stiftung bruderhaus ravensburg gut leben im alter

aku

Modellprojekt "Haus Oberhofen II: Sicherung der Anschlussversorgung von Krankenhaus-patienten in der Kurzzeit- und Tagespflege mit therapeutisch-rehabilitativem Ansatz"

ABSCHLUSSBERICHT

Projektlaufzeit: 17. Dezember 2018 bis 31. Dezember 2019

Impressum

Modellprojekt " Haus Oberhofen II: Sicherung der Anschlussversorgung von Krankenhaus-patienten in der Kurzzeit- und Tagespflege mit therapeutisch-rehabilitativem Ansatz " gefördert vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

Projektträger:

Stiftung Bruderhaus Ravensburg
Grüner-Turm-Strasse 38
88212 Ravensburg

Externe Begleitung und Berichtsredaktion:

aku GmbH
Sonnenstraße 19
78073 Bad Dürrheim

Januar 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage ... 7
2. Projektverlauf ... 9
3. Projektziele ... 10
4. Bauliche Planung ... 11
5. Konzeption "Ambulante Übergangspflege" ... 14
   - 5.1 Ziele ... 14
   - 5.2 Zielgruppen ... 14
   - 5.3 Organisations- und Personalkonzept ... 15
   - 5.4 Zentrale Qualitätsmerkmale ... 20
   - 5.5 Finanzierung ... 20
   - 5.6 Kalkulierte Kosten und Erlöse ... 23
   - 5.7 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus ... 25
   - 5.8 Ärztliche Versorgung ... 30
6. Konzeption Tagespflege ... 32
   - 6.1 Ziele ... 32
   - 6.2 Zielgruppen ... 32
   - 6.3 Organisations- und Personalkonzept ... 33
   - 6.4 Finanzierung und Rahmenbedingungen ... 35
   - 6.5 Kalkulierte Kosten und Erlöse ... 38
7. Resümee ... 40
8. Literatur ... 42

Anhang 1: Muster-Verordnung Häusliche Krankenpflege ... 44
Anhang 2: Grobkalkulation Kosten der ambulanten Übergangspflege ... 45
Anhang 3: Muster Versorgungspfad ... 46
Anhang 4: Muster Leistungsprofil ... 48
Anhang 5: Überleitungsbogen der OSK ... 54
Anhang 6: Formular "Aufnahme und Entlassplanung" ... 58

Abkürzungsverzeichnis

DRG	Diagnosis Related Groups *(deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen)*
i. S. d.	im Sinne des
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
LHeimBauVO	Landesheimbauverordnung
LPersVO	Landespersonalverordnung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OSK	Oberschwabenklinik
SGB	Sozialgesetzbuch
SIS	Strukturierte Informationssammlung
VK	Vollzeitkraft

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 Lageplan Haus Oberhofen und geplanter Neubau Haus Oberhofen II (Stand: 2019) 11

Abb. 2 Ebenen des geplanten Neubaus Haus Oberhofen II 12

Abb. 3 Ebene 1 des geplanten Neubaus Haus Oberhofen II - Übergangspflege 13

Abb. 4 Ebene 0 des geplanten Neubaus Haus Oberhofen II – Tagespflege 13

Abb. 5 Nutzergruppen von Kurzzeit-/Übergangspflege 15

Abb. 6 Organisationskonzept der ambulanten Übergangspflege in Haus Oberhofen II 16

Abb. 7 Leistungselemente der ambulanten Übergangspflege 18

Abb. 8 Geplanter Personaleinsatz in der ambulanten Übergangspflege mit acht Plätzen 19

Abb. 9 Kostenelemente der ambulanten Übergangspflege 21

Abb. 10 Grundzüge der ambulanten Abrechnung 22

Abb. 11 Prozess Aufnahme und Entlassung der Gäste 26

Abb. 12 Instrumente der Prozessplanung 27

Abb. 13 Idealtypischer Ablauf der Entlassung in die Übergangspflege 28

Abb. 14 Organisationskonzept der Tagespflege in Haus Oberhofen II 33

Abb. 15 Geplanter Personaleinsatz in der Tagespflege mit 15 Plätzen 34

Abb. 16 Zusammensetzung des Entgelts für die Tagespflege und Finanzierungsmöglichkeiten für den Gast 37

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Grobkalkulation Personalbedarf "Ambulante Übergangspflege" aufgrund geplantem Personaleinsatz für acht Plätze 19

Tab. 2 Grobkalkulation Kosten ambulante Übergangspflege für acht Plätze 23

Tab. 3 Grobkalkulation Erlöse ambulante Übergangspflege mit acht Plätzen 24

Tab. 4 Gegenüberstellung der kalkulierten Kosten und Erlöse für die ambulante Übergangspflege mit acht Plätzen 24

Tab. 5 Grobkalkulation Personalbedarf "Tagespflege" aufgrund geplantem Personaleinsatz für 15 Plätze 35

Tab. 6 Leistungsansprüche Tagespflege nach § 41 SGB XI (Stand Dezember 2019) 36

Tab. 7 Personalrichtwerte Tagespflege gem. § 18 des Rahmenvertrags für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (vom 15. September 2018) 37

Tab. 8 Grobkalkulation Kosten Tagespflege mit 15 Plätzen 38

Tab. 9 Grobkalkulation Erlöse Tagespflege mit 15 Plätzen 39

Tab. 10 Gegenüberstellung der kalkulierten Kosten und Erlöse für die Tagespflege mit 15 Plätzen 39

1. Ausgangslage

Die Stiftung Bruderhaus ist eine kommunale Stiftung in Ravensburg. Von der ambulanten Betreuung in den eigenen vier Wänden bis hin zur vollstationären Pflege in zwei Einrichtungen stellt die Stiftung Bruderhaus für die älteren Bürger Ravensburgs ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten zur Verfügung, welches auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen abgestimmt wird. Die ambulanten und stationären Angebote der Stiftung sind eng miteinander verknüpft.

Das seniorenpolitische Konzept des Landkreises Ravensburg von 2018 hat für den Landkreis einen Bedarf an zusätzlichen Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen festgestellt. Diesen Bedarf erlebt die Stiftung auch in der Praxis regelmäßig. Daneben erschwert die derzeit bestehende Sektorentrennung zwischen stationärer Krankenhausbehandlung, teil- und vollstationärer Pflege, Rehabilitation, ambulanter Pflege und niedrigschwelliger Versorgung zu Hause nahtlos fließende und zielgerichtete Lösungen. Künftig wird sich die Krankenhausversorgung wohl noch stärker auf die reine Akutbehandlung konzentrieren. Die sich hieraus allerdings ergebenden Versorgungslücken in der Nachsorge vor allem bei älteren Patienten zeigen sich in der Praxis bereits deutlich. Viele Einrichtungen sind darüber hinaus nicht auf behandlungsbedürftige Patienten eingestellt. Die bisherigen Angebote der reinen (aktivierenden) Pflegeversorgung reichen schon längst nicht mehr aus. Ein Großteil der Kurzzeitbewohner erfordert eine deutlich veränderte Versorgungsstruktur.

Neben dem bereits bestehenden "Haus Oberhofen" (stationäre Pflege und Betreutes Wohnen) der Stiftung steht eine Grundstücksfläche zur Verfügung, die einen Neubau erlaubt, der konzeptionell auf die bestehenden Bedarfe an Kurzzeit- und Tagespflegeangeboten im Landkreis ausgerichtet werden kann. Hier sind solitär sieben bis acht weitere Kurzzeitpflegeplätze, bis zu 15 Tagespflegeplätze sowie betreute Seniorenwohnungen geplant, die im Versorgungssetting von den Synergieeffekten der bestehenden Strukturen profitieren sollen. Den Bürgern von Ravensburg soll durch das geplante Projekt eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglicht werden. Diese zusätzlichen Plätze sollen in einer neuen Qualität unter dem Aspekt einer ressourcenorientierten und rehabilitativen Versorgung als Glied einer Versorgungskette betrieben werden. Diese Versorgungskette soll mit Hilfe eines eigenen Fallmanagers bereits in der Klinik beginnen und die Anschlussversorgung zu Hause einschließen. Damit soll der Übergang des Patienten von der Akutbehandlung zur Pflege vorausschauend geplant und eventuell notwendige Therapien über das moderne Pflegeverständnis hinaus zeitnah eingesetzt werden. Genauso soll der Übergang ins häusliche Umfeld strukturiert und bedarfsgerecht

gestaltet werden. Das Konzept soll somit einen Beitrag zur Aufhebung der bestehenden Sektorentrennung leisten und älteren Menschen nach Behandlung im Krankenhaus eine abgesicherte Rückführung in die Häuslichkeit ermöglichen.

Für die Stiftung Bruderhaus ist es eine unabdingbare Voraussetzung, dass das Projekt in finanzieller Hinsicht machbar ist, das heißt, die Refinanzierung der Kosten über die Entgelte gesichert ist.

Das hier beschriebene Modellprojekt "Haus Oberhofen II" ist eng mit dem Projekt "Bedarfsgerechte Kurzzeit- und Übergangspflege", das auf Landkreisebene durchgeführt wird, verzahnt. Erkenntnisse aus beiden Projekten fließen jeweils in das andere ein.

2. Projektverlauf

Das Projekt wurde vom 17. Dezember 2018 bis zum 31. Dezember 2019 durchgeführt. Über die gesamte Laufzeit wurde die Stiftung Bruderhaus von der aku GmbH, einer Beratungsinstitution im Gesundheits- und Sozialbereich, begleitet.

Das Projekt wurde in einer stiftungsinternen Projektgruppe unter Einbezug von aku bearbeitet. In der Projektgruppe waren von Seiten der Stiftung folgende Personen vertreten:

- Geschäftsführung der Stiftung
- Pflegedienstleitung des ambulanten Pflegedienstes
- Einrichtungsleitung der stationären Einrichtung
- Pflegedienstleitung der stationären Einrichtung
- Leitung der Bürger-Hilfe (Betreutes Wohnen zuhause)

Darüber hinaus fanden **weitere Aktivitäten** statt:

- Mit dem Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg wurden Gespräche geführt, um die Projektergebnisse zu präsentieren sowie die ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen abzuklären.
- Zu einer möglichen Kooperation fanden Gespräche mit der Oberschwabenklinik (OSK) statt.
- Den Hausärzten, die Kunden der Stiftung Bruderhaus betreuen, wurde das Konzept vorgestellt und die angestrebte Zusammenarbeit im Rahmen der ambulanten Übergangspflege mit den Ärzten diskutiert.
- Zudem wurden die Ergebnisse im Stiftungsrat der Stiftung Bruderhaus Ravensburg präsentiert.

3. Projektziele

Die Stiftung Bruderhaus will mit dem Projekt älteren Menschen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, mit einer neu konzipierten solitären Kurzzeit- bzw. Übergangspflege eine gesicherte Rückführung und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen und somit bestehende Versorgungslücken schließen. In der angegliederten Tagespflege sollen therapeutische Leistungen bei Bedarf im Rahmen des Tagespflegeaufenthalts in die Tagesstruktur integriert werden.

Im Rahmen des Projektes sollte eine Konzeption erarbeitet werden, die folgende Teilkonzepte enthält:

- Definition der Zielgruppen
- Personal- und Organisationskonzept
- Finanzierungskonzept
- Konzept zur Schnittstellengestaltung mit dem Krankenhaus und weiteren Partnern
- Prozessbeschreibung Aufnahme und Entlassung der Gäste
- Entgelthochrechnung zur Überprüfung der Machbarkeit des Konzepts

4. Bauliche Planung

Wie in Kapitel 1 bereits dargestellt, steht neben der bestehenden stationären Einrichtung "Haus Oberhofen" der Stiftung Bruderhaus eine Grundstücksfläche zur Verfügung, die einen Neubau erlaubt, der konzeptionell auf die bestehenden Bedarfe an Kurzzeit- und Tagespflegeangeboten im Landkreis ausgerichtet werden kann.

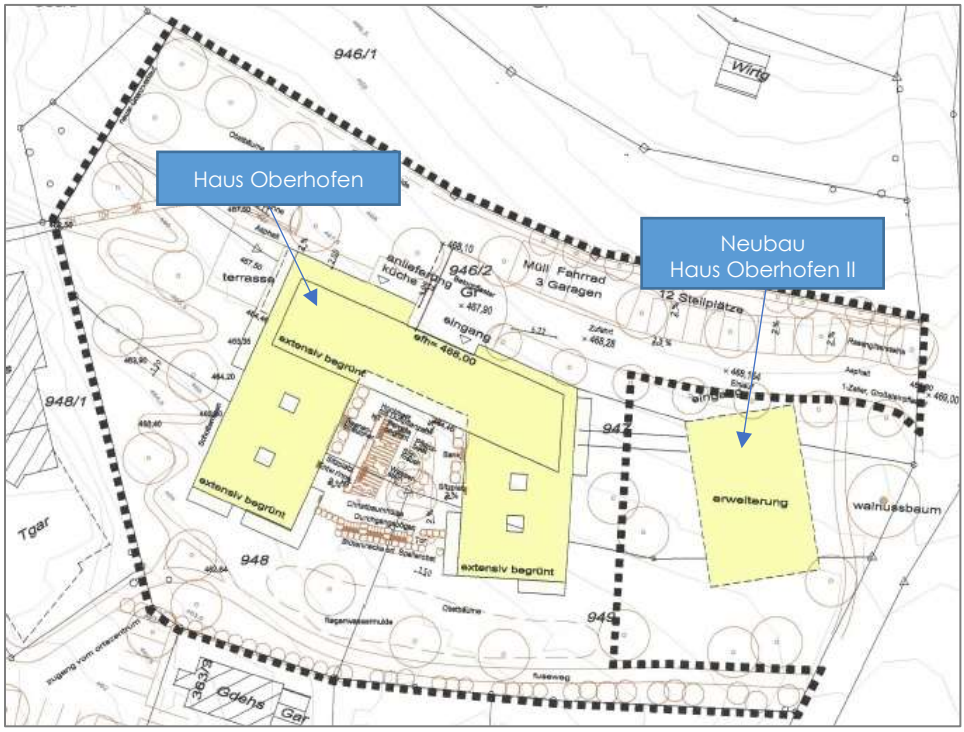
Das Haus Oberhofen (siehe nebenstehendes Bild) wurde 2008 eröffnet und befindet sich in der gleichnamigen Ortschaft im Süden der Stadt Ravensburg. Die Einrichtung verfügt über 36 Dauer-Pflegeplätze, zwei Kurzzeitpflege-plätze und zwei Tagespflegeplätze (Stand 2019).

Quelle: https://stiftung-bruderhaus.de

Haus Oberhofen

Auf dem Nachbargrundstück soll ein Neubau entstehen, der über einen Verbindungsgang mit der bestehenden Einrichtung Haus Oberhofen zu erreichen sein wird (siehe Abb. 1).

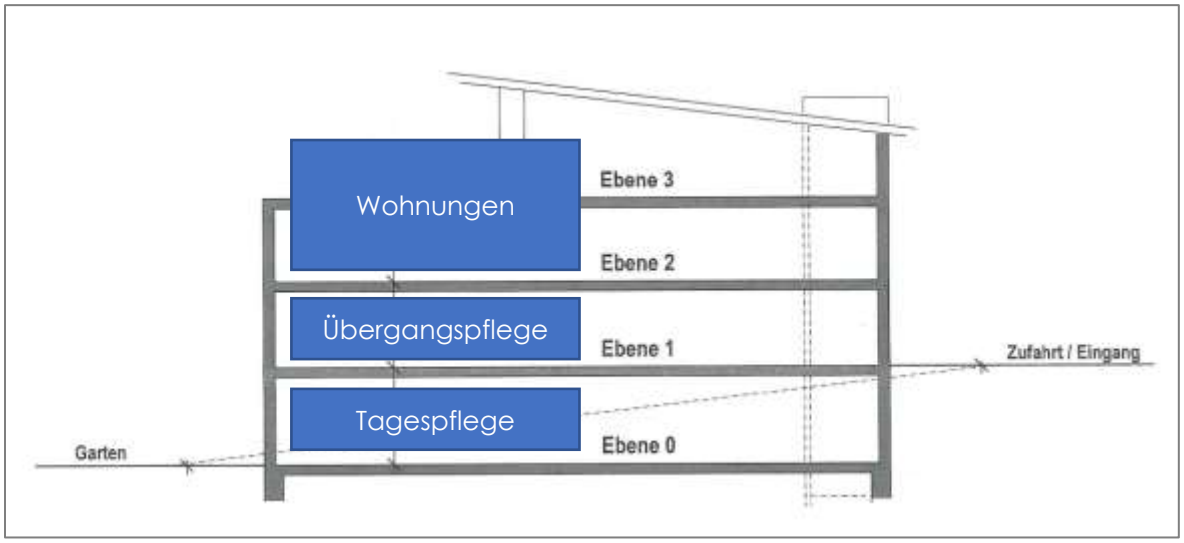
Abb. 1 Lageplan Haus Oberhofen und geplanter Neubau Haus Oberhofen II (Stand: 2019)



Quelle: architektur metzger + welte Ravensburg

Der Neubau wird über vier Ebenen verfügen: zwei Ebenen mit Wohnungen, eine Ebene für die Übergangspflege und eine weitere Ebene für die Tagespflege (siehe Abb. 2).

Abb. 2 Ebenen des geplanten Neubaus Haus Oberhofen II



Quelle: architektur metzger + weite Ravensburg

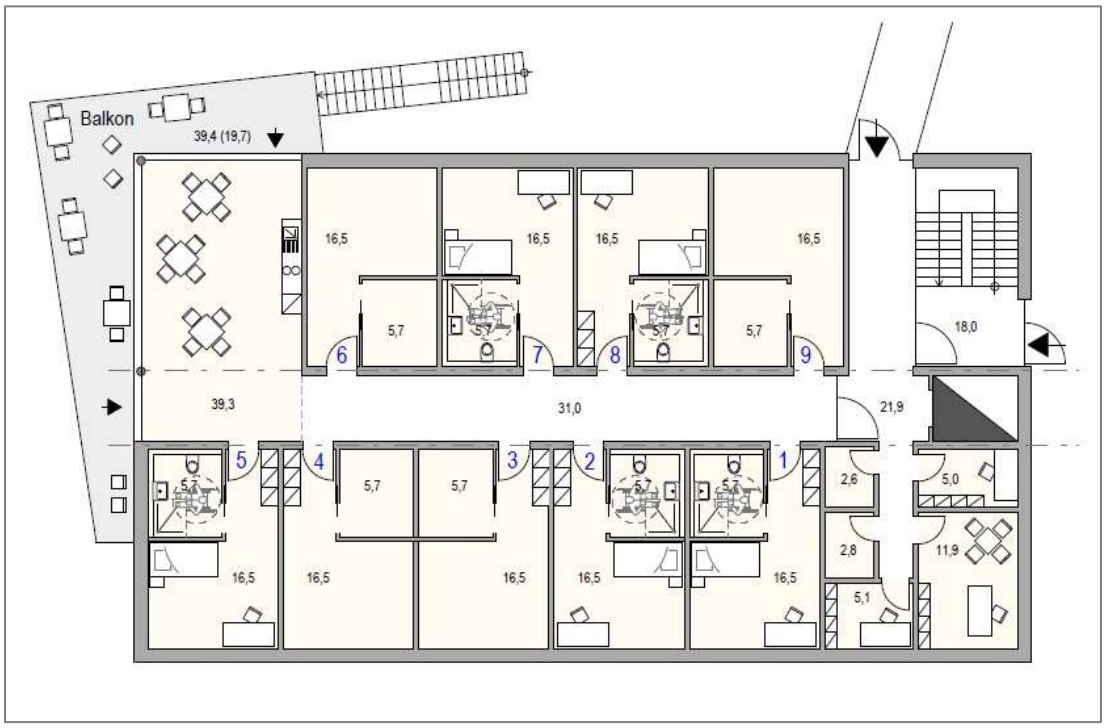
Die Übergangspflege wird mit acht Plätzen geplant, für die Tagespflege werden 15 Plätze vorgesehen. Ursprünglich wurden für die Übergangspflege sieben Plätze vorgesehen. Im Projektverlauf wurde die Platzzahl jedoch aus finanziellen Überlegungen heraus auf acht Plätze erhöht.

Ein Pflegebad ist im Neubau Haus Oberhofen II nicht vorgesehen. Bei Bedarf kann das Pflegebad der stationären Einrichtung mitgenutzt werden. Ausnahmeregelungen von den Anforderungen der LHeimBauVO sind aus Sicht des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg nicht notwendig.

Mit dem Bau des Hauses Oberhofen II soll 2020 begonnen werden.

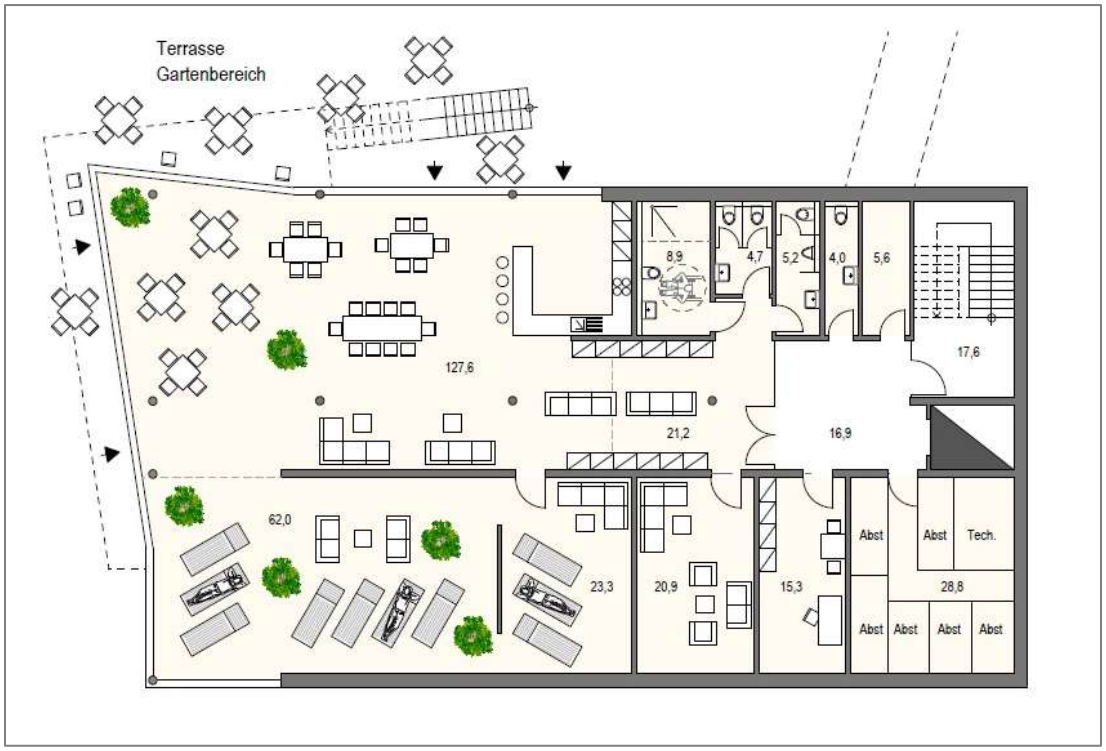
Abb. 3 und Abb. 4 zeigen die geplanten Grundrisse der beiden Bereiche.

Abb. 3 Ebene 1 des geplanten Neubaus Haus Oberhofen II - Übergangspflege



Quelle: architektur metzger + welte Ravensburg

Abb. 4 Ebene 0 des geplanten Neubaus Haus Oberhofen II – Tagespflege



Quelle: architektur metzger + welte Ravensburg

5. Konzeption "Ambulante Übergangspflege"

Ein Konzept zur ambulanten Übergangpflege wurde bereits von der Heiliggeistspitalstiftung in Freiburg erarbeitet, das bislang jedoch noch nicht in die Praxis umgesetzt wurde (siehe Heiliggeistspitalstiftung Freiburg, 2019). Auf der Grundlage dieser Ergebnisse hat die Stiftung Bruderhaus das Konzept ambulante Übergangspflege Haus Oberhofen II erarbeitet.

5.1 Ziele

Die Stiftung Bruderhaus hat im Rahmen der Konzeptentwicklung folgende Ziele für die Übergangspflege definiert:

- aktive, prozessbegleitende Rückführung von Krankenhauspatienten in die eigene Häuslichkeit mit dem Ziel "ambulant vor stationär"
- gesicherte und bessere Versorgung von alten Menschen/Versicherten nach Krankenhausaufenthalt
- Förderung der Selbstständigkeit der Betroffenen mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit bzw. Höherstufungen zu vermeiden
- Behebung der bestehenden Versorgungslücken nach Einführung der DRG's

5.2 Zielgruppen

Das Angebot der Kurzzeitpflege weist üblicherweise eine heterogene Nutzergruppe auf (vgl. Abb. 5). So spielen neben der Entlastung für pflegende Angehörige auch die Überbrückung von Krisensituationen und die Stabilisierung von Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt eine wesentliche Rolle. Des Weiteren wird Kurzzeitpflege auch als Überbrückung bis zu einem geplanten Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung genutzt.

Abb. 5 Nutzergruppen von Kurzzeit-/Übergangspflege

Nutzergruppen von Kurzzeit-/Übergangspflege			
pflegebedürftige Menschen zur **geplanten Entlastung von pflegenden Angehörigen**	zur **Krisenintervention** z. B. bei kurzfristigem Ausfall der Hauptpflegeperson im häuslichen Setting	Patienten zur **Stabilisierung nach einem Krankenhaus-aufenthalt und nach Operationen**	pflegebedürftige Menschen zum **"Probewohnen"** in einer stationären Einrichtung

Im Gegensatz zur "allgemeinen" Kurzzeitpflege hat die Übergangspflege ihren Fokus auf den Gästen, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach ambulanten Operationen in ihrem Gesundheitszustand stabilisiert werden müssen. Das Ziel dieser Patienten ist vorrangig, wieder in die eigene Häuslichkeit zurückzukehren.

Die Stiftung Bruderhaus hat für ihr Konzept der ambulanten Übergangspflege folgende Zielgruppe definiert:

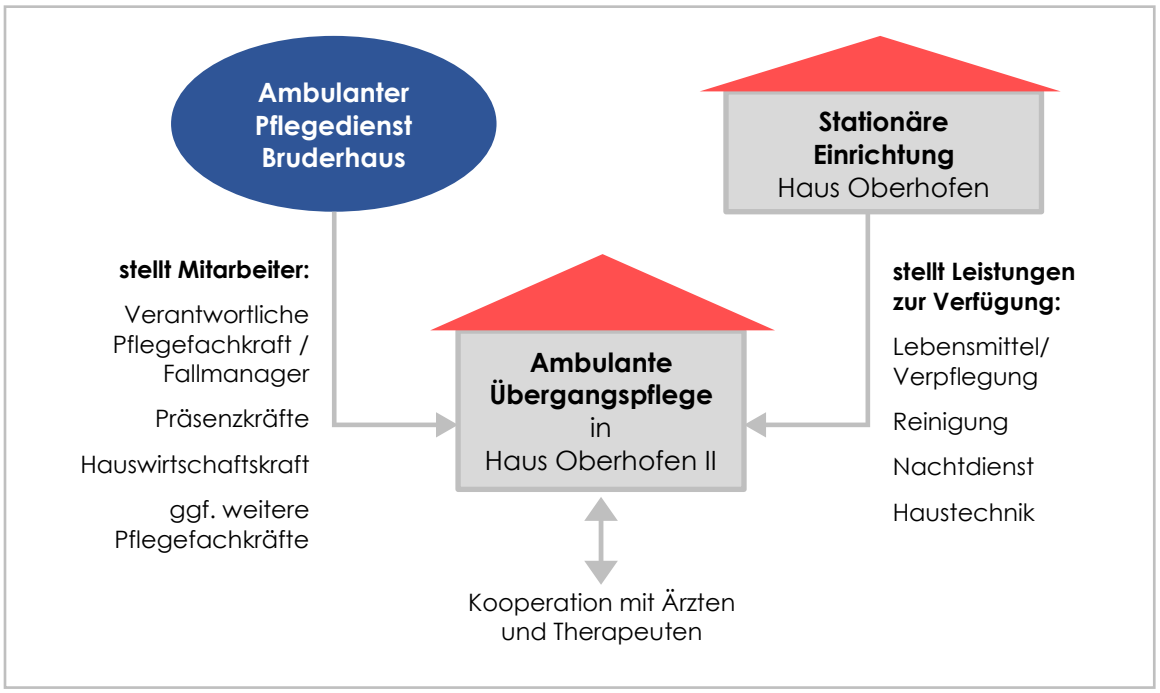
- Das Konzept richtet sich vorrangig an erkrankte Menschen im dritten oder vierten Lebensalter (ab ca. 75 Jahren). Im Einzelfall können auch jüngere Menschen aufgenommen werden.
- Der Schwerpunkt liegt auf der Übergangspflege, d. h. zur Überbrückung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit (z. B. vorrübergehende Reduzierung des Allgemeinzustands bzw. Gefahr der Verschlechterung, auch Menschen mit Delir) bzw. Überbrückung bis zur Reha bzw. Möglichkeit weiterer rehabilitativer Maßnahmen nach einem Rehabilitationsaufenthalt.
- Es besteht vorrübergehend der Bedarf einer "Rund-um-die-Uhr-Versorgung".
- Die Voraussetzung für die Aufnahme ist, dass die Perspektive einer möglichen Rückkehr nach Hause besteht.

5.3 Organisations- und Personalkonzept

Die Stiftung Bruderhaus hat sich für eine ambulante Organisation der Übergangspflege entschieden. Das Organisationskonzept ist in Abb. 6 dargestellt.

Die Übergangspflege in Haus Oberhofen II wird von dem trägereigenen ambulanten Pflegedienst organisiert und betrieben. Von der stationären Einrichtung werden bestimmte Leistungen (z. B. Verpflegung, Nachtdienst) bezogen. Darüber hinaus soll mit Ärzten und Therapeuten kooperiert werden. Es ist vorgesehen, dass beispielsweise Therapeuten die Patienten der Übergangspflege in den Räumlichkeiten von Haus Oberhofen II behandeln können. Die Bauplanung der Ebene 0 sieht hierfür einen Therapieraum vor (vgl. Abb. 4).

Abb. 6 Organisationskonzept der ambulanten Übergangspflege in Haus Oberhofen II



Folgende Gründe sprechen für das ambulante Setting der Übergangspflege:

- Ein ambulanter Pflegedienst ist für die Umsetzung der zentralen Qualitätsmerkmale der Übergangspflege – der Vorbereitung für ein Leben zuhause zur Sicherstellung der weiteren Versorgung des Patienten sowie der Entlassvorbereitung und Pflegeüberleitung – prädestiniert.
- Es sind zudem ein flexibler Personaleinsatz und Personalanpassungen auch an geänderte Gästestruktur einfacher umzusetzen.
- Des Weiteren ist die finanzielle Machbarkeit bei acht Plätzen nur im ambulanten Setting gewährleistet.

Ambulante Pflegedienste sind für diese Aufgaben prädestiniert. Sie haben bereits den Fokus auf die Häuslichkeit und auch das Interesse, den Patienten in selbige wieder zu

entlassen. Die Versorgung von Menschen in der eigenen Häuslichkeit gehört zu den Aufgaben eines ambulanten Dienstes.

Die Stiftung Bruderhaus plant die Übergangspflege mit acht Plätzen. Das Personalkonzept stellt sich wie folgt dar:

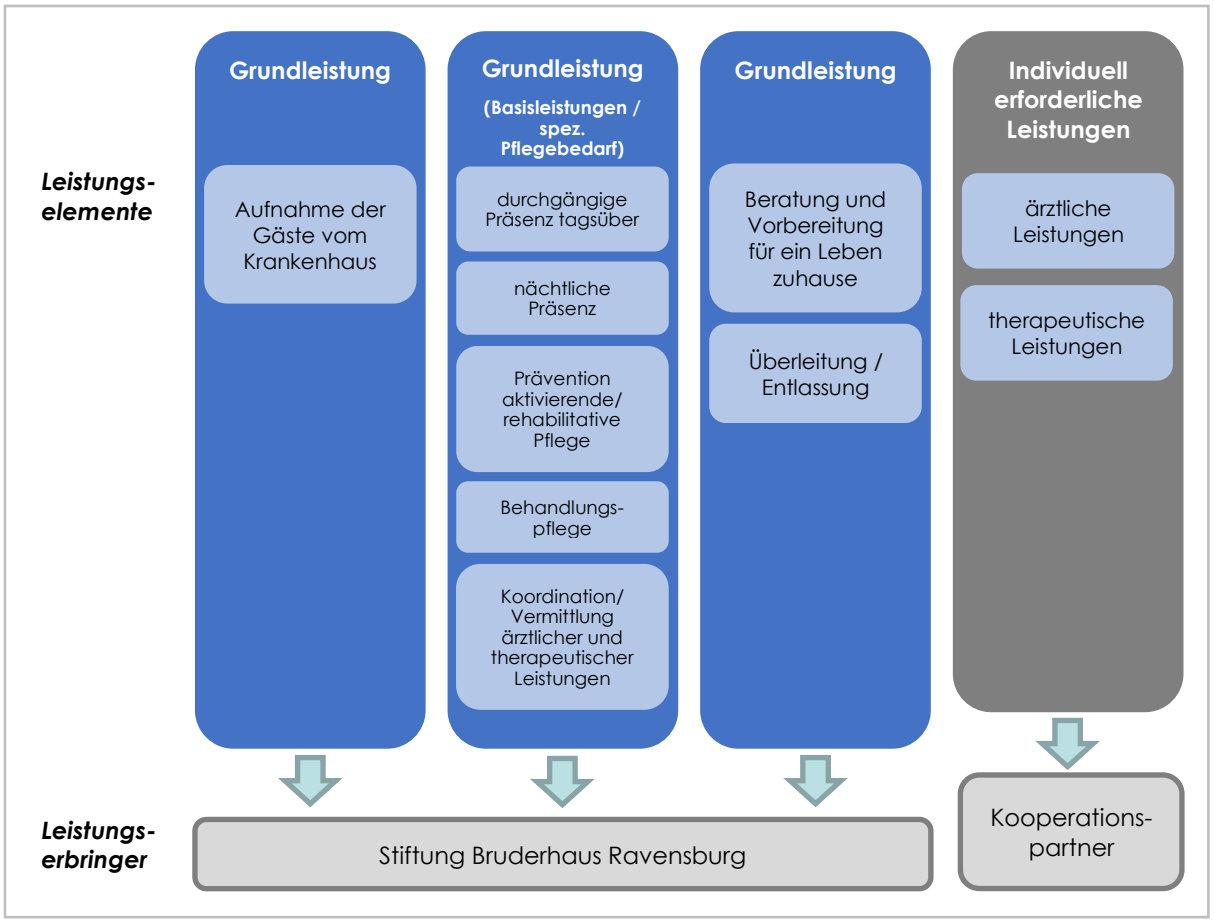
- Die Übergangspflege soll der **Pflegedienstleitung** des trägereigenen ambulanten Pflegedienstes unterstellt werden, deren Aufgaben die Leitung und Koordination des Einsatzes der Mitarbeiter in Abstimmung mit dem so genannten Fallmanager sein werden.
- Der **Fallmanager** soll die Koordination, das Aufnahme- und Entlassmanagement sowie die Anleitung der Präsenzkräfte und Angehörigen übernehmen. Im Einzelnen gehören hierzu beispielsweise Aufnahmegespräche mit den Patienten bzw. deren Angehörigen im Krankenhaus, die Koordination und Vermittlung ärztlicher und therapeutischer Leistungen, die Durchführung von Visiten sowie Gespräche mit und konkrete Anleitungen von Angehörigen. Des Weiteren umfassen die Aufgaben des Fallmanagers die so genannten Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachkräfte nach der LPersVO, wie z. B. die bei den Gästen notwendige Behandlungspflege oder die Pflegeplanung. Der Fallmanager soll der Pflegedienstleitung des ambulanten Dienstes unterstellt sein. Die Aufgaben des Fallmanagers erfordern die Qualifikation einer examinierten Pflegefachkraft.
- Die Präsenz in der Übergangspflege soll tagsüber durch sogenannte **Präsenzkräfte** sichergestellt werden. Sie würden die Betreuung der Gäste übernehmen, grundpflegerische Leistungen durchführen und die Mahlzeiten sicherstellen. Eingesetzt werden hier Assistenzkräfte oder Fachkräfte i. S. d. LPersVO, wie z. B. Pflegekräfte mit einjähriger Ausbildung, Hauswirtschafter oder Familienpfleger.
- Die Präsenz in der Nacht soll durch den **Nachtdienst** der stationären Einrichtung Haus Oberhofen mit abgedeckt werden. Aufgrund der baulichen Verbindung zwischen dem Haus Oberhofen und dem Neubau Haus Oberhofen II ist dies möglich. Die stationäre Einrichtung und die ambulante Übergangspflege verfügen zudem insgesamt über 45 Plätze, sodass der Nachtdienstschlüssel nach § 10 LPersVO eingehalten werden kann. Des Weiteren sollen technische Hilfsmittel, wie z. B. Sturzmatten, zum Einsatz kommen und die Nacht in der Übergangspflege durch eine zusätzliche Rufbereitschaft durch den ambulanten Pflegedienst abgesichert werden.
- Ferner sollen die Präsenzkräfte zeitweise durch **hauswirtschaftliche Hilfen** unterstützt werden (z. B. bei der Vorbereitung des Frühstücks).

- Von der stationären Einrichtung sollen zudem **Leistungen im Bereich Verpflegung, Reinigung und Haustechnik** in Anspruch genommen werden.
- Die **Verwaltung** soll von dem ambulanten Pflegedienst übernommen werden.

Die ärztlichen und therapeutischen Leistungen sollen durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten sichergestellt werden (vgl. hierzu Kapitel 5.8).

Ausgehend vom erarbeiteten Personalkonzept lassen sich die zu erbringenden Leistungen in Grundleistungen (Leistungen, die jeder Gast erhält und vom ambulanten Pflegedienst der Stiftung Bruderhaus erbracht werden) und individuell erforderliche Leistungen von Kooperationspartnern unterteilen (vgl. Abb. 7).

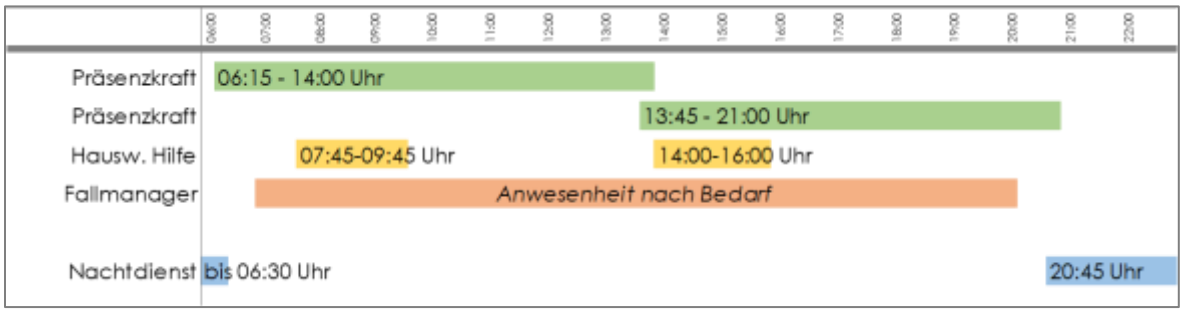
Abb. 7 Leistungselemente der ambulanten Übergangspflege



Weitere Leistungselemente, wie das Wohnen, die Verpflegung und die Reinigung, sind ebenfalls als Grundleistungen zu betrachten und werden von der Stiftung Bruderhaus erbracht.

Auf der Grundlage des erarbeiteten Personalkonzepts und der definierten Zielgruppe wurde folgender Personaleinsatz angedacht:

Abb. 8 Geplanter Personaleinsatz in der ambulanten Übergangspflege mit acht Plätzen



Aufgrund des geplanten Personaleinsatzes ergibt sich ein Personalbedarf von rund sechs Vollzeitstellen (siehe Tab. 1):

Tab. 1 Grobkalkulation Personalbedarf "Ambulante Übergangspflege" aufgrund geplantem Personaleinsatz für acht Plätze

	Grobkalkulation Personalbedarf
Präsenzkräfte	3,25 VK
Hauswirtschaftliche Hilfen	0,93 VK
Nachtdienst *(anteilig nach Platzzahl)*	0,38 VK
Fallmanager / verantwortliche Pflegefachkraft	1,50 VK
PDL ambulanter Pflegedienst	0,10 VK
Verwaltung	0,10 VK
Insgesamt	**6,27 VK**

Hinzu kommen die Personalanteile, die sich aus den von der stationären Pflegeeinrichtung in Anspruch genommenen Leistungen ergeben.

Der Anteil an Pflegefachkräften an der Gesamtzahl der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter liegt aufgrund der Grobkalkulation knapp über 30 %. Der Anteil an Hilfskräften ist mit 15 % sehr gering. Betrachtet man des Weiteren den geplanten Personaleinsatz, so ist im Tagdienst ein durchschnittlicher Anwesenheitsschlüssel von Pflegefachkräften (Fallmanager) von ca. 1:22 erreicht.

5.4 Zentrale Qualitätsmerkmale

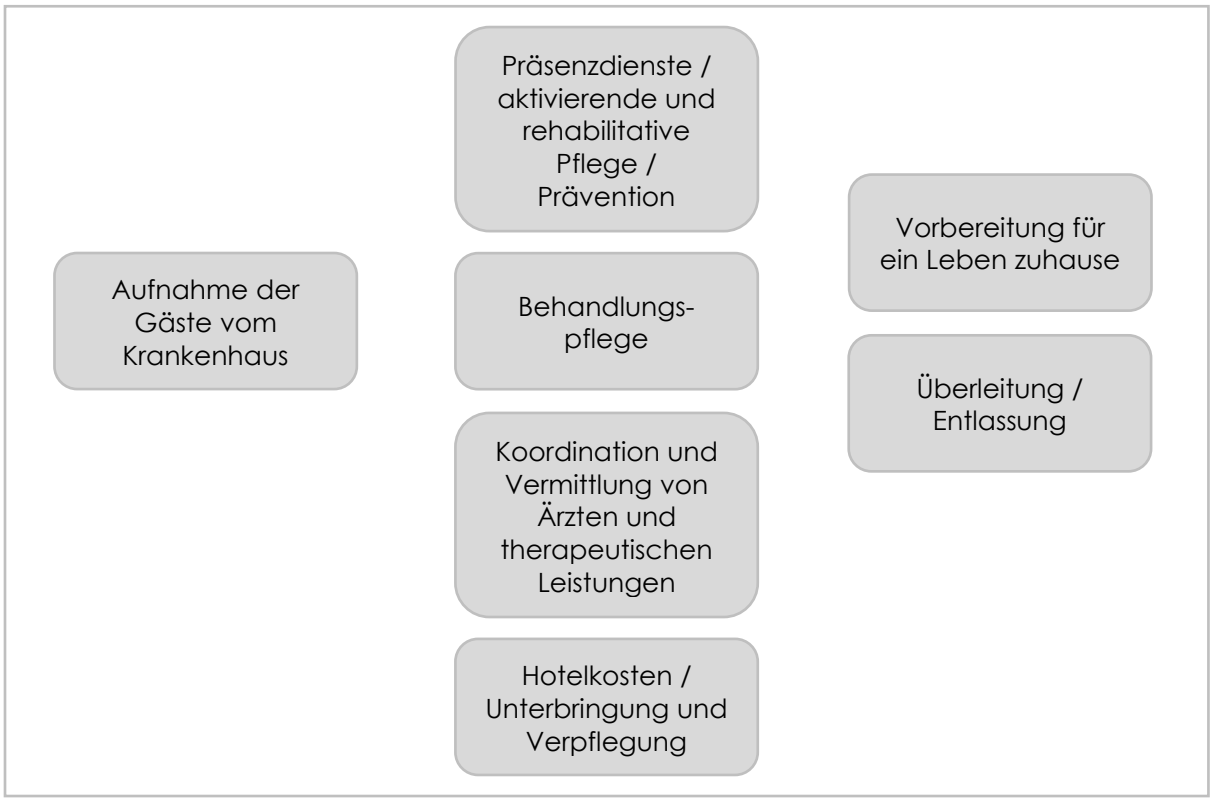
Ausgehend vom entwickelten Konzept wurden für die ambulante Übergangspflege folgende zentrale Qualitätsmerkmale definiert:

- 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

5.5 Finanzierung

Zur Klärung der Finanzierung der ambulanten Übergangspflege wurden in einem ersten Schritt die in der nachfolgenden Abb. 9 dargestellten Kostenelemente (ohne die durch Kooperationspartner erbrachten individuellen Leistungen) identifiziert.

Abb. 9 Kostenelemente der ambulanten Übergangspflege



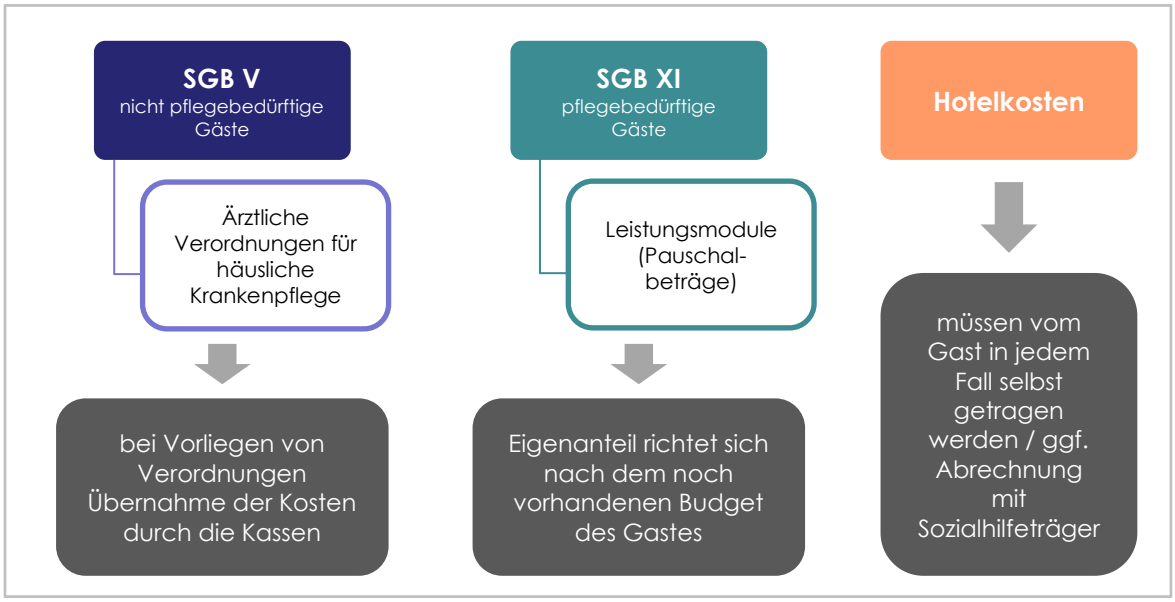
Die Herausforderungen einer ambulanten Übergangspflege liegen insbesondere im Vergleich zu stationären Pflegeeinrichtungen in der Finanzierung der für das Konzept wesentlichen Qualitätsmerkmale "Aufnahme der Gäste vom Krankenhaus" und "Vorbereitung für ein Leben zuhause" / "Überleitung/Entlassung".

Die möglichen Finanzierungsbausteine einer ambulanten Übergangspflege unterscheiden sich im Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit des Gastes i. S. d. SGB XI:

- Bei **schwerkranken, nicht pflegebedürftigen Menschen i. S. d. SGB XI** bzw. bei **akuter Verschlimmerung der Krankheit**, insbesondere **nach Krankenhausaufenthalt**:
  - Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 1a SGB V
  - Behandlungspflege nach § 37 SGB V
- Bei **pflegebedürftigen Menschen i. S. d. SGB XI**:
  - Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI
  - Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI
  - Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI
  - Behandlungspflege nach § 37 SGB V

Die Leistungen der ambulanten Übergangspflege werden ambulant abgerechnet. Die Grundzüge der Abrechnung sind in folgender Abbildung dargestellt:

Abb. 10 Grundzüge der ambulanten Abrechnung



Fällt der Gast unter den SGB V-Bereich, so müssen neben den therapeutischen Leistungen auch Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (Hauswirtschaft, Grundpflege und Behandlungspflege) ärztlich verordnet werden (vgl. hierzu Anhang 1). Liegen entsprechende Verordnungen vor, übernehmen die Kassen im Regelfall die Kosten für diese Leistungen. Allerdings wird der Umfang der verordneten Leistungen von den Kassen manchmal nicht akzeptiert. So werden beispielsweise verordnete hauswirtschaftliche Leistungen nach SGB V oftmals nur einmal täglich von den Kassen anerkannt.

Bei pflegebedürftigen Gästen i. S. d. SGB XI werden die Leistungen der ambulanten Übergangspflege auf der Grundlage der verhandelten Vergütungssätze für Leistungsmodule im SGB XI-Bereich abgerechnet. Zur Finanzierung der Kosten stehen den pflegebedürftigen Gästen die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI sowie der Leistungsanspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI zur Verfügung. Der vom Betroffenen zu bezahlende Eigenanteil richtet sich nach dem noch vorhandenen Budget für Verhinderungspflege des Gastes. Die Hotelkosten sind in jedem Fall vom Gast selbst zu tragen bzw. werden gegebenenfalls nachrangig vom Sozialhilfeträger übernommen.

5.6 Kalkulierte Kosten und Erlöse

Auf der Grundlage der unter Kapitel 5.3 dargelegten Personal- und Organisationsstruktur ist für die ambulante Übergangspflege mit folgenden Kosten zu rechnen (siehe Tab. 2 sowie Anhang 2):

Tab. 2 Grobkalkulation Kosten ambulante Übergangspflege für acht Plätze

	Grobkalkulation Kosten pro Jahr (ca.)
Personalkosten	324.000 Euro
Sachkosten	30.400 Euro
Sonstige Kosten/Investitionskosten	52.500 Euro
Insgesamt	**406.900 Euro**

In einem nächsten Schritt 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 und den zu erwartenden Kosten gegenübergestellt.

Zur Ermittlung der möglichen Erlöse wurden die Versorgungspfade zugrunde gelegt, die im Rahmen des Projekts "Ambulante Übergangspflege" der Heiliggeistspitalstiftung in Freiburg entwickelt wurden. Mit Hilfe der so genannten Versorgungspfade werden der Hilfebedarf der Person und der Ablauf der Behandlung/Versorgung für die Beispielfälle dargestellt (vgl. Anhang 3). Anhand dieser Versorgungspfade wurden dann Leistungsprofile erstellt (siehe Anhang 4). Die Leistungsprofile legen dar, welche (abrechenbaren) Leistungen für den Patienten notwendig sind. Aufgrund dieser Leistungsprofile wurde dann eine Erlöskalkulation vorgenommen.

Der Erlöskalkulation aus Leistungsabrechnungen SGB V/SGB XI sind folgende Annahmen zugrunde gelegt:

- Versorgungspfade sowie Leistungsprofile zu folgenden Krankheitsbildern (als Auslöser des Krankenhausaufenthalts) erstellt: Prostatakarzinom mit Stomaversorgung / Humerusfraktur / rezidivierende Ileussymptomatik / Appendektomie / auseinandertriftende Wunde mit MRSA-Besiedlung / Hüftprellung, Wirbelkörperfraktur LWK2 / Sprunggelenksfraktur, körperl. Schwäche / Grippeinfektion, Verdacht auf Pneumonie / Nierenversagen, Volumenmangel

- vier Gäste ohne einen Pflegegrad nach SGB XI und vier pflegebedürftige Gäste i. S. d. SGB XI
- Verordnung hauswirtschaftlicher Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V zweimal pro Tag (bei nicht pflegebedürftigen Gästen i. S. d. SGB XI)
- Auslastung der Plätze von 80 %
- Zugrundelegung der für die Stiftung Bruderhaus verhandelten Sätze in der ambulanten Pflege

Die Tab. 3 zeigt die auf Grundlage der Beispielfälle und der getroffenen Annahmen kalkulierten Erlöse auf:

Tab. 3 Grobkalkulation Erlöse ambulante Übergangspflege mit acht Plätzen

	Grobkalkulation Erlöse pro Jahr (ca.)
Erlöse aus Leistungsabrechnung SGB V/SGB XI	349.700 Euro
Erlöse aus Hotelkosten	74.200 Euro
Insgesamt	**423.900 Euro**

Stellt man die grob kalkulierten Kosten und Erlöse einander gegenüber, so zeigt sich folgendes Bild:

Tab. 4 Gegenüberstellung der kalkulierten Kosten und Erlöse für die ambulante Übergangspflege mit acht Plätzen

	Euro pro Jahr (ca.)
Grobkalkulation Kosten insgesamt	406.900 Euro
Grobkalkulation Erlöse insgesamt	423.900 Euro

Die Kosten- und Erlösberechnung zeigt im Ergebnis auf, dass eine kostendeckende Finanzierung der ambulanten Übergangspflege bei aktueller Rechtslage möglich ist, wenn:

- die in der Übergangspflege notwendigen Leistungen für nicht pflegebedürftige Gäste von den Ärzten in vollem Umfang nach § 37 Abs. 1a SGB V verordnet und von den Kassen auch genehmigt werden;
- die Patientenstruktur in der Intensität des Pflegebedarfs und der Höhe in etwa den in der Erlösberechnung berücksichtigten Fällen entspricht;

- mit dem Sozialhilfeträger eine entsprechende Vereinbarung der Übernahme der Hotelkosten bei Sozialhilfeempfängern (auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1) zustande kommt.

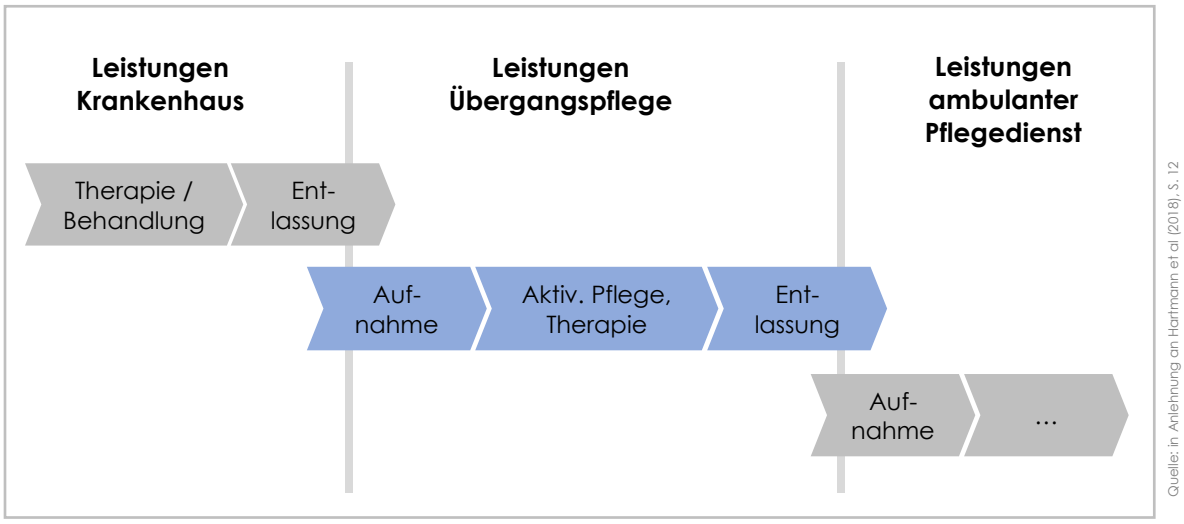
Bei Gästen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorliegt, besteht neben den ambulanten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI ein Leistungsanspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI von maximal 2.418 Euro/Kalenderjahr. Dieser Leistungsanspruch steht dem Gast allerdings nur zur Verfügung, 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.

5.7 Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

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. 11 sind die Schnittstellen aufgezeigt.

Abb. 11 Prozess Aufnahme und Entlassung der Gäste



Im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 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, was für die ambulante Übergangspflege unabdingbar ist.

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.

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:

Abb. 12 Instrumente der Prozessplanung

Der Überleitungsbogen des Krankenhauses dient zur Übermittlung von medizinischen und sozialen Daten über den Patienten und soll die Zusammenarbeit zwischen Klinik und weiterbehandelnder/-versorgender Einrichtung erleichtern. Dem Anhang 5 ist der aktuelle Überleitungsbogen der Oberschwabenklinik (OSK) in Ravensburg, mit der die Stiftung Bruderhaus vornehmlich kooperieren wird, zu entnehmen. Der Überleitungsbogen wird aktuell auf der Grundlage eines Abstimmungsgesprächs im Hinblick auf die Belange der ambulanten Übergangspflege weiterentwickelt und um die Items Diagnose, Alter, Pflegegrad, Größe und Gewicht sowie um ein Freitextfeld zur Beschreibung der Perspektiven des Patienten und um eine Dokumentation mit der aktuellen Medikation ergänzt.

Das Formular "Aufnahme- und Entlassplanung", das im Rahmen des Projekts "Ambulante Übergangspflege" der Heiliggeistspitalstiftung in Freiburg erarbeitet und auf die Stiftung Bruderhaus angepasst wurde (siehe Anhang 6), dient der ambulanten Übergangspflege zur Planung und Dokumentation und knüpft an den Überleitungsbogen des Krankenhauses an. So werden beispielsweise ergänzend zu den medizinischen und pflegerischen Daten auch die Wohn- und Versorgungssituation des Gastes vor seinem Krankenhausaufenthalt erfasst. Des Weiteren enthält das Formular auch die Vorbereitung der Entlassung und die Entlassplanung.

Das Formular "Aufnahme- und Entlassplanung" ergänzt das Pflegedokumentationssystem SIS (Strukturierte Informationssammlung), das von Stiftung Bruderhaus genutzt wird. In der

SIS werden u. a. die Wünsche der Pflegebedürftigen, die Pflege- und Betreuungsbedarfe sowie die individuellen pflegerelevanten Risiken dokumentiert und auf dieser Grundlage werden durch die Pflegefachkraft Maßnahmen abgeleitet.

Damit die Überleitung vom Krankenhaus in die Übergangspflege reibungslos verläuft, soll der Prozess wie folgt ablaufen:

Abb. 13 Idealtypischer Ablauf der Entlassung in die Übergangspflege

Das Krankenhaus ist über die Aufnahmekriterien der ambulanten Übergangspflege der Stiftung Bruderhaus informiert.

↓

Soll ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen werden, für den die ambulante Übergangspflege in Frage kommt, kontaktiert der Sozialdienst der Klinik den Fallmanager der ambulanten Übergangspflege.

↓

Der Fallmanager sucht den Patienten im Krankenhaus auf und klärt notwendige Informationen gemeinsam mit dem Sozialdienst auf der Grundlage des Überleitungsbogens und des Formulars "Aufnahme- und Entlassplanung" ab. Über eine mögliche Aufnahme in die Übergangspflege wird entschieden und ggf. notwendige Verordnungen werden abgeklärt.

↓

Der Krankenhausarzt stellt die notwendigen Verordnungen für die ersten sieben Tage der Übergangspflege aus. Die Verordnungen sowie der vollständige Überleitungsbogen liegen spätestens einen Tag vor der Aufnahme in die Überleitungspflege dem Fallmanager der ambulanten Übergangspflege vor.

Für eine optimale Versorgung der Gäste in der ambulanten Übergangspflege ist insbesondere zentral, dass der Krankenhausarzt die Verordnungen für die Häusliche Krankenpflege sowie für therapeutische Leistungen für die ersten sieben Tage ausstellt (vgl. § 7 Abs. 5 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege). Dies schafft für die ambulante Übergangspflege Planungs- und Finanzierungssicherheit für die erste Zeit. Mit den Therapien kann zeitnah nach der Aufnahme des Gastes begonnen werden. Weitere Verordnungen liegen beim Hausarzt.

Die Oberschwabenklinik und die Stiftung Bruderhaus beabsichtigen einen Kooperationsvertrag zu schließen, in dem die Zusammenarbeit und deren Bedingungen

festgelegt sind. Dieser Vertrag ist zwischen den beiden Parteien noch nicht abschließend verhandelt.

Die Stiftung Bruderhaus hat bereits Ideen zum Kooperationsvertrag erarbeitet, welche allerdings noch abschließend mit der OSK abgestimmt werden müssen. Folgende Eckpunkte sind angedacht:

- Die Stiftung Bruderhaus räumt der OSK ein Belegungsrecht für die ambulante Übergangspflege ein. Die Belegung der Plätze soll im Einvernehmen zwischen der ambulanten Übergangspflege und der OSK auf Basis definierter Aufnahme- bzw. Ausschlusskriterien (z. B. Perspektive der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit muss bestehen, keine Palliativpflege) und bei gesicherter Finanzierung erfolgen. Der Prozess des Übergangs von der Klinik in die ambulante Übergangspflege ist geregelt (siehe Abb. 13).
- Die Stiftung Bruderhaus erhält eine anderweitige Belegungsoption sofern die acht Plätze in der Übergangspflege nicht von der OSK genutzt werden.
- Die OSK stellt die benötigten Verordnungen (Häusliche Krankenpflege, therapeutische Leistungen) für die ersten sieben Tage nach dem Krankenhausaufenthalt aus und entlastet somit die ambulante Übergangspflege.
- Im Gegenzug für die eingeräumte Belegungsoption, prüft die OSK, inwieweit Möglichkeiten zur Gewährleistung der ärztlichen Versorgung in der ambulanten Übergangspflege bestehen (z. B. ärztliche Versorgung durch das MVZ). Alternativ könnte bei Belegung eines Platzes der ambulanten Übergangspflege durch die OSK eine "Belegungsprämie" an die Stiftung Bruderhaus geleistet werden.

Von einer Kooperation würden sowohl die Stiftung Bruderhaus als auch die OSK profitieren. Durch die engen Absprachen und das verlässliche Ausstellen der Verordnungen durch das Krankenhaus hat die Stiftung Bruderhaus eine höhere Planungs- und Finanzierungssicherheit.

Für die OSK bietet die ambulante Übergangspflege eine qualitativ gute Anschlussversorgung, die dem bestehenden Mangel an entsprechenden Angeboten entgegenwirkt. Weitere Vorteile für die OSK sind z. B., dass ein Ansprechpartner (Fallmanager der ambulanten Übergangspflege) bei der Suche nach einem Platz in der Übergangspflege vorhanden ist und somit weniger Aufwand bei der Suche nach Plätzen betrieben werden muss. Es sind ggf. frühere Entlassungen aus dem Krankenhaus und somit Neubelegungen der Krankenhausbetten möglich.

5.8 Ärztliche Versorgung

Für eine gute Betreuung der Gäste in der ambulanten Übergangspflege ist eine gesicherte ärztliche Versorgung unabdingbar (vgl. auch Abb. 7). Der weiterbehandelnde Arzt muss während des Aufenthaltes des Patienten in der ambulanten Übergangspflege insbesondere bei Bedarf Hausbesuche durchführen (z. B. bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes) sowie die benötigten Verordnungen ausstellen.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung des Gastes werden aktuell noch verschiedene Möglichkeiten diskutiert und geprüft. Es handelt sich um folgende Varianten:

Die niedergelassenen Hausärzte übernehmen die ärztliche Versorgung der Gäste.

Die Versorgung durch den eigenen Hausarzt des Gastes stellt – zumindest für Gäste, deren Hausarzt sich im Umfeld der Einrichtung befindet – grundsätzlich eine gute Lösung dar. Der Hausarzt kennt seinen Patienten bereits seit längerer Zeit und wird ihn auch nach Entlassung aus der Übergangspflege weiter versorgen. Für den Patienten ist somit eine Kontinuität in der ärztlichen Versorgung gegeben.

Eine Gesprächsrunde mit einzelnen Hausärzten der Stiftung Bruderhaus ergab, dass bei den Hausärzten grundsätzlich Bereitschaft und Interesse besteht, die eigenen Patienten weiter zu versorgen. Schwierigkeiten bei dieser Lösung ergeben sich bei der hausärztlichen Versorgung von Patienten aus der weiteren Umgebung. Der Aufwand für die Hausärzte wäre im Hinblick auf die Entfernung und die benötigte Fahrtzeit zu groß. Für die Hausärzte in der näheren Umgebung von Haus Oberhofen II wäre dagegen der Aufwand, Gäste der Übergangspflege aus anderen Regionen vorrübergehend als Patienten aufzunehmen (bedeutet u. a. Erstbesuch bei den nicht bekannten Patienten, Erstellung eines Medikamentenplans) im Hinblick auf die geringe Versichertenpauschale bei einer Patienten-Neuaufnahme (ca. 50,00 Euro) nicht leistbar. Eine ärztliche Versorgung von Gästen aus dem weiteren Umfeld ist demzufolge zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesichert.

Des Weiteren sehen die Hausärzte, mit denen die Stiftung Bruderhaus ein Gespräch geführt hat, Schwierigkeiten im Bereich der Verordnungen. Bei Verordnungen nach § 37 Abs. 1a SGB V würden von Kassenseite häufig Kürzungen vorgenommen. Besonders schwierig seien Verordnungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung, im Einzelfall aber auch Verordnungen zur Grundpflege wie auch zu behandlungspflegerischen Maßnahmen. Therapien zu verordnen wird insgesamt – bis auf Ergotherapie und Logopädie – als

weniger problematisch eingeschätzt, da viele Verordnungen bei älteren Menschen nicht budgetrelevant seien.

Für die ambulante Übergangspflege hätte die ärztliche Versorgung der Gäste durch die Hausärzte noch den Nachteil, dass der Fallmanager aufgrund einer Vielzahl von Ansprechpartnern einen höheren Abstimmungsaufwand hätte.

Die ärztliche Versorgung wird durch das MVZ der OSK sichergestellt.

Aufgrund der von den Hausärzten benannten Schwierigkeiten, wurde im Rahmen des Modellprojekts über weitere Lösungen zur ärztlichen Versorgung nachgedacht. Eine Möglichkeit besteht in der ärztlichen Versorgung durch das MVZ der OSK. Das MVZ könnte bei allen Gästen oder zumindest bei Gästen aus dem weiteren Umfeld die ärztliche Versorgung gewährleisten. Es würde sozusagen die befristete hausärztliche Versorgung übernehmen. Der Vorteil in dieser Lösung bestünde für die Stiftung Bruderhaus darin, dass nur ein Ansprechpartner vorhanden wäre, was den Ablauf auf lange Sicht erleichtern würde. Die OSK prüft derzeit, ob die Möglichkeit der ärztlichen Versorgung über das MVZ besteht.

Eine mobile geriatrische Rehabilitation übernimmt die ärztliche und therapeutische Versorgung der Gäste der ambulanten Übergangspflege.

Eine weitere Idee wäre, die ärztliche (und therapeutische) Versorgung der Gäste durch eine mobile geriatrische Rehabilitation sicherzustellen. Mobile geriatrische Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation und wird im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten durchgeführt. Sie erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, ärztlich verantwortet und gesteuert (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen et al, 2007). Diese Möglichkeit soll im weiteren Projektverlauf näher betrachtet werden.

Eine abschließende Klärung der ärztlichen Versorgung der Gäste konnte im Rahmen der Projektlaufzeit noch nicht erfolgen. Die Stiftung Bruderhaus befindet sich weiterhin im Gespräch mit der OSK. Die dargestellten Möglichkeiten werden geprüft. Sobald die ärztliche Versorgung der sichergestellt ist, wird im weiteren Verlauf die Zusammenarbeit mit Therapeuten geklärt.

6. Konzeption Tagespflege

Neben der ambulanten Übergangspflege soll das geplante Haus Oberhofen II eine Tagespflege mit 15 Plätzen umfassen. Nachfolgend sind die konzeptionellen Grundzüge der geplanten Tagespflege dargelegt.

6.1 Ziele

Die Stiftung Bruderhaus hat im Rahmen der Konzeptentwicklung folgende Ziele für die Tagespflege definiert:

- Sicherstellung einer Tagesstruktur und Einbindung der Gäste in alltagsnahe Tätigkeiten
- Förderung der Selbstständigkeit und der Selbstbestimmung der Betroffenen
- bei Bedarf Integration therapeutischer Leistungen in die Tagesstruktur / therapeutisch-rehabilitativer Ansatz
- Entlastung von pflegenden Angehörigen und somit Sicherung der Versorgung und des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit
- Ergänzung zum ambulanten Pflegedienst

6.2 Zielgruppen

Das Angebot der Tagespflege kann grundsätzlich von (pflegebedürftigen) Menschen genutzt werden, die noch zu Hause leben und am Tag auf Hilfe und eventuell Pflege angewiesen sind. Tagespflege soll pflegende Angehörige entlasten und die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit stärken.

Die Stiftung Bruderhaus möchte mit ihrer Tagespflege folgende Zielgruppe erreichen:

- pflegebedürftige Personen vorrangig im dritten oder vierten Lebensalter (ab ca. 75 Jahren) mit Bedarf an Tagesstrukturierung und Teilhabe
- Personen, die ihren Tagesablauf nicht mehr selbstständig strukturieren können
- Personen mit kognitiven Einschränkungen (z. B. dementielle Erkrankung)
- Personen mit therapeutischem Versorgungsbedarf

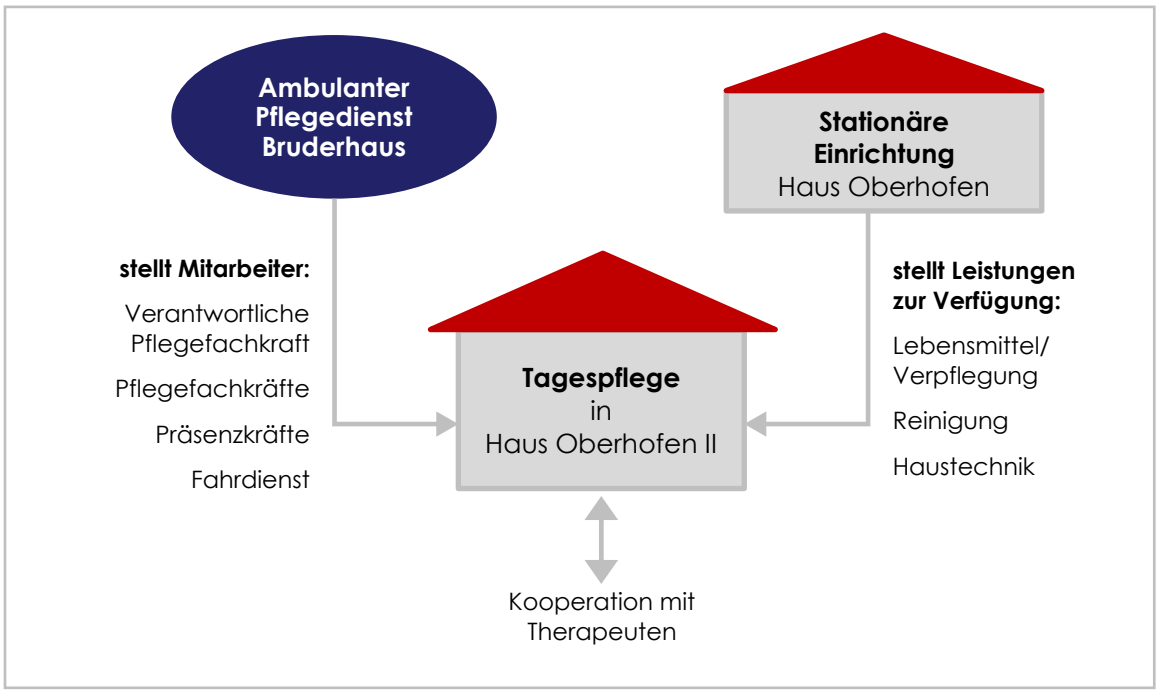
- Personen, deren Angehörige Entlastung benötigen (z. B. zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, für eine "Auszeit")

Durch den therapeutisch-rehabilitativen Ansatz der Tagespflege, ist sie auch geeignet für Personen, die nach einem Krankenhausaufenthalt von ihren Angehörigen zuhause versorgt werden. Hier kann der Aufenthalt in der Tagespflege zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes sowie zur Aktivierung und somit zur Sicherung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit beitragen.

6.3 Organisations- und Personalkonzept

Die Tagespflege in Haus Oberhofen II wird über 15 Plätze verfügen. Wie bei der ambulanten Übergangspflege werden Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes in der Tagespflege eingesetzt. Einzelne Leistungen werden von der stationären Einrichtung Haus Oberhofen zur Verfügung gestellt. In Abb. 14 ist die Grundorganisation grafisch dargestellt.

Abb. 14 Organisationskonzept der Tagespflege in Haus Oberhofen II



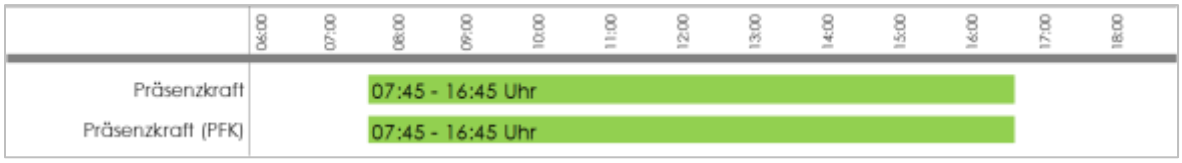
Das angedachte Personalkonzept der Tagespflege stellt sich wie folgt dar:

- Die Tagespflege soll der **Pflegedienstleitung** des trägereigenen ambulanten Pflegedienstes unterstellt werden. Es wird ein Gesamtversorgungsvertrag für den ambulanten Pflegedienst und die Tagespflege angestrebt.
- Darüber hinaus soll es eine **verantwortliche Pflegefachkraft** geben, welche die Leitung und Koordination der Tagespflege innehat.
- Die Präsenz in der Übergangspflege soll tagsüber durch **Pflegefachkräfte** und **weitere Präsenzkräfte** sichergestellt werden. Sie sollen die Betreuung der Gäste übernehmen, grundpflegerische Leistungen durchführen und die Mahlzeiten sicherstellen. Die Pflegefachkräfte werden zudem notwendige Leistungen der Behandlungspflege ausführen.
- Des Weiteren ist ein **Fahrdienst** verpflichtend und muss von der Tagespflegeeinrichtung abgedeckt werden. Er beginnt und endet an der Haustüre des Gastes (kein Bringen in die Wohnung). Der Fahrdienst soll durch geringfügig Beschäftigte (z. B. Rentner) geleistet werden.
- Von der stationären Einrichtung sollen **Leistungen im Bereich Verpflegung, Reinigung und Haustechnik** in Anspruch genommen werden.
- Die **Verwaltung** soll von dem ambulanten Pflegedienst übernommen werden.

Die ärztlich verordneten therapeutischen Leistungen sollen durch niedergelassene Therapeuten sichergestellt werden. Es ist angedacht, niedergelassenen Therapeuten Räumlichkeiten in der Einrichtung zur Verfügung zu stellen, in denen sie die Gäste der Tagespflege (und ggf. auch der Übergangspflege) behandeln können. Der Vorteil für den Therapeuten, wie auch für den Gast bestünde darin, dass Fahrten eingespart werden können und Synergieeffekte zum Tragen kommen.

Die Tagespflege soll von Montag bis Freitag von 08:00 bis 16:30 Uhr geöffnet haben. Folgende Personalbesetzung ist angedacht:

Abb. 15 Geplanter Personaleinsatz in der Tagespflege mit 15 Plätzen



Der Fahrdienst bringt die Gäste morgens in die Tagespflege und am Abend wieder nach Hause. Für den Fahrdienst sollen mindestens vier geringfügig beschäftigte Fahrer angestellt werden. So soll gewährleistet werden, dass die Fahrer am Tag entweder nur die Morgen- oder nur die Abendschicht fahren müssen und Urlaubs-/Krankheitsvertretungen abgedeckt sind.

Aufgrund des angedachten Personalkonzepts ergibt sich zunächst folgender Personalbedarf:

Tab. 5 Grobkalkulation Personalbedarf "Tagespflege" aufgrund geplantem Personaleinsatz für 15 Plätze

	Grobkalkulation Personalbedarf
Präsenzkräfte (Pflegefachkraft)	1,35 VK
Präsenzkräfte	1,35 VK
Fahrdienst	ca. 0,68 VK
Leitung und Koordination	0,50 VK
PDL ambulanter Pflegedienst	0,10 VK
Insgesamt	**3,98 VK**

Hinzu kommen weitere Personalanteile, die sich vorrangig aus den von der stationären Pflegeeinrichtung in Anspruch genommenen Leistungen ergeben (z. B. hauswirtschaftliche Leistungen).

Bei der Betrachtung außen vor gelassen sind die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 43 b SGB XI.

6.4 Finanzierung und Rahmenbedingungen

Die Finanzierung der Tagespflege ist klar geregelt. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß § 41 SGB XI Anspruch auf teilstationäre Pflege und erhalten dementsprechend folgende Leistungen:

Tab. 6 Leistungsansprüche Tagespflege nach § 41 SGB XI (Stand Dezember 2019)

	Monatlicher Leistungsanspruch
kein Pflegegrad	–
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 können zudem den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro im Monat für die Tagespflege einsetzen – sofern dieser nicht bereits anderweitig aufgebraucht ist. Personen ohne Pflegegrad müssen die Tagespflege komplett aus eigenen Mitteln finanzieren.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können die Tagespflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

Für die Tagespflege gilt der "Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg". Hierin sind unter anderem die Leistungen der Tagespflege und deren Abrechnung sowie Maßstäbe zur personellen Ausstattung festgelegt.

Im Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege sind folgende Personalrichtwerte festgelegt:

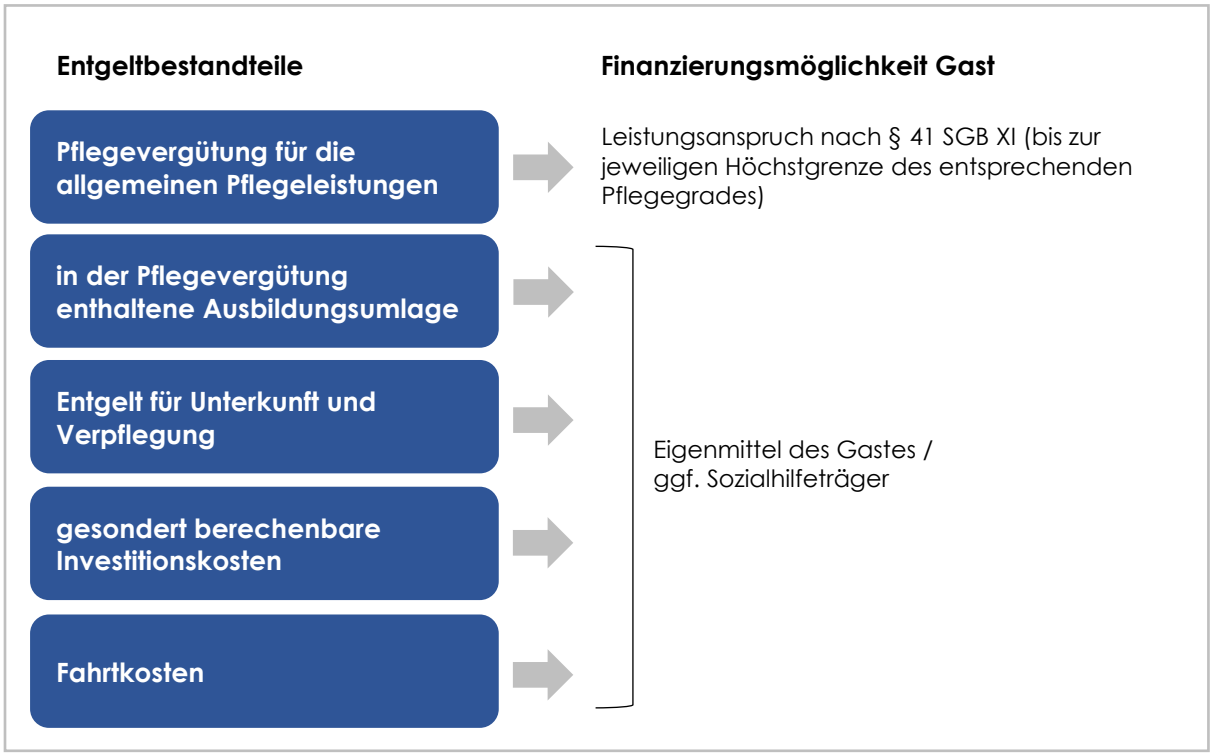
Tab. 7 Personalrichtwerte Tagespflege gem. § 18 des Rahmenvertrags für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (vom 15. September 2018)

	Personalrichtwert
Pflege und Betreuung, Fahrdienst	bis zu 1 : 3,25 *(Pflegegrade 1 bis 5)*
Hauswirtschaftsbereich	bis zu 1 : 30 *(unabhängig von den Pflegegraden)*
Leitung und Verwaltung	bis zu 1 : 30 *(unabhängig von den Pflegegraden)*

Der Personalrichtwert Pflege und Betreuung, Fahrdienst setzt eine 8,5-stündige Öffnungszeit an 250 Tagen im Jahr voraus. Weicht die Öffnungszeit hiervon ab, wird der Personalschlüssel prozentual angepasst (vgl. § 18 Abs. 2 Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg).

In der folgenden Abb. 16 sind die wesentlichen Vergütungsbestandteile in der Tagespflege dargestellt:

Abb. 16 Zusammensetzung des Entgelts für die Tagespflege und Finanzierungsmöglichkeiten für den Gast



Darüber hinaus haben alle Pflegebedürftige, auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Rechtsanspruch auf Maßnahmen zur zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 43 b SGB XI. Die Pflegekassen vereinbaren mit den Pflegeeinrichtungen einen entsprechenden (einrichtungsindividuellen) Vergütungszuschlag zur Finanzierung der Personalaufwendungen für die zusätzlichen Betreuungskräfte in der erforderlichen Höhe. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen (siehe § 84 Abs. 8 SGB XI). Der anzuwendende Personalrichtwert für diesen Bereich liegt derzeit bei 1 : 20.

6.5 Kalkulierte Kosten und Erlöse

Auf der Grundlage der unter Kapitel 6.3 dargelegten Organisations- und Personalstruktur kann für die Tagespflege in Haus Oberhofen II mit folgenden Kosten gerechnet werden (siehe Tab. 8):

Tab. 8 Grobkalkulation Kosten Tagespflege mit 15 Plätzen

	Grobkalkulation Kosten pro Jahr (ca.)
Personalkosten	275.100 Euro
Sachkosten	34.000 Euro
Sonstige Kosten/Investitionskosten/KFZ-Kosten[1]	58.500 Euro
Insgesamt	**367.600 Euro**

Um mögliche Erlöse der Tagespflege zu ermitteln, wurden durch die Stiftung Bruderhaus Pflegesätze kalkuliert, die unter Berücksichtigung einer Auslastung von 90 % auf das Jahr hochgerechnet wurden:

[1] KFZ-Kosten ohne Anschaffungskosten, AfA, Zins

Tab. 9 Grobkalkulation Erlöse Tagespflege mit 15 Plätzen

	Grobkalkulation Kosten pro Jahr (ca.)
Erlöse aus Pflegevergütung	263.000 Euro
Erlöse aus Vergütung für Unterkunft/Verpflegung	41.100 Euro
Erlöse aus Vergütung für Investitionskosten	50.600 Euro
Erlöse aus Fahrtkostenpauschale[2]	10.600 Euro
Insgesamt	**365.300 Euro**

Nach einer ersten Betrachtung der zu erwartenden Kosten und Erlöse im Bereich der geplanten Tagespflege, ist das Konzept aus Sicht der Stiftung Bruderhaus umsetzbar (siehe auch Tab. 10).

Tab. 10 Gegenüberstellung der kalkulierten Kosten und Erlöse für die Tagespflege mit 15 Plätzen

	Euro pro Jahr (ca.)
Grobkalkulation Kosten insgesamt	367.600 Euro
Grobkalkulation Erlöse insgesamt	365.300 Euro

Aufgrund der Kosten- und Erlösberechnung erscheint eine Umsetzung des Konzepts der Tagespflege finanziell machbar. Es bestehen beispielsweise im Bereich der von der stationären Einrichtung zu beziehenden Leistungen oder im Bereich der Personalkosten noch Möglichkeiten, das Kosten- und Erlösverhältnis zu optimieren.

Risiken bei der Umsetzung der Tagespflege liegen insbesondere in der Auslastung während der Anlaufphase bzw. schrittweisen Inbetriebnahme.

Wie unter Kapitel 6.3 dargestellt, wird für den ambulanten Pflegedienst und die Tagespflege aufgrund der angedachten Leitungs- und Personalstruktur ein Gesamtversorgungsvertrag angestrebt. Das Zustandekommen eines solchen ist derzeit noch unsicher, beeinflusst jedoch nicht die Machbarkeit der Umsetzung des Konzepts.

[2] Der Berechnung der Erlöse aus den Fahrtkostenpauschalen wurden verschiedene Annahmen zur Inanspruchnahme und regionalen Verteilung der Gäste zugrunde gelegt.

7. Resümee

Die Projektergebnisse zeigen auf, dass das entwickelte Konzept einer ambulanten Übergangspflege mit dem Ziel der Rückführung des Gastes in die eigene Häuslichkeit und der angegliederten Tagespflege mit therapeutisch-rehabilitativem Ansatz unter den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen finanziell machbar ist. Die Finanzierung der ambulanten Übergangspflege setzt voraus, dass die Ärzte auf der Grundlage der geltenden Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie von 2019 die notwendigen Verordnungen nach § 37 SGB V ausstellen und die Verordnungen von den Kassen genehmigt werden.

Für die Stiftung Bruderhaus runden die ambulante Übergangspflege und die rehabilitative Tagespflege das Angebotsportfolio ab und sind wichtige Bausteine in der künftigen Versorgung von älteren hilfebedürftigen Menschen. Die Vielfalt der Angebote ist auch für Mitarbeiter attraktiv, da sie ihnen unterschiedliche Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeiten bietet.

Das angedachte Konzept führt zwischen ambulanter Übergangspflege und Tagespflege zu Synergieeffekten. So ist es denkbar, dass ein Gast der ambulanten Übergangspflege die Betreuungsangebote der Tagespflege mitnutzen kann – beispielsweise bei demenzieller Erkrankung des Gastes. Ein noch eher fitter Tagespflegegast könnte Gesprächspartner in der ambulanten Übergangspflege finden. Die tagsüber durchgängige Anwesenheit einer Fachkraft in der Tagespflege stellt auch eine Sicherheit für die ambulante Übergangspflege dar.

Noch nicht abschließend geklärt werden konnte die ärztliche Versorgung bei der ambulanten Übergangspflege. Hier sind die angedachten Varianten weiter zu verfolgen und zu prüfen. Positiv in diesem Zusammenhang ist die gegenseitige Bereitschaft der Stiftung Bruderhaus und der OSK zur Kooperation. Es werden bereits Vorbereitungen für einen Kooperationsvertrag getroffen.

Aus Betroffenensicht führt das ambulante Setting bei der Übergangspflege aufgrund der unterschiedlichen Leistungsansprüche nach SGB V und SGB XI bei nicht pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Personen zu einer Ungleichbehandlung in Bezug auf die Finanzierung des Angebots. Die bestehende Ungleichbehandlung könnte durch eine rechtliche Änderung und Aufgabe der bestehenden Sektorentrennung SGB V und SGB XI aufgehoben werden.

Das von der Stiftung Bruderhaus entwickelte Konzept ist grundsätzlich übertragbar auf andere Träger. Allerdings ist es an die individuellen Rahmenbedingungen des jeweiligen Trägers anzupassen, z. B. in Bezug auf bauliche Gegebenheiten, Platzzahl, Angliederung an einen ambulanten Dienst bzw. stationäre Einrichtung, bestehende Kooperationen mit Krankenhäusern.

Für ein Gelingen ist es von Vorteil, wenn der Träger über Erfahrungen im ambulanten als auch im stationären Bereich verfügt, und wenn bereits eine positive Zusammenarbeit zwischen dem Träger und der Klinik besteht.

8. Literatur

Deckenbach, B., Stöppler, C., Klein, S. (2013): Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Studienbericht für des Bundesministeriums für Gesundheit. Hrsg.: IGES.
URL: 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). Zuletzt geändert am 15. August 2019.
URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1980/HKP-RL_2019-08-15_iK-2019-12-06.pdf (letzter Zugriff 29.01.2020)

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.

Heiliggeistspitalstiftung Freiburg (2019): Modellprojekt "Ambulante Übergangspflege" gefördert vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Kurzbericht.
URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Modellprojekt_Ambulante_Uebergangspflege_Kurzbericht_2019.pdf (letzter Zugriff 22.01.2020)

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 (letzter Zugriff 28.02.2019)

Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) (2007): Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation.
URL: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/RE_MoGeRe_070501_1_.pdf (letzter Zugriff 23.01.2020)

Anhang

Anhang 1: Muster-Verordnung Häusliche Krankenpflege

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)*

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung ☐ Unfall vom T T M M J J bis T T M M J J

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
☐ Herrichten der Medikamentenbox					
☐ Medikamentengabe					
☐ Injektionen ☐ herrichten ☐ intramuskulär ☐ subkutan					
Blutzuckermessung					
☐ Erst- oder Neueinstellung *(max. 4 Wochen und max. 3x täglich)* ☐ bei intensivierter Insulintherapie					
Kompressionsbehandlung ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits					
☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen					
☐ Kompressionsverbände anlegen ☐ Kompressionsverbände abnehmen					
☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art					
Wundversorgung, Präparate					
Lokalisation / aktuelle Größe / aktueller Grad					
☐ Dekubitusbehandlung					
☐ andere Wundverbände					
Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege					
Anleitung zur Behandlungspflege *für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung)*					

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V					
☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V					
☐ Grundpflege					
☐ hauswirtschaftliche Versorgung					

Weitere Hinweise

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 12a (10.2017)

MUSTER

Quelle: http://www.kbv.de/media/sp/Muster_12_2017.pdf

Anhang 2: Grobkalkulation Kosten der ambulanten Übergangspflege

	Grobkalkulation Euro pro Jahr (ca.)
Personalkosten	**324.000 Euro**
▪ Präsenzkräfte	162.700 Euro
▪ Hauswirtschaftliche Unterstützungskräfte	37.200 Euro
▪ Nachtdienst	21.100 Euro
▪ Fallmanager	90.000 Euro
▪ PDL ambulanter Dienst	8.000 Euro
▪ Verwaltung	5.000 Euro
Sachkosten	**30.400 Euro**
▪ Verpflegung	20.400 Euro
▪ Verwaltungskostenbeitrag, Geschäftsführung etc.	5.000 Euro
▪ allg. Material- und Pflegeaufwand	5.000 Euro
Sonstige Kosten/Investitionskosten	**52.500 Euro**
▪ Gebäudebetriebskosten (Energie, Wartung, Instandhaltung etc.)	7.500 Euro
▪ AfA Gebäude	24.000 Euro
▪ Zins Gebäude	9.000 Euro
▪ AfA, Zins Inventar	12.000 Euro
Grobkalkulierte Kosten insgesamt	**406.900 Euro**

Grobkalkulierte Erlöse insgesamt	423.900 Euro
Differenz	+ 17.000 Euro

Anhang 3: Muster Versorgungspfad

erarbeitet im Rahmen des Modellprojekts "Ambulante Übergangspflege" der Heiliggeistspitalstiftung Freiburg (vgl. Heiliggeistspitalstiftung Freiburg, 2019)

Aufnahme mit Diagnose

Auf der Grundlage des Überleitungsbogens des KHs wird abgeschätzt, ob Patient für amb. Übergangspflege in Frage kommt und somit ob Aufnahmegespräch stattfindet

Diagnose / Pflegegrad

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

Häusliche Situation:

Ziele und Wünsche des Patienten:

Professionelle Einschätzung:

Ziele:

Maßnahmen:

Zwischenergebnis/Zielerreichung (nach 1 Woche)

Bewertung Zielerreichung (z. B. anhand Maßnahmenplanung):

Maßnahmen	Veränderungen

Zwischenergebnis / Zielerreichung (nach 2 Wochen)

Bewertung Zielerreichung (z. B. anhand Maßnahmenplanung):

Maßnahmen	Veränderungen

Entlassung in die eigene Häuslichkeit

nein

Alternative Anschlussversorgung:

→ ggf. Anpassung der Ziele und Maßnahmen

ja

Vorbereitung Entlassung (3 Tage vor Entlasstermin)

Vorbereitung häusliche Versorgung:

Vorbereitung alternative Anschlussversorgung (z. B. Reha):

Entlasstag organisieren (Abholung etc.)

Entlasstag

Veränderungen in folgenden Bereichen:

Maßnahmen	Veränderungen

Zielerreichung "Entlassung in geplante Versorgung"

entsprechende Formulare mitgeben

Anhang 4: Muster Leistungsprofil

erarbeitet im Rahmen des Modellprojekts "Ambulante Übergangspflege" der Heiliggeistspitalstiftung Freiburg (vgl. Heiliggeistspitalstiftung Freiburg, 2019)

Leistungsprofil (Erhebung der in Anspruch genommenen Leistungen) für KZP-Gäste der KZP-Arten Krise und Entlastung

Person/Fall:

KZP-Art: ☐ Krise ☐ Entlastung Anmerkungen zur KZP-Art:

		Anmerkungen:
1.	In welchen Pflegegrad ist die Person im Sinne des SGB XI eingestuft?	☐ ohne Pflegegradeinstufung ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5
2.	Welche Diagnosen liegen vor? Bitte benennen Sie die relevanten:	
3.	Liegt eine demenzielle/gerontopsychiatrische Erkrankung vor?	☐ ja ☐ nein
4.	Liegt ein sonstiger erhöhter allgemeiner Betreuungsbedarf vor (z. B. aufgrund von Blindheit)?	☐ ja ☐ nein
	Wenn ja, bitte kurz beschreiben:	

1
© aku

Behandlungspflege aufgrund ärztlicher Verordnung (nach § 37 SGB V)

Erhält die Person folgende Leistungen?	ja	nein	Wenn ja: Häufigkeit / Dauer?	
			tagsüber	nachts
Blutdruckmessung	☐	☐		
Blutzuckermessung	☐	☐		
Subkutane Injektionen	☐	☐		
Richten von Injektionen	☐	☐		
Auflegen von Kälte- und Wärmeträgern	☐	☐		
Medikamentengabe	☐	☐		
Anti-Thrombosestrümpfe Kl. II-IV an-/ausziehen	☐	☐		
Stütz- oder Kompressionsverband anlegen/abnehmen	☐	☐		
Blasenspülung	☐	☐		
Instillation	☐	☐		
Dekubitusbehandlung Grad 2	☐	☐		
Inhalationen	☐	☐		

© aku

Erhält die Person folgende Leistungen?	ja	nein	Wenn ja: Häufigkeit / Dauer?	
			tagsüber	nachts
Injektionen i. m.	☐	☐		
Verbandswechsel suprapubischer Katheter	☐	☐		
Verbandswechsel und Versorgung einer PEG	☐	☐		
Stomabehandlung (alleiniger Wechsel der Basisplatte ist kein Verbandswechsel, sondern eine grundpflegerische Verrichtung)	☐	☐		
Richten von Medikamenten	☐	☐		
Med. Teilbad zur Behandlung bei Hauterkrankungen	☐	☐		
i. v. Infusionen: Abhängen von Infusionen	☐	☐		
Entfernen einer subkutanen Infusion	☐	☐		
Versorgung und Überprüfung von Drainagen	☐	☐		
Absaugen	☐	☐		
Dekubitusbehandlung Grad 3 und 4	☐	☐		

© aku

Erhält die Person folgende Leistungen?	ja	nein	Wenn ja: Häufigkeit / Dauer?	
			tagsüber	nachts
Einlauf, Klysma/Klistier, digitale Enddarmausräumung	☐	☐		
Abhängen/Wechseln von i. v. Infusionen	☐	☐		
Katheterisierung der Harnblase	☐	☐		
Legen und Wechseln von Magensonden	☐	☐		
Wechsel und Pflege der Trachealkanüle	☐	☐		
Pflege des zentralen Venenkatheters	☐	☐		
Wundverbände anlegen und wechseln (Wundschnellpflaster wie Heftpfleger, Abposterung, Sprühverband sind keine HKP)	☐	☐		
Med. Vollbad zur Behandlung bei Hautkrankheiten	☐	☐		
Legen und Anhängen/Wechseln einer s. c. Infusion zur Flüssigkeitssubstitution	☐	☐		

© aku

Leistungen der Pflegeversicherung nach § 36 SGB XI

Erhält die Person folgende Leistungen?	ja	nein	Wenn ja: Häufigkeit / Dauer?	
			tagsüber	nachts
Große Toilette	☐	☐		
Kleine Toilette	☐	☐		
Transfer/An-/Auskleiden	☐	☐		
Hilfe bei Ausscheidungen	☐	☐		
Spezielles Lagern	☐	☐		
Mobilisation	☐	☐		
Einfach Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	☐	☐		
Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	☐	☐		
Verabreichung von Sondennahrung mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe	☐	☐		
Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	☐	☐		
Zubereitung einer einfachen Mahlzeit	☐	☐		

© aku

Erhält die Person folgende Leistungen?	ja	nein	Wenn ja: Häufigkeit / Dauer?	
			tagsüber	nachts
Essen auf Rädern / stationärer Mittagstisch	☐	☐		
Zubereitung einer (warmen) Mahlzeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen	☐	☐		
Einkauf/Besorgung (pro angefangene ¼ Stunde)	☐	☐		
Waschen/Bügeln/Putzen (pro angefangene ¼ Stunde)	☐	☐		
Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes	☐	☐		
Beheizen	☐	☐		
Erstbesuch	☐	☐		
Pflegerische Betreuungsmaßnahme (pro angefangene ¼ Stunde)	☐	☐		

© aku

Anhang 5: Überleitungsbogen der OSK

OSK		Revision: 2 Gültig ab: 22.10.2014 Dok.-Nr.: AA-00013
Arbeitsanweisung	**Merkblatt zum Entlassbericht / Pflegeüberleitungsbericht**	Abteilung: alle Mitarbeiter: alle Standort: alle

Eine gute Kooperation lebt vom Austausch und von einem konstruktiven Umgang miteinander. Der Überleitungsbericht kann die Zusammenarbeit erleichtern. Der Patient/ Bewohner muss über die Weitergabe von Daten zum Zweck der Weiterbehandlung bzw. Pflege informiert und einverstanden sein.

Entlassbericht

- dient zur Übermittlung von medizinischen und sozialen Daten und wird in mehrfacher Ausfertigung erstellt
- ist wie die üblichen Arztformulare EDV-kompatibel aufgebaut, in das Feld links oben werden Patientendaten und die Krankenkassenzugehörigkeit eingetragen

- wird bei der Entlassung vom Entlassarzt am Tag vor der Entlassung an den Hausarzt gefaxt und
- am Tag der Entlassung dem Patienten mitgegeben
- eine Fassung bleibt in den Unterlagen des Krankenhauses
- eine Fassung geht an die nachsorgende Pflegeeinrichtung

Blatt 1

- dient zur weiteren Erläuterung pflegerischer Daten
  wird als Ergänzung im Bedarfsfall eingesetzt

Pflegeüberleitungsbericht Blatt 2 und 3 dient zur Übermittlung der pflegerischen Daten und wird in einfacher Ausfertigung erstellt

- wird bei jedem Patienten, der eine pflegerische Nachsorge benötigt, ausgefüllt (Ausnahme: Patienten, die lediglich eine Behandlungspflege verordnet bekommen)
- gibt die vorversorgende Pflegeeinrichtung bei Bekanntgabe des stationären Aufenthaltes eines Patienten den ausgefüllten Bogen an das Krankenhaus
- wird spätestens am Tag der Entlassung an die Einrichtung übermittelt.

Blatt 4

- dient als Ergänzung für Patienten, die von einer Intensivstation verlegt werden

kann bei unveränderter Pflegesituation vom Krankenhaus wieder an die Pflegeeinrichtung mitgegeben werden.
Die schriftliche Überleitung ist die Grundlage der Überleitung und wird ergänzt durch die telefonische Übermittlung von Daten bei der Anmeldung des Patienten und bei besonderen Informationen. Bei Neuaufnahmen der Pflegeeinrichtungen und bei Patienten mit besonderer Wundheilung kann 1-2 Tage vor der Entlassung eine persönliche Überleitung im Krankenhaus stattfinden.

Pflegeüberleitungsbericht _____

Name des Patienten / der Patientin:	**Blatt 1 Behandlung**

Wundversorgung:

Wundtyp: _____

Grad/Stadium: _____

Wundlokalisation: _____

Wundgröße: Länge: _____

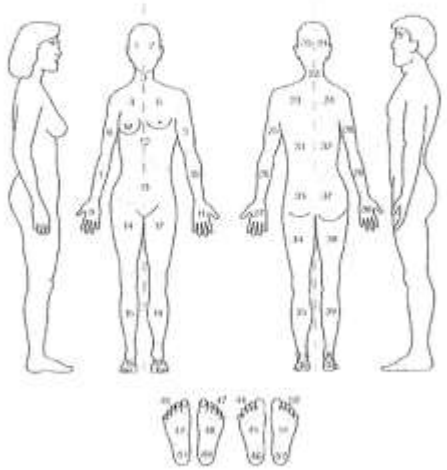
Breite: _____

Tiefe: _____

bisherige Behandlung

_____

Besonderheiten: _____



Verband:

Kompressionsverband: ❑ Oberschenkel ❑ Unterschenkel ❑ AT-Strümpfe Größe:

Besonderheiten: _____

Diabetes:

	Blutzucker	Insulininjektion	Besonderheiten:
wie oft:			
selbständig:			
Anleitung:			
Übernahme:			

Stomaversorgung:

Stomaberater eingeschaltet ❑ ja, wer_____ ❑ nein

❑ Enterostoma ❑ Urostoma ❑ Tracheostoma

Verwendetes Produkt:_____

❑ selbständig ❑ Anleitung ❑ benötigt Hilfe ❑ Übernahme erforderlich ❑ Überwachung

Besonderheiten: _____

_____

Schmerzen:

❑ immer ❑ beim Verbandswechsel ❑ manchmal ❑ nie

Lokalisation: _____

Besonderheiten: _____

Bestehen ansteckende Krankheiten gem. §36 (4) IfSG wie z.B. TBC, MRSA? .....

Sonstiges

_____

_____

Pflegeüberleitungsbericht _____

Name des Patienten / der Patientin:						**Blatt 2 Pflege**
Kommunikation:	Pat. kann sich sprachlich verständigen ❑ ja ❑ nein					Muttersprache:
	❑ Sehstörung ❑ Sehhilfe re/li			❑ Schwerhörigkeit		❑ Hörhilfe re/li
	Bemerkungen:					
Orientierung:		nein	teilw.	ja	Weglauftendenz: ❑ ja ❑ nein	
	zeitlich:	❑	❑	❑	Grund:	
	v.a. nachts	❑	❑	❑		
	örtlich:	❑	❑	❑	Freiheitsentziehende Maßnahmen:	
	zur Person:	❑	❑	❑		
	situativ:	❑	❑	❑		
	kooperativ	❑	❑	❑	❑ zeitweise: _____ ❑ kontinuierlich	
	Bemerkungen:					
Psychische Lage:	❑ ausgeglichen ❑ traurig ❑ ängstlich ❑ depressiv					
	❑ aggressiv ❑ unruhig ❑ euphorisch ❑ Schmerzen (s. Anlage)					
	Bermerkungen:					
Mitarbeit bei Pflege und Therapie:	❑ entwickelt Eigeninitiative ❑ aktiv ❑ aktiv auf Aufforderung ❑ passiv					
	Bemerkungen:					
Schlaf:	❑ unauffällig ❑ Einschlafstörungen ❑ Durchschlafstörungen					
	❑ gestörter Tag-Nacht-Rhythmus ❑ unruhig					
	Bemerkungen:					
Essen und Trinken:	Essverhalten:	Trinkverhalten:	max. Trinkmenge:			
	❑ selbständig	❑ selbst. gut	Zahnprothese: ❑ oben ❑ unten			
	❑ benötigt Hilfe	❑ regelm. auffordern	Teilprothese: ❑ oben ❑ unten			
	❑ total hilfsbedürftig	❑ benötigt Hilfe	letzte Kostform/ Diät:			
	❑ Schluckstörungen					
	❑ Besonderheiten:					
	❑ Ernährungssonde /Art:	seit:	welche Kost:			
	Bemerkungen					
Bewegung/ Mobilität:	Fortbewegung:	Treppensteigen	Bett-Stuhl-Transfer:	Drehen im Bett:		
	❑ unabhängiges Gehen	❑ unabhängig	❑ unabhängig	❑ selbständig		
	❑ mit Hilfe von __ Pers.	❑ mit Hilfe	❑ mit Hilfe	❑ mit Hilfe		
	❑ kann nicht gehen	❑ nicht möglich	❑ bettlägerig	❑ total hilfsbed.		
	körperliche Einschränkungen:					
	❑ Arm/Beinprothese re/li	❑ Kontrakturen / Lähmungen:				
	Bemerkungen:					
Waschen / tgl. Körperpflege / Ankleiden:	Selbständigkeit:	Örtlichkeit:	Ressourcen des Patienten:			
	❑ selbständig	❑ am Waschbecken				
	❑ benötigt Anregung	❑ im Bett				
	❑ benötigt Hilfe	Besondere Pflegemittel:				
	❑ total hilfsbedürftig					
	Bemerkungen:					

Patienten / der Patientin:	**Blatt 3 Pflege**				
Atmung	❑ abhäng. O_2 Oxygenator ..... ❑ Liter O_2 ..... ❑ Intervall	❑ abhäng. von Heimbeatmungsgerät			
	❑ Positionierung d. Pat.: ❑ Oberkörper - hoch ❑				
	Bemerkungen				
Ausscheidung:	Stuhl: ❑ kontinent	❑ gelegentlich inkontinent	❑ inkontinent		
	Inkontinenzvers.:				
	Urin: ❑ kontinent	❑ gelegentlich inkont.	❑ inkontinent		
	Inkontinenzvers.:				
	Neigung zu:	❑Verstopfung ❑ Durchfall	❑ Blasenkatheter	❑ Suprapub. Kath.	
	regelmäßige Stuhlregulierung:		Ch:	letzter Wechsel:	
	letzter Stuhlgang:				
	❑ Enterostoma (s. Anlage)	Indikation:			
Hautzustand:	Bemerkungen:				
	❑ intakt	❑ exsikkiert	❑ Pilzinfektion	wo:	
	❑ Dekubitus (s. Anlage)		❑ Pflegehinweise / Material (s. Anlage)		
	Bemerkungen:				
Bemerkungen:	Angehörigen-Anleitung:	❑ durchgeführt	❑ erforderlich		
	Sonstiges:				
Mitgabe von:	❑ Zahnprothese	❑ Hörhilfe	❑ Sehhilfe	❑ Gehhilfe	❑ Versichertenkarte

Bisherige Medikation (nur durch ambulante Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen auszufüllen):

❑ Für die weitere Versorgung der Patientin/des Patienten sind die notwendigen Maßnahmen eingeleitet durch
❑ Entlassarzt ❑ Sozialdienst ❑ Patienten/otsen/Case-Manager ❑ Pfl-Überleitung ❑Andere:
bereits ❑ organisiert ❑ vorhanden ❑ empfohlen
❑ Hilfsmittel: _____
❑ Essen auf Räder ❑ Hausnotruf ❑ Hospizdienst ❑ Zu Hause Leben ❑ Clinic Home ❑ Andere

_____
Hausarzt (Name, Tel.)

_____
Angehörige/Pflegeperson (Name, Tel.) bzw. Gesetzlicher Betreuer (Name, Tel.)

_____
Stationäre Pflegeeinrichtung (Name, Tel.) bzw. Ambulanter Pflegedienst (Name, Tel.)

_____
Sozialdienst eingeschaltet (Name, Tel.)

Der Patient/ die Patientin ist über die Informationsweitergabe zum Zweck der Weiterbehandlung bzw. Pflege informiert und einverstanden. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung

zuständige Pflegekraft Einrichtung/ Dienst/ Station: Tel.:

Datum, Unterschrift

Anhang 6: Formular "Aufnahme und Entlassplanung"

in Anlehnung an das von der Heiliggeistspitalstiftung Freiburg erarbeitete Formular (vgl. Heiliggeistspitalstiftung Freiburg, 2019)

Aufnahme-/Entlassbogen zur Ergänzung des Überleitungsbogens, SIS und Maßnahmenplanung

Formular: Aufnahmegespräch (im KH)

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

Wohnhaft Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum.: ___.___.___

Geplanter Aufnahmetag: ___.___.___ 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.

Seite 1/10

© aku

Benötigte Verordnungen					
		Liegt vor	Bestellt	Leistungserbringer	1. Termin am / um
☐	häusl. Kranken-pflege	☐	☐	_____	___.___/___:___
☐	Physiotherapie	☐	☐	_____	___.___/___:___
☐	Logopädie	☐	☐	_____	___.___/___:___
☐	Ergotherapie	☐	☐	_____	___.___/___:___
☐	Lymphdrainage	☐	☐	_____	___.___/___:___
☐	Sonstiges: _____	☐	☐	_____	___.___/___:___

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?	☐ Ja	☐ Nein
B) Tagesstrukturplan erstellt?	☐ Ja	☐ Nein
C) Medikamentenversorgung sichergestellt?	☐ Ja	☐ Nein
D) Verordnungen und 1. Termin vollständig?	☐ Ja	☐ Nein
E) Vor Ort benötigte Hilfsmittel alle vorhanden?	☐ Ja	☐ 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?	☐ Ja	☐ Nein
Medikamente mitgegeben?	☐ Ja	☐ Nein
Versichertenkarte mitgegeben?	☐ Ja	☐ Nein
Persönliche (Wert-)Sachen mitgegeben?	☐ Ja	☐ Nein
Hilfsmittel mitgegeben?	☐ Ja	☐ Nein
Ggf. Überleitungsbogen mitgegeben?	☐ Ja	☐ Nein
Anlage "Entlassplanung" ausgefüllt/aktualisiert, besprochen und mitgegeben?	☐ Ja	☐ 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)
_____	_____

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	☐	☐	☐	☐
konkretisierte Lösung				
bis wann				
wer				
Lösung				
Gesprächsergebnis / Problem(e)				

©

Anlage: Formular "Zeitplan"

Vor- und Nachname

Zeitplan zur eigenen Organisation des Klienten

Hilfe und Unterstützung in folgenden Bereichen	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
Vormittags/Mittag														
Nachmittags/Abends														

P: professioneller Dienstleister *A: andere wie Partner, Angehörige, Bekannte, Nachbarn ...*

©