



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

Modul 4: Zur Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung

Jan-Willem Waterböhr, Marco Kühn

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

Modul 4: Zur Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung

Autoren

M.A. Jan-Willem Waterböhr

B.A. Marco Kühn

Kontakt

Modellprogramm Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7: Pädagogische Beratung

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

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

Dezember 2018, Universität Bielefeld

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 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-
lungsroutinen 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.² 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-

² 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 Pflegetrainer*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 pflegefachlicher 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 (Pflegetrainer*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 organisationsscharf, 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.

Modulverweise:

→ 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“³ 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 pflegefachliche Einschätzung zulassen.⁴

Solche Prozesse und Instrumente sind beispielsweise in den pflegefachlichen 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)⁵ 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 Entlassmanagement⁶ ergänzen und normieren den § 39.6 SGB V, in dem ein Entlassungsmanagement vorgeschrieben wird. Während der Rahmen-

3 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.

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

5 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.

6 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 II⁷ 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,

⁷ 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 III⁸ 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.⁹

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:

⁸ http://www.dkgev.de/media/file/69181.Anlage_III_Checkliste_Entlassplan.pdf (Stand 28.02.2018).

⁹ 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 pflegefachliche 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 pflegefachliche 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.

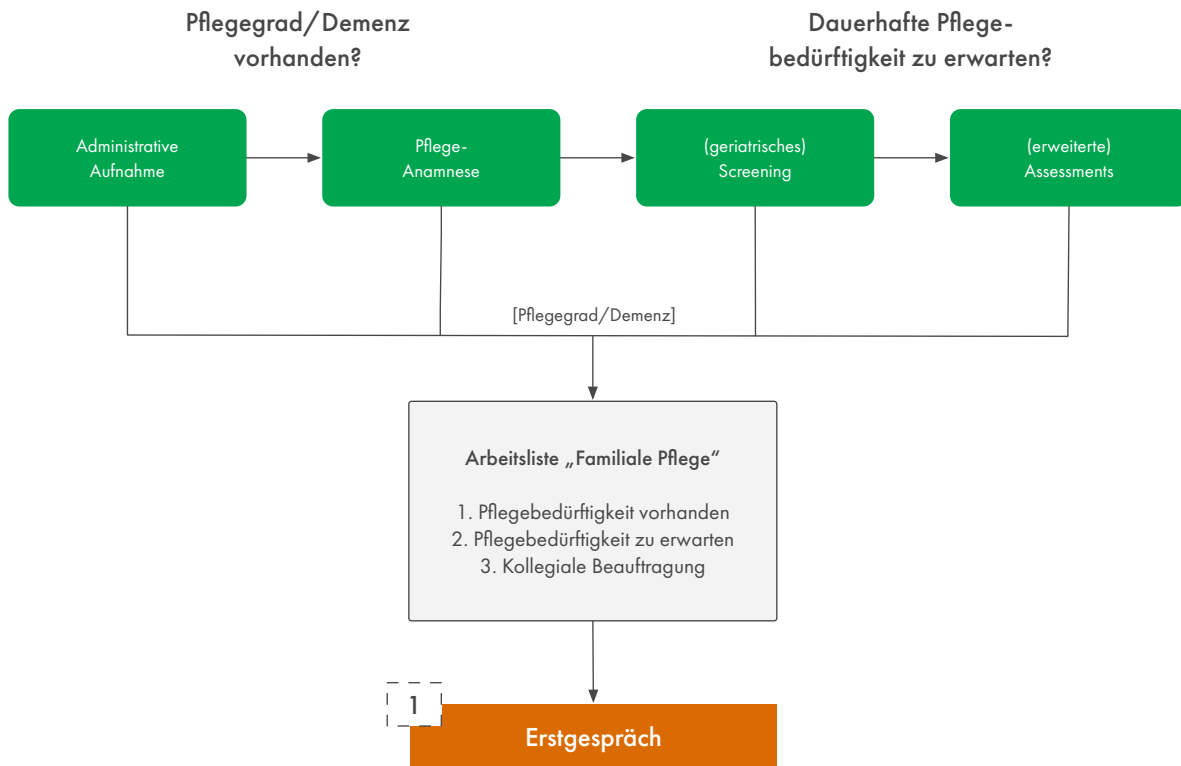


Abbildung 1: Aufnahmeschema zur Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

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

Modulverweise:

→ Modul 1

→ Modul 3

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:

„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. 1) 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 3 (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. & 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., 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.
- Selvini Palazzoli, M. (1985). Hinter den Kulissen der Organisation, Stuttgart: Klett-Cotta (2. Auflage).

