



Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“

Jan-Willem Waterböhr, Marco Kühn

Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“

Autoren

M.A. Jan-Willem Waterböhr

B.A. Marco Kühn

Kontakt

Modellprogramm Familiale 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>

Dezember 2018, Universität Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	7
Modul 1: Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS	11
Modul 2: Dokumentation der Familialen Pflege im KIS	27
Modul 3: Kollegiale Zusammenarbeit und Netzwerke der Familialen Pflege	41
Modul 4: Zur Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung	51
Veranstaltungstranskripte	71
Literaturverzeichnis	71
Abbildungsverzeichnis	73

Einleitung

Die Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“ dokumentiert die besten Praxen in der Nutzung des Krankenhausinformationssystems (kurz ‚KIS‘) durch die Pflegetrainer*innen, die das Modellprogramm Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG in 420 Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig Holstein umsetzen. Dabei handelt es sich nicht um eine Anleitung oder Blaupause zum Aufbau eines eigenen Bereichs ‚Familialen Pflege‘ im KIS, was bei der Vielzahl der verwendeten KIS nicht möglich wäre. Vielmehr bieten die folgend skizzierten besten Praxen Einsicht in die Ideen und notwendigen Entwicklungsprozesse, um anschließend eigene Entwicklungsprozesse in den Krankenhäusern zu beginnen – diese müssen anschließend an die Bedingungen des verwendeten KIS angepasst werden. Die Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“ ist daher als eine Schablone zur Integration der Familialen Pflege in das Krankenhaus als Organisation unter Verwendung des KIS und der damit verbundenen Arbeitsprozesse zu verstehen, an welchen die Familiale Pflege partizipiert. Es werden die Ansätze des Studienbriefs „Praktische Konzeption und die Instrumente des Modellprojekts Familiale Pflege“ fortgeschrieben und konkretisiert.

Folgender Umstand ist mit Blick auf verschiedene Krankenhäuser zu berücksichtigen:

„Sozialdienst, pflegerisches Entlassmanagement und Familiale Pflege läuft unterschiedlich in den Häusern. Wir sind dabei, es zusammenzuführen, aber auch dadurch wird immer deutlich, also ein pflegerisches Entlassmanagement haben wir nicht überall. Da, wo wir es haben, da haben wir eine super Familiale Pflege, da läuft die Akquise. Da, wo wir es eben nicht haben, da, wo es kein Thema ist, da ist es umso schwerer, überhaupt die Patienten zu filtern, obwohl wir von Anfang an die EDV versucht haben mit einzubinden. Also die EDV-Möglichkeit der Meldung gibt es, aber die Meldung funktioniert eben nicht so, wie wir es uns gewünscht haben.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1004-1012)

Krankenhäuser sind institutionell unterschiedlich aufgebaut und die Familiale Pflege ist an verschiedenen Stellen der Organisation eingebunden. Die Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten, mit dem Entlassungsmanagement und anderen Bereichen gestalten sich unterschiedlich. Der Erfolg der Familialen Pflege im Krankenhaus hängt daher auch von der Integration der Familialen Pflege in den Entlassungsprozessen ab. Das KIS bildet dabei die Kommunikationsplattform für die verschiedenen Professionen im Krankenhaus: Es unterstützt die intersektorale Kommunikation, die Prozessgestaltung und die professionelle Rollenentwicklung der Pflegetrainer*innen in der Organisation. Die alleinige Verwendung des KIS genügt jedoch meistens nicht aus, sondern muss in die Ablaufprozesse des Krankenhauses eingebettet werden.

Hauptanliegen der Praktischen Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“ ist es deshalb, die frühe Beauftragung der Pflegetrainer*innen im Anschluss an die Aufnahmeprozesse der Krankenhäuser zu realisieren. Damit verbunden sind mehrere Aspekte zur technischen Umsetzung sowie zur Prozessgestaltung. Allgemeine oder allgemeingültige Vorgaben können nicht aufgestellt werden. Eine gelingende Prozessgestaltung und Kommunikation in den Krankenhäusern ist von den jeweiligen Strukturen und Bedingungen der Krankenhäuser abhängig. Daher bietet die Praktische Konzeption einen ersten Einblick in verschiedene

Praxen und schlägt verschiedene Strategien der Umsetzung vor, die für das eigene Krankenhaus ausgestaltet werden müssen.

Die hier enthaltenen ‚Schablonen‘ zur Integration der Familialen Pflege in die Entlassungsprozesse und in das KIS basieren auf den vier Projektforen zum Thema „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“, die von 2014 bis 2016¹ von der Universität Bielefeld durchgeführt wurden. Die Ergebnisse speisen sich aus den Vorträgen und Gruppendiskussionen, die mit den Konzepten und Strategieempfehlungen des Modellprogramms Familiäre Pflege an der Universität Bielefeld ergänzt wurden. Die hier verwendeten Beispiele wurden anonymisiert.

Es sind die folgenden vier Themenkomplexe identifiziert und modular aufgearbeitet worden:

Modul 1: Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

Modul 2: Dokumentation der Familialen Pflege im KIS

Modul 3: Kollegiale Zusammenarbeit und Netzwerke der Familialen Pflege

Modul 4: Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung

Dabei bieten Modul 1 und Modul 2 einen eher technischen Zugang und dokumentieren mehrere Formen und Erfahrungen zur Integration der Familialen Pflege in das KIS. Modul 3 und Modul 4 hingegen fokussieren primär die Organisationsprozesse und -Strukturen, die mit der technischen Nutzung des KIS zusammenhängen. Die Module können einzeln gelesen und bearbeitet werden, sie bilden eigene Aspekte zur Umsetzung. Es ist jedoch zu empfehlen, die Module miteinander verschränkt zu bearbeiten. Querverweise sind zur weiteren Vertiefung in den Texten enthalten.

Die Module sind nach dem folgenden Schema aufgebaut:

- Vorbemerkungen, Kontext und Problemstellung
- Strategie und Konzept zur Integration
- Praxisbeispiele und Erfahrungen
- Fazit und Handlungsempfehlungen

Die Praktische Konzeption „EDV-gestützte Kommunikation in der Familialen Pflege“ dient der ersten Orientierung und Kommunikationsgrundlage der Pflegetrainer*innen mit den EDV-Abteilungen, der (pflegerischen) Leitung wie auch anderen Bereichen des Krankenhauses (Stationen, Sozialdienst, Entlassmanagement etc.) in den Krankenhäusern.

¹ Das Pflegestärkungsgesetz II ist 2017 in Kraft getreten. Daher sprechen die Referent*innen in den Modulen noch von ‚Pflegestufe‘. Ebenso haben sich die Nachweisdokumente der Universität Bielefeld teils stark verändert. Diese Umstände schränken die Vorbildfunktion zur Strategiebildung jedoch nicht ein.

Der Dank des Modellprogramms Familiäre Pflege gilt insbesondere den folgenden Krankenhäusern, die freundlicherweise ihre Zwischenergebnisse zur Verfügung gestellt haben:

- Katholische Kliniken Bochum
- Gemeinschaftskrankenhaus, Bonn
- Alfried-Krupp Krankenhaus, Essen
- Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg
- Städtische Kliniken Mönchengladbach
- GFO St. Josef Krankenhaus, Troisdorf

Modul 1: Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

1. Zielsetzung der Beauftragung

Die Pflegebedürftigkeit von Patient*innen nach § 14 SGB XI ist das zentrale Kriterium für die Bildungs-, Trainings- und Beratungsprozesse im Rahmen des Modellprogramms „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“.² Um eine möglichst frühe Beauftragung der Pflegetrainer*innen zu realisieren, ist ein gesteuertes und systemkosteneffizientes Informationsmanagement über das KIS notwendig. Es wird lediglich die Erfassung einiger pflegerelevanter Basisdaten zu Patient*innen und ihren Angehörigen im KIS vorausgesetzt.

Ziel ist eine frühe, systemverträgliche und effiziente Beauftragung der Pflegetrainer*innen. Es ist daher nötig, die Beauftragung der Pflegetrainer*innen in die Aufnahmeprozesse zu integrieren. Voraussetzung ist jedoch die Identifizierung von Patient*innen

- mit einem **vorhandenen Pflegegrad 1–5**,
- mit einer **diagnostizierten Demenz**³,
- mit einem **zu erwartenden Pflegegrad**.

Die frühe Beauftragung der Pflegetrainer*innen über das KIS unterstützt die gelingende, pflegerische Überleitung in die häusliche Anschlussversorgung und verringert das Risiko von Brüchen in der pflegerischen Anschlussversorgung. Dieses betrifft einerseits die erfolgreiche Wohnraumbearbeitung und Schulung an den Hilfsmitteln (Qualitätscheck vor und nach Entlassung), andererseits ist die frühe Kontaktaufnahme sowie der Aufbau einer Vertrauensbeziehung zu den pflegenden Angehörigen ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das Beratungsangebot der Familialen Pflege (Gröning, Lagedroste & von Kamen 2015). Es entstehen größere Handlungsspielräume für die Beratung und Praxisanleitung von pflegenden Angehörigen, von denen insbesondere Demenzpatient*innen, ihre Angehörigen sowie der stationäre Alltag profitieren (Gröning, Lagedroste & Weigel 2015). Ebenso ermöglicht die frühe Meldung eine umfangreiche Beratungsplanung durch die Pflegetrainer*innen, die auch Grundlage für die Refinanzierung des Modellprogramms im Krankenhaus ist.

2. Durchführung: Pflegebedürftigkeit erfassen

Die frühe Beauftragung der Pflegetrainer*innen schließt sich demnach an die systematische Erfassung bzw. Einschätzung einer *vorhandenen* oder *zu erwartenden Pflegebedürftigkeit* der Patient*innen an. Die Pflegetrainer*innen verantworten anschließend arbeitsteilig die Anleitung der pflegenden Angehörigen als Teil der pflegerischen Überleitung in die häusliche Versorgung.

² Die Teilnahme von pflegenden Angehörigen ist nicht nur an eine schon vorhandene Pflegebedürftigkeit von Patient*innen gebunden. Falls kein Pflegegrad vorliegt, genügt die pflegfachliche Einschätzung vor Ort, unabhängig von der späteren Entscheidung des MDK. Davon ausgeschlossen sind nur die pflegenden Angehörigen jener pflegebedürftigen Patient*innen, die dauerhaft stationär gepflegt werden. Hingegen können Angehörige jener Patient*innen, die aus der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in das Krankenhaus eingeliefert werden, an der Familialen Pflege teilnehmen.

³ Es wird davon ausgegangen, dass bei einer diagnostizierten Demenz eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Grundsätzlich sind zwei Szenarien zu unterscheiden:

Szenario 1: Es liegt ein Pflegegrad 1–5 oder eine diagnostizierte Demenz vor

Szenario 2: Es ist ein Pflegegrad bzw. eine Demenzdiagnose zu erwarten/wahrscheinlich
(pflegefachliche Einschätzung)

Die Umsetzung von **Szenario 1** (vorhandene/r Pflegegrad/Demenzdiagnose) ist vergleichsweise trivial: Die Pflegegrade sind seit 2016 OPS-kodiert und müssen für Patient*innen erhoben werden⁴. Entsprechend sind die (elektronischen) Dokumente der administrativen Aufnahme sowie die Dokumente der Pflegeanamnese um die (Pflicht-)Felder „Pflegegrad 1–5“ bzw. „Demenz“ zu erweitern (dazu Abschnitt 3).

Die Umsetzung von **Szenario 2** (zu erwartender Pflegegrad) anhand der pflegefachlichen Einschätzung ist hingegen schwieriger zu gestalten. Das Vorgehen teilt sich in zwei Aspekte auf:

Modulverweise:

→ Modul 3

→ Modul 4

(1) Schnittstellengestaltung: Aufbau von Netzwerken (zu verschiedenen Kolleg*innen) und gemeinsame Prozessgestaltung,

(2) gezieltes Informationsmanagement: Management und Zugang zu pflegerelevanten Daten zur professionellen, pflegefachlichen Einschätzung der zu erwartenden Pflegebedürftigkeit. Dieses kann beispielsweise anhand des (dauerhaften) unselbstständigen Umgangs mit folgenden Aktivitäten des Alltags einer Patientin/eines Patienten erfolgen:

- Ein Pflegedienst in der Häuslichkeit ist schon aktiv/beauftragt,
- Einschränkungen der Mobilität,
- (schwere) Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten,
- Körperhygiene und Kontinenz,
- Nahrungsaufnahme,
- Tag- und Nachtrhythmus,
- Organisation des Alltags.

Entsprechend soll im KIS ermöglicht werden, die „zu erwartende Pflegebedürftigkeit“ zu dokumentieren. Es stellt sich daher die Frage: Wie lassen sich mit vorhandenen Prozessen die benötigten Informationen erheben, um Rückschlüsse auf einen zu erwartenden Pflegegrad bilden zu können, woran im Anschluss die Pflegetrainer*innen beauftragt werden können? Dabei empfiehlt es sich, auf vorhandene Strukturen, Prozesse und Informationen zurückzugreifen. So bleiben die Systemkosten niedrig und es entstehen Synergieeffekte sowie Akzeptanz in anderen Bereichen des Krankenhauses.

⁴ <http://www.icd-code.de/ops/code/9-984.html> (Stand 08.02.2018).

Als Ausgangspunkt für die systemkosteneffiziente Erfassung eines zu erwartenden Pflegegrads sind beispielsweise pflegfachliche und politische Qualitätsvorgaben heranzuziehen. Hier insbesondere

- DNQP Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (2009),
- Rahmenvertrag Entlassmanagement (2017),
- Krankenhausplan Nordrhein Westfalen (2015) bzw. Schleswig Holstein (2017).

Sie schreiben Screening- und Assessmentverfahren vor, die unter bestimmten Bedingungen oder Erweiterungen für die Familiäre Pflege anschlussfähig sind:

Modulverweis:

→ Modul 4

RV EM/DNQP 2009

(Erfassung des poststationären Versorgungsbedarfs)

„Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen.“ (RV EM 2018, S. 3)

„Ein systematisches, auf Fragen des Patientenübergangs zugeschnittenes Assessment gilt in der Literatur als unverzichtbare Basis eines wirkungsvollen Entlassungsmanagements. Das Assessment soll auf die jeweilige Patientengruppe einer Klinik zugeschnitten sein und die Versorgungsrisiken, den Unterstützungsbedarf der Patienten und gegebenenfalls der Angehörigen umfassend anhand festgelegter Kriterien ermitteln.“ (DNQP 2009, S. 26)

KHP NRW/KHP SH

(Erfassung des geriatrischen Versorgungsbedarfs)

„Die Aufnahmesituation zur stationären Krankenhausbehandlung ist eine entscheidende Weichenstellung. Hier müssen die vulnerablen geriatrischen Patientinnen und Patienten identifiziert werden, die von einer geriatrischen Behandlung profitieren können.“ (KHP NRW 2015, S. 94)

„Patientinnen und Patienten, die im Screening geriatrischen Versorgungsbedarf erkennen lassen, werden durch ein geeignetes Assessment intensiver untersucht, um festzustellen, in welchem Ausmaß sie von einer geriatrischen Behandlung profitieren können.“ (ebd., S. 95)

„[...] das Konzept des ‚geriatrischen Versorgungsverbundes‘ [...] [sieht] die frühzeitige Identifikation (Screening) des geriatrischen Patienten bzw. ein weiterführendes Assessment und geriatrische Konsile [vor].“ (KHP SH 2017, S. 38)

Die Vorgaben selbst messen nicht die Pflegebedürftigkeit von Patient*innen, sondern bilden die Grundlage für die professionelle, pflegefachliche Einschätzung, ob zeitnah eine Pflegebedürftigkeit (nach § 14 SGB XI) vorliegen wird. Insbesondere das ISAR-Screening lässt sich problemlos um einzelne Fragen erweitern, die den Anforderungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement genügen. Das KIS soll die Daten der Screenings und Assessments für die Pflegetrainer*innen zugänglich machen, um diese Einschätzung vornehmen zu können. In Absprache mit der EDV-Abteilung sollen dazu die Möglichkeiten der Fremd- und Selbst-Beauftragung über das KIS diskutiert werden (z. B. Fallübersichten, Konsil etc. – Abschnitt 4).

Die Grafik veranschaulicht den beschriebenen Prozess⁵:

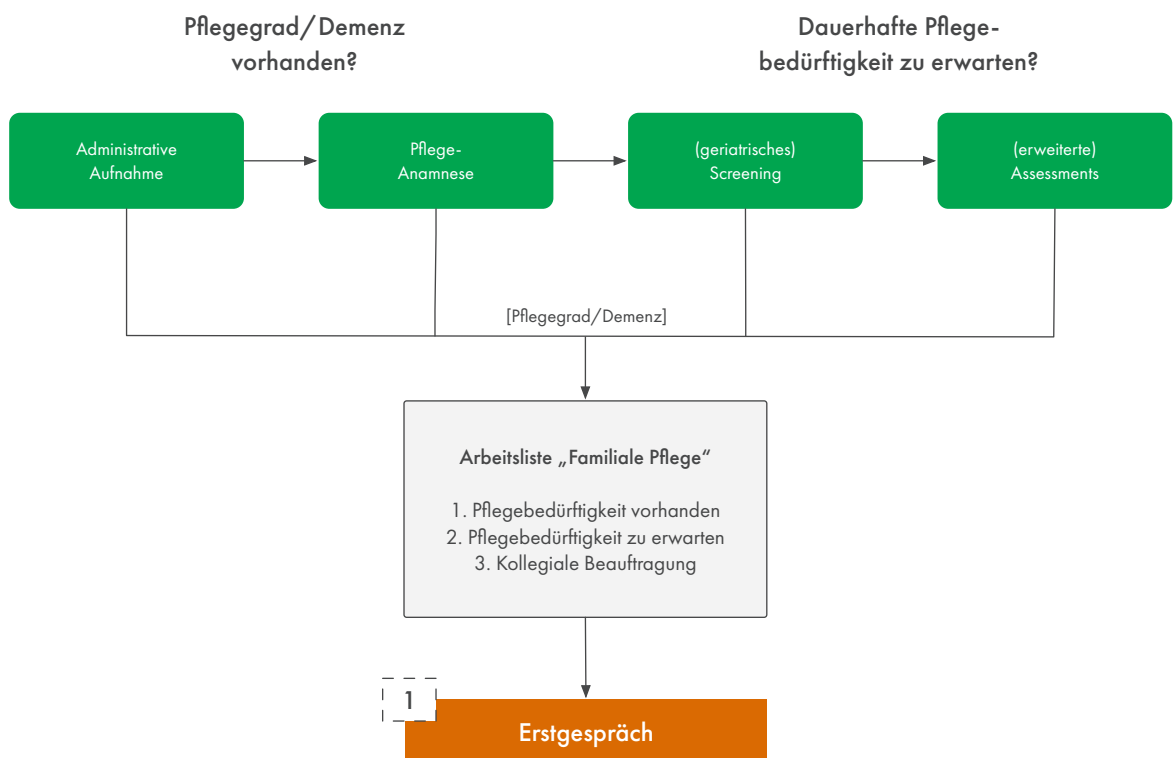


Abbildung 1: Erfassung und Einschätzung einer vorhandenen/zur erwartenden Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)

⁵ Die hier aufgeführten Kriterien sind recht weich. Sie können je nach Bedarf und Erfahrung der Pflegetrainer*innen sowie den vorhandenen Prozessen (z. B. Screenings und Assessments) ergänzt oder ersetzt werden. Dabei sollte sich weitestgehend an dem NBI des MDK orientiert werden: <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html> (Stand 21.03.2018).

- In den **Aufnahmeprozessen** (links) soll verbindlich im KIS dokumentiert werden (Pflichtfeld), ob für die Patient*innen folgende Eigenschaften vorhanden sind:
 - ein Pflegegrad 1–5
 - eine (Sekundär-)Diagnose Demenz
 - Teil der Aufnahmeprozesse können ebenso **Screenings und Assessments** sein, die die Informationen zu Patient*innen für eine zu erwartenden Pflegebedürftigkeit ergänzen. Dieses sind insbesondere eingeschränkte Selbständigkeiten in den Bereichen⁶:
 - Selbstversorgung (Körperpflege, Ernährung)
 - Bewältigung und Umgang mit der Krankheit und Therapie
 - Gestaltung des Alltags und der sozialen Kontakte
 - Mobilität
 - Kognitive- und kommunikative Fähigkeiten (inkl. Verhaltensweisen)

3. Fallübersicht Familiäre Pflege

Der dokumentierte (zu erwartende) Pflegegrad ist dann Voraussetzung für die Beauftragung der Pflegetrainer*innen. Im Anschluss an **Szenario 1** und **Szenario 2** entsteht im KIS eine **Fallübersicht „Familiäre Pflege“**⁷, über die die Beauftragungen abgerufen werden können. Entsprechend generiert sich die Fallübersicht „Familiäre Pflege“ aus jenen Patient*innen,

1. die einen Pflegegrad 1–5 oder eine diagnostizierte Demenz aufweisen *(dokumentiert in den Aufnahmeprozessen)*
2. die Auffälligkeiten aufweisen, die einen Pflegegrad erwartbar machen *(pflegerische Einschätzung in Folge der Screenings und Assessments – als Teil der Aufnahmeprozesse)*
3. deren Angehörige/deren zuständiges Pflegepersonal Kontakt zur Familialen Pflege als hilfreich einschätzen *(als Teil des Stationsalltags)*

Im KIS sollen eine oder mehrere Listen bzw. Übersichten entstehen, die von den Pflegetrainer*innen möglichst selbstständig und zu jeder Zeit abgerufen werden können. Diese Listen enthalten all jene Patient*innen mit den oben aufgeführten Kriterien. Die Beauftragung der Pflegetrainer*innen soll dann entweder über Fremdbeauftragung oder in Selbstbeauftragung (z. B. über Konsile) ermöglicht werden.

⁶ Vgl. dazu die Kategorien zur Selbständigkeit nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff des Pflegestärkungsgesetzes, https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web_neu_Feb_2017.pdf S. 5 ff. (Stand. 29.08.2018).

⁷ Diese können als Reporte, Arbeitslisten etc. im KIS umgesetzt werden – dazu Abschnitt 4.

4. Elemente und Beispiele zur Beauftragung der Familialen Pflege

Die entstehenden Listen (Abschnitt 3) können im KIS in verschiedenen Formen umgesetzt werden. Welche für den eigenen Arbeitsprozess sinnvoll sind und welche technisch überhaupt ermöglicht werden können, hängt von den eigenen Strukturen und dem KIS selbst ab. Es empfiehlt sich daher die eigenen Bedarfe an Listen aufzustellen und mit der EDV-Abteilung die Möglichkeiten der Umsetzung zu besprechen. Anhand von Erfahrungen aus der Praxis und einigen Screenshots sollen folgend die verschiedenen Möglichkeiten der Beauftragung der Pflegetrainer*innen verdeutlicht werden. Dargestellt werden einerseits (1) die Aufnahmebögen, (2) das Konsil und (3) Fallübersichten.

4.1 (Digitale) Aufnahmebögen

Über Integration bestimmter Informationen (z. B. Pflegedienst und/oder Pflegegrad vorhanden) kann die Familiäre Pflege in den Dokumenten der Aufnahme direkt beauftragt werden (Abb. 2).

Modulverweis:
→ Modul 3

Soziales

Patientenverfügung

Keine Angabe Ja Nein

Keine Angabe Liegt vor

Wird nachgereicht

Soziales Umfeld / Häusliche Situation

Pflegestufe

Keine Angabe 0 1 2 3

Beantragt Zu erwarten Keine

Heimunterbringung

Damit die Beauftragung der Pflegetrainer*innen regelmäßig erfolgen kann, muss die Familiäre Pflege im Krankenhaus bekannt sein. Das bedeutet, dass die Kolleg*innen im Krankenhaus wissen, dass es die Familiäre Pflege gibt und sie müssen mit der Arbeit der Pflegetrainer*innen Beratung in der Pflege und Angehörigenarbeit verbinden. Dies ist häufig ein langfristig angelegter Prozess.

Es bietet sich an, das Konsil direkt in die Aufnahmebögen der administrativen Aufnahme und/oder der Stationen zu integrieren. Dafür muss lediglich eine Zeile in die Aufnahmebögen eingefügt werden: „Betreuung durch die Familiäre Pflege erwünscht“, und mit den Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ und „keine Angabe“ versehen werden (Abb. 3). Anschließend werden die Pflegetrainer*innen beauftragt. Dies kann am Anfang zwar zu

Abbildung 2: Erfassung Pflegestufe in der Pflegeanamnese (iMedOne)

übermäßig vielen Konsilen führen, da diese zum Teil auch gestellt werden, wenn die Voraussetzungen für die Arbeit der Pflegetrainer*innen nicht erfüllt sind, jedoch ist es ein überschaubarer Aufwand, falsch gestellte Konsile aus der Fallübersicht zu entfernen.

Pflege Status*

Aufnahmestatus Status Auswahl: Aufnahmestatus

Erfassung am 20.02.2014 / 13:19 von L Schicht Fr

nächste Einschätzung spätestens am

allgem. Info Aufnahme Vitalzeichen ATL Pflegeplanung Bemerkungen Assessment


administrative Info Häusliche Situation

Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3 beantragt

Wohnsituation:

Hilfsdienste:

Einrichtung/Pflegedienst:

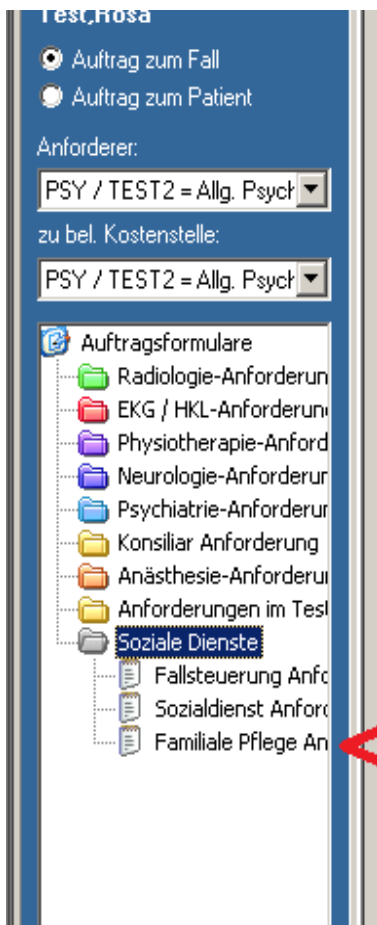
Betreuung durch die Familiäre Pflege erwünscht: ja nein 

Ehrenamtliche Demenzbegleitung erwünscht: ja nein
(Formular im Intranet)

Abbildung 3: Beauftragung der Familien Pflege (ORBIS)

4.2 Das Konsil

Für die Etablierung eines EDV-gestützten Meldewesens kann ein Konsil Familiäre Pflege eingerichtet werden. Dazu ist es häufig ausreichend, bestehende Strukturen zu ergänzen, wie das folgende Zitat verdeutlicht:



„Das ist jetzt die Leistungsanforderung über den Stationsarbeitsplatz im Cerner-Programm [Medico]. Da ist es einmal so, dass dies die ganzen Konsilanforderungen bzw. Leistungsanforderungen sind. Hier unten war schon immer der Punkt Sozialdienst. Der ist einfach erweitert worden um den Punkt Fallsteuerung und Familiäre Pflege, sodass jede einzelne Einheit für sich selbstständig angefordert werden kann.“ (Flensburg 2016, Z. 130-135).

Abbildung 4: Die bestehende Struktur für Konsile wurde um das Konsil Familiäre Pflege ergänzt

Konsile bzw. Auftragsformulare können individuell gestaltet werden (Abb. 5 bis 7)

Auftrag: 90387037 angefordert von Allg. Psychiatrie/Station G1 für den 23.08.2016 11:59 an Familiäre Pflege - Angefordert für Test,Rosa

Name: Test,Rosa (W) Geb.: 24.12.1972 Fallnr.: 111232008 Akt.Station/FR: TEST2 / PSY
 Wunschkdatum: 23.08.2016 11:59 Dringlichkeit: Normal Auftragsnr.: 90387037 ext. Auftragsnr.:
 Aufnahme: 02.06.2016 12:48 Privatkennz.:

Familiäre Pflege Anforderung

Familiäre Pflege

Fragestellung

Diagnosen

Pat. lebt allein, mit Ehepartner, mit Kindern in einer Wohnung oder Haus?

alleinlebend
 mit Ehepartner
 mit Kindern

Wer übernimmt derzeit die Pflege?

Ehepartner
 Kind / Kinder
 Nachbar
 Freunde
 Pflegedienst
 andere?

Besteht eine Pflegestufe durch die Pflegeversicherung SGB XI?

nein
 ja

Dringlichkeit (bitte Infotext beachten)

Mobilität

Anford. Pflege telef. erreichbar
 Anford. Arzt/Ärztin

Abbildung 5: Konsil im KIS "Medico"

Gewünschte Leistung(en)

Art der Anforderung Fam. Pflege

Leistung Beratungsleistung Anzahl 1

Auftragsdaten

Auftragsnummer

Auftragsstatus erstellt

Dringlichkeit normal

Auftragsdatum

Leistungserbringer

Orgaeinheit 2 Funktionsstelle Fam. Pflege

Leistungsanforderer

Orgaeinheit 1 Innere Medizin

Orgaeinheit 2 4A

Anforderer

Externer Arzt

Weitere Daten

Terminwunsch am um

Kommentar

Cave

Mobilität gehfähig

Aus der KG

Vorbefunde

Diagnose(n)

Fragestellung

WT.4

Pflegestufe

nicht vorhanden zusätzl. Betreuungsst. ohne Pflegestufe
 Pflegestufe I Pflegestufe II
 Pflegestufe III Härtefallregelung

Abbildung 6: Konsil im KIS "Orbis"

Konsilbefund ändern: H.Katzenjammer, Status: IA

Patient: Name: Katzenjammer, Hugo geb. 01.01.1985 Ges. Freigeben (Strg+Umsch+F1)

Fall: 5061500 6 Fallart: Stationär Fach/St/Zi: SSB Kasse: TKK - Nord-Württemberg

Leistungstext: Handchirurgisches Konsil

Anforderungsdaten: Fachabt.: 1 Station/Ambulanz: SSB VMA: SENG FonNr: 123456

Fragestellung: Pflichtfragestellung

Bemerkung:

Dauer von: Dauer bis:

Konsilbefund vom: 13.11.2014 Konsilarzt: HAUSER PD Dr. J.Hauser

Befund: Das ist der interne Text.

Beurteilung (in Arztbrief): Das ist ein Text, der in den Arztbrief mit übernommen werden kann. Voraussetzung ist, dass dieser Konsilbefund freigegeben worden ist.

Abbildung 7: Konsil in SAP

Eine deutliche Zeitersparnis der Pflegetrainer*innen wird erreicht, wenn die Konsile **regelmäßig** und **frühzeitig**, also möglichst kurz nach Aufnahme, gestellt werden.

Es ist empfehlenswert, dass die Konsile folgende Informationen enthalten:

- Kontaktdaten zu den (pflegenden) Angehörigen
- Häusliche (Wohn-)Situation und Beratungsbedarf
- Pflegegrad, Demenz und/oder ggf. andere relevante Primär- und Sekundär Diagnosen

Zu berücksichtigen ist ferner, wann im Behandlungsprozess und von wem die Konsile gestellt werden, ebenso welche Daten schon vorhanden sind und ob das Konsil zum Teil schon automatisch ausgefüllt werden kann, um Zeitressourcen zu sparen. Die Verwendung von Pflichtfeldern ist empfehlenswert, zu strikte Vorgaben können sich jedoch auch negativ auf die Anzahl der gestellten Konsile auswirken. Es ist sinnvoll, das Konsil mithilfe der EDV-Abteilung so auszugestalten, dass diese Informationen gezielt im Konsil hinterlegt werden können.

4.3 Fallübersichten

In der Praxis hat sich gezeigt, dass sich insbesondere die Form der Fallübersichten „Familiale Pflege“ sehr unterschiedlich ausgestalten können: Gefunden wurden Reporte, Übersichtslisten im KIS und Arbeitslisten.

4.3.1 Reporte

In jedem KIS können Patienten*innen anhand definierter Kriterien gefiltert und in einer Liste – dem sogenannten Report – ausgegeben werden. Entweder werden hierfür die Funktionen des KIS oder externe Programme wie Microsoft Excel oder Crystal Reports verwendet. Es ist z. B. möglich, sich täglich oder zweimal die Woche eine Liste mit allen Patient*innen mit Pflegegrad ausgeben zu lassen und zusätzlich noch, sofern diese Liste fertig bearbeitet ist, weitere Listen wie z. B.

- eine Liste mit bestimmten Ergebnissen von Screenings und Assessments sowie
- eine Liste mit allen Neuaufnahmen von über 65-jährigen Personen

zu erstellen. Ergänzend können auf diesen Listen weitere Informationen aufgeführt werden, wie z. B. die Stationen, auf denen die Patient*innen liegen, die Zimmernummern, primäre Diagnosen und, sofern dies in der zentralen Aufnahme oder Pflegeanamnese regelmäßig ins KIS eingetragen wird, auch Informationen darüber, ob die Patient*innen von zu Hause kommen oder aus einer stationären Einrichtung. Eine Pflegetrainer*in beschreibt dies wie folgt:

„Das heißt, jeder Patient, der über 65 ist [...], wird in eine Excel-Tabelle übertragen und zu uns geschickt. Hab ich jeden Morgen eine Mail auf dem Tisch und weiß, wie viel ältere Menschen da sind. Ich bekomme außerdem zu den Pflegestufen einen Report, also wer ist in den letzten 24 Stunden mit einer Pflegestufe aufgenommen worden, wird auch in eine Excel-Tabelle übertragen und per Mail zu mir geschickt morgens, sodass ich dann schon explizit sehen kann, wer ist mit einer Pflegestufe gekommen, und explizit auch dann gleich, auf welche Station ist der Patient gegangen. Das sehe ich dann auch noch, weil über dieses Programm auch die Verlegung auf die Station angegeben wird.“ (Flensburg 2016, Z. 195-204)

4.3.2 Im KIS integrierte Listen

(1) Übersichtslisten

Die Patient*innen können aber auch nach Vorbild der externen Reporte direkt im KIS angezeigt werden:

„Dann haben wir eine Belegungsliste. Ich sehe alle Patienten mit einer Demenz, das war eine ganz einfache EDV-Einstellung [...]. Da steht dann auch alles, was ich brauche, Station, Zimmernummer, warum ist denn der hier, und wo kommt der her? Wenn der von zuhause kommt, geh ich immer zu den Angehörigen. Ich bin sofort da, keiner muss mehr zusätzlich noch was machen. [...] Oder dass ich nicht mehr durchs Haus laufen muss, mir meine Patienten suchen muss, sondern, pling, ein Knopfdruck, wird ausgedruckt.“ (Mülheim an der Ruhr 2015, Z. 921-936)

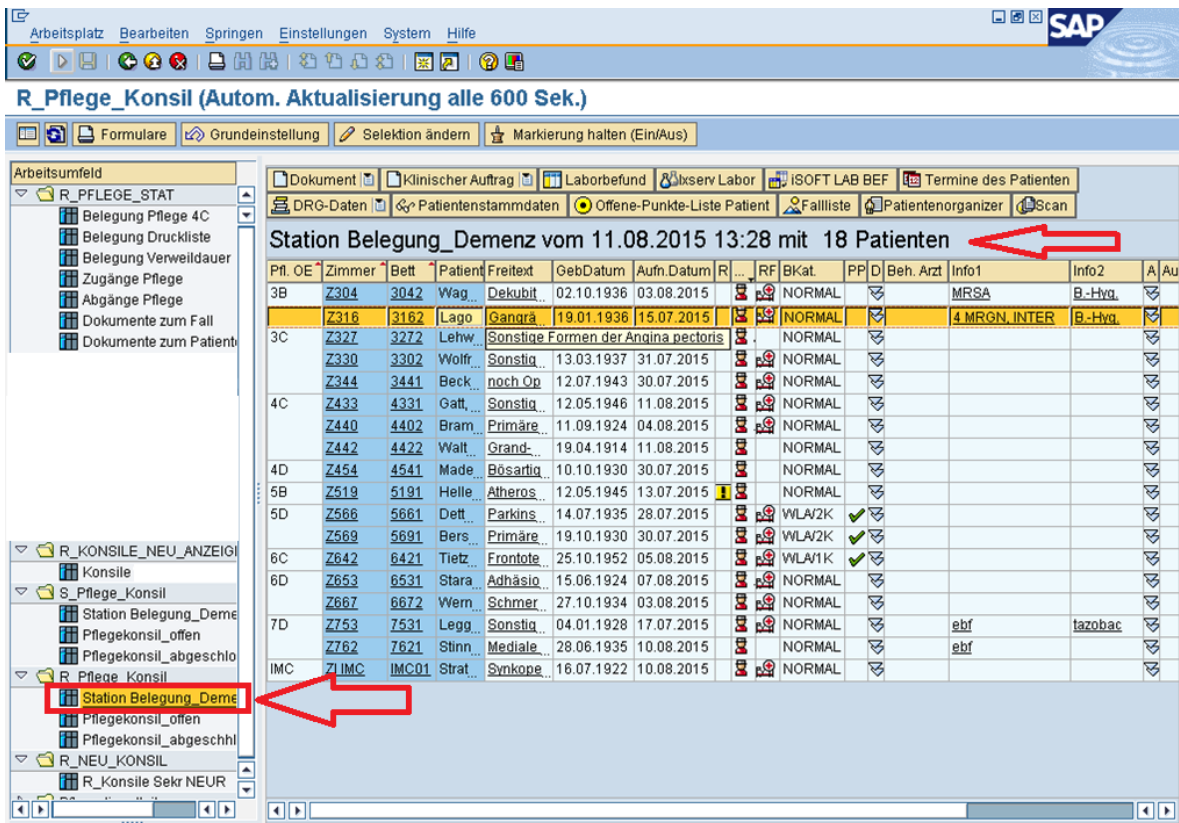


Abbildung 8: Stationsübersicht in SAP

Das Bild zeigt eine Übersicht mit allen Patient*innen, für die ein Konsil „Demenz“ vorliegt. Nicht alle Patient*innen, die aufgelistet sind, werden für die Familiäre Pflege relevant sein, aber die Liste schränkt die Auswahl ein. Weitere Kriterien für weitere Listen sind individuell und nach Bedarf zu erstellen: Pflegegrad, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität etc.

(2) Arbeitslisten

Die Arbeitsliste unterscheidet sich insofern von der Übersichtsliste, als dass sie keine reine Filterliste, sondern eine Auftragsliste für die Pflegetrainer*innen darstellt. Es werden alle Patient*en aufgelistet, die festgelegte Kriterien erfüllen und/oder für die ein Konsil gestellt wurde.

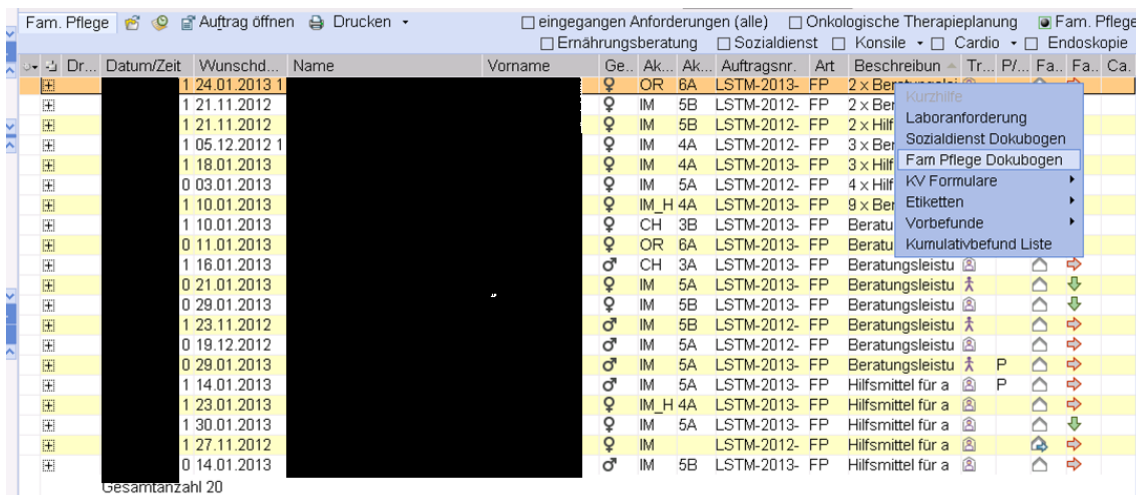


Abbildung 9: Arbeitsliste im KIS „Orbis“

Ta	NAME	VORN...	JA...	ZIM...	AL	PK
0		Rainer	58...			
0		Margot	ver...			
0		Gabri...	48...			
0		Anna...	82...			
0		Erna	93...			
0		Helga	65...			
1		Katha...	85...	E135		◆
0		Lidija	61...	E163		
0		Hans-...	83...	E223		◆
0		Sabine	79...	E224		◆
1		Irmga...	88...	E238	!	◆
0		Anja	29...	E306		
0		Elisab...	69...	E312		
0		Bernh...	86...	E316		
0		Pierre	94...	E317		
0		Josef	65...	E350		◆
1		Käthe	85...	E363		◆
0		Horst	74...	P232		
0		Anneli...	83...	P473		

Abbildung 10: Arbeitsliste im KIS „iMedOne“

Die Arbeitsliste bietet einige Vorteile gegenüber den Reporten. Sie

- verschafft eine geordnete Fallübersicht über alle Patient*innen, deren Angehörige im Rahmen der Familialen Pflege beraten werden bzw. beraten werden könnten,
- ermöglicht so einen direkten Zugriff auf die Dokumentation und Leistungserfassung im KIS,
- kann dazu genutzt werden, die Arbeit der Pflegetrainer*innen untereinander abzustimmen,
- ist flexibel erweiterbar und den individuellen Bedürfnissen anzupassen.

5. System- und Alltagseffekte

Es zeigt sich, dass mit der Beauftragung der Pflegetrainer*innen über das KIS weniger Fälle gesichtet werden müssen. Lediglich die manuelle Suche über die Stationsansichten stellt eine Ausnahme dar, jedoch kann mit diesem Vorgehen, im Gegensatz zur fußläufigen Suche auf den Stationen, die benötigte Zeit je Falleinsicht reduziert werden. Durch die geringere Anzahl der Falleinsichten und den geringeren Aufwand pro Falleinsicht wird nicht nur Zeit bei der Suche gespart, es kann auch ein größerer Bedarf im Krankenhaus sichtbar gemacht werden.

Mit den Listen, die auf Grundlage der Dokumentation im Krankenhaus erstellt werden, sind verschiedene Effekte verbunden. In einem Krankenhaus in NRW stellten sich die Effekte wie folgt ein:

„Die Anzahl der Falleinsichten reduziert sich von 470 Patienten, die wir haben, die ich vorher alle einmal die Woche begucken musste auf eventuelle Notwendigkeit, auf ca. 50 pro Woche. Daraus ergibt sich, dass ich auch alle Neuaufnahmen, die im Laufe der Woche kommen, noch mitnehmen kann. Die sind mir vorher komplett durchs Raster gegangen. Was da war am Dienstagmorgen habe ich mitgenommen und abgearbeitet, so gut es denn ging. Und was eben nicht ging, fiel durch. So, und der Zeitraum von der Aufnahme bis zum Erstgespräch verkürzt sich eben auch ganz deutlich. Dadurch ist es jetzt nicht mehr nötig, dass die Kollegen mich extra einbinden, es muss keiner mehr dran denken, die Familiäre Pflege könnte gefragt sein. Sobald die Pflegestufe angekreuzt ist, gucke ich nach, ob es

nötig ist oder nicht, und suche mir die Informationen dann entsprechend selber. Ich hatte ursprünglich meistens zwanzig, 25 Tage von der Aufnahme bis zum Erstgespräch, aber immer zweistellige Zahlen, und es ist jetzt fast immer einstellig.“ (Mülheim an der Ruhr 2015, Z. 2056-2068)

Die frühe Beauftragung der Familialen Pflege reduziert direkt die Zeit zwischen Aufnahme und Erstgespräch. In der Folge kann schon früh im Krankenhaus eine Vertrauensbeziehung aufgebaut und die Beratungsqualität erhöht werden (Gröning, Lagedroste & von Kamen 2015). Die vermehrte Anzahl von Pflege trainings im Krankenhaus und die Steigerung der Fallzahlen stabilisieren die Refinanzierung der Familialen Pflege (Gröning, Lienker & Sander 2018).

Mithilfe der gezielten Verwendung des KIS wird die Familiäre Pflege ins Krankenhaus integriert. Dadurch können die Fallzahlen erhöht werden und es findet eine Entlastung der Stationen statt, da die Angehörigen koproduzierend einbezogen werden. Dies wirkt sich positiv auf die Anerkennung der Familialen Pflege im Krankenhaus aus und kann die Anzahl der gestellten Konsile weiter erhöhen. Da durch die Verwendung des KIS nun auch die tatsächlichen Bedarfe im Krankenhaus systematisch sichtbar gemacht werden, erhält die Familiäre Pflege so auch eine gute Diskussionsgrundlage für die Gespräche am Jahresende, z. B. in Bezug auf benötigte Freistellungen und andere Ressourcen wie Büro- oder Schulungsräume.

6. Fazit und Handlungsempfehlungen

Die hier vorgestellten Bedingungen und Elemente zur Beauftragung der Familialen Pflege sind häufig miteinander kombinierbar. So schließen sich Übersichtslisten, Arbeitslisten und das Konsil „Familiale Pflege“ nicht aus.

Im Gegenteil, es empfiehlt sich beispielsweise

- das **Konsil „Familiale Pflege“** zur Beauftragung von den Stationen zu nutzen,
- mehrere **Filterlisten** (z. B. Pflegegrade, Demenz und/oder Screening-/Assessment-Ergebnisse) zur Eigenrecherche und Selbstbeauftragung zu nutzen und
- eine **Arbeitsliste „Familiale Pflege“** für die folglich zu bearbeitenden Fälle zu erstellen.

Welche Elemente der Beauftragung wie genutzt werden können oder sollen, sind für jedes Krankenhaus und die Pflegetrainer*innen individuell zu entscheiden. Es spielen dabei folgende Voraussetzungen eine wichtige Rolle:

- Welche Daten sind im KIS vorhanden? Welche müssen erhoben werden?
- In welchem Prozess (Aufnahme, Entlassungsplanung etc.) können die Daten erhoben werden?
- Welche Stationen und welche Personen können zuverlässig und frühzeitig ein Konsil „Familiale Pflege“ stellen? Welche Alternativen gibt es?

Handlungsempfehlungen

- **Bedarfsklärung:** Wie und in welchem Umfang möchten Sie als Pflegetrainer*in das KIS nutzen? – Machen Sie eine Zusammenstellung/Übersicht:
 - Wie werden bisher pflegende Angehörige erreicht?
 - Wie können früher pflegende Angehörige erreicht werden und was ist dafür im KIS nötig?
 - Welche Daten sind im KIS vorhanden? Welche wären wünschenswert?
- Wer ist im Krankenhaus für das KIS zuständig? Bauen Sie **Kontakt** auf zu Ihrer EDV-Stelle im Krankenhaus und lernen Sie die für Sie zuständigen Mitarbeiter*innen kennen.
- **Screenings und Assessments** sollten um Kriterien zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit erweitert werden, die anschließend die Beauftragung im KIS ermöglichen oder erleichtern.
- Ein vorhandener **Pflegegrad** oder eine vorhandene **Sekundärdiagnose Demenz** sollen möglichst schon bei der Aufnahme als eigene Felder in die KIS-Dokumente integriert werden.
- Neben „Pflegetherad 1–5“ und „Pflegetherad beantragt“ soll auch „**Pflegetherad zu erwarten**“ im KIS auswählbar sein. Anhand der Auswahloption können Listen erstellt werden.
- Lassen Sie sich von der EDV ein eigenes **Konsil „Familiale Pflege“** erstellen, welches sie anschließend in den Fallübersichten abrufen können.
- Lassen Sie sich von der EDV eine eigene **Fallübersicht „Familiale Pflege“** (Report, Übersichtslisten, Arbeitsliste) erstellen, auf die die Pflegetrainer*innen exklusiv Zugriff haben.
- Lassen Sie sich nach dem Vorbild der Übersichtslisten eine Liste erstellen, die alle Patient*innen mit **pflegerelevanten Screening- und Assessment-Ergebnissen** enthält.

Modulverweis:

→ Modul 4

Modul 2: Dokumentation der Familialen Pflege im KIS

1. Warum im KIS dokumentieren?

Die Bildung, Praxisanleitung und Beratung von pflegenden Angehörigen schon während des Aufenthalts im Krankenhaus bis nach Entlassung ist Kernaufgabe der Pflegetrainer*innen. Sie folgt einerseits dem Beratungsprozess (Gröning & Gerhold 2016), andererseits der Stunden-taktung (o. A. 2016, S. 6f.). Unter Berücksichtigung des Pflegeprozesses¹ ist die Dokumentation Teil der professionellen Pflege und soll daher auch den Pflegetrainer*innen ermöglicht werden. Deshalb sollen auch die Pflegetrainer*innen zeitnah ihre Arbeit im KIS dokumentieren können.

Die Dokumentation zu den im Krankenhaus und in der Häuslichkeit durchgeführten Förderin-strumenten des Modellprogramms „Familiale Pflege“ bedarf einer engen Absprache zwischen Pflegetrainer*innen und EDV-Mitarbeiter*innen in den Krankenhäusern. In Abhängigkeit der üb-rigen Entlassungsprozesse sind weitere Bereiche im Krankenhaus einzubeziehen:

- Sozialdienst und Pflegeüberleitung,
- Aufnahme- und Entlassmanagement,
- Pflegedirektion und Pflegedienstleitung.

Die Sichtbarkeit der Pflegetrainer*innen, die einen großen Teil der Arbeit mit Angehörigen über-nehmen, führt darüber hinaus zu einer höheren innerbetrieblichen Akzeptanz in den Arbeits- und Pflegeprozessen auf den Stationen. Die Abbildung der Arbeit der Pflegetrainer*innen im KIS fördert demnach die Kollegialität, die Netzwerkbildung auf den Stationen und mit anderen Be-reichen (Sozialdienst, Aufnahme- und Entlassmanagement etc.). Ebenso ist mit einer zunehmen-den Integration der Familialen Pflege in die Aufbauprozesse der Krankenhauses (Aufnahme- und Entlassungsprozesse) zu rechnen.

1.1 Voraussetzungen

- Regelmäßiger Zugriff auf das KIS – mit eigenem PC, Laptop oder Tablet,
- Zugriff und Fortführung der Dokumentation bis zu sechs Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus²,
- eine eigene Rolle im KIS „Pflegetrainer*in“, mit eigenen, stationsübergreifenden Zugriffs und Dokumentationsmöglichkeiten,
- nach Bedarf: externen Zugriff auf das KIS (z. B. über ein Virtual Private Network „VPN-Tunnel“).

¹ Nach § 113 SGB XI. Dazu auch <http://mdk.de/media/pdf/P42Pflegeprozess.pdf> (Stand 07.06.2018).

² Die Förderinstrumente des Modellprogramms „Familiale Pflege“ sind gegenüber der Abrechnung des Krankenhauses mit den Kran-kenkassen kostenneutral, also nicht Teil der Abrechnung. Die Pflegetrainer*innen rechnen die Förderinstrumente separat mit der Universität Bielefeld ab.

Modulverweise:

→ Modul 3

→ Modul 4

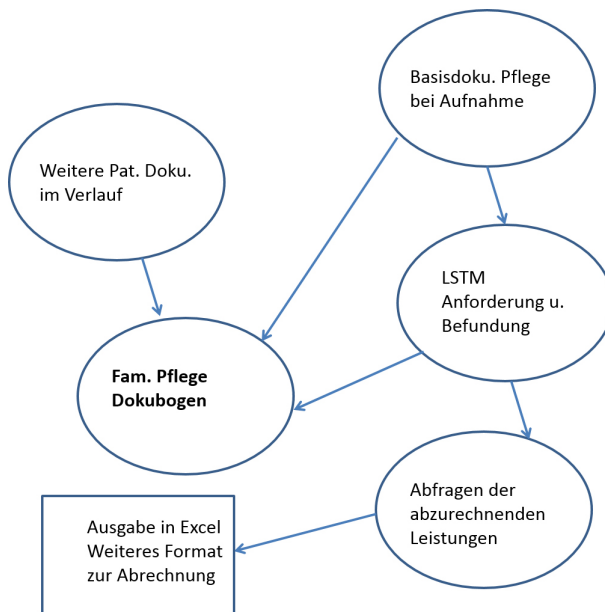
1.2 Welche Herausforderungen stellen sich?

Die Herausforderungen entstehen mit den unterschiedlichen Dokumentationsabsichten: Die Arbeit der Pflegetrainer*innen fokussiert sich auf alltagsorientierte Aspekte der pflegenden Angehörigen in der häuslichen Versorgung, während das Krankenhaus die Versorgung der Patient*innen in der akutstationären Versorgung in den Blick nimmt. Beides soll mit der Familialen Pflege als Aufgabe des Krankenhauses realisiert werden und ineinander greifen. Dabei sind Aushandlungen zur Dokumentation sowohl mit den Stationen als auch der Krankenhausleitung zu erwarten.

Dabei ist nicht nur auf eine praktische und einfache Nutzung der Dokumente und Eingabemasken

für die Pflegetrainer*innen zu achten, sondern auch die Integration in die Arbeitsprozesse der Pflegetrainer*innen zu berücksichtigen:

- Wann soll dokumentiert werden?
- Was soll dokumentiert werden?
- Ist genug Zeit zur Dokumentation vorhanden?



Ferner ist zu überlegen, welche anderen Bereiche im Krankenhaus ähnliche Daten dokumentieren, die von den Pflegetrainer*innen genutzt werden können und welche anderen Dokumentationen wiederum von den Pflegetrainer*innen ergänzt werden können.

Letztlich muss überlegt und geplant werden, wie die Dokumentation der Pflegetrainer*innen mit der Abrechnung verknüpft werden kann. Hier ist in enger Absprache zwischen Pflegetrainer*innen und EDV zu klären, welche Daten im KIS vorhanden sind, welche Daten und wie die Daten der Pflegetrainer*innen im KIS aufgenommen werden können und welche Daten in den Nachweisen angefordert werden.

Allgemein bietet es sich bei der Erstellung der Dokumentationsmasken für die Familiäre Pflege an, die geforderten Nachweise als Vorlage zu verwenden.

2. Integration der Dokumentation im KIS

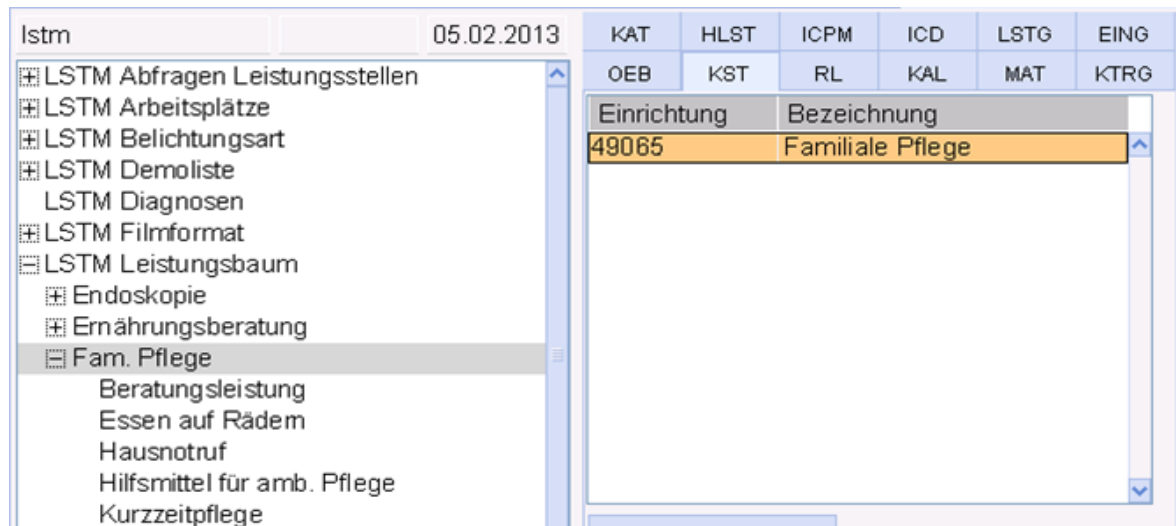
2.1 Leistungsstellen

In der krankenhäuslichen Praxis fällt auf, dass zunächst zwischen der Integration der Familialen Pflege im KIS in den Leistungsstellen³ und der Dokumentation selbst zu trennen ist – auch wenn die Dokumentation später in den Leistungsstellen vorgenommen werden wird. Meistens ist der erste Schritt die Integration der „Familialen Pflege“ in die Leistungsstellen des KIS, wie folgend

³ Die Begrifflichkeiten können in den unterschiedlichen KIS abweichen. Beispielsweise verwendet ORBIS das LSTM (Leistungsstellenmanagement).

am Beispiel ORBIS (Leistungsstellenmanagement LSTM) verdeutlicht. Erst im zweiten Schritt soll überlegt werden, an welcher Stelle im KIS die Dokumentation vorgenommen bzw. integriert werden soll:

Abbildung 11: Leistungsstelle in ORBIS



Anschließend sind (üblicherweise) folgende Förderinstrumente des Modellprogramms „Familiale Pflege“ dort abzubilden (die Aufteilung orientiert sich an den Nachweisen der Universität Bielefeld):

Im Krankenhaus	In der Häuslichkeit
Erstgespräch	Qualitätscheck vor Entlassung
Familienberatungsgespräche	Qualitätscheck nach Entlassung
Einzelfallbezogene Pflegetrainings am Patientenbett	Aufsuchende Pflegetrainings in der Häuslichkeit
	Familienberatungsgespräche
	Kompetenzförderung Medikamente (KoMed)

2.2 Dokumente und Masken zur Dokumentation im KIS erstellen

Die Dokumentation selbst kann häufig in den Leistungsstellen selbst vorgenommen werden. Die Anforderungen und Inhalte an eine Dokumentation in der Familialen Pflege sind den Nachweisen zu entnehmen. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Möglichkeiten zur Dokumentation in den Leistungsstellen häufig begrenzt sind. Es empfiehlt sich daher eine Dokumentation aufzubauen, die mit den Leistungsstellen verknüpft, jedoch nicht direkt integriert ist. Aufgrund der hohen Diversität der KIS ist im Einzelfall zu klären, wie dies zielführend realisiert werden kann.

Die Erfahrung mit der Familialen Pflege in den Krankenhäusern hat zwei gängige Strategien zum Erstellen einer Dokumentation im KIS aufgezeigt, die entweder die eigenen Möglichkeiten des KIS zur Dokumentation nutzt oder die direkte Integration der Nachweise in das KIS ermöglicht:

Strategie 1: Verwendung von KIS-eigenen Formularen und Modulen

Häufig können die Leistungsstellen mit eigens erstellten Eingabemasken zur Dokumentation verknüpft werden. Diese können gegebenenfalls direkt mit den Dokumenten der Abrechnung verknüpft werden (s. Abschnitt 3). Bei dieser Strategie ist zu beachten, dass bestimmte Informationen aus anderen Dokumentationen im KIS automatisch übernommen werden können (Angehörigenkontakt, Pflegegrad etc.). Wenn eine Konsillösung verwendet wird, können ggf. auch Informationen aus dem Konsil übernommen werden. Ebenso ist zu bedenken, dass die Dokumentation der Pflegetrainer*innen andere Dokumentationen (z. B. Sozialdienst) ergänzen könnte. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass es auch geschützte Bereiche geben muss, die nur von den Pflegetrainer*innen einsehbar sind.

Die einzelnen Dokumentationsanforderungen (Datum, Anzahl der Förderinstrumente, Freitextfelder, Checkboxen etc.) ist den Nachweisen zu entnehmen, die als Vorlage dienen sollen.

Modulverweis:
→ Modul 1

The screenshot shows a software interface for managing services. At the top, it displays 'Durchgeführte Leistungen' (Executed Services) with a date 'am 11.05.2016' and time 'um 11:58'. Below this, there is a section for '1. Leistung' (Service 1) with a checked checkbox. The service is identified as 'Beratung' (Consultation). There are input fields for 'Leistung' (Service), 'Sonstiges' (Other), and 'Leistungserbringer' (Service Provider). Below this, there is a section for 'Tarifneutrale Leistungen - allgemeine Einstellungen' (Tariff-neutral services - general settings). This section includes 'Erbringende Kostenstelle' (Cost center) set to '9304 Familiale Pflege (Buchungskreis 10000)'. A list of services is shown with checkboxes and codes:

Code	Description
<input type="checkbox"/> 1.00 FPAPTFAM	Aufsuchende Pflegetrainings in der Familie
<input type="checkbox"/> 1.00 FPBERATUNG	Beratung
<input type="checkbox"/> 1.00 FPEFPTKH	Einzelfallbezogene Pflegetraining im Krankenhaus
<input type="checkbox"/> 1.00 FPERSTGESPRÄCH	Erstgespräch
<input type="checkbox"/> 1.00 FPFAMBERFAM	Familienberatungsgespräche in der Familie
<input type="checkbox"/> 1.00 FPFAMBERKH	Familienberatungsgespräch im Krankenhaus
<input type="checkbox"/> 1.00 FPQCHECKFAM	Qualitätscheck in der Familie

Abbildung 12: Übersicht Leistungen (ORBIS)

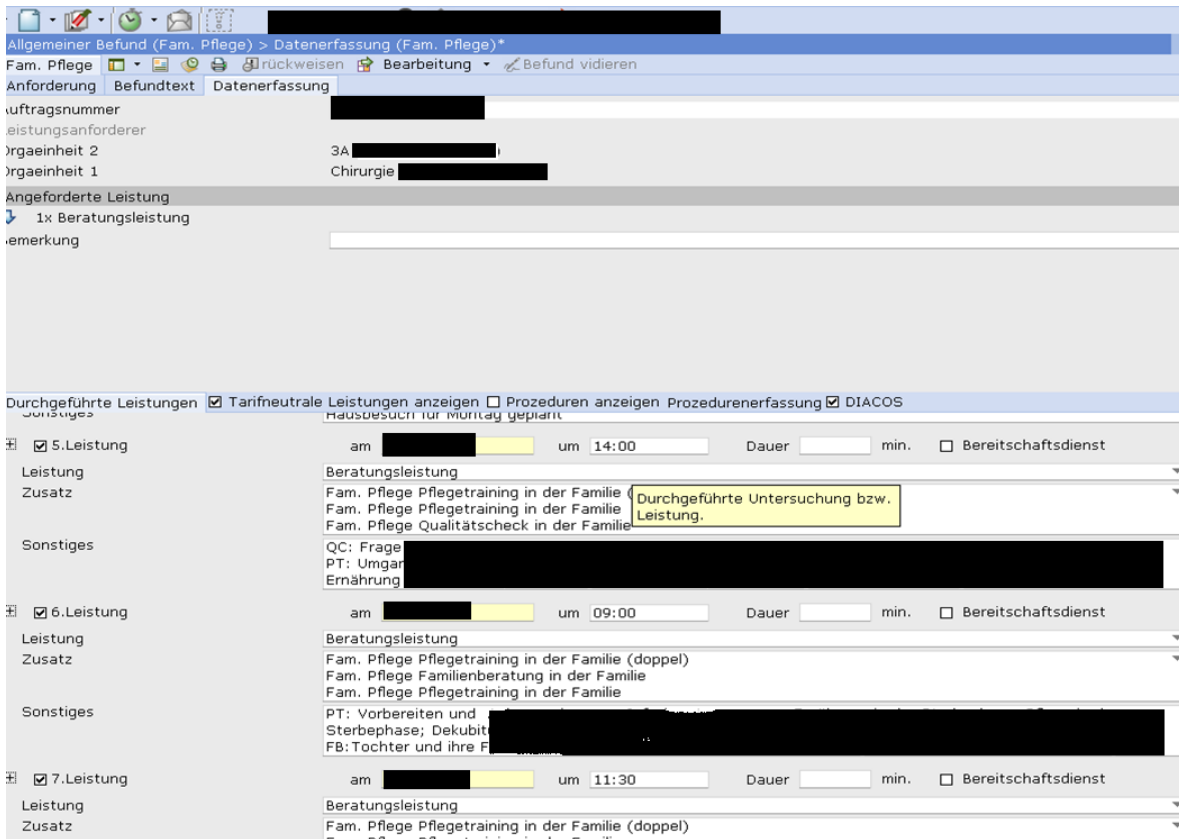


Abbildung 13: Dokumentation in den Leistungen (ORBIS)

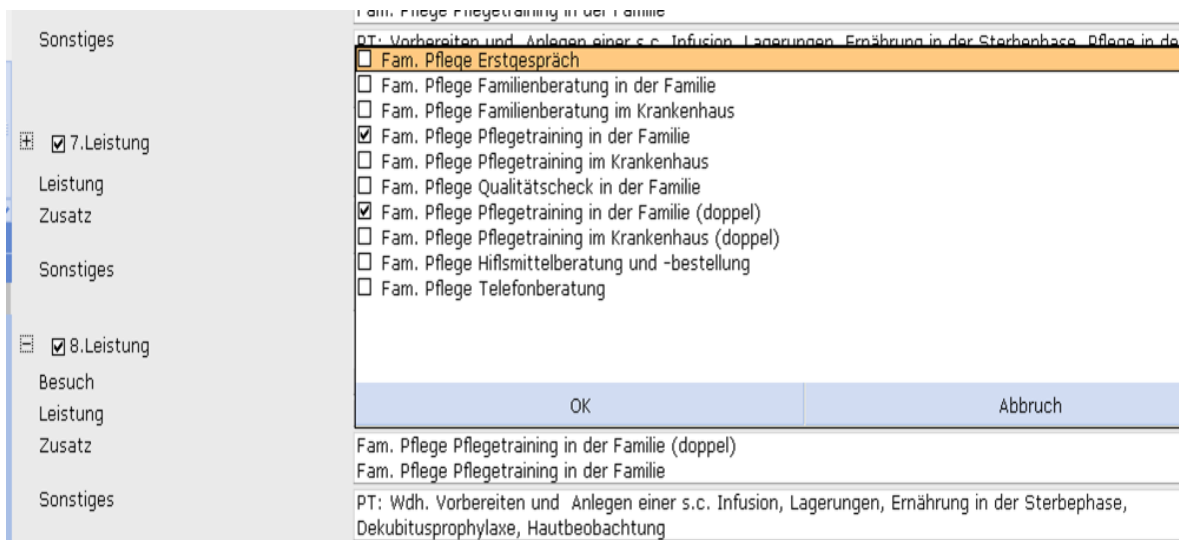


Abbildung 14: Detail – Auswahl innerhalb einer Leistung (ORBIS)

Neben der Erstellung von eigenen Dokumenten im KIS, kann ebenso die Nutzung der häufig verwendeten Verlaufsdocumentation hilfreich sein.

The screenshot shows the 'Verlaufsdaten' (Medical History Data) window in the Medico software. It includes a metadata section on the left with fields for 'Datum', 'Zeit', 'Fachrichtung', 'Station', 'Vertraulich', and 'Wichtig'. Below this is a 'Kategorien' (Categories) section with 'Sozialdienst Abteilung', 'Sozialdienst', and 'Familiale Pflege'. The main area is a table with columns for 'Datum Zeit', 'Fallhu...', 'Dokumentationstext', 'Fachrichtung', 'Station', 'Sozialdienst', 'Fallsteuerung', and 'Sozialdienst Abt...'. The table contains several rows of data, with some text redacted by black boxes.

...	Datum Zeit	Fallhu...	Dokumentationstext	Fachrichtung	Station	Sozialdienst	Fallsteuerung	Sozialdienst Abt...
	18:33		gelesen. Kontakt erfolgt am Montag	NL	A5			Familiale Pflege
	09:57		[Redacted]	NL	A5	Sozialdienst Verlauf		Sozialdienst
	09:57		[Redacted]	NL	A5	Sozialdienst Verlauf		Sozialdienst
	08:22		[Redacted]	o. Aufenthalt	o. Aufenthalt	Sozialdienst Verlauf		Sozialdienst
	08:22		[Redacted]	NC	CSDS	Sozialdienst Verlauf		Sozialdienst
	08:22		[Redacted]	NC	CSDS	Sozialdienst Verlauf		Sozialdienst
	13:09		[Redacted]	NC	CSDS			
	10:07		[Redacted]	NC	CSDS			

Abbildung 15: Verlaufsdocumentation in Medico

Strategie 2: Integration der Nachweise in das KIS

Die Nachweise stehen üblicherweise als MS-Office oder PDF-Dateien zur Verfügung. Wenn es das KIS zulässt, können diese Dokumente auch direkt an die Leistungsstelle angehängt werden. Die Pflegetrainer*innen können dann die Dokumente über das KIS aufrufen und direkt in den Nachweisen der Universität Bielefeld dokumentieren.

Vor und Nachteile

Beide Strategien haben Vor- und Nachteile: Während mit der Strategie 2 eine schnelle und recht komfortable Lösung zur Dokumentation geboten wird, können bestimmte Daten, die an anderer Stelle des KIS vorhanden sind (z. B. Pflegegrad, Hilfsmittelschulung etc.), nicht oder nur mit hohem Aufwand eingesehen bzw. in die MS-Office und PDF-Dokumente übernommen werden.

Modulverweis:

→ Modul 1

Die Strategie 1 ermöglicht hingegen einen gesteuerten und kollegialen Austausch mit anderen Bereichen im Krankenhaus. Dieses ist insbesondere für die Beauftragung der Pflegetrainer*innen ein Fortschritt. Ferner müssen nicht verschiedene Systeme oder Programme genutzt werden. Allerdings ist das Erstellen der Formulare eine aufwändigere, aber einmalige Arbeit. Bei der Entscheidung für Strategie 1 ist im Anschluss die EDV-gestützte Abrechnung zu berücksichtigen, um mögliche Doppeldokumentationen zu vermeiden.

Allgemein sollte ein eingeschränkter Zugriff auf die Dokumentation der Pflegetrainer*innen von anderen Bereichen besprochen werden. Ebenso sollte berücksichtigt werden, ob eine Übersicht der durchgeführten Förderinstrumente, die über die Leistungsstellen abgebildet wurden, an anderen Stellen (z. B. bestimmten Stationen) zur Transparenz aufgelistet werden sollten.

3. Umsetzungen und Erfahrungen mit der Dokumentation im KIS

Das folgende Beispiel stellt einen eigens entwickelten Übersichtsbogen für die Familiäre Pflege vor, der alle für die Pflegetrainer*innen notwendigen Informationen bereitstellt. Dies hat den Vorteil, dass die Daten, die im KIS vorhanden sind und für die eigene Dokumentation gebraucht werden, automatisch in den Dokumentationsbogen eingetragen werden. Die Dokumentation geschieht weiterhin in den Nachweisen selbst.

„Jetzt kommen wir aber erst mal zu unserem Bogen. So sieht der aus [Abb. 6], ist auch angelehnt an den Bogen des Sozialdienstes, damit es nicht tausend verschiedene Bögen gibt im Haus. Automatisch drin ist immer der Name, das Geburtsdatum, eine angegebene Telefonnummer des Patienten, die Krankenkasse, die Versicherungsnummer, für uns wichtig, weil wir die Hilfsmittel ja auch mitmachen, und die Kassen halt immer gerne die Versicherungsnummer haben, wenn wir da Rückfragen haben. Aus dem Aufnahmezustand kommt dann die Pflegestufe quasi herein. Das Aufnahmezeitpunkt ist auch automatisch drin. Den Erstkontakt, den tragen wir selber ein, wenn wir an dem Tag, quasi heute machen, dann braucht man eigentlich nur ein ‚h‘ zu tippen [...], man muss dann nicht so viel tippen. Genau so wäre es mit dem Entlassdatum. Wenn der Patient schon entlassen ist und ich an dem Tag nicht da war, dann ist es auch schon beim nächsten Öffnen automatisch drin. Und was dann auch automatisch drin ist, ist dann die Funktion ‚Familiale Pflege bis ...‘, nämlich sechs Wochen später, sodass ich auch sofort sehen kann, wie lange kann ich mit der Familie arbeiten, und muss nicht im Kalender herumzählen.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1601-1615)

Familiale Pflege Erfassungsbogen

Patientin / Patient: _____ Krankenkasse: _____

Pflegestufe: Pflegestufe II

Erstkontakt: Aufn. Datum: _____ Erstkontakt: _____

Entlassdatum: _____ Familiale Pflege bis: _____

Familienstand: verheiratet

Diagnosen: Lumboschialgie; M54.4

Demenz: ja nein Verdacht auf

Hausarzt: _____

Soziales Netzwerk: (Ermittlung / Übernahme von Versorgungsleistungen)
 Ehe- / Lebenspartner: _____
 Kinder: Tochter _____
 andere: _____

Pflegestatus: Grundpflege, Gehen

Vorhandene Hilfsmittel: Kranken-/Pflegebett mit Seitengitter und Aufrichter
 Rollator
 Toilettenstuhl
 Rollstuhl, alle Hilfsmittel sind 15 alt

Wohnsituation: lebt zusammen mit: Ehemann

Vollmachten: _____

Ges. Betreuung: vorhanden

Bisherige Versorgung: Angehörige / Freunde Ehemann, Tochter und weitere Kinder
 Pflegedienst
 Hausnotruf
 Essen auf Rädern
 Kurzzeitpflege:

Geplante Versorgung: Angehörige / Freunde s.o.
 Pflegedienst
 Hausnotruf
 Essen auf Rädern
 Kurzzeitpflege:
 empf. Hilfsmittel Pflegebett, Dusch-Toilettenstuhl, Rollstuhl

Hilfsmittelverordnung: erhalten am: _____
 weitergeleitet an: _____

Abbildung 16: Erfassungsbogen für die Familiäre Pflege (ORBIS)

Es wird ebenso ersichtlich, dass der Bogen nach Entlassung weiterhin in der Benutzung zur Verfügung steht und welche Eingabehilfen erstellt werden können.

Als Ergebnis formuliert die Pflegetrainerin:

„Und das ist eigentlich auch eine Sache, die sehr arbeitserleichternd ist, denn wenn man jetzt nur einen Namen hat, und muss wirklich alles selber recherchieren, dann kann man u. U. auch mal eine Stunde am PC sitzen, um einfach nur so ein Bild vom Patienten zu haben, und das, in der Zeit ist man auch auf Station gewesen und hat ihn selber gefragt. Das wäre dann nicht mehr sinnvoll. Aber wenn es automatisch drin ist, dann ist das schon sehr arbeitserleichternd.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1663-1668)

4. Dokumentation und Abrechnung im KIS

Die Abrechnung der durchgeführten Instrumente beansprucht viel Zeit, wenn sie per Hand durchgeführt wird. Der Aufwand einer händisch durchgeführten Abrechnung wird von einer Pflegetrainerin folgendermaßen beschrieben:

„Ja, das war immer so ein ganz großes Problem für mich, die Abrechnungen zu machen. Ich hatte dann die fertigen Fälle liegen und über jedem Fall hatte ich so einen Zettel mit einer Strichliste liegen, wie viel Anfahrten, wie viel Pflegetrainings, und die wurden jedes Mal, wenn ich das dann nochmal kontrolliert habe, in meine sogenannte Wahlurne [...] reingeschmissen, und dann habe ich alles abgeheftet und angefangen, wie wirklich bei den Wahlen, wie viele Striche dafür, wie viele Striche dafür. Und das Ganze wurde dann noch mal gegengezählt, und oh weh, es war dann ein Unterschied, dann konnte ich das Ganze noch zweimal machen. Und das, kann man sich natürlich vorstellen, dass das natürlich ganz schön heftig Zeit in Anspruch nimmt, und auch nervt. Und [...] ich geh dann auch nicht ans Telefon, weil, sonst kommt man raus.“ (Flensburg 2016, Z. 350-360)

Die gezielte Nutzung des KIS kann den Aufwand für diesen Vorgang erheblich reduzieren. Die manuelle Abrechnung wurde in diesem Beispiel durch eine EDV-gestützte ersetzt:

„Wir haben ein System entwickelt, [...] die Pflege im KIS zu dokumentieren und auch Familiäre Pflege zu dokumentieren, und es ist sogar so weit, dass die Abrechnung [...] komplett aus dem System erstellt wird. Mit einem Knopfdruck nach zehn Minuten ist alles fertig.“ (Flensburg 2016, Z. 39-42)

Die integrierte Abrechnung über das KIS wurde in diesem Beispiel in zwei Schritten umgesetzt:

- (1) Verknüpfung von Leistungsstellen und eigenen Dokumentationsbögen, die sich an den geforderten Nachweisen orientieren,
- (2) Erstellung der Mittelanforderung/Rechnung, die für einen bestimmten Zeitraum alle durchgeführten Leistungen der abgeschlossenen Fälle in der Familialen Pflege zusammenzählt.

Über einen Rechtsklick auf die Patient*innen kann die Leistungserfassung geöffnet werden. Hier können im ersten Schritt die durchgeführten Instrumente als Leistungen im KIS ausgewählt und die Dokumentation als Teil der Abrechnung geöffnet werden.

Abbildung 17: Dokumentationsbogen im KIS (ORBIS)

Im Abbildungsbeispiel sind die Felder für die Dokumentation noch an den alten Nachweisen orientiert. Hier wird die inhaltliche Dokumentation zu den durchgeführten Instrumenten vorgenommen. Dazu wurden die geforderten Nachweise durch einen Mitarbeiter der EDV ins KIS überführt. Im oberen roten Kasten sind die Instrumente der Familialen Pflege zu sehen. Im unteren roten Kasten öffnet sich je nach ausgewähltem Instrument die dazugehörige Dokumentation.

Für die Mittelanforderung/Rechnung (Schritt 2) muss der gewünschte Abrechnungszeitraum angegeben werden. Die Anzahl der in diesem Zeitraum durchgeführten Förderinstrumente wird automatisch aus den abgeschlossenen Fällen der Familialen Pflege errechnet und in die Mittelanforderung/Rechnung eingetragen. Für das Ausdrucken der ausgefüllten Nachweise muss das Feld „Drucken und Vidieren“ angeklickt werden (Abb. 17) und nach einer Vorschau der zu druckenden Dokumente, können diese auch ausgedruckt werden.

FP Abrechnung - Ver. 9 [KG INT]*

Datum: 31.05.2016

Wissenschaftliche Mitarbeiterin (Bielefeld): _____

Mittelanforderung Nr.: ABC123

Ansprechpartner im KH: Frau I

Rechnungszeitraum: 01.05.2016 - 31.05.2016

Sehr _____

wir haben die folgenden Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige im Rahmen des Modellprogramms 'Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG' durchgeführt:

Anz	Bezeichnung	à	Summe
3	Einzelfallbezogene Pflegetraining im Krankenhaus	43,- EUR	129,- EUR
4	Familienberatungsgespräch im Krankenhaus	86,- EUR	344,- EUR
12	Anfahrtpauschale	13,- EUR	156,- EUR
4	Familienberatungsgespräche in der Familie	86,- EUR	344,- EUR
11	Qualitätscheck vor Entlassung	43,- EUR	473,- EUR
10	Aufsuchende Pflegetrainings in der Familie	40,- EUR	400,- EUR
15	Erstgespräch	43,- EUR	645,- EUR
1	Initialpflegekurse	645,- EUR	645,- EUR
	Zusatzleistung; 4. Termin Initialpflegekurs (bei 4 UST)	215,- EUR	0,- EUR
2	Gesprächskreise für Pflegenden Angehörige	129,- EUR	258,- EUR
	Teilnahme an der Entwicklungsgruppe am _____ in _____	112,- EUR	0,- EUR

Dafür rufen wir vereinbarungsgemäß Mittel ab in der Gesamthöhe von **3.394,- EUR**

Die og. Leistungen sind umsatzsteuerbar, aber nach § 4 Nr. 14b des Umsatzsteuergesetzes steuerbefreit.

Die **Nachweise** mit Namen, Anschrift und Unterschrift der teilnehmenden Angehörigen sowie den Angaben, Datum und Unterschrift der verantwortlichen Pflegefachkraft / Kursleitung **liegen bei**.

Die Evaluationsbögen sind angefügt.
 Die Evaluationsbögen werden mit getrennter Post zugeschickt.

Den o.g. Betrag bitten wir auf das Konto zu überweisen (b.w.).

Mit freundlichen Grüßen

 Unterschrift

Angaben des Krankenhauses für das Finanzamt und die Finanzbuchhaltung der Universität Bielefeld

Pflichtangabe gem. UStG ist darüber hinaus die Umsatzsteueridentifikationsnummer oder alternativ die Steuernummer:

Abbildung 18: Automatisch erstellte Rechnung (ORBIS)

Für die Realisierung einer im KIS integrierten Abrechnung sind folgende Hinweise zu beachten:

- Die Familiäre Pflege sollte einer Leistungsstelle im KIS zugeordnet sein. Damit wird es der Familialen Pflege auch ermöglicht, die eigenen Kosten und Erlöse im KIS gesondert nachzuweisen.
- Die Leistungen sind als „nicht abrechnungsrelevant“ oder „kostenneutral“ zu definieren, damit eine Dokumentation auch sechs Wochen nach Entlassung möglich ist.

Ein Mitarbeiter der EDV resümiert:

„Das ist sehr schnell. Das kommt dadurch, dass wir im LSTM, in diesem Leistungsstellenmanagement, oder in den allgemeinen Anforderungen, dass sie die Häkchen macht. Sie hat eine Anfahrt gehabt, sie hat ein Erstgespräch gehabt, und diese Sachen werden jetzt alle zusammengezählt, über den Zeitraum, den ich hier oben gesagt habe. [...] Was zusätzlich zu dem Abrechnungsformular von Bielefeld noch mit dran hängt, sind [...], anonymisiert durch die Fallnummer, die Leistungen jeweils, wann die erbracht wurden und wann das Ganze vidiert wurde. Zur Kontrolle für einen selber, aber auch, das kann man mit nach Bielefeld geben, wenn noch mal Rückfragen sind, kann man anhand dieser Nummern die Leistungen sehen, ohne dass Bielefeld weiß, um welchen Patienten geht es.“ (Flensburg 2016, Z. 363-374)

5. Fazit und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend wird ersichtlich, dass die Dokumentation im KIS einen hohen Aufwand an Absprachen mit der EDV-Abteilung der Krankenhäuser benötigt. Zu berücksichtigen ist nicht nur die technische Umsetzbarkeit im KIS, sondern auch die Nutzbarkeit und Verträglichkeit von durchzuführenden Förderinstrumenten und anschließender Dokumentation mit den Arbeitsprozessen. Dabei ist ferner zu berücksichtigen, dass die Dokumentation zur professionellen Pflege gehört und elementarer Bestandteil des Pflegeprozesses ist. Daher soll auch den Pflegetrainer*innen eine zeitnahe Dokumentation zu den Förderinstrumenten im KIS ermöglicht werden. Die Vorteile einer Dokumentation und Abrechnung im KIS liegen jedoch auf der Hand:

- Nutzung eines (gemeinsamen) Dokumentationssystems
- Verknüpfung und Import von Daten anderer Funktionsbereiche (z. B. Sozialdienst)
- Das händische Zählen der durchgeführten Förderinstrumente entfällt
- Sicherheit und Nachvollziehbarkeit der Abrechnung im definierten Abrechnungszeitraum.

Zu beachten ist jedoch, dass zunächst zu klären ist, in welchem Umfang eine Dokumentation für die Pflegetrainer*innen im KIS zu realisieren ist. Ansprechpartner*innen sind für die Pflegetrainer*innen die EDV-Abteilungen sowie die Pflegedirektionen.

Darüber hinaus sollte entschieden werden, wie eine Dokumentation für die Pflegetrainer*innen im KIS aufgebaut werden soll und kann. Einerseits ist die Abbildung in den Leistungsstellen des KIS weitestgehend unumgänglich, andererseits stellt sich die Frage nach der Form der Dokumen-

tation: eigene Dokumente im KIS (Strategie 1) oder die Verlinkung der Nachweise der Universität Bielefeld im KIS (Strategie 2). Welche Möglichkeiten das KIS und die Arbeitsprozesse der Pflegetrainer*innen bieten, ist ebenso mit den EDV-Abteilungen abzusprechen.

In beiden Fällen sind die Zugriffe anderer Teilbereiche unter der Berücksichtigung von Datenschutzbestimmungen einzuschränken. Es empfiehlt sich, die Datenschutzbeauftragten der Krankenhäuser früh in diesen Prozess mit einzubeziehen.

Ebenso sind weitere Bereiche im Krankenhaus zu berücksichtigen (Sozialdienst, Entlassungsmanagement etc.), bei denen ähnliche Dokumentationsbedarfe zu erwarten sind. Hier können Erfahrungen wegweisend sein und Synergieeffekte entstehen. Zu erwarten ist ebenso, dass bestimmte Daten, die von der Familialen Pflege benötigt und erhoben werden, auch für andere Bereiche relevant sind. Demnach ist auf eine Vernetzung der Dokumentation im Krankenhaus zu achten.

Handlungsempfehlungen

- Kontakt zu den EDV-Mitarbeiter*innen aufnehmen
- „Familiale Pflege“ und die relevanten Förderinstrumente in den Leistungsstellen des KIS integrieren
- Anforderungen an die eigene Dokumentation für die Familiale Pflege ermitteln und zusammenstellen
 - Was muss dokumentiert werden?
 - Wie wird dokumentiert? (Freitext, Häkchen setzen, Datumsfeld etc.)
 - Was davon ist für die Nachweise der Universität Bielefeld relevant und was nicht?
 - Was fehlt darüber hinaus noch für die Nachweise?
- Einen eigenen Dokumentationsbogen entwerfen (bei Bedarf) – Bitte orientieren Sie sich an den Nachweisen der Universität Bielefeld
- Die Dokumentationsbögen (KIS-eigene Dokumente oder Word-/PDF-Dateien der Universität Bielefeld) mit den Leistungsstellen verknüpfen
- Klären, ob eine im KIS integrierte Abrechnung realisierbar ist (z. B. Zählen der Leistungen).

Modul 3: Kollegiale Zusammenarbeit und Netzwerke der Familialen Pflege

1. Vorbemerkungen

Der kollegialen Zusammenarbeit mit den verschiedenen Personen und Funktionseinheiten im Krankenhaus kommt eine hohe Bedeutung zu. Die gelingende pflegerische Entlassung in die häusliche Versorgung ohne Versorgungsbrüche bedarf der engen und abgestimmten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen in den komplexen Entlassungsprozessen. Arbeitsteilig übernimmt hier die Familiale Pflege die Bildung, Beratung und Praxisanleitung der pflegenden Angehörigen.

Im folgenden Modul werden die Erfahrungen der Pflegetrainer*innen zur kollegialen Zusammenarbeit mit den Stationen und weiteren Funktionsbereichen der Entlassungsprozesse zusammengetragen und dargestellt. Ziel ist es, Strategien, Wege und Erfahrungen transparent zu machen, wie gezielt ein kollegiales Netzwerk im Krankenhaus aufgebaut werden kann, um

- die **Meldung von pflegenden Angehörigen an die Pflegetrainer*innen** auch ohne ihre Präsenz auf den Stationen sicherzustellen,
- die **Transparenz und Akzeptanz der Arbeit** mit den pflegenden Angehörigen bis in die Häuslichkeit in allen Bereichen des Krankenhauses zu erhöhen und
- die **systematische Integration** der Familialen Pflege in die Abläufe und Strukturen des Krankenhauses voranzubringen.

Eine Zusammenarbeit und Arbeitsteilung mit der Familialen Pflege in den Entlassungsprozessen zeigt sich schematisch wie folgt:

Prozess	Krankenhaus	Familiale Pflege
Hilfsmittelversorgung	Bedarfsermittlung, Bestellung (Sozialdienst)	Alltags- und wohnraumorientierte Praxisanleitung in der Häuslichkeit
Medikamentengabe	Medikationsplan, Therapie (Ärzte, Pflege)	Praxisanleitung der pflegenden Angehörigen
Demenzgerechte Versorgung	Identifikation und demenzsensible Versorgung (Ärzte, Pflege)	Demenzsensible Pflege in der Häuslichkeit, gelingender Alltag, innerfamiliäre Gerechtigkeit
Entlassung (in die Häuslichkeit)	Planung und Durchführung der Entlassung (Entlassmanagement)	Alltagsorientierte Praxisanleitung in der Häuslichkeit nach der Entlassung, Aufbau eines Pflegenetzwerks

Damit die oben genannten und andere Prozesse gelingen können, an denen die Pflegetrainer*innen beteiligt sind, ist die frühzeitige Einbindung der Familialen Pflege in die Entlassungsprozesse sicherzustellen. Die Frage nach dem Krankenhausinformationssystem (KIS) zeigt sich an dieser Stelle weniger im infrastrukturellen Aufbau des KIS (Meldesystem, Fallübersicht, Dokumentation,

Modulverweise:

→ [Modul 1](#)

→ [Modul 4](#)

Abrechnung) als vielmehr in der kollegialen Zusammenarbeit über das KIS:

- Wer meldet pflegende Angehörige an die Pflegetrainer*innen (z. B. über ein Konsil)? Wer sollte pflegende Angehörige über das KIS melden?
- Wer bzw. welche Station dokumentiert relevante Informationen für die Pflegetrainer*innen im KIS (z. B. Pflegegrad, Sekundärdiagnose Demenz)? Wer sollte diese dokumentieren?
- Welche weiteren pflegerelevanten Daten sind oder sollten vorhanden sein? Haben die Pflegetrainer*innen Zugriff auf diese Daten?

Häufig sind die Fragen leicht zu beantworten und auf dem Papier ebenso eindeutig. Die alltägliche Praxis jedoch zeigt verschiedene Hürden:

- Professionsgrenzen (z. B. zwischen Ärzten, Pflege und Sozialdiensten),
- ungesteuerte Prozesse,
- kollegiale und hierarchische Konflikte (z. B. auf Station).

Folgend soll in diese komplexen Anforderungen und Herausforderungen ein erster Einblick aus Sicht der Pflegetrainer*innen gewährt und damit ihre Aufgaben und Rollen im Krankenhaus näher veranschaulicht werden. Der Fo-

kus liegt auf der gemeinsamen Nutzung des KIS. Gleichzeitig sollen sie Inspiration geben, die eigenen Strukturen, Netzwerke und Prozesse zu verstehen und offensiv sowie gestaltend aufzubauen.

2. Erfahrungen zur kollegialen Zusammenarbeit

In den Projektforen-IT zwischen 2014 und 2016, welche von dem Modellprogramm „Familiale Pflege“ durchgeführt worden sind, haben zahlreiche Pflegetrainer*innen von ihrer Zusammenarbeit mit verschiedenen Stationen und Funktionseinheiten sowohl innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses berichtet. Exemplarisch sind folgende Themen zusammengetragen.

2.1 Meldungen über das KIS

Zentraler Aspekt in der kollegialen Zusammenarbeit ist die regelmäßige und frühzeitige Kommunikation und Beauftragung durch Kolleg*innen. Dabei sind die verschiedenen Professionen und ihre Zeitstrukturen zu berücksichtigen:

„Die Schwestern, die uns anfordern, oder Ärzte oder auch der Sozialdienst, müssen hier eigentlich nur den Terminwunsch, also das Datum eintragen, das sieht man an dem gelben Kästchen da, das ist so ein Pflichtfeld. Man kann die Pflegestufe eintragen, und man kann

Modulverweis:
→ Modul 4



natürlich auch Informationen an uns weitergeben, die man schon hat. Das macht der Sozialdienst oft sehr ausführlich und die Schwestern eher weniger [...].“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1450-1457)

Frühe Meldungen von Kolleg*innen in den Aufnahmeprozessen ermöglichen mehr Zeit für einen ausführlichen Beratungsprozess mit den pflegenden Angehörigen (Gröning, Lagedroste, von Kamen 2015). Nur im ersten Moment werden fehlerhafte Meldungen als nachteilig beschrieben. Sie sind jedoch Zeichen für mehr Selbstständigkeit der Pflegetrainer*innen.

„Und seit wir das haben, werden wir deutlich häufiger auch angefordert, und vor allen Dingen viel, viel früher, nämlich schon bei der Aufnahme. Wir haben einfach viel mehr Zeit, mit den Familien zu arbeiten, und das klappt wirklich sehr gut. Der Nachteil ist manchmal so ein bisschen, dass es dann manchmal auch sehr schnell angefordert wird, und wir dann sagen müssen, naja, es gibt aber gar keine Angehörigen, wir können gar nicht schulen, es muss eine andere Lösung geben. Das ist aber besser, als dass man irgendwie immer den Patienten hinterher laufen muss. So hat man dann doch einen größeren Patientenpool, sage ich mal.“ (ebd., Zeile 1472-1479)

Das im Krankenhaus häufig verwendete Konsil ist allgemein jedoch nur erfolgversprechend, wenn es den üblichen Routinen auf den Stationen auch für die Familiäre Pflege entspricht. Es sollte nach Möglichkeit allen Professionen zur Verfügung stehen, die an der Entlassung und Entlassungsplanung beteiligt sind.

„Dann haben wir ein – weil es so gut geklappt hat – ein pflegerisches Konsil, das kann jede im Haus beantragen, jede Schwester, jeder Arzt kann unsere beratende Leistung oder unser Pflegetraining anfordern. Damit es dann auch alle irgendwie mitbekommen haben, habe ich, Anti-Nerd, so ein Schreiben aufgesetzt mit so einer kleinen Darstellung, wie man das machen kann [...] das war ja ganz einfach, denn es ist genau so, wie der ärztliche Dienst [angefordert wird], und es wird sehr, sehr stark genutzt.“ (Mühlheim an der Ruhr 2015, Z. 938-945)

Wie technische Neuerungen kann auch der gezielte Aufbau der kollegialen Zusammenarbeit vorübergehend nicht zu dem gewünschten Erfolg führen. Der naheliegende Gedanke, dass der pflegerische Erstkontakt auch die Pflegetrainer*innen benachrichtigt, funktioniert in der Alltagspraxis nicht immer sofort. Hier sind Alternativen zu überlegen.

„Wir hatten uns damals überlegt, dass die Pflege auf der Station, Erstkontakt Patient, die hat den Blick, die weiß es, die weiß genau, wo der Bedarf ist. Also ich hab' gesagt, das ist ja kein Hexenwerk, ganz einfach, wir machen es ähnlich, wie der Wundmanager angefordert wird, die Struktur kennt die Pflege, wird funktionieren. Hat überhaupt nicht funktioniert. Ist völlig in die Hose gegangen, ging gar nicht. Es funktioniert jetzt da, wo wir das pflegerische Entlassmanagement haben. Die Mitarbeiter, die sehen auch am ersten Tag den Patienten, und weil da so ein gutes Bündnis gewachsen ist – Entlassmanagement, Sozialdienst, Familiäre Pflege – darüber kriegen wir, da läuft es.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1125-1132)

Das folgende Zitat verdeutlicht die Synergieeffekte zwischen KIS und kollegialer Zusammenarbeit – Mehrgleisigkeit ist auch mit dem KIS erfolgversprechend:

„Aber da die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst so perfekt ist, brauchen wir diese Liste [Report] fast gar nicht. Zwischendurch nutzen wir die, aber wir kriegen eigentlich jeden Mor-

gen die Kopie der Auftragszettel bei uns auf den Schreibtisch gelegt. Und dann brauchen wir gar nicht mehr viel, weil, die schreiben sich ja, die haben meistens ein Erstgespräch geführt, für deren Bereich, die machen sich dann eine kurze handschriftliche Notiz, Pflegestufe was weiß ich, zwei, oder beantragt, oder, mit so Kürzeln, und dann, diverse Hilfsmittel [...].“ (Mühlheim an der Ruhr 2016, Z. 606-612)

2.2 Teamsitzungen

„Jedes Haus bringt so seine eigene Geschichte mit, und diese Geschichten, das spürt man einfach in den Häusern, wie die Entwicklung da ist, wie die Strukturen sind.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 991-993)

Eine allgemeine Aussage, mit welchen Stationen, Funktionsgruppen und Berufsgruppen strukturell und strategisch eine kollegiale Zusammenarbeit aufgebaut werden muss, kann nicht getroffen werden. Dieses hängt sehr von der Größe, der Struktur und den Bedürfnissen des jeweiligen Krankenhauses ab. Eigene Strukturen und Kommunikationswege müssen aufgebaut werden, die den Routinen und Abläufen des Krankenhauses entsprechen und den Anforderungen der Familialen Pflege gerecht werden.

„Das heißt dann natürlich auch, dass es eine enge Zusammenarbeit zwischen der Familialen Pflege, dem Sozialen Dienst und der Fallsteuerung geben muss. Sieht bei uns so im Haus aus, dass wir erstmal, regelmäßig morgens gibt es ein Telefonat zwischen Fallsteuerung und Sozialem Dienst, um einfach erstmal zu hören, was gibt es Neues im Haus. Und wir haben einmal im Monat ein Regeltreffen, wo sich Fallsteuerung, Sozialer Dienst und Familiäre Pflege treffen, um einfach Aktuelles zu besprechen. Zu besprechen, wo hakt es noch, wo können wir vielleicht noch was in der Zusammenarbeit verbessern.“ (Flensburg 2016a, Z. 40-47)

Darüber hinaus können Team- und Entwicklungssitzungen von großer Bedeutung sein. Dieses gilt einerseits für regelmäßig stattfindende interdisziplinäre Teams (z. B. in Geriatrien).

„Ja, und last but not least, sind diese drei Teams – Sozialdienst, Entlassungsmanagement, Familiäre Pflege –, wir treffen uns so ca. viermal im Jahr am Runden Tisch, wir nennen das ‚Netzwerktreffen‘. Dort tauschen wir uns aus, und dort gucken wir eben auch gemeinsam auf weitere Schritte der Weiterentwicklung. Es sind nicht immer alle da, aber wenn alle da sind, ist die Hütte voll, und wir erleben uns da eben noch mal sehr kollegial noch mal im Miteinander, und nicht so, wie es im Anfang der Familialen Pflege war, eher so in der Abgrenzung.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1085-1092)

Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Teilnahme an den Teamsitzungen zunächst investierte Zeit ist, die nicht direkt vergütet werden kann. Es empfiehlt sich daher nicht, präventiv an möglichst vielen Teamsitzungen teilzunehmen. Folgende Teamsitzungen versprechen einen Mehrwert für die Pflorgetrainer*innen:

- auf Stationen, die ein hohes Klientel an pflegenden Angehörigen haben (Geriatric, Kardiologie etc.),
- mit Berufsgruppen und Funktionseinheiten, die wesentlich die Entlassungsprozesse in die Häuslichkeit tragen (z. B. Sozialdienst, Case-Management, Aufnahme- und Entlassungsmanagement).

2.3 Konfliktpotenzial und Konfliktvermeidung

Im Aufbau einer kollegialen Zusammenarbeit und in der Ausgestaltung eigener sowie gemeinsamer Arbeitsprozesse wird es immer wieder zu Konfliktsituationen zwischen den Stationen, den Pflege- und Sozialprofessionen sowie in den Hierarchiestrukturen der Krankenhäuser geben, die häufig die Zuständigkeiten betreffen:

„Und die Herausforderung ist, finde ich, diese Grenzüberschreitung und die Reibung, die dabei [kollegiale Zusammenarbeit] entsteht, also die Wärme dann auch – Reibung erzeugt ja Wärme – auszuhalten. Das ist für Pflege manchmal nicht so einfach.“ (Mühlheim an der Ruhr 2014, Z. 1204-1207)

Von entscheidender Bedeutung ist daher eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den beteiligten Akteuren und der Familialen Pflege. Andererseits ist der Rückhalt aus der Hierarchie (Pflegedirektion, Pflegedienstleitung) von hoher Bedeutung für die Familiäre Pflege. Häufig sind sie es, die die nötigen strukturbildenden Maßnahmen (z. B. Stellenanteile) zur Verfügung stellen oder auch Verfahren und Routinen einer gelungenen Praxis, die von den Pflegetrainer*innen aufgebaut wurde, als regelhaft akzeptieren.

„Dann hab ich dann auch mit Unterstützung, die ich immer noch super habe von unserer Pflegedirektion, gesagt: So geht es nicht. Dann haben wir dann angefangen: ‚Okay, dann versuchen Sie mal 20 Stunden im Monat für die Familiäre Pflege, und gucken Sie mal, wie Sie damit klar kommen‘. Und das ist dann immer weiter gegangen, Familiäre Pflege wurde wirklich größer. Wir konnten sehen, der Bedarf ist da. Und so hab ich dann die Stunden auf der Station nach und nach reduziert und zur Familialen Pflege umgeschwicht.“ (Flensburg 2016, Z. 54-60)

Sie erleichtern auch häufig die Kommunikation mit den EDV-Mitarbeiter*innen.

„Wie bin ich dahin gekommen? Weil, das stimmt, ich war da an dem Punkt, ich hab das nur auf Station dokumentiert. So, ganz normal, Krankenschwester auf Station, wie bin ich hingekommen? Es war wirklich so, dass die PDL gemerkt hat, ich kann ja so nicht arbeiten. Und jedes Mal, indem ich gesagt habe ‚das funktioniert nicht‘. Also wirklich, du gehst mit deinen Vorgesetzten in Kontakt, mit den PDLern in Kontakt, und letztlich ging es nicht anders, sie mussten mich [im KIS] freischalten. [...]“ (Flensburg 2016b, Z. 231-236)

Die Suche nach geeigneten Bündnispartnern, sei es mit anderen Berufsgruppen (Pflege, Stationen, Sozialdienst etc.) oder in der Hierarchie (Pflegedirektion, Pflegedienstleitung) ermöglicht sowohl bestimmte Konfliktlösungen als auch den Aufbau weiterer Strukturen.

3. Mit wem zusammenarbeiten?

Wie schon dargestellt wurde, ist die Frage, mit wem die Pflergetrainer*innen eine gezielte, kolle-giale Zusammenarbeit aufbauen soll, nicht pauschal zu beantworten. Die spezifischen Struktu-ren, Arbeitsprozesse und institutionellen Bedingungen sind zu berücksichtigen. Beispielsweise ist es entscheidend, ob das Krankenhaus über eine geriatrische Station verfügt, welche Aufgaben der Sozialdienst in den Entlassungsprozessen übernimmt oder ob ein umfangreiches Entlassungs-management vorhanden ist. Ferner ist der Durchdringungsgrad der Dokumentation im KIS zu berücksichtigen: Nicht immer dokumentieren die Pflege auf den Stationen oder der Sozialdienst umfangreich im KIS. All diese Praxen können vorteilhaft oder nachteilig für den Aufbau einer kollegialen Zusammenarbeit sein.

Auf welche Erfahrungen, Hürden und Möglichkeiten die Familiäre Pflege im Krankenhausalltag dabei stößt, wird in der folgenden Schilderung deutlich. Zunächst wird die Bedeutung der kolle-gialen Zusammenarbeit herausgestellt, ohne die es zu Unmut gegenüber der Familialen Pflege kommen kann:

*„Da sitzt man auf seinem Platz, sucht sich Patienten, und möglicherweise finden alle noch einen blöd, denn der Arzt findet einen doof, weil man an der Entlas-sung was regelt. Die Pflege findet es blöd, weil man irgendwas mit dem Patienten macht, aber eigentlich wollten die ja gerade hin und was machen. Der Sozialdienst fühlt sich übergangen. Die Krankengymnastik sagt: ‚Mensch, das machen wir doch mit dem Bewegten. Warum machst du das jetzt?‘“ (Flensburg 2016a, Z. 290-295)
„Netzwerke in der Familialen Pflege, [sind daher] ganz wichtig. [...]. Eine Familiäre Pflege alleine in einem Krankenhaus funktioniert gar nicht.“ (ebd., Z. 288-290)*

Betont wird darüber hinaus der Aufbau innerhalb sowie außerhalb des Krankenhauses. Innerhalb werden insbesondere der Sozialdienst, die Pflege auf den Stationen und die Fallsteuerung als Bündnispartner genannt:

„Deswegen ist es ganz, ganz wichtig, sich innerhalb und auch außerhalb des Krankenhau-ses ein Netzwerk aufzubauen. Innerhalb des Krankenhauses hab ich auch noch mal alle, die ich gerade beschrieben habe, mit aufgeführt. Sozialer Dienst einfach, ohne Kooperation mit dem Sozialen Dienst kriege ich keine Pflegestufe, kriege ich keine Hilfsmittel, da kriege ich keine Beratungen zu irgendwelchen Geldern, die die Angehörigen vielleicht brauchen, um Unterstützung zu bekommen. Ist einfach so, ich brauch den Sozialen Dienst. Ich brauch genau so die Fallsteuerung, die einfach dafür sorgt, dass alles vor Ort ist, dass vielleicht auch Medikamente schon da sind, dass Blutzuckergeräte zu Hause sind, die einfach mit mir zusammen die Entlassung vorbereiten. Genauso brauche ich die Stationen als Koope-rationspartner. Wenn die Station mich nicht mag, hab ich verloren, denn dann spricht auch keiner mit mir. Dann werden sie immer sagen: ‚Nein, wir haben nichts‘. Dann kann ich auch noch so oft fragen, ob da Menschen sind mit Pflegestufe, ich werde keine Auskunft kriegen [...]“ (ebd., Z. 295-308)

Als erfolgversprechend für die Zusammenarbeit werden ebenso Rückmeldungen an die Statio-nen eingestuft:

„Deswegen da auch immer gerne Rückmeldung geben an die Stationen, auch mal von den Patienten zu Hause. Das war wieder das Beispiel mit diesem Palliativfall, da hab ich die Rückmeldung gegeben: ‚Patientin ist gut zu Hause angekommen, ist in Ruhe zu Hause ein-“

geschlafen'. So was ist für die Station auch schön zu hören, hat alles geklappt, wie ist es eigentlich ausgegangen? Genauso auch zu erzählen, was man in den Pflegetrainings macht. Also wenn ich eine Intimpflege mache mit den Angehörigen und der Station nichts sage, dann gehen die hin und waschen den Menschen noch mal komplett. Wenn ich jetzt sag: ‚Mensch, lasst euch Zeit, Intimpflege ist schon fertig, haben wir gerade mit den Angehörigen gemacht‘, die freuen sich dann auch über solche Informationen.“ (ebd., Z. 308-317)

Ebenso kann die Zusammenarbeit mit den Therapeuten die Versorgung für die Häuslichkeit vereinfachen:

„Und genau so wichtig, Zusammenarbeit mit Krankengymnastik und Logopädie im Krankenhaus, um einfach zu gucken, wie weit ist der Patient schon mobilisiert, was kann ich mit den Angehörigen üben? Also ich kann nicht mit den Angehörigen üben, den Patienten aus dem Bett zu holen und den hinzustellen, wenn der gerade mit der Krankengymnastik nur dabei ist, sich im Bett hin und her zu drehen. Deswegen ist die Kooperation wichtig, auch teilweise um die Hilfsmittelfindung, weil die intensiv die Bewegungsschemen von den Patienten überprüfen, und dann mit der KG zusammen einfach Gespräche, so, was ist jetzt sinnvoller? Nehmen wir den hohen Gehwagen, nehmen wir den tiefen Gehwagen, nehmen wir noch einen Rollstuhl, was brauchen wir da am ehesten? Brauchen wir beides? Genau so die Logopädie, einfach wie weit sind bei Schluckstörungen die Schluckübungen, was müssen wir an Nahrung beachten, müssen wir eine Ernährungsberatung dazu haben.“ (ebd., Z. 329-340)

Von zentraler Bedeutung sind ebenfalls die Ärzte, die die Entlassung hauptverantwortlich terminieren, aber dazu auch auf zahlreiche Informationen aus der Pflege und der häuslichen Situation angewiesen sind:

„Genauso wichtig [ist] die Zusammenarbeit mit den Ärzten. Einmal, finde ich, ist es wichtig, dass die Ärzte auch lernen, dass auch Pflege ein bisschen Ahnung von Entlassung hat, dass auch Pflege viel zu Entlassung beitragen kann, gerade wenn es um Hilfsmittelversorgung geht, aber auch genau so die Pflege die Information vom Arzt braucht. Also ich muss vom Arzt wissen, wie sieht es gerade bei dem Patienten aus, wie viel Zeit hab ich noch, im Krankenhaus zu üben? Muss ich vielleicht schon gucken, dass wir für zu Hause Termine machen, muss ich die Entlassung vorbereiten? So ist das dann eine gemeinsame Kooperation, und je besser die klappt, desto besser werden auch die Entlassungen nachher. Also dann kann man tatsächlich solche Sachen machen, dass man in den Arztbrief mit einfügen lässt, dass eine Krankengymnastik für zu Hause empfohlen ist. Ist für die Angehörigen viel leichter, die kriegen einen Physiotherapeuten nach Hause, wenn der Hausarzt das in einem Arztbrief liest.“ (ebd., Z. 319-329)

Insbesondere für die pflegerische Anschlussversorgung in der Häuslichkeit ist der gezielte Aufbau eines Pflegenetzwerks für die pflegenden Angehörigen zielführend. Abschließend soll an einem Beispiel aufgezeigt werden, wie eine erfolgreiche, berufsgruppenübergreifende Entlassung gelingend gestaltet werden kann:

„Wiederum gibt es die Patienten, ich sag jetzt mal grad, Palliativversorgung zu Hause, wo noch mal ganz schnell eben eine Verlegung nach Hause organisiert wird, damit derjenige zu Hause versterben kann. Kann ich vielleicht anhand eines Beispiels, hatten wir letzte

Woche, war in Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst eine Stammhirnblutung bei einem Patienten. Der Wunsch war, Mutti nach Hause zu holen und bis zum Ende zu Hause zu pflegen. Da hat der Sozialdienst die SAPV, also die spezielle Palliativversorgung geregelt, der hat eine Pflegeeinstufung geregelt, in Absprache mit mir die Hilfsmittel, wobei wir uns da auf einen Pflegeheberahmen beschränkt haben, dass einfach eine normale Pflege stattfinden kann, und ich in der Zeit mit einem Pflegetraining, mit einem Doppeltraining im Krankenhaus angefangen hab, dass der Angehörige weiß, übermorgen kommt meine Mutter, der Soziale Dienst organisiert die Sachen, und ich kann die grundlegenden Sachen, ich krieg den Katheter leer, ich weiß, wie ich diesen Urin, falls jetzt plötzlich doch viel kommt, da raus krieg. Ich weiß, wie ich den Po ein bisschen bewegen kann, falls sie Schmerzen kriegt, und ich weiß die Nummer meines Ansprechpartners vom SAPV-Dienst und weiß, wie ich reagieren muss, wenn eine Luftnot kommt. So diese grundlegenden Sachen hab ich dann mit dem gemacht. Das ist so eine Kooperation, wie sie dann aussehen kann, als Beispiel.“ (ebd., Z. 111-127)

4. Handlungsempfehlungen

Die Ausführungen führen in die Komplexität der kollegialen Zusammenarbeit ein und verdeutlichen Entwicklungspotenziale. Dabei ist insbesondere auch das KIS als ein Werkzeug der kollegialen Zusammenarbeit zu berücksichtigen. Die Pflegetrainer*innen benötigen zur Beauftragung sowohl die Zuarbeit von anderen Stationen (z .B. über ein Konsil) als auch Zugriff auf bestimmte Daten, die auf den Stationen nicht immer vorliegen – wie ein vorhandener oder zu erwartender Pflegegrad. Gleichzeitig erhöht die Dokumentation im KIS auch die Transparenz und Akzeptanz der Pflegetrainer*innen im Krankenhaus. Das KIS kann daher Kommunikation ermöglichen oder Wege verkürzen und somit die kollegiale Zusammenarbeit unterstützen.

Um gezielt eine Zusammenarbeit mit den Stationen, Funktionseinheiten und unterschiedlichen Berufsgruppen aufzubauen, empfehlen sich demnach folgende Schritte:

1. Welche Bedarfe sind aus Sicht der Pflegetrainer*innen vorhanden?

Es sollte zunächst geklärt werden, welcher Bedarf an kollegialer Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegetrainer*innen vorhanden ist. Diese könnten beispielsweise sein:

- Sollen mehr Meldungen für die Pflegetrainer*innen eingehen?
- Reichen die vorhandenen Daten (im KIS) aus? Wer könnte diese Daten dokumentieren oder dokumentiert haben?
- Ist der Entlassungstermin bekannt?
- Gelingt die Ermittlung, Bestellung und Schulung von Pflegehilfsmitteln?
- Gelingt die Medikationsgabe in der Häuslichkeit?

2. Welche Stellen sind im Krankenhaus vorhanden?

Anschließend ist zu klären, wer im Krankenhaus für diese Bedarfe zuständig ist, wer einerseits „zuarbeiten“ kann und wer andererseits von der Arbeit der Familialen Pflege profitiert. Für einen ersten Zugang bieten sich üblicherweise folgende Bereiche an:

- Zentrale Aufnahmestationen zur frühen Erfassung der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit,
- Sozialdienst und Pflegeüberleitung,
- Entlassungs- und Case-Management, ggf. auch Bettenmanagement,
- Stationen (Geriatrien und Gerontopsychiatrien, Neurologien, Kardiologien).

3. Zu welchen Stellen und Stationen lohnt sich ein gezielter Kontaktaufbau?

Häufig entsteht ein riesiges Tableau an möglichen Anknüpfungspunkten: Sozialdienst, bestimmte Stationen, Entlassungsmanagement, Pflegedienstleitung und Pflegedirektion. Um Überforderungen in der Kontaktaufnahme und gemeinsamen Prozessbildung entgegen zu wirken, empfiehlt sich, Schritt für Schritt vorzugehen und beispielsweise gemeinsam mit dem Sozialdienst oder dem Entlassungsmanagement auf bestimmte Stationen zuzugehen.

In der Folge ist eine höhere Anzahl von erreichten Angehörigen zu erwarten, die jedoch bearbeitbar bleiben soll.

4. Gibt es darüber hinaus interdisziplinäre Teams oder Strukturen?

Neben Stationsteams existieren häufig interdisziplinäre Teams – vor allem im geriatrischen Bereich. Suchen Sie gezielt diese Teams und werden Sie dort vorstellig. Nehmen Sie auch gelegentlich oder in einer für Sie günstigen Regelmäßigkeit an diesen Teams teil, stellen Sie ihre Arbeit vor und rufen Sie immer wieder in Erinnerung, warum und wie die Kolleg*innen von Ihrer Arbeit als Pflegetrainer*innen auch auf den Stationen bzw. in den speziellen Bereichen profitieren können.

Modul 4: Zur Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung

1. Vorbemerkungen

Das vorliegende Modul rahmt unter der Perspektive der Organisationsentwicklung die Module 1–3, die bisher einzelne Aspekte zur Integration der Familialen Pflege in die Aufnahme- und Entlassungsprozesse sowie in das KIS thematisiert haben. Damit werden im Folgenden die Fragen der Beauftragung, der Dokumentation und der kollegialen Zusammenarbeit in einen größeren, abstrakteren Kontext gestellt, der das Krankenhaus als Organisation und dessen Prozessentwicklung in den Blick nimmt. Die zentrale Frage, wie pflegende Angehörige noch während des Krankenhausaufenthalts identifiziert werden können und die Familiäre Pflege als Teil der Entlassungsprozesse implementiert werden kann, wird ergänzend aus einer anderen Perspektive betrachtet.

Mit dem neuen Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ (DNQP 2019) und der Familialen Pflege als Regelprogramm ist die Frage nach der Identifizierung von pflegenden Angehörigen gleichzeitig neu zu stellen: Der Expertenstandard 2019 konkretisiert die Vorgaben zur Verwendung von Screenings und Assessments, bleibt jedoch erneut recht allgemein. Die Regelversorgung wird den Kreis der Angehörigen im Krankenhaus teils deutlich erweitern. Die hier thematisierten Screenings und Assessments bieten daher nicht nur die Möglichkeit, pflegende Angehörige noch im Krankenhaus zu identifizieren und qualitativ hochwertige Lernprozesse zu initiieren (vgl. Gröning, Lagedroste & von Kamen 2015), sondern auch das Profil der Klientel für die Familiäre Pflege zu schärfen.

1. Was ist eine Organisation? Was ist Organisationsentwicklung?

Die recht einfach erscheinende Frage ist im Alltag auch recht klar zu beantworten: Eine Organisation ist häufig durch ein oder mehrere Gebäude, eine festgelegte Organisationshierarchie und eine mehr oder minder klare Aufgabenverteilung bestimmbar, die der Erledigung einer oder mehrerer definierten Aufgaben dient. Für das Krankenhaus gilt die Hauptaufgabe der Gesundung von erkrankten Patient*innen, die sich in weitere Aufgaben zergliedert (Aufnahme, Diagnose, Behandlung, Pflege, Entlassung etc.). Die typische Motivation der Organisationsentwicklung wäre demnach, die Aufgaben und hinterlegten Organisationsprozesse möglichst effizient bzw. effizienter als zuvor zu gestalten. Mit Blick auf die Gesamtorganisation greift das jedoch zu kurz.

Was eine Organisation genau ausmacht, wie man sie treffend beschreiben und anschließend verändern kann, ist weiterhin Gegenstand umfangreicher Debatten unter Wissenschaftler*innen, Berater*innen und Mitglieder*innen von Organisationen. Die Ansätze reichen von hierarchischen und bürokratischen Modellen des zweckrationalen Handelns (Max Weber, Jürgen Habermas) über komplexe, selbstreferenzielle (Teil-)Systeme (Niklas Luhmann, Talcott Parsons) bis zu globalen Netzwerksystemen (John Stuart Mill, John Maynard Keynes).

Das Modellprogramm „Familiale Pflege“ orientiert sich hauptsächlich an den handlungsorientierten und zum Teil an den systemtheoretischen Ansätzen. Der organisationswissenschaftliche Ansatz des Modellprogramms (Gröning 2015) fasst die Ansätze der Organisation und ihre Funktionen kurz zusammen. Darin beschreibt Katharina Gröning, wie Wissen und Fähigkeiten des

Modulverweis:

→ Modul 1

Alltags von pflegenden Angehörigen im Krankenhaus marginalisiert und somit ausgeschlossen werden, sodass die – für die Pflegetrainer*innen relevante – pflegerische Entlassung vom Krankenhaus in die häusliche Anschlussversorgung häufig organisationsbezogen bleibt, d. h. sich beispielsweise primär an den Vorgaben der Bettenbelegung orientiert und nicht an den Bedürfnissen des Alltags von pflegenden Angehörigen. Ferner werden Organisationen als Feld der Macht- und Territorialkämpfe zwischen den verschiedenen Akteuren (Selvini Palazzoli 1985) einerseits und als Konflikt zwischen Zentrum und Peripherie (Klatetzki 1993) andererseits beschrieben. In diesen Konflikten hat das Wissen um den Alltag in der häuslichen Versorgung keinen Platz.

Veränderungen und Entwicklungen, diesen Effekten zu begegnen, konzentrieren sich häufig auf die Optimierung einzelner, meist infrastruktureller Fragmente der Organisation: EDV-Strukturen, Stabsstellenbildung und andere. Ebenso häufig bleiben diese Strategien erfolglos oder entfalten nicht ihre Wirkungskraft. Friedrich Glasl und Hans von Sassen sprechen daher erst von Organisationsentwicklung, wenn alle Bereiche, also auch soziale Dynamiken einer Organisation in einem Entwicklungsprozess berücksichtigt werden. Diese betreffen nicht nur die Struktur (Kommunikationswege, Sachbearbeitung, Technik) oder die Identität und Konzepte (Image, Verfahrensgrundsätze etc.) der Organisation, sondern ebenfalls die Akteure (Individuen, Gruppen, Management, Funktionsgruppen) sowie Abläufe und Organisationsmentalitäten (vgl. Glasl & von Sassen 1983, S. 26, 38).

Organisationsentwicklung wird als ein „Veränderungsprozess der Organisation und der in ihr tätigen Menschen“ verstanden, der als „Hauptziel die Befähigung der Organisation und ihrer Angehörigen zur Selbststeuerung“ verfolgt. Ferner soll das Problemlösungspotenzial der Organisation gesteigert und Prozesse der humanen Prinzipien gesteigert werden (ebd., S. 26f.). Letztere sollen die authentische Partizipation der Mitglieder auch in den Entwicklungsprozessen sicherstellen,

„welche von den Angehörigen der Organisation selbst bewusst gelenkt und aktiv getragen [werden] und somit zur Erhöhung [...] der Selbsterneuerungsfähigkeit dieser Organisation führt, wobei die die Angehörigen der Organisation gemäß ihren eigenen Werten und Vorstellungen die Organisation so gestalten, dass sie nach innen und nach außen den wirtschaftlichen, sozialen, humanen, kulturellen und technischen Anforderungen entsprechen kann.“ (ebd.)

Weil eine Organisationsentwicklung nicht ergebnis, sondern prozessorientiert zu verstehen sei, werden vier Basisprozesse fokussiert, die den Kern der Organisationsentwicklung bilden (ebd., S. 30-35):

1. **Prozesse der Selbstdiagnose:** Analyseprozesse zur Bildung eines Problembewusstseins innerhalb der Organisation. Dieser Prozess kann nicht nur auf Funktionsgruppen beschränkt sein, sondern muss ebenso im Management stattfinden.
2. **Willensbildung:** Konzeption von neuen Modellen für die Organisation – z. B. Aufnahme neuer Dienstleistung, Rollenentwicklung der Mitarbeiter*innen, Veränderung der (Infra-) Struktur und Abläufe/Prozesse innerhalb der Organisation.
3. **Mentalitätsveränderungen:** Neuaufstellung der Motivationsfaktoren, Beziehungen und Rollen aller Akteure und Gruppen, Klima, Machtverhältnisse und Strukturen sowie Stil der Zusammenarbeit in der Organisation.
4. **Kollektive und individuelle Lernprozesse:** (Neu-)Erlernen von Fähigkeiten, Techniken sowie die Aufnahme von externem Wissen.

Organisationsentwicklung nach Glasl und von Sassen ist also primär ein Prozess, der die gesamte Organisation und nicht nur einzelne Bereiche in den Blick nimmt. Ferner sind die Akteure der Organisationsentwicklung hauptsächlich die eigenen Organisationsmitglieder, welche die Organisation gemäß innerer und äußerer Anforderungen verändern. Dabei sind sowohl die strukturellen, hierarchischen, prozessualen, sozialdynamischen und kulturellen Elemente und Mentalitäten der Organisation in den Veränderungsprozess mit einzubeziehen. Organisationsentwicklung konzentriert sich demnach nicht auf die Problemanalysen (Ist-Zustand) und Zielkonzeptionen (Soll-Zustand), sondern primär auf den Prozess der Veränderung. Dabei ist auf das vorhandene Wissen und die soziale wie kulturelle Realität der Organisation Rücksicht zu nehmen wie auf die Notwendigkeit, externe Impulse mit aufzunehmen (ebd., S. 20; Bauer, Gröning, Hoffmann & Kunstmann 2012, S. 215). Dabei sind insbesondere Macht- und Territorialkonflikte der Akteur*innen innerhalb der Organisation zu berücksichtigen (Gröning 2015).

1.2 Das Krankenhaus als Organisation? – Zentrum, Peripherie und Systemintegration

Was bedeutet nun Organisationsentwicklung nach Glasl und von Sassen für die Familiäre Pflege im Krankenhaus? Wie gestaltet sich das Krankenhaus als Organisation und unter welchen Bedingungen kann eine Organisationsentwicklung mit bzw. für die Familiäre Pflege im Krankenhaus erfolgreich sein? Welche Bedingungen stellen sich der Familialen Pflege in der Organisation Krankenhaus?

Das Modellprogramm versteht die Organisation Krankenhaus einerseits als Ort der machtgeleiteten Konflikte zwischen den verschiedenen (Macht-)Interessen (Selvini Palazzoli 1985), andererseits als Ort der verschiedenen Handlungsroutinen und Handlungsmaßstäbe (Klatetzki 1993).

Nach diesem Ansatz gliedert sich die Organisation Krankenhaus in drei konzentrische Kreise, die von der Lebenswelt der Patient*innen umgeben sind (vgl. Gröning 2015):

- **Innerer Kreis:** Das **managerielle Zentrum** (Geschäftsleitung, Pflegedirektion, Controlling etc.) zeichnet sich durch organisationspolitische und v. a. finanzielle Handlungsrou-tinen und Handlungsmaßstäbe aus (Wertschöpfung).
- **Mittlerer Kreis:** Die **Technokratie** (Bettenmanagement, EDV-Abteilung etc.) bezieht sich auf das Funktionieren der Organisation Krankenhaus selbst. Sie führt die organisationsbe-zogenen Aufgaben des manageriellen Zentrums durch: kosteneffizient die Organisation in Betrieb zu halten, sodass die Peripherie ihre Aufgaben erledigen kann.
- **Äußerer Kreis:** Die **Peripherie** (Ärzte, Pflege, Sozialdienst etc.) zeichnet sich durch den Lebensweltbezug der Patient*innen und Angehörigen aus. Die Handlungsrou-tinen beziehen sich hauptsächlich auf die Patient*innen. Sie kommen daher mit den Sinnstrukturen des Alltags von Patient*innen außerhalb des Krankenhauses in Kontakt. Die Handlungs-maßstäbe beziehen sich daher primär auf die Wohlfahrtsproduktion der Patient*innen. Diese stehen zum Teil im Widerspruch zur Wertschöpfungsorientierung des manageriellen Zentrums.

Die drei Sphären lassen sich folglich durch unterschiedliche Handlungsmaßstäbe und Hand-lingsroutinen ordnen, sie dienen jedoch alle drei der Erfüllung der Hauptaufgabe des Kranken-hauses: die Gesundung der erkrankten Patient*innen zu realisieren. Jedoch sind sie nicht reziprok – d. h. gleichberechtigt aufeinander bezogen. Es gibt ein deutliches Machtgefälle zwischen den Sphären, welches zu innerorganisationalen Konflikten führt. Das deutliche Übergewicht der öko-nomischen Handlungsmaßstäbe des manageriellen Zentrums in der Gesamtorganisation führt häufig zur Marginalisierung der Handlungsmaßstäbe aus der Peripherie, die sich beispielsweise durch eine unzureichende Personaldecke auszeichnen. Darüber hinaus werden die Handlungs-maßstäbe der Peripherie vom manageriellen Zentrum „kolonialisert“ (Habermas 1981, S. 521f.) und so die eigenen Handlungsmaßstäbe Stück für Stück aus der Organisation verdrängt.¹ Folg-lich finden die Handlungsrou-tinen und Handlungsmaßstäbe der Peripherie (insbesondere der Pflege) umgekehrt keine Relevanz mehr im manageriellen Zentrum. Es wird von der Funktiona-lisierung und damit Deprofessionalisierung der Pflege gesprochen (Gröning 2015a, Gröning & Schiller 2018, S. 17f.).

Auf die zunehmende Arbeitsteilung bei gleichzeitiger Erweiterung der Aufgaben reagiert das Krankenhaus mit zunehmender Bildung von Stabsstellen: Entlassungsmanagement, Casema-nagement, Demenzbeauftragte und Pflegeüberleitung sind nur einige wenige Beispiele. In der Folge entstehen diverse und zum Teil hochdifferenzierte Aufgaben, die jedoch nicht immer aufei-nander abgestimmt sind. Mit Blick auf den Weg der Patient*innen durch das Krankenhaus driftet die Organisation Krankenhaus auseinander. Es mangelt an einer geeigneten und prozessbezo-genen Schnittstellengestaltung der einzelnen Professionen im organisationalen Zusammenspiel. Denn nicht nur das Vorhandensein bestimmter Professionen allein entscheidet über die Produktivi-

¹ Die Kolonialisierung, wie sie von Jürgen Habermas beschrieben wird, ist ein hochkomplexer Vorgang zwischen System und Lebenswelt, der hier in seiner Tiefe als Teil der Theorie des kommunikativen Handelns nicht hinreichend dargestellt werden soll. Das Prinzip der Kolonia-lisierung lässt sich aber auch auf die Systemimperative innerhalb der Organisationen übertragen (vgl. Habermas 1981; Klatetzki 1993 und von Kamen 2015). Die Kolonialisierung zeigt sich alltagspraktisch beispielsweise im Umgang mit Demenzpatient*innen im Krankenhaus, die entgegen ihrer lebensweltlichen, gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse, deren Bewahrung Teil der pflegerischen Handlungsmaß-stäbe sein sollte, medizinisch verjüngend und unter dem Blickwinkel des Kostendrucks behandelt und entlassen werden (dazu Gröning & Schiller 2018, Isfort 2014, Kirchen-Peters 2013).

tät und damit der Behandlungsqualität der einzelnen Bereiche, sondern ebenso ihre Verbindung untereinander (vgl. Feuerstein 1993).

1.3 Der organisationswissenschaftliche Ansatz der Familialen Pflege: Umsetzungs- und Verwendungsforschung

Die Pflergetrainer*innen im Krankenhaus befinden sich darüber hinaus in einem Double-Bind: Einerseits sind sie der Organisation Krankenhaus und damit dem Ziel verpflichtet, die Patient*innen zu versorgen, andererseits ist es ihre Aufgabe, den Alltag der pflegenden Angehörigen (Lebenswelt) für die Patient*innen sowie für die pflegerische Anschlussversorgung vorzubereiten. Dieses kann insbesondere unter dem Entlassungsdruck zu Konflikten mit der Organisation Krankenhaus führen.

Der organisationswissenschaftliche Ansatz des Modellprogramms (Gröning 2015) greift die Problematiken der auseinanderdriftenden Organisationen, der Deprofessionalisierung der Pflege, der Reedukation – d. h. der Wiederaufnahme originär pflegfachlicher Handlungsmaßstäbe – und Strategien der Organisationsentwicklung unter der Betrachtung des „gelingenden Alltags“ der pflegenden Angehörigen auf. Zentrale Frage ist: Wie können die lebensweltlichen Bedingungen von Patient*innen und pflegenden Angehörigen und das wissenschaftliche Wissen des Modellprogramms „Familiale Pflege“ Eingang in die Prozesse der Krankenhäuser finden? Viele Strategien scheitern auf Dauer an den Widerständen der Organisationen, speziell in der Abwehr von „irrelevantem Wissen“, welches als zu theoretisch, zu komplex, nicht praxisrelevant erachtet und deshalb von der Organisation nicht aufgenommen wird.

Lösungen bestehen daher in der Ausbildung von Expert*innen innerhalb der Krankenhäuser (Pflergetrainer*innen) über die Wissenschaftlichen Weiterbildungen, in der Bereitstellung von verständlichem Wissen für die Expert*innen und die Krankenhäuser (z. B. Beratung, Studienbriefe) sowie in der Schaffung von Freiräumen, in denen die Expert*innen das gelernte und bereitgestellte Wissen entfalten und mit bestimmten, z. T. vorhandenen Prozessen verknüpfen können (Organisationsentwicklung).

2. Familiäre Pflege als Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung

Demnach ist es Aufgabe der Organisationsentwicklung für/mit der Familien Pflege Freiräume zu schaffen, in denen die Pflegetrainer*innen als Expert*innen das gelernte und bereitgestellte Wissen für das eigene Krankenhaus anpassen.

Dabei müssen folgende Elemente organisations-scharf, also für jede Organisation individuell, berücksichtigt werden:

- (Infra-)Strukturen (Krankenhausinformationssystem, materielle Ausstattung)
- Kulturen und Mentalitäten (Formen der Zusammenarbeit)
- Prozesse und Abläufe (Aufnahmeprozesse, Entlassungsprozesse, Pflegeprozesse)
- Funktionsbereiche (Sozialdienst, Case- und Entlassungsmanagement, Pflegeüberleitung)

Ziel der Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung „EDV-gestützte Kommunikation“ ist es, einerseits das KIS als Instrument für die Pflegetrainer*innen nutzbar zu machen und andererseits die unterstützenden Prozesse im stationären Arbeitsalltag zu steuern und aufzubauen. Nachfolgend wird erneut der Blick auf die Gestaltung der Aufnahmeprozesse praxisnah gelegt: Welche Prozesse und Parallelstrukturen bzw. politischen und pflegfachlichen Vorgaben unterstützen prozessorientiert die Beauftragung der Pflegetrainer*innen in den Aufnahme- und Entlassungsprozessen?

Modulverweise:

→ Modul 1

→ Modul 2

→ Modul 3

2.1 Aufnahmeprozesse im Krankenhaus gestalten

Die frühzeitige Beauftragung der Pflegetrainer*innen anhand der (zu erwartenden) Pflegebedürftigkeit bzw. einer Demenzdiagnose entscheidet über einen erfolgreichen Bildungs- und Beratungsprozess (vgl. Gröning, Lagedroste & von Kamen 2015) sowie die ökonomische Refinanzierung der Familien Pflege im Krankenhaus wesentlich mit (Gröning, Lienker & Sander 2018).

Neuralgischer Punkt zur möglichst frühen Beauftragung der Pflegetrainer*innen sind daher die Aufnahmeprozesse. Daher sollen in Aufnahmeprozessen folgende Items systematisch und standardisiert im KIS erhoben werden:

- Vorhandener Pflegegrad 1–5 (Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI)
- Zu erwartender Pflegegrad 1–5/zuerwartende Pflegebedürftigkeit (siehe Kapitel 2.2)
- (Neben-)Diagnose Demenz.

Modulverweis:

→ Modul 1

Dieses gilt insbesondere für jene Patient*innen, die nicht aus dauerhafter stationärer Versorgung aufgenommen werden. So sollen alle Patient*innen berücksichtigt, die aus der

- Häuslichkeit/von zu Hause,
- Kurzzeitpflege,
- Verhinderungspflege oder
- Tagespflege

aufgenommen werden. Bei Feststellung eines (zu erwartenden) Pflegegrads bzw. einer (Neben-) Diagnose Demenz sollen im Anschluss die Pflegetrainer*innen direkt beauftragt werden.

Hierfür sind in den Prozessen der Aufnahmen (z. B. der zentralen administrativen Aufnahme oder den ärztlichen Anamnesen oder Pflegeanamnesen auf den Stationen) entsprechende (Pflicht-) Felder in den Dokumenten zu ergänzen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, wer in den Prozessen die Anamnesebögen ausfüllt und wann sie ausgefüllt werden. Kommt es dabei zu erheblichen Verzögerungen oder zu massiven Unregelmäßigkeiten, ist zu überlegen, welche Alternativprozesse oder Alternativstrukturen genutzt werden können. Multiprofessionelle Teams, der Sozialdienst, das Case- oder Entlassmanagement können beispielsweise in Arbeitsbündnissen und gemeinsamen Absprachen hinzugezogen und zur Beauftragung animiert werden.

2.2 Parallelstrukturen verwenden: Krankenhausplanungen und Entlassmanagement

Insbesondere die Frage nach dem „zu erwartenden Pflegegrad“² lässt sich erfahrungsgemäß nicht einfach umsetzen. Hier ist eine eher indirekte Vorgehensweise gefragt. Da es formal keine konkreten Kriterien zur Einschätzung der zu erwartenden Pflegebedürftigkeit gibt, sind zur Prozessgestaltung vorhandene Prozesse oder Instrumente in der Aufnahmesituation zu wählen, die eine pflegfachliche Einschätzung zulassen.³

Solche Prozesse und Instrumente sind beispielsweise in den pflegfachlichen und politischen Vorgaben der Krankenhausplanungen in Nordrhein-Westfalen (KHP NRW 2015) und Schleswig-Holstein (KHP SH 2017) sowie des „Entlassmanagements in der Pflege“ (DNQP 2009)⁴ und des Rahmenvertrags Entlassmanagement des Bundesschiedsgerichts von 2017 enthalten. Alle schreiben mindestens ein Screening zur Früherkennung eines post, teilweise sogar eines prästationären Versorgungsbedarfs vor.

Der DNQP 2009 und der Rahmenvertrag Entlassmanagement⁵ ergänzen und normieren den § 39.6 SGB V, in dem ein Entlassungsmanagement vorgeschrieben wird. Während der Rahmen-

2 Parallel dazu kann eine zu erwartende (Neben-)Diagnose Demenz gedacht werden. Sprachlich wird sich weiterhin auf den zu erwartenden Pflegegrad konzentriert, da davon auszugehen ist, dass mit einer Demenzdiagnose in den meisten Fällen ein Pflegegrad bewilligt werden kann.

3 Dazu https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web_neu_Feb_2017.pdf (Stand 29.08.2018).

4 Dieser wird 2019 in zweiter Aktualisierung veröffentlicht. In der vorherveröffentlichten Version wird ersichtlich, dass inhaltlich einige Ergänzungen vorgenommen wurden, das Kernelement von initialem und differenziertem Assessment beibehalten bleibt und deutlich konkretisiert wird. Vgl. dazu die Vorbemerkungen.

5 http://kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (Stand 29.08.2018).

Modulverweis:

→ Modul 3

Modulverweis:

→ Modul 1

vertrag Entlassmanagement eine patient*innenindividuelle Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs unter Berücksichtigung der prästationären Versorgungssituation vorschreibt, gibt der DNQP 2009 qualitative Vorgaben zur pflegerischen Überleitung in die poststationäre Versorgung. Insbesondere das Pflegefachpersonal wird im DNQP 2009 in der Pflicht gesehen, die pflegerische Überleitung zu gestalten, wohingegen im Rahmenvertrag Entlassmanagement die Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs in ärztlichen Händen bleibt.

2.2.1 Rahmenvertrag Entlassmanagement (gilt für alle Patient*innen)

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement schreibt für alle Patient*innen die Klärung eines Entlassmanagements vor und sieht hier die Krankenhäuser in der Initiativpflicht:

„Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege).“ (§ 3 Abs. 1)

Teil des schriftlichen und transparenten Verfahrens ist ein geeignetes Assessment, welches die nachstationäre Versorgung erfasst und die vorstationäre Situation berücksichtigt. Die Ergebnisse bestimmen die weiteren Prozesse der Entlassplanung:

„Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt.“ (§ 3 Abs. 2)
„Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.“ (§ 3 Abs. 3)

Den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind Anlagen zur weiteren Information und als weiterführende Vorschläge hinzugefügt worden:

Anlage II⁶ beinhaltet „zentrale Punkte“ für ein fortlaufendes initiales Screening oder Assessment. Im Zentrum stehen die soziale Situation, die selbstständige oder unselfständige Versorgung sowie einige pflegerelevante Fähigkeiten zu

- Selbstständigkeit zur Orientierung,
- Körperpflege,
- Ernährung,
- Ausscheidungen,

⁶ http://www.dkgev.de/media/file/69171.Anlage_II_Hinweise_Assessment.pdf (Stand 28.02.2018).

- Mobilität und
- Medikamenteneinnahme.

Verwiesen wird auf den Expertenstandard DNQP 2009 zur inhaltlichen Ergänzung.

Anlage III⁷ beinhaltet Mindeststandards für den Entlassplan in Form einer Checkliste. Diese beinhaltet nicht nur ein Feld, ob Kontakt zur Familialen Pflege („Familiäre Pflege“, S. 2), sondern fordert auch Informationen, ob

- vor der Krankenhausaufnahme bereits ein ambulanter Pflegedienst tätig war (S. 1),
- eine Pflegebedürftigkeit vorliegt (S. 3),
- wohin der/die Patient*in entlassen wird (u. a. eigene Häuslichkeit, Kurzzeitpflege etc.) (S. 4),
- ob der Pflegedienst informiert wurde (S. 4),
- Hilfsmittel verordnet wurden (S. 5).

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement ermöglicht daher einen eher sozialdienstlich bzw. administrativen Zugang, einen zu erwartenden Pflegegrad standardmäßig in den Aufnahmeprozessen zu dokumentieren sowie weitere individuelle, prästationäre Versorgungssituationen zu erfassen, die ebenfalls auf eine Pflegebedürftigkeit hindeuten. Dieses kann der Fall sein, wenn Pflegehilfsmittel zum Einsatz kommen oder ein ambulanter Pflegedienst eingeschaltet wurde.⁸

2.2.2 Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“

Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ ist 2009 herausgegeben worden und derzeit aktualisiert. Schon 2009 wurde die Notwendigkeit einer Einschätzung des nachstationären Versorgungsbedarfs vorgegeben:

„Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung. [...] Mit einem frühzeitigen, systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und den Patienten bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.“ (DNQP 2009, S. 25)

Auch im DNQP 2009 wird ein Assessment gefordert, welches die anschließenden Prozesse zur Entlassung der Patient*innen strukturiert. Dabei gilt es für das Assessment die Verträglichkeit der Prozesse in dem eigenen Krankenhaus zu berücksichtigen:

⁷ http://www.dkgev.de/media/file/69181.Anlage_III_Checkliste_Entlassplan.pdf (Stand 28.02.2018).

⁸ In der Beratung wird immer wieder berichtet, dass Patient*innen kein Pflegegrad haben, Patient*in und Angehörige wie auch das Pflegepersonal keine Pflegebedürftigkeit sehen, jedoch beispielsweise der Pflegedienst zweimal die Woche in der Häuslichkeit präsent ist. Ähnliches gilt für „die Nachbarin/Enkelin kauft ein“, „die Putzfrau kommt“ etc.

„Ein systematisches, auf Fragen des Patientenübergangs zugeschnittenes Assessment gilt in der Literatur als unverzichtbare Basis eines wirkungsvollen Entlassungsmanagements. Das Assessment soll auf die jeweilige Patientengruppe einer Klinik zugeschnitten sein und die Versorgungsrisiken, den Unterstützungsbedarf der Patienten und gegebenenfalls der Angehörigen umfassend anhand festgelegter Kriterien ermitteln. Hierfür müssen definierte Einschätzungskriterien, die einrichtungs- bzw. fachspezifisch oder betroffenenpezifisch sein können, vorliegen.“ (DNQP 2009, S. 26 f.)

Dieses bedeutet einerseits, die Fragen einfach und eindeutig zu gestalten, andererseits die Ergebnisse auch für die Organisation verstehbar zu machen, um diese beispielsweise einfach dokumentieren zu können – sowohl auf Papier oder auch im KIS. Gleichzeitig soll die Entwicklung der Patient*innen sichtbar sowie die Auswertung für das Krankenhaus ermöglicht werden:

„Die Evaluation dient der Überprüfung der Entlassungsplanung und der Dokumentation der Ergebnisse. Eine systematische Auswertung der Ergebnisse gibt Hinweise auf mögliche Nachbesserungs- und Weiterentwicklungspotenziale der entlassenden Einrichtung sowie auf eventuell nicht von der entlassenden Einrichtung zu beeinflussende Strukturdefizite der Versorgung. Die Einrichtungen sind damit aufgefordert, die für ihre Zielgruppen spezifischen Instrumente und Kriterien auszuwählen bzw. festzulegen und den für das Entlassungsmanagement zuständigen Pflegefachkräften an die Hand zu geben.“ (DNQP 2009, S. 27)

„Auswertung“ kann in diesem Fall heißen, dass anhand der Ergebnisse aus dem Assessment ersichtlich wird, ob die Patient*innen erwartbar pflegebedürftig (nach § 14 SGB XI) sein werden.

Auch der DNQP 2009 schreibt wie der Rahmenvertrag Entlassmanagement keine konkreten Screenings oder Assessments vor. Daher gilt es mit Blick auf die zu erwartende Pflegebedürftigkeit von Patient*innen bestimmte Kriterien zu benennen, die eine entsprechende Einschätzung zulassen und gleichzeitig in den Aufnahmeprozessen auch sinnvoll erhoben werden können:

„Durchgesetzt haben sich daher vermehrt Modelle, bei denen das initiale Assessment in der Regel durch die Pflegefachkräfte der Stationen durchgeführt wird und spezialisierte Pflegefachkräfte die differenzierte Einschätzung für das Entlassungsmanagement übernehmen. In enger Kooperation mit den Pflegefachkräften auf den Stationen werden dann die einzelnen Aufgaben abgestimmt. [...] Diese verweisen auf grundlegende potentielle Risikobereiche, die Aufmerksamkeit bei der systematischen Abschätzung poststationärer Unterstützungs- und Versorgungserfordernisse in einer Übergangssituation wie der Entlassung erfordern. Die fünf Risikobereiche nach Corbin und Strauss sind:

- mögliche krankheits und pflegebezogene Versorgungs- oder Unterstützungserfordernisse
- mögliche alltagsbezogene Versorgungs- oder Unterstützungserfordernisse
- mögliche psychosoziale und biografisch bedingte Unterstützungserfordernisse der Patienten und Angehörigen
- möglicher Unterstützungsbedarf hinsichtlich erwartbarer Selbstmanagement-Erfordernisse
- möglicher Unterstützungsbedarf bei der Auswahl und Koordination verschiedener erforderlicher Hilfeleistungen und Hilfsmittel.“ (DNQP 2009, S. 28)

Andere Kriterien oder Erfahrungen aus der Familialen Pflege, wie Patient*innen bzw. ihre Angehörigen zu identifizieren sind, lassen sich hier integrieren.

2.2.3 Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2015

Der KHP NRW 2015 schreibt für alle Patient*innen ab 75 Jahren ein geriatrisches Initialscreening vor, um den geriatrischen Versorgungsbedarf und die Überführung in den geriatrischen Versorgungsverbund zu identifizieren. Zur Abklärung von Auffälligkeiten im geriatrischen Screening sind im Anschluss geeignete Assessments vorgeschrieben (KHP NRW 2015, S. 94):

„Die individuellen Behandlungsbedarfe geriatrischer Patientinnen und Patienten erfordern über die stationären Strukturen hinaus eine intensive Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen, die den ambulanten Bereich einschließen. Der Verbund koordiniert die Versorgungskompetenzen und strukturen und strebt auf diesem Weg die Überwindung der Sektorgrenzen an. [...] Der Krankenhausrahmenplan setzt als allgemeine Anforderung an alle Plankrankenhäuser voraus, dass Screening- und Assessmentverfahren zur Identifikation geriatrischer Versorgungsbedarfe angewendet werden. [...] Die Aufnahmesituation zur stationären Krankenhausbehandlung ist eine entscheidende Weichenstellung. Hier müssen die vulnerablen geriatrischen Patientinnen und Patienten identifiziert werden, die von einer geriatrischen Behandlung profitieren können. [...] Zur gestuften Identifikation ist zunächst ein möglichst einfaches Screeningverfahren, das das Pflegepersonal bei der Aufnahme durchführen kann, einzusetzen. Ein solches Screening muss bei jeder Krankenhausaufnahme von Patientinnen und Patienten ab dem 75. Lebensjahr zur Verfügung stehen.“ (KHP NRW 2015, S. 94)

Als Mindeststandard wird das kanadische Screening ISAR vorgestellt, welches aus sechs einfachen Fragen besteht. Bei einzelnen, relevanten Fragen oder einem „positiven Screening“ ist ein nicht weiter vorgegebenes, kontinuierlich durchzuführendes Assessment vorgeschrieben:

„Ein Screeninginstrument ist z. B. ISAR (,Identification of Seniors at risk'), welches in Kanada evaluiert ist und für die Anwendung in Deutschland geeignet erscheint. Diese Instrumente sind als Mindeststandard anzusehen. Eine Weiterentwicklung unter Genderaspekten erscheint angezeigt. Den stationären Versorgungseinrichtungen steht es frei, eigene gleichwertige Verfahren zu etablieren [...] Patientinnen und Patienten, die im Screening geriatrischen Versorgungsbedarf erkennen lassen, werden durch ein geeignetes Assessment intensiver untersucht, um festzustellen, in welchem Ausmaß sie von einer geriatrischen Behandlung profitieren können. [...] Abhängig vom Ergebnis des Assessments ist eine geriatrische Versorgung in individuell unterschiedlicher Intensität erforderlich [...] Die regelmäßige Überprüfung ist Grundlage für ein individuelles Casemanagement, das die Behandlung während des stationären Aufenthalts steuert, die Entlassung frühzeitig vorbereitet und erforderlichenfalls Vorkehrungen für die ambulante Weiterbehandlung trifft.“ (KHP NRW 2015, S. 94 f.)

2.2.4 Krankenhausplan Schleswig-Holstein 2017

Auch im **KHP SH 2017** werden in der Aufnahme Screenings zur Identifikation eines geriatrischen Versorgungsbedarfs vorgeschrieben:

„Die geriatrische Versorgung sieht ein abgestuftes Versorgungssystem vor, in dem der geriatrische Versorgungsverbund die ambulante, die teilstationäre und die vollstationäre Versorgung sicherstellt.“ (KHP SH 2017, S. 31f.)

Auch hier steht ein Screening für alle geriatrischen Risikopatient*innen (vgl. KHP SH 2017, S. 40) im Fokus, deren Bedarfe in einem anschließenden Assessment konkretisiert werden sollen:

„Eine wichtige Komponente des geriatrischen Versorgungskonzeptes stellt die Identifikation von potenziellen Patienten für die jeweilige geriatrische Versorgungsform dar. [...] Zu Identifikation geriatrischer Patienten soll regelhaft ein geriatrisches Screening zu Beginn des stationären Aufenthaltes durchgeführt werden (z. B. ISAR = Identification of Seniors at Risk nach Warburton, Six Item Screener nach Callahan, hausintern abgestimmtes individuelles Screening).“ (KHP SH 2017, S. 43)

Dabei wird insbesondere die Notwendigkeit zur frühen Identifizierung entsprechender Risikopatient*innen betont:

„Den Kern des Versorgungskonzeptes stellt der Geriatrische Versorgungsverbund (Der Bundesverband Geriatrie hat das Konzept des ‚geriatrischen Versorgungsverbundes‘ als sektorübergreifendes geriatrisches Netzwerk entwickelt. Zu den Aufgaben gehört u. a. ein schnittstellenfreies Care- und Casemanagement sowie die frühzeitige Identifikation (Screening) des geriatrischen Patienten bzw. ein weiterführendes Assessment und geriatrische Konsile in anderen Akutabteilungen.) dar, welcher die fachliche Kompetenz für die geriatrische Versorgung der jeweiligen Region bündelt und eine abgestufte geriatrische Versorgung aus ambulanten, teil- und vollstationären Bausteinen umfasst.“ (KHP SH 2017, S. 38)

2.3 Von Screenings/Assessments zur Pflegebedürftigkeit und der Beauftragung der Pflegetrainer*innen

Die oben beschriebenen Screenings und Assessments genügen nicht der Identifizierung eines zu erwartenden Pflegebedarfs nach § 14 SGB XI. Die finale Einschätzung obliegt weiterhin dem MDK. Für die Teilnahme der pflegenden Angehörigen an der Familialen Pflege ist jedoch die pflegfachliche Einschätzung zu Pflegebedürftigkeit eines Patienten, einer Patientin ausreichend. Entsprechend ist es zielführend, anhand der Ergebnisse aus den Screenings und Assessments zu entscheiden, ob es wahrscheinlich ist, dass die Patient*innen zeitnah einen Pflegegrad bekommen können, auch unabhängig davon, ob der MDK später diese Entscheidung bestätigt. Die Beauftragung der Pflegetrainer*innen ist demnach an die pflegfachliche Einschätzung zu koppeln, die anhand der Ergebnisse der Screenings und Assessments ermöglicht wird.

Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass nicht nur in den verschiedenen Krankenhäusern und Psychiatrien unterschiedliche Screenings- und Assessments zum Einsatz kommen können, sondern auch auf den verschiedenen Stationen. Das bedeutet, dass für verschiedene Stationen unter Umständen mit unterschiedlichen Ergebnissen der verschiedenen Screenings und Assessments umgegangen werden muss. Es ist daher nicht zu erwarten, dass für alle Stationen nur ein Screening oder Assessment zum Einsatz kommt.

Ziel und entscheidende Bedeutung in dem Screening- und Assessment-Verfahren ist für die Familiäre Pflege die systematische Bereitstellung der pflegerelevanten Informationen (möglichst im KIS): hier die Ergebnisse der Screenings und Assessments, die eine frühe pflegfachliche Einschätzung zur vorhandenen oder zu erwartenden Pflegebedürftigkeit (nach § 14 SGB XI) begründet ermöglichen.

Der Gesamtprozess zur Beauftragung der Familialen Pflege anhand der Ergebnisse aus den Screenings und Assessments als Teil der Aufnahmeprozesse ist nachfolgend grafisch dargestellt.

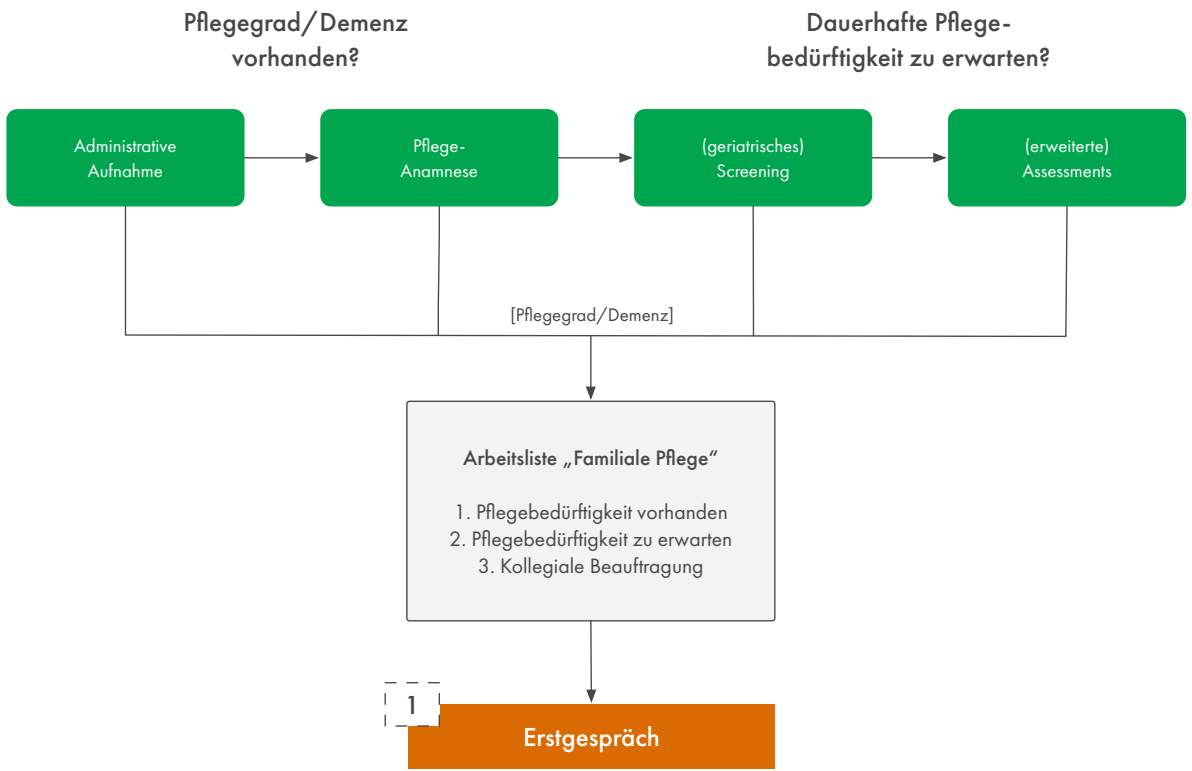


Abbildung 19: Aufnahmeschema zur Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

3. Erfahrungen mit der Prozessgestaltung im Krankenhaus

Die nachfolgenden zwei Stimmen aus der Praxis bieten primär einen Einblick zur vollzogenen Prozessgestaltung. Ersichtlich werden ebenso institutionelle Bedingungen, die eine Prozessgestaltung ermöglichen sowie Hürden und Grenzen, die in der Praxis auftreten können.

3.1 Parallelstrukturen nutzen: geriatrische Patient*innen und Demenz-/Delirmanagement

Im ersten Krankenhaus wurden das Demenzmanagement und die Einschätzung des Delirrisikos zusammen aufgebaut. Im späteren Verlauf hat sich gezeigt, dass es zahlreiche Parallelen zur Familialen Pflege gegeben hat: Die Identifikation von Patient*innen anhand von Auffälligkeiten, Diagnosen und Screenings, anschließende Maßnahmen und strukturierte Prozesse.

Die Pflegetrainerin berichtet zunächst von der Nutzung und Anpassung des ISAR-Screenings:

„[...] wir haben eben in Nordrhein-Westfalen das Glück des Krankenhausplans NRW. Wir haben dazu allerdings schon lange vor, bevor er in Kraft trat, ein Screening in der Aufnahme eingeführt. [...] Wir haben das ISAR-Screening genommen, wo eben verschiedene Bereiche abgefragt werden: ‚Haben Sie schon vor dem Krankenhausaufenthalt Hilfsbedarf gehabt?‘ ‚Hat sich dieser Hilfsbedarf in den letzten 24 Stunden stark verändert?‘ ‚Waren Sie in der letzten Zeit häufiger im Krankenhaus?‘ ‚Haben Sie eine Sehschwäche, die mit einer Brille nicht zu korrigieren ist?‘ Kann jeder nachvollziehen, der eine Brille trägt. Wenn Sie meine Brille wegnehmen, finde ich hier nicht mehr gut raus. ‚Haben Sie eine kognitive Einschränkung?‘ Und ich habe da gedacht: ‚Haben Sie Probleme mit Ihrem Gedächtnis?‘, das werden nicht viele Patienten zugeben. Sie glauben gar nicht, wie viele Menschen dankbar sind, wenn die das ankreuzen und wir gehen hin und beraten nochmal. [...] Und [wir] haben dann ‚haben Sie eine Demenz, die diagnostiziert ist?‘ und ‚Haben Sie einen Verwirrtheitszustand, also ein Delir?‘ haben wir dazu genommen.“ (Flensburg 2016, Z. 991-1013)

In den ersten Erfahrungen mit dem erweiterten ISAR-Screening wurde deutlich, dass nicht nur zahlreiche Patient*innen und Angehörige erreicht werden können, sondern auch der Arbeitsaufwand verringert wurde:

„Und auch darüber [das ergänzte ISAR-Screening] haben wir viele Patienten wirklich finden können. Das haben wir heute im – wir haben das am Anfang mit dem Zettel gemacht als Probelauf und haben dann festgestellt: Wir haben dreimal so viele Patienten als damals, als ich noch über die Station gelaufen bin und habe jeden fragen müssen. Also die Patienten sind da. Die Angehörigen auch. Und am Anfang haben meine Kollegen das so gemacht: Die haben dann den Fragebogen mit den Patienten ausgefüllt oder den Angehörigen hingelegt und haben den Angehörigen gesagt: ‚Wenn Sie möchten, dass unsere Kollegen Kontakt aufnehmen, schreiben Sie Ihre Nummer drauf‘. Und auf einmal hab' ich gedacht: Ich kann die ganze Arbeit gar nicht mehr unter einen Hut kriegen.“ (ebd., Z. 1014-1022)

Die Anzahl der sichtbaren Patient*innen und ihrer Angehörigen konnte deutlich erhöht werden. Das ergänzte ISAR-Screening wurde im KIS als Pflichtaufgabe für alle Patient*innen ab 65 Jahren integriert. Dieses ist eine mögliche Strategie, wie sichergestellt werden kann, dass das Screening systematisch ausgefüllt werden kann:

„Heute haben wir das alles in SAP hinterlegt, und zwar in folgender Form: Damit auch wirklich jeder Patient über 65 [Jahre] gescreent wird, kann man das nicht mehr wegdrücken. Also der muss ausgefüllt werden, bevor man den Patienten auf die Station verlegen kann. Das hat nochmal dazu geführt, dass wir doppelt so viele Patienten haben. Und die meisten Fragen davon sind ja sowieso in der pflegerischen Anamnese. Also das ist nicht, dass das was Neues, Dolles [ist], was mehr Arbeit macht, sondern das ist das, was Ärzte und Schwestern in der Aufnahme sowieso fragen. Unsere elektiven Patienten werden auch abgescreent. Das heißt, wenn geplante OPs sind, wird das vorher aufgenommen und wenn das Delir da ist, wird das immer mit eingegeben.“ (ebd., Z. 1022-1031)

Ebenso deutlich wird, dass die Identifizierung von Patient*innen deshalb erfolgreich sein konnte, weil das Screening an bestehende Prozesse und Instrumente sowie für weitere Maßnahmen – hier Operation und Delirprävention – anschlussfähig war. Für die Zielgruppe der Patient*innen ab 65 Jahren gehört darüber hinaus das Screening mit Hilfe des Krankenhausinformationssystems (KIS) strukturell zur Pflicht.

Die Nutzung des KIS konnte darüber hinaus sicherstellen, dass die Identifizierung von Patient*innen nicht dem Zufall überlassen blieb, sondern systematisch für alle Patient*innen ab 65 Jahren gelingen konnte. Ferner ermöglichte das KIS die Bereitstellung von (pflege-)relevanten Informationen und verkürzte somit die Kommunikationsprozesse für die Pflegetrainer*innen, aber auch für andere Bereiche:

„[Wir haben] maßlos viel Zeit damit verbracht, die Demenzpatienten herauszufiltern und haben am Anfang im Modellprojekt gesagt: ‚So, jetzt haben wir die Möglichkeit, hier etwas zu verändern‘, und das gleich eben über unser IT-gestützt, in die Kommunikation, richtig ins System zu bringen. Damit ich eben nicht den einen erreiche und den anderen nicht; damit das nicht Zufall ist oder weil irgendwer dran gedacht hat, sondern damit jeder Bescheid weiß. Wichtig ist auch, dass nicht nur die Station Bescheid weiß, sondern auch der OP, dass diese Patienten z. B. zuerst dran kommen. Also jeder kann das sehen. Und auch dass das Delir im Folgeaufenthalt wieder sichtbar ist, damit ich weiß ‚oh, der Patient hatte schon zwei De-lire‘. Das heißt, wenn ich den jetzt operiere, ist die Wahrscheinlichkeit ja sehr hoch, dass das wieder auftritt. Viele Informationen, die wir sonst mühsam uns erarbeiten, die sind dann wieder weg. Nicht wenn man die da hinterlegt. Dann habe ich die immer wieder abrufbar. Man hat eine viel raschere Verständigung und es lenkt auch immer wieder den Fokus drauf.“ (ebd., Z. 978-991)

Das KIS ermöglicht ebenso den Zugriff auf die Daten vorheriger Aufenthalte im eigenen Krankenhaus, die die Screening-Ergebnisse und andere Daten ergänzen. So kann ein umfangreiches Bild der Patient*innen entstehen und können weitere Prozesse geplant werden.

„Also das füllen bei uns die Ärzte genauso aus wie die Schwestern. Und häufigerweise – also am meisten machen das das Pflegepersonal. Aber wir haben auch viele Ärzte. Die fragen das ja auch ab. Die fragen die Medikamente alle ab. Das sind fünf Arten und fertig. Bei uns ist es aber so: Sie können das nicht – wenn jetzt der Computer merkt, der Patient ist über 65, wenn sie weiter machen wollen mit ihrer ärztlichen Anamnese, müssen sie das ausfüllen. Deshalb machen die das auch. Ja? Und das hat echt nochmal so 'n Zettel. Also das Zettelsystem hat wirklich als Anfang wirklich eine gute Wirkung, aber das hat das nochmal verdoppelt. Das hatte ich nicht, nicht erwartet [...] das heißt jeder, der sich so 'ne Liste

Modulverweis:
→ [Modul 1](#)

ausdrückt, so 'ne Belegungsliste, sieht sofort neben dem Patienten: Der hat 'ne Demenz. Das hat dazu geführt, dass unsere Schulungen so in die Höhe geschneit sind, weil meine Kollegen plötzlich gedacht haben, ‚mein Gott, wir haben Demenzpatienten‘. Die waren auch vorher da. Da hat nur kein Mensch drauf geachtet.“ (ebd., Z. 1035-1048)

Die Pflegetrainerin resümiert abschließend über die Notwendigkeit der Sichtbarkeit von Demenzpatient*innen.

„Also Information schafft immer Umdenken. Da kommen wir nicht drum rum, auch die Kollegen, die gesagt haben ‚Demenz will ich nicht‘, haben irgendwann gemerkt: ‚Wir haben so viele Patienten, haben wir sowieso. Ich muss mich damit beschäftigen‘. Und die Tendenz ist ja eher steigend, nicht abnehmend. Dann gebe ich das ein im System und da bleibt es, und beim nächsten Aufenthalt kann ich sofort sehen: Was habe ich da gemacht? Und hat der Patient schon mal ein Delir gehabt oder eine Demenz? Dann konnte unser OP-Bereich z. B., die OP-Organisation auch das sehen und konnte sagen, ‚gut, den Patienten schieben wir mal als allererstes. Der hatte ja schon drei De-lire‘. ‚Da geben wir gleich mal genug Blut, genug Sauerstoff, genug Flüssigkeit‘. Diese Dinge sind dann automatisiert worden. Wir haben zu allem Verfahrensweisen geschrieben, damit auch jeder weiß, bei Verdacht auf Demenz, bei bekannter Demenz: Was mache ich damit?“ (ebd., Z. 1059-1070)

Damit wird eben sehr deutlich, dass die Sichtbarkeit von Demenzpatient*innen eine Voraussetzung für die weitere Prozessgestaltung ist. Die Sichtbarkeit zwingt zur Planung weiterer Maßnahmen sowie zur materiellen, personellen und konzeptionellen Ausstattung. Nur wenn die Patient*innen mit speziellen Bedarfen – in diesem Fall einer demenz- und/oder delirsensiblen Versorgung – auf den Stationen im KIS sichtbar werden, ist die Initiierung der notwendigen Versorgung möglich. Dieses gilt ebenso für die pflegerische Überleitung in die häusliche Anschlussversorgung. Die Sichtbarkeit der Patient*innen entscheidet darüber, welche Versorgungsprozesse für sie initiiert werden können. Es gilt die entsprechenden Bedarfe aufzudecken.

Um die Sichtbarkeit der Patient*innen zu gewährleisten, wurde in diesem Beispiel auf das ISAR-Screening zurückgegriffen, welches in den Krankenhausplänen Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein vorgegeben wurde. Entsprechend der eigenen Bedürfnisse zur Kommunikation und Identifizierung der Patient*innen im eigenen Krankenhaus wurden einzelne Daten ergänzt oder Fragen umformuliert. Dies hatte nicht nur eine deutliche Steigerung von Patient*innen für die familiäre Pflege, das Demenzmanagement und die Delirrisikoeinschätzung zur Folge, die einfache Sprache ermöglichte es ebenfalls einem großen Kreis von Kolleg*innen im Krankenhaus, das ISAR-Screening auszufüllen. Beide Aspekte, die Akzeptanz des Screenings in den Aufnahmeprozessen sowie die zielgerichtete und systematische Erfassung der relevanten Daten, ermöglichen den Erfolg der Prozessgestaltung.

3.2 Kollegiale Prozessgestaltung

Mehr noch als das erste Beispiel zeigen die folgenden Schilderungen die Beauftragung der Pflegetrainer*innen in den Aufnahmeprozessen. In der folgenden Sequenz betont die Pflegetrainerin die Notwendigkeit zur kollegialen Zusammenarbeit, die es erst ermöglichte, die familiäre Pflege zu beauftragen. Als Voraussetzung wird die Integration der familiären Pflege in die Leistungsstellen genannt, die im KIS abgebildet werden:

Modulverweise:

→ Modul 1

→ Modul 3

„Ich stelle Ihnen einmal den Aufnahmebogen vor. Das ist ein hauseigenes Produkt, sag ich mal. Das ist von einem Informatiker bzw. einem IT-Mann unseres Hauses entwickelt worden. Wo finden eigentlich die Stationen Informationen, was wir so machen? Welche Netzwerke hat die Familiäre Pflege [im Krankenhaus] und welche Probleme und Perspektiven sehen wir von der Familialen Pflege? [...] Einmal ist es so, dass EDV-Programme extrem die Akquise erleichtern können. Das haben wir jetzt schon bei Einführung einiger Sachen bemerkt, dass wir einfach nicht mehr so viel Zeit investieren müssen, um überhaupt Menschen zu finden, die wir ansprechen können. Wichtig dabei ist, dass die Leistungsanforderungen [...] für jeden Mitarbeiter zugänglich sind. Also es bringt mir nichts, wenn der Arzt dieses System verstanden hat und keine Leistungsanforderungen stellen kann, genauso wie jede Pflegekraft, die auf Station oder wenigstens, oder auch vielleicht die Krankengymnastik, die dann bei ihren Übungen bemerkt, oh Mensch, da wäre auch noch Bedarf. Also jeder muss in der Lage sein, diese Leistungsanforderungen stellen zu können.“ (Flensburg 2016a, Z. 12-27)

Die Rolle des KIS wird erneut darin betont, dass ein direkter Kontakt zwischen der Familialen Pflege und den Beauftragenden nicht mehr nötig ist. Mit Blick auf die Prozessgestaltung wird vorteilhaft deutlich, dass der Prozess der Beauftragung der Familialen Pflege nicht abbricht, wenn kein direkter Kontakt zustande kommt. Entsprechend ist jedoch auf die bestehenden Strukturen einerseits Rücksicht zu nehmen, andererseits sind diese für die Familiäre Pflege nutzbar zu machen:

„Die EDV-Systeme erleichtern die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen an der Behandlung und Entlassung beteiligten Personen. Häufig ist es so, dass wir wirklich in Kooperation mit dem Sozialen Dienst, mit der Fallsteuerung eine Entlassung planen von der Familialen Pflege. Jeder hat seine eigenen Termine, und da ist manchmal die telefonische Kommunikation einfach schwierig, denn der ist in dem Termin, dann habe ich gerade Zeit zu telefonieren, dann hat er Zeit, mich zurückzurufen, und ich bin gerade irgendwie unterwegs. Da ist es schon wichtig, dass jeder an der Entlassung Beteiligte die Dokumentation auch einsehen kann. Das heißt dann natürlich auch, dass es eine enge Zusammenarbeit zwischen der Familialen Pflege, dem Sozialen Dienst und der Fallsteuerung geben muss. Sieht bei uns so im Haus aus, dass wir erstmal, regelmäßig morgens gibt es ein Telefonat zwischen Fallsteuerung und Sozialem Dienst, um einfach erstmal zu hören, was gibt es Neues im Haus. Und wir haben einmal im Monat ein Regeltreffen, wo sich Fallsteuerung, Sozialer Dienst und Familiäre Pflege treffen, um einfach Aktuelles zu besprechen.“ (ebd., Z. 33-46)

Die Pflegetrainerin beschreibt nachfolgend, wie die Zentrale Notaufnahme (ZNA) systematisch die für die Familiäre Pflege relevanten Informationen erhebt und über das KIS bereitstellt. So wird eine weitere Prozessgestaltung mit bzw. durch die Familiäre Pflege ermöglicht. Die möglichst vollständige Erfassung der häuslichen Versorgungssituation ermöglicht den Pflegetrainer*innen, selbstständig Patient*innen und ihre Angehörigen zu finden und zu kontaktieren.

„Der [Aufnahmebogen] ist in der ZNA zugänglich, wird auch vom ZNA-Arzt abgeschlossen, und danach sind da auch keine Änderungen mehr möglich. [...] Das heißt, ich hab hier ein komplettes Feld, wo auch noch mal die Versorgung eingegeben werden kann. [...] Hier ist einmal ‚lebt zu Hause‘, ‚mit Ehe- oder Lebenspartner‘, ‚alleine‘, ‚versorgt sich selber‘, ‚im Heim‘, ‚betreutes Wohnen‘, ‚Sonstiges‘ kann man angeben. Hier ist die Pflegestufe zum Eintragen. Hier steht Pflegedienst, Sozialstation. Man kann dazufügen, wie oft die kommen, täglich, wöchentlich, mehrmals täglich. Hier ist einmal ‚gesetzlich betreut‘, hier wird

die Patientenverfügung, und da die Vorsorgevollmacht, dass man eigentlich darüber die kompletten Informationen bekommen kann.“ (ebd., Z. 171-184)

Nach den individuellen Bedürfnissen der Pflegetrainer*innen kann sowohl der Aufnahmebogen angepasst wie auch ein entsprechender Report nach relevanten Daten (z. B. Alter der Patient*innen) erstellt werden. In diesem Beispiel werden zwei Reporte erstellt: Nach neu aufgenommenen Patient*innen, die 65 Jahre oder älter sind, und alle neu aufgenommenen Patient*innen mit einer Pflegestufe.

„Aus diesem Aufnahmebogen, den können wir ja für uns selber so kontrollieren, wie wir ihn wollen, werden Reporte erstellt. Das ist jetzt der Vorteil für die Fallsteuerung für mich: Wir kriegen jeden Morgen Reporte, aus diesem Bogen. Das heißt, jeder Patient, der über 65 ist, der so einen Bogen hat, wird in eine Excel-Tabelle übertragen und zu uns geschickt. Hab ich jeden Morgen eine Mail auf dem Tisch und weiß, wie viel ältere Menschen da sind. Ich bekomme außerdem zu den Pflegestufen einen Report, also wer ist in den letzten 24 Stunden mit einer Pflegestufe aufgenommen worden, wird auch in eine Excel-Tabelle übertragen und per Mail zu mir geschickt morgens, sodass ich dann schon explizit sehen kann, wer ist mit einer Pflegestufe gekommen, und explizit auch dann gleich, auf welche Station ist der Patient gegangen.“ (ebd., Z. 193-202)

Aus den Darstellungen der Pflegetrainer*innen wird ersichtlich, wie das Netzwerk von verschiedenen Bereichen im Krankenhaus pflegerelevante Daten zur prästationären Versorgung, wie sie im Rahmenvertrag Entlassmanagement gefordert werden, systematisch erfasst und die Grundlage für die eigenständige und professionelle Einschätzung der Unterstützung von pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit rückgeschlossen werden kann. Dabei spielt das KIS eine zentrale Rolle: Es ermöglicht, die von der ZNA erhobenen Daten personenunabhängig für andere Bereiche – u. a. der Familialen Pflege – zugänglich zu machen und die Kommunikationswege abzukürzen.

4. Fazit und Handlungsempfehlungen

Prozessgestaltung und die Nutzung des KIS sind eingangs als zwei unterschiedliche Gegenstände der Organisationsentwicklung beschrieben worden. Die Praxis zeigt jedoch immer wieder, dass beide Hand in Hand gehen, da die Prozessentwicklung und –gestaltung häufig über das KIS realisiert werden. Entsprechend geschieht die Prozessgestaltung allzu häufig in den Grenzen dessen, was im KIS realisiert werden kann. Dieses kann zu einer Beschränkung der Möglichkeiten in der Prozessgestaltung selbst führen. Daher bietet es sich weiterhin an, zwischen Prozessgestaltung und entwicklung einerseits sowie der Umsetzung im KIS zu trennen – auch wenn die beiden Items später zusammengeführt werden. Die Nutzung des KIS kann demnach auch als Teil der Prozessentwicklung betrachtet werden.

Organisationsentwicklung wurde als Prozess der Organisationsveränderung beschrieben, der vorrangig von den Mitarbeiter*innen der Organisation selbst getragen und nach Möglichkeit durchgeführt wird. Davon betroffen sind nicht nur Aufgaben, sondern hauptsächlich Prozesse. Für die Familiäre Pflege, als Teil des Krankenhauses, geht es dabei hauptsächlich um die eigene Beauftragung, welche möglichst früh im Anschluss an die Aufnahmeprozesse beginnen soll. Dazu muss geklärt werden, welche Bedingungen dafür erfüllt sein müssen (vorhandene Prozes-

se, Netzwerke, Kommunikationsstruktur, technische Ausstattung). Für die Prozessgestaltung wird das Aufnahmeschema (Abb. 19) vorgeschlagen, welches als Schablone und Leitlinie verwendet werden kann. Es ermöglicht eine organisationsstarke Ausgestaltung und Anpassung, projiziert sind Ergänzungen aus den (pflege-)fachlichen (Rahmenvertrag Entlassmanagement & DNQP 2009) und den politischen Vorgaben (KHP NRW 2015 & SH 2017) sowie schon in der Praxis verwendeten Screenings und Assessments.

Mit der Familialen Pflege als Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung professionalisieren sich die Pflegetrainer*innen als Expert*innen und Gestalter*innen ihrer eigenen Organisation (Krankenhaus). Ihre Sonderrolle zwischen pflegerischer Überleitung vom Krankenhaus in die Häuslichkeit und Anwaltlichkeit für pflegende Angehörige gegenüber dem Krankenhaus profitiert die Organisation. Die Grenzüberschreitung der Organisation (Lebensweltorientierung, Pflegetrainings in der Häuslichkeit) sowie die Rückkopplung des Wissens durch die Pflegetrainer*innen in das Krankenhaus sind eine Grundvoraussetzung zur Organisationsentwicklung.

Handlungsempfehlungen

Die folgenden Handlungsempfehlungen entspringen hauptsächlich konzeptionellen Überlegungen und stellen daher eher eine Sammlung von inhaltlichen und Planungsschritten dar, die für jedes Krankenhaus individuell erarbeitet und in eine Umsetzungsstrategie angepasst werden müssen.

Anforderungen aufstellen

- Welche Informationen sind im KIS nötig, damit die Familiäre Pflege möglichst früh beauftragt werden kann?
 - An welchen Informationen haben Sie sich bisher orientiert?
 - Welche Informationen stehen Ihnen heute schon zur Verfügung?
- Welche relevanten Informationen fehlen Ihnen?
- Mit welchen Screenings und Assessments sind die fehlenden Informationen zu erheben?
 - Welche Screenings und Assessments sind schon vorhanden?
 - Welche Screenings und Assessments können leicht ergänzt werden?
- Wie und in welchem Prozess (z. B. Notaufnahme) könnten/sollten diese Informationen erfasst werden?
- Zu welchem Zeitpunkt sollten diese Informationen Sie erreichen? (umgehend, täglich, wöchentlich etc.)

Netzwerke aufbauen

- Wer könnte diese Informationen an welcher Stelle der Aufnahmeprozesse erheben?
- Wer profitiert noch von den Informationen?
 - Wie kann eine gemeinsame Zusammenarbeit aufgebaut werden?
- Wann soll die EDV-Abteilung hinzugezogen werden?
- Wer kann/muss diese Zusammenarbeit unterstützen? (PD, PDL,GF etc.)

Prozess der Umsetzung

1. Eigene Anforderungen bestimmen (Was ist nötig/gewünscht?)
2. Kollegiale Zusammenarbeit aufbauen (Wer kann unterstützen? Wer profitiert?)
3. Unterstützung der Leitung einholen (Welche Chancen und Risiken bestehen?)
 - Nach Bedarf Pilotstationen und Testfelder bestimmen
4. EDV-Abteilung einbeziehen (Welche technischen Möglichkeiten bestehen?)
5. Strategie und Zeitplan zur Umsetzung entwickeln (Wann kann was mit wem umgesetzt werden?)

Veranstaltungstranskripte

- Flensburg (2016). IT-gestützte Kommunikation, Prozesssteuerung und die Institutionalisierung der Familialen Pflege im Krankenhaus und in der Psychiatrie, Transkript 1 (unveröffentlicht).
- Flensburg (2016a). IT-gestützte Kommunikation, Prozesssteuerung und die Institutionalisierung der Familialen Pflege im Krankenhaus und in der Psychiatrie, Transkript 2 (unveröffentlicht).
- Flensburg (2016b). IT-gestützte Kommunikation, Prozesssteuerung und die Institutionalisierung der Familialen Pflege im Krankenhaus und in der Psychiatrie, Transkript 3 (unveröffentlicht).
- Flensburg (2016c). IT-gestützte Kommunikation, Prozesssteuerung und die Institutionalisierung der Familialen Pflege im Krankenhaus und in der Psychiatrie, Transkript 4 (unveröffentlicht).
- Mühlheim an der Ruhr (2014). IT-gestützte Kommunikation und die Implementierung der Familialen Pflege in ORBIS (unveröffentlicht).
- Mühlheim an der Ruhr (2015). IT-gestützte Kommunikation und die Implementierung der Familialen Pflege in iMedOne (unveröffentlicht).
- Mühlheim an der Ruhr (2016). IT-gestützte Kommunikation und die Implementierung der Familialen Pflege in das KIS, Transkript 4 (unveröffentlicht).

Literaturverzeichnis

- Bauer, A., Gröning, K., Hoffmann, C. & Kunstmann, A.-C. (2012). Grundwissen Pädagogische Beratung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Feuerstein, G. (1993). Systemintegration und Versorgungsqualität. Über Schnittstellen im Behandlungsgeschehen und ihre Bedeutung für die Analyse und Gestaltung komplexer Versorgungsstrukturen. In: Badura, B., Feuerstein, G. & Schott, T. (Hrsg.). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim u. a.: Juventa Verlag, S. 41–67.
- Glasl, F. & Sassen, H. von (1983). Standortklärung und Organisationsentwicklung. Reformstrategien und Organisationsentwicklung. In: Glasl, F. (Hrsg.). Verwaltungsreform durch Organisationsentwicklung, Bern u. a.: Hauptverlag. S. 17–46.
- Gröning, K. (2015). Organisationswissenschaftlicher Ansatz des Modellprogramms Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG. Bielefeld: Eigenverlag. URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/groening-ansatz.pdf (Stand 11.07.2018).
- Gröning, K. (2015a). Organisationsethik und Deutungsmusteranalyse: Wie das managerielle Denken in Krankenhäusern verstanden werden kann. Impulse für organisationsethisches Verstehen in der Supervision. In: FoRuM Supervision, Nr. 45. S. 74–84.
- Gröning, K. & Gerhold, C. (2016). Der Beratungsprozess und die Prinzipien und Probleme der Sozialleistungsberatung. Studienbrief. Bielefeld. URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/studienbriefe/StB_Beratungsprozess-2016.pdf (Stand 06.06.2018)

- Gröning, K. & Schiller, C. (2018). Familien mit einem Demenzpatienten im Akutkrankenhaus. Entwicklungsschritte und Aufforderungen zur demenzgerechten Organisationsentwicklung. Bielefeld: Eigenverlag. URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/demenbericht_oe_2018.pdf (Stand 11.07.2018).
- 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 (Stand 11.07.2018).
- Gröning, K., Lagedroste, C., & Weigel, L. (2015). Demenz im Krankenhaus. Eine Auswertung der Projektstudien zu Demenz im Krankenhaus im Rahmen des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“: URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Demenzbericht_qualitativ_2015.pdf (Stand 04.06.2018).
- Gröning, K., Lienker, H. & Sander, B. (2018). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege. Programmbeschreibung. Bielefeld: Eigenverlag. URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/Programmbeschreibung-2018.pdf (Stand 11.07.2018).
- Habermas, J. (1981). Theorie des kommunikativen Handelns. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft, Band 2, Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Isfort, Michael (2014). Intensivpatienten mit Demenz fallen durchs Raster (Interview). In: Pflegeintensiv. Jg. 11, H. 4, S. 35-37.
- Kamen, R. von (2015). Entlassungsmanagement in der Perspektive von organisationalen Lern- und Bildungsprozessen. In: Gröning, K, Sander, B. & Kamen, R. von (Hrsg.). Familiensensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“, Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag. S. 31–54.
- Kirchen-Peters, S. (2013). Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus. Saarbrücken: ISO.
- Klatetzki, T. (1993). Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System – eine ethnographische Interpretation. Bielefeld: KT-Verlag.
- Ohne Autor (2016). Leitlinien zur Prüfung der Richtigkeit und zum Qualitätscontrolling von Mitteleinfordernungen und Nachweisen. Bielefeld: Eigenverlag.
- Selvini Palazzoli, M. (1985). Hinter den Kulissen der Organisation, Stuttgart: Klett-Cotta (2. Auflage).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Erfassung und Einschätzung einer vorhandenen/zu erwartenden Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)	14
Abbildung 2:	Erfassung Pflegestufe in der Pflegeanamnese (iMedOne)	16
Abbildung 3:	Beauftragung der Familialen Pflege (ORBIS)	17
Abbildung 4:	Die bestehende Struktur für Konsile wurde um das Konsil Familiare Pflege ergänzt	17
Abbildung 5:	Konsil im KIS "Medico"	18
Abbildung 6:	Konsil im KIS "Orbis"	18
Abbildung 7:	Konsil in SAP	19
Abbildung 8:	Stationsübersicht in SAP	21
Abbildung 9:	Arbeitsliste im KIS „Orbis“	21
Abbildung 10:	Arbeitsliste im KIS „iMedOne“	22
Abbildung 11:	Leistungsstelle in ORBIS	29
Abbildung 12:	Übersicht Leistungen (ORBIS)	30
Abbildung 13:	Dokumentation in den Leistungen (ORBIS)	31
Abbildung 14:	Detail – Auswahl innerhalb einer Leistung (ORBIS)	31
Abbildung 15:	Verlaufsdokumentation in Medico	32
Abbildung 16:	Erfassungsbogen für die Familiare Pflege (ORBIS)	34
Abbildung 17:	Dokumentationsbogen im KIS (ORBIS)	35
Abbildung 18:	Automatisch erstellte Rechnung (ORBIS)	36
Abbildung 19:	Aufnahmeschema zur Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS	63

