



## Jahrbuch Familiäre Pflege 1. Jahrgang 2018

# Jahrbuch Familiäre Pflege

1. Jahrgang 2018

## Herausgeber\*innen

Prof. Dr. Katharina Gröning

M.A. Carina Schiller

M.A. Jan-Willem Waterböhr

## Kontakt

Modellprogramm Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7: Pädagogische Beratung

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

<http://www.uni-bielefeld.de/familiale-pflege>

September 2018, Universität Bielefeld

## Inhaltsverzeichnis

<b>Editorial</b>	<b>7</b>
<i>Katharina Gröning</i> Grundannahmen des Modellprogramms "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	9
<i>Katharina Gröning, Katharina Niedling</i> Wissenschaftliche Beratung im Modellprogramm „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	32
<i>Carina Schiller</i> Die Geschichte des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“	55
<i>Jan-Willem Waterböhr</i> Organisations- und EDV-Beratung im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"	79
<i>Sonja Bergenthal</i> Psychiatrische Krankenhäuser im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG": Beratung, Entwicklungen und Chancen	109
<i>Susanne Johannes</i> Die erfolgreiche Implementierung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Krankenhaus – Ein Gewinn für beide Seiten	124
<i>Martina Klewitz</i> Entwicklung des Modellprogramms „Familiale Pflege“ in den GFO Kliniken Troisdorf	133
<i>Frank Görden</i> Integration des Bereiches „Familiale Pflege“ in den Fachbereichen des Psychiatrischen Fachkrankenhauses der Theodor-Fliedner-Stiftung, Mülheim an der Ruhr.	140

## Organisations- und EDV-Beratung im Modellprogramm "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"

---

### Abstract

Der folgende Artikel skizziert die wissenschaftliche Konzeptentwicklungen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ im Teilbereich der EDV-gestützten Kommunikation (kurz „Ressort-EDV“). Gestützt auf den Organisationswissenschaftlichen Ansatz des Modellprogramms wird die Grundlage der Beratung zur Implementierung der Familialen Pflege in das Krankenhausinformationssystem von den ersten Feldexplorationen über die Beratungsprozesse sowie den 2013 bis 2016 stattgefundenen Projektforen-IT zusammengetragen. Gegenstand sind der Zusammenhang von der Identifikation von (erwartbar) pflegebedürftigen Patient\*innen, der Beauftragung der Pflegetrainer\*innen über das KIS, die Anforderungen einer digitalen Dokumentation und die daraus folgenden Ideenentwicklung zur wissenschaftlichen Beratung. Dabei wird ersichtlich, dass die gemeinsame Entwicklung mit den Krankenhäusern sowohl brauchbare als auch unbrauchbare Ideen für die Praxis produziert.

---

Seit 2013 befasst sich das Ressort-EDV mit der systematischen Nutzung des Krankenhausinformationssystems (kurz KIS) für die Pflegetrainer\*innen inner- und außerhalb des Krankenhauses. Damit verbunden ist die Entwicklung, Steuerung und Gestaltung von Organisationsprozessen, mit denen pflegerische Informationen erfasst werden – z. B. Screenings und Assessments, sowie die Ausbildung anschließender Prozesse. Sie bilden die organisationsbezogene Grundlage für ein erfolgreiches und effizientes Arbeiten der Pflegetrainer\*innen, speziell in den Schnittstellen zu den Prozessen der Aufnahme und der Entlassung. So ist beispielsweise der Aufbau eines EDV-gestützten Meldesystems in den Aufnahmeprozessen über das KIS ein Ziel der Beratung. Gleichzeitig entsteht neben der Beratung zur Wohlfahrtsproduktion eine zweite Dimension der Beratung des Modellprogramms: Beratungen zur prozessbezogenen Organisationsentwicklung. Denn seit 2012 hat sich gezeigt, dass relativ unabhängig vom Engagement, der zeitlichen wie materiellen Ausstattungsressourcen und des Pflegeverständnisses das Modellprogramm „Familiale Pflege“ im hohen Maße abhängig von der Organisation Krankenhaus ist.

Die Krankenhäuser reagieren zum einen auf das lebensweltorientierte Wissen der pflegenden Angehörigen (z. B. Versorgungssituation, Wohnraumgestaltung, Familiendynamiken) und zum anderen auf wissenschaftliches, meist pflegerisches Wissen gleichermaßen abwehrend (vgl. dazu die Ausführungen von Katharina Gröning (2015; Gröning in dieser Ausgabe). So wurden die Anforderungen zum Entlassungsmanagement in der Pflege (vgl. DNQP 2009) wie auch die Krankenhausplanungen in NRW nur verzögert umgesetzt.

Im Zentrum stehen drei relevante Fragen (vgl. Gröning 2015, 4ff.):

1. Welche Organisationsrationalitäten, Interessenkonstellationen und vorherrschenden Bilder verhindern die Aufnahme von externem Wissen?
2. Welche Form muss wissenschaftliches Wissen annehmen, damit es für Expert\*innen im Krankenhaus wertvoll und verwendbar wird?
3. Wie lässt sich das wissenschaftliche Wissen prozess- und strukturorientiert im Krankenhaus implementieren?

Im organisationswissenschaftlichen Ansatz des Modellprogramms „Familiale Pflege“ hat Katharina Gröning darauf umfänglich konzeptionell geantwortet. Im Rückgriff auf Thomas Klatetzki und Friedrich Glasl wird das Krankenhaus als dreifacher, konzentrischer Kreis beschrieben: Im Inneren das managerielle Zentrum (Krankenhausleitung, Controlling), außen die lebensweltbezogene Peripherie (Ärzte, Pflege, Sozialdienst), in der Mitte die organisationsbezogenen Stellen der Technokratie (EDV, Bettenmanagement). Konflikte zwischen Zentrum und Peripherie sind Teil dieser Aufstellung und werden seit Jahren vom Modellprogramm „Familiale Pflege“ in der Praxis beobachtet (ebd.). Hintergrund sind verschiedene Macht- und Interessenkonstellationen, die bis zur hermetischen Abriegelung der Sphären in der Praxis reichen können. Das „System Krankenhaus“ driftet auseinander.

Günter Feuerstein weist darauf hin, dass die Leistungsfähigkeit einer Organisation nicht nur in der Produktivität ihrer Teilbereiche (strukturorientiert), sondern auch in der Verbindung der Teilsysteme (prozessorientiert) bestimmt wird. Die Schnittstellengestaltung entscheide maßgeblich über die Systemintegration (z. B. von neuen Stabsstellen oder neuem Wissen) einerseits und das Verhindern des „Auseinanderdriftens“ der Teilsysteme in der Organisation andererseits. Es gelte daher Prozesse in den Organisationen entlang der Schnittstellen der Teilsysteme (aktiv) zu gestalten (Feuerstein 1993, S. 47f.; Gröning 2015).

Da die Pflege und Soziale Arbeit im Krankenhaus über die Fallpauschalen (G-DRG) „kein Geld einbringen“, die Wohlfahrtsproduktion somit nicht mehr Teil der Wertschöpfung im Krankenhaus ist, sind die peripheren Bereiche aus dem Fokus des manageriellen Zentrums verdrängt worden. Sie werden marginalisiert, funktionalisiert und deprofessionalisiert. Es lässt sich nicht nur eine fehlende Integration hochkomplexer Prozesse, sondern ein allgemeines „Auseinanderdriften“ der sich zunehmend differenzierenden Professionen und Prozesse beobachten (vgl. Feuerstein 1993). Das KIS bietet hingegen eine Möglichkeit, dieser Problematik zu begegnen, indem über Workflows Prozesse unterstützt und die Integration und Partizipation peripherer Professionen und sogar systemfremder Aufgaben wieder ermöglicht werden. Ein Beispiel dieser Strategie ist ein EDV-gestütztes Meldewesen für die Familiale Pflege, welches in den Aufnahmeprozessen beginnt. Das KIS kann demnach auch als Werkzeug genutzt werden, periphere Aufgaben als system- und kostenrelevant im Spiel der verschiedenen Interessen des Krankenhauses wieder sichtbar zu machen (vgl. Gröning, Lienker, & Sander 2017).

Die Pflegetrainer\*innen sind in Folge dieses „Auseinanderdriftens“ institutionell abhängig, nachgeschaltet und stehen am Ende der Informationskette der Entlassungsprozesse. So werden

sie häufig erst kurz vor der Entlassung der pflegebedürftigen Patient\*innen informiert. Das pflegerische Setting in der Häuslichkeit kann folglich nicht vorbereitet werden. Die Folgen sind riskante Pflegesettings in der Häuslichkeit, fortschreitende Familiendynamiken, die die Pflegesituation destabilisieren und bis zu Gewaltanwendungen führen können, und mit Blick auf das Krankenhaus Brüche in der Weiterversorgung bis hin zu ökonomisch kontraproduktiven Wiederaufnahmen (vgl. ebd.). Unter Berücksichtigung des KIS als Teil der Struktur- und Prozessgestaltung ist daher zu fragen:

- Wie können die Pflegetrainer\*innen rechtzeitig vor der Entlassung im Krankenhaus über pflegebedürftige Patient\*innen, die in der Häuslichkeit versorgt werden könnten, informiert werden?
- Wie kann die Familiäre Pflege in die Entlassungsprozesse frühzeitig integriert werden?
- Welche Informationen zur poststationären Versorgung sind für die Pflegetrainer\*innen im Krankenhaus notwendig und wie können sie in geeigneter Form bereitgestellt werden?
- Welche Herausforderungen stellen sich in der (professionsübergreifenden) Nutzung des KIS für die Pflegetrainer\*innen?
- Welche Systemeffekte sind durch die Nutzung des KIS zu erwarten?

Mit Blick auf die Integration der lebensweltlichen Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen sowie folglich auch der (Re-)Integration der krankenhäuslichen Peripherie, ist es auch Ziel des Modellprogramms „Familiale Pflege“, Brücken für die Pflegetrainer\*innen (Peripherie) in das managerielle Zentrum zu bauen. Neben den Jahresgesprächen, die üblicherweise alle zwölf Monate mit allen Krankenhäusern geführt werden, bietet auch das KIS diverse Möglichkeiten des Informationsmanagements.

Dem Modellprogramm stellt sich daher die Aufgabe, konzeptionelle Antworten für die Beratung der Krankenhäuser auf diese Fragen zu finden. Im Folgenden soll dargestellt werden, wie seit 2013 die EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege die Konzeption des Modellprogramms ergänzt und wie die koproduzierten Ideen, Beratungsansätze und Konzeptionen als Teil der Umsetzungsforschung nach Bielefelder Vorbild entwickelt wurden. Dem zugrunde liegt ebenso die Frage, welcher Stellenwert der wissenschaftlichen Beratung einerseits dem Modellprogramm „Familiale Pflege“ als Grundlage für neue Erkenntnisse sowie andererseits den teilnehmenden Krankenhäusern sowie den Pflegetrainer\*innen zur System- und Entwicklung zukommt.

## Familiale Pflege am Rand der Organisation Krankenhaus

Im Jahr 2006 wurden mit Beginn des Modellprogramms 172 Angehörige in 25 kooperierenden Krankenhäusern erreicht (Gröning, Lienker & Sander 2017, S. 3). Die Strategie des noch sogenannten „Modellprojekts“ basierte einerseits auf der wissenschaftlichen Grundlage, andererseits auf einem praxisorientierten Trial-and-Error-Verfahren, welches sich noch immer an die Bielefelder Umsetzungsforschung anlehnt.<sup>17</sup> Es galt zunächst zu explorieren, auf welche Phänomene die Pflegetrainer\*innen einerseits außerhalb des Krankenhauses, d. h. in den Familien und in der Häuslichkeit<sup>18</sup>, andererseits innerhalb des Krankenhauses trafen. Der Schwerpunkt wurde jedoch zunächst auf die Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen gelegt: Welche Bildung und welche Pflegetechniken sind von besonderer Relevanz für die pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit? Wie lassen sich die Konzeptionen und Instrumente des Modellprojekts weiterentwickeln? Welche lebensweltlichen Phänomene sind in der häuslichen Pflege von besonderer Relevanz (Familiendynamiken im Zusammenhang mit Demenz, Pflegehilfsmittel, Medikation etc.)? Welchen Rollenanforderungen müssen die Pflegetrainer\*innen genügen, um mit den genannten Phänomenen professionell umgehen zu können? Das waren zunächst zentrale Fragen, mit denen die Arbeit des Modellprojekts begann. Es zeigte sich zunehmend, dass die Pflegetrainer\*innen im Krankenhaus auf ein wirkmächtiges Problem stießen: Obwohl sich die Inhalte der Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen bis in die Häuslichkeit hinein weiterentwickelten und weitere Phänomene erkannt, erschlossen und bearbeitet werden konnten, blieb die Kontaktaufnahme zu den pflegenden Angehörigen noch während des Aufenthaltes der Patient\*innen im Krankenhaus aufwändig. Häufig erfuhren die Pflegetrainer\*innen erst nach der Entlassung von „bedürftigen“ Angehörigen.

Im Sinne der Umsetzungsforschung schlug das Modellprojekt zunächst sehr praxisorientierte Strategien vor, um schon früh pflegende Angehörige auf den Stationen zu erreichen: Fußläufige Kontaktaufnahme zu den Angehörigen in den Patient\*innenzimmern über die direkte Ansprache oder das Platzieren von Informationsflyern. Das sehr aufwändige Verfahren kostete jedoch viel Zeit und war nur in dem eher seltenen Direktkontakt zu den Angehörigen erfolgversprechend. Gleichzeitig zeigte sich die Schwierigkeit, geeignete Patient\*innen anhand der Patient\*innenakte (auf Papier) zu identifizieren. Einerseits blieb zunächst unklar, welche Informationen zu den Patient\*innen geeignet erschienen, die von der Familialen Pflege profitieren können, andererseits waren relevante Informationen (z. B. Pflegestufe) nicht vorhanden. Die soziale Situation der Patient\*innen und Angehörigen wurde häufig nicht erfasst. So wurde zunächst beraten, dass die Pflegetrainer\*innen Netzwerke zu vorhandenen Organisationsstrukturen bilden sollten. Diese bestanden vor allem in Stationsbesprechungen, Sozialdiensten, Entlassungs- und Casemanager\*innen sowie weiteren multiprofessionellen Teams. So sollten die Pflegetrainer\*innen innerbetriebliche Bekanntheit erlangen, aber sich auch in die Abläufe und Planungen der Stationen integrieren, um Teil der kollegialen Informationsnetze zu werden. Dieses Vorgehen war zunächst erfolgreich, bedeutete jedoch weiterhin einen hohen Zeitaufwand für die

---

17 Die Forschungs- und Beratungslogik basiert auf einem gegenseitigen Wissens- und Praxistransfer: Wissenschaftliches Wissen wird in die Arbeitspraxis einer institutionellen Organisation (hier Krankenhaus) transferiert, erprobt und beratend begleitet. Anschließend finden die Erfahrungen in der Praxis ihren Niederschlag in das wissenschaftliche Wissen, welches entsprechend angepasst wird. So entsteht ein gegenseitiger Transformationsprozess, vgl. dazu Bosch 1980; Kollmer, Messmer & Olscha 1989 und zusammenfassend Gröning 2015.

18 Dazu die Vorarbeit von Gröning, Kunstmann, Rensing & Röwekamp 2004.

Pflegetrainer\*innen, der finanziell nicht gefördert werden konnte. Die Kontaktaufnahme zu pflegenden Angehörigen konnte zwar verbessert werden, sie blieb jedoch meist Teil der fußläufigen Arbeit der Pflegetrainer\*innen. Ein systematischer Effekt konnte folglich nur zum Teil erzielt werden.

2009 eröffnete der DNQP Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ (kurz: DNQP 2009) Möglichkeiten, die nachstationäre Versorgung systemisch in die (Aufnahme-)Prozesse der Krankenhäuser zu integrieren. In jedem Haus sollte ein pflegerisches Entlassmanagement eingeführt werden, welches bis 24 Stunden nach Aufnahme den Bedarf der nachstationären pflegerischen Weiterversorgung ermittelt und organisiert. Hauptakteure sind speziell geschulte Pflegekräfte (ebd., 25ff.). Für die Familiäre Pflege bestand damit die Möglichkeit, an einen frühen Prozess anzuknüpfen, der die Entlassung in den Fokus nimmt und die Familiäre Pflege als Teil der Entlassungsprozesse für die dauerhafte pflegerische Weiterversorgung in der Häuslichkeit beauftragt. Parallel dazu zeigte sich jedoch, dass sich die Umsetzung und Prozessgestaltung des DNQP 2009 erheblich verzögerte. Die fachliche, herausragende Stellung wurde in der Pflege zwar wahrgenommen, die Umsetzung auf den Stationen, die Implementierung des Expertenstandards als Prozess verzögerte sich um mehrere Jahre und hält bis heute an<sup>19</sup>.

Seit 2011 brachten kommunale Entwicklungen weitere Impulse: In Essen und Düsseldorf wurde ein kommunaler Überleitungsbogen entwickelt, der von den stationären und ambulanten Versorgern bei Überleitung eingesetzt wird. Neben sozialen Aspekten (Alter, Lebensstand, Pflegepersonen etc.) wurden auch Einschätzungen zu Körperpflege, Mobilität, Essverhalten und weiteren Aspekten aufgenommen. Auch wenn der sogenannte Essener Standard bisher nur wenig Verbreitung gefunden hat und eine direkte Verbindung mit der Familialen Pflege nicht vorgenommen wurde, lässt sich das Instrument dennoch als wichtig charakterisieren, da er sich als Vorläufer für die Prozessgestaltung des 2016 getroffenen Rahmenvertrags zum Entlassmanagement sowie als einen Prozessendpunkt des DNQP 2009 interpretieren lässt.

## **Wendepunkte: Einzelne Initiativen und das erste Projektforum zur EDV-gestützten Kommunikation**

In den Jahren 2011 bis 2013 zeigte die kontinuierliche Beratung des Modellprogramms neue Tendenzen einzelner Krankenhäuser auf, die Familiäre Pflege in die Aufnahme bzw. Entlassungsprozesse zu integrieren. Zu nennen sind die Herausbildungen von speziellen Organisationseinheiten wie „Pflege- und Sozialberatung“ (PSB) oder Angehörigenschulen. Intern bündeln sie, wenn auch von Organisation zu Organisation sehr unterschiedlich und mit anderen Ausrichtungen, periphere, d. h. nicht zur medizinischen Abrechnung gehörende, Kompetenzvermittlungen für Patient\*innen und ihre Angehörige. Die Pflegetrainer\*innen spielten oft eine zentrale Rolle in diesen Organisationseinheiten und verantworteten arbeitsteilig die Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen im Entlassungsprozess. Diese Organisationseinheiten nutzen das KIS ebenfalls zur Effektivierung der Meldungen. Häufig wurden sie konsiliarisch von den Stationen oder Casemanagern direkt beauftragt.

---

<sup>19</sup> Als Indiz kann der Rahmenvertrag Entlassmanagement (2016) gelten, der in Bezug auf die Ergänzung und Konkretisierung des Entlassmanagements zentrale Forderungen des DNQP (Erfassung von prä- und poststationärer Versorgung) verbindlich vorschreibt.

Es stellte sich weiterhin das zentrale Problem der Identifizierung von pflegenden Angehörigen noch während des Aufenthalts im Krankenhaus. Jedoch zeigten sich im Zusammenhang mit der systematischen Integration der Organisationseinheiten, in denen die Familiäre Pflege in das Krankenhaus integriert wurde, zwei Entwicklungspotenziale auf: Erstens gelingt die Prozessgestaltung der Entlassung und der Beauftragung der Familialen Pflege deutlich systemkosteneffizienter, da die Pflegetrainer\*innen als feste Einheit im Krankenhaus und als Teil des Entlassungsprozesses direkt beauftragt werden konnten. Zweitens bot die Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS nicht nur eine weitere Optimierung, sondern gleichzeitig die Möglichkeit der verkürzten Mittelbarkeit zu den Aufnahmeprozessen: Selbst bei Integration der Familialen Pflege in die genannten Organisationseinheiten waren sie meist noch von Teamsitzungen oder der Entscheidungen ihrer Kolleg\*innen abhängig. Eine direkte Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS bot daher trotz systemischer Integration eine höhere Autonomie, die den Handlungskorridor der Pflegetrainer\*innen zur Begleitung, Bildung und Beratung von pflegenden Angehörigen erweitern würde.

In den Wissenschaftlichen Weiterbildungen (WWB) wurden in Folge dessen neben den inhaltlichen, Personen- und Rollenentwicklungen auch Aspekte der Organisationsentwicklung mit aufgenommen. Es zeigte sich zunehmend, dass auch im Zusammenhang mit der Integration der Familialen Pflege in die Versorgungsprozesse sich die systemische Komplexität und damit die Aphasie der Rollenträger\*innen – d. h. der Sprach- und Ratlosigkeit gegenüber den komplexen Strukturen und Prozessen – ausweitete. Hintergrund ist die zunehmende Differenzierung und Silobildung der einzelnen Fachabteilungen und Organisationseinheiten, die eine ablaforientierte, intersektorale Prozessgestaltung erschwert.<sup>20</sup> Daher wurde die Reflexion über die Organisationsprozesse und die Integration in die Organisation Krankenhaus ergänzend auf der WWB als Teil der Rollenentwicklung der Pflegetrainer\*innen programmatisch aufgenommen.

Ergänzend dazu wurde Anfang 2012 in Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner des Modellprogramms IN CONSULT, Bochum, der Werkstattbericht „Überleitungsmanagement im Krankenhaus“ (Lienker 2012) erstellt. Anlass war die Zusammenführung des DNQP 2009 mit dem neuformulierten und ergänzten § 39 Abs. 1a SGB V<sup>21</sup>, welcher den Anspruch der Patient\*innen auf ein Entlassungsmanagement enthält. Ziel war es, die Ergebnisse zu den „Fragen des Überleitungsmanagements mit den Expertinnen und Experten aus den Krankenhäusern“ im Rahmen der DIN EN ISO 9001-Norm zusammenzustellen und für die KTQ-Norm 1.4.3 zur kontinuierlichen Weiterentwicklung aufzubereiten (ebd., S. 3). Entwickelt wurde ein Prozessmodell aus 16 Bausteinen, welches eine weitere Grundlage für die ersten Überlegungen der Strukturierung und Beratung der Entlassungsprozesse im Rahmen der Familialen Pflege darstellte.<sup>22</sup>

Das Prozessmodell zielte auf die Integration der Familialen Pflege – damals hauptsächlich noch bestehend aus den „Pflegetrainings am Krankenbett“, den „aufsuchenden Pflegetrainings“ und

---

20 Katharina Gröning (2015) spricht von Zentrifugalkräften, die bewirken, dass die einzelnen Organisationseinheiten auseinanderdriften und das professionelle Handeln des (pflegerischen) Fachpersonals erschwert wird. Feuerstein (1993) beschreibt das Problem der Desintegration als fehlende Schnittstellengestaltung als Folge mangelnder und ungesteuerter Systemintegration.

21 Im Anschluss an § 11 Abs. 4 SGB V.

22 2015 hat sich das Modellprogramm von dem Vorläufermodell verabschiedet und in das „Prozessschema Familiäre Pflege“ überführt: vgl. [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pfleger/materialien/Prozessschema.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pfleger/materialien/Prozessschema.pdf) (Stand 21.08.2017).

dem „Initialpflegekurs“ – in vorhandene Prozesse und Schnittstellen des Versorgungsmanagements (Sozialdienst, Pflegeüberleitung, Seelsorge etc.) sowie in die alltägliche Stationsarbeit. Der Baustein „Handlungsbedarf?“ bildete aus Sicht der System- und IT-Beratung zwar schon einen wichtigen, aber noch keinen zentralen Punkt. Es wurde im Sinne des DNQP 2009 hauptsächlich nach einem allgemeinen poststationären Unterstützungsbedarf gefragt, jedoch nicht spezifisch nach der gezielten Beauftragung der Pflegetrainer\*innen. Dieses sollte erst 2015 in das Zentrum der Konzeptionen und Beratung rücken. Retrospektiv blieb der Werkstattbericht einerseits in der Alltagspraxis verhaftet, ohne die Chancen und den Nutzen des DNQP 2009 für die Familiäre Pflege explizit herauszustellen, formulierte andererseits in Anlehnung an die KTQ-Normen zu abstrakt, um eine klare Wirkmächtigkeit in der Praxis entfalten zu können. Es bleibt jedoch auch festzuhalten, dass sich der Werkstattbericht als Voraussetzung und erster Versuch darstellt, die hohe Komplexität der pflegerischen Überleitung in die häusliche Versorgung mit den politisch-pflegfachlichen Vorgaben des DNQP 2009 zusammen zu bringen. Er stellt den Grundbaustein für alle weiteren Überlegungen zur System- und IT-Entwicklung sowie der damit verbundenen Komplexitätsreduktion in der wissenschaftlichen Beratung des Ressorts-EDV dar, auch wenn das KIS noch keine Rolle spielte.

Das änderte sich im März 2013, als das Modellprogramm in Grevenbroich das erste Projektforum-IT mit dem Titel „EDV-gestützte Kommunikation als Instrument des Entlassungsmanagements bzw. der Pflegeüberleitung“ veranstaltete. Wie einzelne Krankenhäuser – meist als Initiative der Pflegetrainer\*innen – die KIS nutzen konnten, welche Erfahrungen gemacht wurden und welche Hindernisse aufgetreten sind, wurde einerseits theoretisch, andererseits praktisch präsentiert. Knapp 140 Pflegetrainer\*innen und EDV-Mitarbeiter\*innen nahmen an dem Projektforum teil. Drei kooperierende Krankenhäuser – meist vertreten durch mindestens eine Pflegetrainerin und einen EDV-Mitarbeiter – aus NRW stellten ihre Zwischenschritte und Ergebnisse zur Nutzung des KIS dem Plenum vor. Vertreten waren die KIS „iMedOne“ und „ORBIS“. Inhaltlich konzentrierten sich die Präsentationen insbesondere auf die praktische Abbildung der Beauftragung und Dokumentationsanfordernisse für die Familiäre Pflege. Es wurde ersichtlich, dass die Integration der Familialen Pflege im KIS über die Leitungsstellen realisiert wurde. Diese ermöglichten sowohl die konsiliarische Beauftragung der Pflegetrainer\*innen als auch einige Grundzüge der Dokumentation.

Das Projektforum zur EDV-gestützten Kommunikation zeigte deutlich, dass das KIS die innerbetriebliche Kommunikation erhöht und die Pflegetrainer\*innen ein leistungsstarkes Werkzeug an die Hand bekommen können, um sowohl Teil der Entlassungsprozesse zu werden, als auch um die Systemkosten zu reduzieren. Die Beauftragung über das KIS mittels einer Arbeitsliste „Familiäre Pflege“ ermöglicht, dass die Stationen unabhängig von der Präsenz der Pflegetrainer\*innen (z. B. in Teams, Telefonaten etc.) Patient\*innen und ihre Angehörigen an die Familiäre Pflege melden konnten.

Im Sommer desselben Jahres wurden Vertreter\*innen des Modellprogramms von der Entwicklungsfirma des KIS „iMedOne“<sup>23</sup> zum Brainstorming eingeladen. Teilgenommen haben ebenfalls einige Referenzkrankenhäuser für iMedOne, die gleichzeitig am Modellprogramm teilnahmen. Ziel war es, den Prozess der Familialen Pflege als Teil der Softwareentwicklung zu verstehen und

---

23 Damals noch weiterentwickelt von der finnischen Firma Tieto, heute von Telekom-Healthcare.

zu modellieren, um insbesondere iMedOne für die Familiäre Pflege zugänglich zu machen. In einer langen Diskussion über die beteiligten Akteure, Prozesse und Schnittstellen der Familialen Pflege in den genannten Häusern wurde ein komplexes Prozess- und Beziehungsdiagramm erstellt, welches hauptsächlich die Nutzung des KIS durch die Familiäre Pflege (Beauftragung, Dokumentation, Abrechnung) zu illustrieren versuchte.

Die Ergebnisse wiesen auf die höchst unterschiedlichen Prozesse und Strukturen der Krankenhäuser hin, an denen unterschiedliche Professionsgruppen partizipierten. Die Ergebnisse zeigten ferner, dass eine Gesamtdarstellung zur Abbildung der Familialen Pflege im KIS überambitioniert ist. Es sollte zukünftig zwischen den allgemeinen Flussdiagrammen (Organisationsprozesse) und Beziehungsdiagrammen (Partizipation) unterschieden werden, wenn für alle Krankenhäuser eine gemeinsame Grundlage zur Beratung und Umsetzung geschaffen werden sollte. Tieto entwickelte mit Blick auf die konkrete Umsetzung in iMedOne weitere Flussdiagramme. Sie bildeten das Vorbild für die weitergehenden Überlegungen des Modellprogramms. Diese versuchten weiter die konzeptionelle Komplexität auf praxisrelevante Aspekte zur Kontaktaufnahme zu pflegenden Angehörigen zu reduzieren. Diese bildeten ebenfalls die Grundlagen für das heutige Aufnahmeschema des Modellprogramms „Familiäre Pflege“ (Abbildung 4).

Die Prozessdiagramme konkretisieren und formalisieren in einem ersten Zugang die Bedingungen zur Beauftragung der Familialen Pflege in der Organisation Krankenhaus, welche für die folgenden Fragestellungen der EDV-gestützten Kommunikation in der Familialen Pflege leitend war. Andere Themen zur digitalen Dokumentation wurden ebenfalls angesprochen und in dieser Runde hauptsächlich technisch gelöst. Am Schluss standen konkrete Zugänge und Ideen zur Formalisierung der Prozesse in der Familialen Pflege, welche für die Integration in das KIS von zentraler Bedeutung sind. Aus der Diskussion wurde ebenso ersichtlich, dass die Distanz zwischen der Technokratie (hier: Softwareentwicklung und EDV-Betreuern der Krankenhäuser) und den Praktikern (hier Pflegetrainer\*innen) als sehr groß eingeschätzt werden muss. Auf diese Distanz ist die Überkomplexität der ersten Darstellung maßgeblich zurückzuführen, die es mit Hilfe des Modellprogramms zu beraten und zu überbrücken galt bzw. zukünftig noch immer zu überwinden gilt.

## **Systematisierung und Ideenentwicklung: Explorationen und Bestandsaufnahmen**

In Folge des Projektforums-IT wurde eine eigene Stelle im Modellprogramm geschaffen, die das Spezialgebiet der EDV-gestützten Kommunikation in der Familialen Pflege zunächst auswerten, folgend koproduzieren und schließlich in den Krankenhäusern beraten sollte. Begonnen wurde noch im Jahr 2013 mit der Aufarbeitung des Projektforums zur inhaltlichen Sicherung des Wissens, mit der systematischen Erfassung der KIS in allen kooperierenden Häusern sowie mit der Konzeptentwicklung zur Beratung der EDV-gestützten Kommunikation in der Familialen Pflege anhand der Ergebnisse aus der Diskussionsrunde mit Tieto. Als Beratungsziel wurde die krankenhausinterne Steigerung der Anzahl von erreichten pflegenden Angehörigen formuliert und folglich das Modellprojekt um einen zweiten, dynamischen Faktor erweitert, der die interne Steigerung der erreichten Angehörigenzahlen in den Krankenhäusern projektiert.



## ***Erfassung der Pflegestufen und anschließende Prozessgestaltung***

Ausgehend von dem EDV-Kataster und den Präsentationen auf dem Projektforum-IT lag der erste Fokus zur Beratung der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Nutzung des KIS allgemein in der Frage nach Grenzen und Machbarkeit der KIS. Im Rahmen der Umsetzungsforschung und der Koproduktion war es daher angebracht, die Praxis zu explorieren, d. h. einen tieferen Einblick in die schon vorhandenen Lösungsansätze zu bekommen. Dabei sollten nicht nur positive Ergebnisse berücksichtigt, sondern noch anstehende Herausforderungen in der Nutzung der KIS berücksichtigt werden.

Die in den Krankenhäusern geführten Gespräche, an denen hauptsächlich die begleitenden wissenschaftlichen Berater\*innen der Universität Bielefeld, die jeweiligen Pflegetrainer\*innen, Mitarbeiter\*innen aus den EDV-Abteilungen, angeschlossenen Bereichen wie Sozialdienst und Entlassmanagement sowie Vertreter\*innen der mittleren Leitungsebene (z. B. Pflegedienstleitungen oder Projektkoordinator\*innen) teilnahmen, zeigten drei praxisrelevante Fragen auf:

1. Sind genügend Informationen für die Pflegetrainer\*innen im KIS vorhanden, um Patient\*innen und ihre Angehörigen zu identifizieren, und wenn ja, welche Informationen sind das? Daran anschließend: Wer dokumentiert wann die benötigten Informationen und werden diese überhaupt im KIS erfasst?
2. Wie kann ein geeignetes Graphical User Interface (GUI) für die Familiäre Pflege erstellt werden? Was muss dokumentiert werden und an welcher Stelle kann im KIS dokumentiert werden? Erhalten die Pflegetrainer\*innen eine eigene User-Rolle im KIS?
3. Wie kann die Dokumentation sinnvoll mit der Abrechnung, d. h. mit den Nachweisen und der Mittelanforderung des Modellprogramms zusammengebracht werden? Wie kann also eine drohende Doppeldokumentation vermieden werden?

Parallel dazu schlossen sich folgende Fragen an:

- Wie lassen sich die benötigten Informationen zur Identifizierung von Patient\*innen und den pflegenden Angehörigen erheben?
- Wie kann eine Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst, der Pflegeüberleitung, dem Entlassungsmanagement, dem Casemanagement, den Therapeut\*innen, den Ärzt\*innen (neu) organisiert werden? Welche Schnittstellen gibt es und welche müssen geschaffen werden?
- Welche technische Ausstattung wird benötigt? Ist beispielsweise neben einem Zugang zu einem PC auf den Stationen oder einem eigenen Büro eine mobile Ausstattung (Laptop, Tablet) notwendig?
- Welche datenschutzrechtlichen Hürden in der mobilen Nutzung des KIS existieren und welche entstehen bei der Frage zur Dokumentation der Angehörigenarbeit in der Patient\*innenakte?

Bis heute konnten noch nicht alle Fragen umfänglich beantwortet werden. Die hohe Komplexität der Fragen wird in den sehr heterogenen Praxisstrukturen der Krankenhäuser einerseits (z. B. Gestaltung der Aufnahme- und Entlassungsprozesse, dem Zusammenspiel der Professionen, dem ländlichen oder dem urbanen Einzugsgebiet, der vorhandenen Fachabteilungen, allen vorweg Geriatrien und Psychiatrien) und den Umsetzungs- sowie Teamstrukturen der Familialen Pflege andererseits deutlich. Neben den Einzelkämpfer\*innen, also jene Pflgetrainer\*innen, die eigenverantwortlich – und meistens auf selbstständiger Basis arbeitend – das Modellprogramm in den Krankenhäusern umsetzten, existierten ebenfalls diverse Teamstrukturen. Diese reichten von gleichgestellten Pflgetrainer\*innen, die lediglich auf verschiedenen Stationen eingesetzt wurden, bis hin zu hierarchisierten und verteilten Strukturen, in denen meistens eine Pflgetrainer\*in die Organisation der Fälle und den Erstkontakt zu den pflegenden Angehörigen übernahm (de facto die Erstgespräche führte) und den weiteren Beratungsprozess an andere Pflgetrainer\*innen im eigenen Haus delegierte. Auch begegneten verschiedene Netzwerke und Institutionalisierungsgrade: Diese reichten von keinen oder konflikthafter Netzwerken (z. B. mit dem Sozialdienst) bis hin zu ersten voll integrierten Pflgetrainer\*innen in Angehörigenschulen und/oder Pflegesozial-Beratungen, welche eigene Funktionseinheiten für Patient\*innen und Angehörige im Krankenhaus bilden.

Die Frage der Team- und Strukturbildung innerhalb der Organisation war nur eine zentrale Frage, wenn pflegende Angehörige erreicht werden sollten. Trotz des teils hohen Integrations- und Institutionalisierungsgrads der Familialen Pflege blieb weiterhin die zentrale Frage erhalten: Wie können pflegende Angehörige schon früh während des Krankenhausaufenthalts identifiziert und kontaktiert werden? Es zeigte sich zunehmend, dass die Arbeit der Pflgetrainer\*innen ökonomisch nicht immer deckend war. Der späte Kontakt zu den Angehörigen, die häufig sehr kurzfristigen Termine bis zur Entlassung der Patient\*innen und der vermehrte Erstkontakt zu den Angehörigen erst nach dem Krankenhausaufenthalt erschwerten sowohl die Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings (Blomenkamp, von Kamen, Lagedroste & Seifen 2014; Gröning, Lagedroste & von Kamen 2015) als auch die Refinanzierung des Modellprogramms im Krankenhaus.

Für die weitere Konzeptentwicklung bot es sich daher nicht an, die spezifischen Strukturen der Krankenhäuser zu berücksichtigen, sondern diesen Bedingungen in der Beratung zu begegnen. Es sollten daher abstrakte Konzepte entwickelt werden, die sich anschließend in den Einzelberatungen für die jeweiligen Häuser konkretisieren ließen. Zu fragen war demnach, was bietet das System Krankenhaus, um Angehörige von pflegebedürftigen Patient\*innen zu identifizieren? Dies war ebenfalls eine schwierige Aufgabe, da Angehörige im Krankenhaus bisher ausschließlich als Koproduzenten für den medizinischen oder therapeutischen Genesungsprozess integriert wurden. In den pflegerischen Entlassungsprozessen spielten sie meist nur eine untergeordnete Rolle. Gänzlich exkludiert waren ihre eigenen lebensweltlichen Bedingungen, Familienkonstellationen oder Herausforderungen (Gröning u. a. 2015, 6f.). Zwar bedienten die Pflegetrainer\*innen diese Lücke, das System Krankenhaus selbst bot jedoch keine Ansatzpunkte, pflegende Angehörige zu identifizieren. Folgerichtig musste an den Patient\*innen selbst angesetzt werden. Es war jedoch zunächst fraglich, was bei den Patient\*innen ausschlaggebend für einen Bildungs- und Beratungsprozess der pflegenden Angehörigen war. Erste formelle Annäherungen lagen hingegen auf der Hand:

- wenn die Patient\*innen nicht aus der dauerhaften stationären Versorgung eingeliefert wurden,
- wenn die Patient\*innen wieder nach Hause entlassen werden,
- wenn die Patient\*innen bestimmte Eigenschaften in der Aufnahme aufwiesen: Demenz, Multimorbidität, einen schlechten Allgemeinzustand, Dekubiti, Exsikkose etc.,
- wenn die Patient\*innen schon in der Häuslichkeit durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wurden,
- wenn die Angehörigen angaben, dass die Patient\*innen in der Häuslichkeit versorgt würden,
- wenn aufgrund der Pflegesituation familiäre Probleme entstanden sind bzw. entstehen würden.

Die Explorationen in den Häusern offenbarten jedoch, dass die wenigsten dieser Informationen bei Aufnahme bekannt sind, in den Aufnahmeprozessen erfragt oder im KIS hinterlegt werden. Das ist zum Teil verständlich, da die Fragen zur familiären Situation stark schambehaftet sind, zum Teil erstaunlich, da die Versorgung in der Häuslichkeit mit oder ohne ambulanten Pflegedienst nicht mit einer Pflegesituation oder -bedürftigkeit assoziiert wird – weder von den Pflegefachkräften noch in der Familie. Ferner wurde deutlich, dass nur einige wenige dieser Kriterien auch zuverlässig auf eine poststationäre Versorgung in die Häuslichkeit hinweisen. Ebenso, dass das System Krankenhaus einerseits die pflegerisch relevanten Informationen wegen mangelnder (direkter) ökonomischer Relevanz selektierte und andererseits die nachgefragte Lebenswelt der Patient\*innen und Angehörigen überkomplex für die medizinischen Behandlungen (G-DRG-orientiert) und die sich verkürzenden Aufenthaltszeiten waren.

In Anlehnung an den DNQP 2009 wurde anschließend formuliert, dass bei der Aufnahme von Patient\*innen die Entlassungssituation erhoben und insbesondere bei pflegerischen Auffällig-

keiten für die poststationäre Versorgung die Familiäre Pflege möglichst schon in den Aufnahme-  
 prozessen über das KIS beauftragt werden sollte. Das Problem, welche Indikatoren für die Fami-  
 liale Pflege relevant sind, blieb erhalten, überkomplex und zunächst ausschließlich prozessorien-  
 tiert, wie die folgende Grafik illustriert.

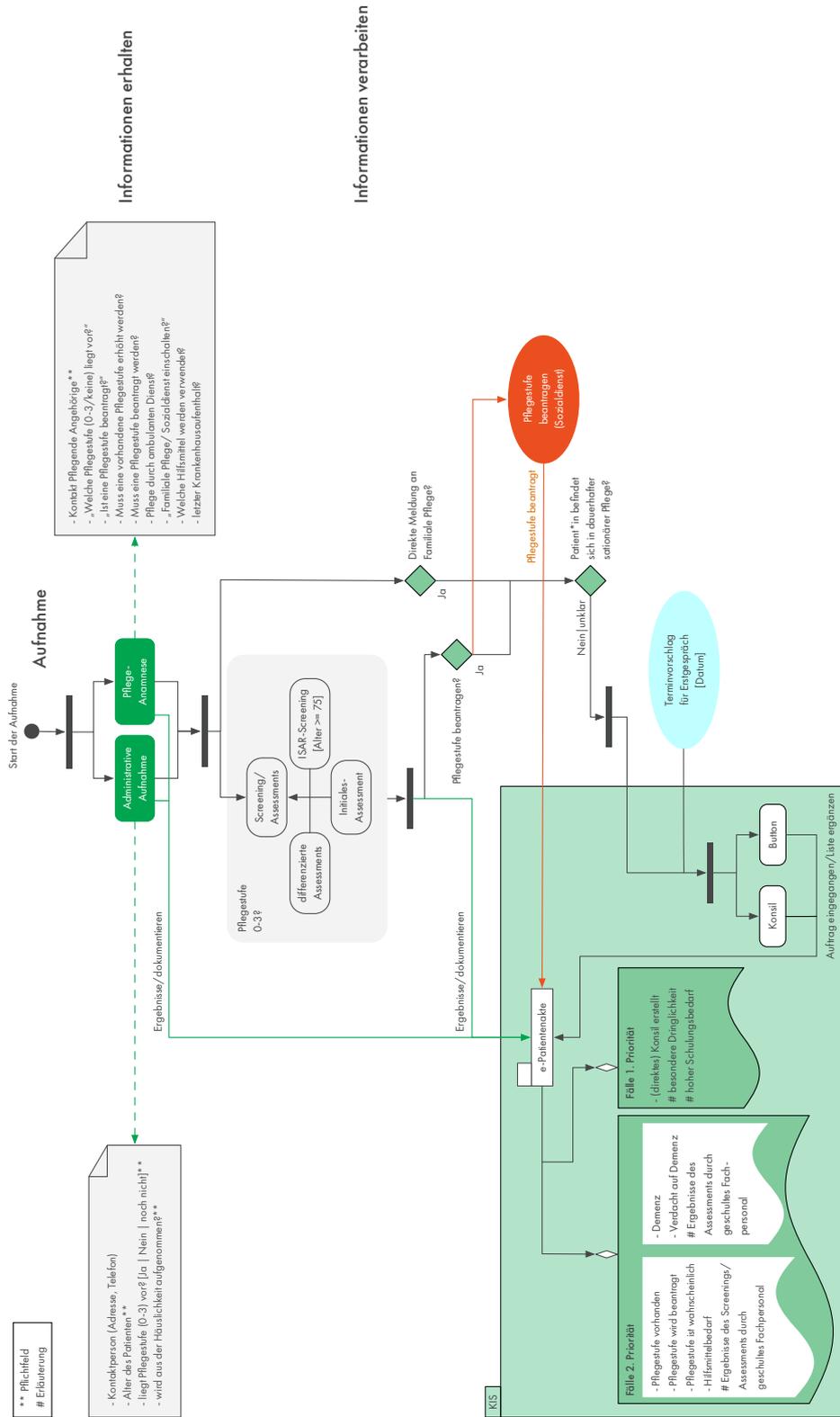


Abbildung 3: Aufnahmeprozess (2014)

## Schwerpunktbildung „Beste Praxen“: ORBIS und Netzwerkbildung

In weiteren Explorationen und ersten Beratungsprozessen des Ressorts-EDV stellte sich heraus, dass viele der formalen Indikatoren sich in der Pflegebedürftigkeit der Patient\*innen zusammenfassen ließen – d. h. ob eine Pflegestufe<sup>24</sup> vorhanden ist oder beantragt wurde. Dieser Gedanke wurde schnell um die zu erwartende Pflegebedürftigkeit für jene Patient\*innen erweitert, bei denen bisher keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde oder jenen, die während des Krankenhausaufenthalts eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit entwickelten.

Strategisch wurde konzipiert, dass in den Aufnahmeprozessen, z. B. in der Pflegeanamnese, nach einer vorhandenen oder zu erwartenden Pflegebedürftigkeit zu fragen sei. In der Beratungspraxis zeigte sich jedoch, dass diese entweder nicht erfragt oder nicht im KIS dokumentiert wurde. Der Begriff der „zu erwartenden Pflegestufe“ sei bei dem Pflegepersonal im Krankenhaus fast ausschließlich juristisch und nicht pflegerisch besetzt, sodass die Einschätzung hoheitlich dem MDK bzw. dem Sozialdienst zugeschrieben wurde. Ferner wurde von den Pflegetrainer\*innen berichtet, dass die aufnehmenden Stationen, insbesondere die Notfallstationen, die Stabilisierung der Patient\*innen in den Blick nahmen. Die Einschätzung, sowohl pflegerisch als auch juristisch, zur (zu erwartenden) dauerhaften, poststationären Pflegebedürftigkeit spielt im Primat der Behandlungskultur der Krankenhäuser keine Rolle.

In erneuter Anlehnung an den DNQP 2009 sowie auch an den Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2015 (KHP NRW 2015) wurden seitens des Modellprogramms die Bedeutung der (geriatrischen) Screenings und Assessments – im KHP NRW 2015 das ISAR-Screening und den anschließenden, geeigneten Assessments – betont, die einen weiteren Indikator für eine zu erwartende dauerhafte Pflegebedürftigkeit darstellen sollten. Die Ergebnisse des ISAR-Screenings sowie weiterer Assessments seien im KIS zu dokumentieren und ein hilfreicher Wert, die Familiäre Pflege zu beauftragen.

---

24 Pflegestufe 1 bis 3 nach § 45 SGB XI sowie sog. „Pflegestufe 0“ nach eingeschränkter Alltagskompetenz in § 45a SGB XI – jeweils vor der Reform des Pflegestärkungsgesetzes PSG II im Jahr 2017.

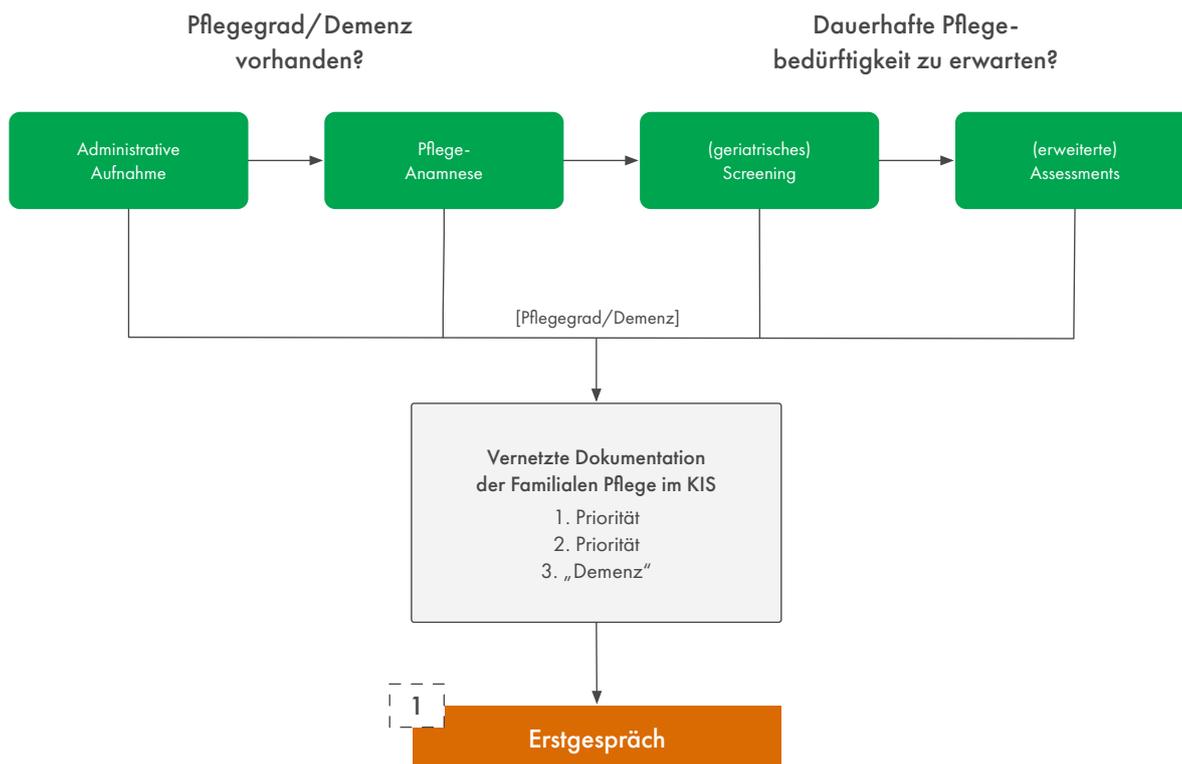


Abbildung 4: Aufnahmeschema

Bei entsprechender Indikation sollten die Pflegetrainer\*innen konsiliarisch über das KIS angefordert werden (Liste 1. Priorität). Diese beinhaltet die pflegfachliche Einschätzung einer zu erwartenden Pflegebedürftigkeit im Anschluss an das geriatrische Screening (KHP 2015, 94f). Oder sie sollten automatisch benachrichtigt werden, wenn eine vorhandene Pflegestufe (Liste 2. Priorität) sowie eine Sekundärdiagnose Demenz (Liste „Demenz“) im KIS dokumentiert wurde. Eine automatische Benachrichtigung der Pflegetrainer\*innen über das KIS ließ sich in der Regel nicht realisieren, jedoch meistens eine Arbeitsliste generieren, die alle Patient\*innen mit dokumentierter Pflegestufe oder Demenz aufführte.

Ergänzend dazu wurde konzeptionell festgehalten, dass die Pflegetrainer\*innen über Netzwerkbildung näher in das Zentrum der Organisation Krankenhaus rücken sollten. Das bedeutete, eine stärkere Kooperation einerseits mit den Sozialdiensten, Case- und Entlassungsmanagern, andererseits mit den Pflegedienstleitungen und den Pflegedirektionen einzugehen, um den innerbetrieblichen Ausbau der Familialen Pflege zu planen. Damit verbunden war auch die Anforderung zur Kontaktaufnahme zu den EDV-Abteilungen der Krankenhäuser. Die Rollenerweiterung der Pflegetrainer\*innen umfasste somit auch die Mitgestaltung der Aufnahme- und Screeningprozesse.

Das Projektforum-IT mit Schwerpunkt ORBIS im November 2014 versuchte demnach die Erfassung der Pflegestufe über das KIS, die Etablierung der konsiliarischen Beauftragung (Liste 1. Priorität) und automatischen Beauftragung (Liste 2. Priorität) sowie die Netzwerkbildung und die Einschätzung der zu erwartenden Pflegebedürftigkeit über die Screenings im KHP NRW 2015 und DNQP 2009 mit den Besten Praxen der ORBIS-Häuser zusammenzubringen. Die besondere Berücksichtigung von ORBIS ist darauf zurückzuführen, dass ORBIS das KIS mit der höchsten Verbreitung im Modellprogramm ist und die von dem Modellprogramm ausgesuchten Besten

Praxen ORBIS nutzen. Es nahmen knapp 80 Pflegetrainer\*innen, EDV-Mitarbeiter\*innen und Vertreter\*innen der Pflegedienstleitungen und Pflegedirektionen teil. Die vorgestellte Konzeption, die die (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit mittels Screenings und Assessments aufdeckt, wurde vom Plenum einerseits als hilfreich, andererseits als problematisch aufgenommen. Formuliert wurde, dass sich die Wege zur Familialen Pflege teils zwar verkürzen würden, die Durchführung der Screenings und Assessments aber schwer umzusetzen seien. Auch würden die Ergebnisse des ISAR-Screenings nicht verlässlich auf eine Pflegebedürftigkeit hindeuten. Tatsächlich findet das Modellprogramm bis heute nur vereinzelt systematische Screening- und gekoppelte Assessmentverfahren in den Krankenhäusern (Gröning, Lienker & Sander, S. 14).

## **Konzeptentwicklung: KHP NRW 2015 und EDV in der Familialen Pflege**

Da sich zeigte, dass das ISAR-Screening noch weitestgehend unbekannt war, wurde inhaltlich die Anforderung zur Früherfassung einer (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit und die damit verbundene Beauftragung der Pflegetrainer\*innen an die Krankenhausplanung in NRW gebunden. Damit wurde ein Schwerpunkt im geriatrischen Versorgungsbereich gesetzt. Weitere Diskussionen und Gespräche u. a. mit Expert\*innengruppen zeigten nicht nur das fehlende Wissen und die meist ungesteuerten Aufnahmeprozesse zur pflegerischen Überleitung, sondern auch die Unzulänglichkeit des ISAR-Screenings als Indikator für eine zu erwartende Pflegebedürftigkeit. Unter dem Begriff „Post-Screening“ wurden die ebenfalls im KHP NRW 2015 vorgeschriebenen differenzierten Assessments stärker berücksichtigt und einbezogen. Weist das ISAR-Screening nur auf eine Auffälligkeit für eine geriatrische Versorgung hin, ermöglichen weiterführende Assessments zwar noch keine Feststellung einer Pflegebedürftigkeit, jedoch eine im Anschluss fundierte pflegerisch-geriatrische Einschätzung für eine zu erwartende Pflegebedürftigkeit. Diese Annahme scheint sich mit dem Neuen Begutachtungs-Assessment (NBA) im Rahmen der PSGII-Reform zu bestätigen.<sup>25</sup>

Dieser Gedanke wurde 2015 und 2016 auf weiteren Projektforen-IT aufgegriffen und vertieft. Nicht nur wurden weitere KIS (iMedOne, Medico, NEXUS, SAP) berücksichtigt, speziell innerbetriebliche Parallelanforderungen und insbesondere das Demenz- und Delirmanagement sowie Psychiatrien wurden stärker in den Blick genommen. Es zeigte sich zunehmend, dass seitens weiterer Versorgungseinheiten (z. B. Sozialdienst, Entlassungsmanagement) ähnliche Problemstellungen der systemischen Integration und folglich der Beauftragung bestanden.

Die EDV-Beratung trug zwar erste Früchte, jedoch zeigte sich ebenso, dass die Entwicklungsschritte in den Krankenhäusern sehr aufwändig waren, mussten doch sowohl die Leitungsebene(n), fachfremde Bereiche wie die EDV-Abteilungen und Versorgungsbereiche mit großen Schnittmengen (Pflegeüberleitung, Entlassmanagement, Sozialdienst etc.) und daher mit hohem Konfliktpotenzial an einen Tisch gebracht und mit Blick auf die Familiale Pflege singuläre Bedürfnisse artikuliert werden, die gleichzeitig für die anderen Versorgungsbereiche anschlussfähig

---

<sup>25</sup> Siehe dazu erste Überlegungen im Abschnitt „Andere Bedingungen: Pflegebedürftigkeit in der Psychiatrie“ in diesem Beitrag sowie den Beitrag von Susanne Johannes in diesem Buch.

sind. Zudem erwiesen sich die Lösungsansätze zwar als strukturell tragfähig und zielführend, sie fanden jedoch nicht immer die notwendige Kontinuität im Zusammenspiel mit den verschiedenen Stationen und der Arbeitspraxis auf den Stationen.

Dies zeigte sich konkret in dem Beispiel zur flächendeckenden Nutzung des Konsils „Familiale Pflege“ im KIS als Königsweg der Beauftragung der Pflegetrainer\*innen (Liste 1. Priorität). Die technische Umsetzung, das Konsil für die Stationsgrafiken – meistens die Übersichten aller Patient\*innen auf den Stationen – verfügbar zu machen, ist in allen hier behandelten KIS eine triviale Aufgabe. Ebenso ist die Erstellung einer Arbeitsliste, die alle gestellten Konsile enthält, einfach und schnell umzusetzen. Nur in sehr seltenen Fällen entstanden an diesen Stellen auf Seiten der EDV-Mitarbeiter\*innen, der Pflegetrainer\*innen, Sozialdienstmitarbeiter\*innen oder Vertreter\*innen der Leitung Widerstände.

Auch wurde meistens projiziert, dass die aufnehmenden Stationen direkt oder die Folgestationen selbst, auf denen die Pflegeanamnese durchgeführt werden, das Konsil auslösen sollen, sobald eine (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit für die Patient\*innen vorliegt, die nicht aus einer dauerhaft stationären Pflegeversorgung in die Krankenhäuser übergeleitet werden. Den Pflegetrainer\*innen wurde in Kooperation beispielsweise mit Unterstützung der Pflegedirektion aufgetragen, Arbeitsbündnisse mit allen oder einigen Pilotstationen – vornehmlich Geriatrien bzw. gerontopsychiatrische Stationen, der Neurologien und der Kardiologien, also jenen Stationen, auf denen eine hohe dauerhafte Pflegebedürftigkeit von Patient\*innen vermehrt zu erwarten ist – einzugehen und die Familiäre Pflege dort bekannt zu machen. Diverse Strategien zum regelmäßigen Auslösen des Konsils konnten für die hoch heterogenen Strukturen und Prozesse der Stationen mit Hilfe der Pflegetrainer\*innen entwickelt werden, die von grafischen Aushängen, über Stationsteamsitzungen bis hin zu Desktop-Hintergründen der Stations-PCs reichten. Ferner sollten in den digitalen Aufnahmeformularen und dem ISAR-Screening Hinweise zur Beauftragung der Familialen Pflege enthalten sein, die bei Erfassung einer vorhandenen oder zu erwartenden Pflegebedürftigkeit erscheinen. Alternativ wurde eine „automatische“ Liste erstellt, die alle Patient\*innen führte, für die eine vorhandene Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe/Pflegegrad) festgestellt wurde, für die aber kein aktives Konsil bei den Pflegetrainer\*innen eingegangen war (Liste 2. Priorität). So konnten die Pflegetrainer\*innen sich selbst beauftragen, ohne von anderen Akteuren und Stationen abhängig zu sein.

Häufig zeigten die Beratungen schnelle, aber nur kurzfristige Erfolge. Sofern die Pflegetrainer\*innen nicht trotzdem kontinuierliche Präsenz auf den Stationen zeigten und die Familiäre Pflege nicht immer wieder für die alltäglichen Stationsabläufe zugänglich machten, blieben die Meldungen wieder aus. Auch die Selbstbeauftragung durch die automatisierte Liste (Liste 2. Priorität) als alternative oder ergänzende Lösung wirkte in diesem Zusammenhang nicht: Auch wenn die Erfassung der (meist nur) vorhandenen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe/Pflegegrad) zunehmend in die Pflegeanamnesen aufgenommen wurden, gelang ihre flächendeckende und kontinuierliche Erfassung nur selten.

## Systematische Integration: Von der Nutzung des KIS zur Prozessberatung

Das Modellprogramm war weiterhin mit der Heterogenität der Krankenhäuser konfrontiert: So zeigten sich trotz aller Rückschläge einige Stationen, die von sich aus einen hohen Bedarf an einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit sahen – das sind insbesondere die geriatrischen, neurologischen und kardiologischen Stationen. Entscheidend waren auch Parallelprozesse in den Krankenhäusern, an die eine Weiterentwicklung der Familialen Pflege andocken konnte. Krankenhäuser, die die Dokumentation auf Papier abschaffen wollten oder in denen die Familiäre Pflege eine enge Verbindung zur Pflegedirektion aufbauen konnte, zeigten hingegen eine deutlich höhere Kontinuität der Meldungen. Viele andere Krankenhäuser machten sich auch auf den Weg, konnten aber meist nur einen kurzfristigen Effekt erzielen. Die EDV-gestützte Dokumentation über die Integration der Nachweise der Universität Bielefeld in das KIS oder die Erstellung von eigenen Formularen erzielten einige Effekte, die das Zeitmanagement der Pflegetrainer\*innen betrafen.

Die Erfahrungen aus der Beratung des Modellprogramms zeigten, dass die Integration des Konsils „Familiale Pflege“ kein Selbstläufer war. Zu fragen war demnach, wie kann die Infrastruktur des Konsils im KIS an bestehende Prozesse angebunden werden? Dieses sollte systematisch geschehen, d. h. das Konsil sollte stärker an die Logiken und Prozesse der Organisation Krankenhaus (hier die Entlassungsprozesse) gebunden werden. Wie schon dargelegt, bestand darin ein zentrales Problem, da die (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit der Patient\*innen nicht im primären Fokus der Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsprozesse der Krankenhäuser liegt. Zu fragen war demnach, welche Parallelprozesse und externen Anforderungen für die Entlassungsprozesse existieren, die eine pflegfachliche Einschätzung und Erfassung der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit ermöglichen. Dabei musste berücksichtigt werden, dass die Familiäre Pflege Teil der Entlassungsprozesse sein sollte, die schon in der Aufnahme beginnen.

Die Strategie, sich stärker an dem DNQP 2009 und den Krankenhausplanungen (NRW 2015 und Schleswig Holstein 2017, kurz: KHP SH 2017) zu orientieren, lag ebenso nahe wie die Anforderungen des Rahmenvertrags Entlassungsmanagement des Bundesschiedsgerichts (kurz: RV EM) aufzugreifen. Die Überlegung resultierte aus der Annahme, dass über die Nutzung der politischen und qualitativen Vorgaben schneller Veränderungen in den Organisationen herbeigeführt werden und diese gleichzeitig auf weniger Widerstand treffen würden, als wenn ausschließlich innerhalb der Organisation gearbeitet wird. Alle zugrunde liegenden Dokumente schreiben ein initiales Screening vor: Der DNQP 2009 und RV EM, um den prä- und poststationären Versorgungsbedarf bzw. die Planung der post-stationären Versorgung zu erheben, und die Krankenhausplanungen, um zu ermitteln, ob die Patient\*innen von einer geriatrischen Weiterversorgung profitieren können. Insbesondere der DNQP 2009 und der KHP 2015 NRW betonen darüber hinaus die Notwendigkeit zu differenzierten Assessments, um die jeweiligen Auffälligkeiten der initialen Screenings zu verifizieren, zu vertiefen und zu spezialisieren.

Ausgehend von der These, dass sowohl die vorhandene als auch eine zu erwartende Pflegebedürftigkeit, d. h. ein vorhandener oder ein zu erwartender Pflegegrad, in den Aufnahmeprozessen vielfach nicht erfasst wird und die geforderten Screenings und Assessments geeignet sind, erste Hinweise für eine (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit zu geben, galt es diese zu operationalisieren.<sup>26</sup>

Das Modellprogramm diskutierte daher mit Expert\*innen und Praktiker\*innen des Feldes mit Schwerpunkt auf Familialer Pflege, Demenz- und Delirmanagement sowie mit Aufnahmemanagern die Herausforderungen zur Kopplung von administrativer und pflegerischer Aufnahme sowie Screenings, Assessments und der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit. Das Ergebnis war deutlich: Das geriatrische Screening, wie es im KHP NRW 2015 vorgeschrieben wird, deutet nicht auf eine (zu erwartende) Pflegebedürftigkeit, jedoch auf einen geriatrischen Versorgungsbedarf hin. Ähnliches fanden wir in Krankenhäusern, die auf Demenz- und Delirrisiken screenen. Die Ergebnisse von anschließenden, differenzierten Assessments (z. B. Barthel-Index, MMST, Uhrentest etc.) stellen noch immer keine Pflegebedürftigkeit fest, dieses obliegt weiterhin der juristisch-relevanten Einschätzung des MDK nach § 14 SGB XI. Die Verschränkung lässt jedoch eine pflegfachliche Einschätzung zur Pflegebedürftigkeit zu, die ausschlaggebend für die Beauftragung der Familialen Pflege ist.

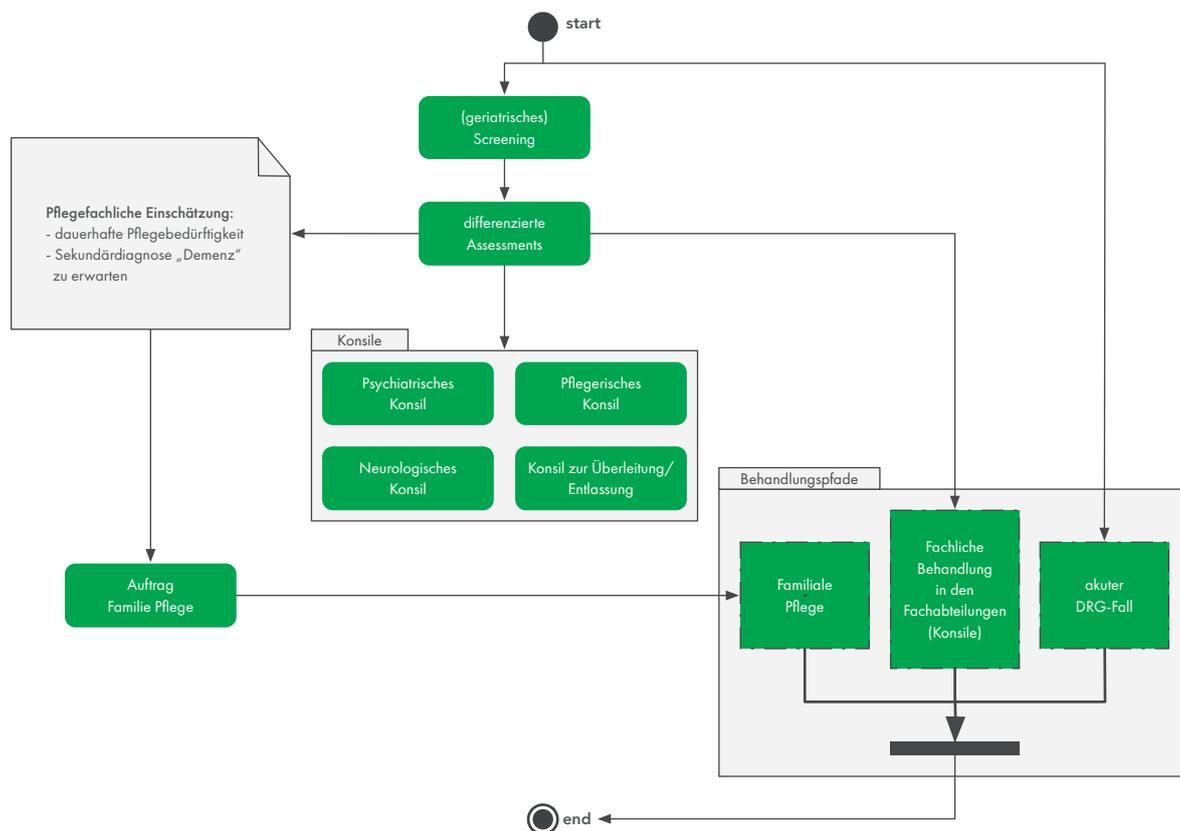


Abbildung 5: Screenings und Assessments

26 Dieses gilt speziell in den somatischen Krankenhäusern für die Sekundärdiagnose Demenz, die ebenfalls verdeckt bleibt. Wie oben angemerkt, bilden die Geriatrien und Teile der Psychiatrien eine Ausnahme.

Die Grafik modelliert den Zusammenhang von Screenings, Assessments und Familialer Pflege, in denen die Pflege als Profession eine entscheidende Rolle übernimmt. Sie versucht gleichzeitig zu verdeutlichen, inwiefern die Ergebnisse der Screenings und Assessments für weitere medizinische, pflegerische und soziale Prozesse im Krankenhaus verwendet werden, die somit nicht allein für die Familiäre Pflege relevant sind, sondern die politischen und pflegfachlichen Vorgaben berücksichtigen und in organisationsbezogene Prozesse übersetzen. Es bleibt zu berücksichtigen, dass die Familiäre Pflege weiterhin unter dem § 45 SGB XI arbeitet und nicht bei dem Aufbau eines Entlassmanagements (§ 39.1 SGB V) im Krankenhaus partizipiert. Demnach ist es jedoch zulässig, dass die Familiäre Pflege als Teil der Entlassungsprozesse, bezogen auf den § 45 SGB XI spezifische Anforderungen stellt, um die Aufnahmeprozesse um Aspekte zur pflegerischen Überleitung in die Häuslichkeit zu ergänzen. Diese beispielhafte und fallorientierte „Tiefenbohrung“ der Beratung durch das Modellprogramm „Familiäre Pflege“ kann zu Synergieeffekten in den Krankenhäusern führen, von denen unter anderem die Sozialdienste und auch das Entlassungsmanagement profitieren können.

### ***Andere Bedingungen: Pflegebedürftigkeit in der Psychiatrie***

Die vorgestellten Beratungskonzeptionen basieren hauptsächlich auf den Beobachtungen, Beratungen und Erkenntnissen in somatischen Krankenhäusern – meist in NRW. Mit dem KHP SH 2017 sowie den länderübergreifenden DNQP 2009 und dem RV EM lassen sich diese Ergebnisse in leicht angepasster Form auf die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein übertragen, sodass diese hier nicht weiter vorgestellt werden müssen.<sup>27</sup> Die Psychiatrien bilden insofern andere Bedingungen, da die gerontopsychiatrische Identifizierung von Patient\*innen, sofern vorhanden, früher einsetzt als in den Krankenhausplänen vorgeschrieben und vor allem Demenz eine Primärdiagnose darstellt. Ferner sind die deutlich längeren Liegezeiten und eine differente Pflege- und Therapiekultur (die nicht immer trennscharf zu unterscheiden sind) ebenso zu berücksichtigen, wie eine ebenfalls different-komplexe Arbeit mit den pflegenden Angehörigen (vgl. Bergenthal & Friesel-Wark 2015).

Die größte Herausforderung in der System- und EDV-Beratung durch das Modellprogramm besteht jedoch auch hier in der systematischen Erfassung der vorhandenen oder zu erwartenden Pflegebedürftigkeit von Patient\*innen. Die Erfassung und Dokumentation der Pflegegrade besitzt in den Psychiatrien fast ausschließlich für die Überleitung in die stationäre Anschlussversorgung einen systemischen Sinn. Die psychiatrische Pflege in der Häuslichkeit durch pflegende Angehörige, insbesondere mit der Unterstützung eines psychiatrischen ambulanten Pflegedienstes, ist als lückenhaft zu charakterisieren. Der Schutzdiskurs – also der Schutz der Gesellschaft, aber auch der Angehörigen vor den Patient\*innen – sowie Stigmatisierungstendenzen sind als sehr wirkmächtig einzustufen (ebd., 278-286; Bergenthal in dieser Ausgabe).

Die Psychiatrien und psychiatrischen Stationen in den Krankenhäusern begegnen daher anderen Herausforderungen in der Arbeit mit den pflegenden Angehörigen. Die frühe Kontaktaufnahme stellt auch hier eine zentrale Herausforderung dar, um Stigmatisierungen entgegen zu wirken und

---

27 Der KHP SH 2017 schreibt lediglich ein geriatrisches Screening für Patient\*innen ab 70 Jahren vor und betont weniger stark die differenzierten Assessments. Hingegen wird der geriatrische Versorgungsverbund als sektorenübergreifendes Netzwerk hervorgehoben (KHP SH 2017, 38f.).



## Beispiele der EDV-Beratung in der Familialen Pflege

Die folgenden zwei Beispiele aus der IT-Beratung im Modellprogramm verdeutlichen einerseits die Komplexität der Nutzung des KIS für die Familiale Pflege im Krankenhaus sowie die Bedeutung der Akzeptanz von Innovationen, der Rollen- und Teamentwicklung für einen gelingenden Beratungsprozess. Es wird zu sehen sein, dass trotz aller konzeptionellen Vorüberlegungen der personelle und der strukturelle Rückhalt im Krankenhaus von entscheidender Bedeutung sind.

### *EDV-Beratung – Fallbeispiel 1*

Das erste Beispiel betrifft ein Krankenhaus in NRW, das explizit den Wunsch geäußert hat, Angehörige gezielt mit Hilfe des KIS so früh wie möglich zu erreichen. Das Entlassmanagement stand auf drei Säulen, dem Sozialdienst für die Überleitung in die stationäre Versorgung, die Pflegeüberleitung für die allgemeine Überleitung in die Häuslichkeit (z. B. Hilfsmittelversorgung und Wohnraumberatung) sowie der Familialen Pflege für die Beratung und Anleitung der pflegenden Angehörigen. Für die folgende Darstellung spielt der Sozialdienst jedoch keine nennenswerte Rolle. Hingegen zeigte sich, dass die Familiale Pflege im Entlassungsprozess als letztes Glied in der Informationskette hinter der Pflegeüberleitung stand und nur selten beauftragt wurde. Ziel war es daher, die Familiale Pflege unabhängig von anderen Funktionsstellen möglichst schon im Aufnahmeprozess zu beauftragen. Davon sollte gleichzeitig die Pflegeüberleitung profitieren und nicht nachgeschaltet werden. Eine hierarchische Gleichstellung zu allen im Entlassungsprozess partizipierenden Funktionsstellen war gleichsam das Ziel der Familialen Pflege sowie der Pflegedirektion.

In den Aufnahmeprozessen als neuralgischer Punkt für die Familiale Pflege sollte die Nutzung eines Konsils „Familiale Pflege“ gleichwertig neben den anderen Konsilen erstellt werden, welches die Arbeitsliste der Pflegetrainer\*innen generiert (Liste 1. Priorität) und eine erste Form der Unmittelbarkeit der Familialen Pflege zur Aufnahme ermöglicht. Die Pflegestufe selbst als zentrales Kriterium zur Beauftragung der Pflegetrainer\*innen wurde kritisch gesehen, da die Dokumentation des vorhandenen Pflegebedarfs nicht im Blickfeld der aufnehmenden Stationen lag. Daher sollte die Erfassung der Pflegestufe in der Pflegeanamnese auf den Stationen perspektivisch an Bedeutung gewinnen. Vorübergehend sollte es für die Pflegetrainer\*innen über eine Kurzansicht zu den Patient\*innen in der Stationsgrafik des KIS komfortabel zugänglich sein, sich selbst konsiliarisch beauftragen zu können. Ergänzend wurden das Alter der Patient\*innen, die PKMS-Einstufung, die Fieberkurve und der fortlaufend aktualisierte Selbst-Pflege-Index (SPI) in den Blick genommen. Die Frage nach der Dokumentation und Abrechnung wurde zunächst zurückgestellt.

In der zweiten Beratung wurde von schnellen Fortschritten berichtet: Die Erstellung der Arbeitsliste mit dem Konsil „Familiale Pflege“ erwies sich als einfach. Anfangs gelangten die Beauftragungen über das Konsil, aber schon wenige Wochen später blieben die Konsile aus. Nach mehreren Versuchen haben sich Familiale Pflege, Pflegedirektion und EDV-Abteilung doch geeinigt, die vorhandene Pflegestufe als zentrales Kriterium zu nutzen; die Versuche andere Daten miteinander zu verbinden, erwies sich als aufwändig, fehleranfällig und wenig zuverlässig. Hingegen wurde die Dokumentation im KIS an die Leitungserfassung gekoppelt, sodass perspektivisch ein Datenexport im Layout der Nachweise und Mittelanforderungen möglich wurde.

Über geschützte Felder können die Pflegetrainer\*innen Informationen erfassen, auf die andere Berufsgruppen keinen Zugang haben sollen.

In der weiteren Nutzung und Entwicklung des KIS durch die Familiäre Pflege zeigte sich, dass das Stellen des Konsils von den Stationen konjunkturell schwankte. Die Präsenz der Pflegetrainer\*innen auf den Stationen sei dabei der entscheidende Erfolgsfaktor. Sobald die Pflegetrainer\*innen z. B. krankheitsbedingt ausfallen, gingen die Konsilstellungen merklich zurück. Hilfreich seien hingegen die Kurzinformationen in der Stationsgrafik zur Pflegestufe und ergänzend der SPI, das Alter der Patient\*innen und die Fieberkurve. Auch das ISAR-Screening, welches systematisch zu dem Zeitpunkt nur auf einigen Pilotstationen eingesetzt wurde, erschien für die Identifizierung hilfreich.

In der weiteren Begleitung durch das Modellprogramm wurde deutlich, dass die teilnehmenden Akteure, insbesondere die Pflegetrainer\*innen und die EDV-Abteilung mit dem Rückhalt der Pflegedirektion ein stabiles Arbeitsbündnis aufgebaut hatten und kurzfristig auf Nachbesserungen reagieren konnten, da sich die EDV-Abteilung auch intensiv mit den Problemstellungen der Familialen Pflege auseinandergesetzt hatte. Eine gegenseitige und eigenständige Kommunikation der Akteure wurde möglich. Ebenso zeigte sich der Bedarf der pflegebedürftigen Patient\*innen, sodass es zu einem erneuten Arbeitsbündnis zwischen Familialer Pflege und Pflegeüberleitung gekommen war. Als weiteres Ergebnis konnte das Team der Familialen Pflege erweitert werden. Die Beauftragung der Familialen Pflege geschieht weiterhin hauptsächlich über die Selbstrecherche der Pflegetrainer\*innen konsiliarisch. Jedoch laufen sie nicht mehr zu Fuß über die Stationen, sondern recherchieren die Patient\*innen mit vorhandener oder zu erwartender Pflegebedürftigkeit über das KIS. Ein vorhandener Pflegegrad und weitere schnell zugängliche Informationen im KIS ermöglichen die Selbstbeauftragung kosteneffizient. Nach derzeitiger Planung soll zukünftig auch das ISAR-Screening für die Familiäre Pflege für die Selbstbeauftragung stärker genutzt bzw. berücksichtigt werden.

### ***EDV-Beratung – Beispiel 2***

Ein anderes Beispiel bietet ein weiteres Krankenhaus in NRW. Die Konstellation gestaltete sich als diffiziler, da zwei Pflegetrainer\*innen (Frau R. und Frau S.)<sup>31</sup> für alle drei Betriebsstätten und eine weitere für die Geriatrie (Frau T.), die Teil einer der drei Betriebsstätten ist, zuständig sind. Die betriebsstättenübergreifende Teamkommunikation und Organisation stellt naturgemäß eine größere Herausforderung dar als die Koordination eines Teams in einer Betriebsstätte. Hintergrund sind häufig noch unterschiedliche Prozesse als Folge von Fusionen, die das Finden einer gemeinsamen, alltagspraktischen Lösung erschweren. Auch die Stellenstrukturen der Pflegetrainer\*innen waren unterschiedlich: Frau S. fungierte nur anteilig als Springerin in beiden Betriebsstätten und Frau T. nur auf der geriatrischen Station.

Die Anforderung zur Nutzung des KIS für die Familiäre Pflege entstand in dem Umstand, dass Frau R. einen zeitlich begrenzten 50 %-Stellenanteil zur Etablierung der Familialen Pflege erhielt, um die Fallzahlen für das Krankenhaus zu steigern. Ziel war es daher zunächst das Meldewesen für die Familiäre Pflege im KIS aufzubauen und folglich die Meldewege zu verkürzen sowie den

---

31 Die Namen sind für dieses Fallbeispiel anonymisiert.

Beratungsprozess mit den pflegenden Angehörigen qualitativ auszuweiten. Das KIS sollte nicht nur für das Meldewesen eine zentrale Rolle spielen, sondern auch für die Dokumentation und Abrechnung. Ferner sollte es den Bekanntheitsgrad und die Institutionalisierung der Familialen Pflege voranbringen. Letzteres sollte speziell über die Teilhabe am Entlassungsprozess mit dem Sozialdienst und der Pflegeüberleitung, aber auch über die engere Zusammenarbeit mit den Stationen gelingen. Durch frühere Meldungen und eine zu erwartende Steigerung der Pflegetrainings im Krankenhaus war eine Entlastung der Stationen sowohl in den pflegerischen Aufgaben als auch in der Arbeit mit den Angehörigen zu erwarten. Gleichzeitig sollten pro Fall mehr Projektinstrumente durchgeführt und so die Refinanzierung des Stellenanteils sichergestellt werden. Als Nebeneffekt versprach sich Frau R., dass das Aufdecken der Pflegebedürftigkeit zu einer besseren Versorgung und Entlassung der Patient\*innen aus dem Krankenhaus führen werde. Nicht nur die Familiäre Pflege, sondern das gesamte Entlassungsmanagement sollte davon profitieren.

Die Gelegenheit zur Nutzung des KIS war günstig, da die Geschäftsführung schon beschlossen hatte, die Dokumentation auf Papier sukzessive abzuschaffen – vor allem in den medizinischen Bereichen war dieser Prozess schon weit fortgeschritten. Die Stationen wurden mit je drei Tablets für die Ärzte und drei Tablets für die Pflege ausgestattet. Die Pflege sowie einige Bereiche im Entlassungsmanagement und Sozialdienst dokumentierten jedoch noch auf Papier. Bevor das erste persönliche Beratungssetting zustande kam, wurden erste Informationen seitens des Modellprogramms zugänglich gemacht, die die Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS via Konsile in der Aufnahme und Pflegeanamnese beschrieb. Frau R. konnte so mit dem EDV-Mitarbeiter Herr U. einen Konsilbutton erstellen, der für alle Mitarbeiter\*innen des Krankenhauses zugänglich war. Zunächst blieb es jedoch unklar, wie die Konsile für Frau R. zugänglich waren. Ferner nutzten die Stationen trotz kontinuierlicher Bekanntmachung das Konsil nicht. So lief Frau R. weiterhin fußläufig über die Stationen.

Im ersten Beratungsgespräch wurde dann ersichtlich, dass die Pflegestufe das zentrale Kriterium für die Beauftragung der Pflegetrainer\*innen darstellte. Herr U. konnte ebenfalls berichten, dass die hausweite und einheitliche Anamnese im KIS fertiggestellt sei und bald auf allen Stationen genutzt werden solle. Diese beinhalte eine Checkbox für „Demenz“ und ein Feld für die Pflegestufen 1 bis 3, die auf Anfrage problemlos um die „Pflegestufe 0“ und „Pflegestufe beantragt“ erweitert werden könne. Ferner könne eine weitere Checkbox für jene Patient\*innen eingefügt werden, die „aus dem Pflegeheim“ aufgenommen werden, um den Patient\*innenkreis weiter einzugrenzen. Ebenso schnell sei eine Liste zu erstellen, die alle Patient\*innen mit dokumentierter Pflegestufe führt, die gleichzeitig nicht aus dem Pflegeheim aufgenommen werden (Liste 2. Priorität). Die Information zur demenziellen Erkrankung der Patient\*innen sei über einen Marker „besonderer Pflegeaufwand“ schnell abrufbar. Weiterhin solle es die Möglichkeit zur Konsilstellung geben (Liste 1. Priorität), sodass Frau R. mit zwei Listen arbeiten, sich selbst beauftragen und die Fälle im Team der Familialen Pflege kommunizieren könne. Perspektivisch werde es eine fortlaufende Pflegedokumentation in der Patient\*innenakte geben, die die Inhalte der Förderinstrumente aufnehmen und für die Abrechnung wieder zugänglich machen könnte. So könne Transparenz mit den Stationen hergestellt werden. Zu klären bliebe eine Zugriffssteuerung. Abschließend wurde deutlich, dass das KIS ebenfalls ein Medikationsmodul enthalte, in welchem die Priscusliste und die Medikamente des Krankenhauses hinterlegt seien. Die Ideen sollten zunächst umgesetzt und in einer weiteren Beratung erneut betrachtet werden. Es sollten Erfahrungen mit dem KIS gesam-

melt und anschließend überlegt werden, an welchen Stellen nachgebessert werden müsste. Denn es blieb zunächst unklar, ob sich die Konsilstellungen stabilisieren und das Feld der Pflegestufe und/oder Demenz in der Anamnese ausgefüllt werden würde. Ebenso blieb unklar, ob und wie eine im Arbeitsalltag praktikable Form der Dokumentation in das KIS integriert werden könnte.

Der zweite Beratungstermin fand etwa vier Monate später statt. Es zeigte sich, dass sich die Möglichkeit zur Erfassung der Pflegestufe zunächst etwas holprig gestaltete, da die „Pflegestufe 0“ scheinbar unbekannt war und daher als „keine Pflegestufe“ interpretiert wurde. Entsprechend wurde „keine Pflegestufe“ als weitere Auswahlmöglichkeit hinzugefügt, um die „Pflegestufe 0“ davon unterscheiden zu können. Frau R. berichtete, dass das Feld Pflegestufe recht häufig ausgefüllt werde. Sie erhalte so etwa 50 Fälle pro Woche, könne einige Korrekturen vornehmen und erreiche schlussendlich etwa 10 bis 20 Patient\*innen wöchentlich, mit deren Angehörigen sie im Modellprogramm starten könne. Sie berichtete, dieses sei ein großer Fortschritt, da sie nicht mehr fußläufig betriebsstättenübergreifend mehr als 350 Betten überblicken müsse. Am Ende der Woche bleibe sogar noch einige Zeit übrig, um die Initialpflegekurse vorzubereiten. Des Weiteren sei das Konsil eingestellt worden, da über diesen Weg kaum mehr gemeldet wurde. Die Dokumentation der Förderinstrumente sei direkt in den digitalen Nachweisen im KIS möglich, die als Dokument hinterlegt seien. Die fortlaufende Pflegedokumentation nutze sie wegen der Transparenz mit den Stationen trotzdem. Ferner sei zu beobachten, dass der Erstkontakt von durchschnittlich 23 Tagen und häufig erst in der Häuslichkeit nach der Aufnahme auf weniger als zehn Tage nach Aufnahme und somit häufig noch im Krankenhaus reduziert werden konnte.

Im weiteren Beratungsverlauf zeigte sich jedoch eine wichtige Erkenntnis: Die Nutzung des KIS ist kein Allheilmittel. Die Unterstützung seitens Frau S. und Frau T. blieb an einigen Stellen gering, sodass eine Stabilisierung der Arbeit mit dem KIS nicht möglich war. Zwar wurden die Effekte gesehen und als hilfreich wahrgenommen, teaminterne Konflikte verhinderten jedoch die Akzeptanz der Lösung und dauerhafte Etablierung. Das KIS wird weiterhin verwendet, aber die klare Prozess- und Teamsteuerung sowie die Kooperation mit den Nachbarprofessionen (Casemanagement, Entlassmanagement, Sozialdienst etc.) blieben aus.

### ***Betrachtung der zwei Fallbeispiele***

Die Betrachtung des ersten Beispiels weist auf mehrere wichtige Ergebnisse hin: Die Erfassung der vorhandenen Pflegebedürftigkeit ist im Krankenhaus nicht selbstverständlich, sondern eine Entwicklungsaufgabe: Erst in Verbindung u. a. mit der Familialen Pflege bilden sich Anschlussprozesse. Auch diese bilden sich nicht selbst, sondern bedürfen eines begleiteten Erfahrungs- und Reflexionsprozesses, in diesem Fall in der wissenschaftlichen Beratung des Modellprogramms. Weiter zeigt sich, dass auch die Praxis im Anschluss an die Prozessgestaltung keineswegs reibungslos verläuft. Eine vorhandene Organisationskultur, die sich in diesem Fall durch die intensive Nutzung von Konsilen über das KIS äußerte, ist kein Garant für einen anknüpfenden Prozess. Ob ärztliche Konsile schneller oder einfacher Akzeptanz in den Stationsprozessen finden, ob das Auslösen der Konsile eine hoheitliche Aufgabe der Ärzte selbst oder anderer Berufsgruppen ist, muss zunächst Spekulation bleiben. Der Beratungsverlauf zeigt jedoch, dass der Erfolg des Konsils „Familiale Pflege“ zunächst wesentlich von der Präsenz der Pflgetrainer\*innen auf den Stationen und den professionellen Netzwerken abhängt.

Die Betrachtung des zweiten Beispiels zeigt eindrücklich, dass das Aufstellen und Ausarbeiten einer Infrastruktur im KIS allein nicht ausreicht. Selbst ein gutes Arbeitsbündnis und die umfangreiche und geduldige Unterstützung der EDV-Abteilung eines Krankenhauses, die sich auf „scheiternde“ Innovationen und die Weiterentwicklung von Ideen einlässt, garantieren keinen gelingenden, innerbetrieblichen Entwicklungsprozess. Von entscheidender Bedeutung erscheint zusätzlich das Arbeitsbündnis in der Hierarchie, d. h. die Unterstützung der Pflegedirektion bzw. der Pflegedienstleitungen, die einen gewissen Innovationsspielraum zugestehen müssen, das Arbeitsbündnis zu den Berufsgruppen, die selbst am Entlassungsprozess partizipieren (Sozialdienst, Pflegeüberleitung, Casemanagement etc.) sowie zu den anderen Pflegetrainer\*innen. Die Akzeptanz der Teams und Berufsgruppen gegenüber den (hier: technischen) Innovationen ist ebenso ein wichtiger Faktor, insbesondere weil die umfangreiche Nutzung des KIS bisher nicht primäres Aufgabenfeld der Pflege und der Sozialen Professionen ist. Daher ist auch eine stetige Rollenentwicklung der Pflegetrainer\*innen eng mit den Beratungsprozessen des Ressorts-EDV verknüpft. Sie müssen in den strukturellen und organisationsbezogenen Entwicklungs- und Innovationsprozessen, aber auch in der Weiterentwicklung der verschiedenen Teams durch das Modellprogramm beraten und begleitet werden. Gleichzeitig wurde ersichtlich, dass mit wenig Aufwand im technischen Bereich ein beachtlicher Systemeffekt für die Pflegetrainer\*innen erzielt werden konnte. Die Reduzierung der Zeit bis zum Erstkontakt, trotz Fehlerkorrekturen durch Frau R. zeigt die Potenziale der Nutzung des KIS für die Familiäre Pflege. Im zweiten Beispiel wurde dieses insbesondere durch die interne, innovationsorientierte Politik des Krankenhauses ermöglicht; im ersten Beispiel durch den Rückhalt der Pflegedirektion. So mussten weder die Hierarchie noch die EDV-Abteilungen oder die parallelen Berufsgruppen grundsätzlich, sondern nur vereinzelt von der Nutzung des KIS überzeugt werden.

## **Abschluss und Ausblick**

Die Praxis im Feld hat gezeigt, dass die Umsetzung des geriatrischen Screenings, nach Vorbild des KHP NRW 2015, die Krankenhäuser vor große Herausforderungen stellt. Das flächendeckende Screenen von Patient\*innen ab 75 Jahren geriet häufig ins Stocken. Differenzierte Assessments oder andere Folgeprozesse z. B. für die Entlassung blieben weitestgehend die Ausnahme (vgl. Gröning, Lienker & Sander, S. 14). Sie finden nur langsam und meist nur in Teilen Eingang in die Alltagsprozesse der Krankenhäuser. Es fehlt häufig eine Übersetzung der Vorgaben in praxisrelevante Prozessstrukturen. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Vorgaben von sich aus keine Brücken in das managerielle Zentrum der Organisation bilden. Es bedarf eingehender, organisationscharfer Beratung, diese Programme umzusetzen. Pädagogisch formuliert: Die externen Steuerelemente scheitern, sofern das Wissen nicht an bestimmte Gruppen in der Organisation gebunden wird. Folglich verweisen die politischen und fachlichen Programme oder Vorgaben mangels personengebundenen Organisationswissens und interner Steuerung (vgl. von Kamen 2015, 40-49). Es bedarf daher kontinuierlicher Beratung der Organisation und der Pflegetrainer\*innen, um Veränderungen herbeizuführen (vgl. Gröning 2015).

Die Strategie des Modellprogramms – am Beispiel der Screenings und Assessments in den Krankenhausplanungen und dem Rahmenvertrag Entlassmanagement – nutzt die Vorgaben, um eigene Prozesse auszubilden: Die frühe Beauftragung der Pflegetrainer\*innen über das KIS als

Teil der Aufnahmeprozesse, um schon im Krankenhaus mit dem Beratungsprozess zu beginnen. Zu erwarten ist ein systemkosteneffizienter und quantitativ ertragreicher Beratungsprozess (Wertschöpfung), gleichzeitig die frühzeitige Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation sowie ein gelingender Lernprozess der pflegenden Angehörigen und eine erfolgreiche pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit (Wohlfahrtsproduktion). Somit können Interessenslagen der Peripherie und des manageriellen Zentrums zusammengebracht werden.

Mit dem Stand 2017 beantwortet das Ressort-EDV die Frage, wie die Familiäre Pflege das KIS nutzen kann, demnach mit der Beauftragung der Pflegetrainer\*innen anhand der Pflegebedürftigkeit der Patient\*innen als Systemaufgabe der Krankenhäuser und mit der instrumentellen Optimierung einer eigenen Dokumentation und Abrechnung. Niedrige Systemkosten, frühzeitig und qualitativ hochwertige Beratungsprozesse, steigende Angehörigenzahlen und die Refinanzierbarkeit der Familialen Pflege in den Krankenhäusern stehen dabei im Fokus. Herangezogen werden dafür anschlussfähige Parallelstrukturen, die in den Anforderungen des DNQP 2009 und dem RV EM sowie den landesspezifischen Krankenhausplanungen in NRW (2015) und Schleswig-Holstein (2017) formuliert werden. Sie erhalten fall- und strukturorientierte Praxisrelevanz, sowohl in der Peripherie als auch im manageriellen Zentrum. Mittels des Aufnahmeschemas (Abbildung 4) wird die Herausforderung der Identifizierung von Patient\*innen mit einer (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit verdeutlicht und über die Koproduktion mit den Krankenhäusern in die Beratungskonzeption ein- und fortgeschrieben (Gröning, Lebeda & Waterböhr 2017). Die besten Praxen werden ab 2018 in Form von Leitfäden-IT dem Feld zugänglich gemacht.<sup>32</sup>

Neben einigen Problemen im Arbeitsalltag, die insbesondere die Verknüpfung der Dokumentation und Abrechnung im KIS, Diskussionen um Datenschutz und eine allgemeine technische Ausstattung, d. h. kontinuierlichen Zugang zum KIS betreffen, zeigt sich weiterhin ein Entwicklungsbedarf in den Beratungskonzeptionen des Ressorts-EDV. Wie dargestellt bildet das KIS einige Möglichkeiten zur digitalen Dokumentation und einer vereinfachten Abrechnung, Nukleus bleibt weiterhin die Identifizierung von pflegenden Angehörigen über das KIS: Das Modellprogramm setzte in Verbindung mit den politischen (Krankenhausplanungen NRW und SH) und fachlichen Vorgaben des DNQP 2009 (2017 in Fortschreibung) auf einen Professionalisierungsschub der Pflegefachkräfte und Versorgungsbereichen im Krankenhaus, die konsiliarisch die Familiäre Pflege beauftragen. Dieser Effekt scheint sich jedoch nicht permanent einzustellen oder stößt auf bisher noch nicht reflektierte Grenzen. Das verdeutlichen die zwei Praxisbeispiele nachdrücklich. Möglich sind weitere System-, aber auch Hierarchieeffekte in den Organisationen, die auch immer vor den betriebswirtschaftlich-ökonomischen Systemimperativen (von Kamen 2015, 50) zu interpretieren sind.

Es zeigt sich, dass konzeptionell auf diese These im Sinne der Umsetzungsforschung mit der Überarbeitung der Prioritätslisten geantwortet werden muss. Dies wird insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Psychiatrien deutlich, die in ihrer Institutions- und Pflegekultur andere Prioritäten setzen. Die konsiliarische Fokussierung als höchste Priorität (Liste 1. Priorität) wird voraussichtlich einer eher fachlich fundierten Beauftragung der Pflegetrainer\*innen weichen, die kein direktes Handeln der Pflege- und Versorgungsprofessionen erfordert, sondern sich an den Ergebnissen der politischen, versorgungs- und pflegefachlichen Vorgaben zu den Screenings-

---

32 Derzeit noch unveröffentlicht.

und Assessments orientiert. Welche Rolle und welches Gewicht dabei der Rahmenvertrag Entlassmanagement seit Oktober 2017 spielen wird, bleibt zunächst eine gewichtige Frage. Ziel wird es daher zukünftig sein, dass sich die Pflertrainer\*innen anhand der Ergebnisse aus den Screenings und Assessments selbst beauftragen und so über die systematische Bereitstellung von (pflege-)relevanten Informationen im KIS an den Entlassungsprozessen partizipieren und systematisch eingebunden werden. Daher spielt das KIS auch weiterhin eine zentrale Rolle für die Integration der Familialen Pflege in die sich weiter differenzierenden Systeme der Krankenhäuser.

Für die Beratung des Ressorts-EDV wird methodisch ebenso eine stärkere Fallorientierung relevant, die einerseits klare Ziele zur Prozess- und EDV-Entwicklung in den Krankenhäusern sowie klare Erfolgs- und Risikofaktoren und Effekte aus der EDV-Beratung anderer Krankenhäuser benennt. Andererseits soll die Rollenentwicklung der Pflertrainer\*innen zu Systemiker\*innen nicht nur theoretisch unterfüttert, sondern auch praktisch vorangetrieben werden. Die Fallbesprechungen sind in Jahres- und Planungsgespräche, aber auch über die Einbindung der System- und EDV-Entwicklung in die Wissenschaftlichen Weiterbildungen (WWB, Inhouse-Schulungen, Entwicklungsgruppen) sowie verstärkt in Einzelberatungen zu integrieren. Dabei sind zwei Dimensionen in der Beratung zu berücksichtigen: Erstens gilt es bezogen auf die Entlassungsprozesse und damit verbunden die Abbildung im KIS gemäß der differenten Organisationskulturen der Krankenhäuser zu beraten und, wie Katharina Gröning ausführt, die Denkweisen mittels Brückenbau zwischen manageriellem Zentrum und Peripherie durch den pädagogischen Wissenstransfer zu verändern. Zweitens gilt es das Wissen adressatenspezifisch in der Organisation zu platzieren und zu beraten: Von dem Ressort-EDV werden einerseits die Leitungen (Pflegedirektionen und Pflegedienstleitungen) und andererseits die Pflertrainer\*innen und EDV-Mitarbeiter\*innen zu gegenseitigem Austausch angeregt. Es gilt demnach auch die Hierarchien und den Ort des Wissens innerhalb einer Organisation stärker zu berücksichtigen. Weitere Innovationen werden so im Sinne der Umsetzungsforschung durch die Beratung, Begleitung und Exploration von Besten Praxen zu erreichen sein.

## Literaturverzeichnis

- Bergenthal, S. & Friesel-Wark, H. (2015). Psychiatrische Pflege an der Grenze? Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen Somatik und Psychiatrie. In Gröning, K., Sander, B. & von Kamen, R. (Hrsg.). Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ (S. 275-291). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Blomenkamp, L., von Kamen, R. von, Lagedroste, C. & Seifen, S. (2014). Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation. Evaluationsbericht. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht\\_Hilfsmittelversorgung.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Evaluationsbericht_Hilfsmittelversorgung.pdf) (Stand 28.06.2017).
- Bosch, G. (1980). Zur Konzeption arbeitnehmerorientierter Wissenschaft. In Katterle, S. & Krahn, K. (Hrsg.). Wissenschaft und Arbeitnehmerinteressen (S. 102-157), Köln: Bund-Verlag.
- Daheim, H., Kollmer, J., Messmer, H. & Olscha, C. (1989). Wie ist Verständigung möglich? Kommunikation zwischen Wissenschaft und Praxis in Seminaren der beruflichen Fortbildung von Verwaltungsangehörigen, in: Beck, U. & Bonß, W. (Hrsg.). Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens (S. 196-225). Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege) (2009). Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“. Osnabrück.
- Feuerstein, G. (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. Über Schnittstellen im Behandlungsgeschehen und ihrer Bedeutung für die Analyse und Gestaltung komplexer Versorgungsstrukturen, in: Badura, B. & Feuerstein, G. (Hrsg.). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung (S. 41-67). Weinheim/München: Juventa-Verlag.
- Gröning, K., Lienker, H. & Sander, B. (2017). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/Programmbeschreibung-2017.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/Programmbeschreibung-2017.pdf) (Stand 06.06.2017).
- Gröning, K., Lebeda, D. & Waterböhr, J.-W. (2017). Die Praktische Konzeption und Instrumente im Modellprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/studienbriefe/StB\\_praktische\\_Konzeption.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/studienbriefe/StB_praktische_Konzeption.pdf) (20.03.2018).
- Gröning, K., Feldmann, M., Bergenthal, S., Lebeda, D. & Yardley, Y. (2016). Somatische Kultur und psychiatrische Pflege. Pflegetrainings in der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung somatischer Pflege. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/studienbriefe/StB\\_somatik-psychiatrische-pflegekultur.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/studienbriefe/StB_somatik-psychiatrische-pflegekultur.pdf) (Stand 03.11.2017).

- Gröning, K. (2015). Organisationswissenschaftlicher Ansatz des Projektes „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/groening-ansatz.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/groening-ansatz.pdf) (Stand 06.06.2017).
- Gröning, K., Lagedroste, C. & Kamen, R. von (2015). Lerneffekte und Lernprozesse bei pflegenden Angehörigen. Bielefeld: Eigenverlag.  
URL: [http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale\\_pflege/materialien/evaluation/Lerneffektstudie.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Lerneffektstudie.pdf) (28.06.2017).
- Gröning, K., Kunstmann, A.-C., Rensing, E. & Röwekamp, B. (Hrsg.) (2004). Pflegegeschichten. Pflegende Angehörige schildern ihre Erfahrungen, Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Kamen, R. von (2015). Entlassungsmanagement in der Perspektive von organisationalen Lern- und Bildungsprozessen. In Gröning, K., Sander, B. & von Kamen, R. (Hrsg.). Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ (S. 31-54). Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.
- Klatetzki, T. (1993). Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System – Eine ethnographische Interpretation. Bielefeld: KT-Verlag.
- KHP NRW 2015. Krankenhausplan NRW 2015.  
URL: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1617> (Stand 04.07.2017).
- KHP SH 2017. Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein.  
URL: <https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Krankenhausplan.html> (Stand 04.07.2017).
- Lienker, H. (2012). Überleitungsmanagement im Krankenhaus. Impulse zur Integration des Überleitungsmanagements in das Qualitätsmanagement (QMS), Bielefeld: Eigenverlag (8. Auflage).
- Noelle, R., Sauter, D. & Löhr, M. (2014). Vereinfachte Erfassung der Pflegeleistung in der Gerontopsychiatrie. Evidenzgrundlage und Architektur des Pflegestufenkodes (9-984) im OPS-Katalog 2014. PPH – Zeitschrift für Psychiatrische Pflege heute, Heft 5|14, 253-258.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3: Aufnahmeprozess (2014)	91
Abbildung 4: Aufnahmeschema	93
Abbildung 5: Screenings und Assessments	97

