist ; was sind die ersten Schritten, die man betätigt, wenn man die Information über eine KH-Einweisung des eigenen Klienten erhalten hat; mit wem werden Kontakte aufgenommen im Fall einer KH-Einweisung; etc.?)
- **Wissen Sie etwas über die gesundheitliche Situation der von Ihnen betreuten Menschen?** ***Unter anderem (Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht).Wissen Sie etwas über den Willen der Klienten bzgl. Krankenhauseinweisung***
- **Wie stellt sich die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Alteneinrichtungen (und der Krankenhäuser) dar? Bitte erzählen Sie, wie die Zusammenarbeit sich gestalten lässt**
- **Wie gehen Sie vor, wenn es z.B. um das Anlegen einer Ernährungssonde geht (PEG)?** ***(was erscheint dabei wesentlich, um eine Entscheidung zu treffen?)***
- **Haben Sie Kontakt zu den Angehörigen, falls ja, wie gestaltet sich dieser bei einer Krankenhauseinweisung?**
- **Sind Ihre Betreuungsleistungen als gesetzliche Betreuerin im Sinne der Finanzierung eingegrenzt? Wieviel Klienten darf man als gesetzliche Betreuerin gleichzeitig haben,**

Anhang 15: Information für die Krankenkassen

Innovative Versorgung von akut erkrankten AltenheimbewohnerInnen (IVA)

Kurzbeschreibung des Projekts

Ziel des Projekts ist es, die Einweisung von AltenheimbewohnerInnen in Krankenhäuser deutlich zu reduzieren und/oder die rasche Rückkehr in das gewohnte Umfeld zu fördern. Die zu erprobenden Versorgungsmodelle berücksichtigen dabei die rückläufige Zahl von Haus-/Fachärzten und ihre Möglichkeiten, Menschen in Alteneinrichtungen engmaschig zu begleiten. Vier Alteneinrichtungen aus NRW beteiligen sich an dem Projekt. Ausgewertet und modellhaft erprobt werden verschiedene Lösungskonzepte, welche darauf abzielen, die Behandlung von akut erkrankten AltenheimbewohnerInnen künftig zum Teil selbst in der Einrichtung durchführen zu können; dies gilt zum Beispiel für Maßnahmen der Therapie von Pneumonie, Infusions- und/oder Wundtherapie, oder einer erneuten Medikamenteneinstellung.

Arbeitspaket „Gesundheitsökonomische Evaluation“

Die Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen erstellt eine in das Projekt integrierte ökonomische Begleitstudie. Ausgangspunkt hierfür bildet eine internationale gesundheitsökonomische Recherche zu der Thematik. Darauf aufbauend sollen einzelne Prozessschritte der alternativen Versorgungsmodelle für akut erkrankte AltenheimbewohnerInnen ausgearbeitet werden. Ziel ist es schließlich, eine vergleichende Analyse der Kostenszenarien für die verschiedenen Versorgungsmodelle durchzuführen. Um den gesundheitsökonomischen Gesamteffekt zu ermitteln, soll auf der Basis von Daten der Kranken- und Pflegekassen eine Hochrechnung der potenziellen Kosteneffekte am Beispiel der Pneumonie erfolgen. Die Darstellung erfolgt dabei aus Sicht der jeweiligen Kostenträger (Krankenkasse, Träger der stationären Einrichtung).

Kontakt
Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko
Walcker Stiftungsprofessur
für Management und Innovation im Gesundheitswesen
Fakultät für Wirtschaftswissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Tel.: 02302-926-505
Fax: 02302-926-539
E-Mail: sabine.bohnet@uni-wh.de

www.uni-wh.de/mig

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Ziel2.NRW
Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung

Laufzeit: 25.03.2013 – 31.03.2015
Akt.-Z.: GW03-138Z

Anhang 16: Vortrag "Managing Acute Care for Nursing Home Residents: A Health Economic Review of Concepts and Practice", in: A– 13th Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy 2014, Athen (GR).

Sabine Bohnet-Joschko
Professor, Witten/Herdecke University, Germany

Managing Acute Care for Nursing Home Residents: A Health Economic Review of Concepts and Practice

Background/Objectives: Nursing home residents are likely to be admitted to hospital for ambulatory care sensitive conditions. Such transfers bear medical risks (e.g. infection with multidrug-resistant staphylococcus aureus), also they have been identified as a possible area for cost savings. Focusing on preventable hospitalizations for acute conditions in nursing home residents we first prepare a systematic review on international research. Objective of this study is to assess cost effects of concepts and practice for the management of acute care for an ambulatory care sensitive condition (pneumonia).

Methods: The design of this study comprises modelling of cost effects on alternative health care management concepts. At the present stage of research we evaluate practice patterns of health care provision which may be crucial for preventing hospitalization. Data were obtained from resident records with history of pneumonia and hospital triage at three nursing homes in Germany.

Results: Two models of health care provision were built: a worst-case scenario involving a hospital admission and a best-case scenario of avoiding hospital transfer by providing thorough and comprehensive ambulatory care in the nursing home. Identifying the cost and resources used for the two care concepts is set for the next stage of our research.

Conclusion: There is much that can be learned from well-designed international studies on outpatient care for ambulatory care sensitive conditions in nursing home settings. Yet knowledge transfer of these experiences to the German health and nursing care system is not sufficient. Due to demographic trends, there is an urgent need for research in a national setting addressing health care leaders' concerns about exceeding expenditures while advancing safe care for nursing home residents.

Anhang 17: Vortrag " Versorgung akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen und -bewohner: ein systematisches Review gesundheitsökonomischer Analysen alternativer Versorgungsmodelle", in: Palliativmedizin 2014; 15 - V17.

EN DE Home Produkte Hilfe Kontakt Portal

Thieme Zeitschrift für Palliativmedizin

Suche Volltextsuche

Zeitschrift Autoren Abonnement Fachgesellschaft Stellenmarkt

nicht eingeloggt Login Warenkorb

Universität Witten/Herdecke Bibliothek

Zeitschrift für Palliativmedizin

Jahr 2014

Ausgabe
03: 89-108 | 10. Kongress d
02: 41-83 | e1-e2
01: 22-35

› Inhaltsverzeichnis
› aktuelle Ausgabe
› Probeausgabe (01/2014)

Ähnliche Zeitschriften

› ains · Anästhesiologie · Intensivmedizin · Notfallmedizin · Schmerztherapie
› intensiv
› Intensivmedizin up2date
› Der Notarzt

Palliativmedizin 2014; 15 - V17
DOI: 10.1055/s-0034-1374080

Versorgung akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen und -bewohner: ein systematisches Review gesundheitsökonomischer Analysen alternativer Versorgungsmodelle

G Ivanova [1], S Bohnet-Joschko [2]

[1]Universität Witten/Herdecke, Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitsmanagement, Witten, Deutschland
[2]Universität Witten/Herdecke, Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen, Witten, Deutschland

Kongressbeitrag

Hintergrund/Fragestellung: Akute Erkrankungen bei älteren Patienten werden zumeist im Krankenhaus behandelt, obwohl sie teilweise auch in ambulanten Settings therapierbar sind. Dies führt zu einer kostenintensiveren Versorgung, die auch gesundheitliche Risiken birgt. Für Altenheimbewohner ist diese Problematik aufgrund eines erhöhten Erkrankungsrisikos und häufigerer Anweisung von stationärer Therapie von besonderer Tragweite, obgleich für diese Patienten im Krankheitsfall eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung gewährleistet ist. International nimmt das Interesse an der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit alternativer Modelle zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen von Altenheimbewohnern zu. Ein systematisches Review soll den Forschungsstand gesundheitsökonomischer Analysen zu Versorgungsmodellen akut erkrankter Altenheimbewohnerinnen und -bewohner darstellen.

Methodik: Die systematische Recherche wurde in elektronischen Datenbanken (Cochrane Library, NHSEED, PubMed, CINAHL und Embase) durchgeführt. Zwei Reviewer bewerteten die Referenzen und extrahierten Daten unabhängig voneinander.

Ergebnisse: 146 Publikationen wurden identifiziert, acht Studien wurden eingeschlossen. Die Untersuchungen stammen aus den USA, Kanada und Australien. Sie beziehen sich auf jeweils eine einzelne Indikation (n = 2), mehrere Indikationen (n = 5) oder andere Versorgungsthemen (n = 1). Die gesundheitsökonomischen Evaluationen umfassen Cost-Effectiveness-, Cost-Utility- und Cost-Benefit-Analysen. Die narrative Synthese zeigt positive gesundheitsökonomische Effekte durch alle Versorgungsansätze.

Fazit: Alternative Versorgungsmodelle für akut erkrankte Altenheimbewohner bergen Potential zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken bei gleichzeitiger Kostenersparnis. Angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland gewinnt der Bedarf an gesundheitsökonomisch begleiteter Forschung unter Berücksichtigung der hiesigen Versorgungsszenarien zunehmend an Bedeutung.

Anhang 18: Poster " Ökonomische Relevanz alternativer Versorgungsmodelle für akut erkrankte Altenheimbewohnerinnen und -bewohner: Beispielindikation Pneumonie", angenommen beim 14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (Nr. P132).

Ökonomische Relevanz alternativer Versorgungsmodelle für akut erkrankte Altenheim-bewohnerinnen und -bewohner: Beispielindikation Pneumonie

Hintergrund
Atemwegsinfektionen mit Verdacht auf Pneumonie führen bei Altenheimbewohnerinnen und –bewohnern häufig zur Einweisung ins Krankenhaus, obgleich die für Patienten in höherem Alter empfohlene engmaschige Überwachung, sichere Medikamenteneinnahme wie auch ausreichende Hydration [1] in der stationären Pflege grundsätzlich gewährleistet werden könnte und auch eine kontinuierliche ärztliche Versorgung möglich wäre. Die Hospitalisierung ist für ältere Pflegebedürftige nicht nur bei Vorliegen demenzieller Erkrankungen mit besonderen Risiken verbunden (nosokomiale Infektionen, erhöhtes Sturzrisiko u.a.). Gesundheitsökonomische Studien aus den Vereinigten Staaten weisen auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung und zur Senkung der Ausgaben hin [2, 3].

Zielsetzung
Eine Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Bedeutung von Krankenhausbehandlungen mit der Indikation Pneumonie bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern soll Hinweise zu Einsparpotentialen alternativer Versorgungsmodelle geben.

Methodik
Zur Identifizierung von Krankenhauseinweisungen aus dem stationären Pflegesetting wurden Daten von zwei Krankenversicherungen zu Krankenhausbehandlungen mit Hauptdiagnose Pneumonie im Jahr 2013 (ICD J18 oder J69) mit den DRG (E77F, E77G, E77I, E42Z) und mit den Daten zu Empfängern stationärer Pflegeleistungen zusammengeführt. Die resultierende Fallzahl wurde im Verhältnis zur Anzahl stationär Pflegebedürftiger linear auf das Gesamtsystem der gesetzlichen Krankenversicherung extrapoliert. Über die DRG-Fallwerte (Basisentgelt 2013 ohne Zuschläge) wird eine Schätzung der Ausgaben vorgenommen.

Ergebnisse
Ausgewertet wurden die Daten des AOK-Systems mit 381.519 Versicherten in stationärer Pflege sowie der Barmer-GEK mit 86.184 stationär Pflegebedürftigen in 2013. Damit konnten insgesamt 63,2 % aller gesetzlich Versicherten im Bereich der stationären Pflege erfasst werden. Hochgerechnet auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich geschätzte Ausgaben aufgrund von Krankenhausbehandlungen mit der Diagnose Pneumonie in Höhe von 163,7 Mio. Euro für das Jahr 2013.

Diskussion
Eine leitliniengerechte Versorgung bei Atemwegsinfektionen mit Verdacht auf Pneumonie wäre im Altenheim grundsätzlich möglich, wird jedoch durch Anreiz- und Versorgungsstrukturen in der stationären Pflege erschwert. So wird zusätzlicher Pflege- und Koordinationsaufwand bei akuten Erkrankungen im Altenheim nicht gesondert vergütet. Die ambulante ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern ist auf Hausbesuche außerhalb der Sprechzeiten beschränkt und für Ärzte häufig unwirtschaftlich. Neben diesen Systemfaktoren ist indikationsspezifisch anzumerken, dass die bei Verdacht auf Pneumonie wünschenswerte Röntgenuntersuchung bei der Patientengruppe zu erheblichem Transportaufwand, Wartezeiten, nicht selten daraus folgend zu Dehydration und einer Verschlechterung des Gesamtzustandes führen kann. Angesichts der ökonomischen Relevanz sollte hier u.a. der Einsatz mobiler Röntgengeräte

geprüft werden. Alternative Versorgungsmodelle für akut erkrankte Pflegebedürftige sind in Deutschland bisher wenig beforscht und gewinnen bei sich ändernder Altersstruktur an Bedeutung.

Limitationen
Bei der linearen Extrapolation der Ausgaben wird eine kassenunabhängige Morbidität bei stationär Pflegebedürftigen und eine ICD- und DRG-Verteilung wie im ausgewerteten Datenset angenommen. Nicht berücksichtigt werden ggf. nachträgliche Korrekturen durch den MDK. Die Einschränkung auf ausgewählte ICD-DRG-Kombinationen führt zu einer Unterschätzung der Gesamtausgaben im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Pflegebedürftige aus der PKV sind nicht erfasst.

Hinweis
Die Studie ist Teil des Projekts „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnerinnen und -bewohnern im Altenheim (IVA)“ und wurde durch Mittel des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung gefördert (FKZ: 005-GW03-138).

Literatur
[1] Höffken G, Lorenz J, Kern W et al. Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie – Update 2009. Pneumologie 2009;63(10):e1-68.
[2] Kruse RL, Mehr DR, Boles KE et al. Does hospitalization impact survival after lower respiratory infection in nursing home residents?, Medical Care 2004;42(9):860-70.
[3] Loeb M, Carusone SC, Goeree R et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. JAMA 2006;295(21):2503-10.

Anhang 19: Vortrag: Krüger C, Chikhradze N, Runge K, Hartenstein-Pinter A, Bienstein C. (2015): Patient safety as prevention of hospital admissions - innovative care in nursing homes (IVA)", Enna Congress 2015, Utrecht, 07.07.2015

Patient safety as prevention of hospital admissions - innovative care in nursing homes (IVA)

Cäcilia Krüger, Nino Chikhradze, Kerstin Runge, Almut Hartenstein-Pinter, Christel Bienstein

OBJECTIVE: The health status of nursing home residents is characterized by multiple illnesses and morbidity. Therefore, more than 70% of nursing home residents will be admitted to hospital during the last year of their lives. Previous research indicates that many hospital admissions could have been avoided if patient safety had been ensured. Hospital transfer causes negative effects for the residents. Nurses underestimate the number of potential preventable hospitalizations.

AIMS: a) Identifying activities for the reduction of nursing home transitions to hospitals, b) developing activities for improving patient safety and for preventing hospital admissions and c) evaluating the implementation. This abstract focusses on a quantitative data analysis of the project.

METHODS: The project sponsored by the European Union and the state of North Rhine-Westphalia (NRW), Germany, was carried out at the University Witten / Herdecke from 2013-2015. Mix Method design was adopted in four cooperating nursing homes in NRW. Methods included a literature review, focus group- and individual interviews, and quantitative data analysis of hospital admissions in cooperating hospitals. Quantitative retrospective data of hospital admissions were collected from 2011-2012 and from 2013-2014. During the first data collection, interviews were performed with healthcare professionals: general practitioners, legal guardians and members of hospital staff. Data analyses led to the development of specific recommendations relating to nursing environments. These recommendations were implemented in the nursing homes. From January to March 2015 qualitative data were also collected for project evaluation.

RESULTS: After the first focus group interviews with cooperating institutions, a phase model for care in nursing homes was developed. Using this model, the nursing home' staff identified problem areas and construed their work tasks, focusing on the reduction of hospital discharge. Additionally, four basic topics were identified as being relevant to all of the institutions and training priorities were discussed during general meetings with members

Anhang 20: Flyer für die Abschlusstagung.

GESUNDHEIT WIRTSCHAFT KULTUR

DEPARTMENT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT

universität Witten/Herdecke

Teilnahme und Anmeldung

Die Teilnahme an der Abschlusstagung des Forschungsprojekts „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim (IVA)" ist **kostenfrei**.

Anmeldung bitte bis zum 08. Juni 2015 an:
Britta Koch, E-Mail **britta.koch@uni-wh.de**
Telefon **2302 926-306/-558**

Name und Vorname

Institution

Anschrift

E-Mail

Telefon

Informationen

Kontakt:
Britta Koch
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 10, 58453 Witten
Telefon +49 2302 926-306/-558
Fax +49 2302 926-310
britta.koch@uni-wh.de

Veranstaltungsort:
FEZ Forschungs- und Entwicklungszentrum Witten
Alfred-Herrhausen-Str. 44, 58455 Witten

Abschlusstagung
des Forschungsprojekts

»Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim (IVA)

Mittwoch, 10. Juni 2015
14 bis 18 Uhr, FEZ Witten

Ziel2.NRW

Abschlusstagung »Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim (IVA)«

Mittwoch, 10. Juni 2015

von 14 bis 18 Uhr

Veranstalterin

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Interessierte,

zu unserer Abschlusstagung des Forschungsprojekts „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim (IVA)" laden wir Sie hiermit herzlich ein.

In Altenheimen leben in der Regel mehrfach erkrankte Menschen mit einem hohen Pflege- und Betreuungsbedarf. Während chronische Krankheitsphasen den Alltag prägen, durchbrechen akute Krankheitsphasen oder unvorhersehbare Ereignisse wie ein Sturz das Gewohnte. Ein Krankenhausaufenthalt ist oftmals die Folge. Für alte Menschen stellen diese Einweisungen eine risikoreiche Versorgungssituation dar, dies gilt besonders für Personen mit kognitiven Einschränkungen.

Im Forschungsprojekt mit vier Alteneinrichtungen in NRW werden Möglichkeiten aufgezeigt, die zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen von Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenheimen beitragen und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten.

Zum Projektabschluss berichten wir von unseren Ergebnissen, von den Erfahrungen unserer Partnereinrichtungen und von den gesundheitsökonomischen Aspekten. Praxisnahe Hinweise für Alteneinrichtungen, die sich mit der Thematik befassen, runden die Veranstaltung ab.

Wir freuen uns auf einen anregenden Nachmittag mit Ihnen.

Prof. Christel Bienstein — Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko

Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen

Tagungsort:
FEZ Forschungs- und Entwicklungszentrum Witten

13:30 Willkommen im FEZ Witten

14:00 Begrüßung
Prof. Christel Bienstein, Leitung Department für Pflegewissenschaft
Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen, Fakultät für Gesundheit, Institut für Allgemeinmedizin u. Familienmedizin, Lehrstuhlinhaber

14:15 Das Projekt IVA im Überblick
Prof. Christel Bienstein, Leitung Department für Pflegewissenschaft

14:45 **Ergebnisdarstellung:**
» Was die Zahlen sagen
Cäcilia Krüger (BScN; MScN), Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft), Wissenschaftl. Mitarbeiterin
» Was die Beteiligten meinen
Almut Hartenstein-Pinter (BScN; MScN), Fakultät für Gesundheit (Department für Pflegewissenschaft), Wissenschaftliche Mitarbeiterin

15:15 Pause

15:45 Das Phasenmodell mit Blick auf die Bewohnerinnen und Bewohner

16:15 **Beitrag einer kooperierenden Praxiseinrichtung**
» Vorausschauen
Gerda Graf, Geschäftsführerin Wohnanlage Sophienhof gGmbH, Ehrenvorsitzende Deutscher Hospiz- u. Palliativverband e.V.

17:15 Gesundheitsökonomische Aspekte
Univ.-Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko, Fakultät für Wirtschaftswissenschaft, Walcker Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen

17:45 Praxisnahe Empfehlungen und Ausblick
Prof. Christel Bienstein, Leitung Department für Pflegewissenschaft

18:00 Imbiss zum Ausklang

Department für Pflegewissenschaft
Das Department für Pflegewissenschaft in der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke hat es sich zur Aufgabe gemacht, neue Erkenntnisse für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen zu erarbeiten, zu evaluieren und der Praxis zugänglich zu machen.

Universität Witten/Herdecke
Die Universität Witten/Herdecke ist eine gemeinnützige Initiative aus Wissenschaft und Wirtschaft, die 1982 als erste private Hochschule Deutschlands gegründet wurde. In Lehre und Forschung arbeitet die Universität interdisziplinär und der Praxis zugewandt in den Bereichen Medizin, Zahnmedizin, Wirtschaftswissenschaft, Psychologie, Pflegewissenschaft und Kulturwissenschaft.