

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft
AG 7 Pädagogische Beratung



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

Modul 1: Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

Jan-Willem Waterböhr, Marco Kühn



Modellprojekt der Universität Bielefeld
gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg & der AOK NORDWEST

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

Modul 1: Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

Autoren

M.A. Jan-Willem Waterböhr

B.A. Marco Kühn

Kontakt

Modellprogramm Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG

Universität Bielefeld

Fakultät für Erziehungswissenschaft

AG 7: Pädagogische Beratung

Universitätsstraße 25

33615 Bielefeld

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

Dezember 2018, Universität Bielefeld

Einleitung

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

Folgender Umstand ist mit Blick auf verschiedene Krankenhäuser zu berücksichtigen:

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

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

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

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

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

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

Modul 1: Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

Modul 2: Dokumentation der Familialen Pflege im KIS

Modul 3: Kollegiale Zusammenarbeit und Netzwerke der Familialen Pflege

Modul 4: Organisationsentwicklung und Prozessgestaltung

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

Die Module sind nach dem folgenden Schema aufgebaut:

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

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

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

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

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

Modul 1: Beauftragung der Familialen Pflege über das KIS

1. Zielsetzung der Beauftragung

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

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

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

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

2. Durchführung: Pflegebedürftigkeit erfassen

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

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

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

Grundsätzlich sind zwei Szenarien zu unterscheiden:

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

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

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

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

Modulverweise:

→ Modul 3

→ Modul 4

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

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

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

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

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

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

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

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

Modulverweis:

→ Modul 4

RV EM/DNQP 2009

(Erfassung des poststationären Versorgungsbedarfs)

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

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

KHP NRW/KHP SH

(Erfassung des geriatrischen Versorgungsbedarfs)

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

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

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

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

Die Grafik veranschaulicht den beschriebenen Prozess⁵:

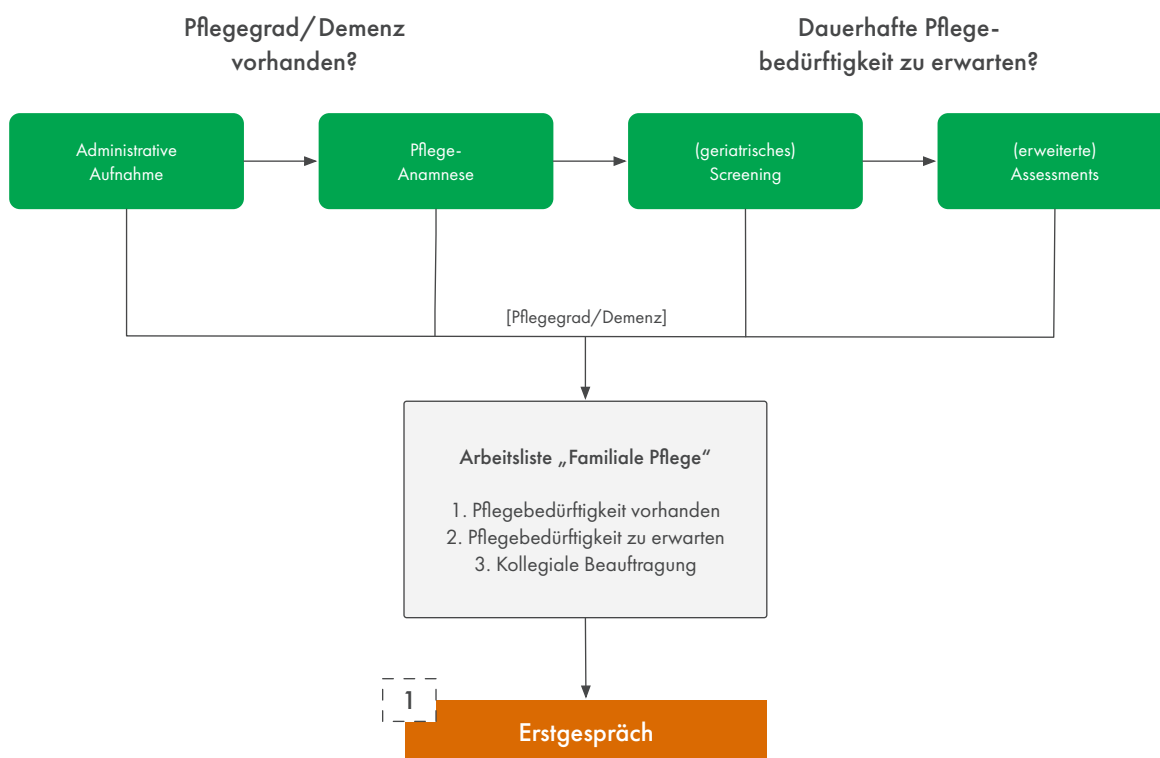


Abbildung 1: Erfassung und Einschätzung einer vorhandenen/zur erwartenden Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)

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

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

3. Fallübersicht Familiäre Pflege

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

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

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

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

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

4. Elemente und Beispiele zur Beauftragung der Familialen Pflege

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

4.1 (Digitale) Aufnahmebögen

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

The screenshot shows a digital form titled "Soziales" with the following sections:

- Patientenverfügung**
 - Keine Angabe Ja Nein
 - Keine Angabe Liegt vor
 - Wird nachgereicht
- Soziales Umfeld / Häusliche Situation**
 - A large empty text area with a vertical scrollbar on the right side.
- Pflegestufe**
 - Keine Angabe 0 1 2 3
 - Beantragt Zu erwarten Keine
 - Heimunterbringung

Abbildung 2: Erfassung Pflegestufe in der Pflegeanamnese (iMedOne)

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

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

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

Modulverweis:
→ Modul 3

Pflege Status*
 Aufnahmestatus | Eertig | Bericht | Diagnosen | Status Auswahl: Aufnahmestatus

Erfassung am 20.02.2014 / 13:19 von L Schicht Fr

nächste Einschätzung spätestens am

allgem. Info | Aufnahme | Vitalzeichen | ATL | Pflegeplanung | Bemerkungen | Assessment

administrative Info | Häusliche Situation

Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3 beantragt

Wohnsituation:
 Hilfsdienste:
 Einrichtung/Pflegedienst:

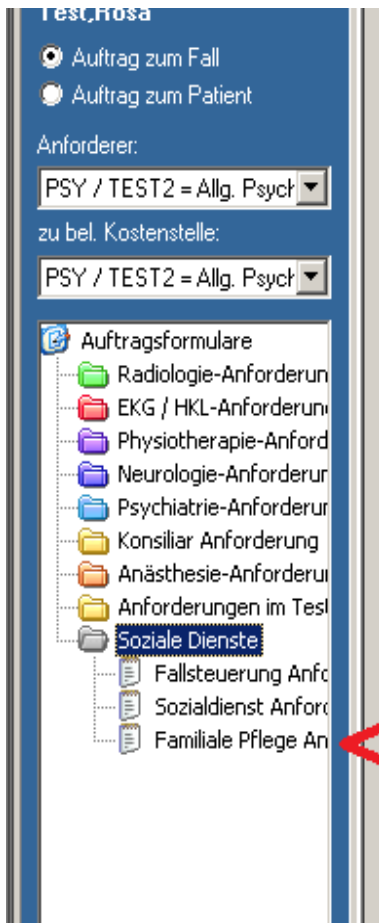
Betreuung durch die Familiäre Pflege erwünscht: ja nein ←

Ehrenamtliche Demenzbegleitung erwünscht:
 (Formular im Intranet) ja nein

Abbildung 3: Beauftragung der Familialen Pflege (ORBIS)

4.2 Das Konsil

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



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

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

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

Abbildung 5: Konsil im KIS "Medico"

Abbildung 6: Konsil im KIS "Orbis"

Konsilbefund ändern: H.Katzenjammer, Status: IA

Patient: **Name** Katzenjammer, Hugo **geb.** 01.01.1985 **Ges.** W
Falll. 5061500 **6** **Fallart** Stationär **Fach/St/Zi** SSB **Kasse** TKK - Nord-Württemberg

Leistungstext Handchirurgisches Konsil **Vorbefund** **Folgekonsil**

Anforderungsdaten
Anfordernder Fachabt.: 1 Station/Ambulanz: SSB **VMA** SENG **FonNr** 123456
Fragestellung Pflichtfragestellung
Bemerkung

Dauer von **Dauer bis**
Konsilbefund vom 13.11.2014 **Konsilarzt** HAUSER PD Dr. J.Hauser

Befund
Das ist der interne Text.

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

Abbildung 7: Konsil in SAP

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

Es ist empfehlenswert, dass die Konsile folgende Informationen enthalten:

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

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

4.3 Fallübersichten

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

4.3.1 Reporte

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

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

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

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

4.3.2 Im KIS integrierte Listen

(1) Übersichtslisten

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

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

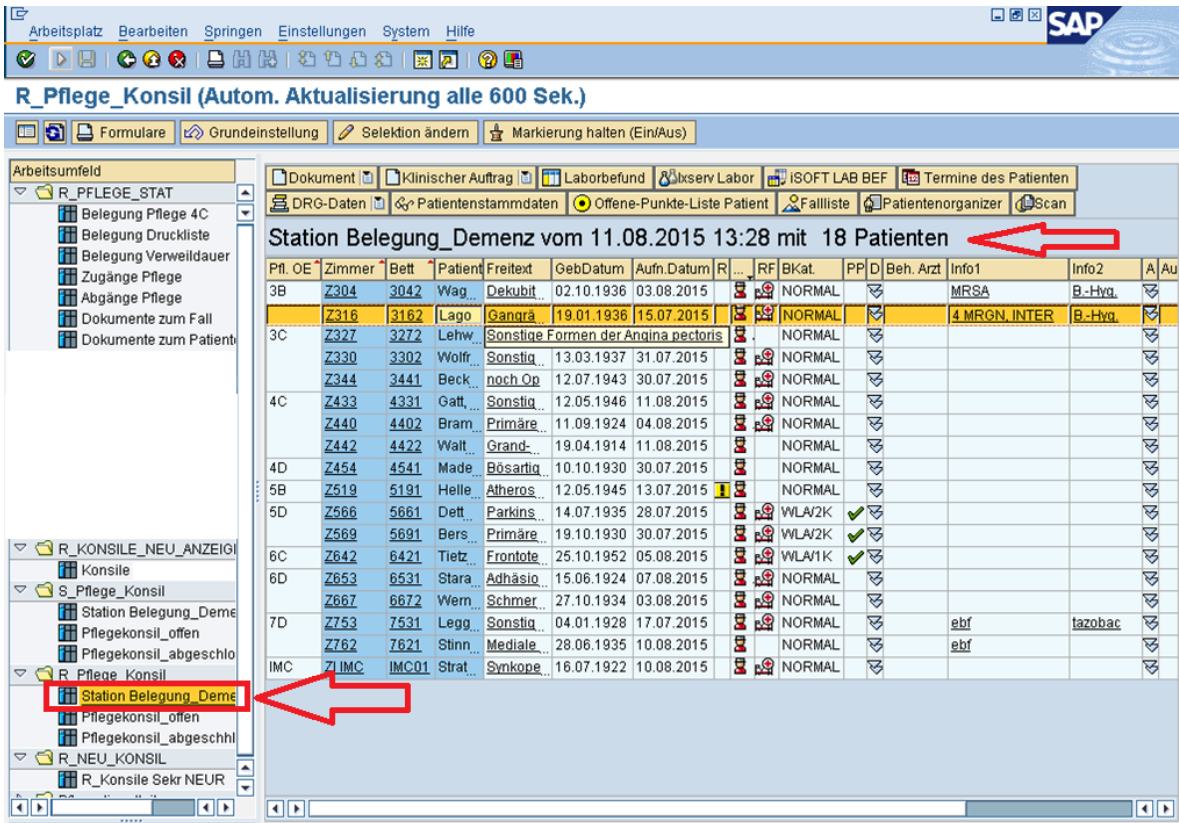


Abbildung 8: Stationsübersicht in SAP

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

(2) Arbeitslisten

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

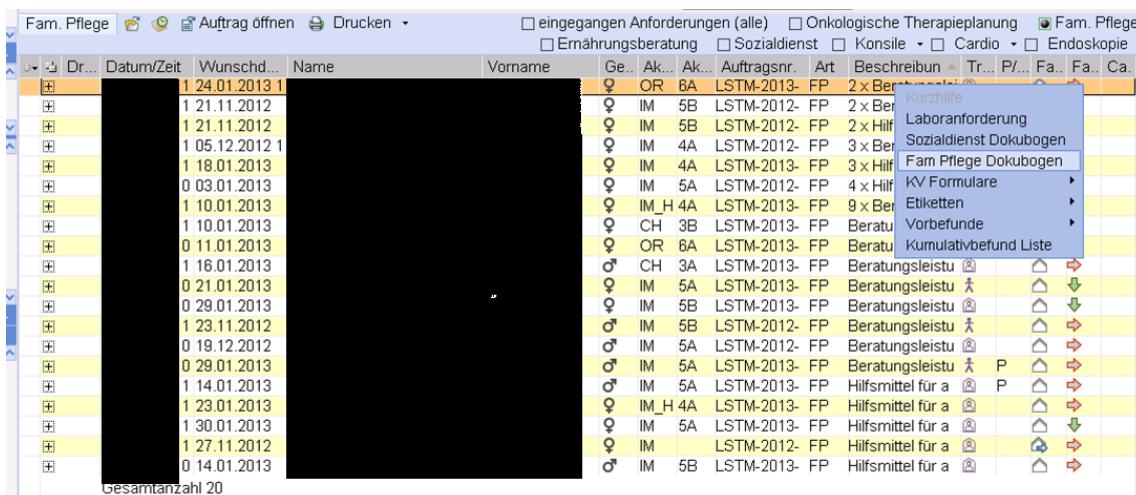


Abbildung 9: Arbeitsliste im KIS „Orbis“

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

Abbildung 10: Arbeitsliste im KIS „iMedOne“

Die Arbeitsliste bietet einige Vorteile gegenüber den Reporten. Sie

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

5. System- und Alltagseffekte

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

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

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

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

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

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

6. Fazit und Handlungsempfehlungen

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

Im Gegenteil, es empfiehlt sich beispielsweise

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

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

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

Handlungsempfehlungen

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

Modulverweis:

→ Modul 4

Veranstaltungstranskripte

Flensburg (2016). IT-gestützte Kommunikation, Prozesssteuerung und die Institutionalisierung der Familialen Pflege im Krankenhaus und in der Psychiatrie, Transkript 3 (unveröffentlicht).

Mühlheim an der Ruhr (2014). IT-gestützte Kommunikation und die Implementierung der Familialen Pflege in ORBIS (unveröffentlicht).

Mülheim an der Ruhr (2015). IT-gestützte Kommunikation und die Implementierung der Familialen Pflege in iMedOne (unveröffentlicht).

Literaturverzeichnis

Gröning, K., Lagedroste, C. & von Kamen, R. (2015). Lerneffekte und Lernprozesse bei pflegenden Angehörigen.

URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Lerneffektstudie.pdf (Stand 04.06.2018).

Gröning, K., Lagedroste, C., & Weigel, L. (2015). Demenz im Krankenhaus. Eine Auswertung der Projektstudien zu Demenz im Krankenhaus im Rahmen des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“:

URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/evaluation/Demenzbericht_qualitativ_2015.pdf (Stand 04.06.2018).

Gröning, K., Lienker, H. & Sander, B. (2018). Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege.

URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pflege/materialien/Programmbeschreibung-2018.pdf (Stand 04.06.2018).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Erfassung und Einschätzung einer vorhandenen/zu erwartenden Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI)	10
Abbildung 2:	Erfassung Pflegestufe in der Pflegeanamnese (iMedOne)	12
Abbildung 3:	Beauftragung der Familialen Pflege (ORBIS)	13
Abbildung 4:	Die bestehende Struktur für Konsile wurde um das Konsil Familiäre Pflege ergänzt	13
Abbildung 5:	Konsil im KIS "Medico"	14
Abbildung 6:	Konsil im KIS "Orbis"	14
Abbildung 7:	Konsil in SAP	15
Abbildung 7:	Stationsübersicht in SAP	17
Abbildung 8:	Arbeitsliste im KIS „Orbis“	17
Abbildung 10:	Arbeitsliste im KIS „iMedOne“	18

