Christel Bienstein, Sabine Bohnet-Joschko (Hrsg.)

# Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität

Wege zur Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisungen

VINCENTZ NETWORK

Lebensqualität_2_Umbruch.indd 1 27.06.16 14:36 27.06

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Sämtliche Angaben und Darstellungen in diesem Buch entsprechen dem aktuellen Stand des Wissens und sind bestmöglich aufbereitet.

Der Verlag und der Autor können jedoch trotzdem keine Haftung für Schäden übernehmen, die im Zusammenhang mit Inhalten dieses Buches entstehen.

© VINCENTZ NETWORK, Hannover 2016

Besuchen Sie uns im Internet: www.altenpflege-online.net

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne Weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Titelbild: xxx
Druck: BWH GmbH, Hannover
Satz: Heidrun Herschel, Wunstorf

ISBN 978-3-86630-482-6

Christel Bienstein, Sabine Bohnet-Joschko (Hrsg.)

# Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität

Wege zur Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisungen

**Autoren und Autorinnen**
Prof. Christel Bienstein
Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko
Nino Chikhradze (MScN)
Gerda Graf
Almut Hartenstein-Pinter (MScN)
Cäcilia Krüger (MScN)
Tanja Segmüller (MScN)
Dipl.-Kfm. Claus Zippel

Lebensqualität_2_Umbruch.indd 3 27.06.16 14:36 27.06

Lebensqualität_2_Umbruch.indd 4 27.06.16 14:36 27.06

# Inhalt


**Vorwort** ..... **7**

**Einführung** ..... **10**

**1 Wie das Arbeitsbuch Ihre Arbeit unterstützen kann** ..... **11**

**2 Was für die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen spricht** ..... **15**

**3 Wie gehen wir vor?** ..... **20**

**4 Wo stehen wir?** ..... **22**

**5 Wie machen es andere?** ..... **27**

5.1 Vor dem Einzug ..... 28

5.2 Alltag ..... 30

5.3 Veränderungen ..... 32

5.4 Akutes Ereignis ..... 33

5.5 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus ..... 34

5.6 Integration, Vorausplanung ..... 35

**6 Wo wollen wir hin?** ..... **37**

**7 Wie schaffen wir das?** ..... **39**

**8 Wie bewerten wir unsere Fortschritte?** ..... **44**

**9 Anhang** ..... **47**

**10 Literaturverzeichnis** ..... **83**



Jetzt Code scannen und mehr bekommen …

**http://www.altenpflege-online.net/bonus**

**Ihr exklusiver Bonus an Informationen!**

Ergänzend zu diesem Buch bietet Ihnen *Altenpflege* Bonus-Material zum Download an. Scannen Sie den QR-Code oder geben Sie den Buch-Code unter www.altenpflege-online.net/bonus ein und erhalten Sie Zugang zu Ihren persönlichen kostenfreien Materialien!

Buch-Code: AH7944T

Lebensqualität_2_Umbruch.indd 6 27.06.16 14:36 27.06

# Vorwort

Die mit der Alterung unserer Gesellschaft verbundenen Mehrfach- und chronischen Erkrankungen machen es notwendig, dass wir unser Gesundheits- und Pflegewesen nicht nur altengerecht weiterentwickeln, sondern auch sektorenübergreifend ausrichten. Unser Ziel ist ein ganzheitliches Versorgungsmanagement, das sich enger an den Bedürfnissen der Menschen ausrichtet. Vor allem dem Präventionsgedanken muss in der Versorgungsplanung wieder ein größerer Stellenwert zukommen, auch und gerade bei älteren und alten Menschen. So wissen wir z. B., dass durch eine zielgerichtete Sturzprophylaxe Knochenbrüche, eine der häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt, vermieden werden können.

Ältere und alte Menschen haben ein Recht darauf, dass ihre Bedarfe und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Eine moderne Versorgung orientiert sich deswegen an transparenten Qualitätskriterien. Dazu zählt, einzelne Behandlungsschritte gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu planen. Das wünschen sich Pflegebeschäftigte und Bewohnerinnen und Bewohner gleichermaßen. Damit Versorgung nahtlos und ohne belastende Unterbrechungen erfolgen kann, müssen alle Beteiligten zusammenarbeiten und Informationen frühzeitig weitergeben. Eine Krankenhausaufnahme ist für einen alten Mensch eine belastende Situation. Es fehlen die vertrauten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, die Abläufe sind unbekannt und wenig flexibel und oft sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus mit den Besonderheiten z.B. demenzieller Grunderkrankungen zu wenig vertraut. Daher sollte die Überweisung in ein Krankenhaus nicht der erste, sondern allenfalls der letzte Schritt in der Versorgungskette sein.

Das von uns mitgeförderte Forschungsprojekt „Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern“ hat hierfür wichtige Erkenntnisse geliefert, die nun im vorliegenden Arbeitsbuch zusammengefasst wurden. Der Bericht zeigt einmal mehr, dass eine engere Kooperation und eine bessere Kommunikation aller an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure unter- und miteinander zwingend vonnöten sind.

Die Ergebnisse bestärken mich darin, mich weiter dafür einzusetzen, medizinische und pflegerische Versorgung sektorenübergreifend zu denken und zu planen. Erste Handlungsempfehlungen haben wir gemeinsam mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens bereits beschlossen. So machen wir z. B. seit über anderthalb Jahren gute Erfahrungen mit dem Modellprojekt zur „Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen“ in Westfalen-Lippe. Hier arbeiten Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und Ärztenetze eng zusammen. Mit Erfolg: Das Zusammenspiel funktioniert in mittlerweile neun Regionen mit rund 4.000 eingeschriebenen Patientinnen und Patienten. Solche guten Beispiele wollen wir in die Fläche tragen.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 7 27.06.16 14:36 27.06

Miteinander mehr erreichen – diese Devise ist auch der Handlungsleitfaden des vorliegenden Arbeitsbuches. Es beinhaltet eine ganze Reihe von Vorschlägen, um die Lebensqualität von erkrankten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu erhöhen und die Zahl ihrer Krankenhauseinweisungen zu senken. Ich hoffe, dass die verschiedenen Bausteine hilfreich für Ihren Praxisalltag sind, um Krisenereignisse besser einordnen zu können und diese – im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner – letztlich zu vermeiden.

Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 8 27.06.16 14:36 27.06

Sehr verehrte Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen im Altenheim,

seit einigen Jahren berichten unsere Praxis-Kooperationspartner über die deutliche Zunahme von Menschen mit demenziellen Prozessen, die bei akuten Ereignissen, z. B. nach Stürzen, in Krankenhäusern sehr verloren waren. Das Personal in den Krankenhäusern bzw. das System Krankenhaus war und ist auf diese Patienten und Patientinnen nicht ausreichend vorbereitet. Aber auch Angehörige und Pflegende der Altenpflegeeinrichtungen wünschten sich eine den Bedürfnissen der Betroffenen besser entsprechende Versorgung.

Wir haben uns gefragt, ob eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen aus dem Altenheim bei akuten Ereignissen und Erkrankungen möglich ist. In einem Forschungsprojektes, das vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung gefördert wurde, konnten wir dieser Frage mit einem Team der Pflegewissenschaft und Ökonomie nachgehen.

Dazu haben wir sehr eng mit vier Altenpflegeeinrichtungen kooperiert, die bereit waren, ihre Prozesse offen zu legen und Interventionen zu erproben, die bei systematischer Umsetzung dazu beitragen können, die Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. An dieser Stelle richtet sich unser ganz besonderer Dank an die im Projekt kooperierenden Praxiseinrichtungen, aber auch an die Mitglieder unseres Projektbeirates, die den Projektverlauf mit ihrem Fach- und Erfahrungswissen sowie einer gewissen Hartnäckigkeit begleitet, unterstützt und unmittelbar mit beeinflusst haben.

Mit diesen starken Partnern konnte ein bewohnerbezogenes Interventionsmodell „Akute Ereignisse im Blick“ erstellt werden. Das Modell zeigt anschaulich, welche Instrumente in welcher Phase des Aufenthalts im Pflegeheim zur Verfügung stehen und wie sie einen Beitrag zur Verringerung von Krankenhauseinweisungen leisten können. Immer im Fokus bleiben dabei der Wille des Bewohners bzw. der Bewohnerin und die Einbindung der Angehörigen bzw. der Betreuer. Unsere Ansätze wirken sowohl organisatorisch innerhalb des Pflegeheims als auch sektorübergreifend durch strukturierte Kooperation mit anderen Versorgern.

Jeder Bewohner bzw. jede Bewohnerin und auch jede Einrichtung ist anders. Auch Sie werden als Pflegeeinrichtung Ihre Eigenheiten haben. Umso wichtiger ist es, dass Sie in diesem Arbeitsbuch verschiedene Möglichkeiten finden, an der Reduktion von Krankenhauseinweisungen zu arbeiten, und bei der Wahl der Instrumente sowohl die Bedürfnisse Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner wie auch die Möglichkeiten und Besonderheiten Ihrer Einrichtung angemessen berücksichtigen können.

Pflegeheimbewohner und -bewohnerinnen sollen ihr Wohnen und ihr Leben so weit wie möglich selbstbestimmt gestalten können, in diesem Punkt sind sich alle Einrichtungen einig. Der Umgang mit akuten gesundheitlichen Veränderungen ist ein zentraler Bestandteil dieser Selbstbestimmung. Sie, verehrte Leserinnen und Leser aus der Praxis, können wesentlich dazu beitragen, dass in diesen Situationen eine gute Versorgung in Ihrem Altenheim stattfindet.

Prof. Christel Bienstein
Leiterin des Departments für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko
Fakultät f. Wirtschaftswissenschaft
Universität Witten/Herdecke





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 9 27.06.16 14:36 27.06

# Einführung

Dieses Arbeitsbuch „Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität“ beschäftigt sich umfänglich mit Möglichkeiten der Reduktion und Vermeidung von Krankenhauseinweisungen bei akuten gesundheitlichen Ereignissen der in Ihrer Einrichtung lebenden Personen.

Das im Projekt „IVA“* entwickelte Interventionsmodell „Akute Ereignisse im Blick“ folgt dem zeitlichen Verlauf vom Einzug bis zur Rückkehr eines Bewohners/einer Bewohnerin aus dem Krankenhaus und gliedert sich in sechs zeitlich zuordbare Phasen.

Um die Bedeutung dieses Ziels für Ihre Einrichtung einschätzen zu können, wurde ein Selbsteinschätzungsinstrument entwickelt und ein Bogen zur Erfassung von Krankenhauseinweisungen zum Zeitpunkt der Einweisung und nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus.

Innerhalb der verschiedenen Phasen haben sich bestimmte Interventionen bewährt. Wichtig ist zuerst einzuschätzen, was Sie schon alles durchführen. Vielleicht machen Sie ja schon mehr oder anderes, als im Arbeitsbuch vorgeschlagen. Sie sollten es prüfen und dann erst entscheiden, ob und was Sie tun möchten.

Zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen bei akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen haben sich folgende Interventionen/Maßnahmen besonders bewährt:

- Umfängliche Erfassung des Willens und der gesundheitlichen Situation des Bewohners/der Bewohnerin vor dem Einzug in ein Altenheim,
- Vorliegen einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht für jede Person, die bei Ihnen wohnt,
- Verlässliche gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen, die gut erreichbar sind,
- Erstellung einer individuellen Notfall-Leitlinie für Ihre Bewohner und Bewohnerinnen,
- Wöchentliche, ärztliche Visiten,
- Hintergrunddienste, auch in der Nacht,
- Einrichtung eines Arztzimmers in Ihrer Einrichtung,
- Regelmäßige Medikamentenkonferenzen,
- Durchführung von Angehörigenvisiten,
- Schulungen zu Krankheitsbildern und Symptomen.
- Fallbesprechungen

Das Arbeitsbuch vermittelt Basisinformationen zum Thema Vermeidung von Einweisungen ins Krankenhaus, hat begleitenden Charakter bei der Umsetzung eines Projekts zu diesem Thema und hält diverse Arbeitsmaterialien dafür bereit.

* Innovative Versorgung akut erkrankter Bewohner und Bewohnerinnen in Alteneinrichtungen.
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)



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 10 27.06.16 14:36 27.06

# 1 Wie das Arbeitsbuch Ihre Arbeit unterstützen kann

Dieses Arbeitsbuch richtet sich insbesondere an Sie als Leitung und Qualitätsbeauftragte eines Altenheims. Es ist das Ergebnis eines zweijährigen Projektes mit vier Altenheimen und bietet Ihnen eine praktische Hilfe bei der Entwicklung eines auf Ihre Einrichtung zugeschnittenen Konzeptes zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und zur Sicherung einer hochwertigen Versorgung Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner durch zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ihre Routineabläufe und das Tagesgeschäft lassen häufig wenig Raum für die Umsetzung innovativer Konzepte, und doch stellen Sie sich als Leitende in Pflegeheimen regelmäßig dieser Herausforderung. Im Anhang finden Sie eine Auswahl an Arbeitsmaterialien, die Sie im Projektverlauf nutzen können. Diese Papiere können Sie vervielfältigen oder downladen unter: www.altenpflege-online.net/produkte/downloads.

## Grundsatzentscheidung der Leitung

Als Leitung der Einrichtung verfolgen Sie das Ziel, die Zahl der vermeidbaren Krankenhauseinweisungen im Falle eines akuten Ereignisses zu reduzieren. Sie kommunizieren dieses Ziel deutlich und unterstützen die Entwicklung und Implementierung eines entsprechenden Konzeptes mit Nachdruck.

Um diese Entwicklung voranzubringen, eignen sich folgende Fragestellungen:

- Ist das Projekt für unsere Einrichtung wichtig, wenn ja, warum und wie viele Menschen sind davon betroffen?
- Was spricht für die Durchführung des Projekts?
- Schaffen wir es, dieses Projekt anzugehen oder führen wir zurzeit zu viele Projekte/Veränderungen durch?
- Wie können wir unsere Mitarbeiter/innen für das Projekt gewinnen?

## Erfolgsfaktoren

Zur Umsetzung innovativer Konzepte kommen verschiedene Instrumente des Projektmanagements zur Anwendung, die sich oftmals an einem PDCA-Qualitätsmanagementzyklus orientieren. Einige der Erfolgsfaktoren für die Implementierung innovativer Versorgungsmodelle haben wir hier noch einmal für Sie zusammengefasst:

## Klare Zuständigkeiten

Jede Innovation braucht eine Person, die sich kümmert, die sich mit Interesse und Freude der Sache annimmt und im Sinne einer Projektkoordination auf einen Erfolg hinarbeitet. Wenn es um innovative Versorgungsmodelle bei akut erkrankten Altenheimbewohnerinnen und -bewohnern geht, wird diese Person häufig bereits im Qualitätsmanagement der Einrichtung aktiv sein, aber vielleicht bietet sich die Umsetzung eines solchen Projektes auch als Entwicklungschance und Motivationstreiber für eine andere besonders engagierte und leistungsbereite Pflegefachperson an. Klare Zuständigkeiten





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 11 27.06.16 14:36 27.06

bedeuten, dass die Führung diese Person mit der Konzeptentwicklung und -umsetzung beauftragt und dabei unterstützt.

## Vorgegebener Zeitrahmen

Der Projektauftrag mit der Zielsetzung einer Reduzierung vermeidbarer Krankenhauseinweisungen bei akut erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern sollte nicht als Endlosprojekt über die nächsten fünf Jahre oder „wenn wir mal Luft haben" angegangen werden, sondern einen überschaubaren Zeitrahmen vorgeben. Starten Sie ein Pilotprojekt mit einer Laufzeit von drei Monaten. Dieser enge Zeitplan besagt nicht, dass die Arbeit danach abgeschlossen und das Thema erledigt wäre, sondern er erlaubt eine Fokussierung und räumt die Möglichkeit einer raschen Evaluierung der ersten Schritte ein. Einen „Fahrplan" zur zeitlichen Abstimmung finden Sie unter Kapitel 3 „Wie gehen wir vor?" ab Seite xx.

## Sichtbarer Auftakt

Ein gesonderter Termin muss nicht erforderlich sein, jedoch sollte das Vorhaben mit der konkreten Zielsetzung und Zeitrahmen sowie unter Benennung der zuständigen Projektkoordination zum Projektauftakt im Team und in der Einrichtung bekannt gemacht werden. Dies ist eine gute Gelegenheit, die strategische Entscheidung für eine Reduzierung vermeidbarer Krankenhauseinweisungen zu begründen. Dazu finden Sie in diesem Arbeitsbuch eine Zusammenfassung des aktuellen Stands der Forschung. Siehe Kapitel 2 „Was für die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen spricht" ab Seite xx.

## Statusanalyse

Zur Frage, wo Ihre Einrichtung bei der Versorgung akut erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner steht, finden Sie in diesem Arbeitsbuch Leitfragen zur Selbsteinschätzung (Siehe Kapitel 4 „Wo stehen wir?" ab Seite xx). Vermutlich werden Sie die Zahl der akuten Erkrankungen und der Krankenhauseinweisungen nicht auf Knopfdruck abrufen können, sondern zunächst mit Einschätzungen arbeiten. An dieser Stelle können Sie ein wichtiges Nebenziel für Ihr Projekt formulieren: Wir passen unsere Dokumentation so an, dass wir zukünftig ohne Zusatzaufwand Daten zu Krankenhauseinweisungen pro Monat und pro Jahr präsentieren können. Ein Formular zur kontinuierlichen Erfassung von Einweisungen findet sich im Anhang 1.

## Sensibilisierung und Wissensaufbau

Konkrete Zahlen mögen zu Projektbeginn für Ihre Einrichtung fehlen, aber das vorliegende Arbeitsbuch nennt Ihnen Zahlen von Krankenhauseinweisungen in Nordrhein-Westfalen und aus dem Projekt IVA (siehe Kapitel 2 „Was für die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen spricht"). Sie finden in diesem Arbeitsbuch ein Interventionsmodell „Akute Ereignisse im Blick", welches u. a. auch eine



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 12 27.06.16 14:36 27.06

Anleitung zur Diskussion von Fallbeispielen aus Ihrer Einrichtung oder bereits vorbereitete Fallbeispiele bereithält (siehe Kapitel 5 und Anhang 7). Zudem gibt es Anregungen für Maßnahmen zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen. Zu drei relevanten Themen stehen Ihnen Präsentationen zur Verfügung, zudem können Sie auf ein Formular zur eigenen Zielsetzung zugreifen. Nutzen Sie diese Materialien zur Sensibilisierung und zum Aufbau von Wissen über vermeidbare Krankenhauseinweisungen bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Ihrer Einrichtung etwa durch eine Reihe kurzer 15 Minuten Impulsvorträge zu ausgewählten Themen.

## Intervention planen

Es gibt viele Ansatzpunkte und Instrumente zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen – aber welche sind die richtigen für Ihre Einrichtung? Eine Übersicht der Interventionspunkte im Interventionsmodell „Akute Ereignisse im Blick“ finden Sie in diesem Arbeitsbuch in Kapitel 5. Übernehmen Sie sich nicht, beginnen Sie mit zwei, nicht mehr als drei Maßnahmen. Vielleicht wollen Sie im Team diskutieren, welche Instrumente und Interventionen für Ihre Einrichtung am ehesten Erfolg versprechen – eine gemeinsame Entscheidung stärkt die Motivation für eine gelungene Umsetzung.

## Umsetzen und Erfolge messen

Ihre Maßnahmen sind eingeführt, aber wie erkennen Sie, ob sich der Einsatz gelohnt hat und das Projekt erfolgreich war? Mittel- und langfristig sollte sich der Erfolg Ihrer Arbeit durch eine Abnahme der ungeplanten Krankenhauseinweisungen bei akuten Erkrankungen messen lassen; dazu finden Sie das Erhebungsformular im Anhang 1 und eine Erläuterung im Kapitel 4. Kurzfristig jedoch werden Zufallseffekte dominieren, Sie benötigen eine andere Möglichkeit, den Erfolg der implementierten Maßnahmen zu überprüfen, z. B. durch eine monatliche Fallbesprechung aller akuten Ereignisse und insbesondere der daraus resultierenden Krankenhauseinweisungen. Sie werden rasch erkennen, ob Ihre Intervention gewirkt hat bzw. welche anderen Maßnahmen aus dem Fundus des Arbeitsbuches hilfreich sein könnten.

## Berichterstattung

Der vorgegebene Zeitrahmen ist ausgeschöpft, spätestens jetzt sollte ein Bericht an die Führung der Einrichtung erfolgen. Relevante Reflexionsfragen finden Sie in Kapitel 7. Welche Maßnahmen wurden wie umgesetzt – dazu gehören auch Wissensaufbau und Sensibilisierung durch Teamsitzungen und Fallbesprechungen –, was wollte erreicht werden, ist dies gelungen und natürlich: wie könnte die Versorgungsqualität darüber hinaus verbessert und vermeidbare Krankenhauseinweisungen weiter reduziert werden. Von hier starten Sie in eine neue Runde des PDCA-Zyklus!





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 13 27.06.16 14:36 27.06

## Kommunikation

Nutzen Sie das besondere Engagement Ihrer Einrichtung bei der Implementierung innovativer Versorgungsmodelle in der Kommunikation gegenüber den eigenen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen und natürlich auch nach außen.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 14 27.06.16 14:36 27.06

# 2 Was für die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen spricht

In diesem Kapitel finden Sie Informationen rund um das Thema Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, damit Sie sich von der Dimension und Bedeutung der Thematik ein Bild machen können. Sowohl der Begriff als auch die Häufigkeiten und Anlässe für Einweisungen sind hier zusammengestellt. Anschließend sind Gründe zur Vermeidung aus Sicht von Bewohner/innen, Altenheimen und Krankenhäusern aufgenommen.

## Vermeidung

Der Begriff „Vermeidbarkeit“ oder „Vermeidung von Krankenhauseinweisungen“ sind keine eindeutigen Begriffe. Vertreter/innen von Theorie und Praxis sind sich einig: Es gibt Krankenhauseinweisungen, die potenziell vermeidbar wären bzw. welche, die rückwirkend als nicht notwendig eingeschätzt wurden. Nur – es gibt kein anerkanntes einheitliches Verfahren zur Einschätzung potenzieller Vermeidbarkeit von Einweisungen. Die Verfahren sind untereinander nicht vergleichbar und berücksichtigen verschiedene Faktoren. Ein gängiges Einschätzungsverfahren in der Medizin basiert auf der Annahme, dass der stationäre Aufenthalt bei bestimmten Krankheitsbildern durch eine frühzeitige und qualifizierte ambulante Versorgung vermeidbar wäre. Hierfür wurden Indikatoren wie bestimmte Diagnosen geschaffen. Ein anderes Einschätzungsverfahren erfragt Expertenwissen und erfasst auch Begleitumstände wie den Willen des Einzuweisenden, die Umgebung, in der er versorgt wird, oder seinen Gesundheitszustand.

Symptome mit geringem Pflegeaufwand könnten nach Aussagen mancher Studien außerhalb eines Krankenhauses behandelt werden, genauso wie Symptome, die lediglich eine ambulante Versorgung erfordern. Besonders tragen sogenannte unerwünschte Arzneimittelereignisse in Alteneinrichtungen dazu bei, dass Personen in Krankenhäuser eingewiesen werden müssen. Bei unerwünschten Arzneimittelereignissen handelt es sich neben der Hauptwirkung um Nebenwirkungen. Dabei handelt es sich um schädliche und unbeabsichtigte Reaktionen auf das Arzneimittel. Es kann zu einer Wechselwirkung von Medikamenten kommen, die zu leichten bis schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Gesundheit der einnehmenden Person führen können. Es wird davon ausgegangen, dass jeden Monat durchschnittlich acht unerwünschte Arzneimittelereignisse auf einhundert Altenheimbewohner/-bewohnerinnen kommen. Allein davon ließen sich bis zu 66 % vermindern oder vermeiden. Ebenso zählen Einweisungen wie Infektionen, Verletzungen, Pneumonien/COPD, Dehydration und Herzkrankheiten zu den Diagnosen mit Vermeidungspotenzial. Das haben auch die befragten Hausärzte/-ärztinnen im Projekt IVA bestätigt.

In der internationalen Literatur finden sich Häufigkeitsangaben zu potenziell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen von 9 – 59 %. Es erscheint sinnvoll, nach spezifischen Einweisungsmustern für vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu suchen.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 15 27.06.16 14:36 27.06

## Zahlen und Fakten

In den Notaufnahmen der Krankenhäuser nimmt der Anteil der über 80-Jährigen immer mehr zu. 2012 wurden in NRW 1.8 Mill. Menschen akut in den Krankenhäusern aufgenommen. Frakturen und Luxationen waren dabei die häufigsten Ursachen. Studien zeigen, dass ältere Bewohner und Bewohnerinnen häufiger eingewiesen werden als jüngere und dass Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand ein höheres Risiko für eine Krankenhauseinweisung haben. Zudem finden sich nachweislich Aussagen, dass die Lebenserwartung von Menschen mit Demenz, die akut in ein Krankenhaus eingewiesen werden deutlich verkürzt ist.

Im Projekt IVA waren in den vier teilnehmenden Altenheimen über einen Zeitraum von vier Jahren insgesamt 1077 Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen. Diese Anzahl verteilte sich auf 451 Bewohner und Bewohnerinnen und von den 1077 Einweisungen lag in 396 Fällen die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus unter 24 Stunden. In 48,7 % lag Pflegestufe II vor.

Die Diagnosen im Zusammenhang mit einer Krankenhausweisung sind vielfältig. Stürze sind die häufigste Ursache (10,2 % im IVA Projekt), die zu einer Krankenhauseinweisung führen. Diese lassen sich zumeist nicht vermeiden, wenn auf freiheitseinschränkende Maßnahmen verzichtet wird und die Selbständigkeit der Einzelnen gefördert und erhalten bleiben soll. Es zeigt sich, dass von den Verletzungen ca. 2/3 als Oberschenkelhalsfrakturen diagnostiziert werden. Auch Infektionen und Herzerkrankungen werden häufig diagnostiziert. Neben solchen medizinischen Diagnosen werden auch pflegerisch wahrgenommene Symptome wie Atemnot, Verhaltensänderungen, Schmerzen und auffällige Laborbefunde als weitere Gründe für die Hospitalisierung aufgeführt. Jede der teilnehmenden Einrichtungen wies in Bezug auf die Gründe unterschiedliche Häufungen auf. Während des Projekts IVA waren die Krankenhauseinweisungen rückläufig, was ein Indiz für Vermeidbarkeit darstellt. Die beiden Praxisprojekte „GeNiAl“ und „Gut versorgt im Pflegeheim“ unterstreichen diese Tendenz ebenfalls (Ramroth 2006, Kada 2014).

Auch aus ökonomischer Sicht wird die Reduktion vermeidbarer Krankenhauseinweisungen unterstützt. Im Projekt IVA heißt es dazu: 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 Pflegeheimbewohner und Bewohnerinnen allein mit der Indikation Pneumonie zeigt mit einem Volumen von rund 163 Mio. Euro im Jahr 2013 das ökonomische Potenzial der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen aus dem Altenheim. Das bedeutet, dass das Altenheim wie auch das Krankenhaus finanzielle Verluste erleiden.

## Gründe für die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen

Wie allgemein bekannt ist, können Krankenhausaufenthalte für Altenheimbewohner und -bewohnerinnen sehr belastend sein. Häufig sind Krankenhäuser nicht ausreichend vorbereitet auf stark beeinträchtigte Menschen, vor allem mit demenziellen Prozessen. Deshalb bildet die Qualifikation von Altenpflegerinnen und Altenpflegern eine wichtige Grundlage für die qualitativ hochwertige Ver-



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 16 27.06.16 14:36 27.06

sorgung auch bei akuten Erkrankungen im Altenheim. Menschen mit schweren Beeinträchtigungen möchten in einem Umfeld versorgt werden, welches ihnen vertraut ist und gleichzeitig die Sicherheit bietet, dass sie passgenau versorgt werden können. Dabei sind die Wünsche, Fähigkeiten und Perspektiven der zentral beteiligten Personen von ausschlaggebender Bedeutung.

## Aus der Perspektive der Bewohner/Bewohnerinnen

Menschen, die in Ihrer Einrichtung leben, sind oft über 80 Jahre alt und haben verschiedene gesundheitliche Einschränkungen. Ihr Ziel ist es, Ihre Bewohner und Bewohnerinnen darin zu unterstützen möglichst selbstbestimmt und im vertrauten Umfeld ihr Leben zu gestalten. Erfolgt eine Krankenhauseinweisung, verbringen Ihre Bewohner/innen viel Zeit im Aufnahmebereich eines Krankenhauses. Sie verstehen vielfach nicht, was diagnostisch und therapeutisch mit ihnen durchgeführt wird. Das gesamte Umfeld ist ihnen fremd, eine Orientierung ist ihnen kaum möglich. Das kann zu schwerwiegenden Problemen führen. Stürze, mangelnde Flüssigkeitsaufnahme, mangelnde Erkennung von Schmerzen, das Bedürfnis nach Hause gehen zu wollen, etc. sind dabei nur einige der häufig erfassten Beeinträchtigungen oder Wünsche.

Bewohner und Bewohnerinnen wünschen sich, dass:

- ihr Wille respektiert und gezielt unterstützt wird,
- sie entscheiden, ob sie in ein Krankenhaus bei akuten gesundheitlichen Einschränkungen verlegt werden möchten,
- sie keine Schmerzen erleiden,
- sie in der ihnen vertauten Umgebung sein können,
- sie Personen haben, die sie und ihre Bedürfnisse kennen,
- sie fachliche qualifizierte Versorgung in der Einrichtung erhalten,
- sie einen ihnen vertrauten Arzt und Pflegende zu haben,
- gesundheitliche Informationen rasch, transparent und berufsgruppenübergreifend weitergeleitet werden.

## Aus der Perspektive der Pflegenden in Alteneinrichtungen

Als Wohn- und Lebensort verfügen Sie in Ihrer Einrichtung über umfängliches Wissen zu den Bedürfnissen und biografischen Hintergründen Ihrer Bewohner und Bewohnerinnen. Sie kennen deren gesundheitliche Einschränkungen und können auf Veränderungen passgenau reagieren. Besonders Menschen mit demenziellen Prozessen sind auf Ihre hohe fachliche Kompetenz angewiesen.

## Pflegende wünschen sich, dass:

- umfängliche Kenntnisse gesundheitlicher und biografischer Faktoren der ihnen anvertrauten Personen bekannt und rasch zugängig sind,
- ein intaktes Netzwerk mit niedergelassen Ärzten/Ärztinnen und Apothekern besteht, auf das sie gezielt zugreifen können,





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 17 27.06.16 14:36 27.06

- regelmäßige Visiten und Medikamentenkonferenzen abgehalten werden,
- klare Regelungen für den Notfall existieren,
- Bewohner und Bewohnerinnen ihren Willen bei einer gesundheitlichen Verschlechterung hinterlegt haben,
- ausreichende fachliche und personelle Ausstattung gewährt ist, um akut Erkrankte im Altenheim versorgen zu können,
- sie Unterstützung durch die Leitung bei Entscheidungen erhalten, z. B. Hintergrunddienste (Bei Hintergrunddiensten handelt es sich um Pflegende, die in Form eines Bereitschaftsdienstes jederzeit die Pflegeverantwortlichen unterstützen können. Sie sind sofort erreichbar und können in kurzer Zeit in der Einrichtung sein.),
- Bewohner und Bewohnerinnen auch bei akuten gesundheitlichen Verläufen möglichst im Altenheim verbleiben können,
- palliative und sterbende Menschen nicht mehr in ein Krankenhaus verlegt werden,
- haftungsrechtliche Fragestellungen geklärt sind,
- Auskünfte bzgl. des gesundheitlichen Zustandes der verlegten Person gegeben werden,
- gesetzliche Betreuer erreichbar sind und Entscheidungen mittreffen,
- Entlassungsbriefe des Krankenhauses bei Rückkehr der Bewohnerin/des Bewohners mitgegeben werden,
- angekündigt wird, wann der Bewohner/die Bewohnerin wieder zurückkehrt.

## Aus der Perspektive der Krankenhäuser

Wie bereits erwähnt sind viele Krankenhäuser auch heute noch nicht auf die Versorgung von Menschen mit demenziellen Prozessen vorbereitet. Die Klinikabläufe sind stark standardisiert, wenig flexibel und vor allem für Menschen mit Demenz unverständlich. Die Krankenhäuser sind bei akuten Ereignissen darauf angewiesen zeitnah spezifische Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand zu erhalten.

## Krankenhäuser wünschen sich, dass:

- Bewohner und Bewohnerinnen bei einer Einweisung von einer vertrauten Person begleitet werden,
- klare Informationen über die Bedürfnisse und Besonderheiten der eingewiesenen Personen mit auf den Weg gegeben werden,
- verlässliche Ansprechpartner und -partnerinnen benannt werden,
- Kenntnisse über den Umgang mit Menschen mit demenziellen Prozessen vorhanden sind,
- Hilfsmittel mitgegeben werden,
- Experten und Expertinnen für die gesundheitliche Begeleitung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus greifbar sind,
- ausreichende personelle Ausstattung, besonders in der Nacht gegeben ist
- eine rasche Rückverlegung möglich ist,
- ein Austausch mit Alteneinrichtungen erfolgt (z. B. Erstellung eines Überleitungsbogens).



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 18 27.06.16 14:36 27.06

**FAZIT**

### Zusammenfassend wünschen sich alle, dass:

- Wissen/Informationen systematisch weitergegeben wird, um Risiken zu vermindern,
- Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen benannt und erreichbar sind,
- der Wille/Wunsch der Patienten/Patientinnen bekannt ist, also Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten vorliegen,
- Fachexpertise in den verschiedenen Versorgungsbereichen exisitiert.

Wenn Sie zu dem Ergebnis gekommen sind, dass das Projekt „Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität“ für Ihre Einrichtung eine hohe Relevanz hat, dann starten Sie jetzt durch!





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 19 27.06.16 14:36 27.06

# 3 Wie gehen wir vor?

Sie kennen jetzt bereits die Gründe und Hintergründe, die dafür sprechen, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Für den Überblick bekommen Sie nun ein Beispiel eines „Fahrplans“ für die Umsetzung des Projekts. Diesen finden Sie in Originalgröße im Anhang 2.

| Wochen (Wo) | Leitungsaufgaben | Arbeitstreffen | Arbeitsinhalte | verant-wortlich | bis zum |
|---|---|---|---|---|---|
| Wo 1 | **Grundsatz-entscheidung:**<br>Leitung, Geschäftsführung | **Projektvorbereitung**<br>Was für die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten spricht. | **Input:**<br>■ Gründe für die Vermeidung<br>■ Zahlen, Fakten<br>■ Erfolgsfaktoren<br>■ Reflexionsfragen | | |
| Wo 1 | **1. Termin mit Arbeitsgruppe** | **Projektvorschau**<br>Wie gehen wir vor?<br><br>**Projektstart**<br>Wo stehen wir? | **Übersicht**:<br>■ Fahrplan<br>■ Arbeitsformen<br>**Selbsteinschätzung:**<br>■ Wie ist ihr Endruck?<br>■ Was sagen die Zahlen?<br>■ Einweisungserfassung<br>■ Bisherige Gründe für Einweisung | | |
| Wo 2<br>Wo 3 | **Begleitete Sensibilisierung:**<br>Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität | | Themeträger<br>Aushänge<br>Dienstbesprechungen<br>Impulse | | |
| Wo 4 | **2. Termin mit Arbeitsgruppe** | **Projektanreicherung**<br>Wie machen es Andere?<br>**Projektziele**<br>Wo wollen wir hin?<br>**Projektmaßnahmen**<br>Wie schaffen wir das? | **Input:**<br>■ Akute Ereignisse im Blick – das Modell<br>■ Vertiefungen<br>**Zielvereinbarung:**<br>■ Keine Einweisung wenn …<br>**Interventionsauswahl:**<br>■ Maßnahmen wählen<br>■ Umsetzung planen | | |
| Wo 5<br>bis<br>Wo 12 | **Begleitete Durchführung:**<br>Interventionen und Maßnahmen mit Wissenerweiterung und Vertiefung | | Nachfragen<br>Präsentationen<br>Fallbesprechungen<br>Einweisungserfassung<br>Fortbildungen | | |
| Wo 13 | **3. Termin mit Arbeitsgruppe** | **Projektauswertung**<br>Was wollten wir erreichen?<br>Was haben wir gemacht?<br>Was ist das Ergebnis? | **Reflexionsfragen:**<br>■ Zielüberprüfung<br>■ Vorstellung der Ergebnisse der Interventionen<br>■ Einschätzung des Erfolgs | | |
| Wo 13 | **Grundsatz-entscheidung:**<br>Leitung, Geschäftsführung | **Projektfortführung**<br>Wie geht es weiter? | Zahl der Einweisungen<br>Versorgungs- und Lebensqualität<br>Verstetigung | | |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 20 27.06.16 14:36 27.06

Dieser Fahrplan zeigt, in welcher Phase Sie sich jeweils befinden. Er sieht insgesamt drei Arbeitstreffen im Zeitraum von drei Monaten vor. Eine Begleitung der Leitung und/oder Projektverantwortlichen in den Zwischenzeiten ermöglicht die Einbindung zahlreicher Beteiligter und fördert die Auseinandersetzung mit den Inhalten der Arbeitstreffen. Einige Materialien stehen Ihnen dafür auch zur Verfügung. An geeigneten Punkten finden Sie im Weiteren Hinweise darauf.

Nach der Durchführung des Projekts erfolgt eine Auswertung Ihrer Fortschritte mit der neuerlichen Entscheidung einer Weiterführung oder einer geeigneten Beendigung des Projekts.

Jede Einrichtung hat eigene bewährte Arbeitsstrukturen, um Projekte durchzuführen. Allerdings haben sich drei prinzipielle Gruppenzusammensetzungen haben sich als zielführend erwiesen. Sie arbeiten

- mit einer Einheit z. B. einem Wohnbereich, der für sich die Schritte im Arbeitsbuch vollzieht
  oder
- mit Vertretungen einzelner Wohnbereiche übergreifend als Gruppe, die dann jeweils die Ergebnisse an ihre Einheit weiter vermitteln (Bereichsleitungen oder andere engagierte Mitarbeiter/innen)
  oder
- mit Vertretungen verschiedener Einrichtungen, wenn Sie z. B. mehrere Häuser unter Ihrer Trägerschaft führen,

Unabhängig davon, was für eine Gruppenzusammensetzung Sie wählen, das Arbeitsbuch stellt einzelne Schritte vor, die von allen nachvollziehbar beschritten werden können. Mit der Selbsteinschätzung wird es konkret!





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 21 27.06.16 14:36 27.06

# 4 Wo stehen wir?

Altenpflegeeinrichtungen verfügen bereits über unterschiedliche tragfähige und geeignete Interventionen im Zusammenhang mit der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen ihrer Bewohner und Bewohnerinnen, auch über Maßnahmen für eine gute Überleitung oder Wiederaufnahme der Bewohner/innen. Oftmals treten diese „Gute-Praxis“ Maßnahmen erst dann ins Bewusstsein, wenn konkret danach gefragt wird, so wie dies im Projekt IVA erfolgt war. Überrascht zeigten sich alle Einrichtungen, wenn das eigene subjektive Gefühl der Häufigkeit von Einweisungen abgeglichen wurde mit der tatsächlich erfassten Anzahl in der eigenen Einrichtung. Damit war ein objektiver Fakt geschaffen, der nun bearbeitet werden konnte und wollte. Diese Erfahrung können Sie hier auch machen.

## Selbsteinschätzung

Für Sie steht zur Selbsteinschätzung ein Bogen zur Verfügung (siehe Anhang 3), der die Projekteilnehmer/innen und Interessierten zu Beginn auf das Thema Krankenhauseinweisungen einstimmt. Es geht dabei zuerst um die subjektive Einschätzung, also um Ihren Eindruck bezüglich der Häufigkeit von Einweisungen. Und es geht um Ihre Einschätzung, ob die Einweisungen notwendig waren bzw. vermeidbar gewesen wären. In der Folge werden die tatsächlichen Zahlen mit Ihren Wahrnehmungen verknüpft.

Folgen Sie als Arbeitsgruppe den Aufforderungen im Bogen. Die verantwortliche Person für das erste Arbeitstreffen bringt am besten die konkreten Zahlen zur Einweisungsrate des letzten Quartals mit.

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

**Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Selbsteinschätzung: Wo stehen wir?**

**Wie ist Ihr Eindruck?**

| | **Bitte schätzen Sie Ihrer Wahrnehmung nach ein:** | | |
|---|---|---|---|
| | **häufig** | **selten** | **weiß nicht** |
| Wie oft finden bei uns ungeplante Krankenhauseinweisungen statt? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Waren die Einweisungen notwendig? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wären die Einweisungen vermeidbar gewesen? | ☐ | ☐ | ☐ |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 22 27.06.16 14:36 27.06

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

**Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Selbsteinschätzung: Wo stehen wir?**

### Was sagen die Zahlen?

Sie benötigen nun eine Liste mit den ungeplanten Krankenhauseinweisungen Ihrer Bewohner/innen und zwar jeweils für das zurückliegende Quartal. Führen Sie diese Überprüfungen dann in jedem Quartal erneut durch.

| **Wie oft fanden bei uns ungeplante Krankenhauseinweisungen statt?** | **_____ Einweisungen im Quartal** | | |
|---|---|---|---|
| | Bitte schätzen Sie nun erneut ein: | | |
| | häufig | selten | weiß nicht |
| Waren diese Einweisungen notwendig? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wären diese Einweisungen vermeidbar gewesen? | ☐ | ☐ | ☐ |

Nun haben Sie ein Gefühl und erste Zahlen zu den Einweisungen in Ihrer Einrichtung. Und Sie konnten sich bereits damit befassen, ob die Einweisungen Ihrer Einschätzung nach notwendig gewesen waren oder ob es nicht auch welche gab, die hätten vermieden werden können. Wenn Sie mögen, halten Sie diese ersten Eindrücke schriftlich fest, damit Sie sie später wieder parat haben, wenn es um die Entscheidung zur Umsetzung von Maßnahmen geht.

## Erhebungsbogen zu Krankenhauseinweisungen (siehe Anhang 1)

Um Ihnen zukünftig die Erfassung Ihrer tatsächlichen Einweisungszahlen zu erleichtern, bietet ein Erhebungsbogen für Krankenhauseinweisungen eine Hilfe, die Sie selbst oder eine beauftragte Person auf den Wohnbereichen anwenden können. Bei der Beantwortung der Einschätzungsfragen kann das Einholen der Meinung Ihrer Kollegen/Kolleginnen hilfreich sein.

Sie haben die Möglichkeit, diesen Bogen zu vervielfältigen und so bei jeder akuten bzw. ungeplanten Krankenhauseinweisung direkt auszufüllen.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 23 27.06.16 14:36 27.06

## Teil 1 erfasst die Phase direkt nach der Krankenhauseinweisung.

Belassen Sie den Bogen nach dem Ausfüllen dieses Teils am besten in der Bewohnerakte. Dann haben Sie ihn rasch zur Hand, wenn Ihr/e Bewohner/in aus dem Krankenhaus zurückkehrt.

## Teil 2 konzentriert sich auf die Phase direkt nach dem Krankenhausaufenthalt.

Sobald der Bogen vollständig ausgefüllt wurde, kann er im Original oder als Kopie an eine zentrale Stelle in Ihrer Einrichtung (z. B. zur Heimleitung oder Verwaltung) geschickt werden. So besteht die Möglichkeit, jederzeit einen aktuellen Stand der Krankenhauseinweisungen zu erhalten und diese Informationen beispielsweise im Rahmen eines Qualitätsmanagements zu erfassen und auszuwerten.

Spätestens zur Betrachtung der Fortschritte am Ende des Projekts nach drei Monaten werden diese Daten einen wichtigen Beitrag für Ihre Einschätzung leisten.

Sie können diesen Bogen auch zusätzlich bei Fallbesprechungen einsetzen, darauf wird später nochmals hingewiesen.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 24 27.06.16 14:36 27.06

Teil 2 konzentriert sich auf die Phase direkt nach dem Krankenhausaufenthalt.

Erhebung der akuten Krankenhauseinweisung

**Teil I: Nach der Krankenhauseinweisung**

Ausgefüllt von _____

| Datum | Wohnbereich | Aktuelle Schichtbesetzung |
|---|---|---|
| __ ___ _____ | _____ | Pflegefachpersonen_____ |
| Uhrzeit | _____ | Pflegehelfer/-innen_____ |
| _____:____ | _____ | Zeitarbeiter/-innen_____ |
| | _____ | |

| Angaben zur Person | Verfügungen vorhanden? |
|---|---|
| Name_____ | ☐ Vorsorgevollmacht / Patientenverfü |
| _____ | ☐ Gesetzliche Betreuung |
| Geburtsdatum_____ | ☐ nur krankenhausbezogene A |
| | ☐ individuelle Absprache |
| Pflegestufe_____ | ☐ _____ |

| Einweisungsgründe | Einweisung durch | Wurde der Hausarzt informiert? |
|---|---|---|
| _____ | ☐ Hausarzt/ -ä | ☐ wurde informiert |
| _____ | ☐ Bereits ärzti | ☐ konnte nicht informiert werden |
| _____ | ☐ M tin | ☐ wurde nicht erreicht |
| _____ | e | ☐ Angehörige wurden informiert |
| _____ | igenen Wunsch | |
| _____ | ngehörigenwunsch | ☐ gesetzl. Betreuer/-in wurde informiert |
| _____ | ☐ Wunsch von gesetzl. Betreuer/-in | ☐ _____ |
| _____ | ☐ _____ | _____ |

nur Stand

**Teil II: Nach der Krankenhausentlassung**

Ausgefüllt von _____

| Kontakt dem Krankenhaus | Dauer des Krankenhausaufenthalts | Hauptentlassungsdiagnose aus dem Krankenhaus |
|---|---|---|
| ☐ direkter Kontakt zwischen Pflegenden | ☐ bis zu 24 Stunden | _____ |
| ☐ Kontakt mit Krankenhausmitarbeitern/-innen | ☐ _____Tage | _____ |
| ☐ ausschließlich über Angehörige bzw. gesetzl. Betreuer/-innen | ☐ ____Wochen | _____ |
| ☐ Verlegungsbrief vom Krankenhaus | ☐ verstorben | _____ |
| ☐ Überleitungsbogen | | _____ |
| ☐ Sozialdienst | | _____ |
| ☐ kein Kontakt | | _____ |

**Hätte der Krankenhausaufenthalt vermieden werden können?**

☐ Nein
☐ Eventuell
☐ Ja

Begründung: _____

Nach der Einstimmung auf die Zahlen und die zukünftige Erfassung von Einweisungen richtet sich der Blick nun auf die Einweisungssituation als solche und erfragt die Meinung der Arbeitsgruppe, wann in Ihrer Einrichtung bzw. in Ihrem Arbeitsbereich Einweisungen veranlasst wurden. Nutzen Sie hierfür Anhang 4.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 25 27.06.16 14:36 27.06

Spätestens ab dieser Phase werden Sie sich innerhalb der Arbeitsgruppe damit auseinandersetzen, unter welchen Umständen bei Ihnen Einweisungen erfolgen. Damit sind Sie im Thema und haben erste Ideen, wohin die Richtung geht. Die Auswertung am Seitenende soll aufzeigen, wo sich Häufigkeiten finden, um daraus für Sie selbst einen ersten Handlungsbedarf abzuleiten.

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

**Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Selbsteinschätzung: Wo stehen wir?**

**Was sind bisher die Gründe für Einweisungen?**

| **Wir veranlassen ungeplante Krankenhauseinweisungen, wenn…** | **Bitte schätzen Sie ein:** | | |
|---|---|---|---|
| | häufig | selten | weiß nicht |
| … dies dem Willen der Bewohner/innen entspricht | ☐ | ☐ | ☐ |
| … der Wille der Bewohner/innen nicht bekannt ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| … der Gesundheitszustand der Bewohner/innen sich stark verschlechtert hat | ☐ | ☐ | ☐ |
| … ein akutes Ereignis eingetreten ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| … der behandelnde Arzt/die Ärztin nicht erreichbar ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| … Angehörige oder gesetzliche Betreuungspersonen dies wünschen | ☐ | ☐ | ☐ |
| … die Versorgung im Heim nicht mehr gewährleistet ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| … dies zur Absicherung der Mitarbeiter/innen beiträgt | ☐ | ☐ | ☐ |
| … das Qualitätsmanagement dies vorsieht | ☐ | ☐ | ☐ |
| … andere Gründe | ☐ | ☐ | ☐ |
| Zählen Sie hier jeweils zusammen: | _____ | _____ | _____ |

An dieser Stelle kann zur Vertiefung Ihrer ersten Selbsteinschätzung die Bearbeitung eines Fallbeispiels angebracht sein. Wählen Sie hierfür eines der vier im Anhang befindlichen Fallbeispiele, um eine Auseinandersetzung und weitere Sensibilisierung zu unterstützen (siehe Anhang 7). Die Fallbeispiele sind mit kurzen Fragen zur Diskussion versehen. Natürlich sind jederzeit auch andere Schwerpunktsetzungen möglich, die Ihnen relevant erscheinen.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 26 27.06.16 14:36 27.06

# 5 Wie machen es andere?

Akute Ereignisse in den Blick nehmen – darum geht es, wenn Sie Krankenhauseinweisungen vermeiden wollen. Das hier vorgestellte Interventionsmodell zeigt, **was zu welchem Zeitpunkt wie** Einfluss auf eine Krankenhauseinweisung von Bewohnern und Bewohnerinnen nimmt. Sie können daran erkennen, wo Sie für Ihre Einrichtung und Ihre eigene Arbeit Handlungsbedarf sehen. Ergänzende Hinweise und Materialien ermöglichen Ihnen eine vertiefte Auseinandersetzung und begleiten Sie. Das Modell umfasst sechs Phasen, die zeitlich aufeinander aufbauen. Sie werden im Weiteren als Interventionspunkte bezeichnet.

## „Akute Ereignisse im Blick“ mit dem Interventionsmodell

Werden zum richtigen Zeitpunkt bestimmte Maßnahmen durchgeführt, trägt dies zur Vermeidung von Einweisungen bei. Damit Sie ein Bild davon bekommen, was damit gemeint ist, lassen Sie die folgenden sechs Interventionspunkte auf sich wirken und arbeiten dann an dem aus Ihrer Sicht geeigneten Themen. Sie finden zahlreiche Hinweise als Ansatzpunkte für Veränderungen. Am Ende sind wesentliche Hauptaspekte zusammengefasst. Das Modell reicht vom Einzug eines Bewohners/einer Bewohnerin bis zur Rückkehr in ihr Altenheim aus dem Krankenhaus und richtet den Blick primär auf ungeplante Einweisungen:

Akute Ereignisse im Blick

| 1 Vor Einzug | 2 Alltag | 3 Veränderungen | 4 Akutes Ereignis | 5 Zusammenarbeit mit Krankenhaus | 6 Integration, Vorausplanung |
|---|---|---|---|---|---|
| ▪ Einschätzung der vorherigen Lebenssituation<br>▪ Aktuelle Gesundheitssituation<br>▪ Betreuung, Angehörige<br>▪ Umgang mit Krankheit, Notfall und Sterbesituation<br>▪ Überleitung vom Krankenhaus<br>▪ Gespräch über Hausarzt, Facharzt, weitere<br>▪ Prioritäten, Wünsche des Bewohners | ▪ Pflegesystem, Organisation der Pflege<br>▪ Dokumentation der gesundheitlichen Situation<br>▪ Durchführung spezifischer medizinisch-pflegerischer Aufgaben<br>▪ Zusammenarbeit mit Ärzten<br>▪ Zusammenarbeit mit Apothekern<br>▪ Zusammenarbeit mit Therapeuten<br>▪ Zusammenarbeit mit Angehörigen, Betreuern<br>▪ Fallbesprechung<br>▪ Einarbeitung, Fortbildungen | ▪ Wahrnehmen von Veränderungen<br>▪ Reaktion auf Veränderungen<br>▪ Nachhalten der Wirkung der Maßnahmen<br>▪ Vorausschauende Maßnahmen<br>▪ Kommunikation, Dokumentation der Veränderungen | ▪ Wahrnehmen und Beschreiben<br>▪ Entscheidungswege, Abläufe und Beteiligte (Regeln)<br>▪ Bewohnerbezogene Informationen<br>▪ Überleitung ins Krankenhaus<br>▪ Informationen an Angehörige, Betreuer | ▪ Betreuung der Bewohner während des Krankenhausaufenthaltes<br>▪ Informationsaustausch mit den Mitarbeitern des Krankenhauses<br>▪ Entlassung aus dem Krankenhaus | ▪ Erfassung des Gesundheitszustandes und von Informationen<br>▪ Erfahrungen mit der Rückkehr von Bewohnern<br>▪ Maßnahmen zum Wiedereinfinden |

**Die Darstellung des Interventionsmodells in Originalgröße finden Sie im Anhang 8**





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 27 27.06.16 14:36 27.06

## 5.1 Vor dem Einzug

1 Vor Einzug

Dass Erstgespräche eine hohe Bedeutung für die Gesamtversorgung eines Bewohners/einer Bewohnerin haben, ist hinlänglich bekannt. Dies gilt auch, wenn es um die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen geht. Je früher Sie das Thema ins Gespräch bringen, umso besser. Im Projekt zeigte sich sogar, dass es günstig ist, dies schon in der Phase vor dem Einzug zu tun. Neben den zahlreichen Themen wie bisherige Lebenseinstellung oder Alltagsgewohnheiten können auch Fragen bezüglich der rechtlichen Vertretung wie Vorsorgevollmacht, gesetzliche Betreuung oder Patientenverfügung geklärt werden.

INFO

### Wille der Bewohner/innen: Vorsorgevollmacht/ Gesetzliche Betreuung/Patientenverfügung

Die alltägliche Versorgung richtet sich am **Willen des Bewohners/der Bewohnerin** aus. Frühzeitig stellt sich daher für die Altenheime die Frage: Was will die Person im Fall eines akuten Ereignisses. Solange der Bewohner, die Bewohnerin selbst zum Ausdruck bringen kann, was gewünscht wird, eignen sich **Vorsorgevollmachten**, in der eine vertraute Person festgelegt wird, die Entscheidungen treffen soll, für den Fall, wenn dies selbst nicht mehr möglich sein sollte. Eine **Patientenverfügung** gibt eine Orientierungshilfe zur Entscheidungsfindung für das Vorgehen bei medizinischen Behandlungswünschen. Die Gesetzliche 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.

Nutzen Sie auch die Präsentationsvorlage „Gesetzliche Betreuung“ zur Vertiefung (Siehe Anhang 9). Gerade für die Zusammenarbeit mit Angehörigen eignet sich dieses Thema besonders gut.

Es geht also vorrangig darum herauszufinden, was zu tun ist, wenn ein akutes Ereignis eintreten sollte, auch wenn keine Verfügungen vorliegen sollten. In einem offenen Gespräch werden Wünsche und Einstellungen des Bewohners/der Bewohnerin diesbezüglich dokumentiert.

„Was vorab geklärt werden kann, wird vorab geklärt“.

Zudem eignet sich dieses Erstgespräch zur Klärung der hausärztlichen Versorgung. Bereits jetzt auf eine enge Zusammenarbeit hinzuwirken, erleichtert im Anschluss die Entscheidungsfindung bei einem akuten Ereignis.

Konnte das Erstgespräch nicht vor Einzug stattfinden, besteht die Möglichkeit, diesen grundlegenden Austausch zeitnah nach dem Einzug im Altenheim nachzuholen. Solche vorausschauenden Maßnahmen werden am besten von den zuständigen Bezugspflegepersonen übernommen.

Als besonders wirksam hat sich kurz nach Einzug die ethische Fallbesprechung bewährt, um eine individuelle Notfallleitlinie für die Bewohner und Bewohnerinnen zu entwickeln.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 28 27.06.16 14:36 27.06

INFO

### Individuelle Notfall-Leitlinie

Akute Ereignisse wie z. B. ein Sturz sind geprägt von emotionaler Betroffenheit, rascher Entscheidungsnotwendigkeit und einer angemessenen Vorgehensweise. Altenheime verfügen in der Regel über ein Notfallmanagement, das auf den Lebenserhalt des Bewohners/der Bewohnerin ausgerichtet ist. Dies entspricht jedoch nicht immer dem Willen der betroffenen Person. Ein Abwägen zwischen Lebenserhalt und Lebensqualität sollte hier je nach aktueller und prospektiver Lebensperspektive erfolgen. In einer **individuellen Notfall-Leitlinie** wird konkret erfasst, was zu tun ist, wenn eine Akutsituation eintritt. Sie ist häufig das Resultat der Auseinandersetzungsprozesse mit der Patientenverfügung. Die Leitlinie ist allen Beteiligten zugänglich. Durch diese kann ein Vorgehen im Sinne des Bewohners/der Bewohnerin erfolgen.

An diesen Besprechungen nehmen die Bewohner, Bewohnerinnen selbst und/oder deren Angehörige teil, damit sie das Vorgehen für solche Fälle mitbestimmen können. Pflegende bewerten diese Fallbesprechungen durchgehend positiv.

Beachten Sie dazu den Infokasten „Eine Richtlinie als Beispiel“ auf Seite xx





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 29 27.06.16 14:36 27.06

## 5.2 Alltag

2 Alltag

Der Alltag in einem Altenheim ist maßgeblich bestimmt durch die Kultur einer Einrichtung. Hier lässt sich wahrnehmen, welches Pflegesystem umgesetzt wird und ob es Leitlinien und strukturierte Abläufe gibt. Eine ausreichende und kontinuierliche Personalaustattung erlaubt es auch, dass Angehörige gut informiert werden und die Abläufe und Bedingungen im Altenheim kennen, um mögliche Alternativen zu einem Krankenhausaufenthalt überhaupt einschätzen zu können.

„Ich glaube das ist die Haltung, dass der Bewohnerwille respektiert wird und dass wir auch danach fragen und auch versuchen das umzusetzen, was dem Bewohner gut tut".

Motivationsfördernde Fortbildungen und eine personenorientierte Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen bilden die Grundlage für eine gute Versorgungsqualität, die wiederum als Grundlage gesehen wird, um Bewohner/innen vor Ort auch bei akuten Ereignissen hochwertig zu versorgen.

Die üblichen Instrumente wie eine aktuelle Dokumentation, sichern den Informationsfluss und gewähren den Zugriff auf diejenigen Unterlagen, die den Willen des Bewohners – auch bezüglich einer Krankenhauseinweisung – wiedergeben. Auch Übergabebücher werden gerne verwendet für den Austausch zwischen Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen. Darin sind wichtige Ereignisse bei den Bewohner/innen vermerkt, so dass ein rascher Überblick gewährleistet ist.

Die ärztliche Versorgung ist besonders wichtig, wenn es um die Vermeidbarkeit von Einweisungen geht. Einerseits für eine adäquate Versorgung vor Ort bei einem akuten Ereignis, aber auch für den Alltag durch regelmäßige Arztvisiten und eine enge Zusammenarbeit. Die Versorgung durch Fachärzte scheint am ehesten zu gelingen, wenn „Sammelbesuche" erfolgen können. Als zusätzlich wirksam hat sich ein Arztzimmer bewährt, um bestimmte diagnostische Untersuchungen (z. B. Labor, EKG…) und Therapien vor Ort (z. B. Antibiotika i.v.…) durchzuführen. Dazu gehört auch ein Grundbestand häufig benötigter Medikamente, am besten in Absprache mit der Apotheke, deren 24 Stunden Erreichbarkeit übrigens sehr geschätzt wird. Den meisten Pflegefachpersonen ist es wichtig über medizinische Kenntnisse ihrer Bewohner/innen zu verfügen, vor allem auch vorhersehbare Komplikationen bestimmter Erkrankungen zu kennen. Um sich das anzueignen, sind Fallbesprechungen oder auch eine gezielte Verbesserung der Kommunikation zwischen Medizin und Pflege gute Möglichkeiten.

„Die Neurologin weiß, dass wir uns dann melden, wenn auch etwas ist…"

Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen als Kompetenz fördernd benannt, vor allem bei hermeneutischen oder ethischen Fallbesprechungen.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 30 27.06.16 14:36 27.06

INFO

### Ethische, hermeneutische Fallbesprechungen

**Ethische Fallbesprechungen** sind multidisziplinäre Teambesprechungen über ein konkretes moralisches Problem in der Behandlung/Versorgung/Pflege eines Patienten/Bewohners, Patientin/Bewohnerin. Krankenhausweinweisungen beinhalten eine ethische Dimension, die in Fallbesprechungen benannt und reflektiert werden kann.

**Hermeneutische Fallbesprechungen** sind Teambesprechungen, die auf der Lehre des Deutens und Verstehens (Hermeneutik) basieren. In dieser Art der Fallarbeit wird der Fall mit den Augen des anderen betrachtet und gedeutet. Gerade für die Arbeit mit an Demenz erkrankten Personen erweisen sich diese Fallbesprechungen als geeignet, Verhaltensweisen der betroffenen Personen zu verstehen.

Zur Vertiefung steht Ihnen auch die Präsentation „Fallbesprechung“ im Anhang 10 zur Verfügung.

Dies zeigt sich besonders positiv in einer gelebten Hospiz- und Palliativversorgung, in der eine 24 Stunden Erreichbarkeit und eine engmaschige Anwesenheit der Ärzte/Ärztinnen vor Ort gewährleistet ist, wodurch weniger Personen zum Sterben ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen. Dies melden alle Beteiligten als hilfreich zurück.

„Alle sind weitergebildet in Validation: der Hausmeister und die Küchenmitarbeiter…“

Um akute Ereignisse im Blick zu haben, gehört die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten und das „Sichkennen“ untereinander dazu. Sei es mit Physio-, Ergotherapeuten oder mit Angehörigen, indem gemeinsame Reflexionsgespräche angeboten werden oder der Einbezug in Fallbesprechungen.

Bei der Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuern lässt sich dieser Anspruch offenbar nur schwer umsetzen. Berufliche, gesetzliche Betreuungspersonen haben in der Regel feste Bürozeiten, so dass vor allem kurzfristige Kontakte nur selten gelingen. Diese vertrauen allerdings auch den Gesundheitsprofis, wenn es um akute Einweisungen geht.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 31 27.06.16 14:36 27.06

## 5.3 Veränderungen

3 Veränderungen

Veränderungen im Gesundheitszustand von Bewohnern und Bewohnerinnen wahrnehmen zu können, stellt den Dreh- und Angelpunkt dar, um akuten Ereignissen frühzeitig entgegenzuwirken bzw. diese in den Blick zu nehmen. Pflegefachpersonen beschreiben diese Veränderungen fachlich korrekt, um sie auch weiterzuleiten. Da Pflegehilfspesronen oftmals für die bewohnernahe Versorgung zuständig sind, liegt ein Hauptaugenmerk auf deren Schulung zur Wahrnehmung von Veränderungen, also auch dem Erkennen häufig auftretender Symptome. Der kollegiale Austausch zwischen den Fachpersonen in dieser Situation dient der gemeinsamen Entscheidungsfindung, auch um Pflegefehler zu vermeiden.

„Wir achten auf die Bewohner, erkennen, wenn etwas nicht in Ordnung oder schwierig ist".

Im Einschätzungs- bzw. Entscheidungsprozess besteht die Aufgabe der Leitung darin nahe am Geschehen zu sein, präventiv die Gefahr einer potenziellen Einweisung mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zusammen zu erkennen und im Prozess der Entscheidungsfindung die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu unterstützen.

„Wir gucken schon ganz genau ist es wirklich notwendig oder nicht, können wir das hier weiter tragen oder nicht".

Mit diesen Vorentscheidungen findet dann eine erste Informationsübergabe an den Hausarzt/die Hausärztin statt, um die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung zu besprechen bzw. die Versorgungsmaßnahmen in der Alteneinrichtung zu planen. Wenn Bewohner und Bewohnerinnen 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. Besteht bereits eine dichte Zusammenarbeit, erweist sich das zu diesem Zeitpunkt als sehr förderlich für die Entscheidungsfindung nach dem Willen des Bewohners, der Bewohnerin vorzugehen.

INFO

### Dichte Zusammenarbeit

Eine **dichte Zusammenarbeit** ist gekennzeichnet durch regelmäßige Kontakte (persönliche, per Telefon, per Mail oder Fax), eine aktive Bewegung aufeinander zu, Verständnis für die Position des anderen, ein „Sichkennen", ein Austausch auf Augenhöhe in Gegenseitigkeit, eine angemessene Fachkommunikation, Gewährleistung einer 24 Stunden Erreichbarkeit, eine vorausschauende Haltung. Der **Informationsfluss** zwischen den Bewohnern/innen, den Angehörigen, den gesetzlichen Betreuungspersonen, den Hausärzten/ärztinnen, den Apotheken, den Krankenhäusern aber auch den Kollegen und Kolleginnen im Team tragen dazu bei, frühzeitig Veränderungen des Gesundheitszustandes bei den Bewohnern und Bewohnerinnen wahrzunehmen, auf „Anbahnendes" zeitnah zu reagieren. Überall ,wo Informationen weitergegeben werden müssen, braucht es eine geeignete Form der Übermittlung relevanter Hinweise und Fakten, sei es durch Überleitungsbögen, Telefonate oder Notfall-Leitlinien.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 32 27.06.16 14:36 27.06

## 5.4 Akutes Ereignis

4 Akutes Ereignis

Bei Eintreten eines akuten Ereignisses sind alle Warnlampen auf Rot geschaltet und die Situationen sind von hoher Emotionalität geprägt, denn an erster Stelle steht oftmals die Beurteilung auf Lebensbedrohlichkeit hin. Je nachdem werden nun mit den Angehörigen in Funktion gesetzlicher Betreuung Entscheidungen für oder gegen eine Einweisung getroffen.

„In erster Linie steht für mich erstmal der Bewohner – wie es ihm als Mensch geht."

Stehen keine Informationen bezüglich der gewünschten Vorgehensweise zur Verfügung, veranlasst der verständigte Notarzt/Notärztin oder Bereitschaftsarzt unmittelbar eine Krankenhauseinweisung. Die Entscheidungswege sind dabei von den praktizierten Notfallleitlinien sowie der Struktur und Organisation der Einrichtung abhängig. Das Altenheim verständigt vor oder nach der Einweisung die Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuungspersonen. Parallel dazu wird die Leitung informiert.

Mehrmals wurde die Sorge vor Haftungsansprüchen geäußert, wenn keine Einweisung zur Absicherung erfolgen sollte. Hierfür sind Fortbildungen zur Gesetzeslage sinnvoll, um die Verunsicherung zu mildern, und zwar sowohl für die Pflegenden als auch für die Angehörigen.

Erfolgt eine Einweisung ins Krankenhaus, werden beim Transport des Bewohners/der Bewohnerin die personenbezogenen Informationen, Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht, der Notfallbogen und ein aktueller Verlegungsbogen mitgegeben. Die Begleitung bis zum Krankenhaus wird vom Fahrdienst, in seltenen Fällen auch von Mitarbeitern/innen der Einrichtungen übernommen.

INFO

### Eine Richtlinie als Beispiel

Eine Möglichkeit bietet eine selbst erstellte Richtlinie aus einem Altenheim:
**Vorausschauen** und **Regulierung** von akuten Ereignissen. Bei einem konkreten akuten Ereignis erfolgen eine Vitalzeichenkontrolle, Urin- und Blutuntersuchungen für eine direkte Arztvisite. Die (Akut-) Situation wird dabei möglichst in Ruhe gesteuert, wozu die individuellen Notfallleitlinien beitragen. Jede durchgeführte Maßnahme wird dabei evaluiert. Erfolgt letztlich doch eine Einweisung, werden alle notwendigen Unterlagen (Notfallbogen, Vorsorgevollmacht…) vollständig mitgegeben, da diese jeweils nach einem „Ampelpunktesystem" – (rot: immer Krankenhauseinweisung; gelb: evtl. Krankenhauseinweisung; grün: keine Krankenhauseinweisung) in einem speziellen Ordner für jeden Bewohnerin, jede Bewohnerin zusammengeführt sind.

Die Krankenhäuser halten eine telefonische Ankündigung im Vorfeld der Einweisung für äußerst hilfreich. Sie können sich dann auf die Aufnahme einstellen und erhalten erste relevante Informationen. Alle persönlichen Gegenstände und die Kleidung zu beschriften, hat sich bewährt. Manche Krankenhäuser halten inzwischen sogar eine Box vor, in der Brille, Hörgeräte und Zahnprothese ihren Platz finden und am Bett und Patienten verbleiben. Damit ist schon mal eine Voraussetzung für die Verständigung gewährleistet.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 33 27.06.16 14:36 27.06

## 5.5 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

5 Zusammenarbeit mit Krankenhaus

Befindet sich nun ein Bewohner, eine Bewohnerin im Krankenhaus, wird eine gute Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Altenheim von beiden Seiten gewünscht, die Realität sieht jedoch anders aus. Am ehesten scheint der Informationsaustausch dann zu klappen, wenn das Altenheim Kontakt aufnimmt und hält. Die Altenheime kennen die Bewohner/innen, die sich bei einer Verlegung in einer für sie fremden Umgebung und mit ihnen unbekannten Menschen wiederfinden, was sich unmittelbar in Desorientierung niederschlägt. Zur Verbesserung an der Schnittstelle Krankenhaus – Altenheim dienen neben dem direkten Kontakt auch möglichst einheitliche, vor allem aktuelle Pflegeüberleitungsbögen mit relevanten Hinweisen auf den aktuellen Gesundheitszustand wie Mobilität, Verständigungsmöglichkeiten und den Willen der Person. Versuche die Kommunikation grundlegend zwischen den Alteneinrichtungen und Krankenhäusern in Form von Arbeitskreisen zu intensivieren waren zumindest vorübergehend wirksam. Wenn in Aufnahmesituationen Praxen der Hausärzte/-ärztinnen geschlossen sind, wäre für die Krankenhäuser ein erreichbarer „Heimarzt“ hilfreich, um Informationen zu erhalten.

„Man muss wissen, wie der (Bewohner) vorher war und was jetzt ist“.

Eine systematisch geregelte Rückmeldung vom Krankenhaus an die Alteneinrichtungen und umgekehrt erscheint wünschenswert. Am ehesten wird darauf verwiesen, dass der Informationsaustausch zwischen den Pflegenden dann leichter funktioniert, wenn sich die Mitarbeiter/innen der beiden Einrichtungen „kennen“. Um die Verbindung herzustellen, eignen sich Besuche von den Pflegenden der Einrichtungen sowie telefonische Kontakte mit den Krankenhausmitarbeitern und -mitarbeiterinnen.

Die Präsentation „Kooperation mit dem Krankenhaus“ im Anhang 11 gibt Ihnen dazu weitere Anregungen.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 34 27.06.16 14:36 27.06

## 5.6 Integration, Vorausplanung

6 Integration, Voraus-planung

Der Informationsmangel zeigt sich vor allem auch bei der Rückverlegung der Bewohner und Bewohnerinnen, die oftmals nicht angekündigt wird und die Alteneinrichtungen nun ihrerseits wenige Informationen aus den Krankenhäusern erhalten.

„Manchmal steht der Bewohner (nach der Entlassung aus dem Krankenhaus) auf einmal vor der Tür und er ist da."

Die Entlassungsbriefe richten sich in der Regel direkt an die Hausärzte und Hausärztinnen. Die Rückkehr aus dem Krankenhaus stellt einen besonderen Zeitpunkt dar, um das Wiedereinfinden des Bewohners/der Bewohnerin in der Einrichtung zu gewährleisten, und um eine erneute Einweisung ins Krankenhaus zu vermeiden.

Immer wieder zeigt sich, dass es den meisten Bewohnern/Bewohnerinnen nach einem klinischen Aufenthalt „schlechter" geht. Sie sind in einem reduzierten körperlichen und psychischen Zustand, in dem sie beispielsweise Aktivitäten, die sie zuvor beherrscht hatten, nicht mehr durchführen konnten. Bei der Rückkehr ist es dann wichtig, eine erste Einschätzung der gesundheitlichen Verfassung zeitnah durchzuführen, einen neuen Pflegeplan zu erstellen und die Medikamente zu überprüfen, um dann den Hausarzt/-ärztin zu kontaktieren. Oftmals muss zusätzlich Kontakt mit dem Krankenhaus aufgenommen werden, um ergänzende Informationen einzuholen. Angehörige und gesetzliche Betreuer/Betreuerinnen äußern sich erleichtert, wenn die Zeit des Krankenhausaufenthalts überstanden ist und die betroffenen Personen wieder in ihrem „Zuhause" sind.

„Der ganze Allgemeinzustand ist geschwächt. Es ist Aufbauarbeit nötig."

**FAZIT**

**Wer sich also mit Krankenhauseinweisungen befasst, findet in diesem Modell wesentliche Schwerpunkte, die für eine gute Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen entscheidend sind:**

- ein konsequenter Blick auf den Willen der Bewohner/Bewohnerinnen/Angehörigen (Verfügungen, Teilhabe)
- eine dichte Zusammenarbeit vor allem mit Hausärzten und -ärztinnen und anderen an der Versorgung zentral beteiligten Akteuren (Apotheke, Physiotherapie)
- eine hohe Fachkompetenz der Pflegenden (Symptomerkennung, Qualifikationen)
- eine förderliche Einrichtungskultur (regelmäßige Fallbesprechungen, ausreichender Pflegeschlüssel, förderndes Leitungsverständnis, Fortbildungsangebot)
- direkt zugängliche Pflege- und Notfallleitlinien als Richtschnur bei akuten Ereignissen.

Jetzt ist ein geeigneter Zeitpunkt im Projekt, um eigene Einweisungen in einer Fallbesprechung zu analysieren und nach Alternativen zu suchen. Hierzu können Sie den Erfassungsbogen hinzuziehen, den Sie ggf. bei den letzten Einweisungen ausgefüllt haben (vgl. Kapitel 4). In der Präsentation





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 35 27.06.16 14:36 27.06

„Fallbesprechungen“ finden sich Hinweise zur praktischen Durchführung (Anhang 10). Die Einführung von Fallbesprechungen könnte auch eine Maßnahme sein, die sie für sich als Team gesetzt haben (Anhang 6).

Nun sind Sie ausgestattet mit vielen Informationen, wie zu welchem Zeitpunkt was hilfreich sein könnte. Um die vielen Informationen nun zu sortieren, erfolgt im nächsten Schritt eine Zielformulierung, was Sie erreichen möchten, vor allem auch konkret daraufhin orientiert, wann Sie zukünftig keine Einweisungen mehr durchführen wollen.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 36 27.06.16 14:36 27.06

# 6 Wo wollen wir hin?

Um das Ziel zu erreichen, Krankenhauseinweisungen von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen zu reduzieren, können Sie die zuvor genannten Interventionshinweise nutzen. Gerade für Bewohner und Bewohnerinnen, die palliativ versorgt werden oder sich im Sterbeprozess befinden, ist dieses Ziel von großer Bedeutung, um eine angemessene Begleitung zu ermöglichen. Darüber hinaus verfügen Sie vielleicht über eigene Maßnahmen, die Ihnen zum Ziel verhelfen.

Nachdem Sie bereits angegeben hatten, bei welchen Gründen Sie bisher einweisen, können Sie nun darüber nachdenken und sich austauschen, bei welchen Situationen Sie NICHT einweisen wollen. Nutzen Sie hierfür gerne Anhang 5. Hier sind Sie erneut als Gruppe gefragt. Sie erhalten hier mögliche Zielvorgaben, die im weiteren Vorgehen leitend sein können. Wie soll es bei Ihnen also sein, wenn das Projekt abgeschlossen ist.

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

**Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Unser Ziel: Wo wollen wir hin?**

| **Wir wollen möglichst keine Einweisung veranlassen, wenn…** | **Bitte geben Sie an:** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Stimmt vollständig | Stimmt teilweise | Stimmt eher nicht | Stimmt nicht |
| … dies dem Willen des Bewohners/der Bewohnerin entspricht | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … eine Palliativsituation vorliegt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … keine Verletzungen vorliegen, die einer unmittelbaren Krankenhausbehandlung bedürfen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … die Versorgung auch in einer Akutphase im Altenheim erfolgen kann | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| dafür ausreichend kompetentes Personal gewährleistet ist | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| dabei die ärztliche Erreichbarkeit und Versorgung gewährleistet ist | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| die Apotheken die Medikamentenversorgung gewährleisten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … die Beteiligten wie Arzt/Ärztin, Angehörige, Betreuer/in… das Vor-Ort-Bleiben mittragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … die Leitung die Entscheidung unterstützt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … andere Gründe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 37 27.06.16 14:36 27.06

Dieser Zeitpunkt eignet sich ebenfalls, um eigene Erfahrungen mit den letzten Einweisungen in den Mittelpunkt zu rücken. Sprechen Sie darüber, was gewesen ist und wie Sie es gerne gehabt hätten. Sie könnten sich als Ziel vornehmen, solche Situationen zukünftig anders zu bewältigen. Damit kommen wir zum nächsten Schritt, zur Auswahl und Umsetzung von Maßnahmen und Interventionen.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 38 27.06.16 14:36 27.06

# 7 Wie schaffen wir das?

Mit den erfassten Daten von Krankenhauseinweisungen, die Sie für das letzte Quartal zusammengestellt haben, und den zugrunde liegenden Ursachen, können Sie die Diskussion in Ihrer Einrichtung beleben und gleichzeitig gezielte Maßnahmen auf den Weg bringen, die u. a. als Fortbildung und Weiterqualifizierung Ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Bedeutung sind. Häufig ist Personalbindung dabei eine zentrales Ziel, welches zu einer guten und kontinuierlichen Versorgung Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner eine maßgebliche Grundlage bildet.

FAZIT

**Fragen zur Reflexion der bisherigen Schritte und zur weiteren Planung:**

- Was klappt bei uns gut?
- Welche Veränderungen erscheinen uns dringend erforderlich?
- Mit welcher Veränderung sollten wir beginnen?
- Wer übernimmt die Steuerung?
- Wieviel Zeit räumen wir uns für die Veränderungen ein?
- Wie überprüfen wir, ob wir erfolgreich mit unseren Interventionen sind?

Damit kommen wir zu einem Arbeitsbogen, der Ihnen nun systematisch Maßnahmen und Interventionen aufzeigt, die Sie in der Beschreibung der sechs Interventionspunkte bereits kennen gelernt haben (siehe Anhang 6). Bei den Maßnahmen können Sie nun abgleichen, was Sie bereits schon zur Ihrer Zufriedenheit durchführen und was Sie und Ihre Mitarbeiter/innen angehen wollen. Oftmals gibt es eine Art Bauchgefühl oder implizites Wissen, dass bestimmte Abläufe oder Vorgehensweisen verändert werden müssten, wenn es um Krankenhauseinweisungen geht. Nun können Sie dies konkret angehen.

Um dann die Umsetzung der von Ihnen ausgewählten Maßnahmen/Interventionen zu gewährleisten, braucht es verantwortliche Personen zur Durchführung sowie feste Termine, die es einzuhalten gilt, sonst bleibt der gute Vorsatz vor der Zielerreichung auf der Strecke.

Wählen Sie am besten nicht mehr als drei Maßnahmen und legen Sie direkt bei der gewählten Maßnahme fest wer als Hauptverantwortlicher diese Maßnahme „am Laufen“ hält, bis wann die Maßnahme umgesetzt und wann dies überprüft werden soll. Diese Person wäre dann ein „Thementräger“ für das Projekt „Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität.“ Diese Festlegungen haben sich bewährt, vielleicht finden Sie sogar noch ergänzende motivierende Möglichkeiten, wie bei Ihnen das Thema und die einzelnen Maßnahmen im Alltag für alle „sichtbar“ werden können, sei es in Form von Plakaten, in Dienstübergaben, als Handzettel oder als Nachricht über Medien, die bei Ihnen genutzt werden.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 39 27.06.16 14:36 27.06

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

**Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Maßnahmen: Was wollen wir umsetzen?**

Wählen Sie aus der folgenden Auflistung für Sie passende und zielführende Interventionen/Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen aus, am besten nicht mehr als drei. Legen Sie hier fest wer jeweils hauptverantwortlich ist, das Datum bis wann die Maßnahme umgesetzt werden soll und das Datum wann eine Überprüfung geplant wird.

| **Bitte kreuzen Sie drei Maßnahmen an:** | **Halten Sie dann Folgendes fest:** | | |
|---|---|---|---|
| Mit und für den Bewohner/die Bewohnerin | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
| ☐ Gespräch vor Einzug bzw. frühzeitig, um Behandlungswünsche bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfahren | | | |
| ○ Absprachen für akute Ereignisse treffen und deren schriftliches Festhalten<br>○ Thematisieren von Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, gesetzliche Betreuung<br>○ regelmäßige hausärztliche Versorgung abstimmen<br>○ gesundheitliche Probleme kennen und den Blick auf Veränderungen richten können | | | |
| ☐ Individuelle Notfall-Leitlinie entwickeln und für alle verfügbar aufbewahren | | | |
| Mit und für Angehörige | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
| ☐ Informationsvermittlung für Angehörige und Pflegende zu Fragen der Haftung, zu Vollmachten, gesetzliche Betreuung… | | | |
| ☐ Verbindung zu Angehörigen herstellen, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei Einweisungen zu ermöglichen | | | |
| ○ Angehörigenvisite einführen<br>○ Angehörige regelmäßig einladen zu Fallbesprechungen, zum Austausch | | | |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 40 27.06.16 14:36 27.06

| Mit und für Pflegende/Leitungen | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
|---|---|---|---|
| ☐ ausreichende Personalausstattung, um die Anforderungen zu gewährleisten | | | |
| ○ Umsetzung eines Bezugspersonenpflegesystems<br>○ Einarbeitung neuer Kollegen/Kolleginnen im Hinblick auf die Vermeidung von Einweisungen ins Krankenhaus<br>○ Motivationsförderung der Mitarbeiter/innen z. B. durch Rückmeldung der Einweisungszahlen | | | |
| ☐ Bildungsangebote für Pflegefach-, Pflegehilfspersonen, um Veränderungen zu erkennen und im Team zu besprechen | | | |
| ○ Fortbildung zu häufigen Krankheitsbildern plus Symptome, Probleme<br>○ Fortbildung zur Erfassung von Risiken wie Sturz oder Schmerz Schulung zur Prüfung von Funktionalität bei Sturzereignissen<br>○ Training von interdisziplinärer Kommunikation<br>○ Expertisen fördern z. B. für Wundmanagement, Katheterismus, ggf. Diagnostik wie EKG | | | |
| ☐ reflektierten Austausch in der Alltagsorganisation ermöglichen, um vorausschauend zu handeln | | | |
| ○ bei Übergaben den Blick auf Veränderungen bei den Bewohner/innen lenken<br>○ Fallbesprechungen z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt mit Blick auf zukünftige Alternativen<br>○ telefonische 24 Stunden-Konsultationsmöglichkeit der Leitung zur Klärung | | | |
| **Mit und für Ärzte/Ärztinnen, Apotheken** | **verantwortlich ist:** | **bis wann:** | **überprüft wird am:** |
| ☐ Dichte Zusammenarbeit entwickeln, um die ärztliche Versorgung vor Ort zu gewährleisten | | | |
| ○ Regelmäßige ärztliche Visiten einführen, die von Pflegenden begleitet werden<br>○ Umsetzung von Diagnostikmöglichkeiten prüfen und z. B. in einem Untersuchungszimmer vorhalten<br>○ Parkplatz für den ärztlichen Dienst, für Apothekendienst reservieren<br>○ den Informationsfluss zu Arzt/Ärztin gewährleisten durch gezielte, gesammelte Hinweise z. B. per Telefonat zu bestimmten Zeiten<br>○ Medikationsabgleich regelmäßig ermöglichen | | | |
| ☐ Erreichbarkeit über 24 h klären, vor allem in Situationen, in denen sich „etwas anbahnt“ | | | |
| ☐ gemeinsames Berichtswesen für Aufnahme, Verlauf und Entlassung entwickeln, bei notwendigen Einweisungen | | | |





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 41 27.06.16 14:36 27.06

| Mit und für alle Beteiligten wie ärztlicher Dienst, Angehörige, Pflegende, gesetzliche Betreuer/in, Therapeuten/innen u.a. | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
|---|---|---|---|
| ☐ enge Zusammenarbeit mit Absprachen, um eine vorausschauende und verstehende Haltung zu entwickeln | | | |
| ○ regelmäßige Fallbesprechungen (z. B. ethische)<br>○ systematische Informationsweitergabe an alle Beteiligten erstellen, sobald Veränderungen auftreten<br>○ vernetzte Hospiz- und Palliativversorgung | | | |
| ☐ Vermittlung von Kenntnissen der Validation | | | |
| Andere Interventionen/Maßnahmen | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
| ☐ | | | |
| ☐ | | | |
| ☐ | | | |
| ☐ | | | |

Bevor Sie nun in die konkrete Umsetzung gehen, nehmen Sie sich noch einen kurzen Moment Zeit und gehen Sie die folgenden Fragen durch. Haken Sie ab, was Sie bereits erledigt haben und legen Sie fest wann Sie den nächsten Termin zur Reflexion der Umsetzung ansetzen möchten.

## Haben wir an alles gedacht?

- Einschätzen, ob das Thema für unsere Einrichtung wichtig ist ☐
- Verantwortliche Person(en) für das Projekt benennen (Thementräger/in) ☐
- Erfassen der Einweisungen ☐
- Ziele für uns vorgeben ☐
- Festlegen der gewählten (bis 3) Maßnahmen ☐
- Umsetzung planen mit Angabe der Verantwortlichen ☐
- Zeitpunkt festlegen, bis wann die Maßnahmen erfolgen ☐
- Termin setzen zum Überprüfen, ob die Maßnahmen erfolgreich sind ☐

Der Leitung und den verantwortlichen Personen kommt bei der nun folgenden aktiven Umsetzungsphase eine wichtige Rolle zu. Sie begleiten die Durchführung, geben Hinweise auf Wissensvertiefung, holen Rückmeldungen ein, erfragen den Stand der Dinge und unterstützen die Mitarbeiter/innen bei Unklarheiten. Kleine Fortbildungseinheiten können hierbei ebenfalls wirksam sein.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 42 27.06.16 14:36 27.06

## Arbeitsmaterialien, die Ihnen bei der konkreten Durchführung helfen können:

- Erhebungsbogen für Krankenhausweisungen als Kopien auf den Wohnbereichen (Anhang 1)
- Präsentationen zu: Gesetzliche Betreuung (Anhang 9), Fallbesprechungen (Anhang 10), Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus (Anhang 11)
- Fallbeispiele zur Vertiefung (Anhang 7)

Bitte planen Sie als Gruppe ein Reflexionstreffen nach 2 Monaten.

Nun geht es an die praktische Umsetzung!





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 43 27.06.16 14:36 27.06

# 8 Wie bewerten wir unsere Fortschritte?

Jetzt sind Sie seit drei Monaten dabei Schritte einzuleiten, um Ihre Bewohner und Bewohnerinnen vor unnötigen Krankenhauseinweisungen zu beschützen. Sie möchten nun einschätzen, was Sie in diesem Zeitraum unternommen haben und was sich verändert hat. Wenn Sie wollen, können Sie Kolleginnen und Kollegen einzeln befragen oder auch zu einem gemeinsamen Gespräch einladen. Es lohnt sich festzuhalten, was Sie alles erlebt haben und welche Erfahrungen und Schlüsse Sie daraus ziehen können.

Folgende Fragen könnten Sie sich selbst stellen:

**Einschätzung Ihres Projektverlaufs**

- Erlebten wir das gewählte Projekt als wichtig?
- Hatten wir Unterstützung durch unsere Leitung?
- War jemand von uns für das Projekt verantwortlich?
- Wer von uns hat sich daran beteiligt?
- Was finden wir, hat sich subjektiv verbessert?
- Was finden wir, hat sich subjektiv verschlechtert?
- Welche Interventionen haben wir durchgeführt?
  Zum Beispiel:
  - Besprechen wir jede ungeplante Krankenhauseinweisung?
  - Erfassen wir die ungeplanten Krankenhauseinweisungen?
  - Gibt es gezieltere Absprachen mit den Ärzten, z. B. für Visiten?
  - Wir haben uns für eine Intervention entschieden ?
  - Bei jeder Einweisung haben wir ein Procedere ?
- Wie schätzen Sie ein, hat sich die Lebensqualität der Bewohner und Bewohnerinnen durch unsere Aktivitäten verbessert?
- Haben wir das Gefühl, dass das Wissen unserer Kollegen und Kolleginnen durch die Durchführung des Projektes gesteigert werden konnte?

**Ihre Schlussfolgerungen**

- Gibt es Erfolgserlebnisse, die unbedingt kommuniziert werden sollten?
- Welche Schlüsse können wir aus unserem Projekt ziehen?
- Was hat gut geklappt?
- Woran hat es gehakt?
- Was würden wir nicht nochmal machen?
- Haben wir Interesse an dem Ziel weiterzuarbeiten?
- Wie und womit möchten wir weitermachen?
- Bis wann sollen die nächsten Schritte abgeschlossen sein?
- Wer übernimmt wieder die Projektverantwortung?

Eine umfängliche gute gesundheitliche Versorgung kann dazu beitragen, dass Ihre Einrichtung auch in der Öffentlichkeit besonders positiv wahrgenommen wird. Ihr Vorgehen kann gegenüber der Heimaufsicht, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und den Verhandlungspartnern zur Finanzierung Ihrer Einrichtungen positiv ins Gespräch gebracht werden. Sicherlich binden



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 44 27.06.16 14:36 27.06

Sie bereits immer wieder die Angehörigen Ihrer Bewohner und Bewohnerinnen in Ihre Planung ein. Auch sie sollten über dieses Projekt informiert sein. Sie sind eine Einrichtung, die sich weiterentwickeln möchte, das zeichnet Sie aus und kommt Ihren Bewohnern und Bewohnerinnen zu Gute.

Sie haben Mut und Durchhaltevermögen bewiesen. Und wenn Sie auch nicht alles erreicht haben sollten, so haben Sie jetzt schon in der Haltung Ihrer Mitarbeiter/innen Wesentliches bewirkt. Man spricht über das Thema und reflektiert es. Machen Sie publik was Sie in dem Projekt tun und was Sie erreicht haben – gehen Sie damit an die Öffentlichkeit und vor allem informieren Sie Ihre Bewohner/innen – auch über die Zahlen und was dahinter steckt.

Ob Sie weiter machen oder nicht, die Einweisungszahlen regelmäßig allen zu präsentieren, spornt an und motiviert zu einer weiterhin guten Versorgung der Bewohner/innen. Und darum dreht sich letztlich alles: das, was die Menschen wollen, wenn Sie bei Ihnen wohnen, auch umzusetzen.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 45 27.06.16 14:36 27.06

Lebensqualität_2_Umbruch.indd 46 27.06.16 14:36 27.06

# 9 Anhang

Im Folgenden befinden sich die benötigten Instrumente für die Umsetzung des Projektes.

Bitte nutzen Sie die angehängten Dokumente als Kopiervorlagen, da Sie diese häufiger benötigen.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 47 27.06.16 14:36 27.06

Grafik fehlt ((Erhebung der akuten Krankenhauseinweisung



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 48 27.06.16 14:36 27.06

## Fahrplan: „Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität“

| Wochen (Wo) | Leitungsaufgaben | Arbeitstreffen | Arbeitsinhalte | verantwortlich | bis zum |
|---|---|---|---|---|---|
| Wo 1 | **Grundsatzentscheidung:**<br>Leitung, Geschäftsführung | **Projektvorbereitung**<br>Was für die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten spricht | **Input:**<br>■ Gründe für Vermeidung<br>■ Zahlen, Fakten<br>■ Erfolgsfaktoren<br>■ Reflexionsfragen | | |
| Wo 1 | **1. Termin mit Arbeitsgruppe** | **Projektvorschau**<br>Wie gehen wir vor?<br><br>**Projektstart**<br>Wo stehen wir? | **Übersicht:**<br>■ Fahrplan<br>■ Arbeitsformen<br>**Selbsteinschätzung:**<br>■ Wie ist Ihr Eindruck?<br>■ Was sagen die Zahlen?<br>■ Einweisungserfassung<br>■ Bisherige Gründe für Einweisungen | | |
| Wo 2<br>Wo 3 | **Begleitete Sensibilisierung:**<br>Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität | | Thementräger<br>Aushänge<br>Dienstbesprechungen<br>Impulse | | |
| Wo 4 | **2. Termin mit Arbeitsgruppe** | **Projektanreicherung**<br>Wie machen es andere?<br><br>**Projektziele**<br>Wo wollen wir hin?<br><br>**Projektmaßnahmen**<br>Wie schaffen wir das? | **Input:**<br>■ Akute Ereignisse im Blick – das Modell<br>■ Vertiefungen<br>**Zielvereinbarung:**<br>■ Keine Einweisung, wenn…<br>**Interventionsauswahl:**<br>Maßnahmen wählen<br>Umsetzung planen | | |
| Wo 5<br><br>bis<br><br>Wo 12 | **Begleitete Durchführung:**<br>Interventionen und Maßnahmen mit Wissenserweiterung und Vertiefung | | Nachfragen<br>Präsentationen<br>Fallbesprechungen<br>Einweisungserfassung<br>Fortbildungen | | |
| Wo 13 | **3. Termin mit Arbeitsgruppe** | **Projektauswertung**<br>Was wollten wir erreichen?<br>Was haben wir gemacht?<br>Was ist das Ergebnis? | **Reflexionsfragen:**<br>■ Zielüberprüfung<br>■ Vorstellung der Ergebnisse der Interventionen<br>■ Einschätzung des Erfolgs | | |
| Wo 13 | **Grundsatzentscheidung:**<br>Leitung, Geschäftsführung | **Projektfortführung**<br>Wie geht es weiter? | ■ Zahl der Einweisungen<br>■ Versorgungs- und Lebensqualität<br>■ Verstetigung | | |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 49 27.06.16 14:36 27.06

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

## Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Selbsteinschätzung: Wo stehen wir?

### Wie ist Ihr Eindruck?

| | **Bitte schätzen Sie Ihrer Wahrnehmung nach ein:** | | |
|---|---|---|---|
| | **häufig** | **selten** | **weiß nicht** |
| Wie oft finden bei uns ungeplante Krankenhauseinweisungen statt? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Waren die Einweisungen notwendig? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wären die Einweisungen vermeidbar gewesen? | ☐ | ☐ | ☐ |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 50 27.06.16 14:36 27.06

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

## Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Selbsteinschätzung: Wo stehen wir?

### Was sagen die Zahlen?

Sie benötigen nun eine Liste mit den ungeplanten Krankenhauseinweisungen Ihrer Bewohner/innen und zwar jeweils für das zurückliegende Quartal. Führen Sie diese Überprüfungen dann in jedem Quartal erneut durch.

| **Wie oft fanden bei uns ungeplante Krankenhauseinweisungen statt?** | **_____ Einweisungen im Quartal** | | |
|---|---|---|---|
| | Bitte schätzen Sie nun erneut ein: | | |
| | häufig | selten | weiß nicht |
| Waren diese Einweisungen notwendig? | ☐ | ☐ | ☐ |
| Wären diese Einweisungen vermeidbar gewesen? | ☐ | ☐ | ☐ |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 51 27.06.16 14:36 27.06

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

## Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Selbsteinschätzung: Wo stehen wir?

### Was sind bisher die Gründe für Einweisungen?

| **Wir veranlassen ungeplante Krankenhauseinweisungen, wenn…** | **Bitte schätzen Sie ein:** | | |
|---|---|---|---|
| | häufig | selten | weiß nicht |
| … dies dem Willen der Bewohner/innen entspricht | ☐ | ☐ | ☐ |
| … der Wille der Bewohner/innen nicht bekannt ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| … der Gesundheitszustand der Bewohner/innen sich stark verschlechtert hat | ☐ | ☐ | ☐ |
| … ein akutes Ereignis eingetreten ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| … der behandelnde Arzt/die Ärztin nicht erreichbar ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| … Angehörige oder gesetzliche Betreuungspersonen dies wünschen | ☐ | ☐ | ☐ |
| … die Versorgung im Heim nicht mehr gewährleistet ist | ☐ | ☐ | ☐ |
| … dies zur Absicherung der Mitarbeiter/innen beiträgt | ☐ | ☐ | ☐ |
| … das Qualitätsmanagement dies vorsieht | ☐ | ☐ | ☐ |
| … andere Gründe | ☐ | ☐ | ☐ |
| Zählen Sie hier jeweils zusammen: | _____ | _____ | _____ |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 52 27.06.16 14:36 27.06

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

## Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Unser Ziel: Wo wollen wir hin?

| **Wir wollen möglichst keine Einweisung veranlassen, wenn…** | **Bitte geben Sie an:** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Stimmt vollständig | Stimmt teilweise | Stimmt eher nicht | Stimmt nicht |
| … dies dem Willen des Bewohners/der Bewohnerin entspricht | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … eine Palliativsituation vorliegt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … keine Verletzungen vorliegen, die einer unmittelbaren Krankenhausbehandlung bedürfen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … die Versorgung auch in einer Akutphase im Altenheim erfolgen kann | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| dafür ausreichend kompetentes Personal gewährleistet ist | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| dabei die ärztliche Erreichbarkeit und Versorgung gewährleistet ist | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| die Apotheken die Medikamentenversorgung gewährleisten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … die Beteiligten wie Arzt/Ärztin, Angehörige, Betreuer/in… das Vor-Ort-Bleiben mittragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … die Leitung die Entscheidung unterstützt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … andere Gründe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 53 27.06.16 14:36 27.06

Wohnbereich: _____ Einschätzung durchgeführt von: _____

Datum: _____ für Quartal: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

## Reduktion von (ungeplanten) Krankenhauseinweisungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim – Maßnahmen: Was wollen wir umsetzen?

Wählen Sie aus der folgenden Auflistung für Sie passende und zielführende Interventionen/Maßnahmen zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen aus, am besten nicht mehr als drei. Legen Sie hier fest wer jeweils hauptverantwortlich ist, das Datum bis wann die Maßnahme umgesetzt werden soll und das Datum wann eine Überprüfung geplant wird.

| **Bitte kreuzen Sie drei Maßnahmen an:** | **Halten Sie dann Folgendes fest:** | | |
|---|---|---|---|
| Mit und für den Bewohner/die Bewohnerin | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
| ☐ Gespräch vor Einzug bzw. frühzeitig, um Behandlungswünsche bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfahren | | | |
| ○ Absprachen für akute Ereignisse treffen und deren schriftliches Festhalten<br>○ Thematisieren von Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, gesetzliche Betreuung<br>○ regelmäßige hausärztliche Versorgung abstimmen<br>○ gesundheitliche Probleme kennen und den Blick auf Veränderungen richten können | | | |
| ☐ Individuelle Notfall-Leitlinie entwickeln und für alle verfügbar aufbewahren | | | |
| Mit und für Angehörige | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
| ☐ Informationsvermittlung für Angehörige und Pflegende zu Fragen der Haftung, zu Vollmachten, gesetzliche Betreuung… | | | |
| ☐ Verbindung zu Angehörigen herstellen, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei Einweisungen zu ermöglichen | | | |
| ○ Angehörigenvisite einführen<br>○ Angehörige regelmäßig einladen zu Fallbesprechungen, zum Austausch | | | |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 54 27.06.16 14:36 27.06

| Mit und für Pflegende/Leitungen | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
|---|---|---|---|
| ☐ ausreichende Personalausstattung, um die Anforderungen zu gewährleisten | | | |
| ○ Umsetzung eines Bezugspersonenpflegesystems<br>○ Einarbeitung neuer Kollegen/Kolleginnen im Hinblick auf die Vermeidung von Einweisungen ins Krankenhaus<br>○ Motivationsförderung der Mitarbeiter/innen z. B. durch Rückmeldung der Einweisungszahlen | | | |
| ☐ Bildungsangebote für Pflegefach-, Pflegehilfspersonen, um Veränderungen zu erkennen und im Team zu besprechen | | | |
| ○ Fortbildung zu häufigen Krankheitsbildern plus Symptome, Probleme<br>○ Fortbildung zur Erfassung von Risiken wie Sturz oder Schmerz Schulung zur Prüfung von Funktionalität bei Sturzereignissen<br>○ Training von interdisziplinärer Kommunikation<br>○ Expertisen fördern z. B. für Wundmanagement, Katheterismus, ggf. Diagnostik wie EKG | | | |
| ☐ reflektierten Austausch in der Alltagsorganisation ermöglichen, um vorausschauend zu handeln | | | |
| ○ bei Übergaben den Blick auf Veränderungen bei den Bewohner/innen lenken<br>○ Fallbesprechungen z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt mit Blick auf zukünftige Alternativen<br>○ telefonische 24 Stunden-Konsultationsmöglichkeit der Leitung zur Klärung | | | |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 55 27.06.16 14:36 27.06

| Mit und für Ärzte/Ärztinnen, Apotheken | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
|---|---|---|---|
| ☐ Dichte Zusammenarbeit entwickeln, um die ärztliche Versorgung vor Ort zu gewährleisten | | | |
| ○ Regelmäßige ärztliche Visiten einführen, die von Pflegenden begleitet werden<br>○ Umsetzung von Diagnostikmöglichkeiten prüfen und z. B. in einem Untersuchungszimmer vorhalten<br>○ Parkplatz für den ärztlichen Dienst, für Apothekendienst reservieren<br>○ den Informationsfluss zu Arzt/Ärztin gewährleisten durch gezielte, gesammelte Hinweise z. B. per Telefonat zu bestimmten Zeiten<br>○ Medikationsabgleich regelmäßig ermöglichen | | | |
| ☐ Erreichbarkeit über 24 h klären, vor allem in Situationen, in denen sich „etwas anbahnt“ | | | |
| ☐ gemeinsames Berichtswesen für Aufnahme, Verlauf und Entlassung entwickeln, bei notwendigen Einweisungen | | | |
| Mit und für alle Beteiligten wie ärztlicher Dienst, Angehörige, Pflegende, gesetzliche Betreuer/in, Therapeuten/innen u.a. | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
| ☐ enge Zusammenarbeit mit Absprachen, um eine vorausschauende und verstehende Haltung zu entwickeln | | | |
| ○ regelmäßige Fallbesprechungen (z. B. ethische)<br>○ systematische Informationsweitergabe an alle Beteiligten erstellen, sobald Veränderungen auftreten<br>○ vernetzte Hospiz- und Palliativversorgung | | | |
| ☐ Vermittlung von Kenntnissen der Validation | | | |
| Andere Interventionen/Maßnahmen | verantwortlich ist: | bis wann: | überprüft wird am: |
| ☐ | | | |
| ☐ | | | |
| ☐ | | | |
| ☐ | | | |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 56 27.06.16 14:36 27.06

# Fallbeispiele

Die Fallbeispiele in diesem Handbuch geben einen Impuls zur Auseinandersetzung in den Arbeitsgruppen. Sie können den eigenen Standpunkt diskutieren und geeignete Interventionen beschließen, um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Nutzen Sie dazu die Fragen am Ende der Beispiele.

## Fallbeispiel 1: Sturz

Frau Liebermann ist 75 Jahre alt und lebt seit 2 Monaten im Altenheim, weil sie zuhause immer wieder gefallen war und nicht mehr alleine zurechtkommt. Sie trägt Einmalpants wegen Harninkontinenz und hat eine beginnende Demenz. Es liegt eine Generalvollmacht für die Tochter vor. Frau Liebermann hat mehrere Erkrankungen wie Bluthochdruck, Osteoporose, Arthrose, Einschränkungen im Bewegungsapparat, Gangstörungen und andere.

Am Nachmittag findet eine Betreuungsassistentin Frau Liebermann auf dem Boden liegend in ihrem Zimmer und verständigt sofort eine Pflegende. Frau Liebermann gibt an, dass ihr nichts weh tut, sie sich auch nicht erklären kann, was passiert ist und dass sie das auch nicht so schlimm findet. Sie hat eine Platzwunde an der Stirn und zu zweit heben die beiden Frau Liebermann ins Bett. Die Pflegende verständigt den Notarzt, der Frau Liebermann ins Krankenhaus einweist. Anschließend wird die Tochter darüber informiert. Im Krankenhaus wird die Platzwunde genäht und am späten Abend kommt Frau Liebermann ohne weitere Information aus dem Krankenhaus zurück. Sie wirkt durcheinander und erschöpft, ist eingenässt und etwas apathisch.

**Welche positiven Aspekte sehen Sie in der Vorgehensweise?**

**Welche negativen Aspekte sehen Sie im Verlauf?**

**Ist der Wille der Bewohnerin genügend berücksichtigt worden?**

**Was hätte im Vorfeld getan werden können für einen anderen Verlauf?**



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 57 27.06.16 14:36 27.06

## Fallbeispiel 2: Schmerz

Herr Krumm ist 83 Jahre alt. Er hat Pflegestufe 2. Seit gut einer Woche wird in der Pflegedokumentation immer wieder vermerkt, dass der Bewohner über Unterbauchschmerzen klagt. Der Hausarzt wurde telefonisch über die Beschwerden informiert, doch es erfolgt keine Behandlung seinerseits. Auch sind keine pflegerischen Konsequenzen dokumentiert. Am Donnerstag gegen 22:00 Uhr trifft eine Pflegende aus dem Nachtdienst Herrn Krumm nun mit stärksten Schmerzen und Krämpfen im Unterbauch an. Die Pflegende ruft unverzüglich den notärztlichen Dienst an. Die diensthabende Ärztin weist Herrn Krumm ins Krankenhaus ein. Er wird nach einer klinischen Untersuchung, EKG und Röntgen stationär aufgenommen. Eine schwere Obstipation verursachte die starken Bauchschmerzen. Es werden abführende Maßnahmen durchgeführt und nach 3 Tagen Aufenthalt werden diese auch für die Zukunft im Entlassungsbrief empfohlen.

**Welche positiven Aspekte sehen Sie im Verlauf?**

**Welche negativen Aspekte sehen Sie bei diesem Vorgang?**

**Ist der Gesundheitszustand genügend berücksichtigt worden?**

**Was hätte im Vorfeld getan werden können für einen anderen Verlauf?**



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 58 27.06.16 14:36 27.06

## Fallbeispiel 3: Niereninsuffizienz

Frau Niemeier ist für ihr Alter von 95 Jahren eine noch recht rüstige und eigenständige Person. Dennoch benötigt Sie täglich pflegerische Unterstützung und hat Pflegestufe 1. Sie hat im Rahmen einer Patientenverfügung den Willen geäußert, lebensverlängernde Maßnahmen im Falle einer schweren Erkrankung abzulehnen.

Seit einigen Tagen leidet Frau Niemeier unter Übelkeit begleitet von Schwindel. Ihr Hausarzt wird mehrfach telefonisch kontaktiert und kommt zum Hausbesuch. Am Mittwochmorgen wird Frau Niemeier dann schließlich durch den Hausarzt in das benachbarte Krankenhaus eingewiesen und sie wird stationär aufgenommen. Die klinische Untersuchung und weitere diagnostische Maßnahmen wie eine Röntgenaufnahme des Thorax, ein EKG und ein umfängliches Labor werden durchgeführt. Die Laborergebnisse weisen auf ein akutes Nierenversagen bei chronischer Niereninsuffizienz 4. Grades hin. Ursächlich für die akute Verschlechterung der Nierenfunktion war im Fall von Frau Niemeier laut Entlassungsbrief ein Volumenmangel/eine Exsikkose der Patientin. Unter Anderem erhält Frau Niemeier im Krankenhaus eine Flüssigkeitssubstitution mit Infusionen. Sie wird nach 8 Tagen wieder zurück ins Heim entlassen.

**Welche positiven Aspekte sehen Sie im Verlauf?**

**Welche negativen Aspekte sehen Sie bei diesem Vorgang?**

**Ist der Gesundheitszustand genügend berücksichtigt worden?**

**Was hätte im Vorfeld getan werden können für einen anderen Verlauf?**



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 59 27.06.16 14:36 27.06

## Fallbeispiel 4: Herzinsuffizienz

Der 75-jährige Herr Meier ist seit 5 Jahren Witwer, hat Pflegestufe 2 und leidet an einer ausgeprägten Herzinsuffizienz, die immer wieder zu Ödemen führt und ihn an manchen Tagen bei Anstrengung auch kurzatmig werden lässt. Er lebt erst seit 3 Wochen in seinem Einzelzimmer im Altenheim und fühlt sich noch etwas verloren. Seine Tochter besucht ihn täglich.

Vor dem Einzug fand mit ihm und seiner Tochter ein Gespräch in seiner Wohnung statt und neben den Eindrücken seiner bisherigen Lebensweise konnte sich die Pflegefachperson auch ein Bild über seinen Gesundheitszustand machen. Zudem sprach sie mögliche Auswirkungen der Erkrankung an, auch direkt in Bezug auf eine mögliche Krankenhauseinweisung. Die bevollmächtigte Tochter und Herr Meier waren sich rasch einig, dass er nur dann eingewiesen werden soll, wenn ein Notfall besteht. Ansonsten wünschen beide den Einbezug des Hausarztes, der frühzeitig bei Zunahme der Symptomatik vor Ort die notwendige Therapie durchführen soll. Als Hausarzt wird ein Internist gewählt, der regelmäßig in die Einrichtung kommt. Diese Wünsche werden schriftlich festgehalten und unterzeichnet. Bei der Aufnahme wird die Bezugspflegeperson über diese Willensäußerung informiert und das Dokument ist jederzeit erreichbar in der Dokumentation abgeheftet.

Als die Pflegefachperson in der vierten Woche Herrn Meier morgens versorgt, sitzt er auf der Bettkante und schnappt nach Luft. Nach Öffnen des Fensters und beruhigendem Zuspruch lässt die Atemnot etwas nach. Herr Meier ist kaltschweißig und wirkt erschöpft, er möchte Hilfe.

**Welche Vorgehensweisen sind möglich?**

**Wie wird der Wille des Bewohners berücksichtigt?**

**Wie könnte ein zufriedenstellendes Ergebnis aussehen?**



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 60 27.06.16 14:36 27.06

## Akute Ereignisse im Blick

| 1 Vor Einzug | 2 Alltag | 3 Veränderungen | 4 Akutes Ereignis | 5 Zusammenarbeit mit Krankenhaus | 6 Integration, Voraus-planung |
|---|---|---|---|---|---|
| ▪ Einschätzung der vorherigen Lebens-situation<br>▪ Aktuelle Gesund-heitssituation<br>▪ Betreuung, Ange-hörige<br>▪ Umgang mit Krank-heit, Notfall und Sterbesituation<br>▪ Überleitung vom Krankenhaus<br>▪ Gespräch über Hausarzt, Facharzt, weitere<br>▪ Prioritäten, Wün-sche des Bewoh-ners | ▪ Pflegesystem, Organisation der Pflege<br>▪ Dokumentation der gesundheitlichen Situation<br>▪ Durchführung spezifischer medizi-nisch-pflegerischer Aufgaben<br>▪ Zusammenarbeit mit Ärzten<br>▪ Zusammenarbeit mit Apothekern<br>▪ Zusammenarbeit mit Therapeuten<br>▪ Zusammenarbeit mit Angehörigen, Betreuern<br>▪ Fallbesprechung<br>▪ Einarbeitung, Fort-bildungen | ▪ Wahrnehmen von Veränderungen<br>▪ Reaktion auf Verän-derungen<br>▪ Nachhalten der Wirkung der Maß-nahmen<br>▪ Vorausschauende Maßnahmen<br>▪ Kommunikation, Dokumentation der Veränderungen | ▪ Wahrnehmen und Beschreiben<br>▪ Entscheidungs-wege, Abläufe und Beteiligte (Regeln)<br>▪ Bewohnerbezo-gene Informationen<br>▪ Überleitung ins Krankenhaus<br>▪ Informationen an Angehörige, Betreuer | ▪ Betreuung der Bewohner während des Krankenhaus-aufenthaltes<br>▪ Informationsaus-tausch mit den Mitarbeitern des Krankenhauses<br>▪ Entlassung aus dem Krankenhaus | ▪ Erfassung des Gesundheitszu-standes und von Informationen<br>▪ Erfahrungen mit der Rückkehr von Bewohnern<br>▪ Maßnahmen zum Wiedereinfinden |



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 61 27.06.16 14:36 27.06

# Reduktion und Vermeidung von Krankenhauseinweisungen im Altenheim

## Gesetzliche Betreuung

IMPULSE

## Übersicht

- Betreuung – wovon sprechen wir eigentlich?
- Gesetzliche Betreuung = rechtliche Betreuung
- Wozu Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen?
- Betreuungsverfahren/Einrichtung einer Betreuung/Antragstellung
- Bedeutung von Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, gesetzlichen Betreuungen bei der Reduktion/Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
- Wie sieht die Praxis aus?



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 62 27.06.16 14:36 27.06

## Betreuen

**Sich um jemanden oder um etwas kümmern**
**Für jemanden oder etwas sorgen**

- Wird im alltäglichen Sprachgebrauch genutzt in der Betreuung von
  → Kranken, Kunden, Säuglingen, Kindern, Haustieren, Projekten, einem Haus/einer Wohnung, Bewohnern…

## Betreuung im Kontext von Pflege

- Betreuung tritt im Zusammenhang mit Betreuungsleistungen im SGB XI auf, hat aber nichts mit gesetzlicher Betreuung zu tun
- Betreuungsgesetz (BTG) existiert seit 1. Januar 1992 und löste das Entmündigungsgesetz ab
- 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 2012: 1.325.013 (Bundesanzeiger-Verlag 2013)
- Gesundheitliche Ressourcen der Betreuten sind meist stark eingeschränkt



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 63 27.06.16 14:36 27.06

## Gesetzliche Betreuung = rechtliche Betreuung

- Gesetzliche 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)

- Wer eine gesetzliche Betreuung übernimmt, kommt in die besondere Situation, Entscheidungen mit und vor allem auch für eine andere Person zu treffen.
  → Hierfür sind Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen hilfreich.

## Vorsorgevollmacht – Patientenverfügung

**In beiden Dokumenten spiegelt sich der selbst geäußerte Wille der Person wider**

- 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

- Voraussetzung für beide Verfügungen:
  → Die Person, die eine Vorsorgevollmacht erteilt oder eine Patientenverfügung verfasst, muss zu diesem Zeitpunkt geschäftsfähig sein.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 64 27.06.16 14:36 27.06

## Vorsorgevollmacht

- Der Vollmachtgeber muss zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung geschäftsfähig sein (Attest vom Arzt)
- § 104 Nr. 2 BGB: „Geschäftsunfähig ist, wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistesfähigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach vorübergehend ist".
- Die Bevollmächtigung umfasst fest geschriebene Bereiche und kann als Generalvollmacht erteilt werden oder für einzelne Bereiche: Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit, Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten, Behörden, Vermögenssorge, Post- und Fernmeldeverkehr, Vertretung vor Gericht, Untervollmacht, Betreuungsverfügung, Geltung über den Tod hinaus, weitere Regelungen

## Patientenverfügung

- Ziel
  → eigene Einflussnahme auf eine spätere medizinische Behandlung, falls die betroffene Person nicht mehr ansprechbar oder nicht mehr entscheidungsfähig ist
- Gestaltung
  → schriftliche Festlegung des eigenen Willens 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 weiter zu leben?
  → Eine intensive und informierte Auseinandersetzung ist hier erforderlich



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 65 27.06.16 14:36 27.06

## Betreuungsverfahren

**Voraussetzungen für eine gesetzliche Betreuung:**

- Wenn eine volljährige Person aufgrund 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
- Das Verfahren gründet sich auf § 1896 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

## Antrag für eine gesetzliche Betreuung

- Das Altenheim kann entweder beim Amtsgericht einen Antrag stellen oder sich an die zuständige Betreuungsbehörde der Region wenden.
- Der Antrag kann von unterschiedlichen Stellen aus gestellt werden: (Altenheim, Krankenhaus, Nachbarn, Familie etc.). Im Prinzip kann jede volljährige Person einen Antrag stellen.
- Von der Betreuungsbehörde wird im Vorfeld bis zum richterlichen Begutachtungstermin ein Sozialbericht erstellt, der folgende 4 wichtige Fragen beantworten soll:
  → Ist eine gesetzliche Betreuung nötig?
  → In welchen Angelegenheiten ist die gesetzliche Betreuung nötig?
  → Wer soll die gesetzliche Betreuung übernehmen?
  → Ist die gesetzliche Betreuung zu vermeiden, gibt es andere möglichen Hilfen?



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 66 27.06.16 14:36 27.06

## Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung

- Vorsorgevollmacht kann nicht mehr erteilt werden z. B. bei einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung
- Vorschlag einer gesetzlichen Betreuung von der Betreuungsbehörde an das Betreuungsgericht
- Die gesetzliche Betreuung soll, sofern möglich, ehrenamtlich geführt werden: volljährige Verwandte oder Ehepartner, Nachbarn…
- Betreuungsgericht richtet eine gesetzliche Betreuung ein
- Ab diesem Zeitpunkt ist die als gesetzliche Betreuungsperson benannte Person handlungsbefugt

**Bedingungen für eine gesetzliche Betreuung**

- Betroffene können eigene Angelegenheiten nicht mehr alleine erledigen und haben keine Vorsorgevollmacht
- Vorsorgevollmacht ist erteilt, bezieht sich aber nicht auf den Bereich, in dem der Betroffene nicht mehr eigenverantwortlich handeln kann

**Einrichtung der gesetzlichen Betreuung**

1. Jede (volljährige?) Person kann eine gesetzliche Betreuung für sich selbst oder eine andere Person beantragen
2. Die Betreuungsbehörde ist erster Ansprechpartner. Sie überprüft ob der Sachverhalt für eine gesetzliche Betreuung gegeben ist, schlägt BetreuerInnen vor und berät und unterstützt sie
3. Das Vormundschaftsgericht (Amtsgericht?) richtet die gesetzliche Betreuung nach einer persönlichen Anhörung der Betroffenen/Angehörigen ein, kontrolliert sie und hebt sie auch wieder auf



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 67 27.06.16 14:36 27.06

## Anforderungsbereiche an gerichtlich bestellte Betreuungspersonen

- Die Aufgabenbereiche entsprechen den Bereichen in einer Vorsorgevollmacht:
  → Vermögenssorge, Gesundheitssorge, Aufenthaltsbestimmung, Wohnungsangelegenheiten, Vertretung in gerichtlichen Verfahren, Vertretung gegenüber Behörden, Postverkehr
- Hinzu kommen Erweiterungen:
  → freiheitseinschränkende Maßnahmen und Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung
- Über die Bereiche der Zuständigkeit entscheidet das Gericht

## Bedeutung von gesetzlichen Betreuungen bei der Reduktion/ Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

**Gesetzliche Betreuung:**

- es ist wichtig zu wissen, für welche Aufgabenbereiche die gesetzliche Betreuung eingerichtet ist und in welchem Bereichen die Person eigene Entscheidungen trifft
- Angehörige können ehrenamtliche gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen sein. Sie benötigen Wissen und Informationen, um Entscheidungen (mit anderen) treffen zu können
- Als Stellvertretung für den Bewohner, die Bewohnerin sollte vorausschauend besprochen werden, welche medizinischen Behandlungen gewünscht werden, was im Falle eines akuten Ereignisses zu tun ist.
- Gesetzliche Betreuungspersonen einbinden, z. B. in ethische Fallbesprechungen als Fürsprecher, Anwalt, entscheidungsbefugte Person



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 68 27.06.16 14:36 27.06

## Bedeutung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen bei der Reduktion/Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

**Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen**

- Eigener Wille der Bewohner/innen bezüglich der zukünftigen medizinischen Behandlung ist bekannt/schriftlich festgelegt
  → sollte allen Beteiligten bekannt und zugänglich sein
- Berücksichtigung des Willens der Bewohner/innen bei der pflegerischen Versorgung
  → der Pflegeprozess orientiert sich daran
- Schnelle Entscheidungsfindung, rasche Durchführung der Maßnahmen bei akuten Ereignissen, da der Wille der Bewohner/innen bekannt ist
  → gibt bei akuten Ereignissen die Richtung vor
- Geäußerter Wille der Bewohner/innen kann ein „Schutz", eine Orientierungshilfe für die Pflegenden bei der Entscheidungsfindung sein
  → und auch für alle anderen Beteiligten

## Und in der Praxis?

**Wie läuft eine Krankenhausweinweisung ab, wenn eine gesetzliche Betreuung vorliegt?**

- Entscheidung, Information …



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 69 27.06.16 14:36 27.06

## Literaturhinweise und Links


- https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/rechte-und-pflichten/angehoerige-und-betreuer/rechtliche-betreuung.html
- http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Betreuungsvoraussetzung
- http://www.bmjv.de/DE/Themen/Gesellschaft/Patientenverfuegung/patientenverfuegung_node.html

- Betreuungsrecht: Stand 01.07.2015
  Eine Broschüre über die Grundzüge des Betreuungsrechts und Informationen zur Vorsorgevollmacht. http://www.bmjv.de/DE/Service/Broschueren/_node.html

- Wendt, W R (2013) Manageriale Besorgungen in der rechtlichen Betreuung und außerhalb. Case Management 2/2013, 64-70. ISSN 1861-0102. 10. Jahrgang




Lebensqualität_2_Umbruch.indd 70 27.06.16 14:36 27.06

# Reduktion und Vermeidung von Krankenhauseinweisungen im Altenheim

## Fallbesprechungen

IMPULSE ZUR METHODE

## Übersicht

- Was verstehen wir unter einer Fallbesprechung?
- Wozu sind Fallbesprechungen nützlich?
- Welche Merkmale kennzeichnen eine Fallbesprechung?
- Wie sieht der konkrete Ablauf einer Fallbesprechung aus?
- Wie schildert man am besten den Fall?
- Wie lässt sich der Fall analysieren?
- Welche Rolle spielen Fallbesprechungen bei der
- Reduktion/Vermeidung von Krankenhauseinweisungen?
- Ein Fallbeispiel, woran Sie auch arbeiten könnten
- Tipps zur Anwendung, wenn Sie die Methode einsetzen möchten



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 71 27.06.16 14:36 27.06

## Was verstehen wir unter einer Fallbesprechung?

- Der Begriff Fallbesprechung beschreibt ein „strukturiertes, zielgerichtetes, professionelles Gesprächsverfahren", das dem Verstehen der Lebens- und 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

## Wozu sind Fallbesprechungen nützlich?

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

- Es gibt zwei Formen und beide ergänzen sich bei der Umsetzung:
  → erzählend, um implizites Wissen mit an den Tag zu bringen im Sinne von Wissenszirkulation
  → themengestützt, um die Erkenntnisse aus dem Interventionsmodell zielorientiert einzubringen



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 72 27.06.16 14:36 27.06

## Welche Merkmale kennzeichnen eine Fallbesprechung?

- Grundregeln wie Wertschätzung, Verbindlichkeit, aktive Beteiligung, Bereitschaft zur Offenheit, klare Kommunikationsregeln schaffen, Ziel- und Ressourcenorientierung
- Die Einhaltung bestimmter Rahmenbedingungen, die situativ angepasst werden können: hierbei geht es um Aspekte wie Größe der Gruppe, Auswahl der Teilnehmer, Dauer, Arbeitszeitregelung
- Eine festgelegte Ablaufstruktur

## Wie sieht der konkrete Ablauf einer Fallbesprechung aus?

**Grundhaltung: es ist möglich, Einweisungen zu vermeiden?**

- Eingangsrunde durch Moderator
- Fallschilderung erzählend durch PFP (5-W Fragen plus Bewohnerwille)
- Rückfragen und Anregungen durch das Team als Reflexionspartner
- Situationsanalyse durch Moderator (Ankerpunkte am Interventionsmodell verdeutlichen)
- Maßnahmenplanung mit allen Teilnehmern gebündelt durch Moderator
- Abschlussrunde durch Moderator



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 73 27.06.16 14:36 27.06

## Wie schildert man am besten den Fall?

**5 W-Fragen**
Diese fordern den Falleinbringer frei dazu auf, erzählend den Fall zu schildern, damit allen klar wird, worum es geht

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

## Wie lässt sich der Fall analysieren?

**Zur genaueren Situationsanalyse nach der Fallschilderung:**

- Wo wären Möglichkeiten gewesen, den Verlauf zu ändern?
  → Hierzu eignet sich das Interventionsmodell zur Veranschaulichung und dem Erkennen, an welcher Stelle Änderungen denkbar wären
- Wie kann es gelingen, weitere Einweisungen zu vermeiden?
  → Eine Auflistung möglicher Interventionen findet sich im Bogen der Selbsteinschätzung und im Interventionsmodell



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 74 27.06.16 14:36 27.06

## Welche Rolle spielen Fallbesprechungen bei der Reduktion/ Vermeidung von Krankenhauseinweisungen?

- Sie können rückwirkend zur Reflexion einer Krankenhausweinweisung sinnvoll sein, um im Nachhinein zu verstehen, was passiert war
- 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 Interventionsmodell ersichtlich sind
- Aufgrund der Ergebnisse können bei der Maßnahmenplanung Aspekte aufgenommen werden, die auf Vermeidbarkeit hin eingesetzt werden

## Fallbeispiel, woran Sie auch arbeiten könnten

Herr Krumm ist 83 Jahre alt. Er hat Pflegestufe 2. Seit gut einer Woche wird in der Pflegedokumentation immer wieder vermerkt, dass der Bewohner über Unterbauchschmerzen klagt. Der Hausarzt wurde telefonisch über die Beschwerden informiert, doch es erfolgt keine Behandlung seinerseits. Auch sind keine pflegerischen Konsequenzen dokumentiert. Am Donnerstag gegen 22:00 Uhr trifft eine Pflegende aus dem Nachtdienst Herrn Krumm nun mit stärksten Schmerzen und Krämpfen im Unterbauch an. Die Pflegende ruft unverzüglich den notärztlichen Dienst an. Die diensthabende Ärztin weist Herrn Krumm ins Krankenhaus ein. Er wird nach einer klinischen Untersuchung, EKG und Röntgen stationär aufgenommen. Eine schwere Obstipation verursachte die starken Bauchschmerzen. Es werden abführende Maßnahmen durchgeführt und nach 3 Tagen Aufenthalt werden diese auch für die Zukunft im Entlassungsbrief empfohlen.



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 75 27.06.16 14:36 27.06

## Tipps zur Anwendung, wenn Sie die Methode einsetzen möchten

- Fallbesprechungen fallen Pflegenden leichter, wenn diese in externer professioneller Begleitung erfolgen.
- 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 manchmal 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.
- Fallbeispiele eignen sich auch für Fallbesprechungen, wenn das Thema passt.

## Literaturhinweise und Links


- Buscher, I., Reuther, S., Holle, D., Bartholomeyczik, S., Vollmar, H. C.,& Halek, M. (2011). Das kollektive Lernen in Fallbesprechungen. Pflegewissenschaft 3/12, S. 168 – 178.
- Schrems, B. (2013). Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche. Wien: Falcultas Verlag
- Kocks, A., Segmüller, T., & Zegelin, A. (2012). Kollegiale Beratung in der Pflege – Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung. Pflegewissenschaft.de.
- Autor unbekant (2007). „Ethische Fallbesprechung im Reformierten Gemeindestift Elberfeld in Wuppertal", in: Steurer, J., Alsh
- So geht es nicht weiter: Die Ethische Fallbesprechung Eine Methode zum Umgang mit Konflikten im Gesundheitsbereich und in der Altenhilfe. Feimer, M. (Hrsg.).Palliativkompetenz und Hospizkultur entwickeln. Behrs Verlag




Lebensqualität_2_Umbruch.indd 76 27.06.16 14:36 27.06

# Reduktion und Vermeidung von Krankenhauseinweisungen im Altenheim

## Kooperation mit dem Krankenhaus

IMPULSE

## Übersicht

- Wie sieht die Kooperation mit dem Krankenhaus in der Realität aus und welche Konsequenzen lassen sich daraus ableiten?
- Welche Informationen werden wie ins Krankenhaus mitgegeben und von dort gewünscht?
- Was geht mit ins Krankenhaus und wie klappt der Transport?
- Was hilft für eine Kooperation? Was hilft für die direkte Zusammenarbeit?
- Was erfolgt bei Rückkehr der Bewohner/innen?
- Weitere Ideen?



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 77 27.06.16 14:36 27.06

## Wie sieht die Kooperation mit dem Krankenhaus in der Realität aus?

- Einführung der DRGs und damit eine verkürzte Verweildauer geriatrischer Patienten und Patientinnen in den Krankenhäusern
- Entlassungen werden nicht ausreichend geplant und im Altenheim nicht mitgeteilt, Einweisungen werden im Krankenhaus nicht mitgeteilt
- Unzureichende Informationsweitergabe und -aufnahme
- Hilfsmittel (noch) nicht geliefert bei Entlassung, oder bei Einweisung nicht mitgegeben
- Benötigte Medikamente und Verordnungen fehlen bei der Überleitung auf beiden Seiten
- Krankenhäuser sind nicht auf Menschen mit Demenz eingestellt, haben auch wenig Wissen und Möglichkeiten für diese Personengruppe

## Welche Konsequenzen lassen sich daraus ableiten?

**Fazit**

- Es existieren keine standardisierten Regelungen zur Zusammenarbeit bei der Überleitung
- Kommunikationsdefizite führen häufig zu einer unzureichenden Versorgung

**Es gilt daher**

- „Drehtüreffekte“ zu vermeiden
- Krankenhausaufenthalte zu verkürzen

  → durch eine intensivere Nachsorge und Wiedereingewöhnung mit dem Blick auf die zukünftige Vermeidung einer erneuten Einweisung



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 78 27.06.16 14:36 27.06

## Welche Informationen werden wie ins Krankenhaus mitgegeben und von dort gewünscht?

**Schriftlich wünschenswert:**

- ärztlicher Einweisungsschein und/oder Einweisungsgrund, Überleitungsbogen zur pflegerischen Versorgung (Orientierung, Mobilität), aktuelle Adressdaten, Vollmachten/ Patientenverfügung/gesetzliche Betreuung, aktuelle Medikamentenverordnung, Ansprechpartner, Vermerk der Hilfsmittel

**Mündlich wünschenswert:**

- telefonische Ankündigung der Aufnahme, Nachfragen zwischen den Mitarbeiter/innen bei Unklarheiten, persönliche Begleitung durch zugehörige Person, die Auskunft geben kann …

## Was geht mit ins Krankenhaus und wie klappt der Transport?

- Schriftliche Unterlagen zur Verlegung – werden mitgegeben, möglichst vollständig!
- Hilfsmittel zur Verständigung: Hörgerät, Brille, Zahnprothese – dafür gibt es inzwischen Boxen, in denen diese Hilfen aufbewahrt werden und mit Namen versehen am Bett des Patienten verbleiben bzw. beim Patienten
- Persönliche Utensilien: alle beschriften! (Kleidung, Kulturbeutel, Gehhilfen, Pflegemittel, Prothesendose …)
- Medikamente, BTM, Insulin, Marcumarpass…
- medizintechnische Hinweise: Schrittmacher, Implantate…
- Eine Begleitperson: zum beruhigen, Informationen geben, auspacken, sich bekannt machen, Ansprechpartner vom Altenheim mitteilen, Telefon anmelden, helfen bei der Orientierung …



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 79 27.06.16 14:36 27.06

## Besuche der Bewohner/innen im Krankenhaus

- 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?

  → Chance, sich dort bekannt zu machen und sich gegenseitig kennen zu lernen

## Was erfolgt bei Rückkehr der Bewohner/innen?

- Ankündigung der Rückverlegung erfolgt nicht systematisch, Informationen unzureichend, Entlassungsbrief meist nicht dabei, Utensilien alle wieder mitgebracht? Medikamentenänderungen?
  → Organisationsphase mit hohem Aufwand: Mitteilung an Angehörige, Arztabstimmung, Medikamentenmanagement, Apothekenlieferung

- Verfassung des Bewohners/der Bewohnerin: oftmals reduzierter körperlicher und emotionaler Zustand, Hautzustand, Gewicht, Ernährung, Mobilität, Erschöpfung
  → Wiedereingewöhnungsphase über Stunden, Tage, Wochen



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 80 27.06.16 14:36 27.06

## Was hilft für eine Kooperation?

- 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 Fachpersonen
- 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

## Was hilft für die direkte Zusammenarbeit?

- Feste Ansprechpartner auf beiden Seiten benennen
- Bei den Kooperationspartnern bekannt machen (z. B. persönlich, Weitergabe von Organigrammen und Telefonlisten)
- sich gegenseitig kennenlernen, Beziehungsaufbau, Hospitationen
- Besonderheiten und Alltag des anderen Arbeitsfeldes kennenlernen
- Fachlicher Austausch, voneinander und miteinander lernen
- Kooperationsgespräche des Management/Leitung
- Multiprofessionelle Qualitätszirkel, z. B. zur Wundversorgung



Lebensqualität_2_Umbruch.indd 81 27.06.16 14:36 27.06

## Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus?

- Wie sieht die Zusammenarbeit oder Kooperation mit den Krankenhäusern bei Ihnen aus?
- Was tun Sie bereits und was könnten Sie einführen?

## Literaturhinweise und Links


- http://www.dnqp.de/38088.html : Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege
- Höhmann, U.: Entlassungs- und Verlegungsmanagement. in: R. Bäumer, A. Maiwald (Hrsg.): Onkologische Pflege. Thieme, Stuttgart 2008 ISBN 978-3-13-143871-3
- Die Pflege-Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenpflege Taschenbuch – 1997 , Marly Joosten , Thieme, Stuttgart. ISBN-10: 3131210516
- http://www.demenz-stuttgart.de/index.php?id=47: Überleitungsbogen Pflegeheim-Krankenhaus Stuttgart
- http://www.demenz-service-nrw.de/files/veranstaltungen/WS_3_Westpfahl_Ueberleitunsformulare.pdf
- https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/facharztvertrag/bw_iv_pflegeheim_anlage_11_ueberleitungsbogen_24_01_2011.pdf
- Ballsieper, Katja, Lemm, Ulrich, Reibnitz, Christine von: Überleitungsmanagement, 1. Auflage 2012, Springerverlag




Lebensqualität_2_Umbruch.indd 82 27.06.16 14:36 27.06

# 10 Literaturverzeichnis

Bohnet-Joschko S, Zippel c (2016) Cost and care models for acutely ill nursing home residents in Germany: the example of pneumonia. J Public Health (2016) 24: 107 – 116

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.

Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, Saliba D (2010). Potenzially 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.

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.

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: http://www.bethanien-heidelberg.de/fileadmin/bkhheidelberg/PDF/AGAPLESION_BETHANIEN_KH_Heidelberg_GeNiAl_Jahresbericht_2010.pdf,
Letzter Zugriff: 23.07.2015.

http://www.uni-wh.de/wirtschaft/walcker-stiftungsprofessur-fuer-management-und-innovation-im-gesundheitswesen/forschung/projekte/iva/

http://www.jablonski-notfalltraining.de/





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 83 27.06.16 14:36 27.06

Lebensqualität_2_Umbruch.indd 84 27.06.16 14:36 27.06

## Die Herausgeberinnen

Prof. Christel Bienstein
war als Krankenschwester und Lehrkraft tätig. Sie leitete das Bildungszentrum des Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK)und ist Leiterin des Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke. Sie wurde auf eine Honorarprofessur imFachgebiet Pflege an der Universität Bremen berufen und ist Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflege.
Forschungsschwerpunkte sind unter anderem Pflegeentwicklung, Professionalisierung, Konzepte der Pflege, Qualitätssicherung.

Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko
studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Gießen und Köln (Dipl.-Volkswirtin 1990) und promovierte an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Witten/Herdecke (Dr. rer. pol. 1995). Seit 2008 leitet sie die Forschungsgruppe Management im Gesundheitswesen, seit 2008 als Universitätsprofessorin, seit 2013 die Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Witten/Herdecke. Sie hat zahlreiche Projekte mit Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, Medizintechnik- und IT-Unternehmen sowie Branchenverbänden durchgeführt. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Innovations- und Wissensmanagement.





Lebensqualität_2_Umbruch.indd 85 27.06.16 14:36 27.06

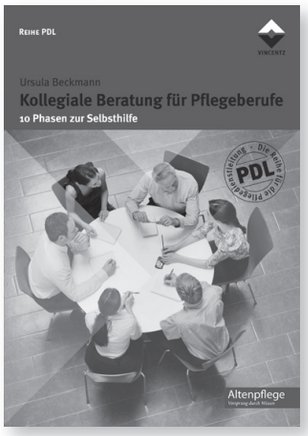
## ... weitere Bücher aus der Reihe „PDL“

Unser Tipp

### Traumberuf Altenpflege
Strategien für mehr Zufriedenheit
*Ursula Beckmann*

„Altenpflege ist mein Traumberuf“, so eine Berufsanfängerin. Doch im Alltag belasten Leid, Zeitdruck und Schichtarbeit. Wie man zufriedener und gelassener den Alltag meistert, die eigenen Ressourcen erkennt, ist Thema des Handbuches.

2015, 100 Seiten, kart., Format: 17 x 24 cm
**ISBN 978-3-86630-389-9, Best.-Nr. 775**




### Kollegiale Beratung für Pflegeberufe
10 Phasen zur Selbsthilfe
*Ursula Beckmann*

Wer hätte nicht gern die Möglichkeit, Konflikte des beruflichen Alltags zeitnah aufzuarbeiten? Hier bietet die Methode der Kollegialen Beratung Hilfe zur Selbsthilfe. Der Leitfaden zeigt den Nutzen und die Grenzen der Vorgehensweise auf.

2013, 52 Seiten, kart., Format: 17 x 24 cm
**ISBN 978-3-86630-234-1, Best.-Nr. 664**

### Was sollen wir tun?
Ethik in der Altenpflege
*Karl-Heinz Risto*

Wie und nach welchen Wertmaßstäben ist in pflegerischen Konfliktsituationen zu entscheiden? Der Autor vermittelt die Methodik der Ethischen Fallbesprechung, die alle von einem Konflikt Betroffenen an einer tragfähigen Lösung beteiligen will.

2012, 100 Seiten, kart., Format: 17 x 24 cm
**ISBN 978-3-86630-205-1, Best.-Nr. 641**

**Alle Bücher sind auch als eBook (ePub oder PDF-Format) erhältlich.**

Jetzt bestellen!

**Vincentz Network GmbH & Co. KG · Bücherdienst · Postfach 6247 · 30062 Hannover**
**T +49 511 9910-033 · F +49 511 9910-029 · www.altenpflege-online.net/shop**

Lebensqualität_2_Umbruch.indd 87 27.06.16 14:36 27.06

Lebensqualität_2_Umbruch.indd 88 27.06.16 14:36 27.06