

„Initiierung von Vernetzungsstrukturen zwischen
ambulanten und stationären
Pflege- und Betreuungseinrichtungen
in der Stadt Offenbach“

Endbericht, November 2004

Ulrike Höhmann
Hubert Anton

unter Mitarbeit von:

Lucia Baumgärtner
Johanna Trieschmann

Projektteam:

Hubert Anton, Dipl. Soz., Organisationsberater, Supervisor
Lucia Baumgärtner, Dipl. Pflwiss.
Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Leitung
Johanna Trieschmann, Stud. Pflwiss.

Inhalt

Einleitung	2
1 Projekt hintergrund und Projektauftrag	3
2 Projektziele	6
3 Projektvorgehen	7
3.1 Projekt ablauf	7
3.2 Projektverantwortliche	8
3.3 Projektbeteiligte	8
4 Die Bestandsaufnahme	10
4.1 Zum Verfahren	10
4.2 Zentrale Ergebnisse der Bestandsaufnahme	11
4.3 Fazit der Bestandsaufnahme - 6 Schwerpunktthemen für die Qualitätsarbeitsgruppe	15
5 Ergebnisse der Qualitätsarbeitsgruppe	16
6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	24
6.1 Übergeordnete und organisatorisch-strukturelle Empfehlungen	25
6.2 Inhaltliche Empfehlungen zu den einzelnen Maßnahmen	29
7 Fazit	39
Literatur	40
Anhang	
I In der Qualitätsarbeitsgruppe vertretene Einrichtungen	41
II Auszug aus dem Expertenstandard Entlassungsmanagement	42
III Ergebnisse der Bestandsaufnahme (Folien)	43
IV Kurzverlegungsbericht (Endfassung)	45

EINLEITUNG:

Ausgangspunkt des Projektauftrages sind die Auswirkungen sich verändernder Rahmenbedingungen für die Versorgung chronisch Kranker, alter und langfristig pflegebedürftiger Menschen. Vor diesem Hintergrund hat der Auf- und Ausbau von Vernetzungsstrukturen in der Stadt Offenbach hohe Priorität und erscheint unter drei Perspektiven dringlich geboten:

- einem weitgehend fragmentierten Gesundheits- und Sozialsystem
- und der damit einhergehenden Gefahr drohender Brüche und Abstimmungsdefizite zwischen ambulantem und stationärem Sektor in der Versorgung langfristig pflegebedürftiger und chronisch kranker Menschen
- den dadurch langfristig entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten, z. B. bei den erwartbaren sehr frühen Entlassungen nach akuten Krankheitsepisoden aus der Klinik, ohne dass die betroffenen Menschen ihre Selbstversorgungskompetenzen in ausreichendem Maße wiedererlangt hätten.

Vor diesem Hintergrund hat die Stadt Offenbach das Projekt zur „*Initiierung von Vernetzungsstrukturen zwischen ambulanten und stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen in der Stadt Offenbach*“ in Auftrag gegeben. Das Projekt ist eine der auf einer Prioritätenliste im kommunalen Altenplan „*Älterwerden in Offenbach: Aktiv – Lebenswert – Solidarisch*“ empfohlenen Sofortmaßnahmen, die Anfang 2003 von der Stadtverordnetenversammlung beschlossen wurden.

Das *Hessische Institut für Pflegeforschung* wurde von der Stadt Offenbach mit der Begleitung des Projektes beauftragt.

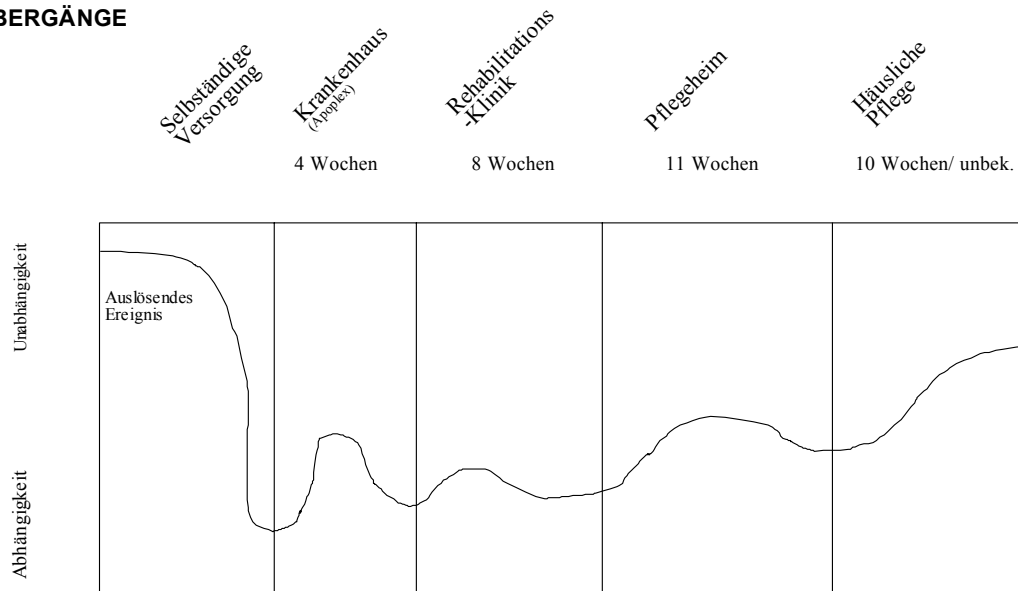
1 PROJEKTHINTERGRUND

Vor dem Hintergrund der genannten Rahmenbedingungen gewinnt die regelhafte Entwicklung von Versorgungskontinuität gerade für multimorbide Menschen besondere Bedeutung. Die Gesundheitspolitik reagiert darauf mit Struktur- und Finanzierungsvorgaben zur Erleichterung integrierter Versorgungskonzepte und der Forderung nach verstärkten Vernetzungsaktivitäten. Mit Beginn der Etablierung erster organisatorischer Vernetzungsschritte, wird jedoch spätestens seit Ende der Achtziger Jahre aus ganz unterschiedlichen Richtungen darauf hingewiesen, dass die aktuellen Strukturdiskussionen und Verwirklichungsbemühungen von Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten, sollen sie den Patientinnen und Patienten nutzen und nicht vorrangig dem ökonomischen Erfolg der Anbieter, darauf gerichtet sein müssen, inhaltliche Abstimmungen zwischen den Leistungserbringern zu gewährleisten (z. B. Strauss, Corbin 1988; Schaeffer, Moers 2000; Schardt 1997; Höhmann, Müller-Mundt, Schulz 1998; Höhmann 2002; Schaeffer 2004). Feuerstein (1993) nennt dies, das Erfordernis der Überwindung „institutioneller“ und „konzeptioneller“ Versorgungsbrüche, die oftmals auch dann bestehen bleiben, wenn klinische Pfade und Behandlungswege zwar organisatorisch gebahnt - die Einzelhandlungen der Versorgungseinrichtungen jedoch nicht inhaltlich aufeinander abgestimmt sind. Konkret gemeint ist damit, dass die Berufsgruppen und Einrichtungen im stationären und ambulanten Sektor an einem Strick ziehen müssen und Patienten nicht widersprüchlichen Interventionen aussetzen - oder die Versorgung zu einem volkswirtschaftlich ineffizienten „Verschiebebebahnhof“ für schwierige Patienten abgleiten lassen dürfen. Solchen uneinheitlichen Versorgungsstrategien, sind Patientinnen und Patienten, die unterschiedliche Einrichtungen durchlaufen, relativ häufig ausgesetzt. Gründe dafür liegen in oftmals verschiedenen Situationseinschätzungen, Behandlungsprioritäten und Interventionsstrategien der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen.

Sehr eindrücklich lassen sich diese Probleme am Beispiel eigener Studienergebnisse veranschaulichen (Höhmann, Müller-Mundt, Schulz 1998): Die Patientin Frau C. durchlief, wie in der folgenden Grafik dargestellt, 5 Stationen der Versorgung und bei jedem Stationswechsel kam es zu unnötigen Einbrüchen in ihrer Selbständigkeit, weil die Berufsgruppen der nachfolgenden Einrichtungen mit immer wieder jeweils anderen Konzepten die Mobilitäts- und Kontinenzprobleme, mit denen Frau C. nach ihrem Schlaganfall zu kämpfen hatte bearbeiteten.

Veranschaulichung der Verlaufskurve von Frau C (nach Corbin, Strauss 1993) :

ÜBERGÄNGE



Quelle: Höhmann, U.; Müller Mundt, G.; Schulz, B. (1998) Qualität durch Kooperation. Frankfurt, Mabuse, S. 200

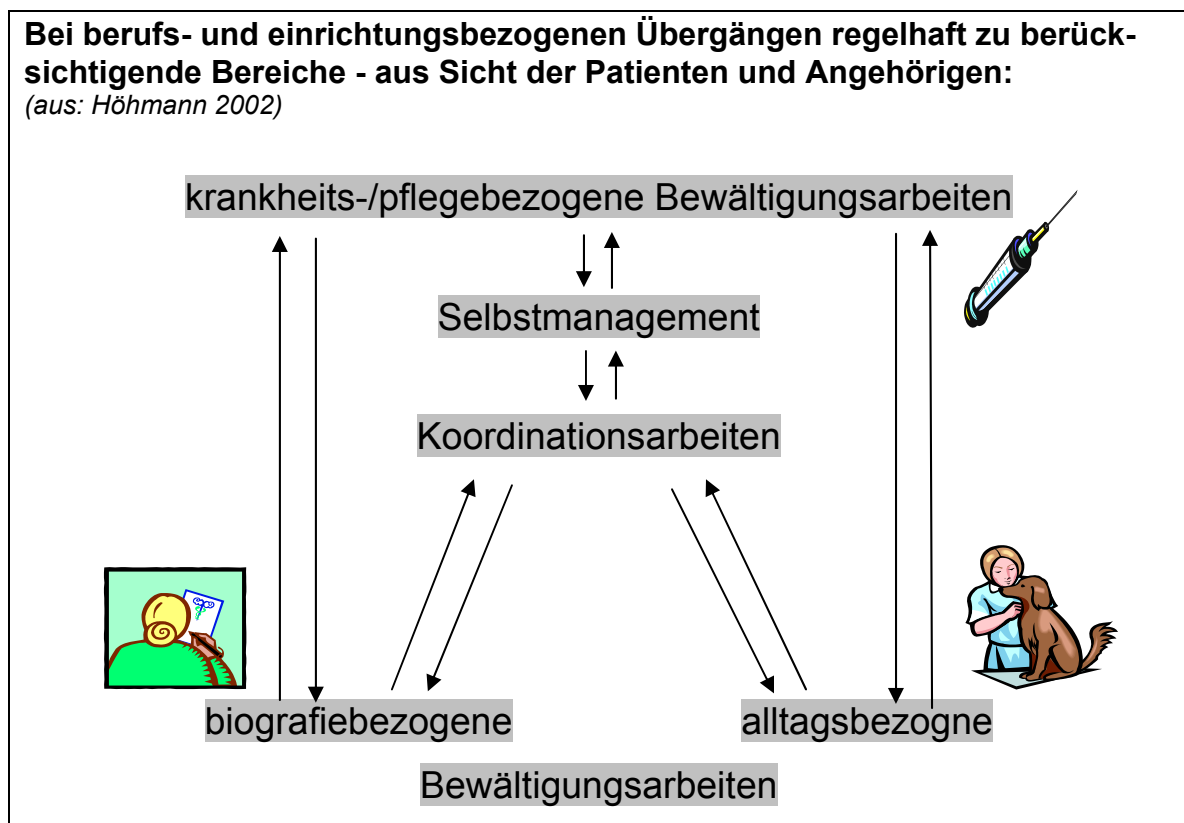
Und eben an diesem Problem, dass multimorbide Menschen unnötige Gesundheitseinbrüche bei Wechsel oder Parallelbetreuung durch unterschiedliche Einrichtungen erleiden, setzt das Projekt an. Im Vordergrund aller Bemühungen steht deshalb die Initiierung von Aktivitäten, die die Professionellen aller versorgungsbeteiligten Einrichtungen dabei unterstützen sollen, ihre inhaltlichen Behandlungskonzepte aufeinander abzustimmen.

Entsprechende Aktivitäten müssen jedoch vor dem Hintergrund initiiert werden, dass alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen jeweils eigene Wissenskörper, professionelle Vorstellungen, unterschiedliche Deutungsmacht und einen eigenen Erfahrungshorizont einbringen. Diese unterschiedlichen Perspektiven so miteinander in Einklang zu bringen, dass inhaltlich abgestimmte Interventionsstrategien entwickelt werden können, gelingt nur, indem die Belange der Patientinnen und Patienten als übergeordnete Erfordernisse in den Mittelpunkt gestellt werden und die einzelnen Berufsgruppen ihren jeweiligen Versorgungsbeitrag als Mosaikstein zu Erreichung dieses gemeinsamen Ziels verstehen. (Höhmann 2002, Schaeffer 2004).

Die Versorgungsforschung gibt uns Anhaltspunkte dafür, welche zentralen Erfordernisse für multimorbide Menschen im Mittelpunkt stehen (Strauss, Corbin 1988; Corbin Strauss 1993; Höhmann 2002) und somit als gemeinsame, übergeordnete Orientierungspunkte für die Interventionsabstimmung aller Berufsgruppen dienen können. Folgende fünf Kernbereiche, sind bei der Abstimmung von Unterstützungserfordernissen und -möglichkeiten sowohl zwischen den Berufsgruppen als auch mit den Angehörigen zu prüfen:

Bei berufs- und einrichtungsbezogenen Übergängen regelhaft zu berücksichtigende Bereiche - aus Sicht der Patienten und Angehörigen:

(aus: Höhmann 2002)



Das bedeutet konkret: diese fünf Kernbereiche bieten sich als Raster an, anhand dessen die Planung von erforderlichen Unterstützungsleistungen, aber auch die Informationsweitergabe zwischen den Professionellen strukturiert werden kann.

Damit eine solche gemeinsame Orientierung aller Beteiligten gelingt, bedarf es des kommunikativen Austauschs und der Abstimmung konkreter Beiträge, die die Berufsgruppen aus ihrer jeweiligen Perspektive einbringen können.

In der Bezugnahme auf diese Erkenntnisse der Versorgungsforschung, aber auch im Wissen um die zentrale Rolle guter Kommunikationsstrukturen für jedes Qualitäts- und Risikomanagement (z. B. Müller, 1999, 2004) liegt der theoretische Hintergrund für die Anlage des Projekts und die Begründung für den hohen Stellenwert des kommunikativen

ven Abgleichs der beteiligten Berufsgruppen zur Initiierung von Vernetzungsstrukturen in der Stadt Offenbach.

2 PROJEKTZIELE

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der zeitlichen, materiellen und strukturellen Rahmenbedingungen ist das Projekt als Impulsprojekt zu verstehen, das neben der Sensibilisierung für Vernetzungserfordernisse und der Stärkung der Kommunikation zwischen den einzelnen ambulanten und stationären Einrichtungen drei zentrale Ziele verfolgte:

1. einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke, alte und langfristig pflegebedürftige Menschen zu leisten.
2. im Rahmen des Projekts einen Handlungskonsens zwischen den Beteiligten über Vernetzungserfordernisse und den Aufbau bzw. die Weiterentwicklung von Kooperationsstrukturen herzustellen.
3. eine Einigung über Überprüfung und Verstetigung soll die kontinuierliche Weiterentwicklung praktikabler Lösungsstrategien und inhaltlicher Arbeitsvorhaben gewährleisten.

So betonte anlässlich der Auftaktveranstaltung am 16.12.2003 Stadträtin Birgit Simon die besondere Bedeutung von Kooperation und Vernetzung als Beitrag zur Sicherung der Kontinuität und Qualität der Betreuung von Patientinnen und Patienten, insbesondere im Zusammenhang mit anstehenden Strukturveränderungen.

Unter dieser Zielsetzung bezieht der mit dem Projekt eingeleitete Prozess alle an der Versorgung beteiligten Interessenträger ein. Die Kommune übernimmt dabei die Aufgabe, den berechtigten Interessensausgleich der Vernetzungspartner bei der Etablierung neuer, für die Pflegebedürftigen und ihre Familien angemessener und effizienterer Kooperationsformen zu unterstützen. Damit will das Projekt notwendige Veränderungen von Handlungsorientierungen und -konzepten der beteiligten ambulanten und stationären Einrichtungen und deren Mitarbeiter unterstützen und Impulse setzen für eine langfristige und kontinuierliche Wirksamkeit.

Entscheidende Bedeutung für die Verwirklichungsmöglichkeit dieser angestrebten Zielsetzung kommt dabei den Zielen und Erwartungen der aktiv teilnehmenden Berufsgruppen und Einrichtungen zu, die sich aus der Bestandaufnahme ihrer jeweiligen Problemsichten ergeben haben.

Im Vordergrund standen:

- Sensibilisierung für Schnittstellenproblematik
- besseres Kennenlernen der wechselseitigen Arbeitsaufträge und Arbeitsinhalte, systematischer Austausch / Fortbildungen
- Entwicklung von mehr Verständnis und Vertrauen
- Verbesserung des Informationsflusses auf Basis vereinheitlichter Verfahren
- Beitrag zur Veränderung der Hilfekultur
- hohe Selbstverpflichtung, die auch von den anderen erwartet wird.

Diese Erwartungen lassen erkennen, dass auch die direkt Beteiligten, der Möglichkeit des direkten kommunikativen Austauschs im Rahmen des Projektes hohe Bedeutung beimessen. Darüber hinaus zeichnen sich schon hier die Themen ab, die dann auch später die Diskussionen in der Qualitätsarbeitsgruppe kennzeichnen.

3 PROJEKTVORGEHEN

3.1 Projektablauf

Das Projekt wurde wie folgt geplant und durchgeführt:

<i>November 2003</i>	<i>Schriftliche Projektinformation durch die Sozialplanung der Stadt an alle potentiellen Vernetzungspartner</i>
<i>Dezember 2003</i>	<i>Auftaktveranstaltung der Stadt für alle Projektinteressierten</i>
<i>Januar 2004</i>	<i>Sektorbezogene Bestandsaufnahme und Analyse der bestehenden Vernetzungsstrukturen sowie der Kooperationsinitiativen und -probleme bei den potentiellen Vernetzungspartnern (drei Gruppendiskussionen)</i>
<i>Februar 2004</i>	<i>Dokumentation der Ergebnisse der Bestandsaufnahme (Zwischenbericht)</i>
<i>März - September 2004</i>	<i>Arbeit der Qualitätsarbeitsgruppe (fünf Sitzungen)</i>
<i>Dezember 2004</i>	<i>Präsentation der Ergebnisse und Entscheidungen zur Weiterarbeit</i>

Dieser Ablaufplan konnte eingehalten werden. In Ergänzung zu den Sitzungen der Qualitätsarbeitsgruppe erarbeitete zwischen April und September eine zusätzliche Arbeitsgruppe einen Überleitungsbogen.

Alle Arbeitsschritte wurden unter Beteiligung der Sozialplanung der Stadt Offenbach als Vertreterin des Auftraggebers durchgeführt und unterstützt.

3.2 Projektverantwortliche

Für die Durchführung, die Koordination und die Organisation des Projektes und die Pressearbeit trug Frau Heidi Weinrich, kommunale Sozialplanerin der Stadt Offenbach, die Verantwortung.

Für das *Hessischen Institut für Pflegeforschung* verantwortete Frau Prof. Dr. Höhmann von der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt, die fachliche, inhaltlich-konzeptionelle Begleitung.

Mit der Durchführung der Bestandsaufnahme in der ersten Projektphase war die Dipl. Pflegewirtin Frau Lucia Baumgärtner beauftragt.

Die Strukturierung und Moderation der Qualitätsarbeitsgruppen lag in den Händen von Hubert Anton, Dipl. Soziologe und Organisationsberater aus Frankfurt.

Frau Johanna Trieschmann, Studentin der Pflegewissenschaften an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt, war an der Vorbereitung und Auswertung der Qualitätsarbeitsgruppen beteiligt.

3.3 Projektbeteiligte

Wie schon erwähnt war es Ziel des Projektes, möglichst viele an der Versorgung beteiligten Interessenträger aktiv einzubeziehen. Aus diesem Grund wurden alle in der Stadt Offenbach existierenden ambulanten und stationären Einrichtungen zur Auftaktveranstaltung eingeladen und um ihre Mitarbeit gebeten. Eingeladen waren neben dem Sozial- und Gesundheitsamt sowie der Beratungs- und Koordinierungsstelle für ältere Menschen (BEKO) der Stadt Offenbach insgesamt 44 Vertreterinnen und Vertreter von Kliniksozialdiensten, Pflegedienstleitungen der Kliniken, Leitungen der ambulanten Pflegedienste, Pflegedienstleitungen und Heimleitungen der (teil)stationären Pflegeeinrichtungen, des MDK und der Pflege- und Krankenkassen sowie der Haus- und Klinikärzte und -ärztinnen.

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung am 16. Dezember 2003 hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, sich für die Beteiligung an den geplanten Gruppengesprächen zu einer ersten Bestandsaufnahme der existierenden Kooperationsstrukturen und Vernetzungsansätze zu entscheiden. Insgesamt nahmen 29 Personen an der Auftaktveranstaltung teil, 28 erklärten sich bereit an der folgenden Bestandsaufnahme der Problemsicht mitzuwirken - dabei wurde darauf geachtet, dass pro Einrichtung jede Berufsgruppe möglichst nur einmal vertreten war.

An den folgenden Gruppengesprächen zur Bestandsaufnahme der Problemsicht der Akteure haben sich insgesamt 29 Personen aktiv beteiligt. Darunter 6 die Vertreterinnen und Vertreter von ambulanten Pflegediensten, vier Pflegeheimen und einer Tagespflege. Von den Krankenhäusern waren die Ärzteschaft des Ketteler Krankenhauses, des Klinikums Offenbach und der Klinik Frühauf vertreten, außerdem jeweils Pflegedienstleitung und Sozialdienst des Ketteler Krankenhaus und des Klinikum Offenbach. Weiterhin waren vertreten der Hausärzterverband sowie die Hospizbewegung Offenbach. Von der Stadt Offenbach nahmen teil die Beratungs- und Koordinierungsstelle für ältere Menschen, die Seniorenbetreuung Stadt Offenbach und der Sozialpsychiatrische Dienst.

An den Sitzungen der Qualitätsarbeitsgruppen beteiligten sich jeweils zwischen 18 bis 20 Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Einrichtungen aus verschiedenen Berufsgruppen (vgl. Anhang I). Die Qualitätsarbeitsgruppe arbeitete mit einer hohen Verbindlichkeit und Kontinuität.

Allgemein bedauert wurde, dass die Kranken- und Pflegekassen sowie der MDK nicht ausreichend repräsentiert waren. Außer einem Vertreter der Barmer Ersatzkasse nahm von dieser wichtigen Adressatengruppe niemand an den Qualitätsarbeitsgruppensitzungen teil. Dadurch konnten einzelne Fragestellungen nicht direkt kommuniziert und bearbeitet werden. In der Qualitätsarbeitsgruppe wurde deutlich zum Ausdruck gebracht, dass eine Klärung wichtiger und aktueller Fragen und Probleme mit den Kostenträgern für unumgänglich gehalten wird.

4 DIE BESTANDSAUFNAHME

4.1 Zum Verfahren

Die Einschätzung der aktuellen Vernetzungsprobleme zwischen den Gesundheitseinrichtungen in der Stadt Offenbach wurde in Rahmen von Gruppensitzungen erhoben. Die Gruppen waren aus zwei Gründen weitgehend sektorspezifisch zusammengesetzt. Erstens war es so für die Teilnehmenden möglich, offen Probleme anzusprechen ohne Furcht vor wechselseitigen Schuldzuweisungen und zweitens ermöglichte der ähnliche Erfahrungshorizont, bei einzelnen Problemnennungen eher Nachfragen.

Folgende drei Gruppen haben sich gebildet:

- Gruppe 1: 8 Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten Pflegedienste, Tagespflege und der BEKO-Stelle)
- Gruppe 2: 10 Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeheime des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Psychiatrie und der Hospizbewegung
- Gruppe 3: Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, des Sozialdienstes, der Pflege und des Sozialamtes und des Gesundheitsamtes. (10 Teilnehmer)

Die Dauer der Sitzungen betrug zwischen 3.5 bis zu vier Stunden.

Um bei der Initiierung eines Handlungskonsenses an der konkreten Problemsicht der Akteure anzusetzen, standen vier thematische Schwerpunkte im Mittelpunkt der Erhebung:

- Aufgabenfelder und Situationen guter Zusammenarbeit
- Aufgabenfelder und Situationen fehlender/ mangelnder Zusammenarbeit
- Bedingungen und Strukturen für eine gute Zusammenarbeit
- Erwartungen an das Projekt und eigene Beteiligungsbereitschaft.

Konkrete Fragen zu diesen Inhalten wurden im ersten Schritt den Teilnehmenden zur stichwortartigen schriftlichen Beantwortung vorgelegt. Dieses Verfahren erlaubte es, möglichst viele Perspektiven und Erfahrungen authentisch abzubilden.

Im zweiten Schritt stellten die Gruppenmitglieder ihre jeweilige Situationseinschätzung für jedes Thema vor. Der Fokus lag dabei auf der Beschreibung der jeweils eigenen Sichtweise, eine sich immer wieder anbahnende ausführliche Diskussion wurde hier zugunsten von Nachfragen vorerst zurückgestellt und auf die Qualitätsarbeitsgruppen verlagert.

Alle Gruppen erarbeiteten hochmotiviert eine Fülle von Einzelergebnissen, die ausführlich im Zwischenbericht dokumentiert sind. Vor diesem Hintergrund konzentriert sich die folgende Darstellung auf eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse.

4.2 Zentrale Ergebnisse der Bestandsaufnahme

Frage 1: Gelungene Zusammenarbeit

Ziel war, die Teilnehmenden zu ermutigen, sich gute Beispiele gelungener Absprachen und Zusammenarbeit vor Augen zu führen, um daraus Anhaltspunkte und neue Ideen für die folgenden Verbesserungsinitiativen ableiten zu können.

Mit „gut“ war gemeint, dass die Akteure regelmäßig alle wichtigen Informationen für ihren Versorgungsauftrag gegenüber Patient, Bewohner oder Gast bekommen und alle wichtigen Informationen auch systematisch an die nachfolgenden Institutionen weitergeben können, aber auch dass sich Handlungsabläufe zwischen unterschiedlichen Bereichen nahtlos ineinander fügen.

Als gut benannten die Teilnehmenden hier vor allem Beispiele, die sich auf einen verregelten, strukturierten inner- oder überbetrieblichen Informationsaustausch bezogen, für den zeitliche und personelle Ressourcen routinemäßig eingeplant waren. Als zusätzlich hilfreich erwiesen sich bei allen Diskutanten strukturierte Übergabeprotokolle, Checklisten und Verlegungsbögen, deren Inhalte und Gestaltung allerdings noch als zu uneinheitlich gewertet wurden. Jede Einrichtung betonte dabei die Bedeutung ihrer Eigeninitiativen für Abstimmungserfolge und wies darauf hin, dass die jeweiligen Interessenslagen zusammenpassen müssen. Befriedigender Austausch und gute Zusammenarbeit werden als umso leichter angesehen, je höher der wechselseitige Bekanntheitsgrad ist, patientenbezogene Austauscherfordernisse und die Bereitschaft zur Offenheit im eigenen Berufsverständnis verankert sind, die wechselseitigen Arbeitsaufträge und Arbeitsschwerpunkte transparent sind, eine gemeinsame Sprache - erleichtert durch gemeinsame Fortbildungen - gesprochen wird, kurze zuverlässige Dienstwege möglich sind und nicht zuletzt örtliche Nähe und „überschaubare“ Versorgungsstrukturen in der Stadt gegeben sind.

Interessant war, dass keine einzige Nennung guter Zusammenarbeit auf die Kostenträger entfiel.

Frage 2: Mangelnde/ Fehlende Zusammenarbeit

Unter „mangelnder/fehlender“ Zusammenarbeit sind vorrangig Aussagen zu finden, die sich auf Situationen und Aufgabenfelder beziehen, in denen unter professioneller Sicht Informationsaustausch, Absprachen und Rückmeldungen als erforderlich angesehen werden, aus welchen Gründen auch immer jedoch unterbleiben.

Im Gegenzug zu den positiven Beispielen der ersten Frage, werden hier immer wieder Bereiche genannt, für die sich eben keine geregelten Austauschkanäle etabliert haben, weil dafür im stark berufsständisch und sektororientierten Gesundheitssystem nur schwer finanzielle, organisatorische und personelle Ressourcen freizusetzen sind. Ebenso wurde betont, dass es oft schwierig ist, Interessengleichheit, eine gemeinsame Sprache, Offenheit und Transparenz über die wechselseitigen Interessen, Leistungsstrukturen und Informationserfordernisse herzustellen - als notwendige Vorbedingungen einer gelungenen Kooperation. Vertrauensdefizite in einem stark umkämpften Gesundheitsmarkt, spielen hier ebenso eine Rolle, wie ein zum Teil mangelndes Bewusstsein für die komplexen Probleme langfristig und chronisch Erkrankter und die Bedeutung der eigenen Informationen für die anderen, aber auch zu unaufmerksames Umgehen und Verlorengehen von schriftlichen Informationen auf Transportwegen, eine uneinheitliche technische Ausstattung und nicht zuletzt fehlende systematisierte und routinisierte, berufs- und sektorübergreifende Austauschkanäle. Besonders hier verweisen die Teilnehmenden auf ihr je unterschiedliches Angewiesensein auf die Informationen anderer/vorgeschafter Einrichtungen und Berufsgruppen. Dies wird am deutlichsten bei der notwendigen Zusammenführung aller Informationen, die für eine gelungene Entlassung oder Übernahme eines chronisch Kranken bzw. alten und langfristig pflegebedürftigen Patienten erforderlich sind.

Angesprochen wurden hier auch die immer wieder folgeschweren und versorgungslähmenden Abschottungsmöglichkeiten der Kostenträger.

Viele der Negativbeispiele wurden als eine verständliche Reaktion auf schlechte und wenig kooperationsfördernde Rahmenbedingungen beschrieben.

Frage 3: Erforderliche Strukturen für eine bessere Zusammenarbeit

Erfreulicherweise gelang es den Teilnehmenden hier, nicht ausschließlich in ein allgemeines - wenn vielleicht auch berechtigtes Lamento über fehlende Gelder und bürokratische Finanzierungsregeln, etc. zu verfallen - sondern konkret und positiv an solchen Punkten anzusetzen, die auch im eigenen Wirkungskreis liegen. Gleichwohl wurde konstatiert, dass grundlegende strukturelle Veränderungen, gleichermaßen grundlegend veränderter Rahmenbedingungen bedürfen.

Davon abgesehen verwiesen die Teilnehmenden aller drei Gruppen auf das übergeordnete Erfordernis eines gemeinsamen Versorgungsleitbildes, das die Belange der Patienten, nicht die der Berufsgruppen oder Einrichtungen in den Vordergrund stellt. Die damit verbundenen Schwierigkeiten, dies gerade unter zunehmendem ökonomischen Druck zu realisieren, wurden jedoch realistisch eingeschätzt - gegen diese anzukämpfen, wur-

de aber nichts desto trotz als Entwicklungsziel angestrebt. Auch wenn immer das Erfordernis unterstützender Rahmenbedingungen mit thematisiert wurde. Hier erwies es sich als äußerst ungünstig und vorurteilsstabilisierend, dass die Kassen sich nicht an der Bestandsaufnahme beteiligten.

Als weiterer Punkt wurde der Vorschlag gemacht, dass jede Einrichtung verlässliche Ansprechpartner benennt, transparentere Ablaufstrukturen entwickelt, Zuständigkeiten, Arbeitsaufträge und Versorgungsschwerpunkte, sowie Ausstattung und Kapazitäten nach außen zu erkennen gibt. Dazu sollten frühzeitigere Informationsstrategien intern klare Ablaufplanung z. B. von Entlassungen, Vorschläge für Rückmeldungsverfahren und die Entbürokratisierung von Antrags- und Genehmigungsverfahren der Kostenübernahme entwickelt werden.

Die Einigung auf einen möglichst einheitlichen patientenbezogenen Informationsfluss der über klare, einheitlich abgesprochene Wege verläuft, wurde immer wieder als zentraler bearbeitbarer Punkt in den Vordergrund gestellt. Der Stadt wird dabei die Rolle der Unterstützerin bei der Entwicklung solcher Strukturen und einer neuen Hilfekultur zugewiesen, auch die BEKO Stelle wird hier in die Pflicht genommen.

Frage 4: Eigenbeitrag und Projekterwartungen

Bei der letzten Frage ging es um die Erwartungen an das Projekt, den möglichen Eigenbeitrag sowie die Erwartungen an die anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Bemerkenswert ist die durchgängig hohe Bereitschaft zu eigenem Engagement: die Teilnehmenden sehen es als ihren Beitrag zum Projekt, verlässlich in den Arbeitsgruppen mitzuarbeiten, die Umsetzung in der eigenen Einrichtung zu initiieren und auch über das Projekt hinaus an Veränderungsprozessen mitzuwirken. Mit ihrem Know-how, ihrer Offenheit, Experimentierfähigkeit und Zeit möchten sie gemeinsam „Standards“ der Zusammenarbeit und der Leistungstransparenz erarbeiten und auch für deren Weitergabe in den eigenen Institutionen Verantwortung übernehmen.

Diese hohe Selbstverpflichtung wird auch von allen anderen am Versorgungsprozess Beteiligten erwartet und zugleich als Vorbedingung für das Erreichen von Verbesserungen angesehen.

Als zentral betonen viele Beteiligte, dass die Arbeit immer patientenbezogen bleiben soll, in dem Sinne „den Menschen nicht aus den Augen zu verlieren“.

Die prioritären Erwartungen der Mehrheit beziehen sich auf eine Sensibilisierung und das Herausarbeiten der Deutung der Versorgungsschnittstellen für die Patienten, um so

die Wichtigkeit eines guten Informationsflusses „ins Bewusstsein zu bringen“. Das Projekt wird als Initialprozess einer längerfristig einzuleitenden Vernetzungsentwicklung gesehen.

Die Zusammenarbeit im Projekt wird als Gelegenheit wahrgenommen, sich besser kennen zu lernen und mehr Wissen für die arbeitsspezifischen Probleme und Erwartungen der anderen Berufsgruppen entwickeln zu können. Auf dieser Grundlage kann gegenseitiges Verständnis zur besseren Zusammenarbeit, einer gezielteren Informationsweitergabe und somit zu einem besseren Informationsfluss zwischen den beteiligten Professionen führen. Durch Transparenz der Leistungen in den jeweiligen Einrichtungen sollte sich zum einen mehr gegenseitiger Respekt entwickeln und zum anderen die Versorgung für die Patienten verbessern.

Konkret geben die Teilnehmenden die Erarbeitung von Vorschläge und Absprachen zu bestimmten Abläufen als Ziel an, um damit eine Verfahrensvereinheitlichung (Standard) und eine verbesserte Zusammenarbeit zu erreichen: *„Ein ‚Produkt‘ für die Zusammenarbeit zu erstellen, z. B. einen berufsgruppenübergreifenden Verlegungsbericht, wäre schön als Ergebnis.“*

Des weiteren wird erwartet, dass durch das Projekt Diskussionen zu Arbeitszusammenhängen in der Stadt angeregt werden und daran in später zu bildenden Arbeitskreisen weitergearbeitet wird. Hier kann nur „nur ein Mosaiksteinchen“ angestoßen werden. Für eine dauerhafte Veränderung der derzeitigen Situation wird eine langfristige externe Begleitung dieser Arbeitskreise als erforderlich angesehen. Zusätzlich werden bessere Rahmenbedingungen als notwendig angesehen, damit diese Initiative nicht in ihrer Reichweite zu begrenzt bleibt.

4.3 Fazit der Bestandsaufnahme - 6 Schwerpunktthemen für die Qualitätsarbeitsgruppe

Zusammenfassend kristallisierten sich folgende sechs prioritäre Themen zur weiteren Bearbeitung in der Qualitätsarbeitsgruppe heraus:

1. die Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung und Vereinheitlichung des patientenbezogenen Informationsaustausches - sektor- und berufsgruppenübergreifend
2. die Entwicklung von Maßnahmen, die den Professionellen wechselseitig höhere Transparenz über ihre jeweiligen Arbeitsschwerpunkte, Aufgabengebiete, Leistungsangebote, Zuständigkeitsprofile, etc geben
3. die Verbesserung der Zusammenarbeit mit Kostenträgern, dem MDK, ambulanten Ärzten und Physiotherapeuten zur Optimierung des Versorgungsprozesses
4. die Etablierung/ Weiterentwicklung interdisziplinärer Fortbildungen und Veranstaltungen, um einen gemeinsamen Wissenshorizont zu entwickeln, sich kennen zu lernen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, aber auch als Mosaikstein zur Etablierung eines Leitbildes für eine neue „Hilfekultur“ in der Stadt Offenbach
5. die Verbesserung der Vernetzung von Angehörigen, Betreuern, Ehrenamtlichen und Professionellen
6. die Sicherstellung von ärztlichem Notdienst in Altenheimen.

Für die Initiierung von Aktivitäten zu diesen als vorrangig herausdestillierten Themenbereiche standen im Rahmen des Projektes fünf Sitzungen einer sektorübergreifenden und interdisziplinär zusammengesetzten Qualitätsarbeitsgruppe zur Verfügung.

Für diese Sitzungen haben sich 24 Interessenten verbindlich angemeldet.

5 ERGEBNISSE DER QUALITÄTSARBEITSGRUPPE

Entsprechend der Projektplanung fanden zwischen März und September fünf Sitzungen der Qualitätsarbeitsgruppe statt. Durch die weitgehend kontinuierliche Teilnahme war gewährleistet, dass ständig sämtliche Berufsgruppen und Sektoren über die gesamte Dauer vertreten waren. Eine Ausnahme stellten die Kranken- und Pflegekassen bzw. der MDK dar, lediglich die Barmer Ersatzkasse nahm durch einen Vertreter regelmäßig an den Sitzungen teil. Neben der Arbeit in der Qualitätsarbeitsgruppe wurden phasenweise Arbeitsgruppen gebildet, die in deren Auftrag Aufgaben zu weiteren Bearbeitung übernommen hatten.

Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über die Arbeits- und Themenschwerpunkte, die die Qualitätsarbeitsgruppe für ihre 5 Sitzungen ausgewählt hat.

	Datum	Themenschwerpunkte
1.	<i>31. März</i>	Analyse der Probleme bei der sektorübergreifenden Überleitung unter Berücksichtigung des sektorinternen Koordinationsbedarfes aus Patientensicht und Konkretisierung des Handlungsbedarfes und Erarbeitung praktikabler Lösungsvorschläge
2.	<i>28. April</i>	Grundlagen zur Entwicklung eines vereinheitlichten Überleitungsbogens: 1) Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 2) Bestandsaufnahme und Analyse der existierenden Überleitungsbögen in Offenbach
3.	<i>26. Mai</i>	Transparenz: Informationsbedarf hinsichtlich der Angebotsprofile und Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen und anderer Unterstützungsdienste
4.	<i>07. Juli</i>	Präsentation eines ersten Entwurfs eines einheitlichen Überleitungsbogens für Offenbach Präsentation der Einrichtungen auf der Homepage der Stadt Offenbach Interdisziplinäre Fortbildungen
5.	<i>21. September</i>	Abschluss Vereinbarungen über Überleitungsbogen und Weiterarbeit

Neben diesen Themenschwerpunkten wurden in den einzelnen Sitzungen weitere Themen bearbeitet. Im folgenden wird die Arbeit an den Themenschwerpunkten in der Qualitätsarbeitsgruppe kurz skizziert. Ausführlich wurde die Arbeit in den Protokollen dokumentiert, die allen Beteiligten vorliegen.

Problemanalyse der sektorübergreifenden Übergänge aus Patientensicht unter Berücksichtigung des sektorinternen Informations- und Koordinationsbedarfes

Ziel der Arbeit war es, den Handlungsbedarf mit Blick auf die Überleitungsproblematik zu konkretisieren und praktikable Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Dazu wurden folgende Schnittstellen einer Analyse unterzogen:

- Überleitung Krankenhaus ↔ Ambulante Pflege/Hausarzt
- Überleitung Krankenhaus ↔ (Teil-)Stationäre Pflege/Hausarzt
- Überleitung Ambulante Pflege/Hausarzt ↔ (Teil-)Stationäre Pflege/Hausarzt.

Die sich mit den einzelnen Schnittstellen befassenden Arbeitsgruppen identifizierten eine Reihe von Defiziten und Veränderungserfordernissen. Zu den wichtigsten zählen dabei folgende:

- Bei den nachversorgenden Einrichtungen ergeben sich Probleme aufgrund eines aus ihrer Sicht unzureichenden Entlassungsmanagements im Krankenhaus.
- Das Verfahren zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit führt zu Handlungsunsicherheiten bei den ambulanten Diensten und Angehörigen. Hier wird ein Klärungs- und Handlungsbedarf gegenüber den Pflegekassen bzw. dem MDK formuliert.
- Inhaltliche Mängel der derzeitigen Überleitungsbögen führen zu Informationsdefiziten. Außerdem erreichen sie in vielen Fällen den Adressaten nicht.
- Eine persönliche Kontaktaufnahme ambulanter Dienste vor Entlassung aus dem Krankenhaus würde die Einschätzung der familiären und häuslichen Situation des Betroffenen erleichtern und die Entwicklung angemessener Interventionsstrategien erleichtern.
- Sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den ambulanten Pflegediensten fehlen ausreichende und aussagekräftige Informationen über die Leistungsangebote nachsorgender Einrichtungen (z. B. der Pflegeheime).

Diese Arbeitsergebnisse machten eine Reihe von Schwachstellen deutlich. Dazu gehören zum einen **strukturelle Defizite**:

- unzureichende Kenntnis und Verfügbarkeit über Strukturdaten und
- unzureichende Koordinationsstrukturen, vor allem, wenn es um sektor- und berufsgruppenübergreifenden Informations- und Abstimmungsbedarf geht.

Zum anderen werden die **Kommunikationsdefizite** als besonderes Problem für die Überleitungssituation und den hier notwendigen Austausch patientenbezogener Informationen identifiziert, insbesondere:

- fehlende Überleitungsbögen bzw. unzureichende Verbindlichkeit und Regelmäßigkeit in der Handhabung (Bögen werden nicht ausgefüllt, erreichen nicht die Adressaten etc.) und
- fehlende Überleitungsvereinbarungen für die Einweisung bzw. Entlassung.

Vor dem Hintergrund dieser Defizitanalyse wurde eine erste Vereinbarung getroffen:

Konsens besteht über die Notwendigkeit, die Überleitungssituation zu optimieren. Als ein erster Schritt wird die Entwicklung eines vereinheitlichten Überleitungsbogens angestrebt. Zur Vorbereitung werden die derzeit in Offenbach existierenden Überleitungsbögen durch das Hessip einer eingehenden Analyse unterzogen.

Entwicklung eines vereinheitlichten Überleitungsbogens

Als Ausgangspunkt dieser Entwicklungsarbeit diente in der zweiten Sitzung zum einen der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) herausgegebene Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege¹. Dieser Expertenstandard konkretisiert den in der Arbeitsgruppe angesprochenen Veränderungsbedarf hinsichtlich der Struktur- und Austausch- bzw. Prozesserfordernisse.

Zum anderen wurde die Analyse der vorliegenden neun Überleitungsbögen aus Offenbach vorgestellt.

Sie ergab in Bezug auf eine Reihe von Punkten Optimierungsbedarf:

- Deutlichkeit der Formulierung des Handlungsbedarfes
- Informationsgehalt für Sender und Empfänger
- Bezüge zwischen den Eigenleistungen von Patienten, Angehörigen und Professionellen
- Beachtung der Selbstmanagementfähigkeiten
- Beratungs- und Informationsbedarf von Betroffenen und Angehörigen
- Unterstützungserfordernisse bei der Koordination der Hilfeleistungen
- Juristisch relevante und kostenrelevante Vereinbarungen

¹ Nähere Informationen zum Standard sind im Internet unter www.dnqp.de erhältlich.

Ein Konsens wurde darüber hergestellt, die Entwicklung eines neuen vereinheitlichten Überleitungsbogens in Offenbach an den im Expertenstandard genannten fünf übergeordneten Relevanzbereichen² für Versorgungsleistungen zu orientieren. Ein vereinheitlichter Überleitungsbogen stellt nach Auffassung der Qualitätsarbeitsgruppe nicht nur aus fachlicher Sicht und mit Blick auf Qualitätsstandards eine Verbesserung dar. Von Vorteil ist die Vereinheitlichung auch hinsichtlich des Wiedererkennungswerts und der Erleichterung in der Handhabung.

In der Diskussion werden aber auch eine Reihe von Fragestellungen und Probleme formuliert, die bei der Entwicklung und Einführung berücksichtigt werden müssen:

- Ist ein maximaler Informationsgehalt für Sender bzw. Empfänger und eine umfassende Übermittlung des Handlungsbedarfs eher durch Freitext- oder durch Ankreuzverfahren sicher zu stellen?
- Noch ungeklärt ist die Frage, wie eine interdisziplinäre Ausrichtung des Überleitungsbogens inhaltlich zu gewährleisten ist, und in der Handhabung nicht nur eine Berufsgruppe den Überleitungsbogen nutzt bzw. ausfüllt.
- Eine Einigung muss auch darüber hergestellt werden, welche Funktion der Überleitungsbogen erfüllen soll, abhängig von der Art des jeweiligen Einsatzes. Dies hat Auswirkungen auf den Umfang und Art der Informationen. Es wird eine eher kurze Variante präferiert, die sich auf die für die ersten 48 Stunden notwendigen Informationen über Medikation und Aspekte spezieller Pflege beschränkt. Allerdings soll dies nicht ausschließen, den Bogen auch zur Verlaufsdokumentation der Versorgung nutzbar machen zu können.
- Klärungsbedarf besteht in Bezug auf die Anpassung an vorhandene Verfahren (z. B. wenn schon EDV-gestützte Dokumentationssysteme vorhanden sind).
- darüber hinaus muss noch geklärt werden, inwieweit die Angehörigen diese Informationen erhalten sollen.

² Im Expertenstandard werden die in Kapitel 1 aufgeführten 5 zentralen Bewältigungsarbeiten als gemeinsame übergeordnete Relevanzbereiche für die Ermittlung erforderlicher Unterstützungsleistungen definiert: 1. Krankheitsbedeutsame Bewältigungsarbeiten, 2. Alltagsbedeutsame Bewältigungsarbeiten, 3. Biographiebedeutsame Bewältigungsarbeiten, 4. Koordination von Hilfe- und Unterstützungsleistungen und 5. Selbstmanagement. Siehe auch Expertenstandard im Anhang II.

Es wurde beschlossen, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die basierend auf den bisher in Offenbach verwendeten Überleitungsbögen und unter zu Hilfenahme von Strukturierungsmaterial der Projektverantwortlichen einen einheitlichen Überleitungsbogen entwickelt. In der Arbeitsgruppe waren die ambulante, die teilstationäre und die stationäre Pflege sowie die Pflege im Krankenhaus vertreten. Ein ärztlicher Vertreter erklärte seine Bereitschaft zur Mitarbeit auf Anfrage.

In der vierten Sitzung präsentierte die Arbeitsgruppe einen ersten Vorschlag zur Vereinheitlichung eines Überleitungsbogens für Offenbach. Dabei zeigten sich allerdings unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich des notwendigen Umfangs wie auch der Struktur des Bogens.

Einwände und weiterer Bearbeitungsbedarf wurde insbesondere hinsichtlich folgender Punkte formuliert:

- Der Bogen sollte sich deutlicher an den fünf Kernbereiche Alltag, Krankheit, Biographie, Selbstmanagement und Koordination orientieren und den Informationsgehalt am Bedarf der Sender und Empfänger aus den verschiedenen Sektoren ausrichten.
- Ergänzungsbedarf wurde festgestellt in Bezug auf Informationen über die Aufgabenanteile und Leistungen der verschiedenen Beteiligten (Angehörige, Betreuer, Pflegedienste etc.), die Lebensumstände und Wohnsituation der Betroffenen, die medizinische Diagnose, die Daten zu notwendigen Katheter- oder Sondenwechseln, die Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten des Betroffenen in den täglichen Aktivitäten und Informations- und Aufklärungsstand (z. B. über Diagnosen oder Infektionen) sowie notwendiger Beratungs- und Schulungsbedarf von Betroffenen und Angehörigen.
- Die verwendeten Kategorien sollten weniger eng und spezifisch ausgewählt werden.

Diese und einige weitere Punkte sollten in einer neuen Überarbeitungsversion berücksichtigt werden (vgl. Kap. 6.2).

Transparenz: Informationsbedarf hinsichtlich der Angebotsprofile und Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen und anderer Unterstützungsdienste /

Präsentation der Einrichtungen auf der Homepage der Stadt Offenbach

Die mangelnde Transparenz hinsichtlich der Leistungsangebote, Kapazitäten, und Aufnahmekriterien von ambulanten und stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen wie auch anderen Unterstützungsdiensten (z. B. Hospizvereine, Sanitätshäuser, ambulante Krankengymnasten) war der zentrale Themenschwerpunkt der zweiten Sitzung der Qualitätsarbeitsgruppe.

Vor dem Hintergrund des schon in der Bestandsaufnahme formulierten Veränderungsbedarfs (siehe oben die Auswertung zu Frage 3 „Erforderliche Strukturen für eine bessere Zusammenarbeit“), wurden Möglichkeiten einer größeren Transparenz und eines vereinfachten Zugangs zu wichtigen Hintergrundinformationen diskutiert.

Konsens bestand darüber, dass die Transparenz im Sinne der Bereitstellung und Zugänglichkeit von Informationen über die Pflege- und Betreuungseinrichtungen und anderen Unterstützungsdienste in Offenbach optimiert werden soll. Unbedingt zugänglich gemacht werden sollen Informationen:

- über Leistungsprofil und Ausstattung der Einrichtungen, einschließlich spezieller Angebote, z. B. auf Basis der im Altenplan enthaltenen Angaben und
- über Ansprechpartner und Entscheidungsträger in den Einrichtungen.

Unterschiedliche Interessen- und Bedarfslagen hatten zur Folge, dass die Frage, welche Informationen über die Internetseite bereitgestellt werden sollen, zunächst noch unbeantwortet bleibt. So wird z. B. einerseits das Interesse formuliert, auf aktuelle Informationen über freie Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen zugreifen zu können. Andererseits wird ein Heim mit langer Warteliste zunächst diese berücksichtigen, bevor es freie Plätze melden wird. Die Bedarfslage des Krankenhauses ist ganz anders: Im Interesse eines kurz vor der Entlassung stehenden Patienten muss möglichst schnell ein Platz gefunden werden, wofür Informationen über freie Plätze vorliegen müssen. Aus solchen unterschiedlichen Bedarfssituationen erklärt sich der unterschiedliche Anspruch an weitestgehender Transparenz hinsichtlich zur Verfügung stehender Versorgungskapazitäten.

Für die weitere Klärung werden drei Leitfragen vorgeschlagen:

- Welche Informationen sind im einzelnen wichtig?
- Wie werden die Informationen zugänglich gemacht?
- Für wen sind die Informationen von Bedeutung?

Nach einer Präsentation der Internetseite der Stadt Offenbach und ihrer Nutzungsmöglichkeiten (Herr Engmann, VHS) wurde folgende Vereinbarung getroffen: Auf der Homepage http://www.offenbach.de/Themen/Leben_in_Offenbach/Seniornet_55_Plus/ der Stadt Offenbach werden folgende Ergänzungen eingerichtet:

- Auf der ersten Ebene werden die vorhandenen Informationen durch die im Altenplan veröffentlichten Angaben zu den Angeboten der ambulanten Pflege, Alten- und Pflegeheime und Kliniken ergänzt. Aktualisierungen und sonstige Veränderungsvorschläge werden von den Einrichtungen an Herrn Engmann (klaus.engmann@offenbach.de) oder Frau Weinrich (heidi.weinrich@offenbach.de) weitergegeben.
- Weiterhin werden Links zu den Homepages der Einrichtungen (soweit vorhanden) eingerichtet. Die Verantwortung für deren Inhalt liegt bei den Einrichtungen und Institutionen selbst.
- Außerdem soll geprüft werden, welche Bedarfe ausgehend von den einzelnen Einrichtungen darüber hinaus existieren. Auf dieser Basis sind dann konkrete Anforderungen und Kriterien für eine Fortentwicklung zu formulieren. (vgl. Kap. 6.2.)

Hinsichtlich der Fortentwicklung werden folgende Vorschläge gemacht:

- Allgemeine Informationen über die Institutionen (Adresse, Ansprechpartner, Erreichbarkeit) werden im Hinblick auf Betroffene und Angehörige für ausreichend und praktikabler erachtet als Detailangaben.
- Die professionell Beteiligten benötigen spezifischere Informationen als die Nutzer von Gesundheitsleistungen.
- Vorgeschlagen wird der Aufbau eines Internet-Suchsystems, welches durch die Eingabe bestimmter Suchbegriffe spezifische Einrichtungen herausfiltert.
- Eine von einer Arbeitsgruppe erarbeitete Vorlage zu Aufbau und Pflege der eigenen Homepage soll genutzt werden. Strittig bleibt, ob Informationen über die Höhe der jeweiligen Pflegesätze gegeben werden sollen. Für die Heime soll dies im Offenbacher Forum der Heimleitungen geklärt werden.

Interdisziplinäre Fortbildungen

Neben der Verbesserung des Informationsflusses durch einen vereinheitlichten Überleitungsbogen und der Förderung von Transparenz über das Internetportal der Stadt Offenbach ist die Entwicklung und Vernetzung interdisziplinärer Fortbildungsangebote aus Sicht der Qualitätsarbeitsgruppe ein wichtiger dritter Ansatzpunkt für die Verbesserung der der Versorgungsqualität.

Dies bestätigt die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zu den Vernetzungsdefiziten. Gewünscht wurde ein interdisziplinärer, intersektoraler Wissenserwerb und Diskussionszusammenhang, um gemeinsame Perspektiven zu entwickeln, die es erleichtern, Patienten besser nach gemeinsamen Standards und Konzepten zu versorgen.

Dieses Thema konnte aus Zeitmangel in den letzten Sitzungen noch nicht ausführlich behandelt werden.

Vereinbart wurde, in einem ersten Schritt einen gemeinsamen Informationspool im Internet zu errichten, in dem die einzelnen Anbieter jene Veranstaltungen, die sie für Externe öffnen, bekannt geben.

Frau Weinrich sammelt die Informationen der Anbieter zeitnah, klärt die Veröffentlichungsmöglichkeiten seitens der Stadt ab und bemüht sich - nach Vorgaben der Anbieter – den Internetzugang vor dem 1.12.04 zu realisieren.

Die Qualitätsarbeitsgruppe ist daran interessiert, an diesem Thema weiterzuarbeiten, um Möglichkeiten und Methoden einer gemeinsamen prospektiven Veranstaltungsplanung zu eruieren. (Vgl. Kap. 6.2)

Überlegungen zur Verstetigung der eingeleiteten Vernetzungsinitiativen und Vereinbarungen

In der abschließenden Sitzung wurden, allerdings unter hohem Zeitdruck, die Möglichkeiten zur Verstetigung und Weiterentwicklung der Vernetzungsinitiativen diskutiert. Dabei wurde ein Konsens zu folgenden Punkten erzielt:

- Die Gruppe möchte weiterarbeiten und sieht ihre Arbeit nach 5 Sitzungen als unvollendet an.
- Es sollen Erfahrungen mit den Überleitungsbögen, der Nutzung der Homepage und dem gemeinsamen Informationspool zu Fortbildungen gesammelt werden und diese im Juni 2005 gemeinsam in einer ersten Runde ausgewertet werden.

- Die Gruppe wünscht sich regelhafte Ansprechpartner für die Vernetzungsthematik auf der Ebene der politischen Entscheidungsträger (z. B. durch eine institutionalisierte Anbindung an den Sozialausschuss).
- Eine Einbindung der Kranken- und Pflegekassen und des MDK in eine Fortsetzung der Arbeit soll möglichst gewährleistet werden.

Zwei Formen einer möglichen Weiterarbeit wurden diskutiert, ohne dass eine Entscheidung getroffen werden konnte:

- a) Es bildet sich eine kleine Expertengruppe, mit je einem Vertreter je Einrichtungstypus, die ein monitoring der Neuentwicklungen im Gesundheitssektor übernimmt. In ca. halbjährlichen Treffen Weiterbearbeitungserfordernisse und –möglichkeiten diskutiert und diese einleitet.
- b) Die Gesamtgruppe bleibt bestehen und bekommt diese Aufgabe.

Es wird vereinbart, die Ergebnisse dieser 5 Sitzungen auf einer gemeinsamen Abschlussveranstaltung am 1. Dezember zu präsentieren.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme wie auch der folgende Arbeitsprozess in der Qualitätsarbeitsgruppe dokumentieren einen Konsens darüber, dass ein Ausbau der Kooperation notwendig ist und durch Formen institutionalisierter Vernetzung erreicht werden soll. Auch über die inhaltlichen Erfordernisse ist, wie oben ausgeführt, eine grundlegende Übereinkunft erzielt und zu den ersten notwendigen Verfahren und Instrumenten sind Vorschläge erarbeitet bzw. konkrete Vereinbarungen getroffen worden. Neben den inhaltlichen Perspektiven für eine Weiterentwicklung und Verstetigung der Vernetzungsinitiative, sind auch strukturelle, organisatorische und materielle Rahmenbedingungen zu klären und festzulegen.

Im folgenden werden zunächst übergreifende, auf organisatorische und strukturelle Erfordernisse bezogene Empfehlungen formuliert.

Im zweiten Schritt werden, orientiert an den behandelten Themenbereichen, inhaltliche Perspektiven zu Weiterarbeit aufgezeigt.

6.1 Übergeordnete und organisatorisch-strukturelle Empfehlungen

Eine wichtige Voraussetzung für den bisherigen Verlauf der Vernetzungsinitiative war deren breite Akzeptanz bei den Beteiligten. Diese ist nicht zuletzt darin begründet, dass die Notwendigkeit einer verstärkten Vernetzung im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung chronisch Kranker bzw. alter und langfristig pflegebedürftiger Menschen von den Einrichtungen und Institutionen schon im Vorfeld erkannt wurde. Das ist eine günstige Voraussetzung für die Weiterentwicklung und dauerhafte Sicherung der Vernetzungsaktivitäten.

Nachdem durch den gemeinsamen Arbeitsprozess der Qualitätsarbeitsgruppe die ersten Initiativen angestoßen worden sind, bedarf es nun eines institutionalisierten Rahmens, der einen kontinuierlichen Austausch und verbindliche Absprachen zwischen den Institutionen und Einrichtungen ermöglicht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dies ausschließlich auf freiwilliger Basis geschehen kann.

Eine dauerhafte Mitwirkung an einer Fortsetzung der Vernetzungsinitiative wird unter den derzeitigen Rahmenbedingungen vor allem von folgenden Faktoren abhängen:

1. Alle Beteiligten müssen sich auf eine patientenorientierte Sichtweise beziehen und diese zum Ausgangspunkt der gemeinsamen Planungen machen.

Dies ist insofern von Bedeutung, da alle beteiligten Sektoren je spezifische Interessen und Bedarfslagen in den Prozess einbringen. Dadurch erklären sich zentrale Unterschiede in den Sichtweisen und Prioritätensetzungen bezüglich der Bedarfslagen der betroffenen Patienten.

2. Die gemeinsame Arbeit muss zu nachvollziehbaren Verbesserungen in der Versorgung der pflegebedürftigen Menschen führen.

Hier liegt eine wichtige Aufgabe einer Evaluation sowohl der jetzt vereinbarten wie auch zukünftiger Maßnahmen. Es bedarf einer kontinuierlichen Überprüfung neu eingeführter Maßnahmen und eines entsprechenden Austauschs zwischen den Vernetzungspartnern.

3. Die Vernetzungsaktivitäten müssen für die beteiligten Einrichtungen und Institutionen zu erkennbaren Erleichterungen und Entlastungen führen.

Das bedeutet zunächst, dass die Beteiligten ihre Interessen und Sichtweisen in einen gemeinsamen Arbeitsprozess einbringen können.

Ein erstes Beispiel dafür kann die Entwicklung, Einführung, Überprüfung und der auf Dauer gestellte Einsatz eines vereinheitlichten Überleitungsbogens sein, der durch die Verbesserung des patientenbezogenen Informationstransfers die Versorgungsqualität optimiert, gleichzeitig aber auch die Handlungsvollzüge der beteiligten professionellen Akteure erleichtert.

4. Eine Fortsetzung der Arbeit sollte durch einen Auftrag seitens der Kommune auf eine breitere Legitimationsbasis gestellt werden.

Sollte ein solcher Auftrag über die Fortsetzung der begonnen Arbeit an eine Gruppe (s. u.) ergehen bedeutet dies eine dauerhafte Stärkung der Vernetzungsaktivitäten. Allerdings ist es dann auch sinnvoll und notwendig, eine kontinuierliche Anbindung an die politischen Strukturen vorzusehen, um den notwendigen Informationstransfer zu gewährleisten.

Gerade letzteres verweist darauf, dass vor dem Hintergrund der grundsätzlich freiwilligen Mitwirkung der Einrichtungen und Institutionen der Stadt eine zentrale Rolle zufällt. Insofern die kommunalen Institutionen, Ämter etc. grundsätzlich im Auftrag und Interesse der Bürger handeln, erfüllt sie eine Art „anwaltschaftliche“ Funktion für die betroffenen Bürger auch gegenüber den zum Versorgungssystem gehörenden Einrichtungen und Institutionen.

In der Qualitätsarbeitsgruppe selbst wurden zwei Optionen für die weitere Arbeit andiskutiert:

- Option 1: Die Qualitätsarbeitsgruppe in ihrer derzeitigen Zusammensetzung setzt ihre Arbeit fort. Sie trifft sich in größeren Abständen als bisher.
- Option 2: Die Vernetzungsinitiative wird durch eine verkleinerte Gruppe von Experten fortgesetzt. Diese Gruppe setzt sich aus je zwei Vertretern aus jedem Sektor (ambulante Pflege, stationäre Altenpflege, Hausärzte, Krankenhäuser, Kranken- und Pflegekassen sowie MDK und kommunale Vertreter) zusammen.

Beide Optionen haben Vor- und Nachteile.

Bei Option 1 wäre die Aufgabe der Gruppe darauf beschränkt, Themenschwerpunkte zu beraten und allgemeine Vereinbarungen darüber zu treffen. Es stellt sich allerdings die Frage, wie sich ein kontinuierlicher und verbindlicher Arbeits- und Austauschprozess über relevante Vernetzungsfragen aufrechterhalten lässt und als notwendig erachtete Maßnahmen überhaupt zur Umsetzungsreife entwickelt werden können. Demgegenüber steht der Vorteil einer breiten Beteiligung.

Bei Option 2 ist dies nicht gegeben, wodurch eine weitgehende Absprache zwischen den Einrichtungen und Institutionen vorausgesetzt ist, damit die Vertreter ausreichend legitimiert sind. Darüber hinaus bedarf es einer ausreichenden Rückkopplung von Arbeitsergebnissen und Vereinbarungen zwischen den einzelnen Einrichtungen und Institutionen und der Expertengruppe. Eine Arbeitsgruppe dieses Typus ist allerdings eher geeignet, ein monitoring von Innovationen im Gesundheitswesen wahrzunehmen. Die Lösung dieser Probleme könnte in einer Kombination beider Vorschläge liegen:

Erste Empfehlung:

Die Qualitätsarbeitsgruppe trifft sich weiterhin halbjährlich. Sie legt Prioritäten für weitere Vernetzungsaktivitäten fest und einigt sich auf von allen gemeinsam getragene Maßnahmen.

Die Qualitätsarbeitsgruppe benennt eine „ständige Arbeitsgruppe“, die sich aus jeweils bis zu 2 Vertretern der ambulanten Pflege, der stationären Pflege, der Hausärzte, der Krankenhäuser und der Kranken- und Pflegekassen sowie des MDK zusammensetzt und die die in der Qualitätsarbeitsgruppe vereinbarten Themenschwerpunkte bearbeitet.

Sie überprüft außerdem die Umsetzung von vereinbarten Maßnahmen und bereitet die ca. zweimal jährlich stattfindenden Treffen der Qualitätsarbeitsgruppe vor.

Darüber hinaus könnte diese Gruppe auch die Aufgabe der Koordination gemeinsamer Fortbildungsaktivitäten (s. u.) übernehmen.

Von hoher Bedeutung ist die Anbindung an die zuständigen Stellen in der kommunalen Verwaltung. Aufgrund der Erfahrungen in der Qualitätsarbeitsgruppe weisen wir insbesondere darauf hin, dass die Beteiligung der Kranken- und Pflegekassen bzw. des MDK sichergestellt werden sollte. Weiterhin ist zu beachten, dass die Effektivität der Arbeit einer solchen Gruppe in hohem Maße von einer strukturierenden, externen Unterstützung abhängt.

Eine zweite Empfehlung betrifft die Rolle der Stadt Offenbach und der Einbindung der „Qualitätsarbeitsgruppe“ in die kommunale Gesundheits- und Sozialpolitik:

Zweite Empfehlung:

Die Stadt Offenbach hält ihr Engagement in diesem Bereich aufrecht, indem sie eine Qualitätsarbeitsgruppe beauftragt, die begonnene Arbeit fortzusetzen.

Sie schafft eine institutionalisierte Anbindung dieser Gruppe an ein politisches Entscheidungsgremium, wie z. B. den Sozialausschuss der Stadt, demgegenüber diese Gruppe verantwortlich und berichtspflichtig ist.

Sie unterstützt materiell, personell und logistisch sowohl die Umsetzung konkreter Einzelmaßnahmen, als auch die notwendigen Kommunikations- und Abstimmungsprozesse zwischen den beteiligten Einrichtungen und Institutionen.

Durch diese Maßnahme stärkt die Stadt Offenbach ihre Initiatorenrolle und setzt sich selbst in die Lage, mit Blick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität unterschiedliche Interessen zu integrieren, inhaltliche und konzeptionelle Überlegungen im Rahmen der Sozial- und Gesundheitspolitik direkt zu kommunizieren und motivierend auf die Vernetzungspartner einzuwirken.

Vor allem vor dem Hintergrund, dass ohne eine solche Unterstützung und Einbindung die Verbindlichkeit von Vernetzungsmaßnahmen lediglich auf der Basis von Interessen und freiwilliger Übereinkunft hergestellt wird, ist die Stärkung der Rolle der Kommune von besonderer Bedeutung. Die Qualitätsarbeitsgruppe sieht ihre Diskussionen und Arbeitsergebnisse selbst erst auf den Weg gebracht - aber nicht als abgeschlossen an. Die Stadt Offenbach kann auf engagierte Einrichtungsververtretungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der in Zukunft immer stärker geforderten Vernetzungskonzepte bauen. Zu klären ist, in welchem Umfang insbesondere personelle, aber auch finanzielle oder logistische (z. B. Raumkapazität für weitere Treffen) Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können.

6.2 Inhaltliche Empfehlungen zu den einzelnen Maßnahmen

Konkreter Ansatzpunkt für die Initiierung neuer Vernetzungsstrukturen waren die in der Bestandsaufnahme von den Akteuren selbst genannten prioritären Themen:

1. die Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung und Vereinheitlichung des patientenbezogenen Informationsaustausches - sektor- und berufsgruppenübergreifend
2. die Entwicklung von Maßnahmen, die den Professionellen wechselseitig höhere Transparenz über ihre jeweiligen Arbeitsschwerpunkte, Aufgabengebiete, Leistungsangebote, Zuständigkeitsprofile, etc geben
3. die Verbesserung der Zusammenarbeit mit Kostenträgern, dem MDK, ambulanten Ärzten und Physiotherapeuten zur Optimierung des Versorgungsprozesses
4. die Etablierung/ Weiterentwicklung interdisziplinärer Fortbildungen und Veranstaltungen, um einen gemeinsamen Wissenshorizont zu entwickeln, sich kennen zu lernen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, aber auch als Mosaikstein zur Etablierung eines Leitbildes für eine neue „Hilfekultur“ in der Stadt Offenbach
5. die Verbesserung der Vernetzung von Angehörigen, Betreuern, Ehrenamtlichen und Professionellen
6. die Sicherstellung von ärztlichem Notdienst in Altenheimen.

Zweifelsohne handelte es sich bei dieser Auswahl, um Bereiche, deren Bedeutung auch in der Literatur immer wieder als defizitär und bearbeitungswürdig angemerkt wird.

Insofern hat die QAG unter inhaltlicher Perspektive die Finger in zentrale Wunden der Vernetzungsproblematik gelegt. Das bedeutet jedoch gleichzeitig, dass es sich hierbei um Bereiche und Erfordernisse handelt, für die es nicht einfach ist, sinnvolle, nachhaltige und von allen akzeptierte Lösungen zu entwickeln. Aber eben diese letzte Bedingung gilt es zu erfüllen, damit Innovationen sich in der Alltagspraxis der Handelnden durchsetzen können und damit neu eingeführte Vernetzungsstrategien und Versorgungspfade nicht leere Hüllen bleiben, die an den Bedürfnissen der Nutzer vorbei gehen.

Wie sind nun unter diesem inhaltlichen Blickwinkel die erreichten Verbesserungsanstöße zu bewerten?

Maßstab der folgenden Beurteilung ist dabei vorrangig der erwartbare Nutzen für die Patienten - nicht die möglichst maximale Berücksichtigung professioneller Partialinteressen. Diese Perspektive gründet zum einen in unserem Projektauftrag als fachliche Begleitung und nimmt andererseits eine wichtige Rolle der Kommune ernst, nämlich die der „Anwältin“ gerade der Bürgerinteressen, die sich schwer in üblichen Lobbygruppen artikulieren und durchsetzen lassen.

Die Qualitätsarbeitsgruppe hat sehr engagiert, mit hoher Offenheit und viel Idealismus gearbeitet. Das ist ungewöhnlich. Die in der Kürze der Zeit erreichten Einzelvereinbarungen sind beachtlich, bedenkt man die heterogenen Interessenlagen, die jeweils integriert werden konnten. Allerdings hat die letzte Sitzung der Qualitätsarbeitsgruppe sehr deutlich gezeigt, dass die Teilnehmenden ihr Entwicklungspotential gerade erst dabei sind zu entdecken, in einigen Bereichen noch Klärungsbedarf formulieren und einhellig den Wunsch zur Weiterarbeit an der begonnenen Entwicklung äußerten.

Vor diesem Hintergrund lassen sich die folgenden inhaltlichen Empfehlungen zu den einzelnen Themenbereichen formulieren.

1 Maßnahmen zur Verbesserung und Vereinheitlichung des berufs- und sektorübergreifenden patientenbezogenen Informationsaustausches

Als eine erste Initiative in diesem Themenkomplex entwickelte die Qualitätsarbeitsgruppe trotz der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit einen von allen mitgetragenen Überleitungsbogen.

Die Kliniken mussten vorerst Abstriche an der Breite ihrer Informationsweitergabe machen während die ambulanten Dienste ihre bisherigen Bögen erweitern mussten. Mit dem vorliegenden Überleitungsbogen wird nicht der Anspruch formuliert, ein endgültiges und nicht optimierungsfähiges Ergebnis erarbeitet zu haben. Vielmehr besteht Konsens darüber, dass der Bogen in einer Erprobungsphase getestet und dann entsprechend verbessert werden soll.

In diesem Sinne kann dieser Bogen unzweifelhaft als erste Grundlage für die Vereinheitlichung der berufs- und einrichtungsübergreifenden Weitergabe pflegebezogener Informationen dienen und damit ein Mittel sein, Versorgungsbrüchen entgegenzuwirken. Ob dies im erhofften Maße gelingt hängt von der Nutzungspraxis der Akteure ab, und davon, ob es gelungen ist, die zentrale Schnittmenge der von allen benötigten Informationen im Bogen gleichermaßen aufzuführen.

Die Nutzung des Bogens ist bislang als Papierversion konzipiert. Er wird als Datei über die Homepage der Stadt Offenbach öffentlich bereitgestellt und herunterladbar sein und damit relativ kostengünstig anzuwenden.

Unter der Zielsetzung eines möglichst vereinheitlichten Informationstransfers, ist dieses Verbreitungsverfahren von großem Vorteil, weil so auch Einrichtungen, die nicht am Projekt beteiligt waren, sich den Bogen kostenlos herunterladen können.

In der Kürze der Zeit konnte die Gruppe sich noch nicht auf ein konsequent interdisziplinär angelegtes Medium einigen. Begründet wurde dies damit, dass die Weitergabe der pflegebezogenen Informationen als besonders dringlich in den Vordergrund gerückt wurde, weil es für die anderen Berufsgruppen, bereits formalisierte (Ärzte) oder z. T. routinisierte (Telefonkontakte der Sozialarbeit) gibt.

Der Bogen ist nun noch gestalterisch so zu überarbeiten, dass er sich gut lesen und ausfüllen lässt. Wo immer möglich ist bei der Gestaltung auf eine Anpassung des Aufbaus an andere, schon existierende patientenbezogene Formulare zu achten, um das Ausfüllen für alle Beteiligten zu vereinfachen.

Vereinbart wurde vorerst, den Bogen vor Ort und wann immer möglich per EDV auszufüllen und dann mindestens zweifach auszudrucken - eine Version für den Sender einen für die nachgeschaltete Pflegeeinrichtung. Es besteht aber auch die Möglichkeit, ihn per Hand auszufüllen. Allerdings ist fraglich, ob dann in der Praxis konsequent mit Durchschlagverfahren gearbeitet wird.

Das Ausfüllen per Hand senkt möglicherweise die Wahrscheinlichkeit, dass auch Patienten und Hausärzten ein Exemplar zur Verfügung gestellt wird. Dies erscheint jedoch aus der Perspektive der Versorgungsforschung als wichtiges Desiderat, wenn es gelingen soll gerade die berufs- und einrichtungsübergreifenden Informationslücken zu mindern. Zudem ist zu prüfen, wie die Nutzung des Bogens in solchen Einrichtungen aussehen wird, die bereits über EDV Pflegedokumentationsverfahren und darauf bezogene automatische Ausfüllverfahren für eigene Überleitungsbögen verfügen. Unter Umständen stellt sich ihnen ein inakzeptabler Doppelaufwand.

Der Bogen ist auf überwiegenden Wunsch der Akteure - mit Praktikabilitätsbegründungen - fast ausschließlich im Ankreuzverfahren gehalten. Die dort enthaltenen Informationen zielen wiederum auf Wunsch der Mehrheit der Gruppe darauf ab, vorrangig für die ersten 24 Stunden nach der Entlassung/ Überleitung pflegebezogene Handlungssicherheit zu geben. Die Inhalte wurden lang diskutiert und nehmen in vielen Punkten Bezug auf pflegetheoretische Erwägungen, die als Referenzgrößen aus dem Expertenstandard zum Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege entnommen wurden.

Allerdings bleibt hier zu überprüfen, ob durch das Ankreuzverfahren die auf dem Bogen getroffenen Aussagen gleichermaßen dem konkreten Informationsbedarf des Empfängers und den Mitteilungsprioritäten des Senders entsprechen. Nur wenn beide den gleichen Nutzen davon haben, wird er sich durchsetzen können, und nicht als weitere unnötige Schreibarbeit empfunden werden.

Darüber hinaus bleibt jedoch zu prüfen, ob es gelingen wird, alle Einrichtungen zur Nutzung dieses einheitlichen Bogens zu bewegen. Dies gilt im besonderen für die Einrichtungen, die bereits eigene, z. T. umfangreichere Bögen verwenden. Es ist zu hoffen, dass sie, aufgrund der Mitarbeit an der Entwicklung eines gemeinsamen Bogens, dennoch die Erprobung im eigenen Hause einleiten werden.

Im Rahmen des vereinbarten 6-monatigen Probelaufs sollte dann systematisch evaluiert werden, wie ob und wie es jeweils einrichtungsintern gelingt den Bogen auszufüllen, ob die Inhalte und Anwendungspraxis die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen, und ob sich auch Patienten und Hausärzte ausreichend handlungsrelevant informiert fühlen.

Die Stadt hat hier die Möglichkeit anwaltschaftlich werbend zu motivieren, da ordnungspolitische Maßnahmen nur für die eigenen Einrichtungen greifen können.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende inhaltliche Handlungsempfehlungen:

Empfehlungen:

- ▶ **Der Überleitungsbogen sollte in enger Kooperation mit der Stadt (Frau Weinrich) durch die Arbeitsgruppe fertig gestellt und über die Internetseite der Stadt Offenbach bereitgestellt werden.**
- ▶ **Die Stadt sollte eine Erprobungsphase in möglichst allen Einrichtungen in Offenbach aktiv unterstützen.**
- ▶ **Der Überleitungsbogen sollte im Hinblick auf seinen handlungsleitenden Informationsnutzen für nachgeschaltete Einrichtungen kurzfristig evaluiert werden. Eine erste Bewertung kann 6 Monate nach Bereitstellung des Überleitungsbogens vorgenommen werden, die abschließende Bewertung nach 1 Jahr. Dabei kann eine Arbeitsgruppe die Koordination übernehmen, allerdings unter Gewährleistung einer strukturierten fachlichen Begleitung.**

Empfehlungen (Forts.):

- ▶ **Inhaltlich sollte die Evaluation vor allem in den Blick nehmen:**
 - **Verfahrensabsicherung in den jeweiligen Einrichtungen**
 - **Möglichkeiten der Erweiterung für interdisziplinäre Nutzung**
 - **Fragen der EDV Kompatibilität**
 - **Überprüfung der sachlichen Angemessenheit der Kategorienvorgaben**
 - **Offene versus geschlossene Frageformulierung**
 - **Einbeziehung von Patienten / Angehörigen**
- ▶ **Prüfung der Frage, ob eine Vernetzung mit der Initiative des Landkreises sinnvoll und notwendig ist .**

2 Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz hinsichtlich der Arbeitsschwerpunkte, Aufgabengebiete, Leistungsprofile etc.

Die Projektvereinbarung zielt auf die wechselseitige Zugänglichkeit von Grunddaten und will so eine sinnvolle Voraussetzung für mehr Handlungssicherheit geschaffen. Denn nun sind alle Einrichtungen zentral über eine Internetseite - die der Stadt Offenbach - zu erreichen und müssen nicht einzelnen gesucht werden.

Bedingung für eine wirksame Nutzungsmöglichkeit ist, dass alle Einrichtungen ihre Daten der Stadt zur Verfügung stellen und diese dort mindestens einmal jährlich aktualisiert werden.

Vor dem Hintergrund der erwartbar zunehmenden Internetnutzung ist diese Maßnahme als ein erster Schritt zu einer verstärkten Vernetzung zu werten. Allerdings erscheint es auch hier sinnvoll, den Informationsgehalt für die einzelnen Nutzergruppen, d. h. die Professionellen und die Betroffenen, zu evaluieren, u. U. die Besucher der Seiten zu erfassen und nach weiteren Informationsanforderungen zu befragen.

Die Aktualisierung und die Informationsbreite der Daten, die auf der jeweiligen Homepage der Einrichtungen angegeben sind, werden erwartbar zum entscheidenden Prüfstein des Nutzens werden. Unter Konkurrenzbedingungen der Einrichtungen untereinander ist es noch unentschieden, ob zum Beispiel zum Teil gewünschte Daten, wie Pflegesätze oder ähnliches in dieser Weise veröffentlicht werden.

Die Qualitätsarbeitsgruppe selbst sieht die Entwicklungsarbeit an diesem Themenkomplex mit den nun eingeleiteten Maßnahmen erst als begonnen- keinesfalls als abgeschlossen und wünscht ebenfalls hier Weiterarbeit auch im Hinblick auf die Transparenz von spezifischen fachlichen Schwerpunkten in den einzelnen Einrichtungen, um sich bei Bedarf wechselseitig Beratung holen zu können. Hier scheinen auch unter der Perspektive der Versorgungsforschung ungenutzte Vernetzungspotentiale und mögliche Synergieeffekte zu liegen, deren Verwirklichung sicher nicht leicht sein wird. Solche Daten könnten jedoch bei entsprechender struktureller Absicherung dazu beitragen die fachliche Expertise, die in einer Region vorhanden ist (z. B. bei spezifischen Gesundheitsstörungen wie Demenz, Wunden, Wachkoma, MRSA, Ernährung, Sterbebegleitung, Umgang mit Migranten etc.), transparent zu machen, zu bündeln und zum Nutzen von Patienten einzusetzen.

Empfehlungen:

- ▶ **Fortführung der Koordinationsfunktion durch die Stadt Offenbach durch die Erteilung eines Arbeitsauftrags (z. B. an die BEKO), die Weiterentwicklung dieser Initiative zu unterstützen.**
Diese Stelle ist Ansprechpartner für alle Einrichtungen zur laufenden Aktualisierung der Daten.
- ▶ **Eine Überprüfung der Nutzung findet nach 6 Monaten statt.**
Dauerhaft wird diese Überprüfung durch die empfohlene Verstetigung der Arbeit der Qualitätsarbeitsgruppe gesichert.
- ▶ **Die Wirksamkeit der vereinbarten Lösung ist insbesondere unter folgenden Kriterien zu prüfen:**
 - **Sind dort diejenigen Informationen erfasst, die im Alltagsvollzug am dringlichsten gebraucht werden?**
 - **Wird die erforderliche Transparenz und Erreichbarkeit von Ansprechpartnern bei Kostenträgern, MDK und Sozialverwaltung gewährleistet?**
 - **Besteht ein Bedarf an Ergänzungen zu besonderen fachlich-inhaltlichen Expertisen der verschiedenen Einrichtungen?**
 - **Welche weiteren Möglichkeiten gibt es, die Transparenz über die jeweiligen Arbeitsschwerpunkte und spezielle Expertisen in den Einrichtungen zu optimieren?**

3 Verbesserung der Zusammenarbeit mit Kostenträgern, dem MDK, ambulanten Ärzten und Physiotherapeuten zur Optimierung des Versorgungsprozesses

Dieser Themenkomplex berührt zentrale Strukturfragen der Versorgung und der Vernetzungsbedingungen.

Invers zu seiner Bedeutung konnten hier allerdings nur rudimentäre Entwicklungen eingeleitet werden:

Allein ein Vertreter der BEK war an der Arbeit der Qualitätsgruppen beteiligt - hier konnte die Kommunikation verbessert und vereinfacht werden.

Darüber hinaus ist es nicht gelungen, Vertreter der entsprechenden Organisationen, die über die materiellen Bedingungen entscheiden, zur Unterstützung des Projektes zu gewinnen. Auch wenn die Gründe der Einzelnen unterschiedlich waren und von mangelndem Problembewusstsein, über Desinteresse und Arbeitsüberlastung bis hin zum Verbot seitens der Vorgesetzten rangierten.

Nichtsdestotrotz erscheint es zentral für die Verstetigung von Vernetzungsbemühungen die Kostenträger ins Boot zu holen, denn die Akteure weisen zurecht darauf hin, dass sie „Strukturunterstützung“ für eine veränderte Praxis benötigen, gerade wenn diese Auswirkungen auf sektorübergreifende Kostenstrukturen und Abrechnungsmodi haben.

Im Hinblick auf die Hausärzte ist es gelungen, einen Vertreter des Hausärzteverbandes einzubeziehen. Es bleibt zu hoffen, darüber zumindest gezielte Multiplikatoreffekte für die hier eingeleiteten Vernetzungsideen zu erzielen.

Seitens der ambulanten Physiotherapie konnte keine Vertretung in das Projekt eingebunden werden - hier liegen deutliche Entwicklungserfordernisse.

Die Schwierigkeiten, gerade diesen Themenkomplex in so kurzer Zeit und bei begrenzten Mitteln zu bearbeiten, verweisen auf deutliche materielle Interessenunterschiede der beteiligten Akteure hin. Diese zu bearbeiten ist ein langwieriger Prozess, der viel Geduld, Vertrauen und Energie für langfristig auszuhandelnde Unterstützungskonditionen erfordert.

Empfehlungen:

- ▶ Initiativen, die entsprechenden Akteure gerade bei der Weiterentwicklung von konkreten Vernetzungsaktivitäten einzubinden, dürfen auch von einer weiterarbeitenden Qualitätsarbeitsgruppe nicht aufgegeben werden.
- ▶ Es ist zu prüfen, ob seitens der Stadt dabei politische Unterstützung geleistet werden kann, z. B. durch die Initiierung von verbindlichen Gesprächsrunden oder Kostenvereinbarungen mit den Kassen.

4 Etablierung/Weiterentwicklung interdisziplinärer Fortbildungen und Veranstaltungen, um sich kennen zu lernen, einen gemeinsamen Wissenshorizont und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, aber auch als Mosaikstein zur Etablierung eines Leitbildes für eine neue „Hilfekultur“ in der Stadt Offenbach

Zu diesem Themenkomplex konnten in der Kürze der Zeit nur Optionen andiskutiert werden. Das war nicht anders zu erwarten. Denn die Verwirklichung sinnhafter, auf einen Vernetzungsgedanken und die Etablierung gemeinsamer Wissensbestände ausgerichteter fachlicher Fortbildungsveranstaltungen bedürfen einer sorgfältigen interdisziplinären Planung und sind abzugleichen sowohl mit den Interessen als auch den inhaltlichen Angeboten der jeweiligen Anbieter. Sie zielen ab, auf eine langfristige fachliche Überbrückung konzeptioneller und institutioneller Versorgungsbrüche.

Ein erster praktischer Schritt dahin ist sicherlich, wie vereinbart, zuvörderst Transparenz über die bestehenden Angebote im Rahmen des geplanten Informationspools herzustellen und bislang interne Fortbildungen für Externe zu öffnen.

Sollen die hier angedachten Maßnahmen jedoch im oben formulierten Sinne zielführend sein, müssen sie über die bisher geplanten Aktivitäten hinausgehen. Sie müssen gezielt solche Problembereiche aufgreifen und in den Vordergrund stellen, die für alle an der Versorgung beteiligten „Kettenglieder“ von Bedeutung sind und die gleichzeitig für Patienten die Gefahr sachlicher Versorgungsbrüche mit der Verschüttung von Rehabilitationspotentialen und unnötiger Einschränkung der Lebensqualität bergen. Ein erstes Ziel könnte sein für besonders vulnerable Problembereiche, einheitliche Interventions- und Therapiestrategien in der Region abzustimmen oder zu entwickeln.

Eine durch gemeinsame Fortbildungen gestärkte fachliche Praxis ist hier als eine notwendige wenn auch nicht hinreichende Bedingung für die von den Beteiligten angestrebte „veränderte Hilfekultur“ zu verstehen.

Empfehlungen:

- ▶ Die Stadt sollte Ressourcen zur Verfügung stellen, um die begonnen Absprachen systematisch zu fördern.
- ▶ In einem ersten Umsetzungsschritt wird ein gemeinsamer Informationspool im Internet errichtet, in dem die einzelnen Anbieter ihre Veranstaltungen, die sie für Externe öffnen, bekannt geben.
- ▶ Darüber hinaus bilden die in der Qualitätsarbeitsgruppe vertretenen Anbieter von Fortbildungsmaßnahmen eine Arbeitsgruppe um:
 - die eigenen Angebote abzugleichen
 - die für eine Vernetzung geeigneten Themenbereiche zu benennen und
 - erste Umsetzungsschritte zu vereinbaren.
- ▶ Die thematische Ausrichtung gemeinsamer Fortbildungen ist zuvörderst auf solche klinischen Themenbereiche zu beziehen, die auf die sachliche Überwindung konzeptioneller und institutioneller Versorgungsbrüche ausgerichtet sind: wie zum Beispiel zur Kontinenzversorgung, zur Prävention und zum Umgang mit chronischen Wunden, zur Sturzprophylaxe, zur Schmerzbehandlung, Ernährung, zu gerontopsychiatrischen Interventionsstrategien.
- ▶ Eine erste Zwischenauswertung und die Vereinbarung weiterer Maßnahmen erfolgt nach einem halben Jahr.

Die Themenbereiche

5 Verbesserung der Vernetzung von Angehörigen, Betreuern, Ehrenamtlichen und Professionellen

und

6 Sicherstellung von ärztlichem Notdienst in Altenheimen

konnten im Rahmen der fünf Sitzungen der Qualitätsarbeitsgruppe nicht behandelt werden.

Gleichwohl werden besonders mit Themenkomplex fünf zentrale Entwicklungserfordernisse angesprochen, die sich besonders im Alltag nachhaltig auch auf den Erfolg und die Akzeptanz professioneller Strategien auswirken können. Sind doch Patienten, wie alle Untersuchungen einhellig zeigen, in erster Linie in ihr eigenes soziales Netz eingebunden und erst in zweiter Linie in das professionelle. Angehörigen, Betreuern, Ehrenamtlichen kommt insofern oft sowohl eine entscheidende Filterfunktion als auch Unterstützungsfunktion bei der Absicherung professioneller Interventionen zu.

Themenkomplex 6 verweist hingegen auf ein zentrales Problem in der Akutversorgung im Heimbereich. Auch hier werden nicht zu unterschätzende Weichen für „Bewohnerkarrieren“ gestellt.

Die im Themenkomplex 1 bereits angestoßenen aber zukünftig noch zu entwickelnden Maßnahmen bleiben höchst unvollständig, wenn diese beiden Themenkomplexe ausgeklammert bleiben.

Vor dem Hintergrund der Unterschiedlichkeit und der Bedeutung beider Themenkomplexe lautet die Empfehlung:

Empfehlung:

Auch hier sollte die Stadt Ressourcen für moderierte Arbeitsgruppensitzungen zur Verfügung stellen, so dass die beteiligten Akteure zu diesen Themenkomplexen konkrete Ansatzpunkte zur Verbesserung entwickeln können.

7. FAZIT

Im Rahmen des Projektes ist es gelungen, in weiten Bereichen einen Konsens über die notwendigen Maßnahmen zur Optimierung und Weiterentwicklung der Vernetzung zwischen den mit der Versorgung von pflegebedürftigen Patienten befassten Einrichtungen zu erreichen.

Beispiele dafür sind insbesondere die Themenkomplexe 1 (einheitlicher Überleitungsbogen), 2 (Transparenz) und 4 (gemeinsame Fortbildungen). Hier ist die Entwicklung zentraler inhaltlicher Voraussetzungen für eine erfolgreiche, patientenbezogene Vernetzung in die Wege geleitet worden.

All diese Vorschläge lassen sich mit den im Kapitel 6.1 empfohlenen Optionen realisieren. Dies zu unterstützen ist die zentrale Empfehlung an die Stadt, will sie die initiierten und eingeleiteten Vernetzungsaktivitäten in eine dauerhafte Entwicklung und Struktur überführen.

Eine Weiterarbeit in der empfohlenen Weise bietet die Möglichkeit, dass sich interdisziplinär und institutionsübergreifend angelegte Arbeitsformen entwickeln, die einen kontinuierlichen Austausch ermöglichen und von denen Impulse für weitere Maßnahmen ausgehen können. Gerade die Arbeit an dem Überleitungsbogen als einem zentralen Instrument zur Optimierung der Übergänge an den verschiedenen Schnittstellen machte deutlich, wie notwendig ein sektorübergreifender Austausch ist, um die unterschiedlichen Bedarfe und Interessen aus Betroffenenperspektive zu überprüfen, neu zu formulieren und daraus gemeinsame Maßnahmen zu entwickeln.

Die Stadt Offenbach kann hier eine verbindende, unterstützende und koordinierende Funktion übernehmen und dadurch Impulse setzen.

LITERATUR

- Corbin J., Strauss A. (1993): Weiterleben lernen. Piper
- Feuerstein G. (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Badura, B.; Feuerstein G., Schott T. (Hrsg.) System Krankenhaus. Juventa, S. 41-67
- Höhmnn U., Müller-Mundt G., Schulz B. (1998): Qualität durch Kooperation. Mabuse
- Höhmnn U. (2002): Spezifische Vernetzungserfordernisse für langzeitpflegebedürftige, hochaltrige Menschen. Expertise für den Vierten Altenbericht der Bundesregierung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) Expertisen für den Vierten Altenbericht Band III, Vincentz, S. 289-428
- Müller M. (1999): Human Factor Research Projekt. CF-Info, Publikationen der Flugbetriebsinspektion des Lufthansa-Konzerns, 2/99 S. 1-8 und 1/00 S. 1-10
- Müller M. (2004): Risiko und Risikomanagement im Luftverkehr, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität, 7 S. 559-574
- Schaeffer D., Moers M. (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten - Herausforderung für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaften. Juventa, S. 447-483
- Schaeffer D. (2004): Der Patient als Nutzer. Huber
- Schardt T. (1997): Künftige Aufgabenschwerpunkte zur Sicherung von Qualität in der Gesundheitsversorgung. In: Schönhals KM, Höhmnn U, Möhrle A (Hrsg.) Qualität im Medizinbetrieb - für wen - mit wem- zu Lasten von wem? Haag & Herchen
- Strauss A., Corbin J. (1988): Shaping A New Health Care System. Jossey Bass

Anhang I: In der Qualitätsarbeitsgruppe vertretene Einrichtungen und Berufsgruppen

Ketteler-Krankenhaus (Pflegedienstleitung, Sozialdienst und Oberarzt Innere)
Klinikum Offenbach (Pflege, Sozialdienst, Oberarzt Chirurgie)
Privatklinik Frühauf (Ärztlicher Direktor)

Anni-Emmerling-Haus, Pflegeheim (Sozialdienst)
Caritaszentrum St. Elisabeth, St. Ludwig, St. Hildegard, Pflegeheime (Heimleitung)
Elisabeth-Maas-Haus, Ev. Frauenverein e.V., Pflegeheim (Pflegedienstleitung)
Seniorenheim Nordring (Pflegedienstleitung)
Senioren-Zentrum „Am Hessenring“ (Sozialdienst)

Ambulante Hauskrankenpflege Ledwig (Leitung)
Ambulante Hauskrankenpflege Schikowski (Leitung)
Arbeiterwohlfahrt Häusliche Krankenpflege (Leitung)
Pflegedienst „Hand in Hand“, gGmbH (Leitung)
Private Pflege GmbH i. G. Rundum Pflege Dienst (Leitung)

Ökumenische Initiative Hospizbewegung Offenbach e.V. (Leitung)

Barmer Ersatzkasse (Pflegesachbearbeiter)

Hausärztliche Versorgung Offenbach e.V., Ärzteverein Offenbach (Hausarzt)

Sozialamt
Senioren- und Behindertenbetreuung,
BEKO: Beratungs- und Koordinierungsstelle für ältere Menschen
Stadtgesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst)

Anhang II: Expertenstandard Entlassungsmanagement

Standardaussage: Für jeden Patienten einer stationären Einrichtung des Gesundheitswesens ist ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten.

Begründung: Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Leidbelastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Frühzeitiges pflegerisches Entlassungsmanagement fördert den nahtlosen Übergang von Patienten, die über die Entlassungssituation hinausgehenden Versorgungs- und Unterstützungsbedarf haben. Die Pflegefachkraft wirkt durch systematisches Assessment, Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen sowie abschließende Evaluation auf die Sicherung der Versorgungskontinuität hin.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien und Assessmentinstrumente vorliegen.</p> <p>Die Pflegefachkraft ...</p> <p>S1b beherrscht die Anwendung und Auswahl von Instrumenten zur Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfes anhand von zielgruppenspezifischen Kriterien.</p>	<p>Die Pflegefachkraft ...</p> <p>P1 führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfes durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufes aktualisiert. Bei erhöhtem Unterstützungsbedarf erfolgt ein frühestmögliches differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mit einem geeigneten Instrument.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfes liegt vor.</p>
<p>S2 verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.</p>	<p>P2 entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung.</p>	<p>E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung hervorgehen.</p>
<p>S3 verfügt über die Fähigkeiten, Patienten und Angehörige in Bezug auf den weiterhin bestehenden Pflegebedarf zu beraten und zu schulen sowie die Koordination der weiteren an der Schulung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p>	<p>P3 gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen auf der Grundlage der individuellen Entlassungsplanung einen hohen Informationsstand und sorgt für die Vermittlung von Kompetenzen zur Bewältigung der Lebenssituation.</p>	<p>E3 Der Patient und seine Angehörigen sind auf dem aktuellen Stand der Entlassungsplanung. Sie kennen im Hinblick auf den vorliegenden Pflege- und Versorgungsbedarf Möglichkeiten, veränderte Anforderungen ihrer Lebenssituation zu bewältigen.</p>
<p>S4 ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p>	<p>P4 stimmt in Kooperation mit dem Patient und seinen Angehörigen sowie den innerhalb und außerhalb des Krankenhauses beteiligten Stellen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab. Den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtungen wird eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen angeboten.</p>	<p>E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Stellen sind der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf und der Entlassungstermin abgestimmt.</p>
<p>S5 verfügt über die Fähigkeiten zur abschließenden Beurteilung eines fallangemessenen Entlassungsmanagements.</p>	<p>P5 führt mit dem Patient und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p>	<p>E5 Die Entlassung des Patienten ist vorbereitet.</p>
<p>S6 ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation durchzuführen.</p>	<p>P6 nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung auf und prüft die Umsetzung der Entlassungsplanung.</p>	<p>E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen erhalten und konnten die Situation nach der Entlassung bewältigen.</p>

Anhang III: Folien, Ergebnisse der Bestandsaufnahme

Folie 1: Kooperationserleichternde Faktoren

- Kontakte, Bekanntheit, überschaubare Stadt
- Transparenz der Arbeit, Erreichbarkeit, rechtzeitige Terminbekanntgaben
- Hilfsmittel wie
 - ▶ Verlegungsberichte
 - ▶ Checklisten
- regelhafte berufs- und institutionsübergreifende Besprechungen wie
 - ▶ Visiten
 - ▶ Dienstbesprechungen
 - ▶ Fortbildungen

Folie 2: Kooperationsdefizite

- fehlende berufs- und institutionenübergreifende Abstimmung
- Unkenntnis über die wechselseitigen Arbeitsinhalte, Arbeitsaufträge, Rollen
- organisationskulturelle und -strukturelle Faktoren, Vertrauensdefizite

Folie 3: Fehlende berufs- und institutionsübergreifende Abstimmung (1)

- Informationsdefizit durch Verlust von Überleitungsbögen
- nach Klinikentlassungen fehlende Informationen (Medikamentenumstellungen, Wundversorgung) besonders berufsgruppenübergreifend
- zu kurzfristige Information bei Klinikentlassungen
- fehlende Rückmeldung über den Erfolg der Überleitung

Folie 4: Fehlende berufs- und institutionsübergreifende Abstimmung (2)

Krankenhaus ◀ Ambulante Pflege



fehlende Angaben über zuständigen Pflegedienst

Ambulante Pflege ◀ Krankenhaus



zu kurzfristige Information über die Entlassung

Krankenhaus ◀ (Teil-)Stationäre Pflege



Verlust von Überleitungsbögen

(Teil-)Stationäre Pflege ◀ Krankenhaus



fehlende Information über Medikamentenumstellung

▶ ▶ **Fehlende Rückmeldung über Erfolg der Überleitung!**

Anhang III: Folien, Ergebnisse der Bestandsaufnahme

Folie 5: Unkenntnis über die wechselseitigen Arbeitsinhalte, Arbeitsaufträge, Rollen

- Unkenntnis z.B. über das Leistungsangebot ambulanter Dienste, BEKO, Heime
- fehlendes Wissen über Strukturen in der (teil-)stationären Pflege
- ungenügendes Wissen über den Informationsbedarf der anderen Berufsgruppen und Institutionen
 - ▶ Pflegedienste benötigen bei Klinikentlassungen mehr pflegerelevante als medizinische Informationen

Folie 6: Organisationskulturelle und -strukturelle Faktoren

- unterschiedliche konzeptionelle Vorstellungen, z. B. über Therapie und Heilung
- verschiedene Sprachen, hierarchische Beziehungen
- verschiedene Aufträge, Strategien, Ziele

Vertrauensdefizite

Erwartungen an das Projekt

- Sensibilisierung für Schnittstellenproblematik
- besseres Kennen lernen der wechselseitigen Arbeitsaufträge und Arbeitsinhalte, systematischer Austausch/ Fortbildungen
- Entwicklung von mehr Verständnis und Vertrauen
- Verbesserung des Informationsflusses auf Basis vereinheitlichter Verfahren
- Beitrag zur Veränderung der Hilfekultur
- hohe Selbstverpflichtung, die auch von den anderen erwartet wird

Anhang IV: Kurzverlegungsbericht, Endfassung

ADK	LKK	BKK	BKK	VdAK	AEV	Krappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geh. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsanz-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Pflegedienst / Krankenhaus / Heim

Platz für LOGO

Pflegerischer Kurzverlegungsbericht

Versicherungskarte ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Telefon:		Pflegekasse: Sonstige Kostenträger:	
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	Religion:	Pflegestufe nach SGB XI 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> lebt alleine <input type="checkbox"/> lebt zusammen mit:			
Ansprechpartner			
Angehörige Name, Vorname: Anschrift: Telefon/Fax:		Hausarzt Name, Vorname: Anschrift: Telefon/Fax:	
Gesetzlicher Betreuer Name, Vorname: Anschrift: Telefon/Fax: Aufgabengebiete:		Pflegedienst/Pflegeheim Name: Anschrift: Telefon/Fax:	
Pflegeberatungsgespräch		Diagnosen	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Datum: Ergebnis:			
SGB V Leistungen	SGB XI Leistungen	bisherige Medikation: (ggf. Rückseite benutzen)	
Patientenverfügung			
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aufbewahrungsort:			
Risiken und Infektionen		Sonstige Risiken	
<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> andere Infektionen:	<input type="checkbox"/> Sturzgefahr <input type="checkbox"/> andere Risiken:	
Besonderheiten			
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Marcumareinnahme <input type="checkbox"/> Allergien: <input type="checkbox"/> Schmerzen (Art, Lokalisation, Intensität, Bewältigung):			

Anhang IV: Kurzverlegungsbericht, Endfassung

Essen & Trinken						Ausscheidung					
Kostform:	Diät:					selbständige Toilettenbenutzung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	S	A	U	TÜ	VÜ	Harninkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Flüssigkeitsaufnahme ml:						Blasenverweilkatheter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein liegt seit:					
Nahrungsaufnahme						<input type="checkbox"/> suprapubisch <input type="checkbox"/> transurethral CH					
Mundgerechte Zubereitung						Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Schluckstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						Stuhlregulierung durch:					
Kontrolle der Flüssigkeits-/ Nahrungsaufnahme erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein											
Ernährungssonde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein											
Sondennahrung (Menge und Häufigkeit)						zuletzt abgeführt am:					
						Anus praeter System: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beutel:					
Waschen & Kleiden						Mobilität					
	S	A	U	TÜ	VÜ		S	A	Ü	TÜ	VÜ
Waschen						Sitzen					
Duschen/Baden						Gehen / Stehen					
Kämmen/Rasieren						Bett aufsuchen/verlassen					
Mundhygiene						Umlagern im Bett					
An- und Auskleiden						Bettlägerig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Hautpflege:											
Bewusstsein / Kommunikation						Hilfsmittel					
Orientierung:						<input type="checkbox"/> Brille			<input type="checkbox"/> Pflegebett		
Muttersprache:						<input type="checkbox"/> Hörgerät: <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li			<input type="checkbox"/> Anti-Dekubitusmatratze Art:		
Artikulations-/ Sprachstörungen:						<input type="checkbox"/> Gehhilfe			<input type="checkbox"/> Rollator		
Sonstiges:						<input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten			<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl		
						<input type="checkbox"/> Dusch-/Badeeinsatz			<input type="checkbox"/> Toilettenaufsatz		
						Kontinenzversorgung:					
						Sonstige:					
Chronische Wunden											
Wunde vorhanden <input type="checkbox"/> ja (siehe Wundhefungsbogen) <input type="checkbox"/> nein											

Legende: S = Selbständig, A = Anleitung, U = Unterstützung, TÜ = Teilweise Übernahme, VÜ = Volle Übernahme

mündliche Übergabe erforderlich ja nein

Empfehlungen/Anmerkungen:

Station / Telefon :

Datum / Unterschrift :

Anhang IV: Kurzverlegungsbericht, Endfassung

Wunderhebungsbogen	
Wundart:	Grad:
Größe: x cm	Wundversorgung:
Wundtiefe: cm	
Sonstiges (Taschenbildung/Auffälligkeiten etc):	
Lokalisation:	