

Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung

PROJEKT:
BERATUNGSPFLEGER

(Teil 2)

Dieter Liedtke
Marlies Wanjura

Diskussionspapier 13

November 1989

Herausgegeben von der
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Referat Sozial- und Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fachinformationssysteme



PROJEKT:
BERATUNGSPFLEGER
(Teil 2)

Dieter Liedtke
Marties Wanjura

Diskussionspapier 13

November 1989

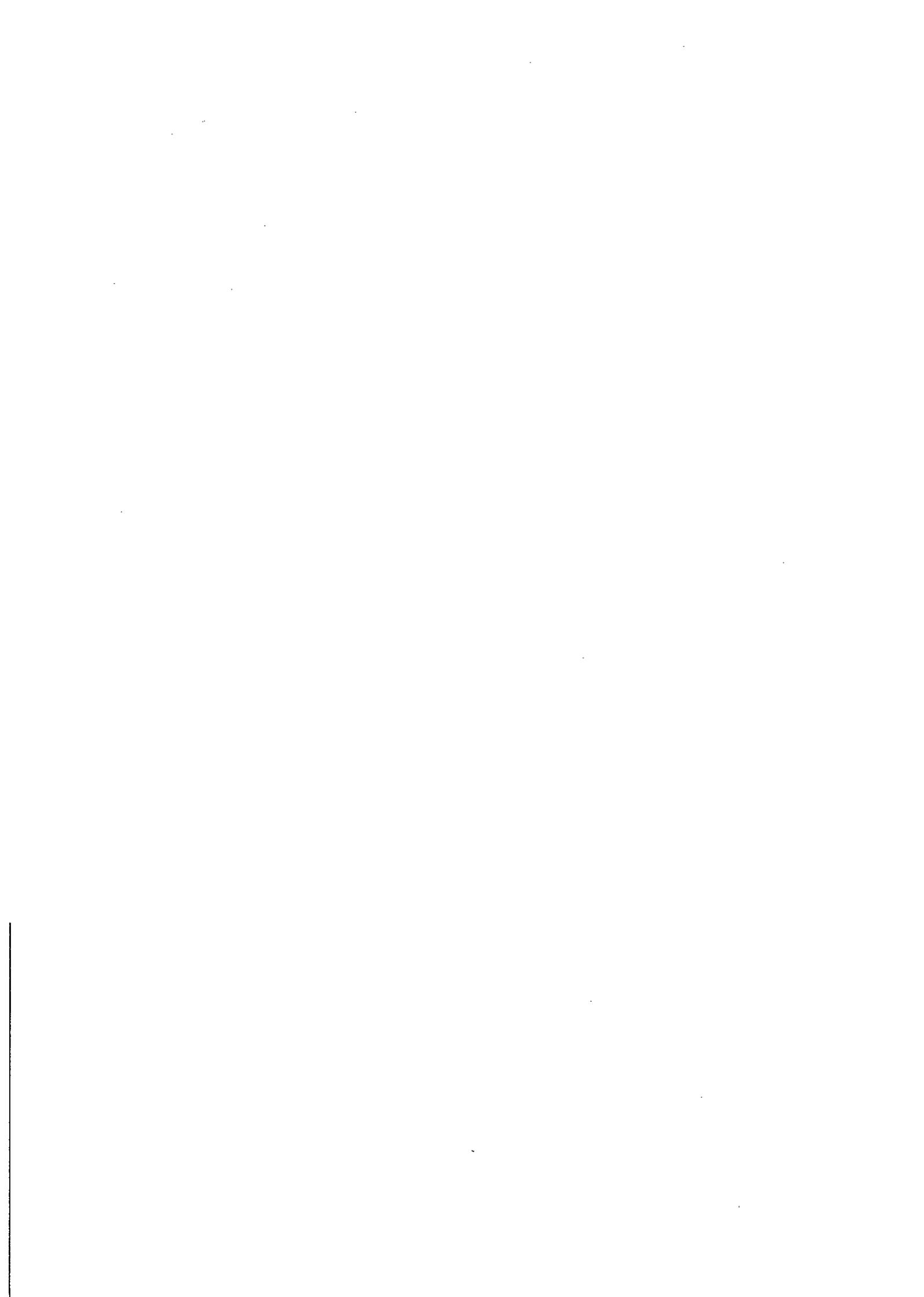
HERAUSGEBER: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin;
Schriftleiter: Priv.-Doz. Dr. G. Meinschmidt.
An der Urania 12, 1 000 Berlin 30.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet



PROJEKT BERATUNGSPFLEGER

(Teil 2)

	Inhalt	Seite
1.	Einleitung	2
2.	Ziel des Berichts	2
3.	Ergebnisse	3
3.1	Akzeptanz der Beratungspfleger durch das Krankenhaus	3
3.2	Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege	4
3.3	Altersstruktur	4
3.4	Vermittlung von Hilfskräften	5
3.5	Flankierende Maßnahmen	5
3.6	Zeitlicher Vorlauf	6
3.7	Entlassungsvisiten und persönliche Übergaben	6
3.8	Soziales Umfeld	7
3.9	Patientenübernahme	7
3.10	Entlassungsberatung	7
4.	Morbidität	8
4.1	Entlassungsdiagnosen	8
4.2	Pflegebedürfnisse	9
4.3	Anbieter häuslicher Krankenpflege	10
5.	Zusammenfassung	11



1. Einleitung

Die Sozial- und Gesundheitspolitik der Stadt sieht vor, bei der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Personen dem ambulanten Pflegebereich Priorität einzuräumen. Krankenhäuser, Krankenhäuser und Pflegeheime sollen entlastet werden. Einerseits können Kosten gespart werden, andererseits bleiben die Patienten in ihrer vertrauten Umgebung.

Die ambulante Pflege wird heute von 68 Sozialstationen ermöglicht, die über qualifiziertes Kranken-, Alten- und Hauspflegepersonal verfügen. Die angebotenen Leistungen sind vielfältig, es bestehen jedoch darüberhinaus noch breite Informationsdefizite. Deshalb wird seit Januar 1988 von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ein Modellprojekt zur Verbesserung der Überleitung der Patienten vom stationären in den ambulanten Bereich gefördert. Träger des Projekts ist das Diakonische Werk. Das Humboldt-Krankenhaus als Standort des Projekts unterstützt die Arbeit und stellt die entsprechenden Rahmenbedingungen. Büro, Telefonanlage, Signalruf (Pieper), Dienstbekleidung usw. zur Verfügung.

Bei der Überleitung der Patienten ist das Zusammenspiel von stationärer und ambulanter Pflege von besonderem Interesse, da dringend benötigte Akutbetten oft von Chronisch-kranken belegt werden, für die es Pflegealternativen gäbe. Weiterhin könnten die entstehenden Kosten durch eine verbesserte Koordination im pflegerischen Bereich erheblich gesenkt werden.

Um an dieser Schnittstelle zu Verbesserungen zu kommen, wurde am 1. Januar 1988 im Humboldt-Krankenhaus das Projekt Beratungspfleger gestartet. Aufgabe des Beratungspflegers ist es, bestehende Informations- und Kooperationsdefizite zwischen Krankenhäusern und Sozialstationen abzubauen. Das geschieht u.a. durch Fortbildungsveranstaltungen für das Krankenhaus- und Sozialstationspersonal, ausführliche Beratungsgespräche mit Patienten und Angehörigen, Unterstützung bei der Handhabung von Pflegeüberleitungsbögen, frühzeitigen Kontakt und Absprache mit den Sozialstationen sowie Unterstützung des krankenhausinternen Sozialdienstes. Vorhandene Schwachstellen sollen vom Beratungspfleger analysiert und verbessert werden.

In einem ersten Teilbericht wurden Ergebnisse der Ist-Analyse, das Projektdesign und die Arbeitsabläufe beschrieben.

2. Ziel des Berichts

In dem hier vorgelegten 2. Bericht wird eine Analyse bezüglich der Effizienz- und der Qualitätsveränderungen durch das Projekt erstellt.

Zu dem herkömmlichen Pflegeüberleitungsbogen (Anlage 1), der vom Krankenhauspersonal ausgefüllt wird und Informationen über den Gesundheits- und Pflegezustand des Patienten enthält, wurde ein statistischer Begleitbogen erstellt. Dieser Bogen wurde so konzipiert, daß er im Ankreuzverfahren zum Selbstauffüllen geeignet ist. Er enthält Informationen über Alter, Geschlecht, Erkrankung und Pflegezustand des Patienten, sein soziales Umfeld sowie die besonderen Umstände der Pflegeüberleitung, die Dauer und Beratung.

Bevor die Auswertung und die sich daraus ergebenden Resultate vorgestellt werden, soll zur Verdeutlichung des Arbeitsablaufes "Pflegeüberleitung" dieser kurz skizziert werden (siehe Anlage 2).

Der Weg der Überleitung der Patienten von der stationären in die ambulante Pflege ist in zwei Bereiche aufgeteilt, dem medizinisch-pflegerischen und dem sozialpflegerischen.

Die Informationssammlung erfolgt separat durch entsprechend fachkompetente Berufsgruppen einerseits durch die Sozialarbeit und andererseits durch die Krankenpflege. Um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten, treffen beide Informationsstränge im Sozialdienst bei der Übergabe an die Sozialstation bzw. Pflegestation zusammen.

Die Einführung der medizinisch-pflegerischen Überleitung in Ergänzung zur sozialpflegerischen hat

- eine Erweiterung der Vorlaufzeit vor einem geplanten Entlassungstermin und
- die fachkompetente Beteiligung des Krankenpflegepersonals bei der Überleitung bewirkt

Eine differenzierte Darstellung von Pflege in den Überleitungsbögen verdeutlicht, daß Krankenpflege eine Disziplin im Gesundheitswesen ist, die spezielles Wissen, besondere pflegerische Fähigkeiten und die Erfassung von Zusammenhängen erfordert. Krankenpflege im stationären und ambulanten Bereich umfaßt die Gesamtheit pflegerischen Handelns bei gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen zur Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung der normalen physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Aufgabe der einzelnen Pflegekräfte ist dabei zielgerichtet auf die unmittelbare pflegerische Betreuungsleistung für den Einzelnen, seine Familie oder die Gemeinschaft. In dem gesamten Projektzeitraum haben Pflegekräfte im Krankenhaus in Zusammenarbeit mit dem Beratungspfleger die Planung und Bewertung der pflegerischen Überleitung mehr und mehr eigenverantwortlich wahrgenommen.

Die qualifizierten Angaben bei der Pflegeüberleitung eröffnen den Sozial- und Pflegestationen die Möglichkeiten einer gezielten patientenorientierten Pflegeübernahme und Pflegeplanung.

Der vorgelegte zweite Teilbericht des Projekts Beratungspfleger bezieht sich auf den Zeitraum von April bis Dezember 1988. In dieser Zeit wurden 319 Pflegeüberleitungen erfaßt und die Daten statistisch ausgewertet. Durch Auszählung und statistische Testverfahren werden Schwerpunkte und Signifikanzen wie folgt aufgezeigt. Bei der prozentualen Auswertung der Einzelergebnisse kann es wegen der Möglichkeit von Mehrfachnennungen zur Überschreitung der 100 % Grenze kommen.

3. *Ergebnisse*

3.1 *Akzeptanz des Beratungspflegers durch das Krankenhaus*

Die breite und gezielte Öffentlichkeitsarbeit im Krankenhaus durch den Beratungspfleger, seine ständige Präsenz, seine flexible Ansprache (Pieper) und die konkrete Hilfestellung bei der Überleitung und Vermittlung haben dazu geführt, daß in

- 83,4 % der Fälle die Meldung von bevorstehenden Entlassungen in die häusliche Krankenpflege an ihn ergingen
- 14,0 % der Meldungen gingen an den Sozialdienst und den Beratungspfleger gleichermaßen und
- 2,6 % der Überleitungen wurden ausschließlich dem Sozialdienst gemeldet

Die Verteilung zeigt, daß die Stationen inzwischen die häusliche Krankenpflege als Instrument zur Reduzierung der Krankenhausverweildauer erkannt haben. Die hohe Quote der Inanspruchnahme des Beratungspflegers zeigt deutlich, welches wichtige Bindeglied er in der Kommunikationskette zwischen stationärer und ambulanter Krankenpflege darstellt.

3.2 *Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege*

Aus der Ist-Analyse vor Beginn der Modellphase ging hervor, daß von damals 182 erfaßten Überleitungen in die Sozialstationen in zwei Monaten 15 % der Patienten aus dem Humboldt-Krankenhaus kamen, d. h. rd. 13 Patienten pro Monat für 7 Sozialstationen.

Das angegebene Diagnosespektrum und die Altersstruktur korrespondierten mit der Tatsache, daß die Patienten überwiegend aus den Bereichen der konservativ-internistischen Fachdisziplin entlassen wurden. Diese Zuweisungspraxis hat sich gegenüber der Ist-Analyse verändert. Die prozentuale Aufteilung der Fachdisziplinen war wie folgt:

31,6 %	1. Innere Abteilung (Ist-Analyse 44,5 %)
35,5 %	2. Innere Abteilung (Ist-Analyse 47 %)
12,6 %	Allgemeine Gefäßchirurgische Abteilung (Ist-Analyse 3,5 %)
15,2 %	Traumatologische Abteilung (Ist-Analyse 3 %)
1,6 %	Gynäkologische Abteilung (Ist-Analyse 1 %)
2,9 %	Neurologische Abteilung (Ist-Analyse 1 %)
0,6 %	Nephrologische Abteilung

Neueste Zahlen der Überleitungen aus dem I. Quartal 1989 bestätigen den Trend, daß häusliche Krankenpflege von den chirurgischen Fachdisziplinen mehr und mehr zur Verkürzung der Verweildauer genutzt wird. Aus den Inneren Abteilungen wurden 75 % der Patienten gemeldet, aus den Chirurgischen Abteilungen inzwischen 25 %.

3.3 *Altersstruktur*

Die Altersstruktur der in die Dokumentation einbezogenen 319 Patienten hat sich gegenüber der Ist-Analyse leicht verändert:

0 bis 40 Jahre alt waren 0,7 % (Ist-Analyse 4,5 %)

40 bis 60 Jahre alt waren 4,9 % (Ist-Analyse 4,5 %)
 60 bis 70 Jahre alt waren 7,8 % (Ist-Analyse 5,5 %)
 70 bis 80 Jahre alt waren 31,0 % (Ist-Analyse 36,0 %)
 80 Jahre und älter waren 55,5 % (Ist-Analyse 54,0 %)
 in 10,1 % der Fälle erfolgte keine Angabe

3.4 *Vermittlung von Hilfsmitteln*

Häusliche Krankenpflege mit seinen somatischen, kurativen, präventiven und rehabilitativen Aspekten ist darauf angelegt, die Selbständigkeit und Mobilität der Patienten zu fördern, wiederherzustellen und zu erhalten. Wichtig sind dabei einzelfallorientierte Heil- und Hilfsmittel, die wie folgt in Anspruch genommen wurden:

21,7 % Anschlußheilbehandlungsvermittlung
 17,4 % Rollatorvermittlung
 8,7 % Rollstuhlvermittlung
 4,3 % Gehstützenvermittlung
 4,3 % Krankenbettvermittlung
 58,0 % keine Hilfsmittel

Die Klärung der Kostenfrage für die häusliche Krankenpflege war in 91,7 % der Fälle vor der Entlassung der Patienten erfolgt, nur in 8,3 % der Fälle mußte die Sozialstation die Kostenübernahme nachträglich klären

3.5 *Flankierende Hilfen*

Die durch den Beratungspfleger in die häusliche Krankenpflege übergeleiteten Patienten benötigen neben der rein medizinisch-pflegerischen Versorgung auch weitere soziale Hilfen:

24,0 % erhielten zusätzliche soziale Beratung durch den Sozialdienst
 17,4 % stellten einen Antrag auf Pflegegeld
 4,3 % wurden dem Sozialpsychiatrischen Dienst gemeldet
 4,3 % beantragten eine Rezeptgebührenbefreiung
 43,0 % beantragten einen fahrbaren Mittagstisch
 48,0 % benötigten keine zusätzliche Hilfen

3.6 *Zeitlicher Vorlauf*

Als ein wesentliches Defizit bei der Patientenüberleitung aus dem stationären Bereich wurde in der Ist-Analyse der nicht ausreichende zeitliche Vorlauf zur Planung einer Überleitung festgestellt

Nur, wenn die Sozial-/Pflegestationen ausreichende Planungszeiten haben, sind sie in der Lage, materiell und personell eine qualifizierte häusliche Versorgung sicherzustellen. Nur ein angemessener Planungsvorlauf kann Qualitätseinbußen und Rücküberweisungen in das Krankenhaus vermeiden. Die Vorlaufzeiten haben sich wie folgt verändert:

54,3 %	Meldung drei Tage vor Entlassung
19,9 %	Meldung zwei Tage vor Entlassung
18,9 %	Meldung einen Tag vor Entlassung
4,7 %	Meldung am Entlassungstag

Die Summe der nachträglichen Meldungen, bei denen Patienten bereits entlassen waren, ist auf 2,2 % gesunken

Im Vergleich dazu wurden in der Ist-Analyse noch 72,0 % der Patienten nicht rechtzeitig gemeldet, d. h. erst am Entlassungstag und danach; hier ist eine eindeutige Verbesserung eingetreten

3.7 *Entlassungsvisiten und persönliche Übergaben*

Als ein Ergebnis der Ist-Analyse wurde festgestellt, daß nur bei 11,5 % der in die häusliche Krankenpflege entlassenen Patienten neben dem Sozialdienst auch weitere an der Pflege Beteiligte in das Überleitungsverfahren mit einbezogen waren. Daraus resultierte eine Zielvorgabe des Projekts:

Eine bedarfsorientierte Einbeziehung des Betreuungsteams: Ärzte, Pflegekräfte, Sozialdienst und Angehörige. Das angestrebte Ziel wurde wie folgt erreicht:

75,7 % der Fälle waren die Pflegekräfte der Stationen und der Beratungspfleger beteiligt

in 12,9 % der Fälle war nur der Beratungspfleger beteiligt

in 5,8 % der Fälle war nur der Sozialdienst beteiligt

in 4,2 % der Fälle war nur das Pflegepersonal beteiligt

in 1,4 % der Fälle waren der Arzt, das Pflegepersonal und der Beratungspfleger beteiligt

Nach den vorliegenden Ergebnissen ist die Zielvorgabe, eine fallorientierte Einbeziehung der unterschiedlichen Berufsgruppen des Betreuungsteams, mit 82,9 % erreicht

Im weiteren Verlauf des Projekts sollte die Einbeziehung der ambulanten Pflegekräfte in die Überleitungsvorbereitung stärker berücksichtigt werden. Erstbesuche im Krankenhaus und die Teilnahme an Pflegevisiten sollten den Sozialstationen personell ermöglicht und von den Krankenkassen finanziert werden

3.8 *Soziales Umfeld*

Die Stabilisierung der häuslichen Versorgung wird maßgeblich beeinflusst von der persönlichen Situation jedes einzelnen Patienten, z. B. inwieweit er auf einen nachbarschaftlichen bzw. familiären Hilfeverbund zurückgreifen kann. Die Qualität einer Überleitung kann daran gemessen werden, ob sie eine auf den ganzen Menschen bezogene umfassende soziale und pflegerische Anamnese beinhaltet. Fragen zu der persönlichen Hilfesituation jedes einzelnen Patienten sind daher von besonderer Aussagekraft und wurden, wie nachfolgend aufgeführt, auch in das neue Überleitungsverfahren mit einbezogen. Die Hilferessourcen der Patienten stellen sich wie folgt dar:

- 44,5 % Selbstversorger mit Hilfe von Angehörigen
- 16,6 % allein lebend
- 23,0 % Hilfen durch ambulante Dienste
- 15,9 % gelegentliche Hilfen durch Nachbarn

3.9 *Patientenübernahme*

Die Flexibilität der ambulanten Dienste - Sozial- und Pflegestationen - bei der Übernahme der Patienten ist als gut zu bewerten.

In 88 % der Fälle führte bereits ein einmaliger Anruf in der Sozialstation zur Pflegeübernahme.

3.10 *Entlassungsberatung*

Zur Sicherung der häuslichen Krankenpflege trägt eine qualifizierte Entlassungsberatung bei. Inhaltlich werden alle pflegerelevanten Begleitumstände abgesprochen und eine Pflegeplanung für den häuslichen Bereich erstellt. Nur eine gezielte, auf den Einzelfall hin orientierte Planung, sichert den Erfolg der häuslichen Stabilisierung und vermeidet den sogenannten Drehtüreffekt (Wiedereinweisungen). Ebenso, wie bei der Entlassungsvisite bereits geschildert, müssen auch bei der Entlassungsberatung alle an der Weiterversorgung beteiligten Einrichtungen und Personen mit einbezogen werden.

Hier hat sich im Vergleich zur Situation aus der Ist-Analyse eine erhebliche Verbesserung eingestellt, die Entlassungsberatungen der 319 Überleitungen wurden in folgender Besetzung geführt:

- 56,4 % Beratungspfleger, Arzt, Patient und Pflegekraft
- 26,4 % Patient und Pflegekraft
- 9,2 % Patient, Pflegekraft, Angehörige und Arzt
- 1,6 % Patient, Pflegekraft und Angehörige
- 6,4 % keine Entlassungsgespräche

4. **Morbidität**

Im Hinblick auf eine signifikante Steigerung der Pflegebedürfnisse und der Bewertung, ob häusliche Krankenpflege als Mittel der Verkürzung von Krankenhausaufenthalten angenommen wird, kommt der Frage der Multi-Morbidität und des Diagnosespektrums besondere Bedeutung zu. Die prozentuale Verteilung von Ein- und Mehrfacherkrankungen stellte sich wie folgt dar:

18,4 %	eine Erkrankung
38,8 %	zwei Erkrankungen
32,0 %	drei Erkrankungen
8,0 %	vier Erkrankungen
2,8 %	fünf Erkrankungen und mehr

Die Mehrheit der Patienten (81,6 %) sind mehrfach erkrankt. Die Sozial- und Pflegestationen müssen in ihrer Personalplanung quantitativ und qualitativ einem steigenden Bedarf Rechnung tragen.

4.1. **Entlassungsdiagnosen**

Die Rangfolge der Entlassungsdiagnosen ergibt sich wie folgt:

18,6 %	Diabetes mellitus
8,8 %	Apoplexie
8,8 %	Herzinsuffizienz
6,6 %	Maligner Tumor
2,5 %	Herzinfarkt
3,1 %	Sonstige Herzerkrankungen
3,1 %	Lungenerkrankungen (Pneumonie)
2,2 %	Hypertonus
1,9 %	Parkinsonsche Krankheit
1,9 %	Anämie und Leukämie
1,6 %	Magen-Darm- und Gallenerkrankung
1,3 %	Urologische Erkrankungen (Prostataadenom, akute Harnverhaltung)

Alle nachfolgenden Krankheiten wie Hauterkrankungen, Ulcuscruris, Multiple Sklerose,

Lebererkrankungen, Angina pectoris, Dekubitalgeschwüre, Arthrose, Asthmabronchiale und Rheuma lagen unter 1 %

4.2 Pflegebedürfnisse

Nach den vorliegenden Ergebnissen besteht eine Korrelation zwischen Multimorbidität, rd 80 % der Patienten haben mehr als eine Erkrankung, dem täglichen zeitlichen Pflegebedarf und den Pflegemaßnahmen

Von 319 Patienten benötigten 91 % die häusliche Krankenpflege noch 7 x wöchentlich

Prozentuale Verteilung	Prozentuale Verteilung der täglich verordneten Pflegemaßnahmen			
	1 x täglich	2 x täglich	3 x täglich	bei Bedarf
46,8 Grundpflege	74,9	19,8	5,3	--
20,7 Mobilisation	94,8	3,3	1,9	--
14,2 Insulin Injektionen	51,3	48,7	--	--
7,5 Verbandwechsel	78,6	7,1	4,8	9,5
3,3 Einreibungen	42,9	14,2	14,3	28,6
2,6 Decubitusprophylaxe	80,0	13,3	6,7	--
2,6 Katheterpflege/-wechsel	40,0	--	--	60,0
2,3 Einlauf	1x wöchentl 50,0	--	--	50,0

und einzelne Pflegemaßnahmen - wie aus der Aufstellung ersichtlich mehrmals täglich. Bei den insgesamt 319 Überleitungen wurden 562 Pflegemaßnahmen verordnet, deren prozentuale Anteile aus der nachfolgenden Gesamtübersicht zu ersehen sind:

Zusätzlich zur häuslichen Krankenpflege wurde Haushaltshilfe in 184 Fällen verordnet. Die Häufigkeit der Einsätze pro Woche teilt sich wie folgt auf:

19,0 %	Haushaltshilfe	3 x wöchentlich
44,6 %	Haushaltshilfe	5 x wöchentlich
36,4 %	Haushaltshilfe	7 x wöchentlich

Die hohe zeitliche Intensität sowohl bei der Wochenfrequenz als auch der hohe Anteil der Mehrfacheinsätze pro Tag lassen den Rückschluß zu, daß die verordnete häusliche Krankenpflege zielgerichtet zur Verkürzung von Krankhausaufenthalten verordnet wurde.

Diese im Vergleich zur Ist-Analyse eingetretene verstärkte Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege als Grund- und Behandlungspflege ist auf eine kontinuierliche Informationsarbeit des Beratungspflegers zurückzuführen. Seine Präsenz auf den Stationen im Krankenhaus bei ärztlichen und Pflege-Visiten haben das Bewußtsein bei den Krankenhausmitarbeitern für die häusliche Krankenpflege gestärkt. Häusliche Krankenpflege wird vom Klinikpersonal mehr und mehr als echte Alternative zur Krankenhauspflege anerkannt und genutzt.

4.3 Anbieter häuslicher Krankenpflege

Sozialstationen und private Pflegestationen sind an der häuslichen Versorgung der Patienten im Bezirk Reinickendorf beteiligt. Sieben Sozialstationen arbeiten regional angesiedelt in Einzugsbereichen mit einer überschaubaren Einwohnerzahl (durchschnittlich 30 000), für die sie einen Sicherstellungsauftrag haben.

Private Anbieter arbeiten ohne regionale Zuordnung über den gesamten Bezirk ohne die Verpflichtung der Sicherstellung. Die Pflegeaufträge gingen an die Sozial- und Pflegestationen in folgender prozentualer Verteilung:

- 11,1 % Diakonie-Station Alt-Wittenau
- 6,2 % Diakonie-Station Heiligensee
- 12,4 % Caritas-Sozialstation Tegel
- 10,5 % Caritas-Sozialstation Wittenau
- 15,0 % Sozialstation des Deutschen Roten Kreuzes Märkisches Viertel
- 0,3 % Sozialstation des Unionhilfswerkes
- 10,5 % Sozialstation der Arbeiterwohlfahrt Waldmannslust
- 13,7 % sonstige Einsatzstellen der Wohlfahrtsverbände
- 20,3 % private Anbieter, das entspricht 1/5 der Gesamtpatientenzahl. Dies zeigt eine paritätische Verteilung der Patienten auf alle im Bezirk tätigen Anbieter der häuslichen Krankenpflege. Bei den privaten Anbietern verteilen sich die 20%igen Anteile wie folgt:
 - 8,2 % Märkische Hauskrankenpflege
 - 11,5 % Hauskrankenpflege Berlin
 - 13,1 % Hauskrankenpflege Richter und Krieg
 - 8,2 % Hauskrankenpflege Nord Dunker
 - 4,9 % Pflegestation Elisabeth Zeh

5. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen eine erhebliche Qualitätsverbesserung der Überleitung. Innerhalb des Krankenhauses ist das Bewußtsein für eine ganzheitliche Krankenpflege, die die ambulante Versorgung mit einbezieht, gewachsen.

Mit der Zunahme der Beratungstätigkeit und der Einführung des neuen Arbeitsablaufes zur Pflegeüberleitung, hat die Anzahl der Chronisch-Erkrankten im Akutbereich abgenommen, wie das Schaubild zeigt (Anlagen 2, 3).

Wurden im Jahr 1987 noch 387 Hospitalisierungsanträge vom Ärztlichen Dienst im Akutbereich gestellt, so waren es 1988 nur noch 289 Anträge.

Bei 387 Anträgen wurden hiervon 89 Patienten doch noch in ihre Häuslichkeit entlassen, 1988 wurden bei nur noch 289 Anträgen trotzdem noch 77 Patienten nach Hause entlassen. Das Absinken der Zahl von gestellten Anträgen zur Verlegung in ein Pflegeheim bzw. in eine Abteilung für Chronischkranke, zeigt mit Einschränkung auch hier, daß das Stationspersonal die Möglichkeit der ambulanten Versorgung insbesondere der aktivierenden rehabilitativen Pflege verstärkt nutzt.

Das Projekt Beratungspfleger im Humboldt-Krankenhaus trägt dazu bei, daß die Akutbetten mehr und mehr ausschließlich von Akut-Erkrankten genutzt werden und die häusliche Krankenpflege mit ihren vielseitigen Möglichkeiten an Bedeutung gewinnt.

Anlage 1

Ist auf die Hilfe anderer angewiesen:	Hilfsmittel	werden benötigt und:	
		sind vorhanden	nicht vorhanden
<input type="checkbox"/> Gehen auf ebenerm Boden	<input type="checkbox"/> Stützröhre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Treppen und öffentl. Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aufstehen und Zubertgehen	<input type="checkbox"/> Gehgerüst/Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Prothesen (Zähne, Bein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Körperhygiene (sich waschen)	<input type="checkbox"/> Krankenbett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mahlzeiten zubereiten/einnehmen	<input type="checkbox"/> Nachtstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> WC benutzen	<input type="checkbox"/> Hörapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Verrichtungen	<input type="checkbox"/> weitere benötigte Hilfsmittel:		
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	_____		
<input type="checkbox"/> _____	_____		

Pflegemaßnahmen

Dauerkatheter: ja zuletzt gewechselt am: _____
 nein zuletzt entfernt am: _____

Mobilisation/Kontrakturprophylaxe _____

Anus praeter _____

Dekubitus (einschl. Prophylaxe) _____

Hautpflege/Intensivprophylaxe _____

Verbande, Wundpflege _____

Einlauf/Spülungen _____

Einreibungen/Inhalationen _____

Pneumonieprophylaxe _____

Snor Parotitisprophylaxe _____

Thromboseprophylaxe _____

psychosoziale Betreuung _____

Sonstiges _____

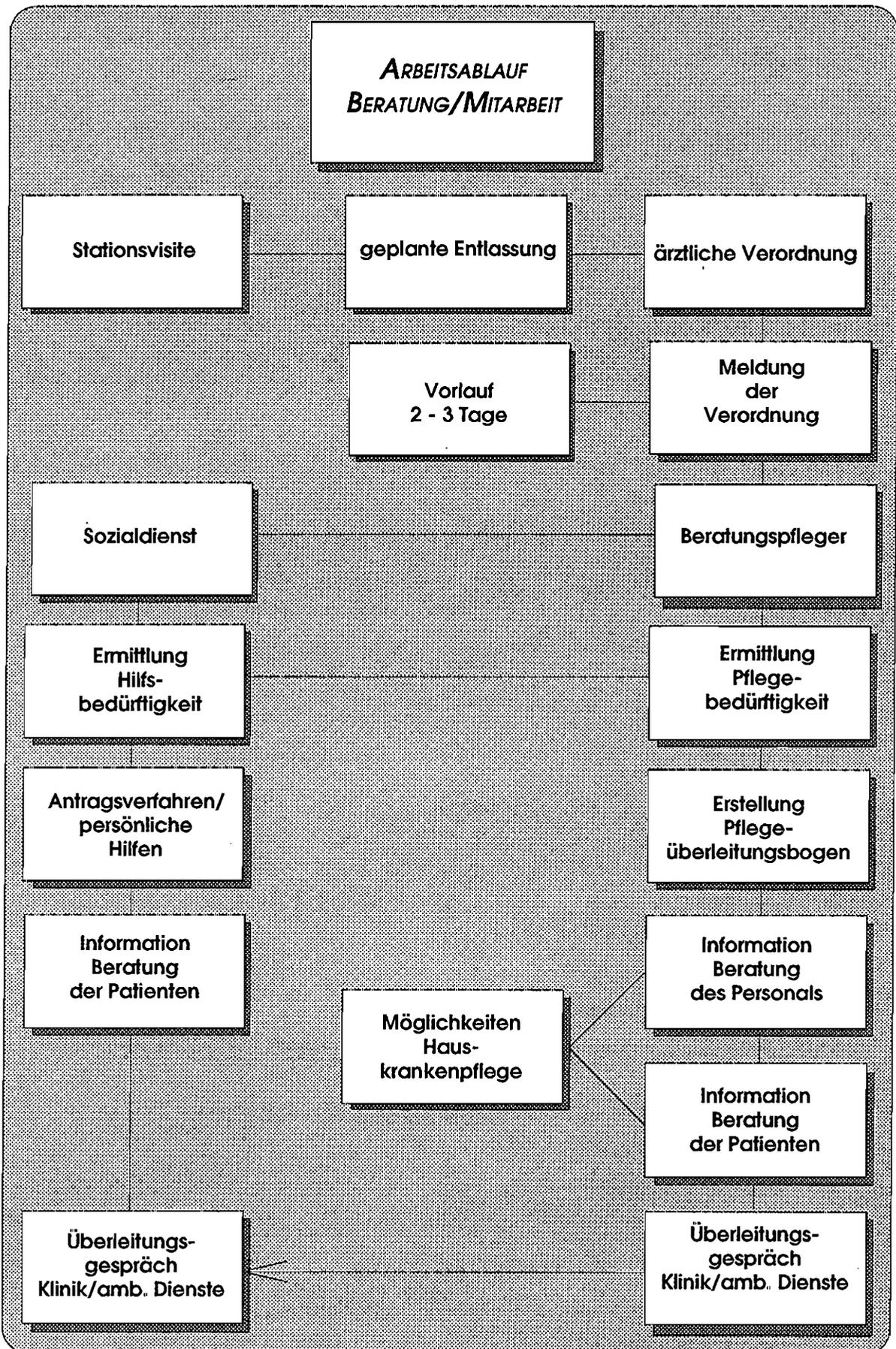
Sozialstation/Präger Datum

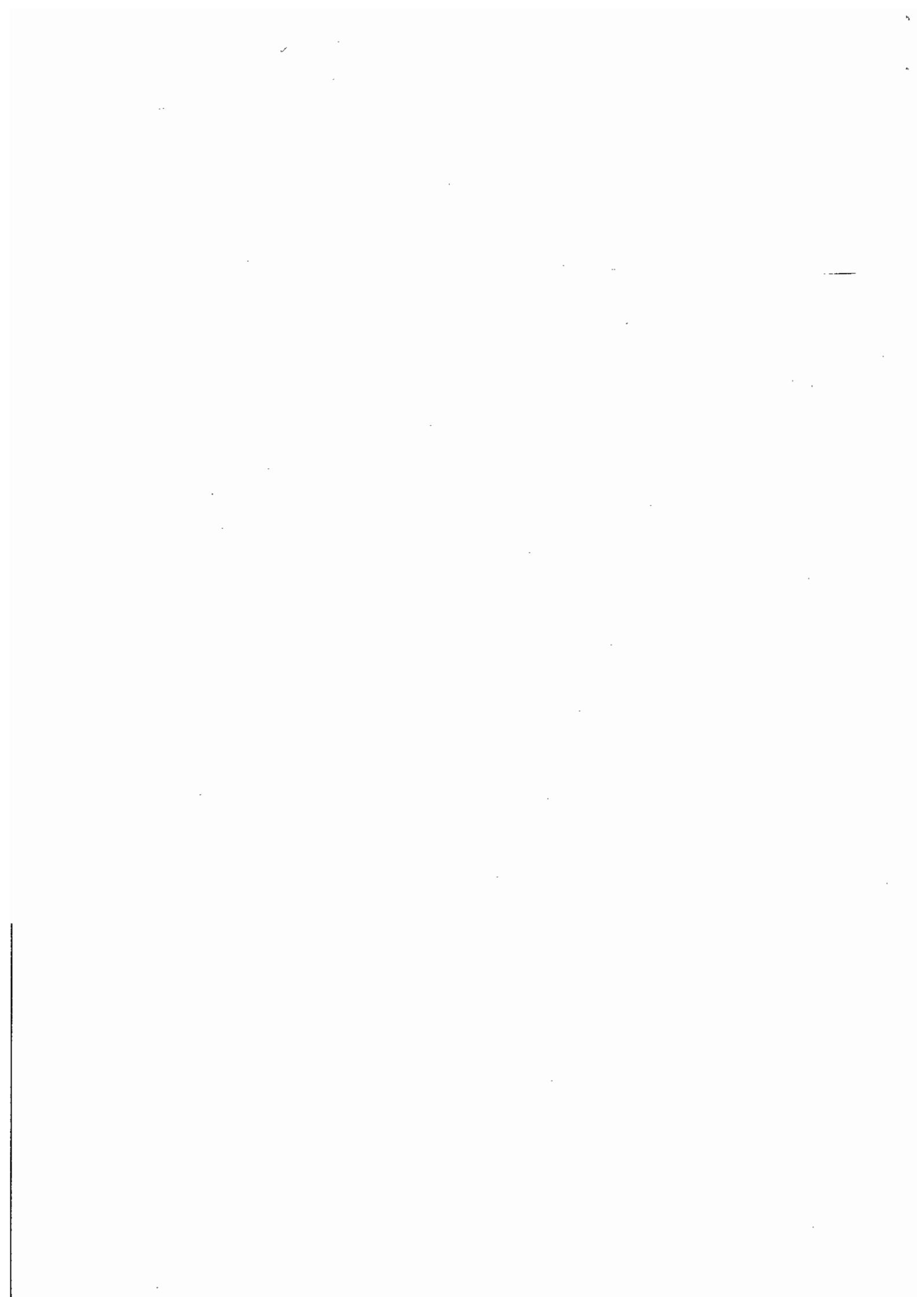
Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die zu meiner pflegerischen Versorgung notwendigen Informationen an die mich betreuende Sozialstation/Pflegestation weitergeleitet werden.

Planungsbearbeitungsbeleg - Blatt 1 -
 9. Mai 2010 8.4. Seite 03 Blatt

Datum und Unterschrift des Patienten

Anlage 2





Anlage 3

Monat	1987		1988	
	Anträge	Entlassungen	Anträge	Entlassungen
Januar	34	6	32	7
Februar	33	7	24	8
März	38	10	22	9
April	32	5	21	0
Mai	26	10	24	12
Juni	32	6	27	11
Juli	28	4	18	4
August	32	9	24	6
September	24	7	22	4
Oktober	34	11	15	6
November	34	3	29	6
Dezember	40	11	31	4
insgesamt	387	89	289	77



In dieser Reihe erschienen :

1. Meinschmidt, Gerhard : Ärzte beurteilen Sozialstationen. Eine statistisch empirische Diagnose 1986.
2. Imme, Uwe
Meinschmidt, Gerhard
Wanjura, Marlies : Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen. Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht. 1986.
3. Imme, Uwe
Meinschmidt, Gerhard : Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Eine statistische Analyse 1986.
4. Meinschmidt, Gerhard
Völker-Oswald, Ingrid : Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse. 1988.
5. Meinschmidt, Gerhard : Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin. Eine statistische Analyse 1988.
6. Referat Sozial- und
Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fach-
informationssysteme;
Mader; : Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West) 1988.
7. Referat Sozial- und
Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fach-
informationssysteme : Ergebnisse der Schulentlassungs-
untersuchungen 1985/86 in Berlin
(West) nach Kriterien des Jugend-
arbeitsschutzgesetzes 1988.
8. Referat Sozial- und
Medizinalstatistik,
EDV-gestützte Fach-
informationssysteme : Sozialhilfeempfänger in sozialver-
sicherungspflichtiger Beschäftigung
Statistischer Erfahrungsbericht zum
500er-Programm 1988.
9. Meinschmidt, Gerhard : Sozialhilfeempfänger auf dem Weg
zurück ins Berufsleben
Grundgedanken zum Berliner Modell
der Beschäftigung von arbeitslosen
Sozialhilfeempfängern, eine empiri-
sche Einstiegsstudie, die zu diesem
Problemkomplex bei den Berliner Ar-
beitgebern durchgeführt wurde 1988.
10. Liedtke, Dieter
Wanjura, Marlies : Projekt: Beratungspfleger (Teil 1)
Diskussionspapier 10
Dezember 1988.

11. Baum, Christiane
Koch-Malunat, Norbert
Seeger, Michael : Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik: Diskussionspapier 11
Januar 1989
12. Becker, Barbara
Kramer, Ramona
Meinlschmidt, Gerhard : Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung:
Diskussionspapier 12
September 1989
13. Dieter Liedtke
Marlies Wanjura : Projekt: Bratungspfleger (Teil 2)
Diskussionspapier 13
November 1989