

# Modellprojekt "Ambulante Übergangspflege"

ABSCHLUSSBERICHT

Projektlaufzeit: 01.06.2016 bis 31.03.2019

**Impressum:**

Modellprojekt "Ambulante Übergangspflege"

gefördert vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

Projektträger:

Heiliggeistspitalstiftung

Adelhauser Straße 33

79098 Freiburg

Externe Begleitung und Berichtsredaktion:

aku GmbH

Sonnenstraße 19

78073 Bad Dürkheim

März 2019

# Inhaltsverzeichnis

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| 1.        | Einleitung .....  | 7  |
| 2.        | Projektverlauf .....  | 9  |
| 3.        | Inhaltliches Konzept der ambulanten Übergangspflege .....                                 | 11 |
| 3.1       | Zielgruppe .....  | 11 |
| 3.2       | Konzeptionelle Grundlagen .....   | 14 |
| 3.3       | Leistungsprofil und Organisationskonzept .....  | 15 |
| 3.4       | Prozessplanung der ambulanten Übergangspflege .....                                       | 16 |
| 3.5       | Schnittstellenklärungen Krankenhaus – ambulante Übergangspflege – ambulanter Dienst ..... | 17 |
| 3.6       | Personalkonzept.....  | 20 |
| 3.7       | Raumprogramm .....  | 21 |
| 3.8       | Zentrale Qualitätsmerkmale .....  | 21 |
| 4.        | Finanzierungskonzept .....  | 23 |
| 4.1       | Untersuchte Finanzierungsvarianten.....   | 24 |
| 4.1.1     | Ambulantes Setting.....   | 25 |
| 4.1.2     | Stationäres Setting .....   | 27 |
| 4.2       | Optimierungsmöglichkeiten bei einer ambulanten Finanzierung der Übergangspflege .....     | 27 |
| 5.        | Fazit.....  | 29 |
| 6.        | Literatur .....   | 31 |
| Anhang 1: | Leistungsbeschreibung Übergangspflege .....   | 34 |
| Anhang 2: | Überleitungsbogen des Universitätsklinikums Freiburg .....                                | 36 |
| Anhang 3: | Aufnahme-/Entlassbogen.....   | 38 |
| Anhang 4: | Versorgungspfade .....  | 48 |
| Anhang 5: | Von der Heiliggeistspitalstiftung entwickeltes Nutzungskonzept .....                      | 74 |
| Anhang 6: | Formular Leistungsprofil .....  | 77 |
| Anhang 7: | Vorlage zur Verordnung häuslicher Krankenpflege .....                                     | 86 |
| Anhang 8: | Ergebnisse der Kurzzeitpflegeerhebungen .....   | 90 |

## Abkürzungsverzeichnis

|            |  |
|------------|--|
| BWKG       | Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. |
| i. Br.     | im Breisgau  |
| i. S. d.   | im Sinne des   |
| KHSG       | Krankenhausstrukturgesetz                            |
| LHeimBauVO | Landesheimbauverordnung                              |
| LPersVO    | Landespersonalverordnung                             |
| LWK        | Lendenwirbelkörper                                   |
| MRSA       | Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus        |
| SGB        | Sozialgesetzbuch                                     |
| VK         | Vollzeitkraft  |
| vdek       | Verband der Ersatzkassen e. V.                       |
| WG         | Wohngemeinschaft                                     |
| WTPG       | Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz                    |

## Genderhinweis

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie z. B. Patienten/-innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

# Abbildungsverzeichnis

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Abb. 1   | Anlass, weshalb die Patienten des Krankenhauses eine Kurzzeitpflege in Erwägung ziehen .....                 | 12 |
| Abb. 2   | Anlass, weshalb die Kurzzeitpflegegäste der Heiliggeistspitalstiftung diese in Anspruch genommen haben ..... | 12 |
| Abb. 3   | Pflegestufenverteilung der Kurzzeitpflegegäste der Heiliggeistspitalstiftung 2016 .....                      | 13 |
| Abb. 4   | Pflegegradverteilung der Kurzzeitpflegegäste und der Patienten 2017 .....                                    | 13 |
| Abb. 5:  | Personenzentrierte Sicht .....   | 15 |
| Abb. 6   | Leistungsprofil und Organisationskonzept .....   | 16 |
| Abb. 7:  | Leistungen des Krankenhauses, der Übergangspflege und des ambulanten Pflegedienstes .....                    | 18 |
| Abb. 8:  | Personaleinsatzstruktur für die Präsenz bei 8-er-WG .....  | 20 |
| Abb. 9   | Kostenelemente der ambulanten Übergangspflege .....  | 23 |
| Abb. 10: | Musterverordnung zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1a SGB V .....           | 28 |

## Tabellenverzeichnis

|         |   |    |
|---------|---|----|
| Tab. 1: | Zusammenfassung des Personalbedarfs .....   | 21 |
| Tab. 2: | Kalkulierte Erlöse bei der Berechnung nach aktueller Rechtslage .....   | 25 |
| Tab. 3: | Kalkulierte Erlöse bei einem ambulanten Setting bei einer Finanzierung nach SGB V im Rahmen eines Modells ..... | 26 |
| Tab. 4: | Kalkulierte Personal- und Sachkosten pro Monat und Patient bei einem stationären Setting .....                  | 27 |

# 1. Einleitung

Im Gesundheits- und Pflegebereich waren in den vergangenen Jahren neben dem anteiligen Anstieg alter Menschen in der Bevölkerung weitere gravierende Entwicklungen zu verzeichnen:

- **Verkürzung der Verweildauer in den Krankenhäusern:**

Nach Einführung der Fallpauschalen ist die Verweildauer in den Akutkliniken auf durchschnittlich 6,2 Tage/Patient gesunken (Statistisches Bundesamt, 2016, 13). Eine kurze Verweildauer ist für die Kliniken finanziell wichtig. Sie entspricht auch dem Interesse der erkrankten Menschen im dritten und vierten Lebensalter, da die Akutkliniken wohl die Akutbehandlung gewährleisten, jedoch nicht die notwendige Förderung von alltagsorientierten Fähigkeiten für eine erfolgreiche Wiedereingliederung dieses Personenkreises in die eigene Häuslichkeit sicherstellen können.

- **Entwicklung im Bereich Kurzzeitpflege:**

Im Bereich Kurzzeitpflege wurden mit Verabschiedung der Pflegestärkungsgesetze I bis III in den vergangenen Jahren wie auch durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)) die Leistungen der Pflege- und Krankenkassen für Kurzzeitpflege verbessert. Die Leistungen der Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen hat sich in der Folge von 2015 auf 2017 um 7,2 % erhöht (Statistisches Bundesamt, 2018, 34).

Beim Angebot der stationären Pflegeeinrichtungen handelt es sich jedoch größtenteils um eingestreute Kurzzeitpflegeplätze. Dies führte in verschiedenen Regionen in Baden-Württemberg zu Versorgungsengpässen. Die eingestreuten Kurzzeitpflegeplätze werden häufig den individuellen, spezifischen Bedarfen der Patienten (z. B. medizinisch-pflegerische Behandlung) nicht gerecht. Hinzukommt, dass der für ein Leben der Patienten zu Hause notwendige Aufbau eines häuslichen Hilfesystems nicht zu den Aufgaben der Kurzzeitpflege gehört.

Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen des Projekts durch ein Angebot einer "Ambulanten Übergangspflege" die bestehende Versorgungslücke zwischen Akutkrankenhaus und einem selbständigen und abgesicherten Leben zu Hause für erkrankte Menschen im dritten und vierten Lebensalter geschlossen werden, mit dem Ziel, diesen Personenkreis durch die Übergangspflege zu stabilisieren und auf ein Leben zu Hause vorzubereiten.

Durch den Einbezug der professionellen Dienste und Akteure vor Ort sollte für die betroffenen Menschen von der Akutklinik bis hin zur eigenen Häuslichkeit

Versorgungskontinuität gewährleistet sowie die Schnittstellen Krankenhaus – Übergangspflege – Leben zu Hause effektiv gestaltet werden.



## 2. Projektverlauf

Nachfolgend werden die Projektstruktur und die Vorgehensweise inhaltlich beschrieben:

### **Projektträger, -beteiligte**

Das Modellprojekt wurde vom 01. Juni 2016 bis 31. März 2019 durchgeführt. Über die gesamte Laufzeit wurde die Heiliggeistspitalstiftung Freiburg von aku, einer Beratungsinstitution im Gesundheits- und Sozialbereich, fachlich begleitet.

Das Konzept wurde in Arbeitsgruppensitzungen von einem internen Projektteam, mit externer Begleitung durch aku und in enger Abstimmung mit einem Projektbeirat entwickelt. In dem Projektbeirat waren neben der Heiliggeistspitalstiftung und aku folgende Institutionen vertreten:

- AOK Baden-Württemberg
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG)
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
- Stadt Freiburg i. Br.
- Universitätsklinikum Freiburg i. Br.

Darüber hinaus fanden folgende **weitere Aktivitäten** statt:

- **Erhebungen bei den Kurzzeitpflegegästen der Heiliggeistspitalstiftung und durch den Krankenhaussozialdienst der Universitätsklinik Freiburg i. Br.:**

Mit dem Ziel, Hinweise zum quantitativen Bedarf für eine Übergangspflege sowie Informationen über die Zielgruppe (Diagnosen etc.) zu erhalten, wurden 2016 und 2017 bei der Heiliggeistspitalstiftung Erhebungen bei den Kurzzeitpflegegästen und vom Sozialdienst des Universitätsklinikums Erhebungen bei Patienten, die in Kurzzeitpflege entlassen werden sollten (verbunden mit dem Ziel, in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren), durchgeführt.

- **Gespräche mit Vertretern des Universitätsklinikums Freiburg i. Br.:**

Zu möglichen Kooperationen und zu den Schnittstellen zwischen Krankenhaus und ambulanter Übergangspflege wurden mehrere Gespräche mit Vertretern des Universitätsklinikums, insbesondere des Sozialdienstes, geführt.

- **Workshops und Gespräche zur Finanzierung der Übergangspflege:**

Die Finanzierung der ambulanten Übergangspflege hängt stark von den leistungsrechtlichen sowie ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen ab und stellt im

Hinblick auf die Zielgruppe (erkrankte Menschen, die pflegebedürftig und nicht pflegebedürftig im Sinne des (i. S. d.) SGB XI sein können) mit Leistungsansprüchen nach SGB V und SGB XI eine Herausforderung dar.

Um hierzu Möglichkeiten zur Realisierung abzuklären, fanden mit den Kostenträgern (insbesondere der AOK Baden-Württemberg und dem vdek (Verband der Ersatzkassen)), der BWKG, der Stadt Freiburg und der Heiliggeistspitalstiftung mit fachlicher Begleitung durch aku mehrere Gespräche bzw. Workshops statt.

- Die Anwendung des WTPG (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz) und gegebenenfalls notwendiger Befreiungen wurde mit dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg geklärt.

### 3. Inhaltliches Konzept der ambulanten Übergangspflege

Das inhaltliche Konzept der ambulanten Übergangspflege umfasst als Eckpunkte die Zielgruppe, die inhaltlichen Leitziele, das Organisationskonzept, das Personalkonzept die zentralen Qualitätsmerkmale sowie das Raumkonzept.

#### 3.1 Zielgruppe

Die Zielgruppe wurde aufgrund der Ergebnisse der Erhebungen (vgl. Anhang 8) bei den Kurzzeitpflegegästen der Heiliggeistspitalstiftung und durch den Krankenhaussozialdienst des Universitätsklinikums Freiburg wie folgt definiert:

##### **Vorrangig erkrankte Menschen im dritten oder vierten Lebensalter,**

- deren Krankenhausaufenthalt durch eine Übergangspflege nicht wegen fehlender Anschlussversorgung verlängert wird,
- die vorübergehend eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung benötigen,
- deren medizinische und pflegerische Versorgung zu Hause noch nicht abschließend gesichert ist,
- bei denen eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit höchst wahrscheinlich ist,
- Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt zur Überbrückung in die eigene Häuslichkeit:
  - Patienten mit vorübergehend reduziertem Allgemeinzustand und Gefahr der Verschlechterung
  - Überbrückung bis zur Rehafähigkeit / Vorbereitung zur Reha, durch Herstellung der Belastbarkeit
- Patienten während und/oder nach einer ambulanten Behandlung,
- Patienten, die nach einer Reha noch nicht nach Hause können.

Die Erhebungen bei der Heiliggeistspitalstiftung wie auch durch den Sozialdienst des Universitätsklinikums zeigen auf, dass die Stabilisierung des Gesundheitszustandes mit 75,9 % der Fälle (siehe Abb. 1) bzw. 58,3 % der Fälle (siehe Abb. 2) mit Abstand der häufigste Anlass für die Kurzzeitpflege waren. Gäste, die Kurzzeitpflege als Probewohnen und zur Finanzierung der ersten Zeit eines geplanten stationären Aufenthalts nutzten, blieben dabei unberücksichtigt.

Abb. 1 Anlass, weshalb die Patienten des Krankenhauses eine Kurzzeitpflege in Erwägung ziehen

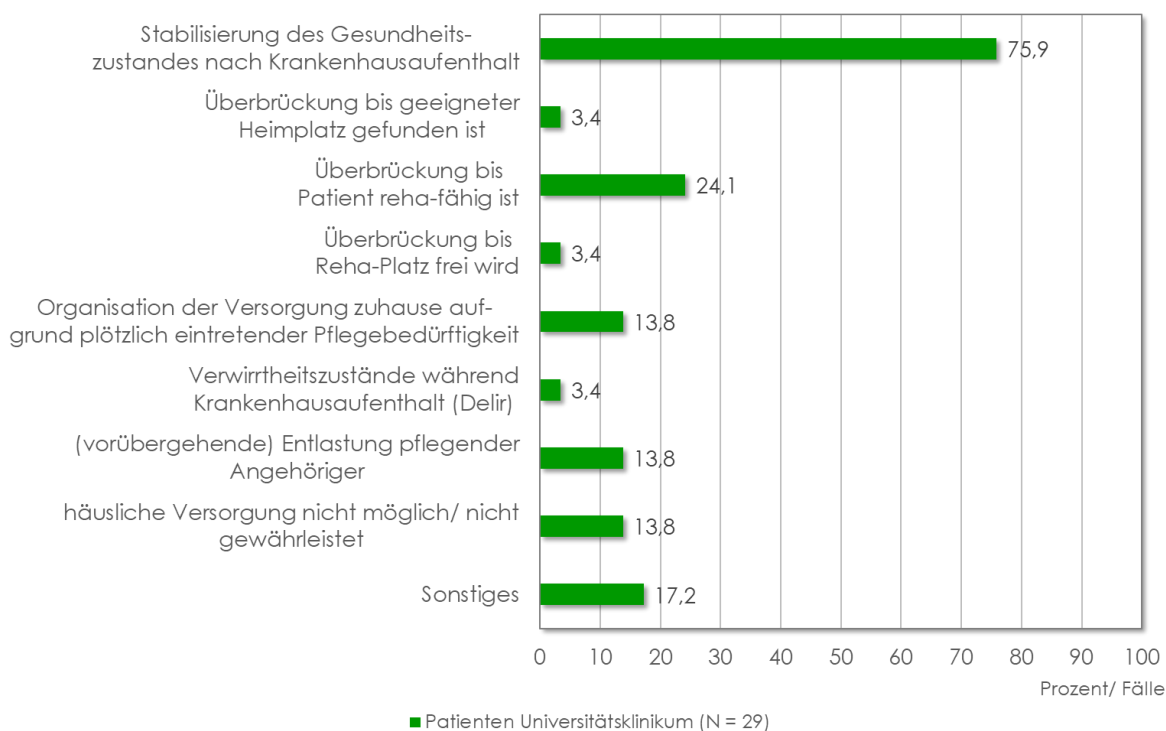
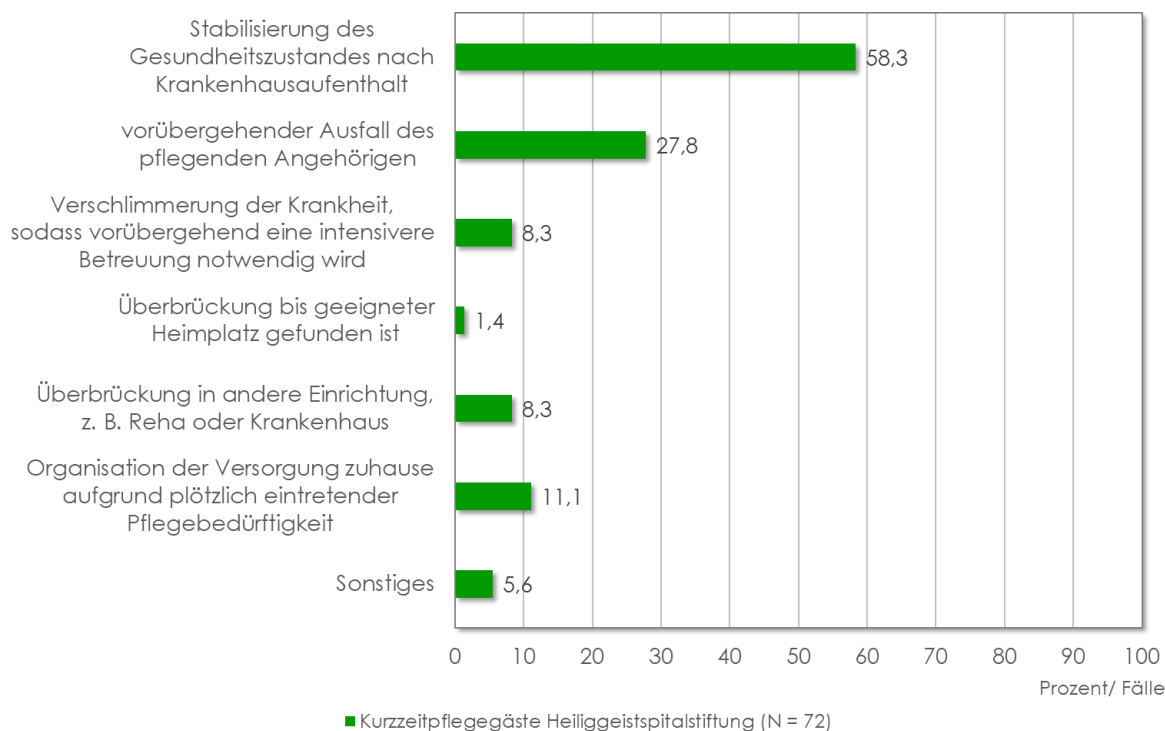


Abb. 2 Anlass, weshalb die Kurzzeitpflegegäste der Heiliggeistspitalstiftung diese in Anspruch genommen haben



Betrachtet man die Pflegestufenverteilung 2016 (vgl. Abb. 3) bzw. die Pflegegradverteilung 2017 der Kurzzeitpflegegäste und der Patienten, die in Kurzzeitpflege von der Klinik entlassen werden (vgl. Abb. 4), so wird deutlich, dass es sich bei den erkrankten Menschen, die die

Kurzzeitpflege nutzen, um eingestufte und nicht eingestufte Personen im Sinne des SGB XI handelt. Bei Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt hat immer eine Krankheit die Leistungen der Kurzzeitpflege ausgelöst.

Abb. 3 Pflegestufenverteilung der Kurzzeitpflegegäste der Heiliggeistspitalstiftung 2016

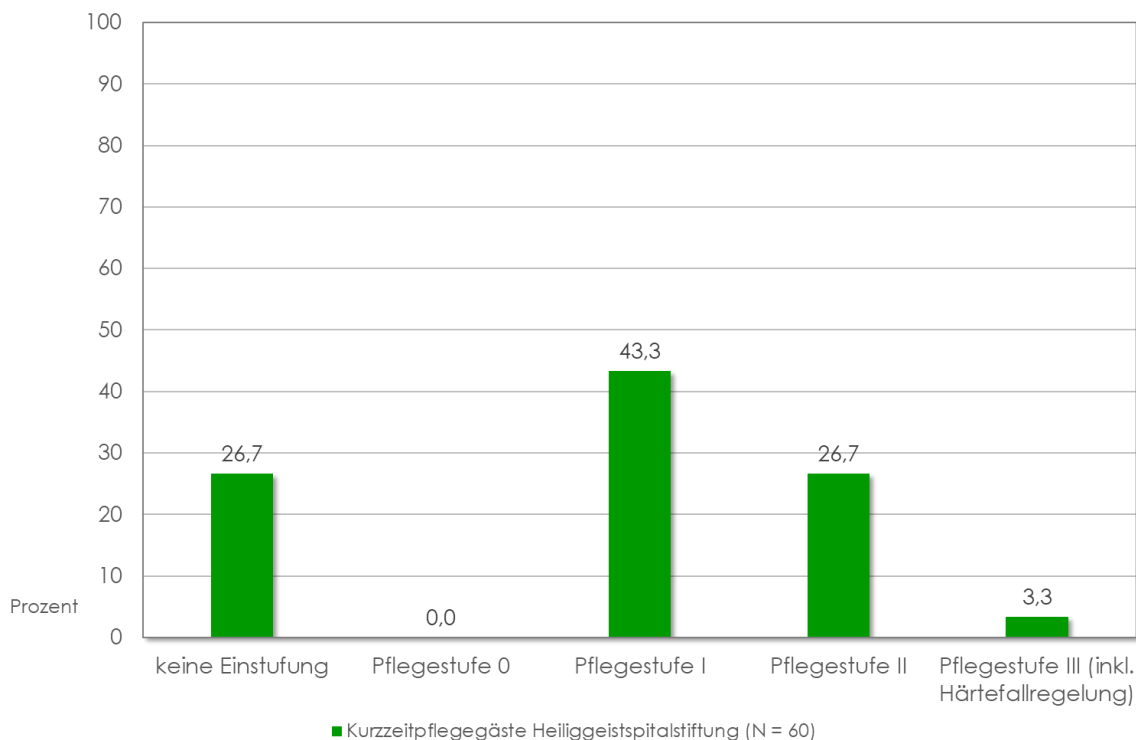
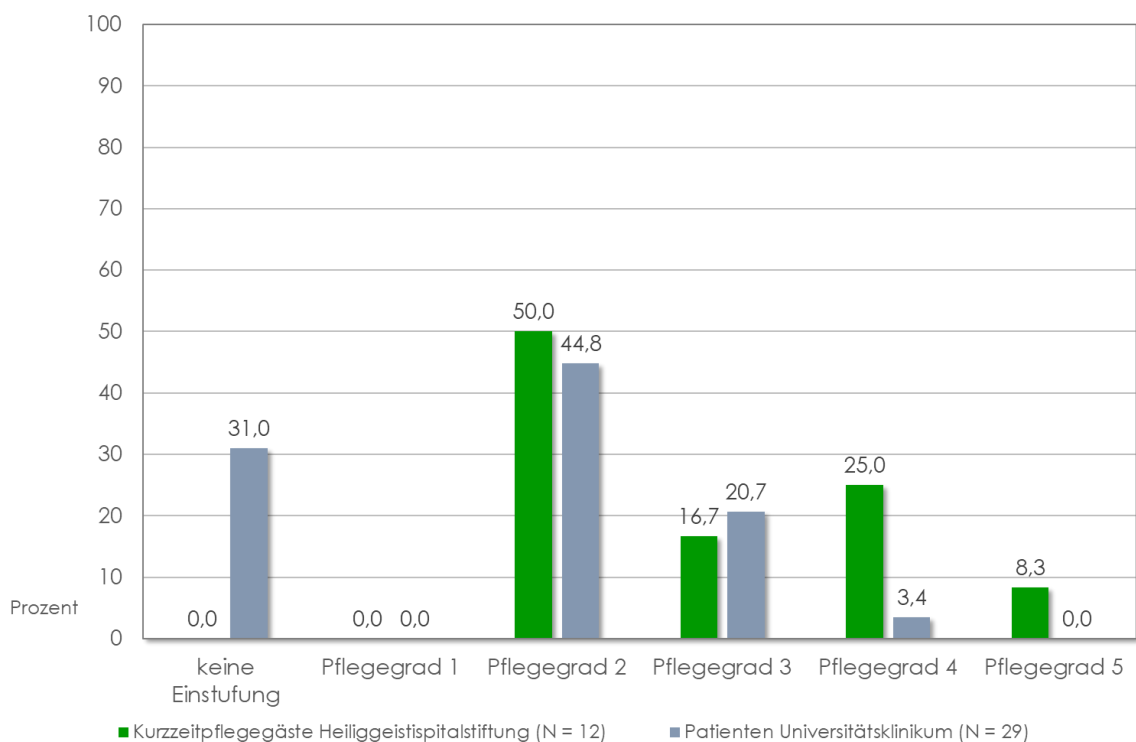


Abb. 4 Pflegegradverteilung der Kurzzeitpflegegäste und der Patienten 2017



Von der Heiliggeistspitalstiftung wurden bei der Zielgruppe der geplanten Übergangspflege folgende Personengruppen ausgeschlossen: Patienten mit Delir, demenzieller Erkrankung und akuten psychotischen Störungen sowie Palliativpatienten.

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Zielgruppe der Übergangspflege um Patienten, bei denen nach einem Krankenhausaufenthalt der Gesundheitszustand für eine gesicherte Rückkehr in die eigene Häuslichkeit zu stabilisieren ist. Sie grenzt sich von der Zielgruppe der Geriatrischen Rehabilitation ab, da sie Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nicht als Indikationskriterien voraussetzt.

## 3.2 Konzeptionelle Grundlagen

Eine aktivierende Pflege verknüpft mit dem Leitziel der Selbstbestimmung der Betroffenen werden als die wesentlichen konzeptionellen Grundlagen der Übergangspflege betrachtet.

Aktivierende Pflege folgt dem Grundsatz "Hilfe zur Selbsthilfe" verbunden mit dem Ziel, dass der Betroffene "langfristig eine größtmögliche Selbstständigkeit bei der Durchführung alltäglicher Bewegungsabläufe wiedererlangt. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen." (pflege.de, 2019)

Aktivierende Pflege überschneidet sich damit mit zentralen Aufgaben der rehabilitativen Pflege, den Betroffenen in den Alltagsverrichtungen zu unterstützen, mit ihm zu trainieren und selbstständiges Handeln zu ermöglichen (vgl. Roes, 2009, 17f). Rehabilitative Pflege ist an medizinische Rehabilitation gebunden und zeichnet sich durch Interdisziplinarität aus.

Während in der Geriatrischen Rehabilitation grundsätzlich ein multiprofessionelles Team (ärztliche, pflegerische und therapeutische Kompetenzen) tätig ist, liegt der Schwerpunkt bei der ambulanten Übergangspflege auf einer aktivierenden Pflege. Ärztliche und therapeutische Kompetenzen werden entsprechend dem individuellen Bedarf der Gäste über Kooperationspartner zugesteuert.

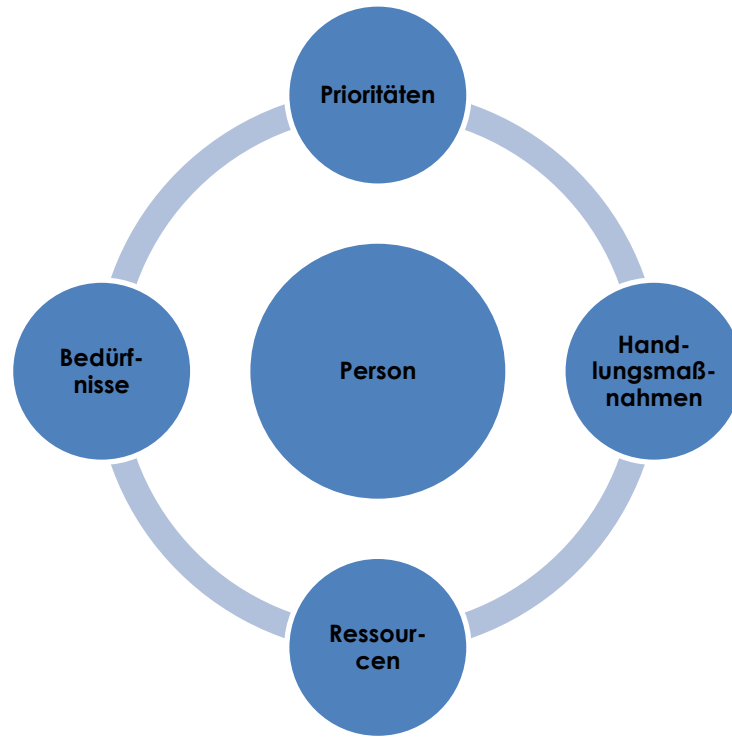
Selbstbestimmung der Betroffenen heißt, dass die persönlichen Bedürfnisse und Prioritäten der Betroffenen neben den Ressourcen besonders beachtet werden sollen.

Die theoretische Grundlage für die Entwicklung des Konzepts bildet ein erweitertes Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als Fähigkeit zur Anpassung an soziale, physische und emotionale Probleme und zum Selbstmanagement definiert (vgl. Huber et al., 2011).

Das erweiterte Gesundheitsverständnis setzt eine umfassende Sicht auf den einzelnen Patienten (siehe Abb. 5) voraus. Dies bedeutet, dass bei der individuellen Maßnahmenplanung der Übergangspflege insbesondere die Ressourcen des älteren Menschen (Fähigkeiten, soziale Beziehungen, finanzielle Ressourcen) sowie dessen

persönlichen Bedürfnisse und Prioritäten zu berücksichtigen sind. Dabei kommen den persönlichen Bedürfnissen und Prioritäten der Patienten eine besondere Bedeutung zu.

Abb. 5: Personenzentrierte Sicht



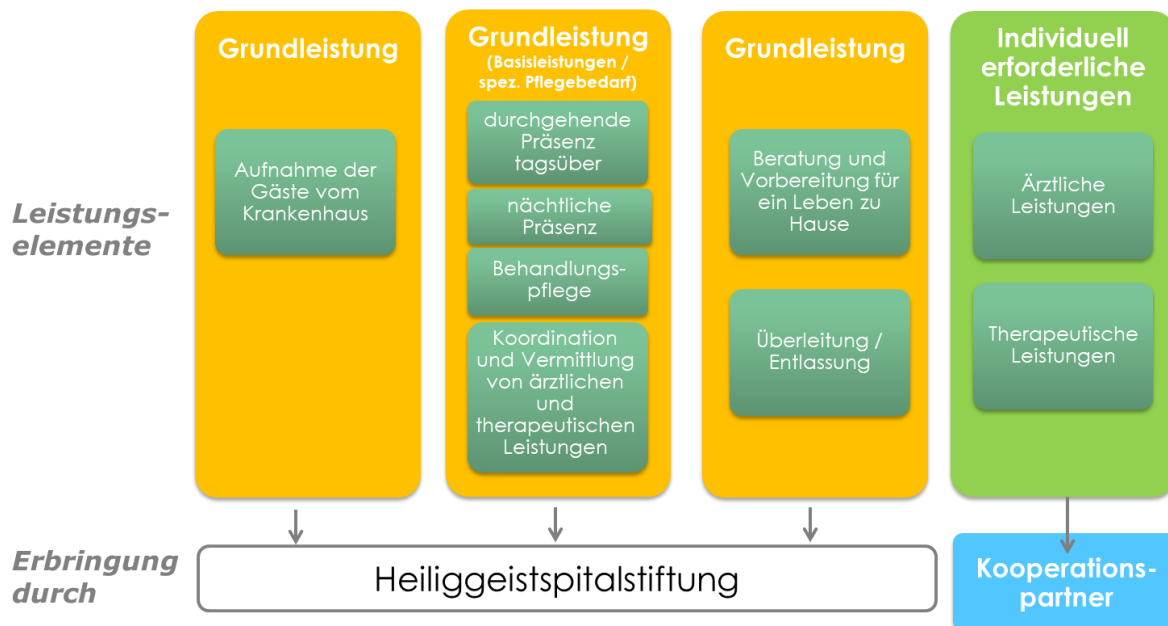
Quelle: Knäpple, A., 2015, 9

Die Bedeutung einer umfassenden Sicht auf die Person und die Berücksichtigung der eigenen Prioritätensetzung durch die Person wurde bei der Behandlung von Patienten in der Medizin untersucht (Tinetti, M., Fried, T., 2004, 179-183). So wurden bei der Entscheidung über eine medizinische Behandlung auch gesundheitliche Bedürfnisse und Prioritäten der Patienten berücksichtigt. Dies führte in der Behandlung von Patienten zu anderen Handlungsmaßnahmen und Ergebnissen, am Beispiel einer 76-jährigen Frau zur Reduzierung von Medikamenten und über die rein medizinische Behandlung hinaus zur Teilhabe an den Mahlzeiten und sozialen Aktivitäten eines Seniorenzentrums.

### 3.3 Leistungsprofil und Organisationskonzept

Das Leistungsprofil und Organisationskonzept der ambulanten Übergangspflege sind in nachfolgender Abb. 6 dargestellt:

Abb. 6 Leistungsprofil und Organisationskonzept



Die detaillierte Leistungsbeschreibung ist als Anhang 1 beigefügt.

Zu den Grundleistungen, die von der Heiliggeistspitalstiftung erbracht werden, gehören folgende Leistungselemente:

- Aufnahme der Gäste vom Krankenhaus
- durchgehende Präsenz tagsüber und nachts, Behandlungspflege sowie Koordination von ärztlichen und pflegerischen Leistungen
- Beratung und Vorbereitung für ein Leben zu Hause sowie Überleitung/Entlassung

Die individuell erforderlichen ärztlichen und therapeutischen Leistungen werden von Kooperationspartnern der Heiliggeistspitalstiftung erbracht.

Die Grundleistungen unterscheiden sich insbesondere durch die Leistungselemente *Aufnahme der Gäste vom Krankenhaus* sowie *Beratung und Vorbereitung für ein Leben zu Hause* vom Leistungsprofil einer stationären Pflegeeinrichtung, auch bei Kurzzeitpflege.

### 3.4 Prozessplanung der ambulanten Übergangspflege

Im Hinblick auf die kurze Aufenthaltsdauer der Gäste der Übergangspflege ist es wichtig, dass bereits vor der Aufnahme die Prozesse sorgfältig geplant und die zur Verfügung stehende Zeit zum Wohle der Gäste optimal genutzt wird.



Vor diesem Hintergrund wurden für die Planung der Prozesse der Übergangspflege folgende Instrumente als notwendig erachtet:

- der vom Universitätsklinikum Freiburg erarbeitete Überleitungsbogen (Anhang 2)
- das speziell für die Übergangspflege erarbeitete Formular "Aufnahme- und Entlassbogen" (Anhang 3)
- das vom ambulanten Pflegedienst der Heiliggeistspitalstiftung genutzte Pflegeplanungssystem SIS (Strukturierte Informationssammlung) ambulant einschließlich der dazugehörigen Maßnahmenplanung

Auf der Grundlage der für die Prozessplanung erarbeiteten Instrumente wurde ein Grundscheema zur Erarbeitung von Versorgungspfaden (vgl. Anhang 4) für ausgewählte Krankheitsbilder der Gäste entwickelt und zu einzelnen Patienten mit folgenden Krankheitsbildern umgesetzt:

- Prostatakarzinom mit Stomaversorgung
- Humerusfraktur
- rezidivierende Ileussyptomatik
- Appendektomie; auseinandertrifftende Wunde mit MRSA-Besiedlung
- Hüftprellung, Wirbelkörperfraktur LWK2
- Sprunggelenksfraktur, körperl. Schwäche
- Grippeinfektion, Verdacht auf Pneumonie
- Nierenversagen, Volumenmangel

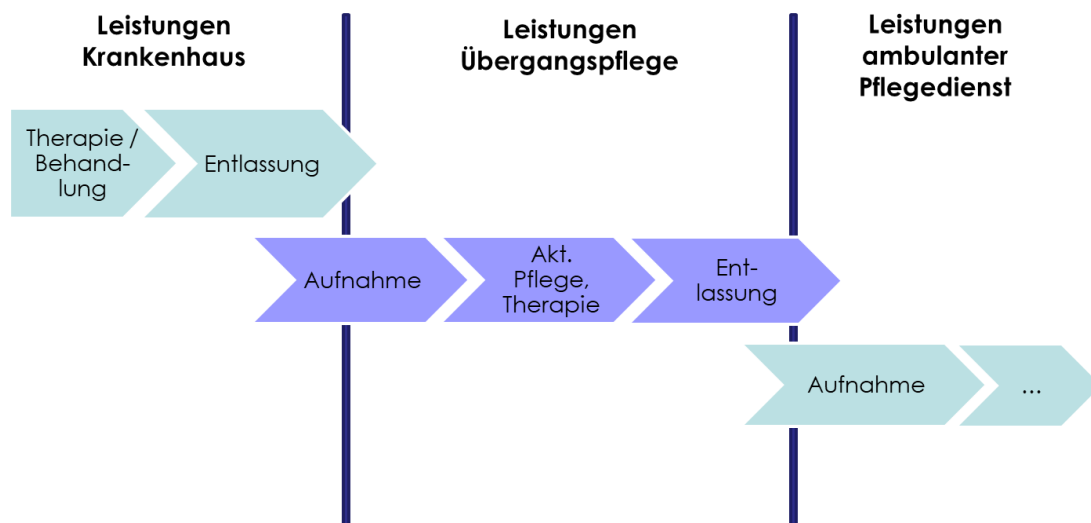
Die entwickelten Versorgungspfade wurden im weiteren Projektverlauf zur Entwicklung/Überprüfung des geplanten Personalkonzepts sowie zur Kalkulation der Erlöse bei einem ambulanten Setting herangezogen.

### 3.5 Schnittstellenklärungen Krankenhaus – ambulante Übergangspflege – ambulanter Dienst

Die Leistungen der Übergangspflege beginnen mit der Aufnahme der Gäste im Krankenhaus und setzen damit unmittelbar am Entlassmanagement der Krankenhäuser an. Eine sorgfältige Klärung der Schnittstellen zwischen Entlassung des Gastes aus dem

Krankenhaus und Aufnahme in die Übergangspflege ist sowohl unter fachlichen wie auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten von Bedeutung. Dasselbe gilt für die Entlassung der Gäste der Übergangspflege in die eigene Häuslichkeit. Um eine gesicherte Rückführung der Gäste nach Hause zu erreichen und Drehtüreffekte zu vermeiden, sind die Schnittstellen zwischen der Übergangspflege und den gegebenenfalls notwendigen Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes sorgfältig zu klären. In Abb. 7 sind die Schnittstellen aufgezeigt.

Abb. 7: Leistungen des Krankenhauses, der Übergangspflege und des ambulanten Pflegedienstes



### Zunächst zu den Schnittstellen Entlassmanagement Krankenhaus und Aufnahme in der ambulanten Übergangspflege:

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wurde in § 39 Abs. 1a SGB V die Notwendigkeit eines Entlassmanagements als Aufgabe des Krankenhauses definiert:

"Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung des Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung."

Zu den Kernstücken des Entlassmanagements gehören nach Gesetzesbegründung:

- Erstellung des Entlassplans, in dem die jeweils erforderlichen Anschlussleistungen festgelegt werden
- Verordnung von Arzneimitteln und anderen Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V

Im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V vom 06.06.2017, der zum 01. Oktober 2017 in Kraft trat, werden als originäre Aufgaben des Krankenhauses u. a. genannt:

- Durchführung des Assessments
- Erstellung des Entlassplans / Entlassbriefs am Tag der Entlassung
- Kommunikation mit den jeweiligen Versorgern im ambulanten Bereich (Kontaktaufnahme / Informationsaustausch) soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist
- Pflicht zur Aufklärung des Versicherten über Möglichkeiten der Anschlussversorgung

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Verordnung von ambulanten Leistungen durch das Krankenhaus.

Beim Entlassmanagement des Krankenhauses liegt der Fokus damit sehr stark auf den medizinischen Notwendigkeiten. Die Aufnahme bzw. das Aufnahmegespräch der Übergangspflege bilden dem gegenüber den Beginn einer umfassenden Versorgungsplanung. Hier werden die Ziele und persönlichen Prioritäten des Gastes wie auch mögliche Ressourcen im sozialen Umfeld, das Wohnumfeld und die Wohnbedingungen bereits geklärt. Die notwendigen Verordnungen werden veranlasst. Das Aufnahmegespräch der Übergangspflege soll schließlich eine reibungslose Fortführung der notwendigen Therapien sicherstellen.

### **Schnittstellen Vorbereitung für ein Leben zu Hause und Beratung/Erstbesuch durch den ambulanten Pflegedienst:**

Für pflegebedürftige Menschen nach SGB XI sind im Rahmenvertrag für die ambulante pflegerische Versorgung die Leistungsmodule *Erstbesuch* und *Folgebesuche* enthalten. Sie beinhalten auch die Pflege- und Leistungsplanung, die Wohnraumanpassung und notwendige Pflegehilfsmittel.

Die gezielte Einbeziehung der Angehörigen an den Gesprächen über die Versorgungsplanung sowie die pflegerische Anleitung von Angehörigen, die als wichtige Aufgabe einer ambulanten Übergangspflege betrachtet werden, sind im Rahmenvertrag nicht berücksichtigt.

Für nicht pflegebedürftige Menschen ist die gezielte Vorbereitung für ein Leben zu Hause in der Leistungsbeschreibung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nicht enthalten.



Tab. 1: Zusammenfassung des Personalbedarfs

|  | <b>Kalkulierte VK</b> |
|--|-----------------------|
| Präsenz                                      | 3,34 VK               |
| Pflegefachkraft Nachtbereitschaft            | 0,53 VK               |
| Pflegefachkraft Tagdienst für spez. Aufgaben | 1,54 VK               |
| Koordination, Hausleitung                    | 0,27 VK               |
| Hausmeister (1,5 Std./Woche)                 | 0,10 VK               |
| Verwaltung / Abrechnung                      | 0,10 VK               |
| <b>Summe</b>                                 | <b>5,88 VK</b>        |

### 3.7 Raumprogramm

Für die von den Verantwortlichen der Heiliggeistspitalstiftung geplante Übergangspflege mit acht Plätzen wurde ein Nutzungskonzept erarbeitet, das dem Bericht als Anhang 5 beigefügt ist. Da es sich nach Auffassung des Ministeriums für Soziales und Integration bei der ambulanten Übergangspflege um eine stationäre Einrichtung nach WTPG handelt, sind die in der LHeimBauVO enthaltenen Vorgaben zu beachten.

Im Gespräch mit dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg wurde auch hier Bereitschaft zu Ausnahmeregelungen nach § 31 Abs. 1 WTPG signalisiert. Zum vorgelegten Nutzungskonzept vertrat man von Seiten des Sozialministeriums die Auffassung, dass bei der Sanitärausstattung nach § 3 Abs. 4 LHeimBauVO insbesondere bei Neubauten zumindest für jeweils zwei Zimmer ein über einen Vorflur verbundener Sanitärbereich zugrunde zu legen sei.

### 3.8 Zentrale Qualitätsmerkmale

Ausgehend vom entwickelten Konzept wurden für die ambulante Übergangspflege als zentrale Qualitätsmerkmale definiert:

- Aufnahme- und Planungsgespräch im Krankenhaus als Planungsgrundlage der aktivierenden/rehabilitativen Pflege und zur Erfassung der persönlichen Prioritäten des Betroffenen
- Umsetzung des Konzepts der aktivierenden Pflege
- Einbeziehung von Angehörigen, gegebenenfalls zur Gewährleistung der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit
- Training im Umgang mit Hilfsmitteln

- enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten zur Sicherstellung der rehabilitativen Pflege sowie der reibungslosen und zeitnahen Verordnung mit Heil- und Hilfsmitteln
- Beratung und Vorbereitung für ein Leben zu Hause zur Sicherstellung und Gewährleistung der weiteren Versorgung / Entlassvorbereitung und Pflegeüberleitung
- ambulante Ausrichtung der Übergangspflege durch organisatorische Anbindung beim ambulanten Pflegedienst

Zur Sicherung der Leistungsprozesse wurden entsprechend anwendungsorientierte Formulare (Versorgungspfade, vgl. Anhang 4) entwickelt.

## 4. Finanzierungskonzept

Zur ambulanten Übergangspflege wurden im ersten Schritt die in der nachfolgenden Abb. 9 dargestellten Kostenelemente ohne die durch Kooperationspartner erbrachten individuellen Leistungen identifiziert.

Abb. 9 Kostenelemente der ambulanten Übergangspflege



Die Herausforderungen einer ambulanten Übergangspflege liegen in der Finanzierung einer im Vergleich zu stationären Pflegeeinrichtungen zu erwartenden geringeren Auslastung sowie in der Finanzierung der für das Konzept wesentlichen Qualitätsmerkmale *Aufnahme der Gäste von Krankenhäusern* und *Vorbereitung für eine Leben zu Hause – Überleitung/Entlassung*.

### **Mögliche Finanzierungsbausteine einer Übergangspflege:**

Nachfolgend sind die möglichen Finanzierungsbausteine einer Übergangspflege aufgelistet. Sie unterscheiden sich im Hinblick darauf, ob die Gäste der Übergangspflege pflegebedürftig i. S. d. SGB XI sind und ob ein ambulantes oder ein stationäres Setting zugrunde gelegt wird.

- Bei schwerkranken Menschen bzw. bei akuter Verschlimmerung der Krankheit, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt:

- Grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 1a SGB V, KHS
- Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V, KHS
- Bei pflegebedürftigen Menschen i. S. d. SGB XI:
  - Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI
  - Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI
  - Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI
  - Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

Die Perspektive einer kostendeckenden Betriebsführung auf Dauer wurde von der Heiliggeistspitalstiftung Freiburg als unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung der geplanten ambulanten Übergangspflege benannt. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des Projekts verschiedene Finanzierungsvarianten untersucht. In die Finanzierungsuntersuchungen sind eingeflossen:

- die auf Grundlage des Personalkonzepts kalkulierten Personalkosten (Berechnungsgrundlage 2018)
- die aufgrund der Erfahrungswerte aus der stationären Pflege zu erwartenden Sachkosten (Berechnungsbasis 2018)
- eine Auslastung der ambulanten Übergangspflege von durchschnittlich 85 %

Die Berücksichtigung einer Auslastung von 85 % bei der Kalkulation der Kostenelemente einer Übergangspflege ist im Hinblick auf den von der Pflegesatzkommission am 05. Dezember 2018 gefassten Beschluss, dass in der Regel 70 % Auslastung oder mit gegenseitigem Einverständnis auch eine höhere Auslastung zu Grunde gelegt wird, im Hinblick auf die vergleichsweise geringe Platzzahl, als realistisch zu betrachten.

## 4.1 Untersuchte Finanzierungsvarianten

Auf der Grundlage der möglichen Finanzierungsbausteine einer Übergangspflege wurden im Rahmen des Modellvorhabens als mögliche Finanzierungsvarianten sowohl ein ambulantes als auch ein stationäres Setting untersucht. Bei den Betrachtungen blieben die Hotelkosten außen vor. Die Hotelkosten sind grundsätzlich von den Gästen der Übergangspflege selbst bzw. ggf. durch den Sozialhilfeträger zu übernehmen. Zur Übernahme der Kosten bei Sozialhilfeempfängern ist eine Vereinbarung mit den Sozialhilfeträgern erforderlich, zumal eine Übernahme der Kosten für Unterkunft und Verpflegung im stationären Bereich bei pflegebedürftigen Sozialhilfeempfängern mit Pflegegrad 1 derzeit rechtlich nicht möglich ist.



## 4.1.1 Ambulantes Setting

Beim ambulanten Setting wurden in Anlehnung an die aktuelle Rechtslage § 37 Abs. 1a SGB V/§ 37 SGB V und § 36 SGB XI/§ 37 SGB V die zu erwartenden Erlöse für die Gäste der Übergangspflege ermittelt.

Anhand des im Anhang 6 enthaltenen *Formulars Leistungsprofil* wurden für die Gäste der Übergangspflege, für die ein Versorgungspfad erarbeitet wurde (vgl. Anhang 4), die zu erwartenden Erlöse kalkuliert.

Die modellhafte Berechnung der Kosten- und Erlössituation ambulant nach aktueller Rechtslage im SGB V und SGB XI (Basis 2018) führte zu folgendem Ergebnis:

**Die Personal- und Sachkosten bei acht Plätzen pro Patient und Monat und einer 85-prozentigen Auslastung liegen bei 3.564,11 € (ohne Hotelkosten).**

Die kalkulierten Erlöse nach aktueller Rechtslage sind nachstehender Tab. 2 zu entnehmen.

Tab. 2: Kalkulierte Erlöse bei der Berechnung nach aktueller Rechtslage

|   | Durchschnittl. Erlöse |
|---|-----------------------|
| Behandlungspflege                       | 780,60 €              |
| Grundpflege/HW für Nicht-Eingestufte    | 3.448,82 €            |
| Grundpflege/HW für Eingestufte          | 3.192,31 €            |
| <b>Summe nicht eingestuffer Patient</b> | <b>4.229,42 €</b>     |
| <b>Summe eingestuffer Patient</b>       | <b>3.972,91 €</b>     |

Die Personal- und Sachkosten werden damit sowohl bei pflegebedürftigen wie auch bei nicht pflegebedürftigen Gästen durch die Erlöse gedeckt.

Dies bedeutet, dass eine kostendeckende Finanzierung der ambulanten Übergangspflege bei aktueller Rechtslage unter folgenden Voraussetzungen möglich ist:

- Die in der Übergangspflege notwendigen Leistungen für nicht pflegebedürftige Gäste werden von den Ärzten in vollem Umfang verordnet und auch von den Kassen auch genehmigt.
- Die Patientenstruktur entspricht in der Intensität des Pflegebedarfs und der Höhe in etwa den untersuchten Fällen.
- Mit dem Sozialhilfeträger kommt eine entsprechende Vereinbarung der Übernahme der Hotelkosten bei Sozialhilfeempfängern (auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1) zustande.

Bei Gästen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegt, besteht neben den ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI ein Leistungsanspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI von maximal 2.418 €/Kalenderjahr. Dieser Leistungsanspruch steht dem Gast allerdings nur zur Verfügung, wenn er noch nicht für andere Zwecke (z. B. Ausfall des pflegenden Angehörigen, Kurzzeitpflege) eingesetzt wurde. Gäste, bei denen keine Pflegebedürftigkeit i. S. d. SGB XI vorliegt, bekommen die Leistungen der Übergangspflege, bei entsprechender Verordnung durch den Arzt, von der Krankenkasse finanziert.

Da immer eine Krankheit bzw. ein Krankenhausaufenthalt eine zur Stabilisierung des Patienten notwendige Übergangspflege auslöst, wäre es leistungsgerechter, wenn für die Finanzierung der Übergangspflege bei beiden Patientengruppen (nicht pflegebedürftig oder pflegebedürftig nach SGB XI) die Krankenkassen nach SGB V zuständig wären. Dies ist jedoch bei der gegebenen Trennung der Sektoren SGB V und SGB XI bei der aktuellen Rechtslage nicht möglich. Eine Finanzierung der ambulanten Übergangspflege nach SGB V auch bei pflegebedürftigen Gästen wäre nur im Rahmen eines Modellvorhabens auf Bundesebene möglich.

Hierzu wurden modellhaft die Kosten- und Erlössituation bei ambulanter Abrechnung nach SGB V (Basis 2018) berechnet:

**Die Personal- und Sachkosten bei acht Plätzen pro Patient und Monat und einer 85-prozentigen Auslastung liegen bei 3.564,11 € (ohne Hotelkosten).**

Die kalkulierten Erlöse sind nachstehender Tab. 3 zu entnehmen.

Tab. 3: Kalkulierte Erlöse bei einem ambulanten Setting bei einer Finanzierung nach SGB V im Rahmen eines Modells

|                   | Durchschnittl. Erlöse |
|-------------------|-----------------------|
| Behandlungspflege | 780,60 €              |
| Grundpflege/HW    | 3.282,90 €            |
| <b>Summe</b>      | <b>4.083,50 €</b>     |

Die Erlöse decken die Personal- und Sachkosten bei entsprechender Verordnung und Genehmigung durch die Kassen komplett. Lediglich die ohnehin zu übernehmenden Hotelkosten sind von den Patienten bzw. bei Sozialhilfeempfängern von den Sozialhilfeträgern zu tragen.

## 4.1.2 Stationäres Setting

Die modellhafte Berechnung der Personal- und Sachkosten (Basis 2018) bei einem stationären Setting bei acht Plätzen pro Patient und Monat (85 % Auslastung) ist in nachstehender Tab. 4 dargestellt:

Tab. 4: Kalkulierte Personal- und Sachkosten pro Monat und Patient bei einem stationären Setting

|  | Kosten pro Monat und Patient |
|--|------------------------------|
| Personal- und Sachkosten gesamt (ohne Hotelkosten)                       | 3.564,11 €                   |
| davon Kosten für Vorbereitung und Sicherstellung der Versorgung zu Hause | 789,37 €                     |
| <b>verbleibende Personal- und Sachkosten</b>                             | <b>2.774,64 €</b>            |

Die zur Verfügung stehenden Leistungsbudgets betragen für die Gäste der Übergangspflege:

- nach § 39c SBG V maximal 1.612 €/Kalenderjahr
- nach § 42 SGB XI maximal 3.224 €/Kalenderjahr

Ausgehend von den Personal- und Sachkosten gesamt würden die Leistungsansprüche bei nicht pflegebedürftigen Gästen für maximal 14 Tage pro Kalenderjahr (§ 39c SGB V) und bei pflegebedürftigen Gästen für maximal 27 Tage pro Kalenderjahr (§ 42 SGB XI) ausreichen.

Die skizzierte Finanzierung der Gesamtkosten in einem stationären Setting in Höhe von 3.564,11 € setzt voraus, dass für die ambulante Übergangspflege zur Finanzierung des Zeitaufwands für das Aufnahmegespräch und für die Vorbereitung und Sicherstellung der Versorgung zu Hause ein besserer Personalschlüssel Pflege als für eine stationäre Pflegeeinrichtung im Rahmenvertrag Kurzzeitpflege vorgesehen, vereinbart wird oder diese Kosten in Höhe von 789,37 € anderweitig, z. B. über Prävention, finanziert werden. Im Rahmen der Workshops mit den Kostenträgern zur Finanzierung der ambulanten Übergangspflege zeichnete sich hierzu noch keine Lösung ab.

## 4.2 Optimierungsmöglichkeiten bei einer ambulanten Finanzierung der Übergangspflege

Wie unter 4.1.1 dargelegt, erscheint bei einem ambulanten Setting eine kostendeckende Finanzierung möglich zu sein. Eine Prämisse hierzu ist, dass bei nicht pflegebedürftigen Gästen der Übergangspflege vom Arzt bereits im Krankenhaus für die erste Phase der Übergangspflege die notwendigen Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V verordnet und

diese auch von den Krankenkassen kurzfristig genehmigt werden. In der Praxis funktioniert dies wohl nicht immer reibungslos. Vor diesem Hintergrund wurde eine "Musterverordnung" zu Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung erarbeitet, die den Ärzten im Krankenhaus wie auch den Hausärzten Orientierung bieten soll.

Abb. 10 (Auszug aus der Vorlage zur Verordnung häuslicher Krankenpflege im Anhang 7, beispielhaft ausgefüllt) zeigt für die nicht nach SGB XI pflegebedürftigen Patienten der beispielhaften Versorgungspfade die zur Refinanzierung der Präsenzkräfte in der Übergangspflege notwendige Verordnung auf.

Abb. 10: Musterverordnung zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Abs. 1a SGB V

| Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung               |  |            |      |       |     |     |
|--|--|------------|------|-------|-----|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/>                          | Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V        | Häufigkeit |      | Dauer |     |     |
| <input type="checkbox"/>                                     | Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V | tgl.       | wtl. | mtl.  | vom | bis |
| <input checked="" type="checkbox"/>                          | Grundpflege                                      | 2-3        |      |       |     |     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                          | hauswirtschaftliche Versorgung                   | 3          |      |       |     |     |
| <b>Weitere Hinweise</b>                                      |  |            |      |       |     |     |
| <br><br><br>   |  |            |      |       |     |     |
| <b>Ausfertigung für den Pflegedienst</b>                     |  |            |      |       |     |     |
| <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small> |  |            |      |       |     |     |

Muster 12b (10.2017)

Die Leistungsbeschreibung zur Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung ist in der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie unter folgenden Nummern zu finden: "1. Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit [...], 2. Ausscheidungen [...], 3. Ernährung [...], 4. Körperpflege [...], 5. Hauswirtschaftliche Versorgung [...]" (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019, 12-16).

Die darüber hinaus für die Gäste der Übergangspflege notwendigen Verordnungen für Behandlungspflege (§ 37 Abs. 1 SGB V) sind demgegenüber stark von dem jeweiligen Krankheitsbild abhängig, wie auch die notwendigen therapeutischen Leistungen und Heilmittel von den Ärzten entsprechend der individuellen Indikation zu verordnen sind. Hier kommen für die Hausärzte die zur Verfügung stehenden Budgets und Benchmarks zum Tragen. Um hier eine weitere Optimierung zu erzielen, sollten Möglichkeiten für eine bessere Verordnungspraxis der Ärzte mit der Kassenärztlichen Vereinigung vor einer Umsetzung des Konzepts der ambulanten Übergangspflege geklärt werden.

## 5. Fazit

Einer ambulanten Übergangspflege kommt aus Sicht von älteren Patienten im Krankenhaus vor dem Hintergrund der gesunkenen Verweildauer eine hohe Bedeutung zu. Sie stellt die Rückführung und Integration der Patienten in die eigene Häuslichkeit sicher. Damit kommt ihr ein präventiver Charakter zu und ermöglicht eine Umsetzung der Versorgung mit dem Leitziel "ambulant vor stationär".

Im Rahmen des Modellprojekts "Ambulante Übergangspflege" wurde die Komplexität des Themas und hier insbesondere die Schwierigkeit der Refinanzierung einer ambulanten Übergangspflege deutlich. Durch das Engagement aller Beteiligten konnten Lösungsansätze erarbeitet werden, mit denen die Heiliggeistspitalstiftung Freiburg wie auch weitere, bereits interessierte Träger aus dem Landkreis Ravensburg weiterarbeiten können.

Bei der Analyse der Problematik und der Entwicklung der Lösungsansätze zu einer Finanzierung hat sich herauskristallisiert, dass für ein ambulantes Setting der Übergangspflege bei den aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen folgende zwei Gründe sprechen:

- Konzeptionell ist eine Übergangspflege besser bei einem ambulanten Pflegedienst als bei einer stationären Pflegeeinrichtung angesiedelt.  
Der ambulante Pflegedienst hat grundsätzlich als Aufgabenstellung die häusliche Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen im Blick. Der Fokus einer stationären Pflegeeinrichtung liegt auf dem Wohnen und der Alltagsgestaltung für pflegebedürftige Menschen.
- Die modellhafte Berechnung eines ambulanten und eines stationären Settings haben ergeben, dass durch das Poolen von Leistungen in einer ambulanten Übergangspflege eine Refinanzierung der Personal- und Sachkosten möglich erscheint.
- Für ein stationäres Setting konnte im Rahmen des Modellprojekts mit den Pflege- und Krankenkassen bislang keine Lösung zur Refinanzierung der Personal- und Sachkosten erarbeitet werden.

Das ambulante Setting führt aktuell aufgrund der unterschiedlichen Leistungsansprüche nach SGB V und SGB XI bei nicht pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Personen zu einer Ungleichbehandlung. Die bestehende Ungleichbehandlung wäre nur durch eine rechtliche Änderung der bestehenden Sektorentrennung SGB V und SGB XI möglich: Konsequenterweise wäre dann der Krankenkasse generell die Zuständigkeit zur Finanzierung der Übergangspflege zuzuordnen, da sie sowohl bei nicht pflegebedürftigen

wie auch bei pflegebedürftigen Menschen immer durch eine Krankheit bzw. einen Krankenhausaufenthalt ausgelöst wird.

## 6. Literatur

**Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017):** *Gesundheit. Fallpauschalenbezogene*

*Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)*. URL:

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640167004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640167004.pdf?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff 28.02.2019)

**Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018):** *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. URL:

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001179004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001179004.pdf?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff 11.03.2019)

**Bär, M., Schönemann-Gieck, P., Süs, E. (2015):** *Vom Heim nach Hause. Abschlussbericht eines Modellprojektes zur Beratung von Kurzzeitpflegegästen nach Krankenhausaufenthalt*.

URL: [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Pflege/Innovationsprogramm-Pflege\\_Abschlussbericht-Projekt\\_VHnH\\_2015.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Innovationsprogramm-Pflege_Abschlussbericht-Projekt_VHnH_2015.pdf)

(letzter Zugriff 28.02.2019)

**Deckenbach, B., Stöppler, C., Klein, S. (2013):** *Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Studienbericht für des Bundesministerium für Gesundheit*. Hrsg.: IGES. URL:

IGES. URL:

[https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5076/e11653/e11654/e11666/attr\\_objs11667/IGES\\_Qualitaetskriterien\\_Kurzzeitpflege\\_WEB\\_ger.pdf](https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5076/e11653/e11654/e11666/attr_objs11667/IGES_Qualitaetskriterien_Kurzzeitpflege_WEB_ger.pdf) (letzter Zugriff 29.02.2019)

**Gemeinsamer Bundesausschuss (2019):** *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)*.

URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL\\_2019-01-17\\_iK-2019-02-22.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL_2019-01-17_iK-2019-02-22.pdf) (letzter Zugriff 12.03.2019)

**Hartmann, P., Assmann, M., Bigus, K., Cloosters, S., Cramer, T., Hackstein, J. et al. (2018):**

*Entlassmanagement. Praxisstipps zur Umsetzung im Krankenhaus*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.

**Huber, M., Knottnerus, JA., Greven, J., et al. (2011):** How should we define health. *BMJ*; 343:d4163.

**Knäpple, A. (2015):** *Individuelle Betreuung der Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen*. Unveröffentlicht.

**Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-**

**Württemberg (2014):** *GeriatRIekonzept Baden-Württemberg 2014*. URL:

[https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/GeriatRIekonzept\\_2014.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/GeriatRIekonzept_2014.pdf)

(letzter Zugriff 28.02.2019)

**pflge.de (o. J.):** *Aktivierende Pflege*. URL:

<https://www.pflge.de/altenpflege/aktivierende-pflge/> (letzter Zugriff 27.02.2019)

**Roes, M. (2009):** Aktivierende und/oder rehabilitative Pflege?. *Heilberufe*, 8, 17f.

**Stolz, R., Stopper, K., Schmedding, E.; Riedel, A. (2018):** Begleitete Entlassung (BegE) – Brücke zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege. URL: [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Pflge/Inno-programm-Pflge-2014\\_Projektbericht\\_BegE\\_Juni-2018.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflge/Inno-programm-Pflge-2014_Projektbericht_BegE_Juni-2018.pdf) (letzter Zugriff 28.02.2019)

**Tinetti, M., Fried, T. (2004):** The End of the Disease Era. *The American Journal of Medicine*, 116, 179-183.



# Anhang

# Anhang 1: Leistungsbeschreibung Übergangspflege

## Beschreibung der Grundleistungen

- Aufnahme der Gäste vom Krankenhaus
  - Fallbesprechung im Krankenhaus
  - Patientenübernahme im Krankenhaus
  - Klärung Ziele und Wünsche des Patienten
- Aufnahme bei amb. Behandlung
  - Fallbesprechung Hausarzt bzw. ambulanter Behandlungsarzt
  - Abklärung der Gewohnheiten bzw. der notwendigen Hilfen mit den Betroffenen bzw. Angehörigen
- Grundpflege
  - Hilfe bei der Körperpflege
  - Baden, Duschen
  - Toilettengänge im Tagesverlauf
  - Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
  - Aktivierung und Förderung
  - Anleitung bei der Nutzung von Hilfsmitteln
  - Individuelle Pflegeplanung und -beratung, Dokumentation
- Behandlungspflege
  - Wundversorgung
  - Insulinmanagement
  - Injektionen
  - Medikamente richten
  - Medikamente verabreichen
  - Verbandswechsel
- Nachtdienst
- Beratung bei Nutzung von Hilfsmitteln/Medikamentenschulung
- Hauswirtschaftliche Dienste
  - Speisenversorgung (Vor-, Zu- und Nachbereitung von Speisen)
  - Hausreinigung (Zimmer, übrige Bereiche)
  - Bett beziehen
  - Wäsche der Wohngruppe
  - Aktivierung/Förderung
  - Milieugestaltung
- Koordination und Vermittlung von ärztlichen und therapeutischen Leistungen
  - Organisation von und Teilnahme an ärztlicher Visite

- Beratung und Einbezug der Angehörigen
- Pflegerische Anleitung von Angehörigen während des Aufenthalts des Patienten
- Freizeitangebote
- Beratung und Vorbereitung für ein Leben zu Hause (Entlassmanagement)
  - Vorbereitung für Pflegeeinstufung
  - Vorbereitung für das Leben in der eigenen Häuslichkeit
- Unterkunft einschl. der dazu gehörenden Nebenkosten, z. B. Energieaufwand

#### **Individuell erforderliche Leistungen der Kooperationspartner**

- Ärztliche Leistungen
- Therapeutische Leistungen
- Pflegehilfsmittel bereitstellen
- Lieferung/Bereitstellung von Medikamenten/Inkontinenzmaterial
- Podologie

#### **Zusatzleistungen während der Übergangspflege**

- Behandlungspflege, die nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nicht verordnungsfähig ist (z. B. Homöopathie, Einreibungen, Aromatherapie etc.)
- Waschen von Privatwäsche
- Begleitdienste (z. B. Zahnarzt, Aufsuchen der Wohnung)
- Einkauf, Besorgungen
- Organisation der privaten Häuslichkeit (Blumen, Tiere versorgen, Briefkasten etc.)
- Telefon, Internet (WLAN), Fernseher

#### **Zusatzleistungen im Anschluss an die Übergangspflege (Versorgung in der Häuslichkeit)**

- Starthilfe zu Hause, Sichtkontrolle Wohnung, erster Einkauf, etc.
- Vermittlung von Angeboten für pflegende Angehörige, z. B. Schulungsangebote
- Nachberatung in der eigenen Häuslichkeit
- Vermittlung von Angeboten für pflegende Angehörige, z. B. Schulungsangebote
- Vermittlung Wohnberatung/Wohnraumanpassung
- Beantragung Schwerbehinderung beim Versorgungsamt
- Vermittlung von Ehrenamtlichen

# Anhang 2: Überleitungsbogen des Universitätsklinikums Freiburg



**Ärztliches Zeugnis**

Name der Patientin / des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

stationäre Dauerpflege  
 Kurzzeitpflege nach  SGB V  SGB XI  
 ambulante Pflege

**Pflegebegründende Diagnosen und Einschränkungen/Schädigungen**, die die täglichen Aktivitäten in besonderem Maße beeinträchtigen (leserlich, keine Abkürzungen)

Handelt es sich um einen **Dauerzustand** (voraussichtlich für mind. 6 Monate)?  nein  ja

**Weitere Diagnosen und Symptome**

Psychische Erkrankung  nein  ja: \_\_\_\_\_  
 Suchtkrankheit  nein  ja: \_\_\_\_\_  
 Ansteckende Krankheit  nein  ja: \_\_\_\_\_  
 Allergie  nein  ja: \_\_\_\_\_  
 Multiresistente Keime  nein  ja, Art des Keims: \_\_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_  
 Dekubitus  nein  ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_  
 Kontrakturen  nein  ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_  
 Hörbehinderung  nein  leichte  schwere  
 Sprachstörung  nein  leichte  schwere  
 Sehbehinderung  nein  leichte  schwere  
 Schluckstörung  nein  leichte  schwere  
 Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ m

Liegt eine **Palliativsituation** vor?  nein  ja  noch unklar  
 Ist eine **Rehabilitation** geplant?  nein  ja, Zeitpunkt: \_\_\_\_\_  noch unklar

|  | unbeeinträchtigt | größtenteils vorhanden | in geringem Maße vorhanden | nicht vorhanden |
|--|------------------|------------------------|----------------------------|-----------------|
| <b>Kognitive/kommunikative Fähigkeiten</b>             |                  |                        |                            |                 |
| Zeitliche Orientierung                                 |                  |                        |                            |                 |
| Örtliche Orientierung                                  |                  |                        |                            |                 |
| Orientierung zur Person                                |                  |                        |                            |                 |
| Verstehen von Sachverhalten und Informationen          |                  |                        |                            |                 |
| Mitteilen von Schmerz, Durst, Hunger, Kälteempfinden   |                  |                        |                            |                 |
| Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören) |                  |                        |                            |                 |
| <b>Verhaltensauffälligkeiten</b>                       | nein             | selten                 | gelegentlich               | täglich         |
| Unruhe-/Angstzustände                                  |                  |                        |                            |                 |
| depressive Zustände                                    |                  |                        |                            |                 |
| aggressives/abwehrendes Verhalten                      |                  |                        |                            |                 |
| Hin-/Weglauf tendenz                                   |                  |                        |                            |                 |

**Besonderheiten**

Aufgrund des hohen Hilfebedarfs ist die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung notwendig (gilt als Bescheinigung z.B. für das Sozialamt).

Name der Ärztin/des Arztes, Telefonnummer, Datum, Unterschrift

UBF 01/2017

# Pflegebericht



Name der Patientin / des Patienten:

Geburtsdatum:

| Aktivität ist möglich...   | selbstständig,<br>ggf. mit<br>Hilfsmitteln | mit geringer<br>punktuel-<br>ler Hilfe | nur mit geringer<br>Eigenbeteili-<br>gung,<br>überwiegend<br>personelle Hilfe | unselbst-<br>ständig, wird<br>fremd-<br>übernommen |
|--|--|--|---|--|
| <b>Mobilität</b>   |  |  |   |  |
| Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)  |  |  |   |  |
| Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)   |  |  |   |  |
| Umsetzen (Transfers)   |  |  |   |  |
| Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)  |  |  |   |  |
| Treppensteigen   |  |  |   |  |
| <b>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</b>  |  |  |   |  |
| Waschen vorderer Oberkörper  |  |  |   |  |
| Waschen des Intimbereichs  |  |  |   |  |
| Duschen und Baden (Körper, Haare)  |  |  |   |  |
| An-/Auskleiden des Oberkörpers   |  |  |   |  |
| An-/Auskleiden des Unterkörpers  |  |  |   |  |
| Benutzung Toilette/Toilettenstuhl (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Kleidung richten)                              |  |  |   |  |
| Harninkontinenz<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Bewältigung der Folgen: ⇨            |  |  |   |  |
| Dauerkatheter oder Urostoma<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Umgang damit: ⇨          |  |  |   |  |
| Stuhlinkontinenz<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Bewältigung der Folgen: ⇨           |  |  |   |  |
| Stoma<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Umgang damit: ⇨                                |  |  |   |  |
| <b>Ernährung</b>   |  |  |   |  |
| Mundgerechte Zubereitung   |  |  |   |  |
| Aufnahme der Nahrung   |  |  |   |  |
| Trinken  |  |  |   |  |
| Ernährung parenteral/PEG/PEJ<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Umgang damit: ⇨         |  |  |   |  |
| Art der Sonde:   |  |  |   |  |
| Besondere Nahrung<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:                          |  |  |   |  |
| <b>Pflegehilfsmittel</b>   |  |  |   |  |
| Bereits vorhandene Hilfsmittel:  |  |  |   |  |
| Verordnete Hilfsmittel:  |  |  |   |  |
| <b>Behandlungspflege</b> (z.B. Medikamentengabe, Injektionen, Verbandwechsel)                                      |  |  |   |  |
| Art: _____ Häufigkeit: _____ Personelle Hilfe notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |  |  |   |  |
| Art: _____ Häufigkeit: _____ Personelle Hilfe notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |  |  |   |  |
| <b>Besonderheiten</b>  |  |  |   |  |
| Name der Pflegekraft, Telefonnummer, Datum, Unterschrift   |  |  |   |  |

UWF 02/2017

## Anhang 3: Aufnahme-/Entlassbogen

Aufnahme-/Entlassbogen zur Ergänzung des ärztl. Zeugnisses, SIS und Maßnahmenplanung Stand 26.01.2018

### Formular: Aufnahmegespräch (im KH)

Vor- und Nachname d. Klienten: Vor- und Nachname

Wohnhaft Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum.: \_\_\_\_\_

Geplanter Aufnahmezeitpunkt: \_\_\_\_\_ Geplante Uhrzeit: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

Wird gebracht von:  Krankentransport  Privat/Taxi  \_\_\_\_\_

Name der verlegenden Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name/Telefon für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Erstkontakt ist erfolgt:  Telefonisch  Persönlich  Nein

Ärztl. Zeugnis vorhanden?  Ja  Nein

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  nicht notwendig

Falls nicht vorhanden, geschätzter Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am \_\_\_\_\_

Vertrag unterschrieben?  Ja  Nein

Kostenübernahme geklärt?  Ja  Nein

Vorsorgevollmacht/Betreuer vorhanden (Kopie!)?  Ja  Nein

Patientenverfügung vorhanden (Kopie!)?  Ja  Nein

Medikamentenplan liegt vor?  Ja  Nein

Medikamente für mind. 3 Tage vorhanden durch:  KH  Klient/Angehörige

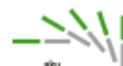
Nächtliche Versorgung notwendig?  Ja und zwar \_\_\_\_\_

Nein

Gesprächstermin zwecks Entlassplanung / Sicherstellung der häuslichen Versorgung

(Zwischenerhebung) geplant mit  Klient  Angehörigen  Betreuer

für \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr.



| Benötigte Verordnungen   |                      |                          |                          |                    |                     |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|
|                          |                      | Liegt vor                | Bestellt                 | Leistungserbringer | 1. Termin am / um   |
| <input type="checkbox"/> | häusl. Krankenpflege | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____              | ____. / ____ : ____ |
| <input type="checkbox"/> | Physiotherapie       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____              | ____. / ____ : ____ |
| <input type="checkbox"/> | Logopädie            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____              | ____. / ____ : ____ |
| <input type="checkbox"/> | Ergotherapie         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____              | ____. / ____ : ____ |
| <input type="checkbox"/> | Lymphdrainage        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____              | ____. / ____ : ____ |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges:<br>_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____              | ____. / ____ : ____ |

Pflegebegründete Diagnosen:

## Wohn- und Versorgungssituation vor Krankenhausaufenthalt

Wohnsituation und Lage der Wohnung (weitere Personen im Haushalt, Stockwerk, Aufzug, barrierefrei etc.):

**Versorgungssituation:**

Bisherige Versorgung durch: Person: Unterstützung in folgendem Bereich:

Ehe-/Partner \_\_\_\_\_

sonstige Angehörige/Bekannte \_\_\_\_\_

Nachbarn \_\_\_\_\_

Dienste: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Hausnotruf bereits vorhanden? \_\_\_\_\_

Bereits vorhandene Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Sonstige Anmerkungen: \_\_\_\_\_

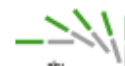
**Ziele des Aufenthalts**

| Ziele und Wünsche des Patienten | Professionelle Einschätzung |
|---------------------------------|-----------------------------|
| _____                           | _____                       |

Daraus resultierend:

| Ziel  | Maßnahmenplan |
|-------|---------------|
| _____ | _____         |

Ausgefüllt durch \_\_\_\_\_  
(Name/Unterschrift)





## Formular: Aufnahmetag

Vor- und Nachname

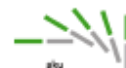
- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| A) Aufnahme-SIS durchgeführt?                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| B) Tagesstrukturplan erstellt?                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| C) Medikamentenversorgung sichergestellt?        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| D) Verordnungen und 1. Termin vollständig?       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| E) Vor Ort benötigte Hilfsmittel alle vorhanden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Begründung bei Abweichungen (A-E) inkl. Datum der geplanten Erledigung:

Wenn bereits möglich/notwendig:  
Anlage "Entlassplanung" ausgefüllt?  Ja  Nein

Aufnahme erfolgte durch  
(Name/Unterschrift)

\_\_\_\_\_



## Formular: Zwischenerhebung (nach 1 Woche)

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname

Folgende Veränderungen gibt es im Grad der Hilfebedürftigkeit/Selbstständigkeit bzw. in der Zielerreichung:

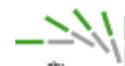
| Ziel  | Veränderung (Maßnahme mit aktuellem Stand der Selbstständigkeit/Hilfebedürftigkeit) |
|-------|---|
| _____ | _____   |

*[Diese Informationen können als Vorbereitung für ein Klientengespräch dienen, um im Gespräch die aufgezeigten Veränderungen zu besprechen und daraufhin gemeinsam Probleme aufzuzeigen und sich Lösungen zu überlegen – siehe Anlage "Entlassplanung", diese gemeinsam ausfüllen/aktualisieren.]*

Anlage "Entlassplanung" ausgefüllt/aktualisiert?  Ja  Nein

Evaluation erfolgte durch  
(Name/Unterschrift)

\_\_\_\_\_



## Formular: Zwischenerhebung (nach 2 Wochen)

Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname

Folgende Veränderungen gibt es im Grad der Hilfebedürftigkeit/Selbstständigkeit bzw. in der Zielerreichung:

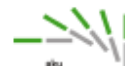
| Ziel  | Veränderung (Maßnahme mit aktuellem Stand der Selbstständigkeit/Hilfebedürftigkeit) |
|-------|---|
| _____ | _____   |

*[Diese Informationen können als Vorbereitung für ein Klientengespräch dienen, um im Gespräch die aufgezeigten Veränderungen zu besprechen und daraufhin gemeinsam Probleme aufzuzeigen und sich Lösungen zu überlegen – siehe Anlage "Entlassplanung", diese gemeinsam ausfüllen/aktualisieren.]*

Anlage "Entlassplanung" ausgefüllt/aktualisiert?  Ja  Nein

Evaluation erfolgte durch  
(Name/Unterschrift)

\_\_\_\_\_



## Formular: Vorbereitung Entlasstag (3 Tage vor Entlasstermin)

Vor- und Nachname

Abholung vereinbart für \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

Abholung durch:  Krankentransport  Privat/Taxi  \_\_\_\_\_

Verständigt wurden:  Angehörige  Sozialstation  \_\_\_\_\_

Formular "Zeitplan" übergeben?  Ja  Nein

Medikamente für mind. 3 Tage ab Entlasstag vorhanden?  Ja  Nein

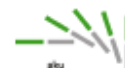
Externe Leistungsanbieter über Entlassung informiert?  Ja  Nein

Vollständige Bearbeitung Entlassvorbereitung?  Ja  Nein

Ggf. Überleitungsbogen vorbereitet?  Ja  Nein

Folgende Abweichungen aus der Entlassplanung bestehen derzeit noch (inkl. Datum der geplanten Erledigung):

Entlassplanung ausgefüllt  
von (Name/Unterschrift) \_\_\_\_\_



## Formular: Am Entlasstag

Vor- und Nachname

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Medikationsplan mitgegeben?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Medikamente mitgegeben?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Versichertenkarte mitgegeben?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Persönliche (Wert-)Sachen mitgegeben?                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hilfsmittel mitgegeben?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ggf. Überleitungsbogen mitgegeben?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Anlage "Entlassplanung" ausgefüllt/aktualisiert, besprochen und mitgegeben? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Während des Aufenthaltes verbesserten sich folgende Defizite beim Klienten, bzw. folgende Defizite konnten nicht verbessert werden oder haben sich verschlechtert:

| Ziel  | Veränderung (Maßnahme mit erreichtem Stand der Selbstständigkeit/Hilfebedürftigkeit) |
|-------|--|
| <hr/> | <hr/>  |

Für die Entlassung war verantwortlich (Name/Unterschrift) \_\_\_\_\_

## Anlage: Entlassplanung (Zeitpunkt: \_\_\_\_\_)

Vor- und Nachname

Plan (fortlaufender Prozess) zur Vorbereitung der Häuslichkeit mit entsprechenden Zuständigkeiten und Terminierung

*[Dieses Formular wird nach Bedarf, also entsprechend dem Auftreten bzw. Lösen von Problemen ausgefüllt und sollte dann kontinuierlich aktualisiert/modifiziert bzw. zu bestimmten Anlässen/Gesprächen neu ausgefüllt werden. Am Ende wird es dem Patienten/Angehörigen in aktueller Form mitgegeben.]*

| erledigt                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| konkretisierte Lösung          |                          |                          |                          |                          |
| bis wann                       |                          |                          |                          |                          |
| wer                            |                          |                          |                          |                          |
| Lösung                         |                          |                          |                          |                          |
| Gesprächsergebnis / Problem(e) |                          |                          |                          |                          |



# Anhang 4: Versorgungspfade

## Versorgungspfad Frau 1

**Aufnahme mit Diagnose**

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wurde abgewogen, dass die Patientin für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit Aufnahmegespräch stattfindet

**Diagnose:**  
 Spiralförmige Humerusschaftfraktur (Oberarm) li., Plattenosteosynthese linker Oberarm  
 Schon vorhandene Diagnosen: art. Hypertonie; HTEP links 2007



©



**Aufnahmegespräch im KH (mit Patient, Angehörigen, Pflege KH, Arzt KH)**

**Häusliche Situation:**  
 Wohnung im Obergeschoss, barrierefrei, Klientin lebt alleine im Haus; Tochter und Schwiegersohn wohnen in näherer Umgebung

**Ziele und Wünsche des Patienten:**  
 Versorgung im häuslichen Umfeld

**Professionelle Einschätzung:**  
 Mit Unterstützung der Tochter und/oder des Schwiegersohns sowie einer entsprechenden Vorbereitung kann häusliche Versorgung erfolgen

| Ziele  | Maßnahmen  |
|--|--|
| Stärkung des Allgemeinzustandes  | Unterstützung beim Toilettentransfer und Intimpflege<br>Mobilisation durch Physiotherapie (3x wtl.) und aktivierende Pflege, später Gehübungen innerhalb des Wohnbereiches |
| Erreichung der Selbstständigkeit bei Positionswechsel im Bett und Transfer                                       | Anleitung zum Positionswechsel/Transfer, in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten  |
| Selbstständige Fortbewegung in der Wohnung durch Hilfsmittel (Rollator erreichen, Umgang mit Hausnotruf schulen) | Anpassung des Rollators, Gehen mit dem Rollator<br>Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)  |
| Selbstständigkeit im Bereich Körperpflege erhöhen  | Anfänglich Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege                                    |
| Rehafähigkeit überprüfen   | Belastbarkeit des Armes mit Hausarzt besprechen.<br>Beweglichkeit des Armes durch Anleitung im Alltag fördern.<br>Übungen mit Physiotherapeut abstimmen                    |



©







### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 1 Woche)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen   | Veränderungen  |
|---|--|
| Unterstützung beim Toilettentransfer  | Transfer geht mit leichter Unterstützung und Anleitung, bei Intimpflege Übernahme notwendig                    |
| Physiotherapie (3x wtl.) und aktivierende Pflege  | Absprachen zwischen Physiotherapeut und Pflegemitarbeiter<br>Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen |
| Anleitung zum Positionswechsel/Transfer, in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten                             | Transfer geht mit leichter Unterstützung, Positionswechsel geht mit Anleitung                                  |
| Anpassung des Rollators, Gehen mit dem Rollator   | Rollator ist angepasst gehen nur mit Unterstützung   |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)  | Schulung läuft, wird bis zur Entlassung fortgeführt.   |
| Anfänglich Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege | Vorderkörper gelingt selbstständig, Intimpflege ist Unterstützung notwendig                                    |



©



3/6



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen   | Veränderungen  |
|---|--|
| Unterstützung beim Toilettentransfer  | Transfer geht selbstständig, bei Intimpflege leichte Unterstützung notwendig                                   |
| Physiotherapie (3x wtl.) und aktivierende Pflege  | Absprachen zwischen Physiotherapeut und Pflegemitarbeiter<br>Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen |
| Anleitung zum Positionswechsel/Transfer, in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten                             | Transfer und Positionswechsel geht mit Anleitung   |
| Anpassung des Rollators, Gehen mit dem Rollator   | Rollator ist angepasst gehen nur mit Unterstützung   |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)  | Schulung läuft, wird bis zur Entlassung fortgeführt  |
| Anfänglich Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege | Vorderkörper gelingt selbstständig, Intimpflege ist Unterstützung notwendig                                    |

#### Planung der erforderlichen Versorgung zu Hause:

Rollstuhl und Rollator sind bestellt  
 Hausnotruf wird durch Tochter organisiert  
 Folgerezept für Physiotherapie für weitere Gehübungen mit Hausarzt besprochen – Rezept wird ausgestellt

Entlassung in eigene Häuslichkeit

ja



©



4/6

**Vorbereitung Entlassung (3 Tage vor Entlassetermin)**

**Vorbereitung der Häuslichkeit:**

- Rollstuhl und Rollator sind vorhanden
- Mit Pflegedienst wurde Versorgung abgesprochen/geplant
- Hausnotruf wurde veranlasst
- Folgerezept für Physiotherapie erhalten
- Formular "Zeitplan" den Angehörigen erklärt und mitgegeben

**Entlasstag:**

Abholung durch Tochter auf 24.08.2017 um 10:00 Uhr vereinbart



**Entlasstag**

**Veränderungen in folgenden Bereichen** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Toilettentransfer                                | Selbstständig  |
| Physiotherapie (3x wtl.) und aktivierende Pflege | Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen<br>Physiotherapie hält Pat. körperlich fit und wird deshalb zu Hause weitergeführt |
| Positionswechsel/Transfer                        | Selbstständig  |
| Gehen mit dem Rollator                           | Innerhalb des Wohnbereiches selbstständig  |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)     | Abgeschlossen  |
| Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken)  | Übernimmt Pflegedienst   |

**Ziel "Entlassung in eigene Häuslichkeit" erreicht:**

Persönliche Sachen mitgegeben

Formular "Entlassplanung" mit Angehörigen durchgesprochen:

- Hausnotruf wurde installiert
- Versorgung durch Pflegedienst ist abgesprochen
- Weiterführung der Physiotherapie ist abgesprochen
- Formular "Zeitplan" wurde von den Angehörigen ausgefüllt (= Ablauf in eigener Häuslichkeit ist geregelt)

## Versorgungspfad Frau 2

### Aufnahme mit Diagnose

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wurde abgewogen, dass die Patientin für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit Aufnahmegespräch stattfindet

#### Diagnose (ärztlich / pflegerisch):

Z. n. Appendektomie (Entfernung Wurmfortsatz) mit Wundnahtdehiszenz (Auseinanderweichen der Wunde) – Wundgröße LxBxT=20x10x10cm; Wundbesiedlung mit MRSA und VRE; Z. n. Durchgangssyndrom mit körperlicher Schwäche und Selbstversorgungsdefiziten



### Aufnahmegespräch im KH (mit Patient, Angehörigen, Pflege KH, Arzt KH)

#### Häusliche Situation:

Barrierefreie Wohnung im EG, lebt alleine, Sohn lebt in der Nachbarschaft

#### Ziele und Wünsche des Patienten:

Rückkehr in die eigene Versorgung im häuslichen Umfeld

#### Professionelle Einschätzung:

Nach körperlicher Rehabilitation und erneuter Unterstützung des Sohnes (im Umfang wie vor dem KH-Aufenthalt) kann Rückkehr in die eigene Wohnung wieder erfolgen.



| Ziele   | Maßnahmenplanung   |
|---|--|
| Kontinuierliche Steigerung der täglichen körperlichen Belastungsfähigkeit unter Einbezug von Physiotherapie | Kontinuierliche Reduktion der Hilfestellungen im Alltag und Ausweitung der eigenständigen Übernahme alltäglicher Verrichtungen (Geschirr wegbringen, Getränke holen, Alltagsgestaltung, ...) |
| Eigenständiges Gehen innerhalb des Wohnbereiches, ggf. mit Hilfe eines Rollators                            | Zunächst ggf. kleine Strecken mit Pausiermöglichkeit, tägliche Ausweitung der Laufstrecken nach Möglichkeiten der Belastung  |
| Eigenständiger sicherer Transfer aus dem und zurück ins Bett  | Zunächst Hilfestellung bei den Transfers, später reduziert zu Anleitung und zuletzt reine Aufsicht   |
| Selbstständige Nutzung der Toilette   | Zunächst Hilfestellung beim An- /Auskleiden, später reduziert auf teilweise Übernahme, Anleitung und zuletzt reine Aufsicht  |
| Eigenständiges An- und Auskleiden   | Zunächst je nach Belastungsfähigkeit eigenständiges An- /Auskleiden des Oberkörpers, dann ausweiten auf den Unterkörper  |
| Verbesserung der Wundheilung  | Verbandswechsel nach ärztlicher Anordnung, Beobachtung des Heilungsverlaufes, enge Rückmeldung des Heilungsverlaufes an Arzt/Wundtherapeut   |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 1 Woche)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Kontinuierliche Reduktion der Hilfestellungen im Alltag und Ausweitung der eigenständigen Übernahme alltäglicher Verrichtungen (Geschirr wegbringen, Getränke holen, Alltagsgestaltung, ...) | Alltagsgestaltung klappt zunehmend besser (Alltagsstruktur wird gefunden, eigene Beschäftigungsimpulse vorhanden), Getränke werden selbst eingeschleppt, Essen selbst klein geschnitten |
| Zunächst ggf. kleine Strecken mit Pausiermöglichkeit, tägliche Ausweitung der Laufstrecken nach Möglichkeiten der Belastung  | Essensbereich (Strecke ca. 15m) wird unter sichtlicher Anstrengung fast ohne Pause erreicht   |
| Zunächst Hilfestellung bei den Transfers, später reduziert zu Anleitung und zuletzt reine Aufsicht   | Hilfestellung wird weiterhin benötigt, Kraftanwendung durch unterstützende Kraft jedoch deutlich reduziert  |
| Zunächst Hilfestellung beim An- /Auskleiden, später reduziert auf teilweise Übernahme, Anleitung und zuletzt reine Aufsicht  | Umsetzen unter Festhalten am Wasch bzw. Haltegriffen eigenständig möglich, komplette Übernahme von An- und Auskleiden noch nötig.   |
| Zunächst je nach Belastungsfähigkeit eigenständiges An- /Auskleiden des Oberkörpers, dann ausweiten auf den Unterkörper  | Oberkörper kann selbstständig angekleidet werden, Hilfestellung bei BH weiter nötig   |
| Verbandswechsel nach ärztlicher Anordnung, Beobachtung des Heilungsverlaufes, enge Rückmeldung des Heilungsverlaufes an Arzt/Wundtherapeut   | Langsame Wundheilung  |



©



3/6



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Kontinuierliche Reduktion der Hilfestellungen im Alltag und Ausweitung der eigenständigen Übernahme alltäglicher Verrichtungen (Geschirr wegbringen, Getränke holen, Alltagsgestaltung, ...) | Getränke können eigenständig geholt werden, Nahrungsaufnahme komplett selbstständig, Alltagsgestaltung (Beschäftigung, Eigenaktivität) weitgehend selbstständig |
| Zunächst ggf. kleine Strecken mit Pausiermöglichkeit, tägliche Ausweitung der Laufstrecken nach Möglichkeiten der Belastung  | Essensbereich wird unter Zuhilfenahme des Rollators eigenständig und gangsicher erreicht, nur noch leichte Anstrengung erkennbar                                |
| Zunächst Hilfestellung bei den Transfers, später reduziert zu Anleitung und zuletzt reine Aufsicht   | Transfer (aus dem Bett, vom Stuhl) anstrengend aber eigenständig möglich.   |
| Zunächst Hilfestellung beim An- /Auskleiden, später reduziert auf teilweise Übernahme, Anleitung und zuletzt reine Aufsicht  | Hilfestellung nur noch beim Ankleiden notwendig.  |
| Zunächst je nach Belastungsfähigkeit eigenständiges An- /Auskleiden des Oberkörpers, dann ausweiten auf den Unterkörper  | Ankleiden Oberkörper eigenständig; Anziehen von Hose / Slip nur mit Hilfe; Hochziehen / schließen ab Knieposition eigenständig möglich                          |
| Verbandswechsel nach ärztlicher Anordnung, Beobachtung des Heilungsverlaufes, enge Rückmeldung des Heilungsverlaufes an Arzt/Wundtherapeut   | Wundheilung progredient aber langsam  |

#### Planung der erforderlichen Versorgung zu Hause:

Verordnung für ambulante Versorgung der Wunde muss eingeholt werden

Entlassung in eigene Häuslichkeit



ja



©



4/6

**Vorbereitung Entlassung (3 Tage vor Entlassetermin)**

**Vorbereitung der Häuslichkeit:**

- Material zur Wundversorgung sowie Medikamente für 3 Tage vorhanden
- Mit Pflegedienst wurde Versorgung abgesprochen/geplant
- Rezept für weitere Physiotherapie-Termine wird eingeholt
- Formular "Zeitplan" den Angehörigen erklärt und mitgegeben

**Entlasstag:**

Abholung durch Sohn auf 30.09.2018 um 10:00 Uhr vereinbart



**Entlasstag**

**Veränderungen in folgenden Bereichen** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Kontinuierliche Reduktion der Hilfestellungen im Alltag und Ausweitung der eigenständigen Übernahme alltäglicher Verrichtungen (Geschirr wegbringen, Getränke holen, Alltagsgestaltung, ...) | Unter Zuhilfenahme von Rollator eigenständig.   |
| Zunächst ggf. kleine Strecken mit Pausiermöglichkeit, tägliche Ausweitung der Laufstrecken nach Möglichkeiten der Belastung  | Strecken innerhalb des Wohnbereiches eigenständig ohne wesentliche Anstrengung möglich, zur Sicherheit unter Verwendung eines Rollators |
| Zunächst Hilfestellung bei den Transfers, später reduziert zu Anleitung und zuletzt reine Aufsicht   | Transfer eigenständig möglich.  |
| Zunächst Hilfestellung beim An- /Auskleiden, später reduziert auf teilweise Übernahme, Anleitung und zuletzt reine Aufsicht  | Eigenständig möglich, soweit Hose nicht zu den Knöcheln herunterrutscht. Evtl. zunächst auf Röcke/Kleider zurückgreifen.                |
| Zunächst je nach Belastungsfähigkeit eigenständiges An- /Auskleiden des Oberkörpers, dann ausweiten auf den Unterkörper  | Oberkörper selbstständig; Anziehen von Hose / Slip nur mit Hilfe; Hochziehen / schließen ab Knieposition eigenständig möglich           |
| Verbandswechsel nach ärztlicher Anordnung, Beobachtung des Heilungsverlaufes, enge Rückmeldung des Heilungsverlaufes an Arzt/Wundtherapeut   | Wundgröße LxBxT=13x7x5cm, Wundheilung weiterhin progredient aber langsam, Ergebnis MRSA-Abstrich ausstehend                             |

**Ziel "Entlassung in eigene Häuslichkeit" erreicht:**

Persönliche Sachen mitgegeben

Formular "Entlassplanung" mit Angehörigen durchgesprochen:

- Ambulanter Dienst übernimmt Wundversorgung
- Weiterführung der Physiotherapie ist abgesprochen
- Formular "Zeitplan" wurde von den Angehörigen ausgefüllt (= Ablauf in eigener Häuslichkeit ist geregelt)

### Versorgungspfad Frau 3

#### Aufnahme mit Diagnose

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wurde abgewogen, dass die Patientin für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit Aufnahmegespräch stattfindet

#### Diagnose:

Rezidivierende Ileussympomatik (wiederkehrender Darmverschluss), reponible Nabelhernie (Nabelbruch), Einklemmung der Nabelhernie durch Eingriff behoben; reduzierter Allgemeinzustand

Schon vorhandene Diagnosen: Adipositas



#### Aufnahmegespräch im KH (mit Patient, Angehörigen, Pflege KH, Arzt KH)

#### Häusliche Situation:

Zweizimmerwohnung, im ersten Obergeschoss, nicht barrierefrei, kein Aufzug, keine Dusche nur Badewanne; Tochter und Schwiegersohn wohnen im gleichen Haus, sind aber beide berufstätig

#### Ziele und Wünsche des Patienten

Überbrückung bis zur Rehafähigkeit

#### Professionelle Einschätzung:

Mit Unterstützung der Tochter und/oder des Schwiegersohns sowie einer entsprechenden Vorbereitung kann häusliche Versorgung erfolgen



| Ziele  | Maßnahmen  |
|--|--|
| Stärkung des Allgemeinzustandes durch Mobilisation (Physiotherapie und aktivierende Pflege)                      | Konditionsaufbau durch Alltagstätigkeiten, Umsetzen, Sitzfahrrad<br>Verbesserung des Allgemeinzustandes durch Flüssigkeitszufuhr und aufbauender Ernährung<br>Unterstützung beim Toilettentransfer |
| Erreichung der Selbstständigkeit bei Positionswechsel im Bett und Transfer                                       | Physiotherapie 3x wtl., Ergotherapie 3x wtl.<br>Anleitung zum Positionswechsel, Hilfsmittel –Gurte, Transfer; in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten                   |
| Selbstständige Fortbewegung in der Wohnung durch Hilfsmittel (Rollator erreichen, Umgang mit Hausnotruf schulen) | Gehübungen mit dem Rollator<br>Treppensteigen<br>Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)  |
| Selbstständigkeit im Bereich Körperpflege erhöhen  | Anfänglich Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege  |
| Heilung der OP-Wunde   | Verbandswechsel alle 2 Tage  |
| Ileusprophylaxe  | Lieblingsgetränk erfragen<br>Auffordern zum Trinken  |
| Eigenmotivation der Patientin erhöhen  | Fortschritte in der Selbstständigkeit erzielen; Motivation für Mithilfe und Beschäftigung  |
| Rehafähigkeit erreichen  | Rehafähigkeit nach einer Woche überprüfen  |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 1 Woche)

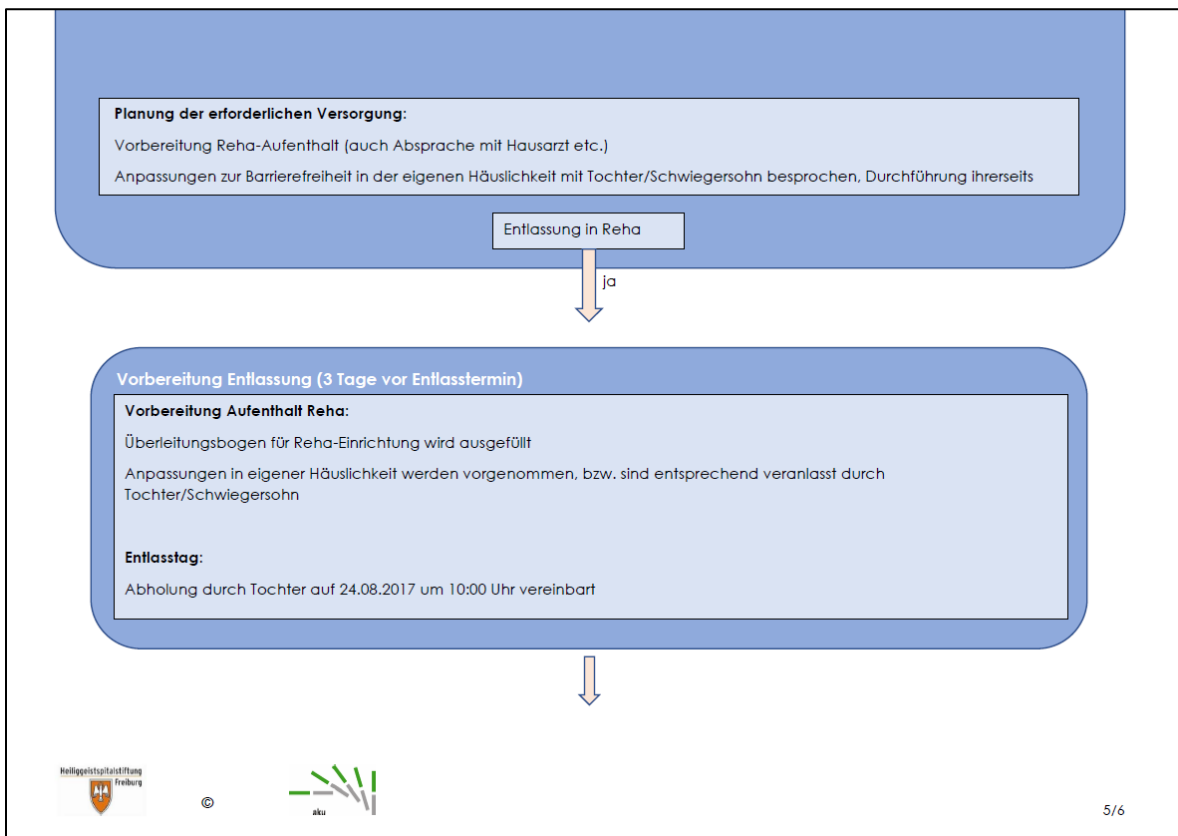
| <b>Bewertung Zielerreichung</b> (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):   |   |
|---|---|
| <b>Maßnahmen</b>  | <b>Veränderungen</b>  |
| Unterstützung beim Toilettentransfer  | Selbstständig vom Bett auf Toilettenstuhl umsetzen, nachts selbstständig auf Toilettenstuhl, tags Unterstützung beim Toilettengang (Unterstützung beim Umsetzen von Rollstuhl auf Toilette) |
| Physiotherapie 3x wtl., Ergotherapie 3x wtl.  | Absprachen zwischen Physio-, Ergotherapeut und Pflegemitarbeiter<br>Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen   |
| Anleitung zum Positionswechsel/Transfer, in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten                             | Positionswechsel selbstständig möglich, Transfer mit Unterstützung  |
| Gehen mit dem Rollator  | Innerhalb des Wohnbereichs selbstständige Fortbewegung mit Rollstuhl<br>Ca. 10 Meter mit Rollator und Unterstützung gehen (schwach und schnell erschöpft)                                   |
| Treppensteigen  | Nicht möglich   |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)  | Schulung läuft, wird bis zur Entlassung fortgeführt.  |
| Anfänglich Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege | Oberkörper selbstständig waschen und anziehen, beim Unterkörper Unterstützung (steht unsicher)<br>Duschen mit Unterstützung   |
| Verbandswechsel alle 2 Tage   | OP-Wunde ist abgeheilt  |
| Auffordern zum Trinken  | Auffordern weiterhin notwendig  |
| Fortschritte in der Selbstständigkeit erzielen; Motivation für Mithilfe und Beschäftigung   | Fortschritte siehe oben<br>Mithilfe bei der Essenzubereitung sitzend möglich<br>Beschäftigung mit Lesen und Rätseln   |
| Rehafähigkeit überprüfen  | Rehafähigkeit mit Hausarzt und Physiotherapeut besprechen; Refähigkeit erhöht sich  |

76



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

| <b>Bewertung Zielerreichung</b> (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):   |  |
|---|--|
| <b>Maßnahmen</b>  | <b>Veränderungen</b>   |
| Unterstützung beim Toilettentransfer  | Toilettengang mit Begleitung selbstständig   |
| Physiotherapie 3x wtl., Ergotherapie 3x wtl.  | Absprachen zwischen Physio-, Ergotherapeut und Pflegemitarbeiter<br>Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen  |
| Anleitung zum Positionswechsel/Transfer, in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten                             | Positionswechsel selbstständig   |
| Gehen mit dem Rollator  | Innerhalb des Wohnbereichs selbstständige Fortbewegung mit Rollator, braucht zur Sicherheit Begleitperson<br>Gehstrecke draußen ca. 100m<br>Kondition deutlich gestiegen |
| Treppensteigen  | Mit Unterstützung und Anleitung bis 7 Stufen möglich   |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)  | Patientin wird zuverlässiger   |
| Anfänglich Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege | Kleine Körperpflege selbstständig<br>Duschen nur mit Unterstützung   |
| Verbandswechsel alle 2 Tage   | OP-Wunde ist abgeheilt   |
| Auffordern zum Trinken  | Nach wie vor ist die Trinkmenge ohne Aufforderung zu gering  |
| Fortschritte in der Selbstständigkeit erzielen; Motivation für Mithilfe und Beschäftigung   | Fortschritte siehe oben<br>Tischdecken mit Rollator (Tablett) mit Begleitperson (Sicherheit)<br>Beschäftigung mit Lesen und Rätseln                                      |
| Rehafähigkeit überprüfen  | Rehafähigkeit vorhanden (siehe Barthel)  |




**Entlasstag**

**Veränderungen in folgenden Bereichen** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Toilettentransfer  | Toilettengang selbstständig   |
| Physiotherapie 3x wtl., Ergotherapie 3x wtl.                 | Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen<br>Entsprechende Übungen werden in Reha fortgeführt   |
| Positionswechsel/Transfer                                    | selbstständig   |
| Gehen mit dem Rollator                                       | Innerhalb des Wohnbereichs selbstständige Fortbewegung mit Rollator, braucht zur Sicherheit Begleitperson<br>Gehstrecke draußen ca. 100m<br>Kondition deutlich gestiegen        |
| Treppensteigen   | Mit Unterstützung und Anleitung bis 7 Stufen möglich  |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)                 | Umgang zuverlässig  |
| Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken)              | Kleine Körperpflege selbstständig<br>Duschen nur mit Unterstützung  |
| Verbandswechsel alle 2 Tage                                  | OP-Wunde ist abgeheilt  |
| Auffordern zum Trinken                                       |   |
| Selbstständigkeit; Motivation für Mithilfe und Beschäftigung | Fortschritte siehe oben<br>Tischdecken mit Rollator (Tablett) mit Begleitperson (Sicherheit); Mithilfe bei der Essenszubereitung sitzend<br>Beschäftigung mit Lesen und Rätzeln |

**Ziel "Entlassung in Reha" erreicht:**  
 Persönliche Sachen mitgegeben  
 Überleitungsbogen Reha mitgegeben  
 Formulare (z. B. "Zeitplan") zur Hilfestellung der häuslichen Versorgung für nach der Reha Angehörigen mitgegeben



6/6



## Versorgungspfad Frau 4

### Aufnahme mit Diagnose

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wurde abgewogen, dass die Patientin für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit Aufnahmegespräch stattfindet

#### Diagnose (ärztlich / pflegerisch):

Z.n. Hüftprellung links, Wirbelkörperfraktur LWK2, Schmerzen  
Schon vorhandene Diagnosen: Parkinson



### Aufnahmegespräch im KH (mit Patient, Angehörigen, Pflege KH, Arzt KH)

#### Häusliche Situation:

Lebt mit/bei Angehörigen, wird ausschließlich von diesen versorgt, Angehörige fallen aber vorübergehend aus, zudem sind Umbaumaßnahmen erforderlich

#### Ziele und Wünsche des Patienten:

Rückkehr in die häusliche Versorgung bei Angehörigen

#### Professionelle Einschätzung:

Nach körperlicher Rehabilitation kann Rückkehr in die eigene Wohnung wieder erfolgen.



| Ziele   | Maßnahmenplanung   |
|---|--|
| Steigerung der Gehsicherheit, Wiedererlangen der vor dem Sturz vorhandenen Gehfähigkeit, Vermeidung von Kontrakturen                      | Gehtraining zu allen Verrichtungen im Rahmen der Möglichkeiten, Steigerung der Gehstrecken, Einbezug von Physiotherapie, Üben des Gehens am Rollator             |
| Wiedererlangung der Fähigkeit zur eigenständigen morgendlichen/abendlichen Grundpflege entsprechend den Fähigkeiten vor dem Sturzereignis | Anleitung zur selbstständigen Durchführung Übernahme der möglichen Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege, positives Feedback, Motivation zur Belastungserprobung |
| Eigenständiger Transfer in den Rollstuhl, alternativ an den Rollator  | Unterstützung beim Transfer Bett-Rollstuhl, Stuhl-Rollstuhl  |
| Gast isst weitgehend selbstständig und trinkt mit entsprechender Aufforderung ausreichend   | Essen richten, zum selbstständigen Richten von Brot/Brötchen motivieren, Trinken immer in Reichweite und regelmäßiges Erinnern                                   |
| Weitgehend eigenständige Nutzung der Toilette in Begleitung, nächtliche Kontinenz   | Begleitung auf Toilette bei Bedarf, Unterstützung so weit wie nötig und so wenig wie möglich   |
| Tagesstrukturierung, eigenständig sinnvolle Beschäftigung über den Tag verteilt   | Integration in häusliche Verrichtungen soweit möglich, Integration in Beschäftigungsgruppen, Erfragen und ggf. ermöglichen von Beschäftigungswünschen            |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 1 Woche)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Gehtraining zu allen Verrichtungen im Rahmen der Möglichkeiten, Steigerung der Gehstrecken, Einbezug von Physiotherapie, Üben des Gehens am Rollator             | Sehr kurze Gehstecken werden in Begleitung am Rollator bewältigt, schnelle Demotivation / Erschöpfung, kaum Nutzung von Rollator                                      |
| Anleitung zur selbstständigen Durchführung Übernahme der möglichen Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege, positives Feedback, Motivation zur Belastungserprobung | Gesicht und Zähne werden eigenständig unter Anleitung versorgt, übrige Körperpflege muss weitgehend übernommen werden da fehlende Motivation und Angabe von Schmerzen |
| Unterstützung beim Transfer Bett-Rollstuhl, Stuhl-Rollstuhl  | Gast steht schwach beim Transfer, kaum/wenig Eigeninitiative, gibt Schmerzen an   |
| Gast isst weitgehend selbstständig und trinkt mit entsprechender Aufforderung ausreichend  | Essen muss gerichtet werden, isst selten und nur wenig selbstständig, Trinken sehr schwierig, benötigt ständige Aufforderung / Erinnerung, trinkt ca. 900 ml/Tag      |
| Begleitung auf Toilette bei Bedarf, Unterstützung so weit wie nötig und so wenig wie möglich   | Gast steht und hält sich fest, ansonsten keinerlei Unterstützung beim Richten der Kleidung  |
| Integration in häusliche Verrichtungen soweit möglich, Integration in Beschäftigungsgruppen, Erfragen und ggf. ermöglichen von Beschäftigungswünschen            | Gast sehr passiv, lehnt Integration in häusliche Verrichtungen ab, nimmt an Beschäftigungs-Gruppen passiv (durch Zuschauen) teil                                      |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):



| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Gehtraining zu allen Verrichtungen im Rahmen der Möglichkeiten, Steigerung der Gehstrecken, Einbezug von Physiotherapie, Üben des Gehens am Rollator             | Weiterhin nur kurze Gehstecken in Begleitung am Rollator, Motivation etwas gestiegen aber rasche Erschöpfung, Nutzung Rollator für kurze Gehstrecken (< 10 Meter) in Begleitung möglich |
| Anleitung zur selbstständigen Durchführung Übernahme der möglichen Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege, positives Feedback, Motivation zur Belastungserprobung | Gesicht und Zähne werden eigenständig unter Anleitung versorgt, Arme/Oberkörper (vorne) werden langsam unter Anleitung gewaschen und abgetrocknet, rasche Ermüdung                      |
| Unterstützung beim Transfer Bett-Rollstuhl, Stuhl-Rollstuhl  | Gast steht etwas sicherer, Transfer "routinierter", weiterhin wenig Eigeninitiative, gibt Schmerzen an  |
| Gast isst weitgehend selbstständig und trinkt mit entsprechender Aufforderung ausreichend  | Essen muss gerichtet werden, teilweise Unterstützung beim Essen nötig (essen eingeben), Trinken sehr schwierig, benötigt ständige Aufforderung / Erinnerung, trinkt ca. 900 ml/Tag      |
| Begleitung auf Toilette bei Bedarf, Unterstützung so weit wie nötig und so wenig wie möglich   | Gast steht und hält sich fest, Hilft etwas mit beim Entkleiden, ansonsten kaum Unterstützung beim Richten der Kleidung  |
| Integration in häusliche Verrichtungen soweit möglich, Integration in Beschäftigungsgruppen, Erfragen und ggf. ermöglichen von Beschäftigungswünschen            | Gast beobachtet viel das Alltagsgeschehen, integriert sich nach Aufforderung teilweise in Beschäftigungsangebote  |

↓

**Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 3 Wochen)**

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Gehtraining zu allen Verrichtungen im Rahmen der Möglichkeiten, Steigerung der Gehstrecken, Einbezug von Physiotherapie, Üben des Gehens am Rollator             | Motivation steigt, teilweise eigenständiger Wunsch nach Gehen am Rollator, Erschöpfung rückläufig, Gehstrecke erweitert auf ca. 20 Meter, Gehen deutlich sicherer jedoch langsam                                 |
| Anleitung zur selbstständigen Durchführung Übernahme der möglichen Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege, positives Feedback, Motivation zur Belastungserprobung | Gast versorgt vorderen Oberkörper und Gesicht unter Anleitung selbstständig, hilft gut mit, ist motiviert, steht stabil bei Versorgung des übrigen Körpers   |
| Unterstützung beim Transfer Bett-Rollstuhl, Stuhl-Rollstuhl  | Umsetzen auf Rollstuhl in Begleitung mit Unterstützung / leichter Hilfestellung gut möglich, nur leichte Schmerzangaben  |
| Gast isst weitgehend selbstständig und trinkt mit entsprechender Aufforderung ausreichend  | Gast richtet (Brot schmieren / belegen) Essen (morgens/abends) meist selbstständig, essen bei kleinen Portionen ebenfalls selbstständig, Benötigt etwas weniger Aufforderung beim Trinken, Menge ca. 1200 ml/Tag |
| Begleitung auf Toilette bei Bedarf, Unterstützung so weit wie nötig und so wenig wie möglich   | Gast steht und hält sich fest, Transfer/Drehen auf Toilette selbstständig, Entkleiden i.d.R. selbstständig, benötigt Hilfe beim Ankleiden  |
| Integration in häusliche Verrichtungen soweit möglich, Integration in Beschäftigungsgruppen, Erfragen und ggf. ermöglichen von Beschäftigungswünschen            | Gast nimmt auf eigenen Wunsch an bestimmten Angeboten Teil (Singen, Zeitungsrunde), ansonsten weiterhin eher passiv aber beobachtend   |



5/8

↓

**Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 4 Wochen)**

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):



| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Gehtraining zu allen Verrichtungen im Rahmen der Möglichkeiten, Steigerung der Gehstrecken, Einbezug von Physiotherapie, Üben des Gehens am Rollator             | Gehen im Wohnbereich nur noch am Rollator, klappt sicher bei moderater Geschwindigkeit.  |
| Anleitung zur selbstständigen Durchführung Übernahme der möglichen Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege, positives Feedback, Motivation zur Belastungserprobung | Gast versorgt vorderen Oberkörper inkl. Gesicht unter Anleitung selbstständig, Intimpflege selbstständig, kaum Schmerzen oder Erschöpfung, Hilfe bei Unterkörper weiter erforderlich.        |
| Unterstützung beim Transfer Bett-Rollstuhl, Stuhl-Rollstuhl  | Bei Bereitstellen aller Hilfsmittel eigenständiger Transfer möglich.   |
| Essen richten, zum selbstständigen Richten von Brot/Brötchen motivieren, Trinken immer in Reichweite und regelmäßiges Erinnern                                   | Gast richtet bereitgestelltes Essen selbstständig, wenn die Portion nicht zu groß ist wird die ganze Portion gegessen, Trinken benötigt weiterhin Erinnerung, Trinkmenge jedoch ca. 1,5l/Tag |
| Begleitung auf Toilette bei Bedarf, Unterstützung so weit wie nötig und so wenig wie möglich   | Im Rahmen des Toilettengangs wird nur noch Hilfe beim Bekleiden des Unterkörpers benötigt.   |
| Integration in häusliche Verrichtungen soweit möglich, Integration in Beschäftigungsgruppen, Erfragen und ggf. ermöglichen von Beschäftigungswünschen            | Gast ist weiterhin zurückhaltend, nimmt aber auf eigenen Wunsch an ausgewählten Angeboten teil.  |

**Planung der erforderlichen Versorgung zu Hause:**

Pflegebett inzwischen vorhanden? Toilettenstuhl vorhanden?

Entlassung in eigene Häuslichkeit

↓ ja



6/8

**Vorbereitung Entlassung (3 Tage vor Entlassetermin)**

**Vorbereitung der Häuslichkeit:**

- Medikamente für 3 Tage vorhanden
- Mit Angehörigen wurde Versorgung abgesprochen/geplant
- Formular "Zeitplan" den Angehörigen erklärt und mitgegeben

**Entlasstag:**

Abholung durch Schwiegersohn auf 30.09.2018 um 10:00 Uhr vereinbart



**Entlasstag**

**Veränderungen in folgenden Bereichen** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Gehtraining zu allen Verrichtungen im Rahmen der Möglichkeiten, Steigerung der Gehstrecken, Einbezug von Physiotherapie, Üben des Gehens am Rollator             | Gehen im Wohnbereich am Rollator klappt sicher bei moderater Geschwindigkeit.  |
| Anleitung zur selbstständigen Durchführung Übernahme der möglichen Tätigkeiten im Rahmen der Grundpflege, positives Feedback, Motivation zur Belastungserprobung | Gast versorgt vorderen Oberkörper inkl. Gesicht unter Anleitung selbstständig, Intimpflege selbstständig, kaum Schmerzen oder Erschöpfung, Hilfe bei Unterkörper weiter erforderlich.        |
| Unterstützung beim Transfer Bett-Rollstuhl, Stuhl-Rollstuhl  | Bei Bereitstellen aller Hilfsmittel eigenständiger Transfer möglich.   |
| Essen richten, zum selbstständigen Richten von Brot/Brötchen motivieren, Trinken immer in Reichweite und regelmäßiges Erinnern                                   | Gast richtet bereitgestelltes Essen selbstständig, wenn die Portion nicht zu groß ist wird die ganze Portion gegessen. Trinken benötigt weiterhin Erinnerung, Trinkmenge jedoch ca. 1,5l/Tag |
| Begleitung auf Toilette bei Bedarf, Unterstützung so weit wie nötig und so wenig wie möglich   | Im Rahmen des Toilettengangs wird nur noch Hilfe beim Bekleiden des Unterkörpers benötigt.   |
| Integration in häusliche Verrichtungen soweit möglich, Integration in Beschäftigungs-Gruppen, Erfragen und ggf. ermöglichen von Beschäftigungswünschen           | Gast ist weiterhin zurückhaltend, nimmt aber auf eigenen Wunsch an ausgewählten Angeboten teil.  |

**Ziel "Entlassung in eigene Häuslichkeit" erreicht:**

- Persönliche Sachen mitgegeben
- Formular "Entlassplanung" mit Angehörigen durchgesprochen:
  - Formular "Zeitplan" wurde von den Angehörigen ausgefüllt (= Ablauf in eigener Häuslichkeit ist geregelt)

## Versorgungspfad Frau 6

### Aufnahme mit Diagnose

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wurde abgewogen, dass die Patientin für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit Aufnahmegespräch stattfindet

#### Diagnose (ärztlich / pflegerisch):

Sprunggelenksfraktur (dreifacher Bruch), Bettlägerigkeit, unklare körperl. Schwäche, Exsikkose (zu geringe Flüssigkeitsaufnahme)

Schon vorhandene Diagnosen: art. Hypertonie; Adipositas; Schilddrüsenunterfunktion; Z. n. Humerusfraktur re.; Z. n. Thrombe des li. Beines 2 Jahre zuvor

### Aufnahmegespräch im KH (mit Patient, Angehörigen, Pflege KH, Arzt KH)

#### Häusliche Situation:

Patient lebt mit/bei Angehörigen, wird von diesen bei Bedarf versorgt

#### Ziele und Wünsche des Patienten:

Rückkehr in die häusliche Versorgung bei Angehörigen

#### Professionelle Einschätzung:

Nach körperlicher Rehabilitation kann Rückkehr in die eigene Wohnung wieder erfolgen.

| Ziele   | Maßnahmenplanung  |
|---|---|
| Gast kann sich Oberkörper und Intimbereich allein am Waschbecken versorgen    | Mobilisation auf Toilettenstuhl und ans WB. Unterstützung / Tü gewährleisten und je nach Eigenleistung reduzieren |
| Gast kann sich den Oberkörper bei Bereitlegen der Kleidung selbst anziehen    | Kleidung bereitstellen, Kleidung am Waschbecken reichen und Unterstützung beim An-/Ausziehen sicherstellen        |
| Gast ist innerhalb des Wohnbereiches eigenständig mit dem Rollstuhl mobil     | Gast im Rollstuhl anleiten kleinere Strecken selbst zu bewältigen   |
| Gast trinkt eigenständig ausreichend  | Getränke in Reichweite stellen, bevorzugte Getränke anbieten, regelmäßig ans Trinken erinnern                     |
| Gast nutzt unter Anleitung und mit Unterstützung Toilette oder Toilettenstuhl | Unterstützung bei Transfer auf Toilette/Toilettenstuhl, Übernahme des Richtens der Kleidung soweit möglich        |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 1 Woche)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen   | Veränderungen  |
|---|--|
| Mobilisation auf Toilettenstuhl und ans WB, Unterstützung / TÜ gewährleisten und je nach Eigenleistung reduzieren | Gast anfänglich sehr passiv und schnell erschöpft, gegen Ende der Woche deutliche Verbesserung, wäscht vorderen Oberkörper selbstständig, Intimbereich/Rücken muss übernommen werden |
| Kleidung bereitstellen, Kleidung am Waschbecken reichen und Unterstützung beim An-/Ausziehen sicherstellen        | Gast ist am Ende der Woche in der Lage, gerichtete Oberbekleidung fast ohne Unterstützung anzuziehen   |
| Gast im Rollstuhl anleiten kleinere Strecken selbst zu bewältigen   | Eigenmotivation zum selbstständigen Bewegen sehr gering, unter ständiger Motivation werden kürzere Strecken (z. B. Bett – Bad) eigenständig zurückgelegt                             |
| Getränke in Reichweite stellen, bevorzugte Getränke anbieten, regelmäßig ans Trinken erinnern                     | Unter Sicherstellung der Maßnahmen Flüssigkeitszufuhr von 1200 ml/Tag  |
| Unterstützung bei Transfer auf Toilette/Toilettenstuhl, Übernahme des Richtens der Kleidung soweit möglich        | Transfer sehr schwierig, Schmerzen beim Transfer, Gast kann nur sehr kurz eigenständig/mit Festhalten stehen   |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen   | Veränderungen  |
|---|--|
| Mobilisation auf Toilettenstuhl und ans WB, Unterstützung / TÜ gewährleisten und je nach Eigenleistung reduzieren | Gast versorgt vorderen Oberkörper eigenständig nach Bereitstellen der Utensilien, ist in der Lage zur Übernahme der Intimpflege durch Pflegekraft ausreichend lang zu stehen |
| Kleidung bereitstellen, Kleidung am Waschbecken reichen und Unterstützung beim An-/Ausziehen sicherstellen        | Kann bereitgestellte/gerichtete Oberbekleidung eigenständig anziehen   |
| Gast im Rollstuhl anleiten kleinere Strecken selbst zu bewältigen   | Motivation hat zugenommen, benötigt aber viel positives Zureden. Strecke vom Zimmer in den Speisebereich kann, wenn auch langsam, eigenständig zurückgelegt werden           |
| Getränke in Reichweite stellen, bevorzugte Getränke anbieten, regelmäßig ans Trinken erinnern                     | Trinkt mit wenig Aufforderung bereitgestellte Getränke, Einfuhr ca. 1.500 ml/Tag   |
| Unterstützung bei Transfer auf Toilette/Toilettenstuhl, Übernahme des Richtens der Kleidung soweit möglich        | Transfer klappt etwas besser, Richten der Kleidung jedoch kaum eigenständig möglich  |

#### Planung der erforderlichen Versorgung zu Hause:

- Ambulanten Dienst planen zum Anziehen der Anti-Thrombose-Strümpfe (und evtl. Waschung des Unterkörpers je nach Versorgungssituation zu Hause)
- Organisation Toilettenstuhl, Rollstuhl und Pflegebett falls noch nicht vorhanden

Entlassung in eigene Häuslichkeit

ja



**Vorbereitung Entlassung (3 Tage vor Entlassetermin)**

**Vorbereitung der Häuslichkeit:**

Medikamente für 3 Tage vorhanden  
 Mit Angehörigen wurde Versorgung abgesprochen/geplant  
 Formular "Zeitplan" den Angehörigen erklärt und mitgegeben

**Entlasstag:**

Abholung durch Schwiegersohn auf 30.09.2018 um 10:00 Uhr vereinbart



**Entlasstag**

**Veränderungen in folgenden Bereichen** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen   | Veränderungen  |
|---|--|
| Mobilisation auf Toilettenstuhl und ans WB, Unterstützung / TÜ gewährleisten und je nach Eigenleistung reduzieren | Gast versorgt vorderen Oberkörper eigenständig nach Bereitstellen der Utensilien, Intimpflege <u>kann</u> eigenständig übernommen werden, Gast steht jedoch weiterhin etwas unsicher |
| Kleidung bereitstellen, Kleidung am Waschbecken reichen und Unterstützung beim An-/Ausziehen sicherstellen        | Kann bereitgestellte/gereichte Oberbekleidung eigenständig anziehen  |
| Gast im Rollstuhl anleiten kleinere Strecken selbst zu bewältigen   | Gast ist in der Lage in akzeptabler Geschwindigkeit sich eigenständig im Rollstuhl auf gerader Ebene fortzubewegen   |
| Getränke in Reichweite stellen, bevorzugte Getränke anbieten, regelmäßig ans Trinken erinnern                     | Gast trinkt ausreichend und eigenständig bereitgestellte Getränke, Einfuhr mind. 1.500ml/Tag   |
| Unterstützung bei Transfer auf Toilette/Toilettenstuhl, Übernahme des Richtens der Kleidung soweit möglich        | Transfer unter etwas Anstrengung gut möglich, Stehen weiterhin unsicher. Richten der Kleidung benötigt weiterhin viel Unterstützung aufgrund fehlender Sicherheit beim Stehen        |

**Ziel "Entlassung in eigene Häuslichkeit" erreicht:**

Persönliche Sachen mitgegeben  
 Formular "Entlassplanung" mit Angehörigen durchgesprochen:  
 - Formular "Zeitplan" wurde von den Angehörigen ausgefüllt (= Ablauf in eigener Häuslichkeit ist geregelt)

**Versorgungspfad Herr 1**

**Aufnahme mit Diagnose**

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wurde abgewogen, dass der Patient für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit Aufnahmegespräch stattfindet

**Diagnose:**  
 Prostatakarzinom mit Rektuminfiltration und Sigmakarzinom vor 2 Monaten; Stoma seit einem Monat; Immobilität

Schon vorhandene Diagnosen: Hypertonie; Vorhofflimmern; cerebrale Mikroangiopathie (Ablagerungen und Veränderungen der kleinsten arteriellen Gefäße im Gehirn)



**Aufnahmegespräch im KH (mit Patient, Angehörigen, Pflege KH, Arzt KH)**

**Häusliche Situation:**  
 Wohnung im Obergeschoss, barrierefrei, Tochter und Schwiegersohn leben auch im Haus

**Ziele und Wünsche des Patienten:**  
 Versorgung im häuslichen Umfeld

**Professionelle Einschätzung:**  
 Mit Unterstützung der Tochter und/oder des Schwiegersohns sowie einer entsprechenden Vorbereitung kann häusliche Versorgung erfolgen.



| Ziele  | Maßnahmenplanung   |
|--|--|
| Stärkung des Allgemeinzustandes  | Unterstützung beim Toilettentransfer<br>Mobilisation durch Physiotherapie (3x wtl.) und aktivierende Pflege, später Gehübungen innerhalb des Wohnbereiches |
| Erreichung der Selbstständigkeit bei Positionswechsel im Bett und Transfer                                       | Anleitung zum Positionswechsel/Transfer, in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten  |
| Selbstständige Fortbewegung in der Wohnung durch Hilfsmittel (Rollator erreichen, Umgang mit Hausnotruf schulen) | Anpassung des Rollators, Gehen mit dem Rollator<br>Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)  |
| Selbstständigkeit im Bereich Körperpflege erhöhen  | Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege                               |
| Selbstständige Stomaversorgung<br>Schulung der Angehörigen<br>Versorgung des Urostoma mit Inkontinenzeinlagen    | Anfänglich Übernahme der Stomaversorgung und Miteinbeziehung<br>Schrittweise Hinführen zur Stomaversorgung   |





### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 1 Woche)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Unterstützung beim Toilettentransfer   | Pat. kennt Abläufe und unterstützt Maßnahme durch Gewichtsverlagerungen und sicheren Stand                                     |
| Physiotherapie (3x wtl.) und aktivierende Pflege   | Absprachen zwischen Physiotherapeut und Pflegemitarbeiter<br>Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen                 |
| Anleitung zum Positionswechsel/Transfer, in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten                  | Zum Positionswechsel benötigt Pat. Aufforderung, Transfer teilweise Übernahme notwendig  |
| Anpassung des Rollators, Gehen mit dem Rollator  | Rollator wurde angepasst<br>Patient kann mit Unterstützung am Rollator aufstehen<br>Zwei Schritte mit Unterstützung möglich    |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)   | Pat. erkennt die Notwendigkeit, konsequentes Tragen erfolgt nicht  |
| Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege | Vorderer Oberkörper kann Pat. selbstständig waschen, bei Intimbereich ist Übernahme notwendig<br>Duschen nur im Sitzen möglich |
| Übernahme der Stomaversorgung und Miteinbeziehung; Schrittweise Hinführen zur Stomaversorgung                                | Beutel- und Plattenwechsel nicht möglich   |



©



3/6



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Unterstützung beim Toilettentransfer   | Leichte Unterstützung beim Drehen  |
| Physiotherapie (3x wtl.) und aktivierende Pflege   | Absprachen zwischen Physiotherapeut und Pflegemitarbeiter<br>Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen                   |
| Anleitung zum Positionswechsel/Transfer, in der ersten Zeit mit Hilfe unter kinästhetischen Gesichtspunkten                  | Positionswechsel im Bett erfolgt selbstständig; beim Transfer leichte Unterstützung beim Drehen notwendig                        |
| Anpassung des Rollators, Gehen mit dem Rollator  | Patient kann am Rollator aufstehen<br>Gehen im Wohnbereich (10 Meter) mit Unterstützung möglich                                  |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)   | Pat. erkennt die Notwendigkeit, Zuverlässigkeit beim Tragen hat sich erhöht  |
| Unterstützung bei der Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken); schrittweise Hinführen zur selbständigen Körperpflege | Intimbereich kann bei Unterstützung/Sicherung beim Stehen selbstständig durchgeführt werden<br>Duschen mit Unterstützung möglich |
| Übernahme der Stomaversorgung und Miteinbeziehung; Schrittweise Hinführen zur Stomaversorgung                                | Kann Beutelwechsel unter Anleitung durchführen; Plattenwechsel nicht möglich   |

#### Planung der erforderlichen Versorgung zu Hause:

Hausnotruf wird installiert

Verordnung für Material zur Stoma-Versorgung vom Arzt erhalten

Folgerezept für Physiotherapie für weitere Gehübungen mit Hausarzt besprochen – Rezept wird ausgestellt

Entlassung in eigene Häuslichkeit



ja



©



4/6

**Vorbereitung Entlassung (3 Tage vor Entlassetermin)**

**Vorbereitung der Häuslichkeit:**

- Material zur Stoma-Versorgung sowie Medikamente für 3 Tage vorhanden
- Folgerezept für Physiotherapie erhalten
- Mit Pflegedienst wurde Versorgung abgesprochen/geplant
- Formular "Zeitplan" den Angehörigen erklärt und mitgegeben

**Entlasstag:**

Abholung durch Tochter auf 24.08.2017 um 10:00 Uhr vereinbart



**Entlasstag**

**Veränderungen in folgenden Bereichen** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Toilettentransfer                                | Pat. benutzt Toilette selbstständig  |
| Physiotherapie (3x wtl.) und aktivierende Pflege | Fortschritte siehe andere Maßnahmen/Veränderungen<br>Physiotherapie hält Pat. körperlich fit und wird deshalb zu Hause weitergeführt |
| Positionswechsel/Transfer                        | Pat. ist selbstständig   |
| Gehen mit dem Rollator                           | Rollator wurde angepasst<br>Selbstständig, läuft mit festem Schuhwerk am Rollator sicher   |
| Schulung Hausnotruf (Patient und Angehörige)     | Ist durchgeführt, kommt zurecht damit  |
| Körperpflege (Unterkörper, Intimpflege, Rücken)  | Minimale Unterstützung beim Duschen und Haare waschen, sonst selbstständige Körperpflege   |
| Stomaversorgung                                  | Kann Beutelwechsel durchführen; Plattenwechsel mit Unterstützung   |

**Ziel "Entlassung in eigene Häuslichkeit" erreicht:**

Persönliche Sachen mitgegeben

Formular "Entlassplanung" mit Angehörigen durchgesprochen:

- Hausnotruf wurde installiert
- Folgerezept für Material zur Stoma-Versorgung muss noch eingelöst werden
- Weiterführung der Physiotherapie ist abgesprochen
- Formular "Zeitplan" wurde von den Angehörigen ausgefüllt (= Ablauf in eigener Häuslichkeit ist geregelt)

**Versorgungspfad Herr 5**

**Aufnahme mit Diagnose**

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wurde abgewogen, dass der Patient für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit Aufnahmegespräch stattfindet

**Diagnose (ärztlich / pflegerisch):**

Grippeinfektion, Verdacht auf Pneumonie



**Aufnahmegespräch im KH (mit Patient, Angehörigen, Pflege KH, Arzt KH)**

**Häusliche Situation:**

Lebt mit/bei Angehörigen, wird ausschließlich von diesen versorgt, Angehörige fallen aber vorübergehend aus, zudem sind Umbaumaßnahmen erforderlich

**Ziele und Wünsche des Patienten:**

Rückkehr in die häusliche Versorgung bei Angehörigen

**Professionelle Einschätzung:**

Nach körperlicher Rehabilitation kann Rückkehr in die eigene Wohnung wieder erfolgen.



| Ziele   | Maßnahmenplanung   |
|---|--|
| Gast kann sich weitgehend eigenständig morgens und abends am Waschbecken versorgen    | Unterstützung bei der Versorgung am Waschbecken bzw. Waschung im Bett bis zur besseren Stabilisierung des Allgemeinzustandes |
| Gast kann selbstständig essen und trinken   | Essen/Trinken eingeben bis Eigenständigkeit erreicht<br>Flüssigkeitsbilanzierung   |
| Rückgewinn der Mobilität  | Mobilisierung und Gehübungen entsprechend des Allgemeinzustandes   |
| Gast kann den Tagesablauf selbst gestalten bzw. an angebotenen Aktivitäten teilnehmen | Nach Besserung des Allgemeinzustandes Motivation zur Teilnahme an Tagesaktivitäten   |
| Gast geht selbstständig auf Toilette und ist kontinent.                               | Auf Wunsch Urinflasche anbieten oder auf Toilettenstuhl mobilisieren solange geschwächt, dann Toilettentraining alle 2-3 h   |





### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 1 Woche)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Unterstützung bei der Versorgung am Waschbecken bzw. Waschung im Bett bis zur besseren Stabilisierung des Allgemeinzustandes | Bislang Versorgung im Bett bei kontinuierlich leichter Verbesserung des Allgemeinzustandes.  |
| Essen/Trinken eingeben bis Eigenständigkeit erreicht<br>Flüssigkeitsbilanzierung<br>Rückgewinn der Mobilität                 | Essen/Trinken muss weitgehend eingegeben werden, viel Motivation zum Trinken notwendig.<br>Mobilisierung im Wesentlichen nur auf Toilettenstuhl bei Stuhlgang möglich, Gast ermüdet umgehend, kann nicht lange sitzen. |
| Nach Besserung des Allgemeinzustandes Motivation zur Teilnahme an Tagesaktivitäten   | Derzeit keine Teilnahme an Aktivitäten möglich, Einzelaktivierung (Gespräch, Musik hören, Zeitung besprechen) für kurze Phasen möglich.  |
| Auf Wunsch Urinflasche anbieten oder auf Toilettenstuhl mobilisieren solange geschwächt, dann Toilettentraining alle 2-3 h   | Nutzt Urinflasche mit Unterstützung, Mobilisation auf Toilettenstuhl bei Stuhlgang.  |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Unterstützung bei der Versorgung am Waschbecken bzw. Waschung im Bett bis zur besseren Stabilisierung des Allgemeinzustandes | Versorgung des Unterkörpers im Bett, dann Mobilisation ans Waschbecken möglich. Gast versorgt Gesicht und vorderen Oberkörper selbstständig, ist aber sichtlich geschwächt.   |
| Essen/Trinken eingeben bis Eigenständigkeit erreicht<br>Flüssigkeitsbilanzierung<br>Rückgewinn der Mobilität                 | Gast nimmt Mittagessen im Essensbereich ein; Frühstück und Abendessen noch im Bett, jedoch eigenständig nach Richten der Mahlzeit.<br>Mobilisierung für wenige Schritte (Bett – Waschbecken) möglich; ermüdet weiterhin schnell; benötigt Unterstützung beim Gehen. |
| Nach Besserung des Allgemeinzustandes Motivation zur Teilnahme an Tagesaktivitäten   | Teilnahme am Kaffeemittag für ca. 30 Minuten; motivierende Gespräche; zunehmend Interesse am Tagesgeschehen.  |
| Auf Wunsch Urinflasche anbieten oder auf Toilettenstuhl mobilisieren solange geschwächt, dann Toilettentraining alle 2-3 h   | Toilettengang im Rahmen der pflegerischen Grundversorgung, ansonsten eigenständige Nutzung der Urinflasche; Mobilisation auf Toilettenstuhl bei Stuhlgang.  |

↓

**Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 3 Wochen)**



**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Unterstützung bei der Versorgung am Waschbecken bzw. Waschung im Bett bis zur besseren Stabilisierung des Allgemeinzustandes | Versorgt sich am Waschbecken weitgehend selbstständig unter Aufsicht, benötigt nur kleine Hilfestellungen.                 |
| Essen/Trinken eingeben bis Eigenständigkeit erreicht   | Nimmt alle Mahlzeiten im Essensbereich ein; richtet Brot selbst; trinkt ausreichend.                                       |
| Flüssigkeitsbilanzierung   |  |
| Rückgewinn der Mobilität   | Gehen aller Strecken im Wohnbereich (mit Unterstützung zur Sicherheit) möglich; leichte Gangunsicherheit.                  |
| Nach Besserung des Allgemeinzustandes Motivation zur Teilnahme an Tagesaktivitäten   | Arbeitet phasenweise wieder am Tablet seiner Biographie; nimmt gezielt auf eigenen Wunsch an angebotenen Aktivitäten teil. |
| Auf Wunsch Urinflasche anbieten oder auf Toilettenstuhl mobilisieren solange geschwächt, dann Toiletentraining alle 2-3 h    | Benötigt Unterstützung auf dem Weg zur Toilette, ansonsten selbstständig.  |

**Planung der erforderlichen Versorgung zu Hause:**  
 Umbaumaßnahmen durch Angehörige gesichert

Entlassung in eigene Häuslichkeit

↓ ja



5/7

**Vorbereitung Entlassung (3 Tage vor Entlassetermin)**



**Vorbereitung der Häuslichkeit:**

- Medikamente für 3 Tage vorhanden
- Mit Angehörigen wurde Versorgung abgesprochen/geplant
- Formular "Zeitplan" den Angehörigen erklärt und mitgegeben

**Entlasstag:**

Abholung durch Schwiegersohn auf 30.09.2018 um 10:00 Uhr vereinbart

↓



6/7

### Entlasstag

**Veränderungen in folgenden Bereichen** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Unterstützung bei der Versorgung am Waschbecken bzw. Waschung im Bett bis zur besseren Stabilisierung des Allgemeinzustandes | Versorgt sich am Waschbecken weitgehend selbstständig. Hilfe lediglich beim Haare kämmen und Rücken waschen. |
| Essen/Trinken eingeben bis Eigenständigkeit erreicht   | Nimmt alle Mahlzeiten im Essensbereich ein; richtet Brot selbst; trinkt ausreichend.                         |
| Flüssigkeitsbilanzierung   |  |
| Rückgewinn der Mobilität   | Gehen ohne Unterstützung möglich.  |
| Nach Besserung des Allgemeinzustandes Motivation zur Teilnahme an Tagesaktivitäten   | Kann Tagesablauf eigenständig gestalten und Wünsche äußern.  |
| Auf Wunsch Urinflasche anbieten oder auf Toilettenstuhl mobilisieren solange geschwächt, dann Toiletentraining alle 2-3 h    | Selbstständig.   |

### Ziel "Entlassung in eigene Häuslichkeit" erreicht:

Persönliche Sachen mitgegeben

Formular "Entlassplanung" mit Angehörigen durchgesprochen:

- Formular "Zeitplan" wurde von den Angehörigen ausgefüllt (= Ablauf in eigener Häuslichkeit ist geregelt)

### Versorgungspfad Herr 6

#### Aufnahme mit Diagnose

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wurde abgewogen, dass der Patient für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit Aufnahmegespräch stattfindet

#### Diagnose (ärztlich / pflegerisch):

Z. n. Nierenversagen, Volumenmangel, Alzheimer mit Z. n. Delir, Kachexie (Abmagerung)



Aufnahmegespräch im KH (mit Patient, Angehörigen, Pflege KH, Arzt KH)

**Häusliche Situation:**

Lebt alleine in eigener Wohnung, versorgt sich bislang alleine

**Ziele und Wünsche des Patienten:**

Rückkehr in die häusliche Umgebung

**Professionelle Einschätzung:**

Nach körperlicher Rehabilitation kann Rückkehr in die eigene Wohnung wieder erfolgen.

| Ziele   | Maßnahmenplanung   |
|---|--|
| Gast versorgt sich nach Aufforderung selbstständig und zu einem ausreichenden Maße am Waschbecken       | Distanz wahren; Grenzen / Ablehnung zulassen; eingewöhnen lassen; validativ zur selbstständigen Versorgung am Waschbecken motivieren und nach Möglichkeit anleiten   |
| Gast erkennt die Notwendigkeit der Flüssigkeitszufuhr und trinkt ausreichend                            | Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Getränke regelmäßig anbieten; auf Vorlieben achten; Flüssigkeitszufuhr dokumentieren  |
| Gast isst ausreichen, ergänzt ggf. mit hochkalorischen Getränken  | Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Essenswünsche erfragen und Wünsche nach Möglichkeit zur Verfügung stellen; Nahrungszufuhr dokumentieren; bei unzureichender Zufuhr hochkalorische Getränke oder Suppen anbieten / geschmackliche Vorlieben beachten |
| Gast akzeptiert Unterstützung bei der Tagesstrukturierung und findet sich in den Räumlichkeiten zurecht | Sicherheit und Orientierungshilfen vermitteln; Beschäftigungsangebote machen, aber nicht zur Teilnahme drängen; nach Wünschen fragen; Rückzugsmöglichkeiten wahren   |



Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 1 Woche)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Distanz wahren; Grenzen / Ablehnung zulassen; eingewöhnen lassen; validativ zur selbstständigen Versorgung am Waschbecken motivieren und nach Möglichkeit anleiten   | Gast blieb sehr distanziert, lehnt Unterstützung weitgehend ab. Mit zunehmender Zeit beginnt er; mehr Vertrauen aufzubauen und wurde etwas leichter "führbar".  |
| Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Getränke regelmäßig anbieten; auf Vorlieben achten; Flüssigkeitszufuhr dokumentieren  | Gast wird leicht aufbrausend, wenn zu viel "Druck" aufgebaut wird in Form von regelmäßiger Erinnerung ans Trinken. Lässt nachschenken zu, sichere Einfuhr ca. 800 ml/Tag.   |
| Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Essenswünsche erfragen und Wünsche nach Möglichkeit zur Verfügung stellen; Nahrungszufuhr dokumentieren; bei unzureichender Zufuhr hochkalorische Getränke oder Suppen anbieten / geschmackliche Vorlieben beachten | Nach Herausfinden der Vorlieben ist Gast kleine Portionen zu jeder Mahlzeit, nahm zuletzt auch 1x am Kaffeetrinken teil. Lehnt hochkalorische Getränke ab.  |
| Sicherheit und Orientierungshilfen vermitteln; Beschäftigungsangebote machen, aber nicht zur Teilnahme drängen; nach Wünschen fragen; Rückzugsmöglichkeiten wahren   | Gast fragt regelmäßig wo er sei und warum er hier sei. Lässt sich im freundlichen Gespräch gut strukturieren insofern man seine Wünsche/Anforderungen/Grenzen akzeptiert. Lehnt aktive Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ab. |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen   |
|--|---|
| Distanz wahren; Grenzen / Ablehnung zulassen; eingewöhnen lassen; validativ zur selbstständigen Versorgung am Waschbecken motivieren und nach Möglichkeit anleiten   | Bei freundlichem Umgang und ihm vertrauten Personen lässt Gast leichte Unterstützung und Anleitung am Waschbecken zu, wäscht sich jedoch eher oberflächlich, ließ Unterstützung bei der Rasur zu.                       |
| Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Getränke regelmäßig anbieten; auf Vorlieben achten; Flüssigkeitszufuhr dokumentieren  | Gast wird offener, beim Anbieten von süßen Getränken (Saft, Tee mit Zucker, Kaba) trinkt er besser als bei Wasser oder Kaffee. Trinkt ca. 1000 ml/Tag.  |
| Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Essenswünsche erfragen und Wünsche nach Möglichkeit zur Verfügung stellen; Nahrungszufuhr dokumentieren; bei unzureichender Zufuhr hochkalorische Getränke oder Suppen anbieten / geschmackliche Vorlieben beachten | Nimmt an allen Mahlzeiten teil, isst in der Gruppe im Gemeinschaftsbereich gut, wenn die Portion nicht zu groß ist; nimmt Zwischenmahlzeit (Obst, Pudding) an; nahm 2x hochkalorische Trinknahrung (gekühlt, süß) an.   |
| Sicherheit und Orientierungshilfen vermitteln; Beschäftigungsangebote machen, aber nicht zur Teilnahme drängen; nach Wünschen fragen; Rückzugsmöglichkeiten wahren   | Findet sich zurecht; möchte wieder nach Hause, akzeptiert im Gespräch, dass er davor noch etwas Unterstützung braucht. Nimmt an Spaziergängen teil, zieht sich zeitweise zurück. Im Wohnbereich ausreichend orientiert. |



### Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 3 Wochen)

**Bewertung Zielerreichung** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Distanz wahren; Grenzen / Ablehnung zulassen; eingewöhnen lassen; validativ zur selbstständigen Versorgung am Waschbecken motivieren und nach Möglichkeit anleiten   | Rasirt und wäscht sich unter Anleitung selbst, lässt Anleitung von vertrauten Personen gut zu, ist freundlich und dankbar. Akzeptiert Notwendigkeit der Körperpflege.                                    |
| Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Getränke regelmäßig anbieten; auf Vorlieben achten; Flüssigkeitszufuhr dokumentieren  | Trinkt über den Tag verteilt ca. 1.200 ml, benötigt nur noch gelegentliche Erinnerung, trinkt gerne täglich 1x hochkalorische Trinknahrung (Zwischenmahlzeit).   |
| Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Essenswünsche erfragen und Wünsche nach Möglichkeit zur Verfügung stellen; Nahrungszufuhr dokumentieren; bei unzureichender Zufuhr hochkalorische Getränke oder Suppen anbieten / geschmackliche Vorlieben beachten | Nimmt weiterhin an allen Mahlzeiten teil, isst normale Portion.  |
| Sicherheit und Orientierungshilfen vermitteln; Beschäftigungsangebote machen, aber nicht zur Teilnahme drängen; nach Wünschen fragen; Rückzugsmöglichkeiten wahren   | Lehnt Beschäftigungsangebote im Wohnbereich weitgehend ab; nimmt Spaziergänge in Begleitung dankend an, geht auch Eigenständig (nach Absprache) vor das Haus zum "Luft schnappen", findet allein zurück. |

#### Planung der erforderlichen Versorgung zu Hause:

Essen auf Rädern organisieren, ambulanten Dienst zur Medikamentengabe planen

Entlassung in eigene Häuslichkeit



ja



**Vorbereitung Entlassung (3 Tage vor Entlassetermin)**

**Vorbereitung der Häuslichkeit:**

- Medikamente für 3 Tage vorhanden
- Mit Pflegedienst wurde Versorgung abgesprochen/geplant
- Essen auf Rädern wurde organisiert
- Mit Angehörigen wurde Versorgung abgesprochen/geplant
- Formular "Zeitplan" den Angehörigen sowie dem Gast erklärt und mitgegeben (wird in Wohnung deponiert, z. B. amb. Dienst kann Termine eintragen)

**Entlasstag:**

Abholung durch Schwiegersohn auf 30.09.2018 um 10:00 Uhr vereinbart



**Entlasstag**

**Veränderungen in folgenden Bereichen** (siehe auch Formular "Maßnahmenplanung"):

| Maßnahmen  | Veränderungen  |
|--|--|
| Distanz wahren; Grenzen / Ablehnung zulassen; eingewöhnen lassen; validativ zur selbstständigen Versorgung am Waschbecken motivieren und nach Möglichkeit anleiten   | Kann sich alleine und weitgehend gründlich versorgen, wenn er auch die Notwendigkeit der "Gründlichkeit" nicht durchweg einsieht.  |
| Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Getränke regelmäßig anbieten; auf Vorlieben achten; Flüssigkeitszufuhr dokumentieren  | Trinkt über den Tag verteilt ca. 1.200 ml, trinkt täglich 1x hochkalorische Trinkenahrung (Zwischenmahlzeit).  |
| Professionelle Distanz wahren; Ablehnung zulassen; Essenswünsche erfragen und Wünsche nach Möglichkeit zur Verfügung stellen; Nahrungszufuhr dokumentieren; bei unzureichender Zufuhr hochkalorische Getränke oder Suppen anbieten / geschmackliche Vorlieben beachten | Nimmt weiterhin an allen Mahlzeiten teil, isst normale Portion.  |
| Sicherheit und Orientierungshilfen vermitteln; Beschäftigungsangebote machen, aber nicht zur Teilnahme drängen; nach Wünschen fragen; Rückzugsmöglichkeiten wahren   | Lehnt Beschäftigungsangebote im Wohnbereich weiterhin weitgehend ab; nimmt Spaziergänge in Begleitung dankend an, geht auch Eigenständig (nach Absprache) vor das Haus zum "Luft schnappen", findet allein zurück. |

**Ziel "Entlassung in eigene Häuslichkeit" erreicht:**

- Persönliche Sachen mitgegeben
- Formular "Entlassplanung" mit Angehörigen und Gast durchgesprochen:
  - Formular "Zeitplan" wurde von den Angehörigen bzw. wird zusätzlich kontinuierlich von amb. Dienst ausgefüllt (= Ablauf in eigener Häuslichkeit ist geregelt)

## Anhang 5: Von der Heiliggeistspitalstiftung entwickeltes Nutzungskonzept

| Raum  | Zweck | Anzahl<br>Größe                                      | Ausstattung  | Qualität   | Offene Fragen<br>Anmerkungen  |
|---|-------|--|--|--|---|
| Einzelzimmer  |       | 8<br>16 qm<br>(Mindest-qm)<br>(analog<br>LHeimBauVO) | Pflegebett mit Notruf (in<br>Ecke Bett)<br>Kleiderschrank<br>Waschtisch<br>TV-Anschluss mit TV<br>Kleiner Tisch und Stuhl                                      | Gute Ausleuchtung<br>Nachtllicht   | Individuelle<br>Ausstattung nicht<br>erforderlich<br><br>Auflaufen des Notrufs<br>klären                    |
| Küche,<br>in direkter<br>örtlicher<br>Verbundenheit<br>mit Esszimmer                      |       | 1  | Volle Ausstattung<br>"normale" Küchenzeile<br>mit:<br>1 Kühlschranks<br>abschließbar<br>1 Kühlschranks offen<br>1 Herd mit Backofen,<br>Herdplatte, Mikrowelle | Arbeitsfläche<br>unterfahrbar  | Empfehlung: offene<br>Küche<br>Belastbarkeit der<br>Sicherung, wenn<br>mehrere Geräte<br>eingeschaltet sind |
| Esszimmer mit<br>Wohncharakter,<br>in direkter<br>örtlicher<br>Verbundenheit<br>mit Küche |       | 1  | 10 Sitzplätze (oder<br>kleiner Rollstuhl),<br>kleinteilig<br>Bewegungsfläche: Rolli-<br>zugänglich   | Geräumig, Platz für<br>Rollatoren<br>Gute Ausleuchtung mit<br>unterschiedlichen<br>Qualitäten hell/dunkel-<br>dimmbar<br>Rücksichtsvolle Akustik<br>In direkter örtlicher<br>Verbundenheit mit<br>Küche<br>Strukturgebende<br>Einbettung in<br>Gesamtwohnung |   |

| Raum   | Zweck              | Anzahl Größe | Ausstattung  | Qualität  | Offene Fragen Anmerkungen   |
|--|--------------------|--------------|--|---|---|
| Multivariabler Raum                                  | Gruppenaktivitäten |              |  | Wohncharakter<br>Platz für Gymnastik Einzelne oder Kleingruppe bis 8 Personen                                   | Ggf. aufgrund der Kosten einzusparen  |
| Hauswirtschaftsraum,<br>ggf. verbunden mit Lagerraum |                    | 1            | Waschmaschine<br>Trockner<br>Handwaschbecken (Personal)<br>Arbeitsmöglichkeit für 1 Personal mit EDV-Anschluss<br>Liege für Personal (Klappliege)                    | Fenster = mit Arbeitsplatzerlaubnis   | Trockenmöglichkeit für Wäsche<br><br>Liege für Personal: Arbeitsplatzrichtlinien prüfen   |
| Kleiner Lagerraum,<br>ggf. verbunden mit HW-Raum     |                    | 1            | Tiefkühltruhe<br>abschließbar<br>Lagerregale für haltbare Lebensmittel<br>Getränke<br>Lifter   | In räumlicher Nähe zur Küche  |   |
| Bad (Gemeinschaft)                                   |                    | 4            | Begehbare Dusche<br>Waschtisch<br>Toilette<br>Schrank mit eindeutiger individueller Abstellmöglichkeiten bzw. Anteil-Zuordnung zu Einzelzimmer<br>Kotex in einem Bad | Jeweils 2 Einzelzimmer eindeutig zugeordnet<br>rutschfester Boden<br><br>Platz für Bedienung Lifter / Rollstuhl | Nach Auffassung des Sozialministeriums sind insbesondere bei Neubauten nach § 3, Abs. 4 LHeimBauVO für 2 Einzelzimmer mindestens ein Sanitär-bereich vorzusehen |

| Raum                | Zweck                           | Anzahl Größe                            | Ausstattung                                | Qualität   | Offene Fragen Anmerkungen |
|---------------------|---------------------------------|---|--|--|---------------------------|
| Toiletten           |                                 | 1 für 2 Einzelzimmer Mann/Frau getrennt |  | Behindertengerecht, Hilfe von Personal muss von der Raumgröße möglich sein |                           |
| Gäste-/ Personal-WC |                                 | 1                                       |  |  |                           |
| Flur                |                                 |   | Beleuchtung/Nachtlicht                     | Rolli-tauglich   |                           |
| Keller              | Ggf. Lager für Pflegeutensilien |   |  | trocken  |                           |
| Alle Räume          |                                 |   |  | Barrierearm<br>Strapazierbarer Boden<br>Telefonanlage                      | Reicht barrierearm?       |
| Eingang Zugang      |                                 |   | Klingel<br>Aufzug<br>Barrierefreier Zugang |  |                           |

**Weitere Anmerkungen:**

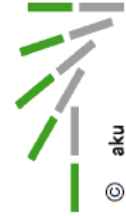
- Kein Garten
- Gute Anbindung an öffentlichen Nahverkehr und Dienstleistungszentrum Ost oder Dienstleistungszentrum Mitte
- Hinweis Brandschutz: aus Sicht Fachbereich Baumanagement kritischer Punkt
- Hinweis Mietkosten: Mietpreisspiegel als Grundlage

# Anhang 6: Formular Leistungsprofil

## Leistungsprofil (Erhebung der in Anspruch genommenen Leistungen)

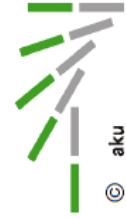
Person/Fall:

|    |   | Anmerkungen: |
|----|---|--------------|
| 1. | <p>Ist die Person eingestuft im Sinne des SGB XI?<br/>                     Wenn ja, welcher Pflegegrad?<br/><br/>                     Wenn nein, geschätzter Pflegegrad?</p> <p> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5<br/><br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4<br/> <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5                 </p> |              |
| 2. | <p>Welche Diagnosen liegen vor?<br/>                     Bitte benennen Sie die relevanten:</p>   |              |
| 3. | <p>Liegt eine dementielle/gerontopsychiatrische Erkrankung vor?</p> <p> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein                 </p>   |              |



aku GmbH  
 Sonnenstr. 19  
 78073 Bad Dürrenheim

|   |   |
|---|---|
| Anmerkungen:  |   |
| <p>4. Liegt ein sonstiger erhöhter allgemeiner Betreuungsbefund vor (z. B. aufgrund von Blindheit)?</p> <p>Wenn ja, bitte kurz beschreiben:</p> | <p><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> |



**Behandlungspflege aufgrund ärztlicher Verordnung (nach § 37 SGB V)**

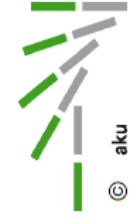
| Erhält die Person folgende Leistungen?         | ja                       | nein                     | Wenn ja: Häufigkeit / Dauer? |        |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
|  |                          |                          | tagsüber                     | nachts |
| Blutdruckmessung                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Blutzuckermessung                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Subkutane Injektionen                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Richten von Injektionen                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Auflegen von Kälte- und Wärmeträgern           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Medikamentengabe                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Anti-Thrombosestrümpfe Kl. II-IV an-/ausziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Stütz- oder Kompressionsverband abnehmen       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Stütz- oder Kompressionsverband anlegen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Blasenspülung                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |

| Erhält die Person folgende Leistungen?   | ja                       | nein                     | Wenn ja: Häufigkeit / Dauer? |        |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
|  |                          |                          | tagsüber                     | nachts |
| Instillation   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Dekubitusbehandlung Grad 2   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Inhalationen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Injektionen i. m.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Verbandswechsel suprapubischer Katheter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Verbandswechsel und Versorgung eitriger PEG  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Stomabehandlung (alleiniger Wechsel der Basisplatte ist kein Verbandswechsel, sondern eine grundlegende Verrichtung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Richten von Medikamenten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Med. Teilbad zur Behandlung bei Hauterkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| i. v. Infusionen: Abhängen von Infusionen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |





| Erhält die Person folgende Leistungen?                | ja                       | nein                     | Wenn ja: Häufigkeit / Dauer? |        |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
|   |                          |                          | tagsüber                     | nachts |
| Entfernen einer subkutanen Infusion                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Versorgung und Überprüfung von Drainagen              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Absaugen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Dekubitusbehandlung Grad 3 und 4                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Einlauf, Klyisma/Klistier, digitale Enddarmausräumung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Abhängen/Wechseln von i. v. Infusionen                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Katheterisierung der Harnblase                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Legen und Wechseln von Magensonden                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Wechsel und Pflege der Trachealkanüle                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Pflege des zentralen Venenkatheters                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |



| Erhält die Person folgende Leistungen?   | ja                       | nein                     | Wenn ja: Häufigkeit / Dauer? |        |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
|  |                          |                          | tagsüber                     | nachts |
| Wundverbände anlegen und wechseln (Wundschnellpflaster wie Heftpflieger, Abpostering, Sprühverband sind keine HKP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Med. Vollbad zur Behandlung bei Hautkrankheiten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Legen und Anhängen/Wechseln einer s. c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |

#### Weitere Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V für Nicht-Eingestufte i. S. d. SGB XI

| Erhält die Person folgende Leistungen? | ja                       | nein                     | Wenn ja: Häufigkeit / Dauer? |        |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
|  |                          |                          | tagsüber                     | nachts |
| Grundpflege                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Hauswirtschaftliche Versorgung         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |

**Leistungen der Pflegeversicherung nach § 36 SGB XI für Pflegebedürftige i. S. d. SGB XI**

| Erhält die Person folgende Leistungen?                                   | ja                       | nein                     | Wenn ja: Häufigkeit / Dauer? |        |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
|  |                          |                          | tagsüber                     | nachts |
| Große Toilette   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Kleine Toilette  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Transfer/An-/Auskleiden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Hilfe bei Ausscheidungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Einfache Hilfe bei Ausscheidung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Spezielles Lagern  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Mobilisation   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Einfach Hilfe bei der Nahrungsaufnahme                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Verbreicherung von Sondennahrung mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |

| Erhält die Person folgende Leistungen?   | ja                       | nein                     | Wenn ja: Häufigkeit / Dauer? |        |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
|  |                          |                          | tagsüber                     | nachts |
| Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Zubereitung einer einfachen Mahlzeit   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Essen auf Rädern / stationärer Mittagsfisch  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Zubereitung einer (warmen) Mahlzeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Einkauf/Besorgung (pro angefangene ¼ Stunde)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Waschen/Bügeln/Putzen (pro angefangene ¼ Stunde)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Beheizen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |
| Erstbesuch   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |



| Erhält die Person folgende Leistungen?                        | ja                       | nein                     | Wenn ja: Häufigkeit / Dauer? |        |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------|
|   |                          |                          | tagsüber                     | nachts |
| Pflegerische Betreuungsmaßnahme<br>(pro angefangene ¼ Stunde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                              |        |

# Anhang 7: Vorlage zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Erstverordnung     Folgeverordnung     Unfall

## Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

vom       bis

### Behandlungspflege

**Medikamentengabe, Präparate**

|   |  | Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung |      |       |     |     |
|---|--|--|------|-------|-----|-----|
|   |  | Häufigkeit   |      | Dauer |     |     |
|   |  | tgl.   | wtl. | mtl.  | vom | bis |
| <input type="checkbox"/> Herrichten der Medikamentenbox |  |  |      |       |     |     |
| <input type="checkbox"/> Medikamentengabe               |  |  |      |       |     |     |
| <input type="checkbox"/> Injektionen                    | <input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan |  |      |       |     |     |

**Blutzuckermessung**

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)     bei intensivierter Insulintherapie

**Kompressionsbehandlung**

Kompressionsstrümpfe anziehen     rechts     linke     beidseits

Kompressionsverbände anlegen     Kompressionsstrümpfe ausziehen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art      Kompressionsverbände abnehmen

**Wundversorgung, Präparate**

|  | Lokalisation | aktuelle Größe | aktueller Grad | Dauer |      |      |     |     |
|--|--------------|----------------|----------------|-------|------|------|-----|-----|
|  |              |                |                | tgl.  | wtl. | mtl. | vom | bis |
| <input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung |              |                |                |       |      |      |     |     |
| <input type="checkbox"/> andere Wundverbände |              |                |                |       |      |      |     |     |

**Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege**

|                      | tgl. | wtl. | mtl. | vom | bis |
|----------------------|------|------|------|-----|-----|
| <input type="text"/> |      |      |      |     |     |
| <input type="text"/> |      |      |      |     |     |

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

### Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

|   | Häufigkeit |      | Dauer |     |     |
|---|------------|------|-------|-----|-----|
|   | tgl.       | wtl. | mtl.  | vom | bis |
| <input type="checkbox"/> Grundpflege                    |            |      |       |     |     |
| <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung |            |      |       |     |     |

**Weitere Hinweise**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 12a (10.2017)

86

|                                |                     |                  |
|--------------------------------|---------------------|------------------|
| Name, Vorname des Versicherten | Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. |
|--------------------------------|---------------------|------------------|

**Antrag des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege**

Ich beantrage häusliche Krankenpflege für die Zeit vom       bis

- in meinem Haushalt
- im Haushalt einer sonstigen Person
- in einer Werkstatt für behinderte Menschen
- in einer Schule, Kindergarten
- in einer Wohngemeinschaft
- in einer betreuten Wohnform
- in einer sonstigen Einrichtung

Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ       Ort

- Folgende verordnete Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden
- Die verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege können durch eine im Haushalt lebende Person **nicht** erbracht werden
- Bitte senden Sie mir Informationen über zugelassene Pflegedienste
- Datum
- Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

**Angaben des Pflegedienstes (soweit vom Versicherten ein Pflegedienst schon beauftragt worden ist)**

Folgende Leistungen sollen erbracht werden für die Zeit vom       bis

| Leistung | Häufigkeit |      |      | Dauer |     |
|----------|------------|------|------|-------|-----|
|          | tgl.       | wtl. | mtl. | vom   | bis |
|          |            |      |      |       |     |
|          |            |      |      |       |     |
|          |            |      |      |       |     |
|          |            |      |      |       |     |
|          |            |      |      |       |     |
|          |            |      |      |       |     |

Die Pflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Pflegedienst (Vertragspartner gem. § 132a Abs. 2 SGB V)

Name des Pflegedienstes

Straße, Haus-Nr.

PLZ       Ort

Institutionskennzeichen Pflegedienst

Ansprechpartner in dem Pflegedienst (Name)

Telefonnummer des Pflegedienstes  Fax-Nr. des Pflegedienstes

E-Mail-Adresse des Pflegedienstes

Datum

Stempel / Unterschrift des Pflegedienstes

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

## Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Erstverordnung     Folgeverordnung     Unfall

vom 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

 bis 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

### Behandlungspflege

#### Medikamentengabe, Präparate

|                                |             |                                     |  |                                   |  |  |
|--------------------------------|-------------|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|
| Herrichten der Medikamentenbox |             |                                     |  |                                   |  |  |
| Medikamentengabe               |             |                                     |  |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/>       | Injektionen | <input type="checkbox"/> herrichten | <input type="checkbox"/> intramuskulär | <input type="checkbox"/> subkutan |  |  |

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

| Häufigkeit |      |      | Dauer |     |
|------------|------|------|-------|-----|
| tgl.       | wtl. | mtl. | vom   | bis |
|            |      |      |       |     |
|            |      |      |       |     |

#### Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)

bei intensivierter Insulintherapie

#### Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen

Kompressionsverbände anlegen

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

rechts     links     beidseits

Kompressionsstrümpfe ausziehen

Kompressionsverbände abnehmen

| tgl. | wtl. | mtl. | vom | bis |
|------|------|------|-----|-----|
|      |      |      |     |     |
|      |      |      |     |     |

#### Wundversorgung, Präparate

Lokalisation

aktuelle Größe

aktueller Grad

Dekubitusbehandlung

andere Wundverbände

| tgl. | wtl. | mtl. | vom | bis |
|------|------|------|-----|-----|
|      |      |      |     |     |
|      |      |      |     |     |

#### Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

| tgl. | wtl. | mtl. | vom | bis |
|------|------|------|-----|-----|
|      |      |      |     |     |
|      |      |      |     |     |

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

Anzahl

### Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

Grundpflege

hauswirtschaftliche Versorgung

| Häufigkeit |      |      | Dauer |     |
|------------|------|------|-------|-----|
| tgl.       | wtl. | mtl. | vom   | bis |
|            |      |      |       |     |
|            |      |      |       |     |

#### Weitere Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Pflegedienst



|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

## Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen  
(vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Erstverordnung   
  Folgeverordnung   
  Unfall

vom 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

 bis 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

### Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Herrichten der Medikamentenbox  
 Medikamentengabe  
 Injektionen   
  herrichten   
  intramuskulär   
  subkutan

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

| Häufigkeit |      | Dauer |     |     |
|------------|------|-------|-----|-----|
| tgl.       | wtl. | mtl.  | vom | bis |
|            |      |       |     |     |
|            |      |       |     |     |
|            |      |       |     |     |

Blutzuckermessung

Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)   
  bei intensivierter Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

Kompressionsstrümpfe anziehen   
  Kompressionsstrümpfe ausziehen  
 Kompressionsverbände anlegen   
  Kompressionsverbände abnehmen

rechts   
 links   
 beidseits

Stützende und stabilisierende Verbände, Art

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Wundversorgung, Präparate

Dekubitusbehandlung   
 Lokalisation: \_\_\_\_\_   
 aktuelle Größe: \_\_\_\_\_   
 aktueller Grad: \_\_\_\_\_  
 andere Wundverbände

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Anzahl

### Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V  
 Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V  
 Grundpflege  
 hauswirtschaftliche Versorgung

| Häufigkeit |      | Dauer |     |     |
|------------|------|-------|-----|-----|
| tgl.       | wtl. | mtl.  | vom | bis |
|            |      |       |     |     |
|            |      |       |     |     |

Weitere Hinweise

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

## Anhang 8: Ergebnisse der Kurzzeitpflegerhebungen

### **Modellvorhaben „Ambulante Übergangspflege“ der Heiliggeistspitalstiftung Freiburg i. Br.**

Projektbeiratssitzung am 13.09.2017

#### **Anhang: Auswertungen ausgewählter Ergebnisse**



### **Auswertungsergebnisse Klinikerhebung zur Kurzzeitpflege und Auswertung Kurzzeitpflegerhebung Heiliggeistspitalstiftung**



## Durchschnittliche Anzahl gebrauchter KZP-Plätze

### Klinikerhebung, Sozialdienst (SD)

Erhebungszeitraum SD: März 2017 bis August 2017 – 6 Monate

Rücklauf SD: 29 ausgefüllte Fragebögen

→ 4,8 einbezogene KZP-Gäste pro Monat\*

\* Die reale Zahl der einzubeziehenden KZP-Gäste liegt voraussichtlich höher, da der SD bei einigen Gästen lediglich keine Zeit hatte, den Fragebogen auszufüllen

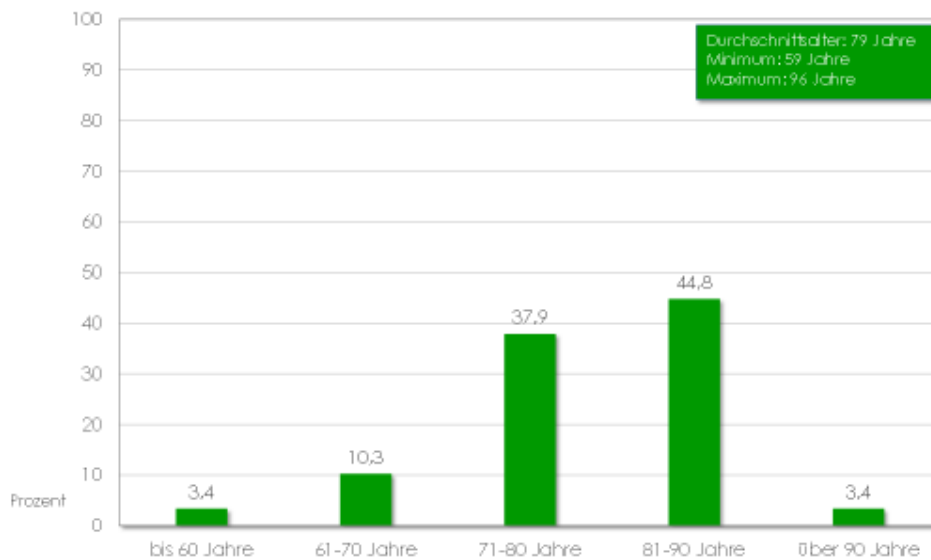
### KZP Heiliggeistspitalstiftung

Erhebungszeitraum : Oktober 2015 bis August 2017 – 22 Monate

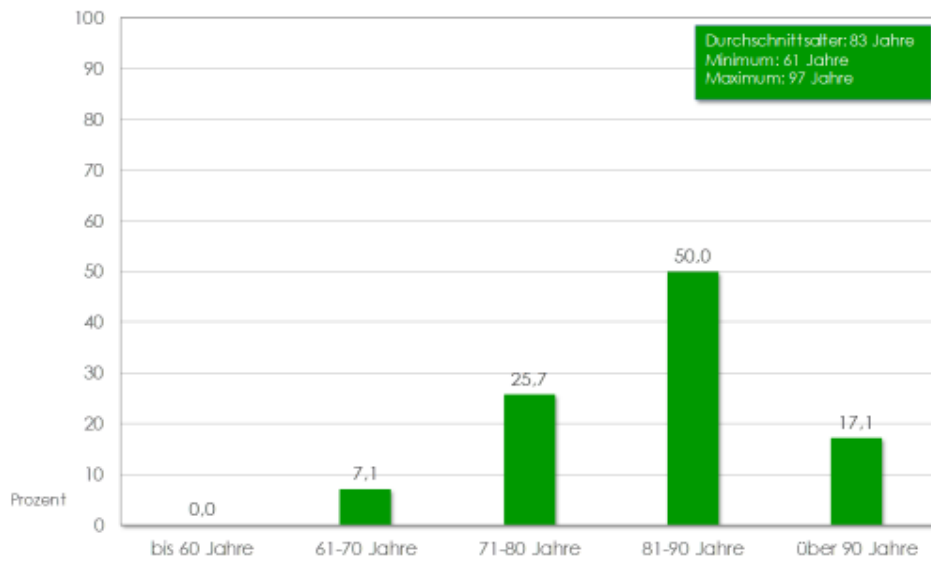
Rücklauf: 72 Fragebögen

→ 3,3 einbezogene KZP-Gäste pro Monat

## Alter der Patienten – SD



## Alter der Gäste – KZP



## Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt/ Diagnose? – SD

### Internistische Erkrankungen 33 Nennungen

- **Infektionen** (Hüftprothese – Ausbau (1); Hüfte – Ausbau (1); Wundinfekt Knie (1); NSV-Infektion (Nadelstickverletzung) (1); fieberhafte Infektionskonstellation v. a. Lungenarterienembolie (1); Infektkonstellation (1)) (6 N)
- **Erkrankungen des Verdauungstraktes** (Darmverschluss (1); vesikorektale Fistel (Inkontinenz wegen Verbindung von Harnblase und Scheide) (1); Harnverhalt bei okkludiertem SpK (Katheter durch Bauchdecke) mit Harnstauungsniere beidseitig (1); Harnwegsinfektion (1); UGI-Blutung (Blutung des Magen-Darm-Trakts) (1)) (5 N)
- **Nierenerkrankungen** ((akutes) Nierenversagen (3); zunehmende Funktionsverschlechterung Nierentransplantat (1)) (4 N)
- **Atemwegserkrankungen**, (Pneumonie (1); Infektionskonstellation (obere Atemwege) (1); bilaterale Lungenembolie (1)) (3 N)
- **geplatzte Kanüle** (1 N)

## Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt/ Diagnose? – SD

- **Schlaganfall** (TIA (kurzzeitiger Schlaganfall) (1); erneuter Schlaganfall (1)) (2 N)
- **Erkrankungen an der Pankreas** (Pankreaskopfkarzinom (1); unklare Pankreas, Pankreas CA (Pankreaskrebs) (1)) (2 N)
- **koronare 3-Gefäßerkrankung** (1 N)
- **Übelkeit, Erbrechen** (1 N)
- **Endometrium** (Gebärmutterschleimhaut) (1 N)
- **Schulterempyem** (Ansammlung von Eiter in Hohlorgan) (1 N)
- **Cholestase** (Rückstau von Gallenbestandteilen), einliegende PTCD (transportiert Gallenflüssigkeit ab) (1 N)
- **schlechte Blutwerte** (1 N)
- **Exsikkose** (Austrocknung) durch Minderversorgung (1 N)
- **Hyperkaliämie** (Elektrolystörung durch Kaliumüberschuss) (1 N)
- **Kehlkopfkrebs**, Bestrahlung (1 N)
- **Kachexie** (Gewichtsverlust), **Inappetenz** (Appetitlosigkeit) (1 N)

## Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt/ Diagnose? – SD

### Verletzungen des Bewegungsapparates 17 Nennungen

- **Frakturen** (LWK-Fraktur (Wirbelbruch) (1); Oberschenkel (1); Kniescheibe (1); Oberarm (2); Becken (2)) (7 N)
- **Endoprothese** (Schulter (1); Hüfte (1); Knie (1)) (3 N)
- **periprothetische Hüftfraktur, Hüftexartikulation** (Amputation des Beins ab Hüfte), **Hüft-TEP** (Hüftendoprothese) (1 N)
- **rezidivierende** (wiederkehrende) **Stürze** (1 N)
- **Schädelprellung** nach Sturz (1 N)
- **körperliche Muskelschwäche** (1 N)
- **Implantat nach Osteosynthese** (Knochen nach Bruch operativ zusammenhalten) (1 N)
- **Hüftkopfnekrose** (Absterben durch Durchblutungsstörung) (1 N)
- **Wundheilungsstörung** (1 N)

## Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt/ Diagnose? – SD

**Psychiatrische, neurologische, demenzielle Erkrankungen** 6 Nennungen

- **psychische Belastung** (1 N)
- **passagere Verwirrtheit** (1 N)
- **demenzielle Entwicklung** (1 N)
- **Vigilanzminderung** (reduzierte Wachheit, Aufmerksamkeit, und Reaktionsbereitschaft) (1 N)
- **Multiple Sklerose** (1 N)
- **Parkinson** (1 N)

**Nicht-medizinische Gründe** 2 Nennungen

- nicht gesicherte häusliche Versorgung (1 N)
- Reha musste abgebrochen werden (1 N)

## Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? – KZP

Folgende Anmerkungen wurden bei den Personen gemacht, die zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes nach einem Krankenhausaufenthalt die Kurzzeitpflege in Anspruch nahmen:

**Internistische Erkrankungen** 24 Nennungen

- **Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems** (koronare Herzkrankheit; Herzinsuffizienz; Bradykardi, Vorhofflimmern) (7 N)
- **Atemwegserkrankungen** (Lungenemphysem, pulmonale Stauung; Stauungspneumonie; Pleura-Carzinom) (4 N)
- **Nierenerkrankungen** (Nierenversagen (3), chron. Nierenversagen mit metabolischer respiratorischer kompensierter Azidose (1)) (4 N)
- **Erkrankungen des Verdauungstraktes** (Darmverschluss, Ileotransversostomie (operative Herstellung einer künstlichen Verbindung zwischen Krummdarm u. Querdickdarm)) (2 N)

## Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? – KZP

- **Influenza A** („Schweigegegriffe“) mit V.a. Pneumonie (1 N)
- **fiieberhafter Infekt** (1 N)
- **Schlaganfall** (1 N)
- **Substanzdefekt im Gewebe des Unterschenkels** (ulcus cruris) (1 N)
- **Sepsis** (1 N)
- rezidierende **Unterbauchbeschwerden** (1 N)
- **Kachexie** (pathologischer Gewichtsverlust) (1 N)
- **schlechter Allgemeinzustand** (allgemeine Schwäche; Verschlechterung des Allgemeinzustandes) (2 N)

## Was war der Grund für den Krankenhausaufenthalt? – KZP

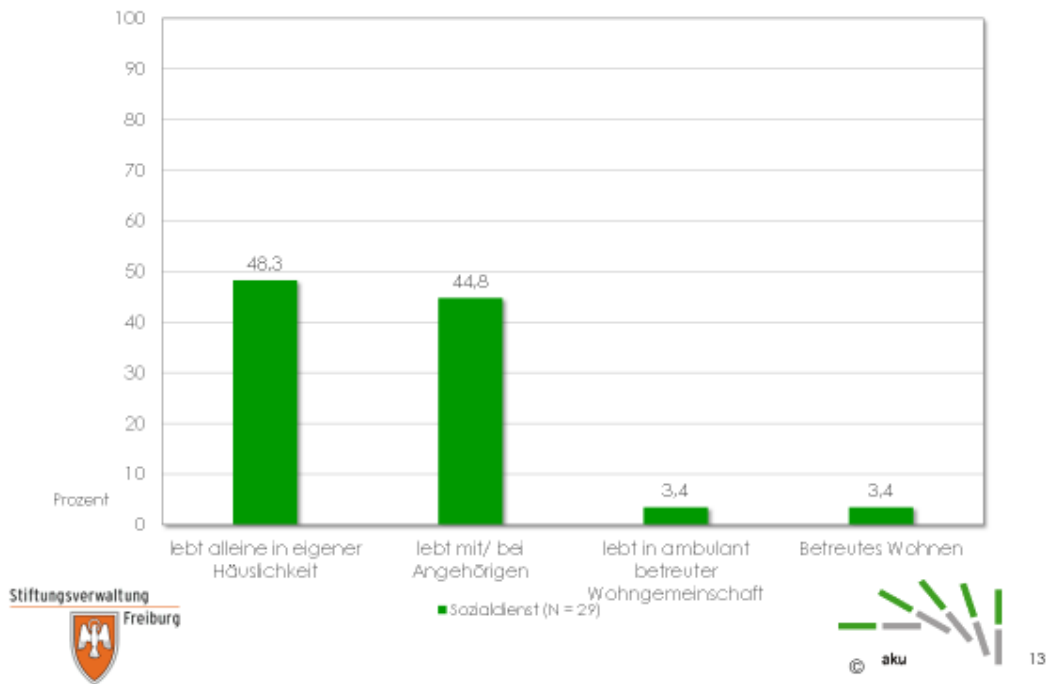
### Verletzungen des Bewegungsapparates 20 Nennungen

- **Frakturen** (Lendenwirbel (4), Oberschenkel (5), Rippen (1), Kniescheibe (1), Oberarm (1), Hüfte (1), Sturz auf die Hüfte (1)) (14 N)
- **Entfernung eines Hämatoms** am linken Knie (1), Knie OP (1) (2 N)
- **Zustand nach Sturz ohne Fraktur** (1 N)
- **OP am Sprunggelenk** (1 N)
- **Zustand nach Unterschenkelamputation** (1 N)
- eitrige **Coxitis** (Gelenkentzündung) (1 N)

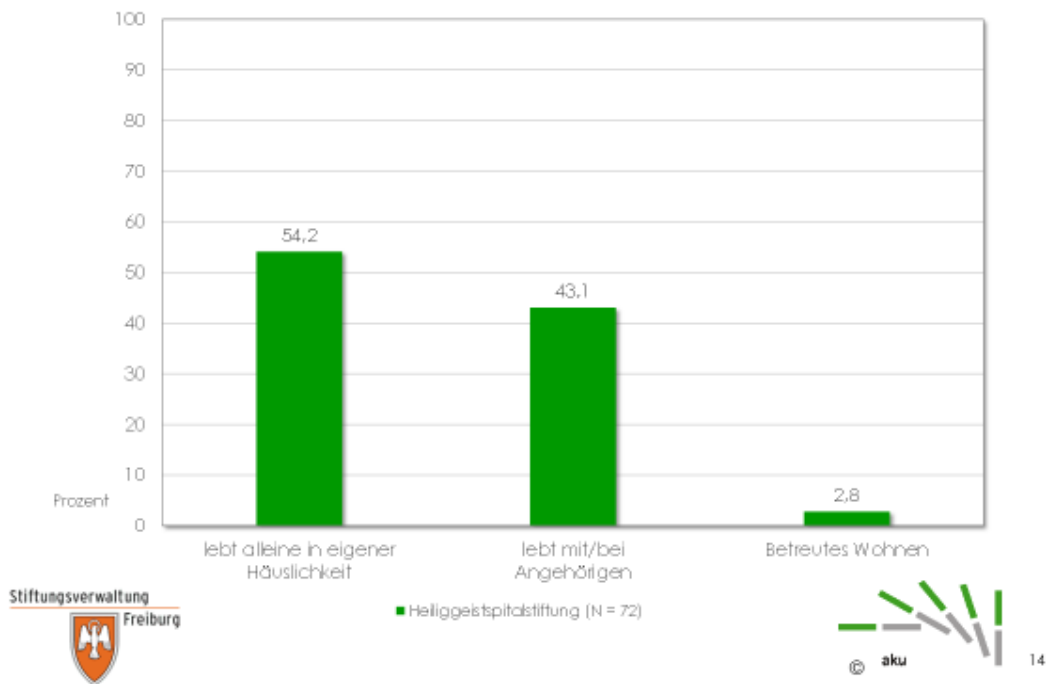
### Psychiatrische, neurologische, demenzielle Erkrankungen 2 Nennungen

- **Störung der Hirnfunktion** (1 N)
- **Alzheimer** Demenz (1 N)

## Wie ist die Wohnsituation des Patienten? – SD

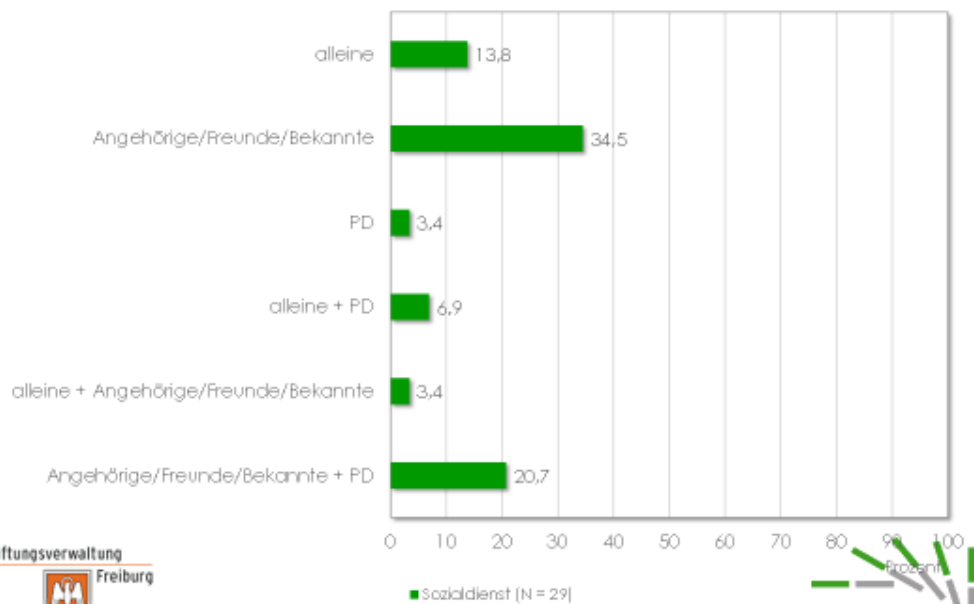


## Wie ist die Wohnsituation des Gastes? – KZP

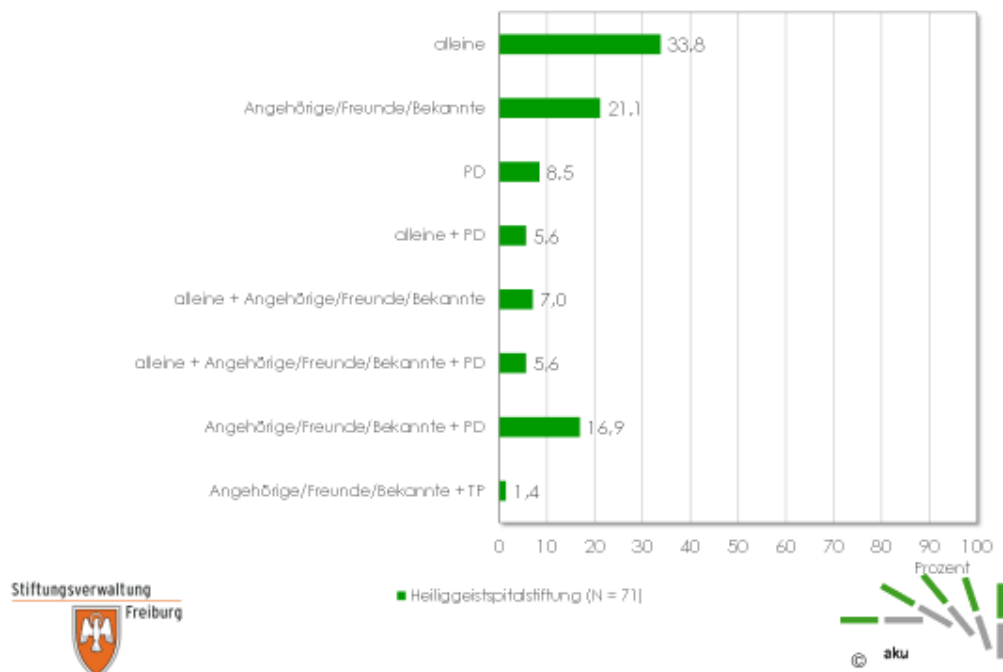




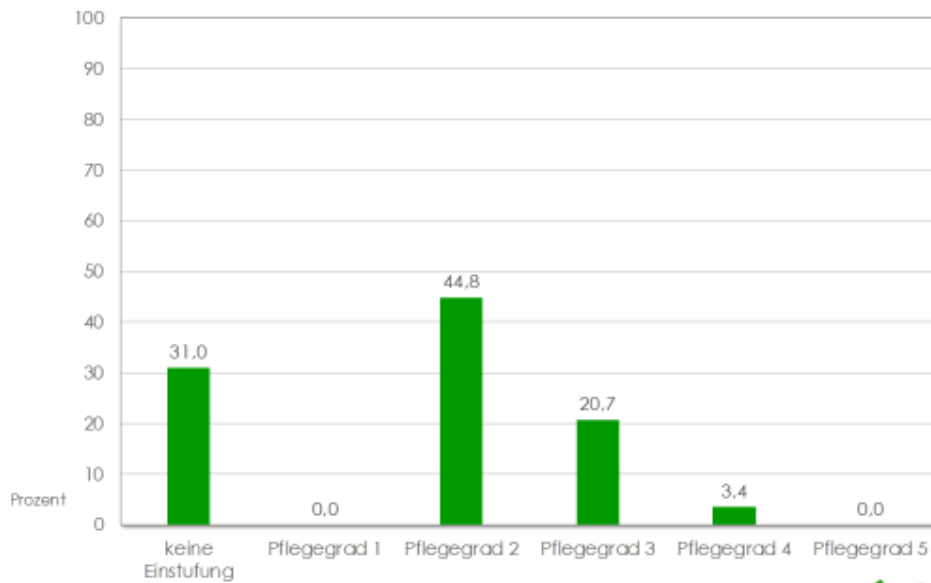
## Wer war vor dem Krankenhausaufenthalt in die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit mit einbezogen? – SD



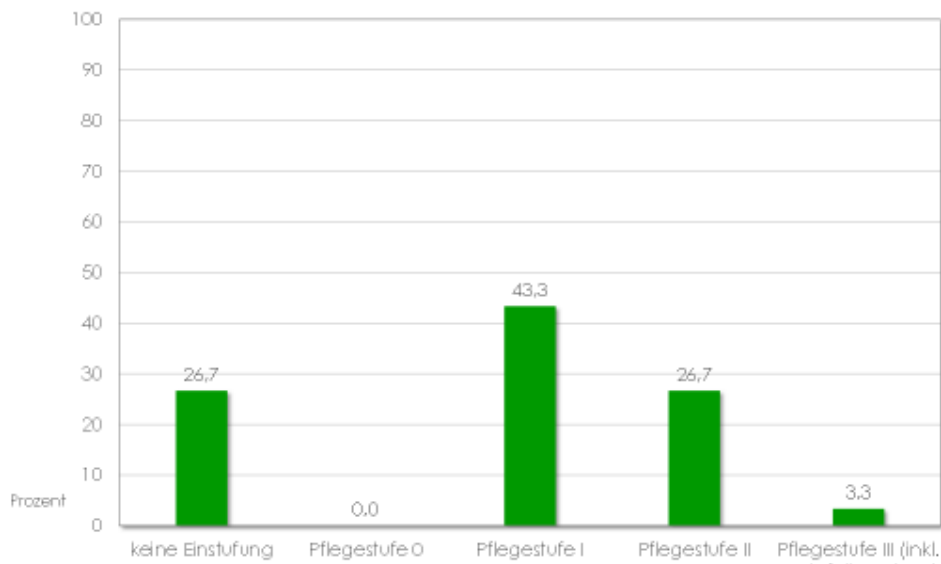
## Wie ist die bisherige Versorgungssituation des Gastes? – KZP



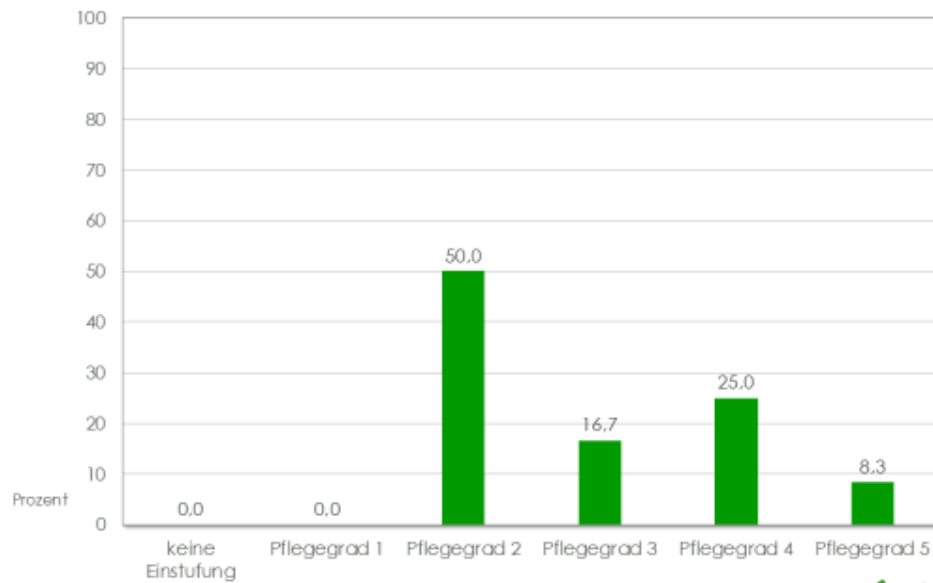
## Wie ist der Gast im Sinne des SGB XI eingestuft? – SD



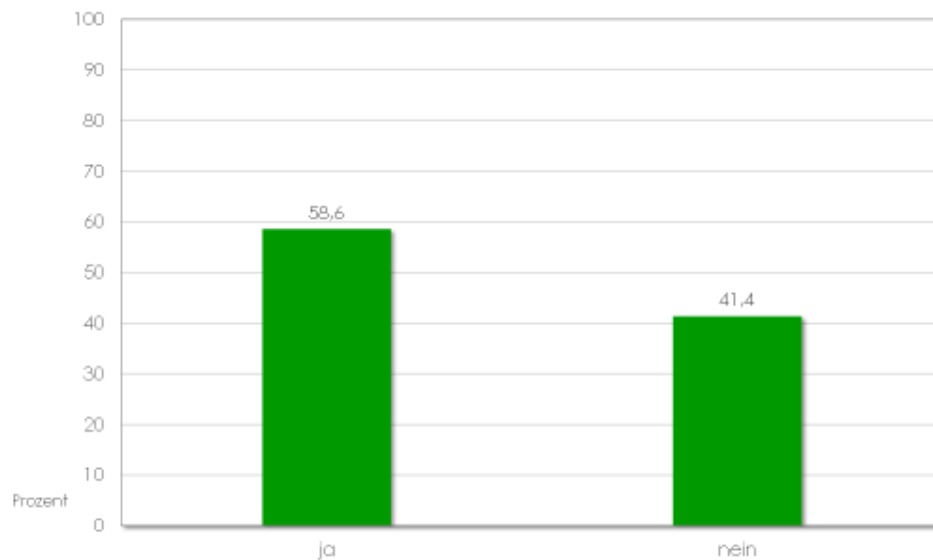
## Wie ist der Gast im Sinne des SGB XI eingestuft?\* – KZP



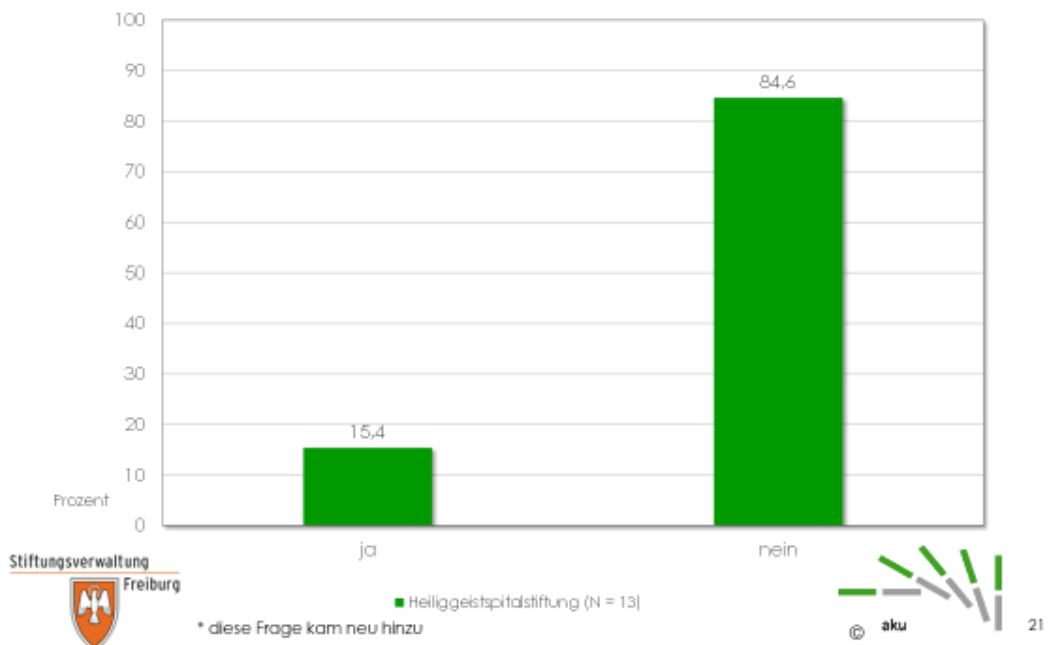
## Wie ist der Gast im Sinne des SGB XI eingestuft?\* – KZP



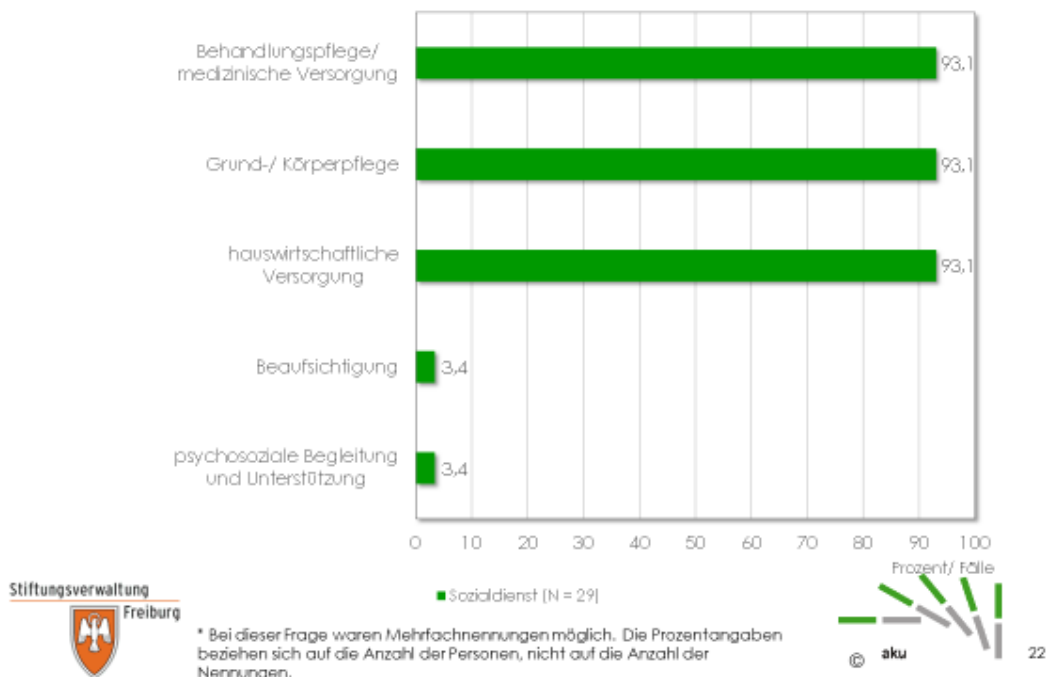
## Traten beim Patienten während des Krankenhausaufenthaltes Verwirrheitszustände (Delir) auf? – SD



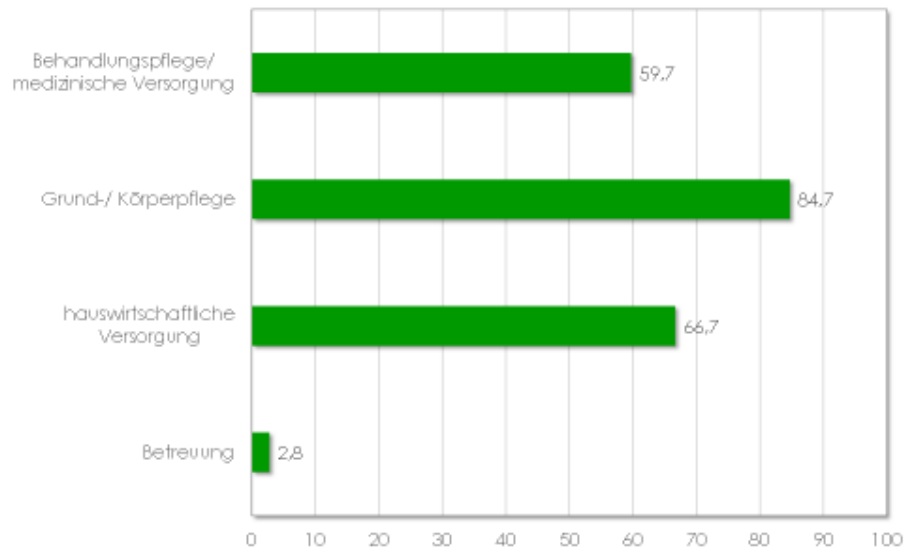
## Wenn der Gast direkt vom Krankenhaus kam, traten aufgrund des Krankenhausaufenthalts Verwirrheitszustände (Durchgangssyndrom) auf?\* – KZP



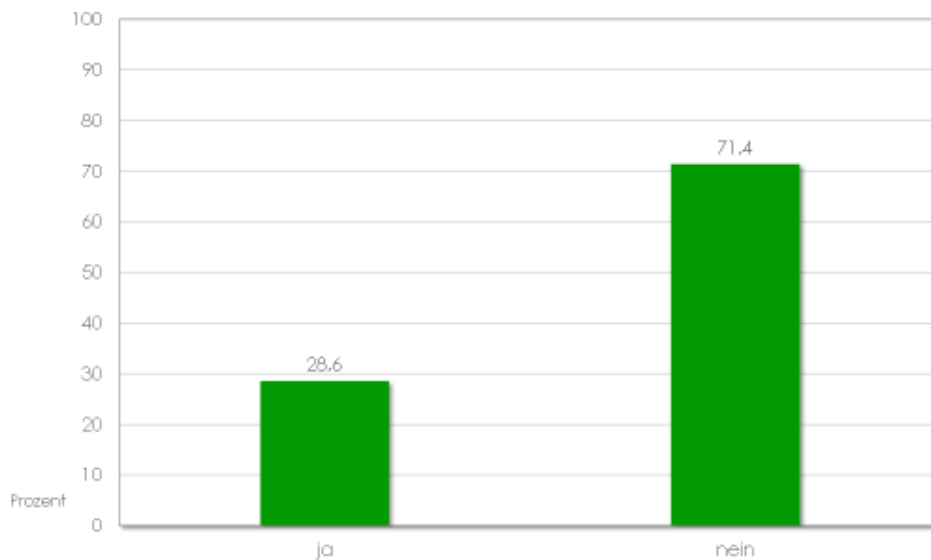
## In welchen Bereichen benötigt der Patient vorrangig Hilfestellung?\* – SD



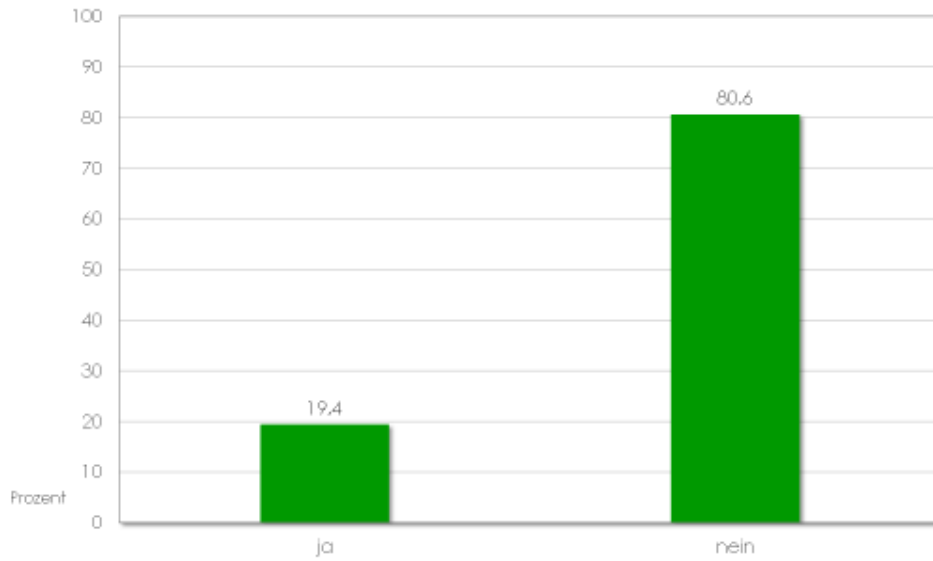
## In welchen Bereichen benötigt der Gast vorrangig Hilfestellung?\* – KZP



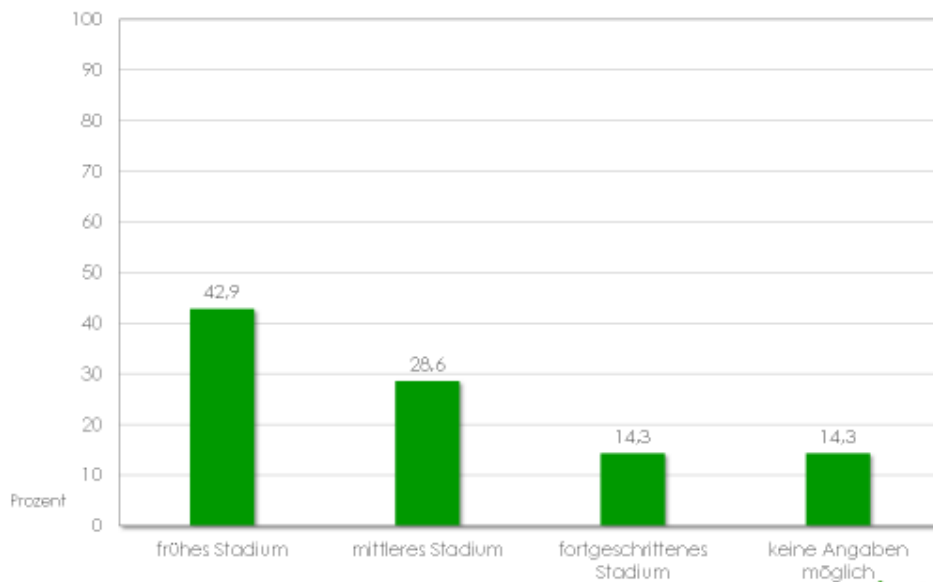
## Liegt bei dem Patienten eine demenzielle/ gerontopsychiatrische Erkrankung vor? – SD



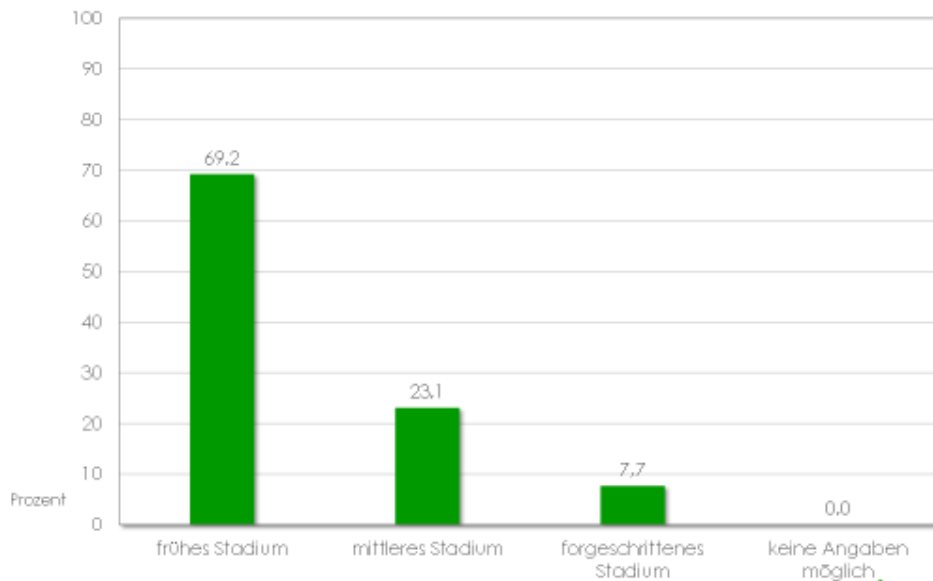
## Liegt bei dem Gast eine demenzielle/ gerontopsychiatrische Erkrankung vor? – KZP



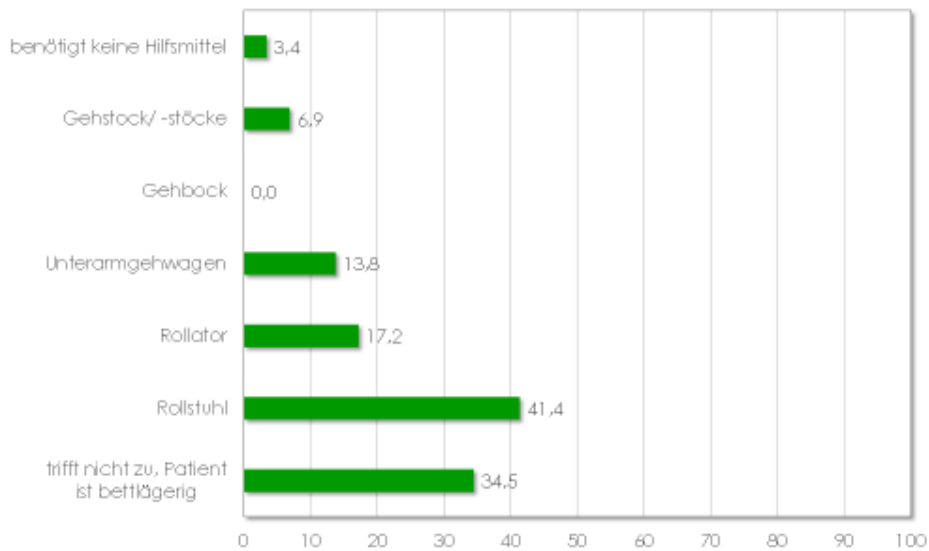
## Falls eine demenzielle Erkrankung vorliegt, welches Stadium? – SD



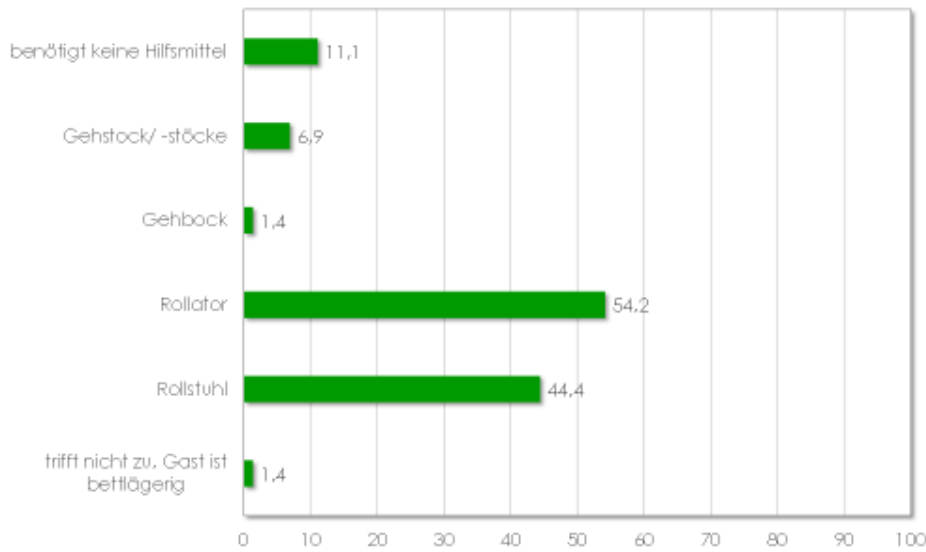
## Falls eine demenzielle Erkrankung vorliegt, welches Stadium? – KZP



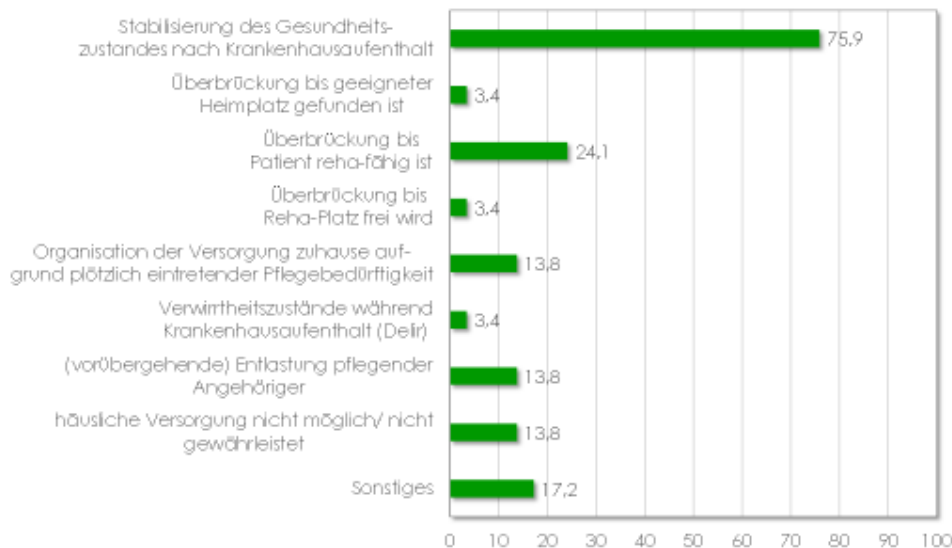
## Welche Hilfsmittel benötigt der Patient zur Fortbewegung innerhalb des Krankenhauses?\* – SD



## Welche Hilfsmittel benötigt der Gast zur Fortbewegung innerhalb des Wohnbereichs?\* – KZP

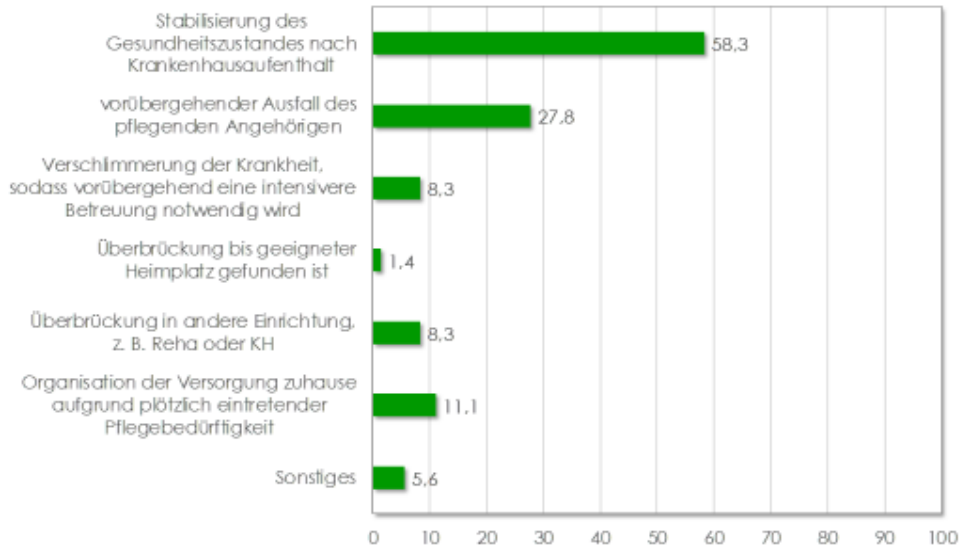


## Aus welchen Gründen wird eine Aufnahme in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung in Erwägung gezogen?\* – SD

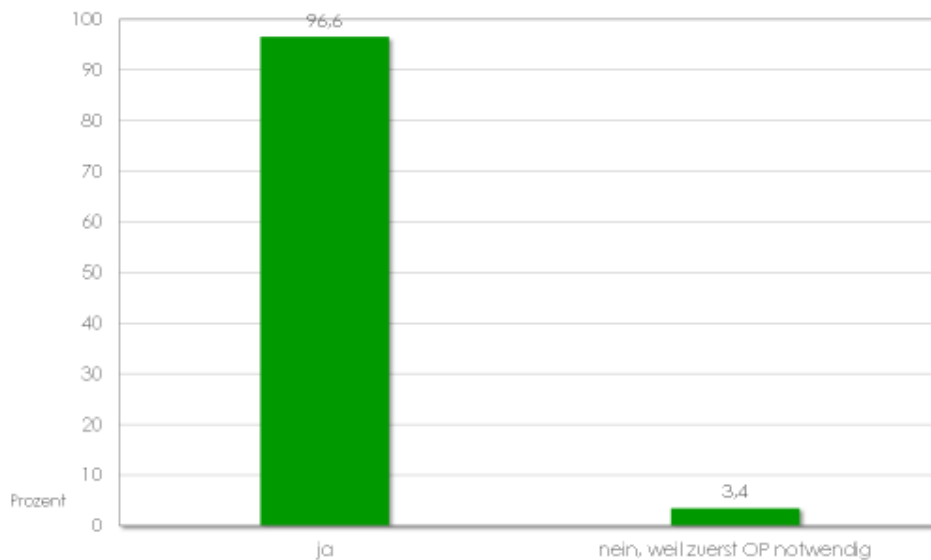




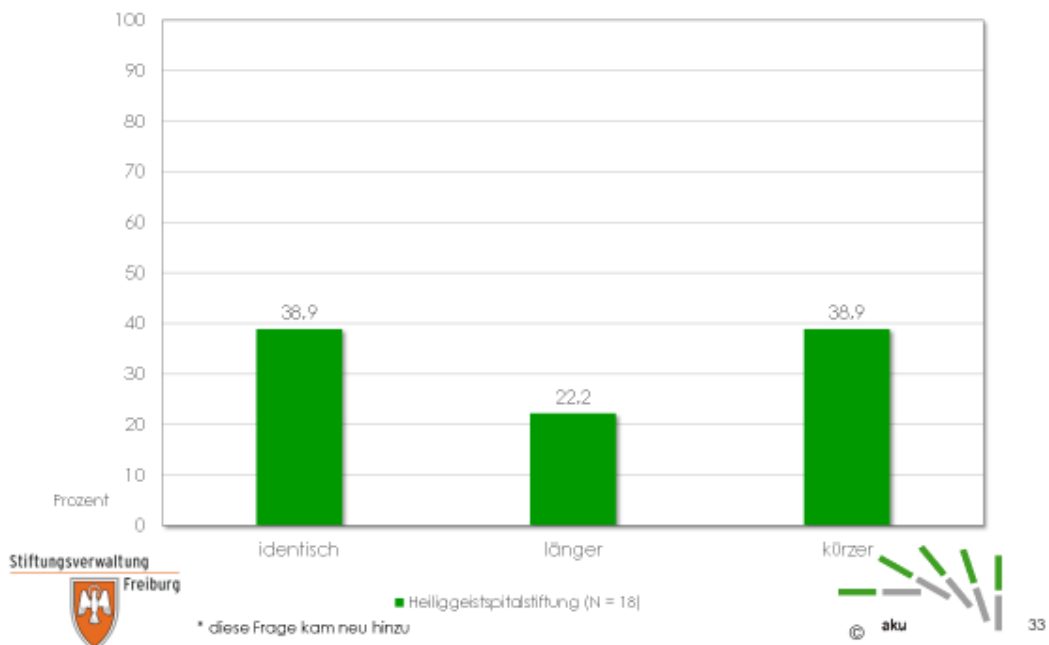
## Was war der Anlass für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege?\* – KZP



## Konnte ein Kurzzeitpflegeplatz vom Sozialdienst organisiert werden? – SD



## Wie lange war die tatsächliche Dauer der Kurzzeitpflege des Gastes (zur voraussichtlichen Dauer)\* – KZP



## Wohin wird/ wurde der Gast im Anschluss an die Kurzzeitpflege entlassen? – KZP

