



**Modellprojekt**  
Nachstationäre Versorgung

Ergebnisbericht zum Modellprojekt:

Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der  
nachstationären Versorgung

Anlage 1:

Einverständniserklärungen

Dokumentationsblätter

Modifizierter Zorgkompass



**Modellprojekt**  
Nachstationäre Versorgung

## **Einverständniserklärung**

Der Übergang von der Krankenhausversorgung zurück nach Hause stellt erfahrungsgemäß für viele Betroffene und ihre Angehörigen eine Belastung dar. Mit unserem Angebot möchten wir Sie in dieser ersten Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt gern unterstützen, in dem wir sie in ihrer häuslichen Umgebung beraten und anleiten.

Um zu überprüfen, ob unser Unterstützungsangebot sinnvoll ist und Ihnen auch wirklich nützt, wird das Programm wissenschaftlich untersucht. Dazu möchten wir Sie und Ihre Angehörigen zu drei Zeitpunkten (vor Ihrer Entlassung/ in den ersten zwei Wochen nach Ihrer Entlassung und neun Wochen nach ihrer Entlassung) befragen. Ihre Antworten, die wir auf ein Tonband aufnehmen, werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert, so dass Rückschlüsse auf Ihre Personen, sowie Ihre Lebensgeschichten ausgeschlossen sind. Die Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke benutzt und nach Abschluss der Studie vernichtet.

Die Ergebnisse dieser Studie dienen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Mit Ihrer Teilnahmebereitschaft tragen auch Sie ein Stück dazu bei, dass die Pflegeversicherung sich noch besser an den Bedürfnissen der Versicherten orientieren kann. Dafür danken wir Ihnen!

---

Hiermit willige ich ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme ist absolut freiwillig. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Teilnahme jederzeit widerrufen und bis zur Fertigstellung der Studie auch die Erlaubnis zur Verwendung meiner Daten jederzeit zurückziehen kann.

---

Ort und Datum

Unterschrift Patient/in

---

Ort und Datum

Unterschrift Angehörige/r



**Modellprojekt**  
Nachstationäre Versorgung

## **Zusatz zur Einverständniserklärung**

Wir willigen ein, dass die Gespräche, welche im Rahmen des Modellprojekts Nachstationäre Versorgung geführt werden, auf einem Tonband aufgezeichnet und werden.

---

Ort und Datum

Unterschrift Patient/in

---

Ort und Datum

Unterschrift Angehörige/r



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Angehörige,**

hiermit erklären wir, dass alle Daten, die wir im Rahmen des Modellprojektes Nachstationäre Versorgung erheben, anonymisiert und vertraulich behandelt werden. Sie werden lediglich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Alle erhobenen Daten sowie die Tonbandaufnahmen der Interviews werden nach Abschluss der Studie vernichtet.

Osnabrück, den

Dipl.-Pflegerin Claudia Schröder-Mollenschott  
Projektleitung

Blatt 1

**Daten der Projektteilnehmer**

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Name des Angehörigen / Bezugsperson / Alter:

Telefonnummer:

Hausarzt:

Pflegedienst:

**Projektnummer:**

Entlassung am:	
Erstbesuch am:	
Anleitung / Beratung am:	
ggf. Kontrollanruf am:	
Anruf nach 4 Wochen am:	
ggf. Anleitung / Beratung am:	
Abschlussbesuch am:	

Blatt 1 wird in einem gesonderten Ordner abgeheftet, alle weiteren Blätter und Instrumente werden lediglich mit der Projektnummer gekennzeichnet und in entsprechenden Ordnern abgelegt. Im Kalenderblatt werden ebenfalls lediglich die Projektnummern vermerkt.

Blatt 2 – 3

<b>Projektnummer :</b>
------------------------

Datum:

geplante Entlassung:

Diagnosen (Stammblatt Patientenakte):

Hausarzt / Telefonnummer:

bisherige Versorgungssituation (Wer, Hilfe / Unterstützung wobei, soweit aus Dokumentation ersichtlich):

Pflegestufe:    ja    nein  
                  wenn ja, welche:  
                  wenn nein: vor Entlassung beantragt    ja    nein  
                  Ort des Antrags:                                    KH    selbst

PV nach 9 Wochen:

Zeitpunkt Bescheid:

Vorsorgevollmacht / Betreuung:    ja    nein  
                  wenn ja, wer:  
                  wenn nein: vor Entlassung beantragt    ja    nein

ggf. bereits vorhandene ambulante Hilfen:

Hausnotruf    Essen auf Rädern    Haushaltshilfe    Selbsthilfegruppe    ASD / Sozialpsych. Dienst  
SchwBehAusweis    amb. Pflegedienst    Tagespflege

neue ambulante Hilfen:

Hausnotruf    Essen auf Rädern    Haushaltshilfe    Selbsthilfegruppe    ASD / Sozialpsych. Dienst  
SchwBehAusweis    amb. Pflegedienst    Tagespflege

ambulante Hilfen nach 9 Wochen:

ggf. bereits vorhandene Hilfsmittel:

Rollstuhl    Rollator    Handstock    Badebrett    UA-Gehstütze  
Toilettenstuhl    Duschstuhl    Toilettensitzerhöhung    Haltegriffe  
SafeHips    Rehaschuhe    Kompressionsstrümpfe    Orthese / Prothese  
Sonstige:

**Projektnummer :**

verordnete Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator Handstock Badebrett UA-Gehstütze  
Toilettenstuhl Duschstuhl Toilettensitzerhöhung Haltegriffe  
SafeHips Rehaschuhe Kompressionsstrümpfe Orthese / Prothese  
Sonstige:

Hilfsmittel nach 9 Wochen:

ambulante Therapieempfehlung:

KG Ergo Logo Sonstige:

Ziele:

Hausbesuch: ja nein

durchgeführt am:

Besonderheiten / empfohlene Maßnahmen:

Anleitungen / Beratungen von Angehörigen: ja nein

durchführende Berufsgruppe(n):

Inhalte:

Besonderheiten / Problembereiche:

Blatt 4 – 5

**Projektnummer :**

**Barthel-Index**

	<b>X 1<sup>1</sup></b>	<b>X 2</b>	<b>X 3</b>	
Essen				10= komplett selbständig 5= Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung / PEG 0= kein selbständiges Einnehmen
Aufsetzen / Umsetzen				15= komplett selbständig Liegen bis (Roll-)Stuhl 10= Aufsicht oder ungeschulte Laienkräfte 5= geschulte / professionelle Hilfe 0= wird nicht transferiert
Waschen				5= komplett selbständig, incl. Zähne, Rasur, Frisieren 0= erfüllt 5 nicht
Toiletten- Benutzung				10= komplett selbst 5= Hilfe oder Aufsicht erforderlich 0= benutzt weder Toilette / Toilettenstuhl
Baden / Duschen				5=selbständig incl. Einstieg, Reinigung, Abtrocknen 0= erfüllt 5 nicht
Aufstehen / Gehen				15= selbst, vom Sitz in Stand 50 m ohne Rollator geh. 10= selbst, vom Sitz in Stand 50 m mit Rollator gehen 5= mit Hilfe vom Sitz in Stand, Gehen, mit Rollstuhl selbständig fahren 0= erfüllt 5 nicht
Treppe steigen				10= ohne Aufsicht, ohne HP 1 Stock hoch u. runter 5= mit Aufsicht / Laienhilfe 1Stock hoch u. runter 0= erfüllt 5 nicht
An - / Auskleiden				10= Tageskleidung, Schuhe u. Himi selbst an u. aus 5= OK selbst mit Utensilien in greifbarer Nähe 0= erfüllt 5 nicht
Stuhlkontinenz				10= kontinent bzw. AP-Versorgung selbst 5= >1x/Woche inkontinent, bzw. benötigt Hilfe 0= >1x/Woche inkontinent
Harnkontinenz				10= harnkontinent bzw. DK-Versorgung selbst 5= max. 1x/Tag inkontinent, DK-Versorg. mit Hilfe 0= >1x/Tag inkontinent
Gesamt				100 Pkt.

<sup>1</sup> Zeitpunkte: X 1 = vor Entlassung, X 2 = erste Woche nach Entlassung, X 3 = nach 9 Wochen

**Projektnummer :**

**Erweiterter Barthel-Index**

	<b>X 1</b>	<b>X 2</b>	<b>X 3</b>	
Verstehen				15= ungestört, nicht Pat. die nur Geschriebenes verstehen 10= versteht komplexe Sachverhalte, aber nicht immer 5= versteht einfache Aufforderungen 0= Verstehen nicht vorhanden
Sich verständlich machen				15= kann sich über fast alles verständlich machen 5= kann einfache Sachverhalte ausdrücken 0= kann sich nicht oder fast nicht verständlich machen
Soziale Interaktion				15= ungestört 5= gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos oder zurückgezogen 0= immer oder fast immer unkooperativ
Lösen von Alltagsproblemen <sup>2</sup>				15= im wesentlichen ungestört 5= benötigt geringe Hilfestellung 0= benötigt erhebliche Hilfestellung
Gedächtnis, Lernen und Orientierung				15= im wesentlichen ungestört (kein zusätzl. Pflegeaufwand) 10= muss gelegentlich erinnert werden oder verwendet externe Gedächtnishilfen 5= muss häufig erinnert werden 0= desorientiert, mit oder ohne Tendenz zum Weglaufen
Sehen und Neglect				15= im wesentlichen ungestört 10= schwere Lesestörung, findet sich aber (ggf. mit Hilfsmitteln) in bekannter u. unbek. Umgebung zurecht. 5= findet sich in bekannter, aber nicht in unbek. Umgebung zurecht 0= findet sich auch in bek. Umgebung nicht ausreichend zurecht (findet eigenes Zimmer nicht / übersieht o. stößt an Hindernisse oder Personen)
Gesamt				90 Pkt.

**IADL (Lawton – Skala)**

	<b>X 1</b>	<b>X 2</b>	<b>X 3</b>	<b>Bewertung</b>
Telefonieren				4 = ohne Hilfe möglich 1 = mit Hilfe möglich 0 = nicht möglich
Orte größerer Reichweite erreichen				
Einkaufen				
Mahlzeiten zubereiten				
Haushalts- oder sonstige Arbeiten				
Wäsche waschen				
Geldangelegenheiten regeln				
Gesamt-Punktzahl				

<sup>2</sup> Planung von Handlungsabläufen, Umstellungsfähigkeit, Einhalten von Terminen, pünktliche Medikamenteneinnahme, Einsicht in Defizite und deren Konsequenzen im Alltag

Blatt 6 – 11

<b>Projektnummer :</b>
------------------------

• **Verlauf Erstbesuch:**

Erhebungssituation kurz beschreiben

Setting:

Datum:

Beginn, Ende:

Gesamtdauer inkl. Fahrtzeit:

Assessment durchgeführt

Zorgkompass durchgeführt

Wohnungsbegehung

bei neuen Pflegesituationen und solchen mit erheblichen  
Bewegungseinschränkungen: Begutachtung Transfer / Erfassung mögl. Probleme  
beim Handling: durchgeführt

Pflegetagebuch ausgehändigt: ja nein

Wenn nein, Gründe:

weitere Inhalte (Stichworte) / Besonderheiten:

Beschreibung des ersten Eindrucks bezüglich der Pflegesituation in Stichworten  
(Patient/in, Angehörige/r, Besonderheiten):



**Projektnummer :**

- **Interventionsverlauf:**

Gesamtdauer (inkl. Fahrtzeit):

- **Besonderheiten:**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- **telefonische Kontrolle nach 2 – 4 Tagen:**
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- **weitere Maßnahmen / Verlauf:**

**Projektnummer :**

- **Kontaktaufnahme durch Angehörige ?**

**Inhalte:**

- **Telefonat nach 4 Wochen**

**Verlauf der häuslichen Versorgungssituation:**

Nutzen der Intervention:

Problembhebung:

**Weitere Probleme / Schwierigkeiten / Besonderheiten:**

**Weitere Maßnahmen?**

**Projektnummer :**

- **Abschlussbesuch nach 9 Wochen**

**Patientenleitfaden  
Durchführung Barthel, erw. Barthel, IADL  
Zorgkompas**

Abschließende Fragen:

Nur stellen bei PV-Antrag: Welche Einstufung haben Sie bekommen, wann wurde Antrag bewilligt?

Wie würden Sie die Entwicklung Ihrer Situation zu Hause seit der Entlassung Ihres / Ihrer ... beschreiben?

Wie haben Sie die Unterstützung (genaue Benennung der Intervention) durch Frau / Herrn ... erlebt?

Waren die Maßnahmen hilfreich – nicht hilfreich – weiß nicht?

Wenn hilfreich, inwiefern?

Wenn nein, weiß nicht, Begründung erfragen?

Hat sich der Besuch auf ihr Verhalten, die Gestaltung der Pflegesituation ausgewirkt?

ja – nein – teilweise – weiß nicht

Wenn ja, inwiefern.

Wenn nein, teilweise, weiß nicht, Begründung erfragen?

Wie würden Sie diesen Besuch abschließend beurteilen?

Inhalte Pfl egetagebuch:

**Projektnummer :**

- **Verlauf Abschlussbesuch:**

Erhebungssituation kurz beschreiben

Setting:

Datum:

Beginn, Ende:

Gesamtdauer (inkl. Fahrtzeit):

Assessment durchgeführt

Zorgkompass durchgeführt

weitere Inhalte (Stichworte):

Beschreibung des ersten Eindrucks bezüglich der Pflegesituation in Stichworten  
(Patient/in, Angehörige/r, Besonderheiten):

**ZORGKOMPAS – Modifikation**

**Projektnummer:**

<b>PATIENT</b> <b>Krankengeschichte / Kurzbiografie</b>	<b>Erstbesuch</b>	<b>9 Wochen</b>
1. Was ist mit Ihrem / Ihrer ... passiert? Erzählen Sie von dem Ereignis. - Bezeichnung der Erkrankung - Bedeutung, was heißt das? - andere Probleme, Schwächen, die einschränken.		1. Hat sich der Zustand, das Befinden, die Erkrankung Ihres ... / Ihrer ... im Vergleich zur Entlassung verändert?
2. Hat er / sie sich durch die Krankheit verändert? Wie geht er / sie mit der Erkrankung um? Welche Bedeutung hat die Erkrankung in seinem / ihrem Leben?		2. Hat sich am Umgang mit der Erkrankung etwas verändert? (Nur fragen, wenn n. E. signifikant)
3. Welche Stellung nahm Ihr / Ihre ... in der Familie ein? Welche Aufgaben / Rollen übernahm er / sie vor dem Ereignis? Wer übernimmt sie jetzt? Gibt es dabei Probleme? Wie war er / sie als Elternteil / Ehepartner? (Beruf / Hobbys)		3. Hat sich an der bisherigen familiären Rollenverteilung seit der Entlassung etwas verändert?
4. Haben Sie sich vorher schon um Ihren / Ihre ... gekümmert? Was waren bisher Ihre Aufgaben? Wie war das für Sie am Anfang?		Frage nicht stellen (Fns)

<b>Körperbezogener Bereich</b>		
5. Hilfestellung, die Ihr / Ihre ... bei der persönlichen Pflege und im Haushalt benötigt:	Patient	Angehörige
Bereich Körperpflege: Waschen		
Duschen		
Baden		
Intimpflege		
Cremen		
Mundpflege		
Kämmen		
Rasieren		
Nägel schneiden		
Mobilisation:		
Aufstehen vom Bett / zu Bett gehen		
Aufstehen vom Stuhl / hinsetzen		
Lagerung im Bett		
Ankleiden / Auskleiden		
Richten der Kleidung		
Stehen		
Gehen und Fortbewegen		
Treppen steigen		
Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung		
Begleitung zum Arzt		
Ernährung:		
Nahrung mundgerecht zubereiten		
Mahlzeiten anreichen		
Trinken bereitstellen		
Trinken anreichen		
Ausreichende Ess-/Trinkmenge		

	Patient	Angehörige	Patient	Angehörige
<p>Zur Toilette gehen: Blase entleeren</p> <p>Darm entleeren</p> <p>Wechsel der Inkontinenzvorlagen</p> <p>Hauswirtschaft: Aufräumen</p> <p>Putzen</p> <p>Zubereiten von Mahlzeiten</p> <p>Einkauf</p> <p>Spülen</p> <p>Wäsche waschen</p> <p>Wäsche bügeln</p> <p>Außen – und Sozialkontakte: Telefonieren</p> <p>Schriftverkehr</p> <p>Behördengänge</p> <p>Bankgeschäfte</p> <p>Besuche</p> <p>Krankheitsbezogene Aufgaben: Umgang mit Geräten und Hilfsmitteln</p> <p>Umgang mit Medikamenten</p> <p>Behandlungspflegerische Maßnahmen:z.B.</p> <p>Verbände, krankengymnast. Übungen</p>				
<p>6. Wie empfinden Sie es, Ihrem / Ihrer ... zu helfen? (auf Aufgabenkatalog beziehen)</p> <p>Wie haben Sie die notwendigen Fertigkeiten erworben? (auch Fragen bezüglich Kenntnissen und Sinn Prophylaxen Dekubitus / Pneumonie?)</p> <p>Was gelingt besonders gut? Gründe?</p> <p>Fallen Ihnen bestimmte Tätigkeiten sehr schwer? Gründe?</p> <p>Gibt es Probleme? Gründe?</p>			Frage nach Erwerb der Fertigkeiten nicht stellen	

<b>Probleme mit Erinnerung und Wiedererkennen</b>		
7. Haben sich bei Ihrem / Ihrer ... nach der Erkrankung / dem Ereignis Veränderungen mit der Erinnerung und dem Wiedererkennen ergeben? Wenn ja, beschreiben Sie die Probleme, dann Fragen 8 - 9 Wenn nein, weiter mit Frage 10		... seit der Entlassung ... abh. von Ergebnissen Erstbesuch
8. Was empfinden Sie bei diesen Schwierigkeiten?		
9. Sind Sie auf derartige Schwierigkeiten vorbereitet worden? Wie gehen Sie dann mit der Situation um? Haben Sie Erfolg?		9. Hat sich an Ihrem Umgang mit diesen Schwierigkeiten seit der Entlassung etwas geändert?
<b>Probleme mit der Beschäftigung und dem Verhalten</b>		
10. Gibt es seit der Erkrankung / dem Ereignis Veränderungen hinsichtlich der Fähigkeiten Ihrer / Ihres ..., sich zu beschäftigen oder auffällige Verhaltensänderungen?: Was hat sich seit der Erkrankung geändert? Einige Beispiele? Wenn ja, Frage 11-12; wenn nein, weiter mit 13.		... seit der Entlassung ... (abh. von Ergebnissen Erstbesuch)
11. Was empfinden Sie bei diesen Schwierigkeiten?		
12. Sind Sie auf derartige Schwierigkeiten vorbereitet worden? Wie gehen Sie dann mit der Situation um? Haben Sie Erfolg?		12. Hat sich an Ihrem Umgang mit diesen Schwierigkeiten seit der Entlassung etwas geändert?

<b>Notwendige Aufsicht</b>		
13. Können Sie Ihren / Ihre ... für kurze Zeit (z. B. zum Einkaufen) oder für einen Nachmittag oder einen ganzen Tag allein lassen? Wenn nein: Wie finden Sie das?		
14. Geht Ihr / Ihre ... allein nach draußen? Ggf. Wie finden Sie das?		
15. Besteht nach Ihrer Ansicht die Gefahr von Unfällen?		Bezugnahme auf Erstbesuch
16. Gibt es etwas zur Erkrankung oder zur Pflege, was noch nicht angesprochen wurde oder ihnen sehr wichtig ist?		
<b>PFLEGENDE ANGEHÖRIGE</b> <b>Motivation</b>		
17. Wie kommt es, dass ausgerechnet Sie für Ihre / Ihren ... sorgen? (auch Bedeutung der Pflege)		Fns

<b>Körperliche Gesundheit</b>		
18. Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit Übernahme der Pflege verändert? Inwiefern?		
Diagnose und vorher bestehend oder durch Pflege		
<b>Aufgaben und Beschäftigungen</b>		
19. Welche Aufgaben / Beschäftigungen haben Sie neben der Pflege? Wie ist ihr Tagesablauf? Lassen sich alle Aufgaben vereinbaren? Lassen sich Therapietermine / Arzttermine integrieren?		19. Hat sich an Ihren Aufgaben seit der Entlassung etwas verändert? Bezugnahme auf Erstbesuch
20. Finden Sie, dass Sie genug Zeit für sich selber haben?		
<b>Finanzen und Wohnsituation</b>		
21. Ist das Haus im Hinblick auf die Pflege Ihres / Ihrer ... praktisch eingerichtet? (Im Anschluss an Interview Begehen der Wohnung)		21. Gab es infolge der Haus- bzw. Wohnungseinrichtung Schwierigkeiten hinsichtlich der Pflegedurchführung?
22. Frage nach Einstufung / Wird sich Ihre finanzielle Situation nach Pflegeübernahme verändern? (Betreuung) Ggf. mögliche Folgen benennen lassen		22. Hat sich ....

**Soziale Unterstützung**

23. Erhalten Sie Unterstützung bei der Pflege und anderen Aufgaben?

Von wem?

Welche Tätigkeiten?

Können Sie eine Auszeit nehmen?

Wenn keine Unterstützung: Gründe?

24. Können Sie sich vorstellen, Urlaub zu nehmen?

25. Wie bewerten Ihre Verwandten und Freunde Ihre Bereitschaft zu pflegen?

Haben Verwandte und Freunde Verständnis für Ihre Situation?

26. Wie haben sich die Kontakte zu Ihren Freunden und Verwandten seit der Pflegeübernahme entwickelt?

27. An wen wenden Sie sich, wenn Sie sich aussprechen möchten?

<b>Professionelle Hilfe</b>		
28. (Amb. Pflegedienst ist vorhanden): Aus welchen Gründen haben Sie sich dafür entschieden, sich von einem professionellen Dienst unterstützen zu lassen? (Kein amb. Pflegedienst): Warum haben Sie keinen professionellen Pflegedienst als Unterstützung einbezogen?		Fns
29. (Fragen 29 – 31 nur, wenn professioneller Pflegedienst eingebunden ist) Finden Sie den Umfang der Unterstützung ausreichend oder gibt es Bereiche, in denen Sie mehr Hilfe benötigen würden?		
30. Wie erleben Sie die Hilfestellung durch den professionellen Pflegedienst? Gibt es Besonderheiten (positiv und negativ)?		
31. Fühlen Sie sich von den professionellen Pflegenden ernst genommen? Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit geschätzt wird?		
32. an alle pflegende Angehörige: Haben Sie andere professionelle Unterstützung? Wenn nein, hätten Sie gern mehr Unterstützung? Wenn ja, welche? (Beispiele nennen: Tagesklinik, Essen auf Rädern usw.) Wie erleben Sie diese Unterstützung? Kennen Sie weitere Entlastungsmöglichkeiten?		Frage nach Entlastungsmöglichkeiten nicht stellen

**Gefühle hinsichtlich der Pflege**

33. Welchen Raum nimmt die Pflege in Ihrem Leben ein?  
Nimmt Ihr / Ihre ... Sie sehr in Anspruch?

34. Woran liegt es, dass Sie die Pflege bisher geschafft haben?

Fns

**Fragen zur Zukunft**

35. Was erwarten Sie bezüglich der Zukunft?  
Wie stehen Sie dazu?

36. Denken Sie schon mal daran, wie es weiter gehen soll, wenn Sie aus welchem Grund auch immer nicht mehr in der Lage wären für Ihren / Ihre ... zu sorgen?

37. Gibt es eine Grenze von der Sie sagen: Bis hier mache ich das, aber nicht weiter?

**Abrundung des Gesprächs**

38. Was sind für Sie im Moment die größten Probleme bei der Pflege Ihrer / Ihres?

39. Was würden Sie, wenn es nach Ihnen ginge sofort an Ihrer Situation verändern wollen?

40. Wie empfinden Sie die Umstellung auf die Pflegesituation als eine neue Lebenssituation?  
(nur stellen bei neuen Pflegeübernahmen oder gravierenden Veränderungen)

41. Wie schätzen Sie die Pflegesituation generell ein?  
Fühlen Sie sich der Herausforderung gewachsen?

42. Gibt es positive Seiten an der gesamten Pflegesituation?

43. Gibt es negative Seiten der Pflegesituation?  
Kommen manchmal negative Gefühle hoch?

44. Wie belastet fühlen Sie sich momentan?		
45. Haben Sie noch Anmerkungen zu unserem Gespräch oder gibt es noch Themen, die noch nicht angesprochen sind?		
46. Zusammenfassung der Probleme	Angehörige nach zentralen Problembereichen fragen, an deren Lösung sie interessiert wären, Zusammenhänge aufzeigen	Anschließend Fragen zum Erleben der Intervention



Ergebnisbericht zum Modellprojekt:

Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der  
nachstationären Versorgung

Anlage 2

Informationsunterlagen für Patienten und Angehörige



**Sehr geehrte Angehörige,**

**wir würden Sie gern in den ersten Wochen nach  
der Entlassung mit Rat und Tat unterstützen.**

**Wir sind telefonisch unter 0541/405 4456**

**oder**

**in Raum E 97 zu erreichen.**

**Bitte nehmen Sie Kontakt mit uns auf**

**oder**

**melden Sie sich beim Pflegepersonal Ihrer Station.**



**Modellprojekt**  
Nachstationäre Versorgung

## **Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Angehörige!**

Wir freuen uns, dass Sie unser Unterstützungsangebot für die ersten Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus annehmen möchten.

Diese Information soll Ihnen genau erläutern, wie die Unterstützung abläuft. Um die Übersicht zu erleichtern, haben wir den Ablauf in einzelnen Schritten dargestellt. Selbstverständlich richtet sich der Ablauf in Ihrem Fall nicht exakt nach unserem Schema, sondern konkret nach ihren Bedürfnissen.

### ***... noch im Krankenhaus***

1. Schritt: Zustimmung zur Teilnahme
2. Schritt: Vereinbarung eines ersten Besuchstermins

### ***... innerhalb der ersten Woche zu Hause***

3. Schritt: Besuchstermin  
Gespräch zum Unterstützungsbedarf und evtl. Problemklärung  
z. B. Anleitung im Hilfsmittelgebrauch ansonsten
4. Schritt: Erneuter Hausbesuch  
Anleitung/ Beratung
5. Schritt: Telefonische Rückfrage  
ggf. erneuter Hausbesuch

### ***... in der vierten Woche nach der Entlassung***

6. Schritt: Telefonische Rückfrage

### ***... neun Wochen nach der Entlassung***

7. Schritt: Hausbesuch
  - a. Gespräch zum aktuellen Unterstützungsbedarfs
  - b. Einschätzung der erreichten Selbständigkeit

### ***... und wenn sich zwischendurch was Gravierendes verändert?***

... dann rufen Sie uns an und wir besprechen mit Ihnen alles Weitere

Haben Sie noch Fragen? Sprechen Sie uns an!

#### **Projektleitung**

Dipl. Pflegewirtin  
Claudia Schröder-Mollenschott  
Raum E 97

#### **ProjektmitarbeiterInnen**

Krankenschwester Brigitte Pustmüller  
Krankenpfleger Jens Sparenberg  
Tel: 405-4456



Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrter Angehöriger,

dieses Pflegetagebuch soll Ihnen und uns helfen, Ihre häusliche Situation so gut wie möglich zu organisieren.

Wir bitten Sie, schon vom ersten Tag an in der Tabelle anzukreuzen, welche pflegerischen Tätigkeiten Sie für Ihren Pflegebedürftigen ausführen, wo sie Unterstützung leisten bzw. in welchen Bereichen Ihr Pflegebedürftiger selbständig ist.

Wenn sich im weiteren Verlauf der Versorgung Veränderungen ergeben, können Sie diese kurz notieren.

Auf den freien Seiten haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen, Probleme sowie positive und negative Erlebnisse festzuhalten. Diese Gedanken und Fragen können Sie während der Besuche mit der Pflegefachkraft oder der Projektleitung besprechen.

Das Führen des Pflegetagebuchs kann Ihnen bei dem Besuch des Medizinischen Dienste der Krankenkassen zur Einstufung in eine Pflegestufe eine große Hilfe sein, da Sie in der Lage sind, Ihre Leistungen genau anzugeben.

Falls Sie Fragen haben, erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 0541 / 405 – 4456.

Claudia Schröder-Mollenschott  
Dipl. – Pflegewirtin, Projektleitung

Brigitte Pustmüller  
Projektmitarbeiterin

Jens Sparenberg  
Projektmitarbeiter

## Pflegebedarf

<b>Pflegebereich</b>	<b>Pflegende Angehörige</b>	<b>Patient mit Hilfe</b>	<b>Patient selbständig</b>
<b>Körperpflege</b>			
Waschen			
Teilwäsche Oberkörper			
Teilwäsche Unterkörper			
Teilwäsche Hände / Gesicht			
Duschen			
Baden			
Intimpflege			
Creemen			
Mundpflege			
Kämmen			
Rasieren			
Nägel schneiden			
<b>Mobilisation</b>			
Aufstehen vom Bett / zu Bett gehen			
Aufstehen vom Stuhl / hinsetzen			
Lagerung im Bett			
Ankleiden ges.			
Ankleiden OK / UK			
Auskleiden ges.			
Auskleiden OK / UK			
Richten der Kleidung			
Gehen und Fortbewegen			
Stehen			
Treppen steigen (Wohnung)			

<b>Pflegebereich</b>	<b>Pflegende Angehörige</b>	<b>Patient mit Hilfe</b>	<b>Patient Selbständig</b>
Verlassen und Wieder- aufsuchen der Wohnung			
Arztbesuch			
<b>Ernährung</b>			
Nahrung mundgerecht Zubereiten			
Mahlzeiten anreichen			
Trinken bereitstellen			
Trinken anreichen			
Verabreichen von Sondenkost			
<b>Zur Toilette gehen</b>			
Blase entleeren (mit anschließender Intimhygiene und Reinigung der Toilette)			
Darm entleeren (mit anschließender Intimhygiene und Reinigung der Toilette)			
Wechsel der Inkontinenzversorgung nach Blase entleeren mit Intimhygiene u. Entsorgung			
Wechsel der Inkontinenzversorgung nach Stuhlgang mit Intimhygiene u. Entsorgung			
Wechsel kleiner Vorlagen			
Wechsel / Entleeren des Urinbeutels bzw. Nachtstuhl / Bettschüssel			
Wechsel / Entleeren Stomabeutel			
<b>Hauswirtschaft</b>			
Aufräumen			
Putzen			
Zubereiten von Mahlzeiten			
Einkauf			
Spülen			
Wäsche waschen			
Wäsche bügeln			

Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der nachstationären Versorgung -Anlage 2 zum  
Ergebnisbericht: Informationsunterlagen Patienten und Angehörige

<b>Außen- und Sozialkontakte</b>			
Telefonieren			
Schriftverkehr			
Behördengänge			
Bankgeschäfte			
Besuche			
<b>Krankheitsbezogene Aufgaben</b>			
Umgang mit Geräten / Hilfsmitteln			
Umgang mit Medikamenten			
Behandlungspflegerische Maßnahmen, z.B. Verbände, krankengymnastische Übungen			

## **Kurzer Überblick zu den Leistungen aus der Pflegeversicherung**

### **Leistungen aus der Pflegeversicherung**

erhalten nur Personen, die auf Dauer pflegebedürftig sind, d.h. voraussichtlich für mindestens 6 Monate in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen, in folgenden Bereichen:

- **Körperpflege** (Waschen, Baden, Rasieren, Duschen, Kämmen, Zahnpflege, Blasen- und Darmentleerung)
- **Nahrungsaufnahme** (mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und die Aufnahme der Nahrung)
- **Mobilität** (beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen innerhalb der Wohnung, das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung um z.B. Arztbesuche zu machen, Spaziergänge werden nicht gewertet)
- **hauswirtschaftliche Versorgung** (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung)

Die **Pflegestufen** sind gesetzlich festgelegt. Hierfür gelten folgende Kriterien:

#### **Pflegestufe 1** (erhebliche Pflegebedürftigkeit):

Mindestens einmal täglich Hilfebedarf für mindestens zwei pflegerische Verrichtungen und zusätzlich mehrmals in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand muss mindestens 90 Minuten betragen, hierfür müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

#### **Pflegestufe 2** (Schwerpflegebedürftigkeit):

Mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf bei der Grundpflege und zusätzlich mehrmals in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Zeitaufwand muss mindestens drei Stunden pro Tag betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

#### **Pflegestufe 3** (Schwerstpflegebedürftigkeit)

Hierzu gehören die Personen, die bei der Grundpflege täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigen.

Der Zeitaufwand muss mindestens fünf Stunden pro Tag betragen, hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.



**Modellprojekt**  
Nachstationäre Versorgung

Ergebnisbericht zum Modellprojekt:

Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der nachstationären Versorgung

Anlage 3:

Informationsmaterialien zum Projekt

- Infoposter
- Infoflyer



## Modellprojekt Nachstationäre Versorgung

*„Es war, als hätte mich jemand ohne jede Vorwarnung in einen eiskalten, reißenden Fluss gestürzt ...“* Gudrun Born, Verbraucherzentrale NRW (2002)

**In der ersten Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wollen wir pflegende Angehörige und Patienten unterstützen.**

### Unsere Ziele

- 1 Erhaltung von weitestgehender Selbstständigkeit der Patientin/des Patienten
- 1 Belastungsreduktion der pflegenden Angehörigen in der Anfangsphase der Pflegeübernahme
- 1 Vermeidung von kurzfristigen Wiederaufnahmen ins Krankenhaus durch Überlastung der pflegenden Angehörigen

### Was wir Ihnen bieten

- 1 Hausbesuche zur Klärung des Unterstützungsbedarfs
- 1 Hilfestellungen im Alltag durch Anleitung und Beratung in Pflegefragen
- 1 Telefonische Kontakte zur Unterstützung und Begleitung

**Projektträger**  
Klinikum Osnabrück GmbH

**Projektleitung**  
Dipl.-Pflegerin Claudia Schröder-Mollenschott

**ProjektmitarbeiterIn**  
Pflegerfachkräfte Brigitte Pustmüller,  
Jens Sparenberg

**Wissenschaftliche Begleitung**  
Prof. Dr. Elke Hotze  
Fachhochschule Osnabrück

**Projektlaufzeit**  
August 2005 bis März 2008

So finden  
Sie uns!



**Modellprojekt**  
Nachstationäre Versorgung



**Modellprojekt**  
Nachstationäre Versorgung

**Adresse**

Sedanstraße 115  
49090 Osnabrück

**Telefon & Telefax**

Telefon (0541) 405-4456  
Telefax (0541) 405-4197

**E-Mail & Internet**

E-Mail [modellprojekt@klinikum-os.de](mailto:modellprojekt@klinikum-os.de)  
Internet [www.klinikum-os.de](http://www.klinikum-os.de)



**DAS**  
**klinikum**  
OSNABRÜCK

  
**Fachhochschule Osnabrück**  
University of Applied Sciences

Ein Projekt gefördert durch die Spitzenverbände  
der Pflegekassen gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI



Kompetenz-  
förderung von  
Pflegerinnen  
und Patienten  
in der nach-  
stationären  
Versorgungs-  
situation

Begleiten  
Unterstützen  
Beraten  
Anleiten



DAS  
**KLINIKUM**  
OSNABRÜCK

  
Fachhochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

Ein Projekt gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen  
gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI

Was wir  
Ihnen bieten!



#### Hausbesuche

Wenige Tage nach ihrer Entlassung aus dem Klinikum besuchen wir Sie zu Hause und besprechen mit Ihnen welche Fragen und Probleme sich nach der Entlassung ergeben haben.

#### Hilfestellung im Alltag

Wir zeigen Ihnen konkret vor Ort, wie Sie z.B. die tägliche Pflege durchführen können, mit Hilfsmitteln besser zurechtkommen und wie Sie Ihren Alltag gestalten können.

Gemeinsam mit Ihnen überlegen wir, ob weitere Experten (z. B. Ergotherapeuten/Physiotherapeuten, Hausärzte, Wohnberatung, Kranken- Pflegekasse etc.) hinzugezogen werden sollten.

#### Telefonische Kontakte

In der darauf folgenden Zeit erkundigen wir uns telefonisch danach, wie Sie zurechtkommen und bieten Ihnen ggf. weitere Hausbesuche an.



**Modellprojekt**  
Nachstationäre Versorgung

Ergebnisbericht zum Modellprojekt:

Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der  
nachstationären Versorgung

Anlage 4

Informationsunterlagen für MitarbeiterInnen und Akteure



Liebe Mitarbeiter, liebe Mitarbeiterinnen,

vielen Dank für Eure Bereitschaft, uns in dem geplanten Modellprojekt zu unterstützen.

Wir suchen Patienten und Patientinnen, die in der nächsten Zeit entlassen werden und folgenden Bedingungen entsprechen:

- Entlassung in die häusliche Umgebung
- Einstufung in eine Pflegestufe nach Pflegeversicherung SGB XI liegt bereits vor oder ist beantragt
- Betreuung erfolgt hauptsächlich durch pflegende Angehörige

Wir bitten Euch, die entsprechenden Namen der Patienten und den geplanten Entlassungszeitpunkt in die beigefügte Liste einzutragen. Wir werden die Patienten und Angehörigen dann genau informieren und um ihre Einwilligung zur Projektteilnahme bitten.

Falls Ihr Fragen habt, wir sind unter der Telefonnummer 405 – 4456 oder persönlich in Raum E 97 zu erreichen.

Claudia Schröer-Mollenschott  
Projektleitung

Brigitte Pustmüller  
Projektmitarbeiterin

Jens Sparenberg  
Projektmitarbeiter



**Modellprojekt** Nachstationäre Versorgung Sedanstraße 115 49090 Osnabrück

**Adresse**

Sedanstraße 115  
49090 Osnabrück

**Telefon & Telefax**

Telefon (0541) 405-4456  
Telefax (0541) 405-4197

**E-Mail & Internet**

E-Mail [modellprojekt@klinikum-os.de](mailto:modellprojekt@klinikum-os.de)  
Internet [www.klinikum-os.de](http://www.klinikum-os.de)

**Projektleitung**

Dipl.-Pflegerin  
Claudia Schröer-Mollenschott

**Wissenschaftliche Begleitung**

Prof. Dr. Elke Hotze  
Fachhochschule Osnabrück

Sehr geehrte Kollegin/ sehr geehrter Kollege,

in diesem Rundschreiben möchten wir Sie über das Modellprojekt Nachstationäre Versorgung informieren, das zur Zeit in der Klinik für Geriatrie, Klinikum Osnabrück GmbH durchgeführt wird.

Ziel dieses Projektes ist es, PatientInnen und pflegende Angehörige in den ersten neun Wochen nach Übernahme der Pflege zu Hause zu unterstützen. Der Projektablauf sieht vor, dass eine Pflegefachkraft wenige Tage nach der Entlassung aus dem Klinikum einen Hausbesuch durchführt. Während dieses Besuches werden zunächst Interviews mit den Patienten und Angehörigen geführt, um die spezifische Situation zu erfassen. Je nach Bedarf und Problemlage wird zeitnah eine Anleitung und Beratung in pflegerelevanten Fragen stattfinden und ggf. wiederholt werden. Zudem erfolgt nach vier Wochen eine telefonische Rückfrage sowie nach neun Wochen ein Abschlussbesuch. Einbezogen werden alle PatientInnen, die ausschließlich von pflegenden Angehörigen unterstützt werden bzw. die nur einen Einsatz täglich durch einen ambulanten Pflegedienst erhalten.

Die Arbeit der ambulanten Pflegedienste bleibt von diesem Projekt unbenommen, da die Anleitung und Beratung sich auf die Aufgabenbereiche der Angehörigen bezieht. Sollten sich Fragen zur Versorgung oder ein etwaiger Abstimmungsbedarf ergeben, freuen wir uns über eine zeitnahe Rücksprache und bieten unsererseits gerne weitere Informationen an.

Das Projekt wird gemäß § 8, Abs. 3 SGB XI durch die Spitzenverbände der Pflegekassen gefördert und wissenschaftlich begleitet durch die Fachhochschule Osnabrück. Es soll der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und damit einer adäquaten personenorientierten häuslichen Betreuung dienen. Bei Fragen und weiterem Informationsbedarf können Sie sich gern an die Projektleitung Frau Claudia Schröer-Mollenschott wenden (0541/ 405 4456).

C. Schröer-Mollenschott

Modellprojekt Nachstationäre Versorgung

Klinikum Osnabrück GmbH

**Modellprojekt** Nachstationäre Versorgung Sedanstraße 115 49090 Osnabrück

**Adresse**

Sedanstraße 115  
49090 Osnabrück

**Telefon & Telefax**

Telefon (0541) 405-4456  
Telefax (0541) 405-4197

**E-Mail & Internet**

E-Mail [modellprojekt@klinikum-os.de](mailto:modellprojekt@klinikum-os.de)  
Internet [www.klinikum-os.de](http://www.klinikum-os.de)

**Projektleitung**

Dipl.-Pflegerin  
Claudia Schröer-Mollenschott

**Wissenschaftliche Begleitung**

Prof. Dr. Elke Hotze  
Fachhochschule Osnabrück

Betrifft: Entlassung am:

Sehr geehrter Hausarzt/ sehr geehrte Hausärztin,

wir möchten Sie darüber informieren, dass sich Ihr Patient/ Ihre Patientin bereit erklärt hat an einem pflegerischen Nachsorgeprojekt der Klinikum Osnabrück GmbH teilzunehmen.

Ziel dieses Projektes ist es, den Patienten/ die Patientin und die pflegenden Angehörigen in den ersten neun Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt zu unterstützen, da erfahrungsgemäß viele Fragen und Probleme erst in der frühen poststationären Phase in der häuslichen Umgebung auftauchen.

Der Projektablauf sieht vor, dass Ihr Patient/ Ihre Patientin wenige Tage nach der Entlassung aus dem Klinikum von einer Pflegefachkraft zu Hause aufgesucht wird. Dieser Hausbesuch soll zunächst zur Klärung von Fragen dienen. Je nach Bedarf und Problemlage wird zeitnah eine Anleitung und Beratung in pflegerelevanten Fragen stattfinden und ggf. wiederholt werden. Zudem erfolgt nach vier Wochen eine telefonische Rückfrage sowie nach neun Wochen ein Abschlussbesuch. Bei gravierenden Problemen, die eine Veränderung der pflegerischen Versorgungssituation nach sich ziehen könnten, werden wir Sie zeitnah informieren, damit ggf. entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können.

Das Projekt wird gemäß § 8, Abs. 3 SGB XI durch die Spitzenverbände der Pflegekassen gefördert und wissenschaftlich begleitet durch die Fachhochschule Osnabrück. Es soll der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und damit einer adäquaten personenorientierten häuslichen Betreuung dienen. Bei Fragen und weiterem Informationsbedarf können Sie sich gern an die Projektleitung Frau Dipl. Pflegerin Claudia Schröer – Mollenschott wenden (0541/ 405 4456).

Chefarzt Hon.-Prof. Dr. D. Lüttje  
Klinik für Geriatrie  
Klinikum Osnabrück GmbH

Dipl. Pflegerin C. Schröer– Mollenschott  
Modellprojekt Nachstationäre Versorgung  
Klinikum Osnabrück GmbH