

Überleitungsprojekt

in Trägerschaft der Oldenburger Krankenhäuser
Regine Harms
c/o Pius-Hospital
Georgstr. 12, 26121 Oldenburg
Tel: 0441 / 8000 921
Email: regineharms@yahoo.de



Qualität durch
Vernetzung

ABSCHLUSSBERICHT

des Oldenburger
Überleitungsprojektes

Regine Harms

April 2004

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | DAS ÜBERLEITUNGSPROJEKT | 3 |
| 1.1 | Vorgeschichte des Projektes..... | 3 |
| 1.2 | Vorgehen im Projekt..... | 3 |
| 1.3 | Modell- oder Projektstationen | 5 |
| 1.4 | Ziele des Projektes..... | 5 |
| 2. | BESTANDSAUFNAHME..... | 5 |
| 2.1 | Auswertung archivierter Krankenakten | 6 |
| 2.1.1 | Auswertung der Eintragungen in die Informationssammlung/das Stammblatt..... | 7 |
| 2.1.2 | Auswertung der Kurven..... | 7 |
| 2.1.3 | Auswertung der Überleitungsbögen | 7 |
| 2.1.4 | Auswertung der Arztbriefe..... | 8 |
| 2.1.5 | Schlussfolgerungen..... | 8 |
| 2.2 | Auswertung von Gesprächen und Fragebögen | 9 |
| 2.2.1 | Krankenhäuser | 9 |
| 2.2.2 | Ambulante Pflegedienste, Heime, Arztpraxen | 9 |
| 3. | VORGEHEN IM PROJEKT..... | 10 |
| 3.1 | Projektgruppe..... | 10 |
| 3.2 | Einbeziehung weiterer Personen | 11 |
| 3.2.1 | Ärztliche Arbeitsgruppe | 12 |
| 3.2.2 | Therapeutische Arbeitsgruppe | 12 |
| 3.2.3 | Patienten/Patientinnen und Angehörige..... | 12 |
| 3.2.4 | Ambulante Pflegedienste, Heime, Arztpraxen | 14 |
| 4. | ERGEBNISSE..... | 15 |
| 4.1 | Krankenhausinterne Veränderungen | 15 |
| 4.2 | Gemeinsame Ergebnisse der Krankenhäuser | 16 |
| 4.2.1 | Standard und Leitsätze | 16 |
| 4.2.2 | Überleitungsbogen | 17 |
| 4.2.3 | Therapeutische Abschlussberichte | 19 |
| 4.3 | Ambulante Pflegedienste | 20 |
| 4.3.1 | Leitsätze zur Patientenüberleitung..... | 20 |
| 4.3.2 | Überleitungsbogen | 21 |
| 4.3.3 | Ärztlich – pflegerisches Informationsblatt..... | 22 |
| 4.4 | Heime..... | 23 |
| 4.4.1 | Leitsätze zur Patientenüberleitung..... | 23 |
| 4.4.2 | Überleitungsbogen | 24 |
| 4.5 | Arztpraxen..... | 25 |
| 4.5.1 | Leitsätze zur Patientenüberleitung..... | 25 |
| 4.5.2 | Patienteninformation Arztpraxis → Klinik | 25 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 5. | WEITERFÜHRUNG DER INHALTE NACH PROJEKTENDE | 26 |
| 5.1 | Versorgungsnetz Gesundheit..... | 27 |
| 5.2 | Fachgruppe Überleitung..... | 28 |
| 5.3 | Umsetzung der Ergebnisse..... | 29 |
| 6. | WEITERE VORHABEN | 29 |
| 6.1 | Flyer für Patienten/-innen und Angehörige | 29 |
| 6.2 | Pflegeforum..... | 30 |
| 6.3 | Vereinfachung der zwischenärztlichen Kommunikation..... | 31 |
| 6.4 | Label | 31 |
| 6.5 | Anregungen von Patienten/Patientinnen und Angehörigen | 32 |
| 6.6 | Befragung von Patienten/-innen und Angehörigen | 33 |
| 7. | SCHLUSSBETRACHTUNG | 33 |
| 8. | ANHANG | 35 |
| I | Standard für Krankenhäuser | |
| IIa/b | Verfahrensregelung für Krankenhäuser | |
| IIIa-f | Berufsspezifische Leitsätze für Krankenhäuser | |
| IV | Überleitungsbogen für Krankenhäuser | |
| V | Therapeutischer Abschlussbericht Physio-/Ergotherapie | |
| VI | Therapeutischer Abschlussbericht Logopädie | |
| VII | Leitsätze zur Patientenüberleitung für ambulante Pflegedienste | |
| VIII | Überleitungsbogen für ambulante Pflegedienste | |
| IX | Ärztlich – pflegerisches Informationsblatt im ambulanten Bereich | |
| X | Leitsätze zur Patientenüberleitung für Heime | |
| XI | Überleitungsbogen für Heime | |
| XII | Leitsätze zur Patientenüberleitung für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte | |
| XIII | Patienteninformation Arztpraxis → Klinik | |
| XIV | Öffentlichkeitsarbeit zum Projekt | |

1. DAS ÜBERLEITUNGSPROJEKT

Das Oldenburger Überleitungsprojekt hatte zum Ziel, über eine verbesserte Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Einrichtungen, die an der Patientenversorgung beteiligt sind, eine höhere Versorgungsqualität zu erreichen. Dazu wurden Leitsätze entwickelt welche aussagen, was zu einer guten Entlassungsplanung dazugehört und wie die Übergänge von einer versorgenden Einrichtung zur nächsten gestaltet werden sollen. Die bereits vorhandenen Ressourcen der verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen werden gebündelt und miteinander vernetzt.

1.1 Vorgeschichte des Projektes

Das Überleitungsprojekt ist aus dem Modellprojekt „Qualitätsentwicklung auf der Ebene des Care Managements“ hervorgegangen. Dieses wurde von Juli 1998 bis Februar 2002 in der Oldenburger Region durchgeführt. Organisiert und begleitet wurde dieses Projekt vom Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (einer Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen) und initiiert von der Qualitätsinitiative – Niedersächsischer Verein zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen e.V. Die Projektleiterin war Maren Stamer. Im Verlauf dieses Projektes, das sich schwerpunktmäßig mit der Verbesserung von Kommunikation, Kooperation und Koordination in der ambulanten und ambulant-stationären Versorgung beschäftigte, entstand die Idee, den Bereich Überleitung (von Patienten/-innen, die nach der Entlassung/Verlegung noch institutionelle Hilfe benötigen) über ein gesondertes Projekt vertieft zu bearbeiten. Die Geschäftsführer der drei Oldenburger Krankenhäuser erklärten sich bereit, die Trägerschaft für solch ein Projekt und die Kosten für eine koordinierende Stelle mit zehn Wochenstunden über den Zeitraum von zwei Jahren zu übernehmen. Parallel mit dem Start des Überleitungsprojektes im Februar 2002 wurde der Verein: „Versorgungsnetz Gesundheit – Verein zur Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ gegründet. Dieser Verein unterstützt innovative regionale Projekte und Vorhaben berufs- und einrichtungsübergreifender Zusammenarbeit. Im Rahmen dieser Zielsetzung wird der Verein in Absprache mit den Projektteilnehmern/-innen u.a. zur Multiplikation der Ergebnisse des Überleitungsprojektes beitragen (s. 5.1).

1.2 Vorgehen im Projekt

Am Beginn des Projektes standen Gespräche zur Abklärung des Projektumfangs. Dabei stellte sich heraus, dass der Schwerpunkt der Arbeit in einer Optimierung der einrichtungs-

übergreifenden Zusammenarbeit bestehen würde. Darüber hinaus sollte das Projekt genutzt werden, um im Klinikum die krankenhausinternen Abläufe zu optimieren, die sich auf die Entlassungsplanung beziehen. Im Evangelischen Krankenhaus wurde Zufriedenheit mit den internen Abläufen geäußert und im Pius-Hospital wurde unabhängig vom Überleitungsprojekt bis Anfang des Jahres 2002 ein umfangreiches Konzept „Koordinierte Entlassung“ abgeschlossen. Dort musste eine Einarbeitungszeit abgewartet werden, bevor eine Bestandsaufnahme bspw. zur Nutzung der Dokumentation sinnvoll war. Die krankenhausinternen Bestandsaufnahmen wurden daher im Evangelischen Krankenhaus und im Klinikum zu Beginn des Projektes und im Pius-Hospital teilweise (Auswertung von Krankenakten) erst ein Jahr nach Projektbeginn durchgeführt (s. 2.1).

Das zentrale Instrument des Überleitungsprojektes war die große Projektgruppe. Aus den drei Krankenhäusern waren jeweils Personen aus den Bereichen ärztlicher Dienst, pflegerischer Dienst und Sozialdienst vertreten. Außerdem kamen Vertreter/-innen der Bereiche private ambulante Pflege / Sozialstationen, niedergelassene Ärzte/-innen, Heime, Krankenkassen und MDK hinzu (s. 3.1). Themenabhängig wurden zusätzliche Vertreter/-innen einer Einrichtungsart eingeladen oder weitere Personen aus anderen Bereichen. So kamen zu einem Termin mit dem Thema „Anliegen von Patienten/-innen und Angehörigen“ Vertreter/-innen von Selbsthilfegruppen, eine pflegende Angehörige sowie in dem Bereich tätige Professionelle von der Patientenberatungsstelle des VdK und von der BeKoS dazu.

Parallel zu der großen Projektgruppe trafen sich krankenhausintern die Projektgruppenmitglieder aus dem jeweils betreffenden Krankenhaus mit weiteren Kollegen/-innen z.B. aus der Pflegedienstleitung, Therapie- oder EDV-Abteilung. Berichte zu den dort erzielten Resultaten befinden sich ausschließlich in den Abschlussberichten der jeweiligen Häuser.

Über die regelmäßige oder punktuelle Teilnahme an den Projektgruppensitzungen hinaus konnten sich interessierte Personen über die Protokolle laufend über das Projektgeschehen informieren und sich einbringen. Die breite Streuung der Protokolle ermöglichte direkte Rückmeldungen zu den im Projekt besprochenen Inhalten und es konnten Anregungen oder auch Zweifel weitergegeben werden. Darüber hinaus hatten die Protokolle den Zweck, gezielt Personen in Leitungspositionen über den Projektstand zu informieren um späteren eventuellen Einwänden vorzubeugen. Von den Rückmeldemöglichkeiten über Protokolle wurde im gesamten Projektverlauf rege Gebrauch gemacht.

Das Projekt war auf die Stadt Oldenburg beschränkt; nach der Projektphase ist allerdings an eine Übertragung auf die Region Oldenburg gedacht, was in den Aufgabenbereich des Vereins Versorgungsnetz Gesundheit fallen wird.

1.3 Modell- oder Projektstationen

Um die erarbeiteten Ideen auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüfen zu können, wurden in jedem Krankenhaus eine oder mehrere Modellstationen ausgewählt. Zur leichteren Vergleichbarkeit wurde mit der Inneren Medizin eine Abteilung gewählt, über die alle drei Häuser verfügen. Außerdem werden von den betroffenen Patienten/-innen besonders viele auf Stationen der Inneren Medizin behandelt. Im Projektverlauf zeigte es sich, dass die Rolle der Modellstationen für die Bestandsaufnahmen wichtig war und die Pflegekräfte für die Projektgruppe kamen von diesen Stationen. Testphasen oder Erhebungen wurden jedoch in den gesamten Krankenhäusern durchgeführt (s. 4.2.2). Für die krankenhauses internen Veränderungen spielten die Modellstationen indes eine größere Rolle. Mit den Leitungskräften der Stationen wurden die Ergebnisse der jeweiligen Bestandsaufnahme besprochen und der Projektverlauf diskutiert. Im Klinikum wurde die Modellstation auch zur Erprobung vorgeschlagener Veränderungen genutzt (s. 4.1).

1.4 Ziele des Projektes

Im Projekt sollten die Abläufe, die mit der Aufnahme, Entlassung und Überleitung in weiterversorgende Einrichtungen verbunden sind, standardisiert werden, um eine möglichst hohe Verbindlichkeit zu erreichen. Nach der Projektphase sollte eine weitgehende Arbeitserleichterung für alle Beteiligten erreicht werden, da Abläufe und Zuständigkeiten geklärt wurden und außer in Sondersituationen zukünftig nicht mühsam nach Einzellösungen gesucht werden muss. Über allen Maßnahmen sollte aber das Wohl der Patienten/-innen stehen und es sollten Regelungen gefunden werden, die eine bestmögliche Versorgung gewährleisten. Bei der Suche nach dieser bestmöglichen Versorgung sollte nicht jede Person / Institution in der Versorgungskette wieder von vorne anfangen oder im schlimmsten Fall sogar gegen die vorherige oder anschließend versorgende Einrichtung arbeiten. Mit diesen Zielen vor Augen wurde eine Bestandsaufnahme durchgeführt und nach Lösungsmöglichkeiten gesucht.

2. BESTANDSAUFNAHME

Zum Projektstart wurde eine gründliche Bestandsaufnahme vereinbart. Damit wollten die Projektbeteiligten eine Grundlage schaffen, aus der die bisherigen Stärken hervorgehen sollten und aus der vorhandene Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Entlassungsplanung/Überleitung herausgearbeitet werden konnten.

Ein Aspekt der Bestandsaufnahme waren statistische Überprüfungen mit objektiv messbaren Parametern. Ein gutes Mittel zu diesem Zweck war die Auswertung archivierter Krankenakten solcher Patienten/-innen, bei denen eine Entlassungsplanung stattgefunden haben musste (s. 2.1). Auf diesem Weg konnten besonders Aussagen über die Entlassungsplanung der Krankenhäuser getroffen werden. Waren vor dem Krankenhausaufenthalt bereits Pflegedienste oder Heime in die Versorgung involviert, konnten auch Aussagen zur Überleitungspraxis dieser Einrichtungen getroffen werden.

Eine eher subjektive Herangehensweise war die Befragung derjenigen, die im Alltag mit der Entlassungsplanung und damit der Überleitung von Patienten/-innen in den häuslichen oder weiteren stationären Bereich befasst sind (s. 2.2). Gegenstand dieser Befragung in den Krankenhäusern waren vor allem die Art der Dokumentation, die Kooperation innerhalb des Krankenhauses und die Kooperation mit externen Personen / Einrichtungen.

Zusätzlich wurden über Fragebögen ambulante Pflegedienste/Sozialstationen, Heime und niedergelassene Ärzte/Ärztinnen befragt. Bestandteil dieser Befragungen waren Aspekte der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern sowie mit anderen Einrichtungen.

Außerdem konnte auf Ergebnisse des Vorgängerprojektes zurückgegriffen werden.

2.1 Auswertung archivierter Krankenakten

Bei der Auswertung archivierter Krankenakten wurden ausschließlich Akten von Patienten/-innen berücksichtigt, die entweder mit häuslicher Krankenpflege entlassen oder in ein Heim verlegt wurden. Bei diesen Patienten/-innen muss eine Entlassungsplanung stattgefunden haben und es interessierte, was von wem an welchem Ort dazu dokumentiert wurde. Eine Dokumentationsnotwendigkeit ergibt sich alleine daraus, dass sich durch den Schichtdienst wechselndes Personal auf den Stationen befindet und anders eine lückenlose Informationsweitergabe nicht gewährleistet ist.

Von den Sozialdienst-Mitarbeitern/-innen wurden die Daten in Frage kommender Patienten/-innen von Stationen der Inneren Medizin zur Verfügung gestellt und entsprechende Akten durchgesehen. Insgesamt wurden so 74 Akten ausgewertet, die sich etwa gleichmäßig auf die drei Krankenhäuser verteilten.

Diese Entlassungen / Verlegungen verteilten sich wie nachstehend:

| | |
|---|---------------------|
| - Verlegung ins Heim | 38 Patienten/-innen |
| - Entlassungen mit häuslicher Krankenpflege | 35 Patienten/-innen |
| - Verlegung ins Landeskrankenhaus | 1 Patient/-in |

Die Patienten/-innen waren durchschnittlich 79,8 Jahre alt (von 34-94 Jahren) und mit 64,9% überwog das weibliche Geschlecht. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 14,1 Tage, falls Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag gerechnet werden, 13,1 Tage.

Die Ergebnisse der drei Krankenhäuser werden hier zusammengefasst dargestellt. Die einzelnen Krankenhäuser haben die sie betreffenden Ergebnisse bereits nach Abschluss der Bestandsaufnahme in ausführlicher Form erhalten.

2.1.1 Auswertung der Eintragungen in die Informationssammlung/das Stammblatt

Die Krankenhäuser haben unterschiedliche Dokumentationssysteme, aber jedes dieser Systeme verfügt über einen Ort, an dem üblicherweise im Rahmen der Pflegeanamnese Daten zur Versorgungssituation erfasst werden. Berücksichtigt wurden in diesem Zusammenhang Eintragungen zur häuslichen Versorgung vor und nach dem Krankenhausaufenthalt sowie Angaben zu Angehörigen/Bezugspersonen. Je nach den Ergebnissen wurden den Krankenhäusern Vorschläge unterbreitet, was zukünftig verbessert werden könnte. Ein Bereich war beispielsweise die Eintragung der geplanten bzw. in die Wege geleiteten Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt.

2.1.2 Auswertung der Kurven

Im Zusammenhang mit der Entlassungsplanung wurden alle Orte gesichtet, an denen für die Entlassungsvorbereitung relevante Informationen dokumentiert sein könnten. Dabei stellte sich heraus, dass recht häufig zum gleichen Sachverhalt an unterschiedlichen Stellen im Kurvensystem dokumentiert wird. In einem der Krankenhäuser wurde daraufhin bspw. ein interdisziplinäres Formblatt zur Entlassungsplanung entwickelt, auf dem sich neben einer Informationssammlung noch eine Checkliste befindet sowie Raum für die laufende Entlassungsplanung. Als Testlauf wird dieses Formblatt auf einigen Stationen in einer EDV-Version benutzt, bei welcher z.B. der Sozialdienst direkt von seinem Arbeitsplatz eintragen kann, welche Schritte in die Wege geleitet wurden.

2.1.3 Auswertung der Überleitungsbögen

Alle 74 Patienten/-innen wurden durch ambulante oder stationäre Einrichtungen übernommen, die an die Krankenhauspflege anknüpften und daher ein Informationsbedürfnis haben mussten. Wurde nach telefonischer Rücksprache auf einen schriftlichen Bogen verzichtet, ist dies trotzdem problematisch, weil die Person des Pflegedienstes oder Heimes, die den Anruf

entgegennimmt, selten hinterher auch die zuständige Pflegekraft sein wird. Die schriftliche Form gewährleistet am ehesten die Weitergabe von Informationen.

Wurde ein Überleitungsbogen vom Krankenhaus mitgegeben, war dieser üblicherweise auch aussagekräftig ausgefüllt.

Bei der Regelmäßigkeit der Mitgabe von Überleitungsbögen zeigte sich bei allen drei Krankenhäusern ein Verbesserungsbedarf, was sich nach Rückmeldungen der weiterversorgenden Einrichtungen in der Zwischenzeit aber verbessert hat.

Pflegeüberleitungsbögen von vorher versorgenden Einrichtungen:

In neun Fällen versorgte ein ambulanter Pflegedienst / eine Sozialstation vorher, in sieben weiteren Fällen kamen die Patienten/-innen aus einem Heim und einmal aus einer Rehabilitationseinrichtung.

Von diesen 17 potentiellen Pflegeüberleitungsbögen wurden fünf aus den Heimen und der Rehaeinrichtung sowie zwei von Pflegediensten mitgegeben oder nachgereicht. In einem Fall war ein PC-Ausdruck des Pflegeberichtes dreieinhalb Monate alt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass beim Thema Überleitungsbögen unabhängig von der Einrichtungsart ein deutlicher Handlungsbedarf bestand.

2.1.4 Auswertung der Arztbriefe

Bei den Arztbriefen wurden ausschließlich die Aspekte berücksichtigt, die mit der Überleitung in einem Zusammenhang stehen. Hierbei wurden sowohl die Kurzarztbriefe als auch die ausführlichen Briefe ausgewertet, weil die Kurzarztbriefe direkt bei der Entlassung / Verlegung mitgegeben werden und die ausführlichen Briefe erst später bei den weiterbehandelnden Ärzten ankommen. Eine Rolle bei der Auswertung spielten besonders Angaben zur Weiterversorgung wie die Verordnung häuslicher Krankenpflege, die Verlegung in eine pflegerische Einrichtung oder die Einleitung einer Betreuung. Die Ergebnisse wurden jeweils in den einzelnen Krankenhäusern sowie in der ärztlichen Arbeitsgruppe besprochen und sind in die Leitsätze der Krankenhäuser (s. Anhang Nr. III c, d) eingeflossen.

2.1.5 Schlussfolgerungen

Die Durchsicht archivierter Krankenakten ist zwar nur ein stichprobenartiges Verfahren, aber die immerhin 74 Akten, in denen eine Entlassungsplanung dokumentiert sein sollte, ließen einige Aussagen zu möglichen Änderungen zu oder darüber, bei welchen Verfahrensweisen / Praktiken stärker auf eine korrekte Handhabung geachtet werden sollte. Die Ergebnisse

wurden in krankenhausinternen Projektgruppen diskutiert, um zu entscheiden, wo aktueller Veränderungsbedarf bestand und wie Optimierungen am besten zu erreichen wären. Die unter 2.2.1 erwähnte Auswertung der archivierten Krankenakten hatte in erster Linie eine Bedeutung für die krankenhausinternen Abläufe, aber Teilergebnisse wie die Nutzung von Überleitungsbögen flossen darüber hinaus in die einrichtungsübergreifende Projektarbeit ein.

2.2 Auswertung von Gesprächen und Fragebögen

Neben den objektiven aber stichprobenartigen Angaben aus den Krankenakten wurden für die Bestandsaufnahme Fragebögen verteilt und diverse Gespräche geführt. Die so gewonnenen Angaben sind zwar jeweils subjektiv, beinhalten dafür aber den Kontext des Arbeitsalltages, in welchem mit den zu erarbeitenden Veränderungen zukünftig gearbeitet werden muss. Auf diese Weise konnte ein Bild über die übliche Entlassungsplanung in den Krankenhäusern gewonnen werden und es war möglich, Bereiche herauszufinden, in denen Verbesserungsbedarf bei den unterschiedlichen Einrichtungen in Bezug auf deren Überleitungspraxis bestand.

2.2.1 Krankenhäuser

In den Krankenhäusern wurde die gängige Praxis in den Bereichen Aufnahme / Dokumentation, interdisziplinäre Kommunikation / Kooperation im Haus, Kooperation mit externen Einrichtungen erfragt und allgemeine Fragen im Zusammenhang mit dem Projektthema gestellt. Standardisierte Fragen wurden in allen drei Krankenhäusern Pflegekräften und Ärzten/Ärztinnen der Modellstationen und Pflegekräften der Notaufnahmen sowie den Sozialarbeitern/-innen vorgelegt. Vereinzelt kamen Gespräche mit Personen aus der Pflegedienstleitung und einem Qualitätsbeauftragten dazu.

2.2.2 Ambulante Pflegedienste, Heime, Arztpraxen

Alle Oldenburger ambulanten Pflegedienste bekamen einen Fragebogen zugeschickt, in dem schwerpunktmäßig Fragen zum Informationsaustausch mit Krankenhäusern gestellt wurden. Ein zweiter größerer Bereich betraf die Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen. Mit Verweis auf die Ergebnisse des Vorprojektes (in dem ein Teil der Pflegedienste über drei Jahre hinweg mitgearbeitet hatte), beantworteten lediglich sieben der 22 angefragten Pflegedienste den Fragebogen. Mit den meisten privaten Pflegediensten fand im Kontext der Auswahl zweier Vertreter/-innen für die Projektgruppe (s. 3.1) ein gemeinsames Gespräch statt.

Die Oldenburger Heime bekamen ebenfalls alle einen Fragebogen zugeschickt. Elf der 24 Einrichtungen beantworteten die Fragen. Analog zu den Pflegediensten wurde die Kooperation mit den Krankenhäusern und mit weiteren Einrichtungen erfragt.

Bei den niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen richteten wir unser Augenmerk auf die Hausärzte/-innen. Da die meisten Personen sich ihre Hausärzte/-innen aus den Bereichen der Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin auswählen, wurden genau diese Mediziner/-innen angeschrieben. Wenige Tage vor dem Versenden der Fragebögen erschien eine Ankündigung im „Rundschreiben“ der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Bezirksstelle Oldenburg. Der Rücklauf der beantworteten Fragebögen war mit 43% (47 von 109) erfreulich hoch. Wie bei den obigen Einrichtungen lag der Schwerpunkt auf der Kooperation mit Krankenhäusern, aber auch die Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen wurde erfragt.

Die Ergebnisse der Befragungen wurden zusammengefasst und in die Projektgruppe eingebracht.

3. VORGEHEN IM PROJEKT

Das Vorgehen im Projekt war von Beginn an so geplant, dass diejenigen, die in ihrem Arbeitsalltag mit der Überleitung von Patientinnen und Patienten zu tun haben, selbst Veränderungsvorschläge erarbeiten. Unter dieser Prämisse wurde eine Projektgruppe zusammengestellt, welche das zentrale Instrument der Projektarbeit bildete. Die Beteiligung weiterer Personen wurde beispielsweise über eine breitflächige Streuung der Protokolle gewährleistet.

3.1 Projektgruppe

Die Projektgruppe wurde interdisziplinär und einrichtungsübergreifend zusammengestellt. Um trotz der unterschiedlichen Einrichtungen und Berufsgruppen arbeitsfähig zu sein, begrenzten wir die Zahl der Teilnehmer/-innen. Bei den Krankenhäusern kamen die Mitglieder von Stationen der Inneren Medizin.

Die regelmäßig monatlich tagende Gruppe war folgendermaßen zusammengesetzt:

- Evangelisches Krankenhaus: zwei bis drei Pflegekräfte
eine Sozialarbeiterin

- Klinikum Oldenburg: eine Pflegekraft
eine Sozialarbeiterin
eine Ärztin
- Pius - Hospital: ein bis zwei Pflegekräfte
ein Sozialarbeiter
ein Arzt
- Ambulante Pflegedienste: zwei Vertreter/-innen privater Pflegedienste
eine Vertreterin einer Sozialstation
- Arztpraxen: ein bis zwei niedergelassene Ärzte/Ärztinnen
- Heime: zwei Vertreter von Heimen
- Krankenkassen: eine Mitarbeiterin der AOK
zeitweise eine Mitarbeiterin des MDK

Innerhalb der Projektgruppe wurde nach den Ergebnissen der Bestandsaufnahme festgelegt, welche Bereiche bearbeitet werden sollten. Die erarbeiteten Lösungsvorschläge wurden einem breiteren Personenkreis zugänglich gemacht und so beispielsweise an alle Oldenburger Einrichtungen verteilt, die von einem Vorschlag betroffen waren. Nach den daraufhin eingehenden Rückmeldungen wurden die Vorschläge noch einmal überarbeitet und wiederum verschickt. Die Projektgruppe entwickelte damit konkrete Verbesserungsvorschläge und diskutierte Einwände oder Ergänzungsvorschläge weiterer Personen/Institutionen. Bei der Projektgruppe liefen alle Fäden zusammen.

3.2 Einbeziehung weiterer Personen

Regelmäßig wurden weitere Personen über die Protokolle einbezogen. So erhielten nicht nur die 18 – 20 Projektgruppenmitglieder die Sitzungsprotokolle, sondern insgesamt 65 Personen. Neben der bereits erwähnten Rückmeldemöglichkeit hatten die Protokolle den Zweck, relevante Personen wie Leitungskräfte in Krankenhäusern über den Projektstand auf dem Laufenden zu halten. Auf diese Weise sollte vermieden werden, dass am Ende des Projektes von diesem Personenkreis Einwände gegen die Ergebnisse erhoben wurden, was während der Projektlaufzeit ausdrücklich erwünscht war.

Ein zusätzliches Mittel zur Einbeziehung weiterer Personen bestand in der Bildung berufsbezogener Arbeitsgruppen sowie in der Einladung bestimmter Personengruppen zu einzelnen Projektgruppensitzungen. Die berufsbezogenen Arbeitsgruppen werden im Folgenden vorgestellt, zusätzlich wurden zu einem Termin die Leitungen aller Oldenburger Wohn- und Pflegeheime eingeladen und zu einem anderen Termin Personen zum Themenkomplex „Anliegen von Patienten/-innen und Angehörigen“.

3.2.1 Ärztliche Arbeitsgruppe

Eine ärztliche Arbeitsgruppe hat sich an drei Terminen getroffen, um Lösungsvorschläge zu Themen mit primär ärztlicher Zuständigkeit zu besprechen. Beteiligt waren die je zwei Ärztinnen und Ärzte aus Krankenhäusern und Arztpraxen, die in der großen Projektgruppe mitarbeiteten. Ergänzt wurde dieser Personenkreis durch je einen Chefarzt / eine Chefärztin der Inneren Medizin von jedem der drei Krankenhäuser sowie einem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung. Neben der Arbeit an konkreten Themen war die Gruppe ein wichtiges Forum zum Austausch zwischen klinischen und niedergelassenen Ärzten/-innen. Die Vorschläge dieser Arbeitsgruppe flossen direkt in die Leitsätze zur Patientenüberleitung für niedergelassene Ärzte/-innen sowie für Krankenhausärzte/-innen ein. Außerdem wurden Anregungen an andere Berufsgruppen oder Einrichtungsarten weitergegeben bzw. es wurde auf Anregungen und Anfragen von anderen Berufsgruppen oder Einrichtungsarten reagiert. Aus solch einem Dialog zwischen ärztlicher Arbeitsgruppe und Projektgruppe entstand beispielsweise das ärztlich-pflegerische Informationsblatt für den ambulanten Bereich (s. 4.3.3).

3.2.2 Therapeutische Arbeitsgruppe

Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung spielen Physio- und Ergotherapeuten/-innen sowie Logopäden/-innen eine wichtige Rolle. Vertreter/-innen dieser Berufsgruppen luden wir zu einer Projektgruppensitzung ein und beschlossen dort, eine therapeutische Arbeitsgruppe einzurichten, in welcher konzentriert Aspekte einer verbesserten Kooperation besprochen wurden. Von den Krankenhäusern und dem Oldenburger Reha-Zentrum arbeiteten die leitenden Physiotherapeuten/-innen mit (in einem Fall eine Vertretung) und aus dem ambulanten Bereich waren alle drei Berufsgruppen vertreten. Da es wie bei der großen Projektgruppe mehr Interessenten/-innen gab, als für eine arbeitsfähige Gruppengröße sinnvoll war, gab es wiederum einen erweiterterten Protokollverteiler mit Rückmeldemöglichkeit an die Arbeitsgruppe. Zusätzlich gab es über die Projektkoordinatorin einen indirekten Austausch mit der ärztlichen Arbeitsgruppe, wobei die (in 4.5.1 erwähnten) Ergebnisse in die Projektgruppe zurückgetragen wurden und in die Leitsätze zur Patientenüberleitung einfließen.

3.2.3 Patienten/Patientinnen und Angehörige

In der Projektgruppe trafen wir Vereinbarungen zu einer verbesserten Kommunikation und Kooperation, aber das Gesamtziel bestand in einer qualitativen Verbesserung der

Patientenversorgung. Obwohl die Projektbeteiligten hauptberuflich mit der Versorgung von Patienten/-innen betraut sind, wollten wir trotzdem sicher gehen, die Anliegen der Patienten/-innen und Angehörigen ausreichend im Blick zu haben.

Aus diesem Grund luden wir zu einer Projektgruppensitzung Vertreter/-innen mehrerer Selbsthilfegruppen und eine pflegende Angehörige ein sowie als Professionelle, die sich mit Patientenrechten beschäftigen, die Leiterin der Oldenburger BeKOS (Beratungs- und Koordinierungsstelle für Selbsthilfegruppen) und den Ansprechpartner der Patientenberatung des VdK. Zu der folgenden Projektgruppensitzung kam außerdem der Leiter einer großen Selbsthilfegruppe, der zum vorigen Termin verhindert war, als Gast dazu.

Aus diesen Gesprächen erhielten wir einerseits eine Bestätigung unserer bisherigen Planungen, andererseits kamen einige neue Anregungen hinzu. Die Anregungen sind in die Projektarbeit eingeflossen, auch wenn nicht jeder Punkt umgesetzt werden konnte. Zwei der in diesem Kontext genannten Anregungen sind unter 6.5 aufgeführt. Eine dritte Anfrage, die sich in erster Linie an den MDK richtete, wurde auf kurzem telefonischen Weg beantwortet und ist nachfolgend mit der Antwort des MDK wiedergegeben:

Eilbegutachtung durch den MDK bei Schwerstkranken

Für Patienten/-innen und Angehörige ist eine schnelle Begutachtung besonders dann wichtig, wenn sich schwer kranke Pflegebedürftige zu Hause befinden. Da bei Ablehnungen neben der psychischen Belastung hohe Kosten auf die Familie zukommen können, wurde der Wunsch geäußert, einen Weg zu finden, bei dem in solchen Fällen Eilbegutachtungen möglich sind.

Antwort vom MDK: werden die Patienten/Patientinnen aus dem Krankenhaus entlassen, ist sowieso eine Begutachtung nach Aktenlage möglich. Wird die Begutachtung von zu Hause aus beantragt und es ist eine Pflege durch einen Pflegedienst vorgesehen, ist ebenfalls eine Beschleunigung der Begutachtung nach Aktenlage möglich, wenn der Pflegedienst die Pflegedokumentation vorlegt. Der MDK ist bei den großen Kassen wöchentlich im Haus. Wird eine Geldleistung beantragt, ist üblicherweise eine Pflegeperson aus dem Umfeld der Angehörigen vorhanden und die Pflege damit sichergestellt. Wäre in dem Fall auch eine Eilbegutachtung möglich, würde es fast nur noch Eilbegutachtungen geben und „normale“ Patienten/-innen müssten ewig auf die Begutachtung warten. Sind zur Sicherstellung der Pflege in solchen Fällen aber Hilfsmittel nötig, muss das dem MDK mitgeteilt werden und würde auch vorrangig berücksichtigt werden. Maßstab für den MDK ist die Sicherstellung der Pflege.

3.2.4 Ambulante Pflegedienste, Heime, Arztpraxen

Von Beginn des Projektes an bestand ein Ziel darin, Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten, Heimen und niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen zu schließen.

Von den 24 ambulanten Pflegediensten (im ersten Jahr des Projektes noch 22) haben lediglich drei zu keinem Zeitpunkt auf Anfragen des Projektes reagiert und wünschten beispielsweise auch keine Protokolle zur näheren Information. Die Sozialstationen untereinander haben sich getroffen und ein großer Teil der privaten Pflegedienste bei Bedarf ebenfalls. Die Rückmeldemöglichkeiten über die versendeten Protokolle oder Entwürfe für Formblätter wurden ebenfalls gut genutzt.

Bei den Heimen war es schwieriger, flächendeckend Rückmeldungen zu erhalten. Die Fragebögen im Rahmen der Bestandsaufnahme beantworteten elf der 24 Einrichtungen. Da es in Oldenburg keine trägerübergreifenden Arbeitszusammenhänge gibt, war es bspw. nicht möglich, Vertreter/-innen für die Projektgruppe wählen zu lassen. Es haben dann lediglich sieben Heime regelmäßig die Protokolle erhalten und waren damit bezüglich der Projektarbeit auf dem Laufenden. Da in der Zusammenarbeit sowohl aus Sicht der Krankenhäuser als auch (nach den Antworten auf den Fragebögen) aus Sicht der Heime ein deutlicher Verbesserungsbedarf in der Kooperation bestand, beschlossen wir, zu einem gesonderten Termin alle Oldenburger Heime einzuladen. Bei diesem Treffen waren zwölf Heime vertreten und sechs weitere hatten abgesagt, waren folglich interessiert und lediglich verhindert. In dieser Sitzung wurde zu den meisten Punkten ein Konsens gefunden und wir einigten uns damit auf Eckpunkte für die zukünftigen Leitsätze.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben in der ambulanten Versorgung eine Schlüssel-funktion. Diese bezieht sich sowohl auf die Patienten/-innen und Angehörigen als auch auf versorgende Einrichtungen. Ambulante Pflegedienste und Therapeuten/-innen werden häufig erst über ärztliche Verordnungen hinzugezogen und außerdem ist in fast allen Fällen eine gegenseitige Abstimmung der Behandlung sinnvoll. Da die hausärztliche Funktion meistens von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin wahrgenommen wird, haben wir uns im Projektzusammenhang auf diese Gruppe konzentriert. Für die Mitarbeit in der Projektgruppe „mussten“ wir trotz der Fokussierung des Projektes auf die Stadt Oldenburg neben einer Oldenburger Ärztin auf einen Arzt aus dem Umland zurückgreifen. Wie bereits unter 2.2.2 erwähnt, haben aber 47 der 109 angeschriebenen Ärzte/-innen den Fragebogen zur Bestandsaufnahme ausgefüllt und sich darüber beteiligt. Zu einem späteren Zeitpunkt gab es über die Mitglieder der ärztlichen Arbeitsgruppe hinaus keine weiteren

Rückmeldungen mehr, beispielsweise keine Reaktionen Oldenburger Ärzte/Ärztinnen auf die zugesandten Projektergebnisse.

4. ERGEBNISSE

Der Schwerpunkt des Projektes lag in der einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit. Die Ergebnisse werden jedoch einrichtungsbezogen dargestellt, weil auf diese Weise besser veranschaulicht werden kann, welche konkreten Veränderungen für die zukünftige Überleitungspraxis erarbeitet wurden. Um eine gewisse Verbindlichkeit zu erreichen, haben wir nicht nur Formblätter entwickelt, sondern die Vereinbarungen mit Leitsätzen oder für die Krankenhäuser mit einem Standard in eine Form gebracht, zu deren Einhaltung die einzelnen Einrichtungen sich verpflichten sollen.

Parallel wurden teilweise krankenhauserinterne Veränderungen bei der Entlassungsplanung in die Wege geleitet.

4.1 Krankenhausinterne Veränderungen

Im Zusammenhang mit dem Projekt bestand für die Krankenhäuser die Möglichkeit, interne Abläufe bezogen auf die Entlassungsplanung zu überarbeiten.

Im Evangelischen Krankenhaus erklärten sich die Vertreter/-innen der Pflege, der Ärzte und des Sozialdienstes zufrieden mit der aktuellen Praxis und sahen keinen Veränderungsbedarf. In der hausinternen Gruppe wurden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme sowie die einrichtungsübergreifenden Vorschläge aus der Projektgruppe besprochen.

Im Pius-Hospital wurde unmittelbar vor Beginn des Projektes ein interdisziplinäres Konzept „Koordinierte Entlassung“ verabschiedet. Bei Projektende wurden einzelne Projektergebnisse, die über dieses Konzept hinausgehen, eingearbeitet. Durch das Projekt entwickelte Formblätter wie der Überleitungsbogen (s. 4.2.2) wurden ins Intranet aufgenommen.

Das Klinikum überarbeitete seine Entlassungsplanung im Projektzusammenhang vollständig. So wurde ein Entlassungsplanungsförmular entwickelt, welches im Intranet verfügar ist und für das der Sozialdienst ein Zugriffsrecht bekommen hat. Die Mitarbeiter/-innen des Sozialdienstes können jetzt von ihrem Arbeitsplatz aus direkt in der Stationsdokumentation eintragen, was sie in die Wege geleitet oder erfahren haben. Damit gibt es keine Informationsver-

zögerungen oder gar -verluste mehr. Das Formblatt ist dreigeteilt und beinhaltet neben der laufenden Entlassungsplanung eine Informationssammlung und eine Checkliste für die Entlassungsvorbereitung. Dieses Entlassungsplanungsformular wird auf den Stationen der Inneren Medizin bereits eingesetzt und wird schrittweise auf alle anderen Abteilungen ausgedehnt.

4.2 Gemeinsame Ergebnisse der Krankenhäuser

Im Großen und Ganzen haben die drei Krankenhäuser die gleiche Vorgehensweise vereinbart. So wird in allen drei Krankenhäusern der gleiche Standard zur Entlassungsplanung verabschiedet. Zum Standard gehört eine Verfahrensregelung, die sich je nach Haus punktuell unterscheidet. So wird bspw. auf die jeweilige krankenhausinterne Dokumentation eingegangen. Ergänzend gehören berufsspezifische Leitsätze zum Standard, welche relativ ausführlich auf die Besonderheiten für die Pflegenden, die Ärzte/-innen oder die Sozialarbeiter/-innen eingehen. Nach der Verabschiedung durch die Krankenhausleitungen sind die Ergebnisse für alle Beteiligten verbindlich. Die Krankenhäuser sind auf diese Weise ein hohes Maß an Verpflichtung eingegangen.

4.2.1 Standard und Leitsätze

Um eine möglichst hohe Verbindlichkeit für die Umsetzung der Ergebnisse des Überleitungsprojektes zu erreichen, haben wir in einer kleineren Arbeitsgruppe einen Standard zur Entlassungsplanung und Überleitung entwickelt, der anschließend in der Projektgruppe diskutiert wurde. Ausführlich hatten wir uns mit dem „Expertenstandard zum Entlassungsmanagement“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung (DNQP)¹ beschäftigt, der im November 2002 verabschiedet wurde. Von diesem Standard wurden die Standardausgabe und der größte Teil der Begründung sowie die Aufteilung nach Struktur, Prozess und Ergebnis übernommen, wobei wir noch die Nennung des jeweiligen Zieles vorweggestellt haben. Bei den Inhalten sind wir weitgehend von den Vorgaben des DNQP abgewichen. Das DNQP hat der Pflegefachkraft prinzipiell die entscheidende koordinierende Funktion zugeschrieben. Im Projekt waren wir einstimmig der Meinung, dass die Koordination der Entlassungsplanung in Abhängigkeit von der Situation des einzelnen Patienten wahlweise von der Pflege oder vom Sozialdienst wahrgenommen wird. Betrifft die Überleitung ausschließlich pflegerische Belange, soll auch die Pflege direkt die Überleitung in die Hand nehmen. Sobald das soziale Umfeld ungeklärt ist oder Fragen zur Finanzierung bestehen,

¹ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg), (2002): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Schriftenreihe des Dt. Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück

sollte die Koordination allerdings in den Händen der Sozialarbeiter/-innen liegen. Die Zuständigkeit wird in direktem Austausch zwischen Pflege und Sozialarbeit abgesprochen. Die Aspekte, die das DNQP als strukturelle Aspekte aufgeführt hat, beziehen sich fast ausschließlich auf Fähigkeiten der Pflegefachkraft. Im Projekt wurde beispielsweise zusätzlich auf Qualifikationen, notwendige Zeitbudgets oder einen einheitlichen Dokumentationsort für alle involvierten Berufsgruppen eingegangen. Ziel, Struktur, Prozess und Ergebnis sind jeweils unter den Gliederungspunkten „Aufnahme“, „Behandlungsdauer“, „Überleitung“, „Entlassung“ und „Evaluation“ des Standards ausgeführt worden. Der Standard befindet sich unter Nr. I im Anhang.

Ergänzend zum Standard haben wir eine schriftliche Verfahrensregelung entwickelt, wie es auch das DNQP vorgesehen hat. Anhand der Gliederungspunkte „Aufnahme“, „Krankenhausinterne Abläufe“, „Kooperation mit weiterversorgenden Einrichtungen“, „Entlassung“ und „Evaluation“ wird ausführlicher auf die notwendigen Aufgaben der Krankenhäuser eingegangen. So wird bei den krankenhausinternen Abläufen unter dem Punkt „Entlassungsrelevante Dokumentation“ beispielsweise aufgeführt, was dokumentiert werden soll und welcher Ort in dem jeweiligen Krankenhaus dafür vorgesehen ist (s. Nr. II a, b im Anhang).

Während die Verfahrensregelung berufsübergreifend formuliert ist, haben wir gesondert berufsbezogene Leitsätze zur Entlassungsplanung jeweils für Pflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte und Sozialarbeiter/-innen entworfen. In diesen Leitsätzen sind alle Punkte, die für die Entlassungsplanung und Überleitung wichtig sind, aufgeführt. Es wurde beispielsweise aufgeführt, wer wofür zur Sicherstellung der medikamentösen Versorgung bei Wochenendentlassungen zuständig ist. Diese Leitsätze sind so ausführlich, dass sie beispielsweise zur Information neuer Mitarbeiter/-innen geeignet sind (s. Nr. III a – f im Anhang).

4.2.2 Überleitungsbogen

In der Bestandsaufnahme zeigte sich, dass das größte Kooperationsproblem in unzureichender Informationsweitergabe und mangelnder Kommunikation besteht. Aus diesem Grund entschlossen wir uns, einen Überleitungsbogen zu erstellen, der sowohl die Weitergabe der wichtigsten Informationen gewährleistet als auch die gegenseitige Kommunikation vereinfacht. Alle drei Krankenhäuser waren bereit, sich auf einen gemeinsamen Überleitungsbogen einzulassen, obwohl z.B. eines der Krankenhäuser erst einige Monate zuvor einen neuen eingeführt hatte.

Dem Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation kamen wir dabei auf folgende Weise nach: oben rechts im Überleitungsbogen soll eine auskunftsfähige Ansprechperson mit

Durchwahltelefonnummer und günstigen Zeiten der Erreichbarkeit angegeben werden. Darunter im Bogen befindet sich ein fett umrahmter Bereich mit dem Text „Bitte um Rücksprache“. Dort besteht eine Ankreuzmöglichkeit und falls diese genutzt wurde, weiß die empfangende Person, wen sie für ein eventuell gewünschtes Gespräch anrufen kann.

Die restlichen Teilbereiche des Überleitungsbogens berücksichtigen die Wünsche nach einer Optimierung der Informationsweitergabe. Hierzu wurde ermittelt, welche Informationen von wem tatsächlich benötigt werden.

Als Format für den Überleitungsbogen wurde DIN A 4 gewählt, um eine Versendung per Fax zu ermöglichen. Die Beschränkung auf eine Seite soll die Schwelle zur Verwendung des Bogens niedrig halten. Für umfangreichere Informationen kann bei Bedarf ein zusätzliches Blatt beigelegt werden oder es wird durch Ankreuzen von „Bitte um Rücksprache“ ein zusätzlicher mündlicher Informationsaustausch angestoßen. Welche Informationen im Einzelnen aufgenommen wurden, kann direkt im Überleitungsbogen (s. IV im Anhang) nachgesehen werden.

Erheblichen Diskussionsbedarf gab es zu folgenden Punkten:

- **Medikation:**
abgesehen davon, dass es rechtlich problematisch ist, wenn Pflegekräfte eine (ärztliche) Medikation aufschreiben, wurde als Haupthindernis gesehen, dass die im Krankenhaus gegebene Medikation von den niedergelassenen Ärzten/-innen fast immer verändert wird. Daher einigten wir uns auf die Weitergabe der Information, dass Medikamentengabe oder –überwachung nötig ist. In einem „Beachten“-Feld soll auf besonders wichtige Medikamente wie Insulin oder Marcumar hingewiesen werden.
- **Dekubitus:**
eine durchaus wichtige Information ist die, ob ein Dekubitus vorliegt. Unserer Meinung nach war es schwer, zwischen aufzunehmenden und nicht aufzunehmenden Stichworten eine Grenze zu ziehen. Wenn im Bogen standardmäßig eine Ankreuzmöglichkeit für einen Dekubitus aufgenommen wird, müsste das im Grunde auch bspw. für Kontrakturen vorgesehen werden. Alle Einrichtungsvertreter/-innen sagten übereinstimmend, ein bestehender Dekubitus würde direkt nach der Aufnahme dokumentiert werden. Daher einigten wir uns darauf, dass die verlegende Einrichtung im Überleitungsbogen einen Dekubitus unter „Besonderheiten“ aufführen und auf einen beiliegenden Wundverlegungsbericht (Ankreuzmöglichkeit) verweisen soll.

- **Pflegerische Informationen:**
wie eingangs erwähnt, haben wir uns bei der Auswahl der aufgeführten Stichworte davon leiten lassen, welche Informationen die empfangenden Einrichtungen benötigen. Da unabhängig von der Einrichtungsart kurz nach der Aufnahme von Patienten/-innen eine umfangreiche Pflegeanamnese durchgeführt wird, reichte für den Überleitungsbogen ein allgemeiner Überblick aus, wie er im Bereich „Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten“ vorgesehen ist. Ergänzt wurden die Stichworte im Ankreuzverfahren um Informationen wie letztem Stuhlgang oder Wechsel des Blasenverweilkatheters. Für weitergehende Aussagen soll wiederum die Spalte „Besonderheiten“ genutzt werden.
- **Unterschrift Patient/-in:**
aus Datenschutzgründen ist eine schriftliche Einverständniserklärung zur Weitergabe der Daten von den betroffenen Patienten/-innen erforderlich. Sind diese dazu nicht in der Lage, muss das von der ausfüllenden Pflegekraft auf dem Unterschriftenfeld vermerkt werden. In diesem Fall wird davon ausgegangen, dass die Weitergabe dem Wohl der Patientin / des Patienten dient.
- **Schriftgröße:**
Als Problem wurde der geringe zur Verfügung stehende Platz für Eintragungen genannt. Eingangs wurde aufgeführt, warum eine Entscheidung für die Beschränkung auf eine DIN A 4 Seite fiel. Die meisten Felder sind zum Ankreuzen und Freitext kann unter „Besonderheiten“ eingetragen werden. Eine optimale Lösung zur Vereinfachung der Eintragung und Verbesserung der Lesbarkeit besteht darin, den Bogen in das Intranet aufzunehmen, dort auszufüllen und anschließend auszudrucken.

Der Überleitungsbogen ist im Anhang unter Nr. IV abgebildet.

4.2.3 Therapeutische Abschlussberichte

In der unter 3.2.2 erwähnten Therapeutischen Arbeitsgruppe wurden als wichtigstes Ergebnis zwei therapeutische Abschlussberichte entwickelt. Ein gemeinsamer Bericht für Physio- und Ergotherapeuten/-innen und ein Bericht für Logopäden/-innen. Diese Berichte werden von den stationär tätigen Therapeuten/-innen solchen Patienten/-innen mitgegeben, die wahrscheinlich nach dem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt noch weitergehende Therapie bekommen und bei denen irgendetwas zu beachten ist (Beweglichkeit, Belastung, ...). Ähnlich wie bei den Überleitungsbögen soll im oberen Bereich der Abschlussberichte

eine Ansprechperson mit Erreichbarkeit für eventuelle Rückfragen angegeben werden und es wurde eine Ankreuzmöglichkeit mit der Bitte für eine Rücksprache vorgesehen.

Da logopädische und vereinzelt ergotherapeutische Behandlung im Krankenhaus häufig durch ambulante Therapeuten/-innen durchgeführt wird, wurden diese angeschrieben und gebeten, die Abschlussberichte ebenfalls zu verwenden. Nach Beendigung der Behandlung sollten diese Berichte möglichst den Patienten/-innen übergeben werden, die wiederum die Berichte dem Krankenhaus zur Information / zur Kopie übergeben können.

Die therapeutischen Abschlussberichte befinden sich im Anhang unter Nr. V und VI.

In der Arbeitsgruppe wurde anfangs überlegt, ob ähnliche Berichte von ambulant tätigen Therapeuten/-innen an die Krankenhäuser weitergegeben werden sollen. Davon wurde abgesehen, da die Therapeuten/-innen häufig erst nach einigen Tagen von dem Krankenhausaufenthalt erfahren und der Gesundheitszustand sich üblicherweise verschlechtert hat, wenn eine Person im Krankenhaus aufgenommen wurde. Deswegen könnten die Therapeuten/-innen im Krankenhaus vermutlich wenig mit den Informationen anfangen und der Aufwand des Berichtschreibens wird eindeutig gegenüber dem Nutzen überwiegen.

4.3 Ambulante Pflegedienste

Von den Oldenburger ambulanten Pflegediensten haben sich fast alle in irgendeiner Form am Projektverlauf und der Gestaltung der Ergebnisse beteiligt. Mitte Januar 2004 wurden alle 24 Pflegedienste angeschrieben und erhielten die Projektergebnisse mit der Bitte um Nutzung in schriftlicher Form. Im Gegensatz zu den Krankenhäusern besteht bei den Pflegediensten keinerlei Möglichkeit zu einer verbindlichen Übernahme der Projektergebnisse. Es handelt sich um 24 verschiedene Einrichtungen mit teilweise überregionalen Trägern. Daher können die Pflegedienste nur einzeln erklären, ob sie dazu bereit sind, sich in ihrer Praxis nach den Leitsätzen zu richten und bspw. die Formblätter zu verwenden. Um eine gewisse Verbindlichkeit bei den Antworten bezüglich der Einhaltung dieser Leitsätze zu gewährleisten, wird die Vergabe eines Labels (s. 6.4) vorbereitet, welches diejenigen Institutionen erhalten sollen, die sich selbst verpflichten, die Projektergebnisse anzuwenden und umzusetzen.

4.3.1 Leitsätze zur Patientenüberleitung

Die Leitsätze gelten für solche Patientinnen und Patienten, die aus einer bestehenden ambulanten Versorgung in ein Krankenhaus verlegt und/oder von einem Krankenhaus in die ambulante Versorgung entlassen werden.

Der erste Teil der Leitsätze beschäftigt sich mit der Situation, dass von einem Pflegedienst bereits versorgte Patienten/-innen in einem Krankenhaus aufgenommen werden. Dabei geht es schwerpunktmäßig um die Verwendung eines Überleitungsbogens (s. 4.3.2) und die telefonische Ankündigung von Patienten/-innen in der Notaufnahme des Krankenhauses, sofern der Pflegedienst die Krankenhausaufnahme veranlasst hat.

Im zweiten Teil geht es um neue Patienten/-innen, die aus Krankenhäusern übernommen werden. Dabei wird z.B. festgelegt, unter welchen Umständen Erstbesuche im Krankenhaus durchgeführt werden sollen.

Die Kooperation mit Arztpraxen wird im dritten Teil thematisiert (s. 4.3.3) und im vierten Teil werden die für Überleitungsfragen zuständigen Ansprechpersonen benannt.

Die Leitsätze sind im Anhang unter Nr. VII einzusehen.

4.3.2 Überleitungsbogen

Ähnlich wie bei den Krankenhäusern wurde ein Überleitungsbogen entwickelt, welcher gemeinsam von allen Oldenburger Pflegediensten verwendet werden soll.

Zur Erleichterung der Kommunikation wurde oben rechts ein Feld für die Angabe einer Ansprechperson mit deren Erreichbarkeit vorgesehen. Der Bereich „Bitte um Rücksprache“ hat dieselbe Bedeutung wie im Überleitungsbogen für Krankenhäuser.

Alle übrigen Blöcke dienen einer Optimierung der Informationsweitergabe, wobei ich für die allgemeinen Hinweise auf 4.2.2 verweise und an dieser Stelle nur auf die Unterschiede zum Bogen der Krankenhäuser eingehe:

- Bisherige Medikation:
sind die Hausärzte nicht erreichbar, können die Krankenhäuser die Informationen zur Medikation u.U. nur durch die Pflegedienste erhalten. Aus diesem Grund wurde die zuletzt gegebene Medikation (im Gegensatz zu den Angaben auf dem Bogen der Krankenhäuser) aufgenommen.
- Bereits bekannte Probleme:
bestehen Probleme im Zusammenhang mit der pflegerischen oder medizinischen Versorgung, kann der Pflegedienst dem Krankenhaus hier wertvolle Hinweise geben.
- Pflegeumfang:
es werden nur Stichworte zum Pflegeumfang aufgeschrieben, da Besonderheiten sowieso im direkten Gespräch geklärt werden sollen und dieser Bogen nur einen Überblick geben kann.
- Hilfsmittel:
da Hilfsmittel selten ins Krankenhaus mitgegeben werden, ist es für das Krankenhaus

wichtig zu wissen, welche ggf. bereits im Haushalt der Patientin / des Patienten vorhanden sind.

- Unterschrift Patient/-in:
viele Patienten/-innen werden in Abwesenheit der Pflegedienste ins Krankenhaus eingewiesen und daher empfiehlt es sich, den Bogen bereits im Voraus unterschreiben zu lassen (und die unveränderlichen Daten einzutragen).

Die Weiterleitung des Überleitungsbogens an das betreffende Krankenhaus kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Ist der Pflegedienst in die Krankenhausaufnahme involviert, wird der Bogen direkt mitgegeben. Geschieht die Verlegung ins Krankenhaus ohne Beisein des Pflegedienstes, wird ein Bogen in das Krankenhaus nachgefaxt. Für diesen Zweck wurde in der Fußzeile des Überleitungsbogens eine zentrale Faxnummer für jedes der drei Krankenhäuser eingetragen. Bei diesen Faxnummern können die eingehenden Faxe nicht von Unbefugten eingesehen werden und es ist eine zügige Weiterleitung an die entsprechende Station gewährleistet.

Der Überleitungsbogen ist im Anhang unter Nr. VIII abgebildet.

4.3.3 Ärztlich – pflegerisches Informationsblatt

Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurde mehrfach bemängelt, die meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte würden die pflegerischen Dokumentationsmappen nicht benutzen und bspw. nicht einmal Veränderungen bei der Medikation eintragen. Bei Ansprache dieses Themas in der ärztlichen Arbeitsgruppe war ein Argument, dass die Ärztinnen/Ärzte keine Zeit haben, die relativ umfangreiche pflegerische Dokumentation zu lesen, um für sie wichtige Informationen herauszufiltern. Das hätte häufig zur Folge, dass die Mappen überhaupt nicht benutzt würden. Ein Vorschlag aus der ärztlichen Arbeitsgruppe war dann die Nutzung eines kompakten ärztlich-pflegerischen Informationsblattes, in welchem stichwortartig auf einer Hälfte wichtige Informationen von den Pflegenden an die Ärztinnen/Ärzte und auf der gegenüberliegenden Seite von Ärztinnen/Ärzten an Pflegende eingetragen werden. Mehrere Pflegedienste hatten in ihren Dokumentationssystemen bereits solche Vordrucke eingeführt. Wir einigten uns in der Projektgruppe darauf, jedem Pflegedienst das im Projekt entwickelte Formblatt zuzuschicken, um ein einheitliches Blatt zu haben. Über einen gewissen Wiedererkennungswert erhofften wir uns eine häufigere Nutzung des Formblattes. Alle im Projektzusammenhang angeschriebenen Ärztinnen/Ärzte (s. 4.5.) erhielten das Formblatt zur Kenntnis zugeschickt. Eine in der Projektgruppe vertretene Sozialstation berichtete nach kurzer Zeit, zwei Ärzte, die bisher nie dokumentiert hatten, würden das Blatt benutzen.

Das ärztlich – pflegerische Informationsblatt ist im Anhang unter Nr. IX dieses Berichtes abgedruckt.

4.4 Heime

Im September 2003 wurde in einer gesonderten Sitzung mit Vertretern/-innen von zwölf der 24 Oldenburger Heime besprochen, wie eine Verbesserung der Zusammenarbeit zukünftig aussehen kann. Die endgültigen diesbezüglichen Ergebnisse wurden im Januar 2004 jedem Heim schriftlich zugeschickt. Wie bei den ambulanten Pflegediensten besteht im Gegensatz zu den Krankenhäusern keinerlei Möglichkeit zu einer verbindlichen Übernahme der Projektergebnisse (s. 4.3). Die Heime wurden in dem Anschreiben gebeten, die Leitsätze zur Patientenüberleitung einzuhalten und den Überleitungsbogen als Formblatt zu benutzen.

4.4.1 Leitsätze zur Patientenüberleitung

Die Leitsätze gelten für solche Bewohnerinnen und Bewohner, die aus dem Heim in ein Krankenhaus verlegt und/oder von einem Krankenhaus in das Heim zurückverlegt oder entlassen werden.

Der erste Teil behandelt Verlegungen vom Heim ins Krankenhaus. Neben der Mitgabe des Überleitungsbogens (s. 4.4.2) wurde die telefonische Anmeldung von solchen Bewohnern/-innen, bei denen das Heim selbst die Krankenhausverlegung veranlasst hat, gewünscht. Ein weiterer Punkt betrifft die Mitgabe persönlicher Gegenstände sowie die Wäscheversorgung. Auf Anregung der ärztlichen Arbeitsgruppe wurde zusätzlich der folgende Punkt hinzugekommen: Bei allen Bewohnern/-innen sollte dokumentiert sein, ob sie Erklärungen zu Wünschen bezüglich lebensverlängernder Maßnahmen abgegeben haben. Liegt ein solches Dokument vor, stellt es eine wichtige Entscheidungshilfe zu der Frage einer Krankenhauseinweisung für die notdienstleistenden Ärztinnen / Ärzte dar. Im Krankenhaus kann ein solches Dokument ebenfalls bei Entscheidungen darüber helfen, welche Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

Der zweite Teil, welcher sich mit Patienten/-innen im Krankenhaus beschäftigt, umfasst ausschließlich, dass unter Umständen ein Erstbesuch im Krankenhaus durchgeführt wird. Im letzten Teil der Leitsätze werden Ansprechpersonen bei den Einrichtungen für Überleitungsbelange aufgeführt.

Die Leitsätze befinden sich unter Nr. X im Anhang.

4.4.2 Überleitungsbogen

Ähnlich wie bei den Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten wurde ein Überleitungsbogen entwickelt, der gemeinsam von allen Oldenburger Heimen verwendet werden soll.

Die Erleichterung der Kommunikation spielte bei Heimen eine besonders große Rolle, da es in der Praxis mehr als bei den anderen Einrichtungen schwierig ist, auskunftsfähige Personen für ein Gespräch zu finden. Mit dem Feld oben rechts im Bogen, in dem eine Ansprechperson namentlich mit Erreichbarkeit angegeben werden soll, wurde diesem Problem begegnet. Der Bereich „Bitte um Rücksprache“ soll wiederum ein Mittel zum Austausch über den Bogen hinaus sein.

Bei den übrigen Feldern, die einer Optimierung der Informationsweitergabe dienen sollen, wurde sowohl auf Wünsche der Krankenhäuser als auch auf Wünsche der Heime eingegangen. Für allgemeine Hinweise zum Überleitungsbogen verweise ich wieder auf die Ausführungen zum Überleitungsbogen der Krankenhäuser (s. 4.2.2) und gehe im Folgenden lediglich auf die Unterschiede zum Bogen der Krankenhäuser ein:

- Bisherige Medikation:
sind die Hausärzte nicht erreichbar, können die Krankenhäuser die Informationen zur Medikation u.U. nur durch die Heime erhalten. Aus diesem Grund wurde im Gegensatz zum Bogen der Krankenhäuser Raum für eine Eintragung der zuletzt gegebenen Medikation vorgesehen.
- Einweisungsgrund:
teilweise ist es in den Krankenhäusern unklar, warum eine Bewohnerin /ein Bewohner ins Krankenhaus verlegt wurde. Gerade wenn keine Einweisung erfolgte (teilweise fordert der ärztliche Notdienst selbst die Heime am Telefon auf, direkt ins Krankenhaus zu verlegen), ist diese Eintragung wichtig.
- Mitgegebene persönliche Gegenstände:
unter diesem Stichwort wurde eine Checkliste erstellt, welche die Heime daran erinnert, bestimmte Dinge ins Krankenhaus mitzugeben und die Krankenhäuser werden daran erinnert, diese Dinge auch wieder mit zurück ins Heim zu geben.

Die Weiterleitung des Überleitungsbogens an das betreffende Krankenhaus geschieht üblicherweise durch die Mitgabe des Bogens. Geschieht die Verlegung ins Krankenhaus in solcher Eile, dass kein Bogen mitgegeben werden konnte, wird ein Bogen in das Krankenhaus nachgefaxt. Für diesen Zweck wurde in der Fußzeile des Überleitungsbogens eine zentrale Faxnummer für jedes der drei Krankenhäuser eingetragen (s. entsprechendes Vorgehen bei Bögen der ambulanten Pflegedienste unter 4.3.2).

Der Überleitungsbogen wurde im Anhang unter Nr. XI abgedruckt.

4.5 Arztpraxen

Für das Überleitungsprojekt besonders relevant sind diejenigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die eine Hausarztfunktion erfüllen. Das sind in erster Linie Ärztinnen und Ärzte aus den Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin.

Alle in Frage kommenden 109 Oldenburger Praxen wurden im September 2002 für die Bestandsaufnahme und im Januar 2004 zur Mitteilung der Projektergebnisse angeschrieben. Zusätzlich konnten wir zu Beginn des Projektes und kurz vor dem Versenden der Briefe mit den Projektergebnissen im regelmäßigen „Rundschreiben“ der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Bezirksstelle Oldenburg, Berichte zum Projekt veröffentlichen.

Bestandteil der Briefe vom Januar 2004 waren die Leitsätze zur Patientenüberleitung (s. 4.5.1) und ein Faxvordruck „Patienteninformation Arztpraxis → Klinik“ (s. 4.5.2) sowie ein für den ambulanten Bereich vorgesehenes „ärztlich – pflegerisches Informationsblatt“, welches bereits unter 4.3.3 vorgestellt wurde.

4.5.1 Leitsätze zur Patientenüberleitung

Die Leitsätze gelten vor allem für solche Patientinnen und Patienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben und bei denen ein direkter Austausch zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten einerseits und verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens andererseits sinnvoll ist.

Der erste Teil der Leitsätze betrifft die Kooperation mit Krankenhäusern. Wichtige Aspekte sind beispielsweise die Weitergabe bestimmter Informationen an Krankenhäuser verbunden mit dem Hinweis, dass ein standardisierter Vordruck verwendet werden kann. Außerdem wird bspw. auf die Einweisungsscheine oder die Rezeptierung von Medikamenten am Entlassungstag eingegangen.

Im zweiten Teil wird die Kooperation mit weiteren Einrichtungen behandelt, wobei einerseits die Dokumentation in den Mappen der ambulanten Pflegedienste angesprochen wird und andererseits Inhalte der Rezepte für ambulante Therapeuten/-innen.

Die Leitsätze sind im Anhang unter Nr. XII abgedruckt.

4.5.2 Patienteninformation Arztpraxis → Klinik

Besonders bei Patienten/-innen, die ohne Wissen ihrer Hausärztinnen/Hausärzte im Krankenhaus aufgenommen werden, können die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte den Kollegen/-innen im Krankenhaus wertvolle Informationen zur Verfügung stellen. Auf diese Weise ist eine genauere Situationseinschätzung möglich, die Behandlung kann möglicher-

weise aufeinander abgestimmt werden und Doppeluntersuchungen können vermieden werden.

Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurde abgefragt, ob eine Bereitschaft besteht, über ein standardisiertes Faxblatt Informationen an das Krankenhaus weiterzugeben, wenn von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten versorgte Patienten/-innen im Krankenhaus aufgenommen wurden. Solch einen Faxvordruck befürworteten 33 der 47 Ärztinnen und Ärzte, welche insgesamt die Fragebögen beantwortet hatten. Daher wurde im Rahmen der (unter 3.2.1 vorgestellten) ärztlichen Arbeitsgruppe ein solcher Vordruck entwickelt, den in ähnlicher Form bereits ein dort vertretener Arzt bei Krankenhauseinweisungen und Heimverlegungen verwendet.

Das Formblatt ist so gestaltet, dass es in den Rezeptdrucker gelegt werden kann und die meisten Stammdaten nicht mehr eingetragen werden müssen. Außerdem folgt die Angabe der Erreichbarkeit, um eventuelle Rückfragen zu ermöglichen. Ein kleinerer Bereich bezieht sich auf Patientendaten. Den größten Raum nehmen medizinische Daten ein, wobei u.U. Befunde oder Arztbriefe als Anlage beigefügt werden. In der Fußzeile befinden sich analog zu den Überleitungsbögen der pflegerischen Einrichtungen (s. letzter Absatz von 4.3.2) zentrale Faxnummern der drei Krankenhäuser, von denen aus die Faxe weitergeleitet werden.

Zur generellen Vereinfachung der Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und ihren Kollegen/-innen im Krankenhaus wurden ebenfalls Vereinbarungen getroffen, die unter 6.3 näher beschrieben sind.

Der Faxvordruck „Patienteninformation Arztpraxis → Klinik“ ist im Anhang unter Nr. XIII abgedruckt.

5. WEITERFÜHRUNG DER INHALTE NACH PROJEKTENDE

Innerhalb des Projektes haben wir uns Maßnahmen überlegt die gewährleisten sollen, dass die im Projekt erzielten Ergebnisse mittel- und langfristig umgesetzt werden. Dabei nutzen wir den parallel mit dem Überleitungsprojekt gegründeten Verein „Versorgungsnetz Gesundheit“ (s. 5.1). Die wichtigste Rolle spielt mit der „Fachgruppe Überleitung“ (s. 5.2) der Sachverstand und die Erfahrung eines Teils derjenigen, die in den vergangenen zwei Jahren in der Projektgruppe mitgearbeitet haben. Im folgenden Teil des Berichtes werden die Schritte vorgestellt, die wir uns für die Umsetzung der erarbeiteten Ergebnisse überlegt haben.

5.1 Versorgungsnetz Gesundheit

Das Versorgungsnetz Gesundheit strebt als Verein zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen eine Qualitätsverbesserung durch Vernetzung an. Diese Qualitätsverbesserung soll sich sowohl auf die Versorgungsqualität als auch auf die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit sowie die Arbeitszufriedenheit der professionell im Gesundheitswesen Tätigen beziehen.

Die qualitative Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit soll vor allem durch die Unterstützung, Entwicklung und Initiierung von innovativen regionalen Projekten und Vorhaben berufs- und einrichtungsübergreifender Einrichtungen im Gesundheitswesen erreicht werden. Außerdem will der Verein eine Diskussions- und Aktionsplattform für alle Akteurinnen/Akteure und Institutionen im regionalen Gesundheitswesen anbieten.

Die Gründung des Vereins erfolgte in Fortführung des Anliegens des von 1998 bis 2002 durchgeführten Oldenburger Modellprojektes „Qualitätsverbesserung auf der Ebene des Care Managements“ (s. 1.1). Die Mitglieder des Vereins kommen aus unterschiedlichen Berufsfeldern und Institutionen, z.B. aus der Pflege, der Medizin, aus therapeutischen Bereichen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie), aus den Kranken- und Pflegekassen, dem MDKN und dem Sozialamt, aus stationären Einrichtungen wie bspw. den Krankenhäusern und den Alten- und Pflegeheimen, aus dem Bereich der Selbsthilfe und dem Hospiz sowie aus Beratungseinrichtungen. Mitglieder können sowohl natürliche Personen als auch rechtsfähige Institutionen werden, deren Arbeitsgebiet und Tätigkeit dem Zweck des Vereins entsprechen oder die den Zweck des Vereins fördern.

Neben der Unterstützung des Überleitungsprojektes besteht ein wichtiges Vorhaben des Vereins in der Bereitstellung eines umfangreichen Informationsangebotes über die Internetseite „www.versorgungsnetz-gesundheit.de“. Der Verein führt darüber hinaus Veranstaltungen zur Information für Menschen in der Region und für Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen durch.

Bereits während der Projektlaufzeit konnten wir vom Überleitungsprojekt aus die Unterstützung des Vereins in Anspruch nehmen. Das bezog sich vor allem auf die Nutzung von Kontakten zu unterschiedlichen Einrichtungen wie bspw. zu der Kassenärztlichen Vereinigung (s. 4.5). Nach Beendigung des Projektes werden einige Vorhaben mit Unterstützung des Vereins verwirklicht. Das gilt z.B. für die Vereinfachung der ärztlichen Kommunikation durch den Austausch von E-mail-Adressen und Faxnummern (s. 6.3), die Einrichtung einer regelmäßigen kommunikativen Fortbildungsveranstaltung für Pflegenden aus unterschiedlichen Einrichtungsarten (s. 6.2) und vor allem für die Unterstützung der Fachgruppe Überleitung, die im Folgenden vorgestellt wird.

5.2 Fachgruppe Überleitung

Von den Mitgliedern der Projektgruppe haben sich mehrere Personen bereiterklärt, langfristig die Überleitungsbelange im Blick zu behalten. Einerseits haben diese Personen die Verantwortung dafür übernommen darauf zu achten, ob die vereinbarten Ergebnisse eingehalten werden. Sollte sich zeigen, dass bestimmte Vereinbarungen nicht befolgt werden, gehört es zu den Aufgaben der Gruppe, das zu thematisieren und bspw. Arbeitstreffen in größerer Runde zu organisieren. Andererseits kann es Aufgabe der Gruppe sein, auf veränderte Rahmenbedingungen zu reagieren und eine Modifizierung der vereinbarten Ergebnisse in die Wege zu leiten. Das bedeutet allerdings nicht, dass ggf. nötige Veränderungen von diesen Personen selbst umgesetzt werden, sondern die Verantwortung bezieht sich auf die Thematisierung und die Initiative einer Einladung der von dem Thema betroffenen Einrichtungen und Personen. Wie auf notwendige Veränderungen oder Erweiterungen reagiert wird, muss in größerer Runde entschieden werden und sollte in Absprache mit dem Verein „Versorgungsnetz Gesundheit“ geschehen. Die Fachgruppe Überleitung wurde organisatorisch an diesen Verein angegliedert, wodurch von vornherein kurze Kommunikationswege bestehen und die Strukturen des Vereins gut genutzt werden können. Die Mitglieder der Fachgruppe treffen sich halbjährlich und bei akutem Anlass zusätzlich.

Mitglieder der Fachgruppe Überleitung sind:

- Krankenhaus/Pflege: Petra Badjie (Klinikum); Vertretung:
Ursula Geller (Pflegedirektorin, Ev. Krankenhaus)
- Krankenhaus/Arzt: Kay Preuß (Pius-Hospital)
- Krankenhaus/Sozialdienst: Josef Roß (Pius-Hospital); Vertretung:
Gisela Wieder (Klinikum)
- Ambulanter Pflegedienst: Margarethe Weber (Caritas-Sozialstation); Vertretung:
Marion Jessen (Ambulant)
- Heim: Wilhelm Schlömer (Erlenhof); Vertretung:
Burkhard Vogts (APH Bodenburgallee51)
- Arztpraxis: Dr. H.U. Schreiber (Hausarztpraxis Hude); Vertretung:
N.N. (ist angefragt)
- Krankenkasse: Frau Rolfes (AOK) – bei Bedarf, themenabhängig

Die einfachste Möglichkeit, der Gruppe eine Rückmeldung darüber zu geben, was im Zusammenhang mit Überleitung nicht gut funktioniert oder welches Thema einrichtungsübergreifend besprochen werden sollte, besteht in der Nutzung der Internetseite des Vereins (s. 5.1). Auf der Internetseite wurde für diesen Zweck ein FORUM eingerichtet, in welches über

das Hauptmenü oder die Seite Überleitung Fragen und Anmerkungen eingetragen werden können.

5.3 Umsetzung der Ergebnisse

Im Kapitel 4 wurde bei den jeweiligen Einrichtungsarten bereits aufgeführt, auf welche Weise die Projektergebnisse bekannt gegeben wurden. Die alleinige Verabschiedung der Ergebnisse ist jedoch keine Garantie für deren Umsetzung. Aus diesem Grund haben die Geschäftsführungen der drei Krankenhäuser die Stelle der Projektkoordination verlängert. Innerhalb der Krankenhäuser sollen Informationsveranstaltungen im pflegerischen und ärztlichen Bereich durchgeführt werden und zu allen Oldenburger ambulanten Pflegediensten und Heimen wird einzeln Kontakt aufgenommen werden. Für den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte ist wegen der großen Anzahl eine telefonische Kontaktaufnahme nicht möglich. Hier werden zurzeit andere Lösungsmöglichkeiten überlegt. Bei den Veranstaltungen und Kontakten geht es einerseits darum, für die Anwendung der Ergebnisse zu werben und abzufragen, wieweit die Einrichtungen sich nach den Leitsätzen richten werden. Andererseits werden auch eventuelle Bedenken oder Umsetzungsschwierigkeiten abgefragt, um in der Fachgruppe Überleitung darauf reagieren zu können.

Eine Übersicht über die bisherige Öffentlichkeitsarbeit befindet sich im Anhang unter Nr. XIV. Außerdem befinden sich mehrere Artikel in Fachzeitschriften in Vorbereitung.

6. WEITERE VORHABEN

Im Projektzusammenhang hat sich bei mehreren Themen gezeigt, dass langfristige Verbesserungen der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie der Patientenbetreuung nur über zusätzliche Maßnahmen oder Vorhaben erreicht werden können. Mit einzelnen Vorschlägen haben sich bereits während des Projektes kleinere Arbeitsgruppen beschäftigt, andere werden jetzt im Anschluss an das eigentliche Projekt umgesetzt.

6.1 Flyer für Patienten/-innen und Angehörige

Das Informationsbedürfnis der Menschen wird durch eine Vielzahl von Broschüren, Angeboten in Zeitungen, Radio und Fernsehen sowie zunehmend das Internet bedient. Es stehen dermaßen viele Informationen zur Verfügung, dass es eher schwierig ist, die für einen

selbst wesentlichen herauszufiltern. Da jeder Mensch sich in einer individuellen Situation befindet, sind auch für jeden Menschen andere Informationen wichtig. Aus diesem Grund wird der Schwerpunkt eines geplanten Flyers darin liegen, eine Art roten Faden aufzuzeigen, der dann hilfreich ist, wenn eine Person im Gesundheitswesen von mehreren Einrichtungen versorgt oder unterstützt wird. Die (potentiellen) Patienten/-innen oder deren Angehörigen werden darauf aufmerksam gemacht, was sie von den einzelnen Einrichtungen im Hinblick auf deren Zusammenarbeit erwarten können und einfordern sollten. Genauso wichtig ist aber auch der Teil, in dem aufgezeigt wird, was die Patienten/-innen oder deren Angehörige selbst dazu beitragen können, um möglichst gut und ohne Versorgungslücken versorgt zu werden. Das eigene Engagement bietet die Möglichkeit, aktiv an der Gesundwerdung und der Gestaltung der Versorgungsbedingungen mitzuwirken. Zukünftig wird die eigene Aktivität allerdings auch aus dem Grund allgemeiner Kostenersparnis und Leistungseinschränkungen zunehmen müssen. Die im Flyer aufgezeigten Möglichkeiten verursachen keinesfalls zusätzliche finanzielle Belastungen der Angesprochenen, sondern sollen vorrangig einen Wegweiser durch das Versorgungsnetz Gesundheit bilden.

Erfreulicherweise hat sich (mit der Firma Smith & Nephew) ein Sponsor für den Flyer gefunden, so dass die Erstellung mit keinerlei Kosten verbunden ist.

6.2 Pflegeforum

Während der Projektarbeit spielte der direkte Austausch zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Einrichtungen eine große Rolle. Es zeigte sich, dass die Kommunikation wesentlich leichter funktioniert, wenn die Beteiligten sich bereits persönlich begegnet sind. Außerdem herrscht eine recht große Unkenntnis über die Arbeitsbedingungen in den jeweils anderen Einrichtungen und das Verständnis füreinander wird durch die gemeinsame Arbeit besser. Daraus entstand die Idee, einen regelmäßigen Austausch zu institutionalisieren. Die Projektgruppe regte die Gründung eines Pflegeforums an. Zu diesem Pflegeforum sollen explizit Pflegende der unterschiedlichen Einrichtungsarten Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Heime eingeladen werden. Ein Fortbildungsthema für jedes Treffen wurde angeregt, wobei der Austausch einen besonders hohen Stellenwert haben soll. Eine vorbereitende Gruppe trifft sich Anfang Mai, um diese Veranstaltungsreihe genauer zu planen. In der Vorbereitungsgruppe befinden sich Pflegende aus allen drei Einrichtungsarten. Aus dem Vorstand vom Versorgungsnetz Gesundheit hat Frau Rita Wick (Innerbetriebliche Fortbildung, Klinikum) die Koordination übernommen.

6.3 Vereinfachung der zwischenärztlichen Kommunikation

Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurde bemängelt, dass eine telefonische Kontaktaufnahme zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen Ärztinnen/Ärzten wünschenswert, aber kaum möglich ist. In den Zeiten, zu denen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte gut erreichbar sind, können ihre klinisch tätigen Kollegen/-innen wegen Diagnostik oder Operationen häufig nicht telefonieren. Umgekehrt sind die meisten Arztpraxen bspw. in der Mittagszeit geschlossen, wenn vom Krankenhaus aus gut angerufen werden könnte. Aufgrund vieler Fehlversuche wird in der Konsequenz dann leider seltener der Versuch einer telefonischen Kontaktaufnahme unternommen.

In der ärztlichen Arbeitsgruppe wurde daher diskutiert, vermehrt die Kommunikationstechniken zu nutzen, bei denen die Gesprächspartnerinnen nicht präsent sein müssen. Konkret wurde vorgeschlagen, E-mails oder Faxe zu versenden, über die der Gesprächswunsch mit der Bitte um einen Rückruf vermittelt wird. Sinnvollerweise sollten hierbei Zeiten günstiger Erreichbarkeit angegeben werden. Es ist zu diesem Zeitpunkt nicht vorgesehen, Patientendaten zu übermitteln, da hierfür ein umfassender Datenschutz gewährleistet sein müsste. Zur Vereinfachung der Erreichbarkeit sollen den niedergelassenen und klinischen Ärztinnen und Ärzten jährlich Listen mit aktuellen E-mail-Adressen und Faxnummern zur Verfügung gestellt werden.

Bei den Krankenhäusern haben wir uns darauf geeinigt, dass die Weitergabe der Adressen/Faxnummern der Chefarztsekretariate am sinnvollsten ist. Bei den Chefärzten/-ärztinnen findet der geringste personelle Wechsel statt und eine Weitergabe an die zuständigen ärztlichen Mitarbeiter/-innen ist problemlos möglich.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben der Kassenärztlichen Vereinigung ohnehin die Erlaubnis zur Weitergabe ihrer Faxnummern und E-mail-Adressen (soweit vorhanden) erteilt. Daher existieren auch keine Probleme, diese an die Krankenhäuser weiterzugeben. Die Listen werden in den nächsten Wochen in Umlauf gebracht.

6.4 Label

Die einzelnen Einrichtungen haben sich während der Projektlaufzeit unterschiedlich stark engagiert. Da im Gegensatz zu den Krankenhäusern bei den ambulanten Pflegediensten, Heimen und Arztpraxen keine Möglichkeit besteht, die Projektergebnisse verbindlich übernehmen zu lassen, entstand die Idee, ein Label zu vergeben. Mit diesem Label soll die Aussage verbunden sein, dass die betreffende Einrichtung sich selbst verpflichtet, die Projektergebnisse umzusetzen. Das Label wird vermutlich vom Versorgungsnetz Gesundheit vergeben werden und die genauen Kriterien müssen noch festgelegt werden. Eine kleine

Arbeitsgruppe hat sich mit einigen Aspekten bereits beschäftigt und es hat sich herausgestellt, dass bei der Einsetzung/Vergabe eines solchen Labels sehr viel beachtet werden muss und eine längere Vorbereitungszeit nötig ist.

Ein Name für das Label wurde bereits gefunden. Es soll das Logo vom Verein und dem Überleitungsprojekt verwendet werden: das Vernetzungsbild mit dem Schriftzug „Qualität durch Vernetzung“. Darunter soll stehen „Wir sind dabei!“.

6.5 Anregungen von Patienten/Patientinnen und Angehörigen

Folgende Anregungen aus der Projektgruppensitzung mit Vertretern/-innen aus dem Bereich der Patienten/Patientinnen und Angehörigen (s. 3.2.3) konnten bisher noch nicht umgesetzt werden:

- Mitgabe einer schriftlichen Zusammenfassung des Arztgespräches

Es wurde der Wunsch geäußert, den Patienten/-innen prinzipiell eine schriftliche Zusammenfassung des ärztlichen Abschlussgespräches mitzugeben. Dazu könne als Grundlage ein Formblatt mit Ankreuzmöglichkeiten benutzt werden, um den Aufwand möglichst niedrig zu halten. Begründet wurde diese Bitte damit, dass einige Patienten/-innen krankheitsbedingt Informationen vergessen und viele andere durch die Aufregung des Krankenhausaufenthaltes und der bevorstehenden Entlassung Gedächtnisprobleme haben.

In der ärztlichen Arbeitsgruppe wurde der Vorschlag als nachvollziehbar aber unpraktikabel bezeichnet, da Schreibebeiten nicht noch weiter ausgedehnt werden könnten. Befürwortet wurde dagegen ein weiterer Vorschlag, nach Möglichkeit Angehörige zu den Abschlussgesprächen hinzuzuziehen. In den ärztlichen Leitsätzen (s. Anhang Nr. III c, d) wurde dieser Aspekt aufgenommen.

- Webseite der Krankenhäuser mit weiterführenden Links versehen

Um dem Umstand gerecht zu werden, dass zunehmend mehr Menschen Informationen aus dem Internet beziehen, wurde angeregt, auf den Webseiten der Krankenhäuser Hinweise auf andere Webseiten aufzunehmen. Explizit genannt wurde in dem Zusammenhang die Seite des Vereins „Versorgungsnetz Gesundheit“, auf welcher sich bspw. Informationen und Unterlagen des Überleitungsprojektes befinden.

Dieser Vorschlag wurde bisher nicht aufgegriffen, weil andere Themen dringender bearbeitet werden mussten. Der Hinweis wird in Kürze an die entsprechenden Personen weitergegeben.

6.6 Befragung von Patienten/-innen und Angehörigen

Den Projektbeteiligten war und ist es ein großes Anliegen sich zu vergewissern, ob die verabredeten Maßnahmen eingehalten werden und in der Praxis funktionieren. Da die Hauptbetroffenen der Überleitungsvorgänge die Patienten/-innen und Angehörigen sind, ist mittelfristig eine Befragung dieser Personengruppen vorgesehen. Die Befragung wird voraussichtlich in den Krankenhäusern bzw. durch diese durchgeführt. Sie soll sowohl die Entlassungsvorbereitung der einzelnen dort beteiligten Berufsgruppen berücksichtigen als auch die Überleitung zu weiterversorgenden Einrichtungen sowie die Versorgung durch die anschließend zuständigen Einrichtungen/Personen. Dabei wird unter anderem von Interesse sein, ob die Weiterversorgung so umsetzbar war, wie sie im Krankenhaus vorgesehen wurde. Aus diesem Grund wird die Befragung zum Teil oder sogar vollständig einige Zeit nach der Entlassung durchgeführt werden müssen. Die Ergebnisse der Befragung werden für eine eventuelle Modifikation der Projektergebnisse wichtige Hinweise bieten oder eine Bestätigung der verabredeten Maßnahmen sein.

7. SCHLUSSBETRACHTUNG

Mit dem Überleitungsprojekt wurden beispielhaft für den Bereich der Patientenüberleitung wichtige Grundlagen zu einer deutlich verbesserten einrichtungsübergreifenden und interdisziplinären Zusammenarbeit gelegt. Die Beteiligten haben in zweijähriger Arbeit konkrete Schritte verabredet, wie zukünftig diese optimierte Zusammenarbeit im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung aussehen soll. Im Laufe des unter 1.1 erwähnten Vorgängerprojektes „Qualitätsentwicklung auf der Ebene des Care Managements“ wurden bereits wichtige Vorbedingungen für ein Gelingen des Überleitungsprojektes geschaffen. Einige Beteiligte des Überleitungsprojektes haben bereits im Vorgängerprojekt mitgearbeitet und sich somit fast fünfeinhalb Jahre lang aktiv mit dem Thema beschäftigt. Andere Aktive aus dem Vorgängerprojekt waren zwar nicht in der Projektgruppe des Überleitungsprojektes vertreten, haben aber das Geschehen verfolgt und sich bei Bedarf eingebracht. Wieder andere haben die gesamte Zeit über im Hintergrund mitgewirkt und ihre Meinung und Erfahrung themenabhängig beigetragen. Somit hat eine Vielzahl von Personen aus unterschiedlichen Berufen und Einrichtungsarten ihren Anteil am Zustandekommen der Ergebnisse.

Die bereits ausführlich dargestellten Ergebnisse sind bemerkenswert und auf jeden Fall geeignet, um die Kommunikation und Kooperation der Mitwirkenden zum Wohle der Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern. Wie weit es langfristig tatsächlich zu

einer Verbesserung kommt, hängt allerdings von der Umsetzung durch die Beteiligten ab. Die verabredeten Ergebnisse müssen selbstverständlicher Bestandteil der alltäglichen Arbeit werden. Im Kapitel 5.3 wurde darauf ausdrücklich eingegangen. Die im sechsten Kapitel vorgestellten weiteren Vorhaben, welche sich im Projektzusammenhang ergeben haben, werden ebenfalls dazu beitragen, die Projektergebnisse zu festigen. Dabei wird das Versorgungsnetz Gesundheit einen großen Stellenwert einnehmen. Im Überleitungsprojekt wurden zur langfristigen Umsetzung der Ergebnisse notwendige und sinnvolle Schritte eingeleitet, wobei besonders die Einrichtung der Fachgruppe Überleitung (s. 5.2) einen wesentlichen Baustein darstellt. Die Wege wurden bereitet und Hilfsmittel zur Bewältigung möglicher Hindernisse haben alle Beteiligten erhalten!

8. ANHANG

I Standard für **Krankenhäuser**

IIa/b Verfahrensregelung für Krankenhäuser

IIIa-f Berufsspezifische Leitsätze für Krankenhäuser

IV Überleitungsbogen für Krankenhäuser

V Therapeutischer Abschlussbericht Physio-/Ergotherapie

VI Therapeutischer Abschlussbericht Logopädie

VII Leitsätze zur Patientenüberleitung für **ambulante Pflegedienste**

VIII Überleitungsbogen für ambulante Pflegedienste

IX Ärztlich – pflegerisches Informationsblatt im ambulanten Bereich

X Leitsätze zur Patientenüberleitung für **Heime**

XI Überleitungsbogen für Heime

XII Leitsätze zur Patientenüberleitung für **niedergelassene Ärztinnen/Ärzte**

XIII Patienteninformation Arztpraxis → Klinik

XIV **Öffentlichkeitsarbeit** zum Projekt

STANDARD ZUR ENTLASSUNGSPLANUNG / ÜBERLEITUNG Krankenhaus



Standardaussage: Jede/r Patient/in mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält eine individuelle Entlassungsplanung zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Begründung: Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einer frühzeitigen, interdisziplinären und einrichtungsübergreifenden Entlassungsplanung wird dazu beigetragen, Versorgungskontinuität herzustellen.

| Ziel | Struktur | Prozess | Ergebnis |
|--|---|---|---|
| Die Entlassungsplanung beginnt mit der AUFNAHME. | Für den Aufnahmeprozess sind die Verantwortlichkeiten festgelegt und es steht eine geeignete, interdisziplinäre Dokumentation zur Verfügung, in welcher die nachstationäre Situation bereits erfasst wird. | Innerhalb von 24 Std. nach Aufnahme wird mit allen Patientinnen und Patienten und möglichst den Angehörigen eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des Unterstützungsbedarfs durchgeführt. Diese Einschätzung wird bei Bedarf aktualisiert. Bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf wird der Sozialdienst hinzugezogen, sobald Veränderungen gegenüber der prästationären Situation wahrscheinlich sind. | Unmittelbar nach der Aufnahme wird die Entlassung thematisiert und wichtige Informationen stehen zur Verfügung. |
| Für die gesamte BEHANDLUNGSDAUER liegt eine individuelle Entlassungsplanung vor. | Für eine adäquate Entlassungsplanung sind entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter vorhanden (Pflegerkräfte, Ärztinnen/Ärzte, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter). Es steht ein Zeitbudget für die erforderlichen Koordinierungsaufgaben zur Verfügung. Alle Informationen zur Entlassungsplanung werden an einem einheitlichen Ort dokumentiert. | Es wird frühzeitig eine Zeitplanung für die Entlassung durchgeführt und interdisziplinär sowie gemeinsam mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen abgestimmt. Die laufende Entlassungsplanung wird interdisziplinär an einem einheitlichen Ort dokumentiert. | Während der gesamten Behandlungsdauer wird die Entlassungsplanung berücksichtigt. Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor. |
| Versorgungsbrüche bei der ÜBERLEITUNG vom Krankenhaus zu weiterversorgenden Einrichtungen sollen vermieden werden. | Die schriftliche Verfahrensregelung der Einrichtung zur Entlassungsplanung berücksichtigt Aspekte der Zusammenarbeit mit weiterversorgenden Einrichtungen. | Ggf. vor der Aufnahme versorgende Einrichtungen werden im Rahmen der Anamnese erfragt und dokumentiert. Mit weiterversorgenden Einrichtungen wird bei Besonderheiten Kontakt aufgenommen und bei Bedarf ein Erstbesuch im Krankenhaus vereinbart. Das Entlassungsdatum wird rechtzeitig mitgeteilt und pflegerischen Einrichtungen ein Überleitungsbogen mitgegeben. | Weiterversorgende Einrichtungen sind in den Entlassungsprozess einbezogen. |
| Die ENTLASSUNG verläuft reibungslos. | Die schriftliche Verfahrensregelung der Einrichtung zur Entlassungsplanung ermöglicht eine reibungslose Durchführung der Entlassung unter Einbeziehung aller beteiligten Personen und Einrichtungen. | Spätestens 24 Std. vor Entlassung wird eine Überprüfung der Entlassungsvorbereitung durchgeführt. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet und die Betroffenen über Änderungen informiert. | Die Entlassung des Patienten / der Patientin ist bedarfsgerecht vorbereitet. |
| Eine EVALUATION der Entlassungsplanung wird durchgeführt. | Für Rückmeldungen zum Gelingen oder zu Problemen im Zusammenhang mit der Entlassungsplanung existieren Ansprechpersonen. | Für einrichtungsbezogene Belange der Entlassungsvorbereitung wird der Sozialdienst angesprochen. Einrichtungsübergreifende Aspekte der Entlassungsthematik werden in der Fachgruppe Überleitung behandelt, die am Verein „Versorgungsnetz Gesundheit“ angegliedert ist. | Die Entlassungsplanung kann bei Bedarf modifiziert werden. |

VERFAHRENSREGELUNG ZUR ENTLASSUNGSPLANUNG

Alle Patientinnen und Patienten mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhalten eine individuelle Entlassungsplanung zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

AUFNAHME

Die Entlassungsplanung beginnt mit der Aufnahme.

Pflegekräfte und Ärztinnen/Ärzte erfassen bereits in ihren **Aufnahmegesprächen** Aspekte, die für die Entlassungsplanung wichtig sind. Dazu gehört bspw. die Erfassung der Lebensumstände, wobei die Kriterien die vorgegebenen Aspekte auf den Anamnesebögen sind. Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Ergänzungen oder Änderungen, werden diese nachgetragen.

Angehörige werden so früh wie möglich einbezogen, um ausreichend Zeit für eventuelle Entscheidungen und häusliche Maßnahmen zu lassen sowie den Patientinnen/Patienten ein Sicherheitsgefühl zu vermitteln.

Erwartet eine der beiden Berufsgruppen poststationären Unterstützungsbedarf, wird das frühzeitig thematisiert, möglichst bei der ersten oder zweiten Visite. Der **Sozialdienst** wird hinzugezogen, sobald Veränderungen gegenüber der prästationären Situation wahrscheinlich sind.

Unter Umständen sollte bereits kurz nach der Aufnahme Kontakt zu **vorher versorgenden Einrichtungen** oder Personen aufgenommen werden. Das ist besonders wichtig, wenn es Unklarheiten zur prästationären Situation oder Behandlung gibt. Auf diese Weise könnten Entscheidungshilfen gegeben oder Doppeluntersuchungen vermieden werden.

KRANKENHAUSINTERNE ABLÄUFE

Da im Krankenhaus im Schichtdienst und mit Vertretungen gearbeitet wird, ist eine schriftliche Dokumentation unerlässlich. Für die einzelnen Berufsgruppen gibt es mehrere mögliche Dokumentationsorte und es ist unpraktikabel, wenn eine Person auf der Suche nach Informationen verschiedene Dokumentationsorte durchsehen muss. Daher sollen alle beteiligten Berufsgruppen entlassungsrelevante Informationen am selben Ort dokumentieren.

Entlassungsrelevante Dokumentation bezieht sich vor allem auf Gespräche mit Patientinnen/Patienten, Angehörigen, nachstationär versorgenden pflegerischen Einrichtungen, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und z.B. Kostenträgern.

Die interdisziplinäre Dokumentation bezogen auf die Entlassungsplanung findet in der Patientenakte ausschließlich im „*Dokumentationsort des jeweiligen Krankenhauses*“ statt.

Die **Therapeutinnen/Therapeuten** dokumentieren die laufende Therapie stichwortartig, wobei für Rückfragen erkennbar sein muss, wer therapiert.

Solchen Patientinnen/Patienten, die wahrscheinlich poststationär ambulante Therapie verordnet bekommen, wird ein therapeutischer Abschlussbericht mitgegeben.

KOOPERATION MIT WEITERVERSORGENDEN EINRICHTUNGEN

Ein Austausch mit prä- und/oder poststationär versorgenden Personen oder Einrichtungen dient neben einer generellen Verbesserung der Kooperation auch der Gewährleistung einer Versorgungskontinuität zwischen der Zeit im Krankenhaus und der nachfolgenden Behandlung. Es können Unstimmigkeiten vermieden und die Behandlung kann aufeinander abgestimmt werden.

Hat ein ambulanter Pflegedienst bereits **prästationär** versorgt oder kommt die Patientin / der Patient aus einem Heim, müsste ein Überleitungsbogen vorliegen. Fehlt dieser, sollte nachgefragt werden. Zur Hausärztin / zum Hausarzt sollte bei Besonderheiten ebenfalls Kontakt aufgenommen werden, vor allem, wenn die Ärztin / der Arzt nicht selbst eingewiesen hat.

Liegt eine komplexe Versorgungssituation vor oder wünschen Patientinnen/Patienten das, sollte der Pflegedienst einen **Erstbesuch** im Krankenhaus durchführen. Dazu sollte er drei Tage vor dem wahrscheinlichen **Entlassungstermin** benachrichtigt werden.

Nach Möglichkeit wird der voraussichtliche Entlassungstermin dem Pflegedienst oder Heim zwei Tage im Voraus mitgeteilt. Änderungen oder Todesfälle werden ebenfalls mitgeteilt.

Ambulante Pflegedienste und Heime erhalten grundsätzlich einen **Überleitungsbogen**.

ENTLASSUNG

Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung/Verlegung wird die bisherige Entlassungsplanung auf ihre Aktualität und Vollständigkeit überprüft. Bei Bedarf müssen Änderungen eingeleitet und die Betroffenen darüber informiert werden.

Folgende Dokumente sind im Zusammenhang mit der Entlassung wichtig und werden bei den berufsbezogenen Leitsätzen näher beschrieben:

- Überleitungsbögen (ggf. mit Anlage, z.B. bei Dekubitus)
- Kurzarztbriefe
- Verordnungen für häusliche Krankenpflege / Hilfsmittel
- Therapeutische Abschlussberichte

Ein wichtiger Aspekt bei Entlassungen vor/an Wochenenden ist die Sicherstellung der **Medikamentenversorgung** nach der Entlassung. Angehörige müssen frühzeitig auf die Notwendigkeit der Beschaffung von Rezept und Medikamenten hinweisen werden. Dazu kann ein Kontakt mit dem Hausarzt / der Hausärztin und ggf. einer Apotheke (nach Rücksprache mit Patient/in!) nötig sein. Neue oder seltene Medikamente sollen bis zum nächsten regulären Öffnungstag der Hausarztpraxis mitgegeben werden, da der Apothekengroßhandel samstagsmittags schließt und Notdienstapotheken nicht beliefern kann.

Auf die **Rückgabe** mitgebrachter Unterlagen und persönlicher Dinge muss ebenfalls geachtet werden.

EVALUATION

Treten Probleme im Zusammenhang mit der Überleitung von Patientinnen/Patienten auf, wird Kontakt zur **Pflegedienstleitung** der betreffenden Einrichtung aufgenommen. Innerhalb der Krankenhäuser sind die **Sozialdienste** die Ansprechinstanz. Bei übergeordneten Fragestellungen oder Problemen sollte Kontakt zur einrichtungsübergreifenden **Fachgruppe Überleitung** aufgenommen werden, was am einfachsten über die Internetseite des Vereins Versorgungsnetz Gesundheit geschieht: „www.versorgungsnetz-gesundheit.de“. Die Fachgruppe Überleitung wird ggf. eine Modifikation der Standards oder Leitsätze in die Wege leiten.

LEITSÄTZE ZUR ENTLASSUNGSPLANUNG

FÜR PFLEGEKRÄFTE

Alle Patientinnen und Patienten mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhalten eine individuelle Entlassungsplanung zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.
Es existiert ein „Standard zur Entlassungsplanung“ mit einer erläuternden Verfahrensregelung. In den nachfolgenden Leitsätzen sind die berufsbezogenen Aspekte zur Entlassungsplanung zusammengefasst.

AUFNAHME

Im Rahmen der **Pflegeanamnese** wird eine erste Einschätzung des Unterstützungsbedarfs durchgeführt. Berücksichtigt werden folgende Aspekte:

- vorstationäre Versorgung mit Nennung von ggf. bereits versorgenden Personen oder Einrichtungen;
- Wünsche sowie Umsetzungsmöglichkeiten für die poststationäre Versorgung;
- Angehörige bzw. andere Bezugspersonen mit Nennung von Namen, Beziehungsverhältnis und Telefon;
- Wohnsituation, ggf. Aufbewahrungsort des Wohnungsschlüssels;
- Einstufung in die Pflegeversicherung.

Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen oder kommen neue Informationen hinzu, werden diese nachgetragen.

So frühzeitig wie möglich werden **Angehörige** oder andere Bezugspersonen in die Planungen einbezogen. So wird den Angehörigen mehr Zeit für evtl. notwendige Entscheidungen gelassen oder Veränderungen im häuslichen Umfeld können in die Wege geleitet werden. Patientinnen/Patienten und Angehörigen wird ein gewisses Sicherheitsgefühl vermittelt.

Haben **prästationär** bereits andere **Einrichtungen** versorgt, sollte Kontakt aufgenommen werden, sobald Fragen oder Unsicherheiten bestehen. Auf diesem Weg kann u.U. ein genaueres Bild von Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientinnen/Patienten entwickelt oder eine Entscheidungshilfe bei Fragestellungen wie einer Heimverlegung eingeholt werden.

KRANKENHAUSINTERNE ABLÄUFE

Eine **frühzeitige Entlassungsplanung** ist Voraussetzung für eine gelingende Entlassung / Überleitung. Bei der ersten oder zweiten Visite sollte festgestellt werden, ob ein poststationärer Versorgungsbedarf wahrscheinlich ist. Werden Veränderungen gegenüber der prästationären Situation erwartet, wird der Sozialdienst hinzugezogen. Anhand der individuellen Situation des Patienten / der Patientin wird jeweils entschieden, welche Berufsgruppe die Entlassungsplanung federführend durchführt.

PatientInnen und **Angehörige** werden in die Planungen einbezogen. Angehörigen wird angeboten, sie in Bezug auf die poststationäre Pflege zu beraten und zu schulen.

Die interdisziplinäre **Dokumentation** bezogen auf die Entlassungsplanung findet in der Patientenakte ausschließlich im „Patienten-Verlaufsbericht“ statt.
Das betrifft besonders Gespräche mit Patientinnen/Patienten, Angehörigen und prä- bzw. poststationär versorgenden Einrichtungen.

WEITERVERSORGENDE EINRICHTUNGEN

Hat ein ambulanter Pflegedienst bereits **prästationär** versorgt oder wurde eine Patientin / ein Patient aus einem Heim verlegt, müsste ein Überleitungsbogen vorliegen. Fehlt dieser, sollte nachgefragt werden. Pflegedienste erfahren u.U. erst nach einigen Tagen, dass die von Ihnen betreuten Patientinnen/Patienten sich im Krankenhaus befinden.

Der vorgesehene **Entlassungstermin** sollte zwei Tage im Voraus dem Pflegedienst oder Heim mitgeteilt werden. Änderungen oder Todesfälle werden ebenfalls mitgeteilt. Liegt eine komplexe Versorgungssituation vor oder äußern Patientinnen/Patienten einen entsprechenden Wunsch, wird um einen Erstbesuch im Krankenhaus gebeten. Das sollte drei Tage vor der Entlassung geschehen.

ENTLASSUNG

Im Zusammenhang mit der Entlassung spielt der **Überleitungsbogen** eine zentrale Rolle. Als Ansprechperson für mögliche Rückfragen sollte eine Pflegekraft angegeben werden, die am Entlassungstag und kurz danach Dienst hat und Auskünfte zu dem Patienten / der Patientin geben kann. Bei komplexeren Versorgungssituationen sollte das Feld „Bitte um Rücksprache“ genutzt werden. Zu dem Überleitungsbogen existiert ein Erläuterungsblatt. Gesonderte Pläne wie Wundversorgungsbögen oder Insulinpläne werden gegebenenfalls ebenso mitgegeben.

Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung / Verlegung wird die bisherige Entlassungsplanung auf ihre Aktualität und Vollständigkeit hin **überprüft**. Bei Bedarf müssen Änderungen eingeleitet und die Betroffenen darüber informiert werden.

Angehörige müssen u.U. darauf hingewiesen werden, dass sie sich um die **Medikamentenversorgung** nach der Entlassung kümmern. Dazu kann sowohl die Beschaffung eines Rezeptes beim niedergelassenen Arzt als auch die Beschaffung des Medikamentes bei einer Apotheke gehören. Bei Entlassungen an Wochenenden sollten die Angehörigen für die Rezeptierung auf die Möglichkeit der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung hingewiesen werden (dort sind allerdings zehn Euro Praxisgebühr zu zahlen, worauf hingewiesen werden sollte).

Es muss auf die **Rückgabe** mitgebrachter Unterlagen und persönlicher Dinge an Heime und Arztpraxen geachtet werden. Hierfür kann das Anlegen einer Checkliste bei der Aufnahme hilfreich sein (ist auf dem Überleitungsbogen des Heimes u.U. enthalten).

EVALUATION

Treten Probleme im Zusammenhang mit der Überleitung auf, sind bei Pflegediensten und Heimen jeweils die Pflegedienstleitungen Ansprechpersonen. In Krankenhäusern sind die Sozialdienste die zuständige Instanz. Übergeordnete Probleme werden an die „Fachgruppe Überleitung“ weitergeleitet, die an den Verein Versorgungsnetz Gesundheit angegliedert wurde. Diese einrichtungsübergreifende Gruppe ist u.a. über die Internetseite des Vereins: „www.versorgungsnetz-gesundheit.de“ erreichbar.

LEITSÄTZE ZUR ENTLASSUNGSPLANUNG

FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Alle Patientinnen und Patienten mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhalten eine individuelle Entlassungsplanung zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Es existiert ein „Standard zur Entlassungsplanung“ mit einer erläuternden Verfahrensregelung. In den nachfolgenden Leitsätzen sind die berufsbezogenen Aspekte zur Entlassungsplanung zusammengefasst.

AUFNAHME

Die **ÄrztInnen und Ärzte** erfassen bei ihrer Sozialanamnese auch entlassungsrelevante Aspekte wie die vorstationäre Versorgung und das soziale Umfeld, soweit diese pflegerisch noch nicht dokumentiert wurden. Kontakt zur Hausärztin / zum Hausarzt wird vor allem aufgenommen, wenn diese/r nicht eingewiesen hat (u.U. können wertvolle Hinweise gegeben und Doppeluntersuchungen vermieden werden).

KRANKENHAUSINTERNE ABLÄUFE

Eine **frühzeitige Entlassungsplanung** ist Voraussetzung für eine gelingende Entlassung / Überleitung. Bei der ersten oder zweiten Visite sollte festgestellt werden, ob ein poststationärer Versorgungsbedarf wahrscheinlich ist. Werden Veränderungen gegenüber der prästationären Situation erwartet, wird der Sozialdienst hinzugezogen. Anhand der individuellen Situation der Patientin / des Patienten wird jeweils entschieden, welche Berufsgruppe die Entlassungsplanung federführend durchführt.

Patientinnen/Patienten und **Angehörige** werden frühzeitig in die Planungen einbezogen.

Die interdisziplinäre **Dokumentation** bezogen auf die Entlassungsplanung findet in der Patientenakte ausschließlich im „Patienten-Verlaufsbericht“ statt.

Das betrifft besonders Gespräche mit Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Hausärzten/-ärztinnen.

WEITERVERSORGENDE EINRICHTUNGEN

Rücksprachen mit der Hausärztin / dem Hausarzt sind besonders wichtig, wenn diese/r die Patientinnen/Patienten nicht eingewiesen hat, außerdem bei Besonderheiten u. Todesfällen.

ENTLASSUNG

Im Zusammenhang mit der Entlassung spielt der **Kurzarztbrief** eine zentrale Rolle. Kurzarztbriefe sollten gut lesbar sein (möglichst maschinelle Erstellung) und innerhalb des Krankenhauses zuzuordnen sein (Nennung der Station, der Telefondurchwahl, Name des Arztes/der Ärztin).

Angaben zur Weiterversorgung (wie Verordnung häuslicher Krankenpflege, Verlegung in Kurz- oder Langzeitpflege oder Einleitung einer Betreuung) sollten bereits im Kurzarztbrief aufgeführt werden; eine Verordnung ambulanter Therapie sollte empfohlen werden, wenn sie

vom Krankenhaus als erforderlich angesehen wird – evtl. mit dem Zusatz, dass die Entscheidung im Ermessen des niedergelassenen Arztes / der Ärztin steht.

Bei **Verordnungen für häusliche Krankenpflege** müssen bestimmte Inhalte und formale Aspekte berücksichtigt werden, um von den Krankenkassen genehmigt zu werden.

Inhalte: die Diagnosen müssen für die verordnete Pflege relevant sein, Anordnungen müssen ausgefüllt werden und Behandlungspflege muss Bestandteil der Verordnung sein.

Formalien: Datum, Unterschrift, Krankenhaus-Stempel sowie die Angabe des verordneten Zeitraumes müssen ausgefüllt sein.

Bei Entlassungen vor/an Wochenenden sollen neue oder seltene **Medikamente** bis zum nächsten Öffnungstag der Hausarztpraxis mitgegeben werden (der Apothekengroßhandel schließt samstags mittags, Notdienst-Apotheken haben solche Medikamente u.U. nicht vorrätig). Der Kassenärztliche Notdienst ist für die Rezeptierung gängiger Medikamente zuständig, wenn die Hausarztpraxen geschlossen sind. Für die dortige Rezeptierung müssen zehn Euro Praxisgebühr bezahlt werden, worauf hingewiesen werden sollte.

Angehörige müssen u.U. explizit und frühzeitig darauf hingewiesen werden, dass sie sich um die Medikamentenversorgung nach der Entlassung kümmern.

Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung wird die bisherige Entlassungsplanung auf ihre Aktualität und Vollständigkeit hin **überprüft**. Bei Bedarf müssen Änderungen eingeleitet und die Betroffenen darüber informiert werden.

Beim **Entlassungsgespräch** sollten nach Möglichkeit Angehörige anwesend sein.

EVALUATION

Treten Probleme im Zusammenhang mit der Überleitung auf, sind bei Pflegediensten und Heimen jeweils die Pflegedienstleitungen Ansprechpersonen. In Krankenhäusern sind die Sozialdienste die zuständige Instanz. Übergeordnete Probleme werden an die „Fachgruppe Überleitung“ weitergeleitet, die an den Verein Versorgungsnetz Gesundheit angesiedelt wurde. Diese einrichtungsübergreifende Gruppe ist u.a. über die Internetseite des Vereins: „www.versorgungsnetz-gesundheit.de“ erreichbar.

LEITSÄTZE ZUR ENTLASSUNGSPLANUNG

FÜR SOZIALARBEITER/INNEN



Alle Patientinnen und Patienten mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhalten eine individuelle Entlassungsplanung zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung. Es existiert ein „Standard zur Entlassungsplanung“ mit einer erläuternden Verfahrensregelung. In den nachfolgenden Leitsätzen sind die berufsbezogenen Aspekte zur Entlassungsplanung zusammengefasst.

KRANKENHAUSINTERNE ABLÄUFE

Eine **frühzeitige Entlassungsplanung** ist Voraussetzung für eine gelingende Entlassung / Überleitung. Bei der ersten oder zweiten Visite sollte festgestellt werden, ob ein poststationärer Versorgungsbedarf wahrscheinlich ist. Werden Veränderungen gegenüber der prästationären Situation erwartet, wird der Sozialdienst hinzugezogen. Nach der individuellen Situation der Patientin / des Patienten wird jeweils entschieden, welche Berufsgruppe die Entlassungsplanung federführend durchführt.

Patientinnen/Patienten und **Angehörige** werden frühzeitig in die Planungen einbezogen.

Die interdisziplinäre **Dokumentation** bezogen auf die Entlassungsplanung findet in der Patientenakte ausschließlich im „Patienten-Verlaufsbericht“ statt. Ist dieser nicht verfügbar, wird auf der Station die „Name des jeweiligen Formblattes eintragen“ zur Ablage in der Krankenakte abgegeben.

WEITERVERSORGENDE EINRICHTUNGEN

Der vorgesehene **Entlassungstermin** sollte zwei Tage im Voraus dem Pflegedienst oder Heim mitgeteilt werden. Änderungen oder Todesfälle werden ebenfalls mitgeteilt. Liegt eine komplexe Versorgungssituation vor oder äußern Patientinnen/Patienten einen entsprechenden Wunsch, wird um einen Erstbesuch im Krankenhaus gebeten. Das sollte drei Tage vor der Entlassung geschehen.

Stehen **Entscheidungen über die zukünftige Wohnform** (häuslich oder stationär) an, sollten ggf. vorher versorgende Pflegedienste in die Entscheidung einbezogen werden.

ENTLASSUNG

Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung wird die bisherige Entlassungsplanung auf ihre Aktualität und Vollständigkeit hin **überprüft**. Bei Bedarf müssen Änderungen eingeleitet und die Betroffenen darüber informiert werden.

Angehörige müssen u.U. darauf hingewiesen werden, dass sie sich um die **Medikamentenversorgung** nach der Entlassung kümmern. Dazu kann sowohl die Beschaffung eines Rezeptes beim niedergelassenen Arzt als auch die Beschaffung des Medikamentes bei einer Apotheke gehören. Bei Entlassungen an Wochenenden sollten die Angehörigen auf die

Möglichkeit der Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung hingewiesen werden, wobei zehn Euro Praxisgebühr bezahlt werden müssen.

EVALUATION

Treten Probleme im Zusammenhang mit der Überleitung auf, sind bei Pflegediensten und Heimen jeweils die Pflegedienstleitungen Ansprechpersonen. In Krankenhäusern sind die Sozialdienste selbst die zuständige Instanz. Übergeordnete Probleme werden an die „Fachgruppe Überleitung“ weitergeleitet, die an den Verein Versorgungsnetz Gesundheit angegliedert wurde. Diese einrichtungsübergreifende Gruppe ist u.a. über die Internetseite des Vereins: „www.versorgungsnetz-gesundheit.de“ erreichbar.

Stammdaten der Patientin / des Patienten

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____
 Adresse: _____
 Gesetzl. Betreuer/in (Name / Tel.): _____
 Konfession: ev. kath. Sonstige Religion: _____
 Hausarzt/-ärztin (Name / Tel.): _____
 Krankenversicherung: _____

Krankenhaus / Stempel

Ansprechperson: _____
 Telefonnr: _____
 Erreichbarkeit: _____

Stationäre Behandlung vom bis zum (zuletzt) auf Station:

Diagnosen
 (auch Allergien, Infektionskrankheiten u. multiresistente Keime)

Bitte um Rücksprache Ansprechperson
 s.o.

O

Soziale Aspekte

Angehörige / Bezugsperson: (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): _____

Lebt in gemeins. Haushalt mit: _____
 Lebt alleine Betreutes Wohnen
 Schlüssel hat: _____
 Vorsorgevollmacht: ja nein
 Bevollmächtigt: _____
 Patientenverfügung: ja nein
 Pflegeeinstufung: nein ja beantragt:

| Hilfsmittel | Wohnung | beschafft | zu beschaffen |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rollator _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zur Medikation

Medikamentenüberwachung / Medikamentengabe
 Beachten: _____

Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Mobilität | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | Orientierung | ja | zeitweise | nein |
| - Freies Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gebrauch v. Gehhilfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sitzen/Umsetzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | - persönlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | Ausscheidungen | ja | zeitweise | nein |
| - Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bad / Dusche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - An- u. Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Ernährung | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | - DK-Wechsel: | Silikon <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - letzter Stuhlgang: | Durchfall <input type="checkbox"/> | Obstipation <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schluckstörungen | ja <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | - | | | |
| - Diät: | _____ | _____ | _____ | | | | |
| - Sondenkost: | _____ | _____ | _____ | Regelmässig NACHTS | Hilfe erforderlich | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Besonderheiten

z.B. Mitgabe eines Wundverlegungsberichtes bei Dekubitus

.....
 Datum, Unterschrift

.....
 Unterschrift Patient/i

Patient/in
evtl. Aufkleber

Name: _____
Vorname: _____
Geb.datum: _____

Vorbehandelnde Therapeut/inn/en

| Name | Fachgebiet | Telefon | Erreichbarkeit günstige Tage/Zeiten |
|------|------------|---------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |

Diagnose/n:
Relevante Nebendiagnose/n:

OP-Datum:

**! Bitte um
Rücksprache !
 hinter entspr. Namen !**

Für Therapie relevante **Medikation:**

Gabe durch PEG

Schmerzen

| | |
|-------------------|--------------------------|
| in Ruhe | <input type="checkbox"/> |
| bei Belastung | <input type="checkbox"/> |
| Bedarfsmedikation | <input type="checkbox"/> |
| Dauermedikation | <input type="checkbox"/> |

| Art des Hilfsmittels | Hilfsmittel | | | bestellt wo | Beantragung empfohlen |
|----------------------|--------------------------|--------------|---------------|-------------|--------------------------|
| | vorhanden | beantragt am | beantragt von | | |
| Rollator | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| UAGehstützen | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |

CHIRURGIE / ORTHOPÄDIE

Belastung Vollbelastung Teilbelastung _____ kg ohne Belastung

Beweglichkeit betr. Gelenk: _____ ° / _____ ° / _____ °

Beweglichkeit betr. Gelenk: _____ ° / _____ ° / _____ °

Beweglichkeit betr. Gelenk: _____ ° / _____ ° / _____ °

Erlaubte Bewegungsrichtung/-ausmaß: _____

Abnahme Schiene / Verband für die Therapie: JA NEIN

SONSTIGES (z.B. Ödeme):

| NEUROLOGIE | | | | |
|--|---|---|---|--|
| Transfer Rückenlage-Sitz | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Hilfe <input type="checkbox"/> | | |
| Sitz-Stand | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Hilfe <input type="checkbox"/> | | |
| Boden-Stand | selbständig <input type="checkbox"/> | mit Hilfe <input type="checkbox"/> | | |
| Gang ebener Untergrund | sicher <input type="checkbox"/> | mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> | mit HelferIn <input type="checkbox"/> | |
| unebener Untergrund | sicher <input type="checkbox"/> | mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> | mit HelferIn <input type="checkbox"/> | |
| Treppe auf <input type="checkbox"/> | alternierend <input type="checkbox"/> | Beistellschritt <input type="checkbox"/> | Halt am Geländer <input type="checkbox"/> | |
| ab <input type="checkbox"/> | alternierend <input type="checkbox"/> | Beistellschritt <input type="checkbox"/> | Halt am Geländer <input type="checkbox"/> | |
| Zusatzproblematik | Aphasie <input type="checkbox"/> | Neglect <input type="checkbox"/> | Sehstörung <input type="checkbox"/> | Schwindel <input type="checkbox"/> |
| Sturzgefahr <input type="checkbox"/> | Sublux. Schulter <input type="checkbox"/> | Instabilität OSG <input type="checkbox"/> | Ödeme ob.Extr. <input type="checkbox"/> | Ödeme u. Ext. <input type="checkbox"/> |
| SONSTIGES (z.B. zu Schmerzen) : | | | | |

Besonderheiten

Häusliche Beratung zur Wohnraumadaptation erfolgt: NEIN JA →

Datum/Unterschrift TherapeutIn:

Patient/in
evtl. Aufkleber

Name: _____
Vorname: _____
Geb.datum: _____

Vorbehandelnde Therapeut/inn/en

| Name | Fachgebiet | Telefon | Erreichbarkeit günstige Tage/Zeiten |
|------|------------|---------|--|
| | | | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> |

Diagnose/n:

Relevante Nebendiagnose/n:

**! Bitte um
Rücksprache !
O hinter entspr. Namen !**

Akutzustand:

Stimmstörungen: JA NEIN
Ergebnis von stroboskopischen Untersuchungen:

Schluckstörungen: JA NEIN
Ergebnis von Schluckuntersuchungen:

Dysarthrie: JA NEIN

Modalitäten der Aphasie

| | stark gestört | schwach gestört | nicht gestört |
|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Verstehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sprechen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schreiben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lesen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hilfsmittel

| | vorhanden | beantragt |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hörgerät | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Brille/n (Anzahl:) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zahnprothese oben | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zahnprothese unten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Für Therapie relevante **Medikation**

Gabe durch PEG

Schmerzen

| | |
|-------------------|-----------------------|
| in Ruhe | <input type="radio"/> |
| bei Belastung | <input type="radio"/> |
| Bedarfsmedikation | <input type="radio"/> |
| Dauermedikation | <input type="radio"/> |

Besonderheiten

Datum/Unterschrift TherapeutIn: _____

Die nachfolgenden Leitsätze gelten für alle Patientinnen/Patienten, die aus einer ambulanten Versorgung in ein Krankenhaus verlegt und/oder von einem Krankenhaus in die ambulante Versorgung entlassen werden.

1. Vom Pflegedienst versorgte Patientinnen/Patienten, die in einem Krankenhaus stationär aufgenommen werden

- Wird eine Patientin / ein Patient in ein Krankenhaus verlegt, wird ein **Überleitungsbogen** mitgegeben. Der mit den Stammdaten und dem Namen des Pflegedienstes bereits teilweise ausgefüllte Überleitungsbogen befindet sich in der Dokumentationsmappe und kann so auch ins Krankenhaus mitgenommen werden, wenn der Pflegedienst nicht anwesend ist. Das Krankenhaus erhält damit erste Informationen und hat die Möglichkeit, schnell Kontakt aufzunehmen. Erfährt der Pflegedienst erst im Nachhinein von der Krankenhausaufnahme, wird der Überleitungsbogen nachgefaxt oder mit dem Krankenhaus wird so schnell wie möglich Kontakt aufgenommen und u.a. gefragt, ob der Überleitungsbogen nachgefaxt werden soll.
- Hat der Pflegedienst die Krankenhausaufnahme veranlasst, werden Patientinnen / Patienten in der **Notaufnahme** des Krankenhauses telefonisch angemeldet.

2. Neue Patientinnen/Patienten, die aus einem Krankenhaus entlassen werden

- Liegt eine besondere Pflegesituation vor oder wünscht der Patient / die Patientin das, wird im Krankenhaus ein **Erstbesuch** durchgeführt.
- Wurde die häusliche **Versorgung im Vorfeld** als **schwierig** oder unsicher eingestuft, wird mit der Person, mit welcher im Krankenhaus die Überleitung vorrangig besprochen wurde, vereinbart, nach einigen Tagen eine Rückmeldung zur tatsächlichen häuslichen Situation zu geben.

3. Kooperation mit Arztpraxen

- Es wird ein ärztlich-pflegerisches Informationsblatt verwendet, um stichwortartig Informationen an die Ärztin / den Arzt weiterzugeben. Wenn möglich wird dazu das im Projekt entwickelte Blatt verwendet, um den Wiedererkennungswert für Hausärztinnen/-ärzte zu erhöhen.

4. Überleitungsbelange

- Bei Fragen zu Überleitungsaspekten steht die Pflegedienstleitung des Pflegedienstes als Ansprechperson für andere Einrichtungen zur Verfügung.
- Bei eventuellen Problemen im Überleitungskontext wird in den Krankenhäusern zuerst der Sozialdienst angesprochen. Dieser leitet das Anliegen u.U. an die PDL weiter. Einrichtungsübergreifende Probleme werden von der Fachgruppe Überleitung behandelt. Kontakt kann über den Verein Versorgungsnetz Gesundheit (www.versorgungsnetz-gesundheit.de) aufgenommen werden.

Stammdaten der Patientin / des Patienten

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____
 Adresse: _____
 Betreuer/in (Name / Tel.): _____
 Konfession: ev. kath. Sonstige Religion: _____
 Hausarzt/-ärztin (Name / Tel): _____
 Krankenversicherung: _____

Pflegedienst / Stempel

Ansprechperson: _____
 Telefonnr: _____
 Erreichbarkeit: _____

Soziale Aspekte

Bezugsperson/en: (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): _____

 Lebt in gemeins. Haushalt mit: _____
 Lebt alleine Betreutes Wohnen
 Schlüssel hat: _____
 Vorsorgevollmacht: ja nein
 Bevollmächtigt: _____
 Patientenverfügung: ja nein
 Pflegeeinstufung: ja nein Stufe: _____ beantragt:

Bisherige Medikation

s. Medikamentenplan zuletzt gegeben: _____

Allergien

Bereits bekannte Probleme

**Bitte um
Rücksprache
Ansprechperson s.o.**

Vorerkrankungen

Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten

| | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Mobilität | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | Orientierung | ja | zeitweise | nein |
| - Freies Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gebrauch v. Gehhilfen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sitzen/Umsetzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | - persönlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | Ausscheidungen | ja | zeitweise | nein |
| - Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bad / Dusche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - An- u. Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Ernährung | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | Ausscheidungen | | | |
| - Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - DK-Wechsel: | Silikon <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schluckstörungen | ja <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | - letzter Stuhlgang: | Durchfall <input type="checkbox"/> | Obstipation <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diät: | _____ | | | - | _____ | | |
| - Sondenkost: | _____ | | | - | _____ | | |

Pflegeumfang (mit Häufigkeit)

Grundpflege Hauswirtschaftl. Versorgung
 - -
 - **Besonderheiten (Lagerung, ...)**
 - -
 Behandlungspflege -
 - -
 - -
 - -

Hilfsmittel vorhanden mitgegeben

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rollator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegebett | <input type="checkbox"/> | |
| Lagerungsmatratze | <input type="checkbox"/> | |
| Nachtstuhl | <input type="checkbox"/> | |
| Brille/n / Hörgerät .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnprothese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....
Datum, Unterschrift

.....
Unterschrift Patient/in

Name:

ÄRZTLICH – PFLEGERISCHES INFORMATIONSBLATT



| Datum | Fragen / Informationen an Arzt / Ärztin | Handz. |
|-------|---|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Datum | Anordnungen / Informationen an Pflegende | Handz. |
|-------|--|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Die nachfolgenden Leitsätze gelten für solche Bewohnerinnen und Bewohner, die aus dem Heim in ein Krankenhaus verlegt und/oder von einem Krankenhaus in das Heim entlassen werden.

1. Vom Heim versorgte Bewohnerinnen/Bewohner, die in einem Krankenhaus stationär aufgenommen werden

- Wird eine Bewohnerin / ein Bewohner in ein Krankenhaus verlegt, wird ein **Überleitungsbogen** mitgegeben. Ist das nicht möglich, wird der Überleitungsbogen so schnell wie möglich nachgefaxt. Auf dem Bogen soll eine auskunftsfähige Ansprechperson für Rückfragen vermerkt sein.
- Hat das Heim die Krankenhausaufnahme veranlasst, werden Bewohnerinnen/Bewohner in der **Notaufnahme** des Krankenhauses telefonisch angemeldet.
- Den Bewohnerinnen/Bewohnern wird üblicherweise Kleidung für Bett und Mobilisation mitgegeben, außerdem vorhandene Prothesen und Hilfsmittel. **Mitgegebene Gegenstände** sollten auf dem Überleitungsbogen vermerkt sein, damit das Krankenhaus einen Anhaltspunkt für die Rückgabe hat. Das Heim regelt die Wäscheversorgung im Krankenhaus.
- Es sollte bei allen Bewohnerinnen/Bewohnern dokumentiert sein, ob sie Erklärungen zu Wünschen bezüglich **lebensverlängernden Maßnahmen** abgegeben haben. Wenn vorhanden, sollten Kopien von Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuerausweis mitgegeben werden. Auf der Kopie muss vermerkt sein, dass das Original vorgelegen hat.

2. Neue Bewohnerinnen/Bewohner, die von einem Krankenhaus entlassen werden

- Liegt eine besondere Pflegesituation vor oder wünscht die Patientin / der Patient das, findet im Krankenhaus ein **Erstbesuch** statt.

3. Überleitungsbelange

- Sollte das Krankenhaus Fragen zu den Bewohnerinnen/Bewohnern haben, steht die Wohnbereichsleitung zur Verfügung. Handelt es sich um übergeordnete Fragestellungen, ist die Pflegedienstleitung die zuständige Ansprechperson.
- Bei eventuellen Problemen im Überleitungskontext wird in den Krankenhäusern zuerst der Sozialdienst angesprochen. Dieser leitet das Anliegen u.U. an die Pflegedienstleitung weiter.
Einrichtungsübergreifende Probleme werden von der Fachgruppe Überleitung behandelt. Kontakt kann über den Verein Versorgungsnetz Gesundheit (www.versorgungsnetz-gesundheit.de) aufgenommen werden.

Stammdatens der Bewohnerin / des Bewohners

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____
 Adresse: _____
 Gesetzl. Betreuer/in (Name / Tel.): _____
 Konfession: ev. kath. Sonstige Religion: _____
 Hausarzt/-ärztin (Name / Tel.): _____
 Krankenversicherung: _____

Heim / Stempel

Ansprechperson: _____
 Telefonnr: _____
 Erreichbarkeit: _____

Soziale Aspekte

Angehörige/Bezugspers: (Name / Beziehungsverhältnis / Tel.): _____

Pflegeheim Kurzzeitpflege Wohnheim
 Betreutes Wohnen Apartment Schlüssel: _____
 Vorsorgevollmacht: ja nein
 Bevollmächtigt: _____
 Patientenverfügung: ja nein
 Pflegestufe: _____

Bisherige Medikation

s. Medikamentenplan zuletzt gegeben: _____

Einweisungsgrund:

**Bitte um
Rücksprache
Ansprechperson
s.o.**

Allergien:

Vorerkrankungen:

Hilfsmittel

| | mitgegeben | vorhanden |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Rollator | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prothese: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin / des Patienten

| Mobilität | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | Orientierung | ja | zeitweise | nein |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| - Freies Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gebrauch v. Gehhilfen ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sitzen/Umsetzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - situativ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | - persönlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | Ausscheidungen | ja | zeitweise | nein |
| - Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bad / Dusche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mundpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - An- u. Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Ernährung | selbst. | mit Hilfe | unselbständig | Ausscheidungen | | | |
| - Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - DK-Wechsel: | Silikon <input type="checkbox"/> | Latex <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Schluckstörungen | ja <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | - letzter Stuhlgang: | Durchfall <input type="checkbox"/> | Obstipation <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diät: | _____ | | | - | | | |
| - Sondenkost: | _____ | | | | | | |

Mitgegebene persönliche Gegenstände

- Zahnprothesen ja nein
 - Brille/n ja nein
 - Hörgerät ja nein
 - Krankenversicherungskarte ja nein
 - Papiere: ja nein
 - Kleidung: ja nein
 ja
 ja
 ja
 ja

Besonderheiten

.....
Datum, Unterschrift

.....
Unterschrift Patient/in

PATIENTENÜBERLEITUNG

LEITSÄTZE FÜR NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN/ÄRZTE

Die nachfolgenden Leitsätze gelten besonders für solche Patientinnen und Patienten, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben und bei denen ein direkter Austausch zwischen niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens sinnvoll ist.

1. Kooperation mit Krankenhäusern

- Relevante Informationen (z.B. häusliche Versorgungssituation, Diagnosen, Medikation, bisherige Therapie, Cave-Hinweise) sollten an das Krankenhaus weitergegeben werden, wobei u.U. ein standardisierter Vordruck verwendet werden kann.
- Sind Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten vorhanden, sollten diese in Kopie dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.
- Einweisungsscheine sollten leserlich ausgefüllt werden und Angaben zu Vorerkrankungen und zur aktuellen Medikation enthalten.
- Patientinnen/Patienten sollten möglichst telefonisch in den Notaufnahmen der Krankenhäuser angekündigt werden.
- Rezepte sollten am Entlassungstag der Patientin / des Patienten (bes. freitags) nach Vorankündigung des Krankenhauses ausgestellt werden, auch wenn sie/er zu einer Uhrzeit am selben Tag entlassen wird, zu der die Praxis bereits geschlossen ist.

2. Kooperation mit ambulanten weiterversorgenden Einrichtungen

- Eventuelle Änderungen der Medikation oder andere wichtige Informationen sollten für die ambulanten Pflegedienste in der Dokumentationsmappe schriftlich niedergelegt oder notfalls per Fax nachgeschickt werden. Für die Dokumentation stehen das ärztliche Verordnungsblatt sowie ein ärztlich-pflegerisches Informationsblatt zur Verfügung. Im ärztlich-pflegerischen Informationsblatt werden auch die für Ärztinnen/Ärzte wesentlichen Informationen zusammengefasst.
- Auf Rezepten für ambulante Therapeutinnen/Therapeuten sollten für die Therapie relevante Informationen vermerkt werden (z.B. wieviel Grad eine Extremität gebeugt/gestreckt werden darf, wie hoch die Belastung sein soll oder ob eine Schiene / ein Verband für eine Behandlung abgenommen werden darf).

3. Überleitungsbelange

- Können eventuelle Probleme im Zusammenhang mit der Entlassung nicht direkt im ärztlichen Bereich geklärt werden, ist der Sozialdienst des Krankenhauses die zuständige Ansprechinstanz. Dieser leitet das Anliegen u.U. weiter.
Bei Pflegediensten und Heimen sind die Pflegedienstleitungen die Ansprechpersonen. Einrichtungsübergreifende Probleme werden von der Fachgruppe Überleitung behandelt. Kontakt kann über den Verein Versorgungsnetz Gesundheit (www.versorgungsnetz-gesundheit.de) aufgenommen werden.

PATIENTENINFORMATION

Arztpraxis → Klinik

Fax:



Arztstempel:

Erreichbarkeit (Zeiten/Telefonnr.):

Patientendaten:

- *Siehe obiger Aufdruck (Name, Geburtsdatum, Adresse, Krankenkasse)*
- Angehörige (Name/Beziehungsverhältnis/Telefon):

- Gesetzlicher Betreuer:
- Vorsorgevollmacht: nein / ja bevollmächtigt:
- Patientenverfügung: nein / ja

Medizinische Daten (ggf. als Anlage):

- Diagnosen:

- Anamnese aktuell:

- Cave-Hinweise, Allergien:

- Medikamente (Rezeptverordnungen):

- Befunde:

- Technische Befunde (Labor, Rö, Sono, EKG, usw):

- Bisherige Therapie:

Datum: _____ Unterschrift: _____

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT ZUM PROJEKT

Die Vorstellung der Projektinhalte fand zu folgenden Gelegenheiten statt:

- 18.09.'02 Teilnahme am Oldenburger Gerontopsychiatrischen Arbeitskreis
- 11.11.'02 Tagung Krankenhaussozialdienste in Berlin
- 20.11.'02 Fortbildung des Vereins Versorgungsnetz Gesundheit
- 27.01.'03 Vorstellung an der Carl-von-Ossietzky Universität OL, Diplom-Pädagogik
- 27.03.'03 Tagung vom Zentrum für Qualitätsmanagement (ZQ), Hannover
- 08.04.'03 Weiterbildung für Führungskräfte in der Pflege (FLIP), Ev. Krankenhaus
- 19.06.'03 Vorstellung für die Wesermarsch-Klinik, Nordenham
- 31.10.'03 Bundeskongress Dt. Vereinigung Sozialdienst im Krhs, Mainz
- 14.11.'03 Vorstellung für einrichtungsübergreifendes Netzwerk aus Pinneberg
- 19.11.'03 Tagung von AOK und ZQ (s. 27.03.), Hannover
- 04.02.'04 Weiterbildung für Führungskräfte in der Pflege (FLIP), Ev. Krankenhaus
- 11.02.'04 Vorstellung vor einrichtungsübergreifendem Arbeitskreis in Delmenhorst
- 25.02.'04 Abschlussveranstaltung des Projektes im PFL
- 28.04.'04 Vorstellung vor Krankenhaus-SozialarbeiterInnen im Raum Osnabrück

Innerhalb der Krankenhäuser wurde an allen drei Krankenpflegeschulen unterrichtet.

Im Klinikum wurde wegen den internen Veränderungen bezüglich der Entlassungsvorbereitung zweimal eine Fortbildungsveranstaltung für die Ärzte/Ärztinnen der Inneren Medizin durchgeführt und es fand dreimal eine Teilnahme an Stationsleitungsbesprechungen statt.