

Modellprogramm
zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI

**NoMi –
Notfalleinweisungen minimieren**

Studie zu Umfang und Notwendigkeit von
Notfalleinweisungen alter und hochaltriger Menschen
aus stationären Pflegeeinrichtungen

Endbericht

Projektlaufzeit: 01.09.2020 – 31.03.2022

Kristina Woock, Nele Meinert, Linda Völtzer, Susanne Busch

Unter Mitarbeit von Paul Nordholt und Laura Seils

Projektpartner: PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG; Techniker Krankenkasse

Hamburg, 31.03.2022

Finanziert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 8 Abs. 3 SGB XI



Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	iv
Tabellenverzeichnis	v
1 Einleitung	1
2 Projektziele und –verlauf	3
3 Terminologie	7
4 Literaturüberblick	9
4.1.Suchstrategie	9
4.2. Studienauswahl und Datenextraktion.....	11
4.3 Ergebnisse	12
4.4 Diskussion	16
5 Abgrenzung zu aktuellen Projekten mit vergleichbarer Zielstellung	18
6 Quantitative Erhebung und Darstellung der Ist–Situation.....	21
6.1 GKV–Routinedaten	21
6.2 Dokumentenanalyse.....	26
6.2.1 PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG	27
6.2.2 Methodik	27
6.2.3 Ergebnisse.....	32
6.2.4 Diskussion.....	44
6.3 Kurzbefragung	47
6.3.1 Methodik	47
6.3.2 Ergebnisse.....	48
6.3.3 Diskussion.....	51
7 Qualitative Erhebung und Darstellung der Ist–Situation.....	53
7.1 Einzel– und Gruppeninterviews mit Pflegekräften des Projektpartners	53
7.1.1 Methodik	53
7.1.2 Ergebnisse.....	53
7.1.3 Diskussion.....	58
7.2 Expert:inneninterview	61
7.2.1 Methodik	61
7.2.2 Ergebnisse.....	62
7.2.3 Diskussion.....	64

7.3 Fokusgruppe mit akademisierten Pflegenden.....	65
7.3.1 Methodik	65
7.3.2 Ergebnisse.....	66
7.3.3 Diskussion.....	70
8 Zusammenführung der Ergebnisse/Reflexion und Bewertung.....	72
9 Fazit und Ausblick	77
10 Quellenverzeichnis	80
11 Anhang.....	I
Anhang 1: Übersicht der in die systematische Literaturrecherche eingeschlossenen Quellen ...	I
Anhang 2: Kurzfragebogen Krankenhauszuweisungen.....	IV
Anhang 3: Kategoriensystem „Einweisungsgründe“	V
Anhang 4: Einweisungsgründe nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (N=4.638). <i>Zeilenprozente</i>	IX
Anhang 5: Einweisungsgründe nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (N=4.638). <i>Spaltenprozente</i>	XI
Anhang 6: Einweisungsgründe bei 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=2.370). <i>Zeilenprozente</i>	XII
Anhang 7: Einweisungsgründe bei 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=2.370). <i>Spaltenprozente</i>	XIII
Anhang 8: Einweisungsgrund „Sturz“ bei 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=680). <i>Zeilenprozente</i>	XIV
Anhang 9: Einweisungsgrund „Sturz“ bei 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=680). <i>Spaltenprozente</i>	XV
Anhang 10: Einweisungsgrund „Dauerkatheter“ bei 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=339). <i>Zeilenprozente</i>	XVI
Anhang 11: Einweisungsgrund „Dauerkatheter“ bei 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=339). <i>Spaltenprozente</i>	XVII
Anhang 12: Interviewleitfaden Qualitative Interviews	XVII
Anhang 13: Interviewleitfaden Expert:inneninterview	XIX
Anhang 14: Gesprächsleitfaden Fokusgruppe	XX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Standorte von P&W Hamburg.....	27
Abbildung 2: Häuser von P&W nach Hausgröße (Stand: 2019)	28
Abbildung 3: Altersverteilung nach Geschlecht bei P&W zum Stichtag 01.07.2019, N=2.318...	33
Abbildung 4: Hausgröße und Einweisungshäufigkeiten bei P&W in 2019.....	34
Abbildung 5: Einweisungen bei P&W in 2019 nach Einweisungsgründen, n=4.638.....	37
Abbildung 6: Hausgröße, Einweisungshäufigkeiten und 24–Stunden–Fälle bei P&W in 2019	40
Abbildung 7: 24–Stunden–Fälle bei P&W in 2019 nach Einweisungsgründen, n=2.370	41
Abbildung 8: Hausgröße, Einweisungshäufigkeiten, 24–Stunden–Fälle und Sturz–/Katheterfälle bei P&W in 2019	43
Abbildung 9: Gründe für und Gegeneine Krankenhauszuweisung.....	49
Abbildung 10: Rücksprache mit Gesprächspartner:innen.....	49
Abbildung 11: Hilfestellung zur Betreuung in der Pflegeeinrichtung.....	50
Abbildung 12: Sicherheit in der Zuweisungssituation	50
Abbildung 13: Beispiel für vernetzte Umgebungsfaktoren	56
Abbildung 14: Methodik und Inhalt der Fokusgruppendifkussion	66
Abbildung 15: Kategorien Fokusgruppengespräch	67
Abbildung 16: Triangulation reaktiver und nicht–reaktiver Verfahren für Kernergebnisse im Projekt NoMi.....	72

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektstruktur und –verlauf.....	6
Tabelle 2: Schlagworttabelle Literaturrecherche.....	10
Tabelle 3: Exemplarisches Rechercheprotokoll, Datenbank PubMed, Stand: 21.09.2020	10
Tabelle 4: Mögliche Behandlungsszenarien bei 24–Stunden–Fällen und mögliche Formen der Abrechnung.....	22
Tabelle 5: Schematische Darstellung von Unterschieden ausgewählter Routinedaten bei der Abrechnung über die GKVen.....	23
Tabelle 6: Notfall–Inanspruchnahme bei TK–Versicherten im Jahr 2019: Prävalenz von Notfallbehandlungen bei Pflegebedürftigen.....	25
Tabelle 7: Inhalte des Datensatzes bei P&W.....	30
Tabelle 8: Grundgesamtheit aller Bewohnenden bei P&W zum Stichtag 01.07.2019, N=2.449 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten).....	33
Tabelle 9: Einweisungen bei P&W in 2019 nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad, n=4.742.....	35
Tabelle 10: Mindestens einmal eingewiesene Bewohnende bei P&W in 2019 nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad, n=2.043	36
Tabelle 11: Einweisungen bei P&W in 2019 nach Wochentag und Uhrzeit, n=4.638	36
Tabelle 12: Einweisungen bei P&W in 2019 differenziert nach Fällen mit Abwesenheit unter und über 24–Stunden, n=4.624	39
Tabelle 13: 24–Stunden–Fälle bei P&W in 2019 nach Wochentag und Uhrzeit, n=2.370.....	40
Tabelle 14: Katheter und Stürze im Vergleich bei 24–Stunden–Fällen und ≥ 24 –Stunden–Fällen bei P&W in 2019, n=1.373.....	42
Tabelle 15: Fälle mit Einweisungsgrund "Katheter" und "Sturz" bei P&W in 2019 nach Wochentag und Uhrzeit.....	43
Tabelle 16: Einweisungen aufgrund von Sturz und Dauerkatheter nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad bei 24–Stunden–Fällen	44
Tabelle 17: Wochentage und Uhrzeiten der Krankenhauszuweisungen.....	48

1 Einleitung

Die Alterung der Bevölkerung führt dazu, dass zukünftig immer mehr Menschen in Deutschland auf Pflege und Unterstützung angewiesen sein werden. Lag die Anzahl im Jahr 2013/2014 insgesamt noch bei etwa 2,62 Millionen, wird bis 2025 ein Anstieg um mehr als 25 Prozent auf circa 3,35 Millionen prognostiziert (Statista 2022). Damit steigt auch die Anzahl der Pflegebedürftigen, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden, von ca. 822.000 auf 950.000 an (ebd.). Diese Tatsache führt aktuell und zukünftig zu einer Vielzahl an Herausforderungen, die – vor allem vor dem Hintergrund einer adäquaten pflegerischen Versorgung in Zeiten des Pflegenotstandes – ganz unterschiedliche Auswirkungen auf pflegebedürftige Menschen wie auch auf Pflegekräfte haben werden.

Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner sind überwiegend multimorbide, haben oftmals sowohl funktionale als auch kognitive Einschränkungen (RKI 2015; Hurrelmann & Richter 2013; Merbach & Brähler 2014) und sind überproportional häufig übermedikalisiert (De Souto Barretto et al. 2014). Zu den bereits vorhandenen Beschwerden kommen immer wieder auftretende krisenhafte Situationen, die eine Reaktion seitens des Pflegepersonals erfordern und häufig zu ungeplanten Krankenhauszuweisungen führen. Die häufigsten Gründe für Krankenhauszuweisungen sind – in ihrer Bedeutung je nach Quelle variierend – Herzkreislauf- und Lungenerkrankungen, Harnwegsinfektionen, Stoffwechselstörungen wie Diabetes Mellitus, Dehydration, Sturzergebnisse sowie Veränderungen der Bewusstseinslage (Ouslander et al. 2010; Renom-Guiteras et al. 2014). Viele dieser nicht planbaren Ereignisse führen dazu, dass – mit oder ohne vorherige Kontaktaufnahme mit der kassenärztlichen (Not)Fallversorgung – mittels eines Rettungs- oder Krankentransports eine Einweisung in ein Krankenhaus erfolgt. Dort werden die Betroffenen häufiger als Gleichaltrige, die noch in der eigenen Häuslichkeit leben, untersucht, behandelt und häufiger stationär aufgenommen (Hofmann & Allers 2016).

Diese Krankenhauszuweisungen sind nicht immer notwendig (Kada 2019). Schätzungen besagen, dass der Anteil potenziell nicht zwingend erforderlicher Krankenhauszuweisungen bei Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohnern zwischen 19–67 Prozent liegt (Graverholt et al. 2014). Es gibt gleichermaßen keine gesicherten Angaben dazu, wie viele der Krankenhauszuweisungen zu einer stationären Aufnahme führen, bzw. als ambulanter Fall eine Rückverlegung innerhalb von 24 Stunden zur Folge haben.

Belegt ist, dass das Geschehen rund um eine ungeplante Krankenhauszuweisung eine Reihe negativer Auswirkungen auf die betroffenen alten Menschen hat. Dazu gehört eine erhöhte Gefahr iatrogenen Krankheiten sowie das vermehrte Auftreten funktionaler und kognitiver Einbußen (Graverholt et al. 2014; RKI 2015). Die Disruption führt bei den Betroffenen zu einem erhöhten Stresslevel und kann neben der Kognition auch die Mobilität negativ beeinflussen (Renom-Guiteras et al. 2014). Weitere mögliche Diagnosen alter pflegebedürftiger Menschen nach der

Rückkehr von einem (kurzen) Krankenhausaufenthalt sind Pneumonien, Harnwegsinfektionen sowie Dehydration (Ashcraft & Champion 2012).

Wie nun die Pflegekräfte im Rahmen der oben geschilderten krisenhaften Ereignisse mit der jeweiligen Situation umgehen – ob sie also z.B. in einer gegebenen Situation entscheiden, die Einweisung eines Bewohners oder einer Bewohnerin in ein Krankenhaus zu veranlassen – und welche persönlichen und strukturellen Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen, um einem solchen Ereignis kompetent und lösungsorientiert zu begegnen, ist entscheidend für das Wohlergehen der Bewohnenden und eng mit der Frage verknüpft, welche Befugnisse die Pflegekräfte de jure und de facto haben bzw. für sich selbst in Anspruch nehmen, und wie kompetent sie innerhalb des ihnen offenstehenden Handlungsrahmens agieren. Häufig beeinflussen die Ängste Pflegenden vor rechtlichen Grauzonen bzw. Konsequenzen ihre Entscheidung, Bewohnende zur Abklärung eines unklaren Sachverhalts in die Notaufnahme eines Krankenhauses zu schicken (Schwabe et al. 2020).

Die im vorliegenden Endbericht dargestellte und von 2020 bis 2022 vom GKV-Spitzenverband im Rahmen eines Modellvorhabens zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI geförderte Studie „NoMi – Notfalleinweisungen minimieren“ befasst sich mit der Thematik von Krankenzuweisungen aus Pflegeheimen und fokussiert dabei die strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen in Pflegeheimen sowie insbesondere das professionelle Handeln und das subjektive Erleben der Pflegekräfte, die eine solche Einweisung initiieren.

Bearbeitet wurde „NoMi“ in einem Projektteam des Departments Pflege und Management der HAW Hamburg unter der Leitung von Prof. Dr. Susanne Busch. Praxispartner war die PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH (P&W). Der Pflegeheimbetreiber hält in Hamburg circa 2.400 Plätze an 13 Standorten im gesamten Stadtgebiet bereit (Pflegen & Wohnen o.J.). Damit sind etwa 15 Prozent der in Hamburg vollstationär Versorgten bei P&W untergebracht (Statistikamt Nord 2021). P&W stand dem Projektteam der HAW Hamburg für Interviews mit Pflegekräften, standardisierte Kurzbefragungen und eine Analyse von Pflegedokumentationsdaten zur Verfügung. Weiterer Praxispartner war die Techniker Krankenkasse (TK). Die TK ist zahlenmäßig die größte gesetzliche Krankenkasse in Deutschland. Ende 2020 waren in Hamburg etwa 479.000 Menschen bei der TK versichert (Die Techniker o.J.). Die TK sollte insbesondere bei der Abschätzung der quantitativen Perspektive von Krankenzuweisungen aus Pflegeheimen mithilfe von GKV-Abrechnungsdaten mitwirken.

Im nachfolgenden Kapitel wird die Zielsetzung von „NoMi“ umfassend beschrieben, danach folgt eine Skizzierung des Projektverlaufs inklusive der einzelnen Arbeitspakete. Anschließend wird die derzeitige Studienlage zum Thema Krankenzuweisungen aus Pflegeheimen dargestellt. Die Hauptteile (Kapitel 6 und 7) des vorliegenden Abschlussberichtes beinhalten die eigenen Forschungsergebnisse zur Darstellung und Diskussion der Ist-Situation zum einen aus den quantitativen Erhebungen – hier hat insbesondere die Dokumentenanalyse durch den Perspektivwechsel neue Einblicke in das Themenfeld ermöglichen können – und zum anderen aus den qualitativen

Erhebungen. Die Ergebnisse werden im Anschluss mittels Triangulation zusammengeführt und reflektiert. Mit einem Fazit und einem Ausblick dazu, inwieweit der Handlungsspielraum, die Handlungskompetenz und die Handlungsfähigkeit professionell Pflegender im Kontext krisenhafter Situationen mittels gezielter Interventionen erweitert bzw. gestärkt werden könnten, schließt der Bericht ab.

2 Projektziele und –verlauf

Die übergeordnete Zielsetzung im Projekt „NoMi“ widmet sich der Darstellung der Ist-Situation rund um (ungeplante) Krankenhauszuweisungen (Begrifflichkeiten vgl. Kap. 3) aus stationären Pflegeheimen. Besonderer Fokus liegt dabei auf den strukturellen und prozessualen Rahmenbedingungen in den Pflegeheimen und auf dem professionellen Handeln von Pflegekräften.

Zur Erreichung der Zielsetzung wurden folgende Arbeitspakete definiert und im Rahmen der Projektlaufzeit bearbeitet:

- Durchführung einer Literaturrecherche zu potenziell vermeidbaren Krankenhauszuweisungen
- Erhebung der Ist-Situation beim Projektpartner P&W durch eine Dokumentenanalyse (z.B. Verlegungsprotokolle), Durchführung einer Befragung mittels eines standardisierten Erhebungsinstrumentes sowie eine leitfadengestützte Befragung von Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen und Pflegekräften
- Durchführung einer Fokusgruppendifkussion mit Studierenden aus dem Bereich der Altenpflege bzw. der Notfallversorgung
- Routinedatengewinnung und –auswertung in Zusammenarbeit mit dem Projektpartner Techniker Krankenkasse
- Zusammenführung und Diskussion der Ergebnisse

Die unterschiedlichen Forschungsstränge des gewählten Mixed-Method-Designs hatten die Intention, den aktuellen Forschungsstand darzustellen, Gründe, Umstände und Anlässe für (ungeplante) Krankenhauszuweisungen bei einem großen Hamburger Betreiber stationärer Pflegeheime qualitativ und quantitativ darzustellen sowie die Rolle der Pflegekräfte zu diskutieren und zu reflektieren. Ergänzend sollte die quantitative Perspektive aus Abrechnungssicht bei einer großen gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet werden, die quasi retrospektiv – sprich nach erfolgter Einweisung – Abrechnungsdiagnosen erfasst. Insofern waren leitende Erkenntnisinteressen einerseits die Frage nach der Professionalität bzw. Fachlichkeit der Pflegekräfte im unmittelbaren zeitlichen Kontext der Veranlassung von Notfalleinweisungen. Andererseits wurden die Fragen der Handlungsoptionen bearbeitet, die Pflegekräfte für sich im Rahmen ihrer Kompetenzen und Befugnisse sehen bzw. welches Skillset ihnen für ihre Tätigkeit notwendig erscheint. Die

gestufte Vorgehensweise erlaubt einen Abgleich der Ergebnisse mit bereits abgeschlossenen und noch laufenden Projekten des Innovationsfonds (vgl. Kap. 5).

Mit dem Projekt sollte ein Beitrag dazu geleistet werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte gestärkt und in die Lage versetzt werden, krisenhafte Situationen professionell, im Rahmen ihrer Befugnisse und Kompetenzen eigenverantwortlich und interdisziplinär zum Wohle der Bewohner und Bewohnerinnen¹ zu bewältigen und so die Zahl der ungeplanten und potenziell unnötigen Krankenhauszuweisungen mittel- und langfristig zu minimieren. Im Folgenden wird der Projektverlauf kurz skizziert:

Das ursprünglich für 15 Monate geplante Projekt konnte aufwandsneutral verlängert werden und hatte schlussendlich eine Laufzeit von 19 Monaten, von September 2020 bis März 2022.

Die Bearbeitung der oben beschriebenen Arbeitspakete gestaltete sich aus verschiedenen Gründen herausfordernd und musste an sich verändernde Verhältnisse angepasst werden. Im Folgenden soll insbesondere auf die durch die Covid-19-Pandemie entstandenen Herausforderungen und auf datenschutzrechtliche Probleme eingegangen werden.

Covid-19-Pandemie

Die Covid-19-Pandemie, die während der gesamten Projektlaufzeit fort dauerte und zum Zeitpunkt der Projektplanung und -initiierung noch nicht absehbar war, hatte zur Folge, dass die Durchführung einiger Arbeitspakete in unterschiedlicher Weise beeinträchtigt wurde. Insgesamt erforderte die Arbeit mit bzw. in den beteiligten Pflegeeinrichtungen einen deutlichen erhöhten Zeitaufwand was die Koordination und zeitliche Abstimmung der in den Heimen durchzuführen den Arbeitspakete betrifft. Nicht alles konnte dadurch wie geplant durchgeführt werden. Beispielsweise wurden die beteiligten Pflegeeinrichtungen aufgrund von einrichtungsinternen Covid-19-Ausbrüchen immer wieder kurzfristig und kurzzeitig für Besucher:innen geschlossen. Konkret bedeutete das, dass beispielsweise die Vorstellung der Kurzfragebögen nicht vor Ort im Gespräch mit den adressierten Pflegekräften erfolgen konnte, sondern nur über die jeweiligen Pflegedienstleitungen. Etwaige Übertragungsfehler konnten so nicht völlig ausgeschlossen werden (und sind auch tatsächlich aufgetreten, vgl. Kap. 6.3). Die qualitativen Interviews konnten wie vorgesehen durchgeführt werden, dennoch kam es auch hier zu Verzögerungen und erheblichem zusätzlichem Abstimmungsbedarf.

Gleichzeitig führte die Covid-19-Pandemie dazu, dass die geplante Fokusgruppe mit Pflegestudierenden (bzw. Alumni) nur mit erhöhtem Aufwand zustande kam und letztlich nur wenige Teilnehmende umfasste. Da Präsenzlehre nicht möglich war, konnten Interessierte nicht in der gewünschten Form in Lehrveranstaltungen rekrutiert werden, insbesondere terminliche Absprachen gestalteten sich schwierig. Zudem waren die potenziell Beteiligten verstärkt in ihren Heimen gebunden. Dies gilt insbesondere für die Pflegekräfte, die Leitungsfunktionen innehaben.

¹ Nicht unerwähnt bleiben soll an dieser Stelle auch die Vermeidung der (un)erwünschten Auswirkungen auf die Ressourcen und Prozesse des Pflegeheims, der Rettungstransporte und der Notaufnahmen.

Die Zusammenarbeit im Team blieb weitgehend unbeeinträchtigt, da alle Teammitglieder sich gut auf die Gegebenheiten einstellen konnten und die Möglichkeit virtueller Treffen gegeben war. Gleichwohl entstehen so auch Reibungsverluste.

Datenschutzvereinbarung

Als Grundlage für die Analyse der heiminternen Verlegungsprotokolle sowie die Befragung per Kurzfragebogen musste im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) eine Datenschutzvereinbarung zwischen der HAW Hamburg sowie dem Projektpartner P&W erarbeitet und abgestimmt werden. Die Durchführung der qualitativen Projektaufgaben blieb davon unberührt.²

Um zu dieser Datenschutzvereinbarung zu gelangen, wurde vom Projektteam mithilfe des an der HAW Hamburg zuständigen Multimedia Kontor Hamburg (MMKH) zunächst ein Vertrag über die gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten vorbereitet. In diesem Zusammenhang wurde auch eine Datenschutzfolgeabschätzung (Art. 35 DS-GVO) vorgenommen. Gleichzeitig erfolgte die schriftliche Fixierung der technischen und organisatorischen Maßnahmen (TOM), die anschließend HAW-intern überprüft wurden (vgl. Erwägungsgrund 78 DS-GVO).

Der vorbereitete Vertrag zur gemeinsamen Verantwortlichkeit wurde vom beauftragten Datenschützer des Projektpartners zunächst abgelehnt. Er stellte stattdessen einen eigenen Entwurf zur Disposition, welcher wiederum von Seiten der HAW Hamburg nicht akzeptiert werden konnte. Denn mittlerweile zweifelten die an der Hochschule Zuständigen daran, ob es aufgrund der Projektstruktur überhaupt eine Datenschutzvereinbarung benötigt.³ Nach einigen bi- und multilateralen Gesprächsterminen zwischen den beteiligten Datenschutzbeauftragten, dem Projektteam, zuständigen Mitarbeitenden von P&W, Vertreter:innen des MMKH, der Forschungs- und Transferabteilung sowie der Justiziarin der HAW Hamburg wurde schließlich ein neuer und in einigen Teilen revidierter Vertrag über die gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten nach Art. 26 DS-GVO aufgesetzt und schließlich von den beteiligten Parteien gebilligt. Erst im Anschluss an diesen zeitaufwändigen Prozess konnten die Arbeiten zur Gewinnung und Analyse der Verlegungsdaten und die Durchführung der Befragung per Kurzfragebogen beginnen. Für die Datenzusammenstellung und -verschlüsselung, die vor Ort bei P&W erfolgen musste, wurde eigens eine Person auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung eingestellt, was zu weiteren Verzögerungen bei der Vorlage der zu analysierenden Daten führte.

Der skizzierte Prozess zum Abschluss einer Datenschutzvereinbarung dauerte insgesamt etwa ein Jahr. Grund für dieses doch recht langwierige Verfahren war sicher zum einen die bereits genannte Covid-19-Pandemie, die persönliche Treffen und den damit verbundenen schnellen informellen Austausch nicht gestattete. Gleichzeitig aber scheint die Umsetzung der DS-GVO

² Die Interviews wurden pseudonymisiert, die Interviewpartner:innen haben nach angemessener (schriftlicher) Aufklärung eine schriftliche Einwilligung erteilt.

³ Diese Zweifel waren insofern nicht unberechtigt, als vorgesehen war, dass das Projektteam zu jedem Zeitpunkt nur mit vollständig anonymisierten Daten arbeitet und ein Rückschluss auf natürliche Personen daher nicht möglich gewesen wäre.

insbesondere im Forschungsbereich noch nicht auf allen Ebenen gut zu funktionieren und wird offensichtlich gelegentlich unterschiedlich interpretiert. In Zusammenarbeit mit für den Datenschutz vulnerabler Einrichtungen zuständigen Personen lässt sich als weiterer Grund für den (zeit-)aufwändigen Prozess bis zur Unterschriftenreife der Datenschutzvereinbarung identifizieren, dass es Außenstehenden offensichtlich schwerfällt, sich in die eng getaktete Struktur befristeter Projekte hineinzudenken. Dadurch werden Entscheidungen nicht immer so (zeitnah) getroffen, wie es insbesondere bei vergleichsweise kurzen Projektlaufzeiten wünschenswert und auch notwendig wäre. Hier wäre ein einerseits DS-GVO-konformer, andererseits aber auch pragmatischer und handhabbarer Umgang mit Forschungsdaten erstrebenswert.

Im Laufe des Projekts schied Frau Völtzer für 13 Monate aufgrund von Elternzeit bis kurz vor Projektende aus. Ab dem 01.01.2021 übernahm Herr Nordholt für einige Monate die Elternzeitvertretung, er hat insbesondere die Vorbereitung der Dokumentenanalyse verantwortet. Frau Meinert war ab dem 01.04.2021 mit einem kleinen Stellenanteil im Projekt beschäftigt, sie hat in allen Bereichen mitgewirkt, insbesondere bei der Analyse der quantitativen Daten. Frau Wooock war durchgehend in „NoMi“ beschäftigt. Die beschriebene Personalsituation hat es ermöglicht, die oben beschriebenen Verzögerungen aufwandsneutral zu kompensieren. Ein Überblick über die Zielerreichung im Abgleich mit dem Antrag kann der folgenden Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1: Projektstruktur und -verlauf (eigene Darstellung)

„Soll“/Meilenstein	Zuständigkeit	„Ist“– Was wurde erreicht?	Was wurde nicht erreicht, bis wann soll es erreicht werden?
AP 1 <i>Systematisches Review</i>	PT	Eine systematische Recherche der relevanten Literatur wurde durchgeführt.	--
AP 2.1 <i>Dokumentenanalyse</i>	PT/P&W	4.742 Verlegungsprotokolle wurden analysiert.	--
AP 2.2 <i>Standardisiertes Erhebungsinstrument</i>	PT/P&W	Die Befragung mittels eines standardisierten Erhebungsinstruments wurde über eine Laufzeit von drei Monaten in 10 Wohnbereichen durchgeführt.	--
AP 2.3 <i>Leitfadengestützte Befragung und Fokusgruppensdiskussion</i>	PT/P&W	Es wurden insgesamt 14 Einzelinterviews und ein Gruppeninterview mit 3 Teilnehmenden durchgeführt und analysiert.	--

AP 3 <i>Fokusgruppendifkussion mit Studierenden</i>	PT	Eine Fokusgruppendifkussion mit 2 Teilnehmenden wurde durchgeföhrt.	--
AP 4 <i>Routinedatengewinnung und -auswertung</i>	PT/TK	--	Eine Routinedatenauswertung im gewünschten Umfang liegt nicht vor (vgl. Kap. 6.1)
PT = Projektteam, P&W = Projektpartner PFLEGEN & WOHNEN, TK = Projektpartner Techniker Krankenkasse			

3 Terminologie

Im Projektverlauf hat sich die verwendete Begrifflichkeit in einigen Aspekten verschoben, in anderen geschärft. Im Folgenden soll darauf im Einzelnen eingegangen werden.

Ungeplante Krankenhauszuweisung

Das Projektkürzel „NoMi“ steht für „Notfalleinweisungen minimieren“, dahinter verbirgt sich eine „Studie zu Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen alter und hochaltriger Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen“. Der Begriff „Notfalleinweisung“ nimmt zum einen den Terminus „Notfallversorgung“ auf, der in der Literatur gelegentlich Anwendung findet (vgl. beispielsweise Pinter et al. 2013; Bleckwenn et al. 2018) und legt gleichzeitig den Akzent auf den Prozess im Pflegeheim, also auf die Aktivitäten rund um eine Einweisung.

Im Projektverlauf erwies sich der Begriff „Notfalleinweisung“ als unscharf und potenziell irreföhrend. Insbesondere in der Interaktion mit den Pflegekräften stellte sich heraus, dass nicht jeder per Rettungswagen durchgeföhrt Transport in ein Krankenhaus von den Beteiligten auch als tatsächlicher „Notfall“ wahrgenommen wird. Bei einem Großteil der Einweisungen stehen neben der reinen Notfallversorgung auch andere Aspekte im Fokus bzw. sogar im Vordergrund (vgl. Kap. 7.1). Entsprechend wurde der Begriff „Notfalleinweisung“ ersetzt durch den Terminus „ungeplante Krankenhauszuweisung“⁴. Dieser Begriff beinhaltet zwei wesentliche Charakteristika des im Rahmen des Projekts „NoMi“ untersuchten Geschehens:

- Der Ausgangspunkt eines Zuweisungsgeschehens ist nicht immer ein echter „Notfall“. Entscheidend für unsere Untersuchung war vielmehr, dass die Zuweisung ungeplant war und von den Pflegekräften im Vorfeld nicht antizipiert werden konnte.
- Mit dem in diesem Kontext eher unüblichen Begriff der „Zuweisung“ wird darauf hingewiesen, dass es sich bei vielen der Transporte ins Krankenhaus nicht nur um eigentliche Einweisungen handelt (ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner ist innerhalb von 24 Stunden wieder zurück in der Pflegeeinrichtung, vgl. Kap. 6.2), sondern auch um eine

⁴ Unbenommen ist, dass diese Fälle in der Folge zumeist in die Notaufnahme eingeliefert dort auch als Notfalleinweisung behandelt werden.

Weitergabe der Verantwortung, mithin um ein „Zuweisen“ der Bewohnenden an einen anderen Verantwortungsbereich. Die Bezeichnung findet z.B. auch in den Publikationen von Bienstein & Bohnet-Joschko (2016) und Primc et al. (2021) Verwendung.

Potenziell unnötige bzw. potenziell vermeidbare Krankenhauszuweisungen

Von potenziell unnötigen bzw. vermeidbaren Krankenhauszuweisungen spricht man, wenn Versorgung und Pflege in einem „lower cost setting“ wie dem Pflegeheim ebenso sicher und weniger disruptiv hätte erbracht werden können wie im Krankenhaus (Lemoine et al. 2019). Welche Erkrankungen im Einzelnen geeignet erscheinen, sicher in der Pflegeeinrichtung behandelt werden zu können, ist Gegenstand der fortlaufenden Diskussion (vgl. beispielsweise Leutgeb et al. 2019; Ouslander et al. 2010) und kann nur schwer definiert werden. Grund hierfür sind weniger die Entlassdiagnosen, die im Rahmen diverser Projekte untersucht worden sind (exemplarisch: Bohnet-Joschko et al. 2021) und auch nicht die primären Einweisungsgründe, die durchaus Anhaltspunkte für potenziell vermeidbare Krankenhauszuweisungen geben, als vielmehr die im Rahmen von „NoMi“ so genannten sekundären Einweisungsgründe oder Umgebungsfaktoren – darunter die organisatorischen Rahmenbedingungen und Vorgaben der Leitungskräfte, die Rolle der Angehörigen oder mögliche haftungsrechtliche Implikationen (vgl. Kap. 7.1). Diese und weitere Faktoren führen dazu, dass Pflegekräfte auch vermeintliche „Bagatellfälle“ (Schwabe et al 2020) einem Krankenhaus zuweisen, da sie sich aufgrund der Umgebungsfaktoren dazu genötigt sehen. Diese wahrgenommene „Nötigung“ verstellt den Beteiligten gleichzeitig den Blick darauf, dass die Zuweisung „potenziell unnötig“ sein könnte. Wenn in der Folge überlegt wird, wie potenziell unnötige Krankenhauszuweisungen minimiert werden können, so müssen diese – ganz realen – Umgebungsfaktoren stets mitgedacht und bearbeitet werden.

Die soeben eingeführte Begrifflichkeit der „Krankenhauszuweisungen“ wird im vorliegenden Bericht immer dann verwendet, wenn es um eigene Ergebnisse oder übergeordnete Zusammenhänge geht. Geht es – wie zum Beispiel im folgenden Kapitel 4 – um die Wiedergabe von Erkenntnissen anderer Autor:innen, wird stets der jeweilige Originalwortlaut genutzt.

Krisenhafte Situation

Statt des Begriffs „Notfall“ wird im vorliegenden Bericht und auch in der „NoMi“-Projektkommunikation vermehrt der Terminus der „krisenhaften Situation“ verwendet. Dabei wird die Krise von den Pflegenden subjektiv als eine Situation gedeutet, die externes Eingreifen erfordert – auch in ihrer eigenen Wahrnehmung ist das bei weitem nicht immer synonym mit einem Notfall. Ob ein externes Eingreifen wirklich erforderlich ist oder ob es auch denkbar erscheint, dass pflegeheiminterne Ressourcen personeller oder materieller Art eine Krankenhauszuweisung überflüssig machen, wird im Rahmen der vorliegenden Untersuchung diskutiert.

4 Literaturüberblick

Ziel der im Rahmen von „NoMi“ durchgeführten Literaturrecherche war es, den aktuellen Forschungsstand zum Thema „Notfalleinweisungen aus Pflegeheimen“ unter dem Aspekt der Gründe und Begleitumstände für diese Einweisungen darzulegen sowie der Frage nach der (möglichen) Vermeidbarkeit von Rettungstransporten in die Notaufnahmen in Krankenhäusern nachzugehen. Dabei sollten insbesondere mögliche für ambulant sensitive Krankenhausfälle⁵ relevante Begleitumstände fokussiert werden (Indikationen, notwendige/nicht notwendige Notfalleinweisungen, Folgen für Patientinnen/Patienten...).

Der umfassenden Literaturrecherche lag folgende Fragestellungen zu Grunde:

*Welche Faktoren und welche Begleitumstände können dazu führen, dass es häufiger oder seltener zu potenziell vermeidbaren ungeplanten Krankenhauszuweisungen aus stationären Pflegeeinrichtungen kommt?*⁶

Die systematische Recherche war eines der ersten abgeschlossenen Arbeitspakete in „NoMi“. Stand der Literatur ist dadurch der 21.09.2020.

4.1.Suchstrategie

Da es sich um eine eng gefasste Fragestellung handelt, erfolgte die Literaturrecherche mittels einer präzisen (spezifischen) Suchstrategie. Die relevante Literatur kann somit konkret und schnell identifiziert werden. Zunächst wurden in verschiedenen Schlagwortkatalogen Suchbegriffe und geeignete Schlagwörter/MeSH-Terms für die Suche identifiziert.

⁵ Als ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK) werden die Krankenhausfälle bezeichnet, die aufgrund einer angemessenen ambulanten Versorgung vermeidbar wären. In 2015 erschien in diesem Kontext eine Liste von 40 Diagnosen (darunter beispielsweise Bronchitis, Herzinsuffizienz, COPD, Hypertonie oder Diabetes mellitus), bei denen eine Krankenhauszuweisung als zu 85 Prozent vermeidbar gilt, wenn die Erkrankungen rechtzeitig erkannt und gut behandelt werden (Sundmacher et al. 2015). Dieser Katalog ist zwischenzeitlich noch ergänzt worden um eine im Rahmen des Innovationsfondsprojektes "PSK" entwickelte Liste spezifisch "pflegeheim-sensitiver Diagnosen" (Bohnet-Joschko et al. 2021).

⁶ Die Forschungsfrage wurde in Hinblick auf den Fokus in „NoMi“ noch einmal spezifiziert. Die zunächst explizit genannten „medizinischen Indikationen“ wurden im Rahmen der Recherche mitbeantwortet, stehen aber nicht primär im Vordergrund. Stattdessen liegt auch ein Fokus auf den Faktoren und Begleitumständen, die eine ungeplante Krankenhauszuweisung flankieren und somit Hinweise auf mögliche Interventionen zur Verringerung der Rate ungeplanter Krankenhauszuweisungen geben können.

Tabelle 2: Schlagworttabelle Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Alte Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen	Krankenhauseinweisungen	Medizinische Indikation	Begleitumstände
<ul style="list-style-type: none"> • Nursing homes • Homes for the aged • Housing for the elderly • Residential facilities • Long-term care 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalization • Hospital • Acute (health) care • Patient transfer • Potentially avoidable hospitalizations (PAHs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Emergency care • Emergency (medical) services 	<ul style="list-style-type: none"> • Decision making • Definition of urgency • Decision to transfer • Statistics & numerical data • Prevention & control • Databases

Aus den oben gelisteten Suchbegriffen und Schlagwörtern wurden verschiedene Suchalgorithmen generiert. Die konkrete Suche mit diesen erfolgte anschließend in drei thematisch relevanten Datenbanken (PubMed, CINAHL, Web of Science). Zusätzlich wurden eine Freihandsuche sowie eine Recherche in der grauen Literatur durchgeführt. In den Datenbanken wurden die Expertensuche, das Schlagwortsystem und Bool'sche Operatoren verwendet. Folgende MeSH-Terms wurden genutzt:

“Nursing Homes” OR “Homes for the Aged” OR “Housing for the Elderly” OR “Residential Facilities” OR “Long-Term Care”

AND „hospitalization” AND/OR “Emergency” AND “statistics & numerical data”

Zudem ließen sich weitere relevante Quellen durch das Schneeballsystem identifizieren. In einem Rechercheprotokoll wurden die verwendete Datenbank, der für diese Suche verwendete Suchalgorithmus, die angewendeten Filter, die Anzahl und Durchsicht der Treffer, die Verwendung eines neuen Suchalgorithmus, sowie die Ergebnisse dokumentiert. Durch die Anwendung eines Filters enthielten die Ergebnisse der Literaturrecherche ausschließlich Studien, welche nach 2010 publiziert wurden und in den Sprachen Deutsch oder Englisch zur Verfügung stehen. Ein exemplarisches Rechercheprotokoll ist nachfolgend dargestellt.

Tabelle 3: Exemplarisches Rechercheprotokoll, Datenbank PubMed, Stand: 21.09.2020 (eigene Darstellung)

Suchalgorithmus	Einschränkungen	Anzahl Treffer	Weitere Schritte	Ergebnis
((("nursing homes"[MeSH Terms] OR "long term care"[MeSH Terms] OR "homes for the aged"[MeSH Terms]) AND "hospitalization"[MeSH Terms]) OR "emergencies"[MeSH Terms]) AND "patient transfer"[MeSH Terms]	In den letzten 10 Jahren publiziert, englischsprachig	414	Durchsicht der 414 Treffer, neuer Suchalgorithmus	
((("nursing homes"[MeSH Terms] OR "long term care"[MeSH Terms] OR "homes for the aged"[MeSH Terms]) AND "hospitalization"[MeSH Terms]) OR "emergencies"[MeSH Terms]) AND		39	Durchsicht der 39 Treffer, neuer	27 Artikel relevant (Abstract und Volltext eines Artikels nicht verfügbar),

Suchalgorithmus	Einschränkungen	Anzahl Treffer	Weitere Schritte	Ergebnis
"patient transfer"[MeSH Terms] AND ("decision making"[MeSH Terms] OR ("decision"[All Fields] AND "making"[All Fields]) OR "decision making"[All Fields])			Suchalgorithmus	Download von 17 Artikeln
(((((nursing home[MeSH Terms]) OR (homes for the aged[MeSH Terms])) OR (facilities, residential[MeSH Terms])) AND (hospitalization[MeSH Terms])) OR (emergency[MeSH Terms])) AND (prevention and control[MeSH Terms])		0		
(((((nursing home[MeSH Terms]) OR (residential facility[MeSH Terms])) OR (homes for the aged[MeSH Terms])) AND (hospitalization[MeSH Terms])) AND (emergency[MeSH Terms])		19		14 Artikel relevant (1 Artikel inkl. Abstract nicht verfügbar, 1 Artikel mit spanischem Volltext), Download von 5 Artikeln
((((((nursing homes[MeSH Terms]) OR (residential facilities[MeSH Terms])) OR (housing for the elderly[MeSH Terms])) OR (homes for the aged[MeSH Terms])) AND (hospitalization[MeSH Terms])) OR (patient transfer[MeSH Terms])) AND (emergency[MeSH Terms])) AND (decision making[MeSH Terms])		1		0 Artikel relevant
((((((nursing home[MeSH Terms]) OR (residential facilities[MeSH Terms])) OR (homes for the aged[MeSH Terms])) OR (housing for the elderly[MeSH Terms])) AND (hospitalization[MeSH Terms])) AND (emergency[MeSH Terms])) AND (analyses, statistical data[MeSH Terms])		0		

4.2. Studienauswahl und Datenextraktion

Bis September 2020 wurden insgesamt 29 relevante Artikel identifiziert und mittels des Literaturverwaltungsprogramms Citavi verwaltet. Das Abstract der jeweiligen Artikel wurde auf die Einschlusskriterien überprüft. Um Doppelungen zu vermeiden, wurden Studien, welche bereits in den Systematic Reviews (Laging et al., Lemoyne et al., Arendts et al., Pulst et al.) inkludiert waren, nicht mit einbezogen. Damit wurden insgesamt zwölf Artikel eingeschlossen. In nächsten Analyseschritt wurden die zugänglichen Informationen kategorisiert. Aufgrund des Inhaltes der Studien können fünf verschiedene Themenkategorien gebildet werden:

- a) Angemessenheit des (Rettungs-)Transports in eine Notfallaufnahme
- b) Einflussfaktoren im Entscheidungsprozess und Gründe für Transfer

- c) Konsequenzen eines Transfers (für Bewohnende)
- d) Rolle der Familie im Entscheidungsprozess
- e) Faktoren und Indikationen zur Vermeidung von Transfers

Alle Studien innerhalb einer Kategorie wurden auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Aussagen untersucht.

4.3 Ergebnisse

Insgesamt wurden vier systematische Übersichtsarbeiten und acht weitere Artikel eingeschlossen (vgl. Anhang 1). Jeder dieser Artikel hat einen unmittelbaren Bezug zu der oben formulierten Leitfrage: *Welche Faktoren und welche Begleitumstände können dazu führen, dass es häufiger oder seltener zu potenziell vermeidbaren ungeplanten Krankenhauszuweisungen aus stationären Pflegeeinrichtungen kommt?*

Ihrem Inhalt nach lassen sich die gefundenen Artikel den in „Studienauswahl und Datenextraktion“ genannten fünf Kategorien a) bis e) zuordnen. Aufgrund des zum Teil komplexen Inhaltes können einige Artikel mehreren Kategorien zugeordnet werden. Für eine genaue Zuordnung der einzelnen Studien zu ihren Kategorien siehe Anhang 1.

Angemessenheit eines (Rettungs-)Transportes in eine Notfallaufnahme

Bei der Diversität der Einflussfaktoren und der Vielzahl an Verbesserungsvorschlägen stellt sich die Frage nach der Angemessenheit bzw. im Umkehrschluss der potenziellen Vermeidbarkeit jedes einzelnen Transportes.

In dem systematischen Review von Lemoyne et al. (2019) wird aufgezeigt, dass 23 bis 53 Prozent der in ein Krankenhaus eingelieferten Bewohnenden noch am selben Tag wieder entlassen werden. In allen im Review von Lemoyne et al. (2019) eingeschlossenen Studien wurden 4 bis 55 Prozent aller Transporte als unangemessene Transporte bewertet. Die große Differenz in der Bewertung ergibt sich aus den unterschiedlichen Definitionen des „unangemessenen Transportes“ der einzelnen eingeschlossenen Studien. Als häufigste Gründe für einen Transport benennen Lemoyne et al. (2019) Traumata nach einem Sturz, eine Verschlechterung des mentalen Status sowie Infektionen. Transporte außerhalb der normalen Arbeitszeiten scheinen mit einem großen Komplikations- und Sterberisiko verbunden zu sein. Wie Lemoyne et al. (2019) beschreiben auch Fassmer et al. (2020), dass Patientenverfügungen bzw. Advance Care Planning (ACP) ein weiterer Faktor ist, der die Zahl der „angemessenen“ Transporte beeinflusst. Wenn keine klaren Anweisungen für das weitere Handeln vorliegen, hängt die Entscheidung von anderen Faktoren ab, auf die die Bewohnenden dann unter Umständen keinen Einfluss mehr haben. Laut Lemoyne et al. (2019) ist nur bei 44 Prozent aller alten Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen eine Patientenverfügung vorhanden. Vergleichbar ist die Angabe von Fassmer et al. (2020), die berichten, dass bei 46 Prozent aller ungeplant in ein Krankenhaus eingewiesenen Bewohnenden eine Patientenverfügung vorliegt. Ein weiterer Einflussfaktor bei der Entscheidung für oder gegen einen Transfer ist die Tatsache, dass Pflegekräfte sich häufig von den Angehörigen eines sterbenden

Bewohners bzw. einer sterbenden Bewohnerin unter Druck gesetzt fühlen, eine aktive Maßnahme wie zum Beispiel eine Krankenhauseinweisung zu veranlassen. Die Abwesenheit oder schwere Erreichbarkeit von Ärzten und Ärztinnen im Pflegeheim bzw. durch die Pflegenden erschwert ebenfalls die Vermeidung eines Krankenhaustransportes (Lemoyne et al. 2020).

Die Studie von Lamb et al. (2011) beschäftigt sich mit der Qualitätsverbesserung in Pflegeheimen. Dazu wurden in 30 Pflegeheimen in drei verschiedenen Staaten in den USA Strategien eingeführt (INTERACT II⁷), um die Häufigkeit des Transports von Bewohnenden in ein Krankenhaus zu reduzieren. Befragte Pflegekräfte in der von Lamb et al. (2011) veröffentlichten Studie bewerteten 76 Prozent aller Transporte als angemessen und somit nicht vermeidbar. Gründe für diese Einschätzung sind die Verschlechterung des Allgemeinzustandes, das Drängen einzelner Familienmitglieder und die Anweisung des Arztes bzw. der Ärztin zum Transport.⁸ 24 Prozent aller Transporte wurden als vermeidbar oder wahrscheinlich vermeidbar bewertet.

Einflussfaktoren im Entscheidungsprozess und Gründe für Transfer

Dieser Kategorie wurden zwei Systematische Reviews, eine Metaanalyse und zwei Einzelstudien zugeordnet. Alle hier enthaltenen Studien beschäftigen sich mit den Faktoren, die einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess für oder gegen eine Krankenhauszuweisung haben. Ebenso werden hier einen Rettungstransport begünstigende Faktoren herausgearbeitet.

In der Metaanalyse von Laging et al. (2015) wird deutlich, dass Pflegekräfte eine essenzielle Rolle im Entscheidungsprozess spielen. Verschiedene Faktoren finden hier Einfluss. Dazu zählen fehlendes Personal und Ressourcen (mobile Röntgengeräte, Pulsoxymetrie, Ausstattung für intravenöse Therapien etc.) sowie fehlende Kompetenz und fehlendes Selbstvertrauen von Seiten der Pflege. Beides beinhaltet die Angst, außerhalb des gesetzlichen Rahmens zu agieren und dafür ggf. strafrechtlich belangt werden zu können. Dieser Faktor ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass es keine klar definierte Rolle der Pflege im Entscheidungsprozess gibt. Die vorherrschende Hierarchie unter den „Decision-Makers“ führt häufig zu einem Ausschluss der Schlüsselpersonen – den Bewohnenden und den Pflegekräften. Des Weiteren beeinflussen mangelhafte interdisziplinäre Kommunikation und inadäquate Planung im Sinne einer Patientenverfügung oder ACP (Berücksichtigung der Wünsche des Bewohners/der Bewohnerin und der Familie) den Entscheidungsprozess. Teils unterschiedliche Einstellungen der Pflegenden zu Krankenhauszuweisungen führen zu fehlender Übereinstimmung im Entscheidungsprozess. Daraus resultieren uneindeutige Erwartungen an die Rolle der stationären Pflegeeinrichtung. Diese Unsicherheiten führen häufig zu einer Einweisung, um „auf der sicheren Seite“ zu sein.

Auch in der Studie von Pulst et al. (2019), welche die Geschehnisse um eine ungeplante Verlegung in ein Krankenhaus aus der Perspektive von Rettungssanitäter:innen betrachtet, werden die

⁷ INTERACT beinhaltet Training, Hilfsmittel und Weiterbildungen im Bereich der Früherkennung.

⁸ Sowohl das Drängen von Familienmitgliedern als auch die ärztliche Anweisung sind dabei für Pflegekräfte hinreichende Gründe, eine Einweisung zu veranlassen, können aber objektiv betrachtet nicht als Ausschlusskriterien für potenziell vermeidbare Transporte gelten.

gleichen Gründe für einen Transport beschrieben (Pulst et al. 2019). Es wird deutlich, dass besonders gesetzliche Unsicherheiten unter allen Beteiligten (Pflegerkräfte, Ärzt:innen, Rettungssanitäter:innen, Fahrer:innen) eine große Rolle in der Transportentscheidung spielen.

Die Ergebnisse des Systematic Review von Arendts et al. (2013) spiegeln unterschiedliche Prinzipien wider, welche die Entscheidungsfindung eines Transfers beeinflussen. Das erste übergeordnete Thema wird „*Bewohner dominant*“ genannt. Es beschreibt, dass Transfers mit der Erwartung eines besseren Outcomes für die Bewohnenden veranlasst werden. Das bessere Outcome kann sich durch die Verbesserung der klinischen Symptomatik oder durch die Verbesserung der Lebensqualität äußern. Das zweite übergeordnete Thema heißt „*Bewohner zweitrangig*“. Hier werden Transfers in eine Notfallaufnahme zusammengefasst, die ohne die Erwartung eines besseren Outcomes für den Patienten stattfinden. Faktoren, die einen Transport der Kategorie zwei beeinflussen, decken sich mit den in der Metaanalyse von Laging et al. (2015) herausgearbeiteten Faktoren. Ergänzend werden hier bürokratische Belange und widersprüchliche Präferenzen der Stakeholder als Einflussfaktoren auf die Transportentscheidung genannt. Zusätzlich werden in einer Studie von Lamb et al. (2011) die verpassten Präventionsmöglichkeiten im Vorfeld als Hauptgrund für eine Einweisung ins Krankenhaus genannt. Außerdem benennen die Autor:innen das Bestehen der Familie auf einem Transport, mangelnde interprofessionelle Kommunikation, fehlende Patientenverfügungen und Lücken im Wissen oder in den Fähigkeiten des Pflegepersonals als relevante Einflussfaktoren.

Fassmer et al. (2020a) haben im Rahmen des Homern-Projektes (vgl. Kap. 5) die Situation des Entscheidungsprozesses sowohl aus der pflegerischen als auch aus der ärztlichen Perspektive beleuchtet. Aus pflegerischer Sicht ist eine bessere Erreichbarkeit von Ärzten und Ärztinnen sowie das Vorhandensein einer Patientenverfügung zur Reduzierung von Transporten in ein Krankenhaus erforderlich. Letztere wäre auch aus ärztlicher Sicht notwendig, um schneller über weitere Schritte entscheiden zu können. Zusätzlich seien aber auch mehr Pflegekräfte sowie eine bessere interprofessionelle Kommunikation (zwischen Ärzt:innen und Pflegenden) notwendig. Fassmer et al. (2020) berichten, dass Angaben zu möglichen Verbesserungsansätzen darauf hindeuten, dass beide genannten Berufsgruppen sich gegenseitig die Verantwortung für eine Veränderung zuweisen. Diese Ergebnisse bestärken die Annahme, dass es einen erhöhten Bedarf an interprofessioneller Zusammenarbeit gibt.

Konsequenzen eines Transportes für Patient:innen

Auch im Rahmen des Homern-Projektes untersuchten Fassmer et al. (2020b) die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Krankenhauseinweisungen von Bewohnenden in Pflegeheimen. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass Männer häufiger in die Notfallaufnahme eingeliefert werden und in der Folge häufiger versterben als Frauen. Die Ursache dafür ist unklar. Morphet et al. (2014) fanden heraus, dass das Fehlen klinisch relevanter Dokumentation bei Einweisung negative Auswirkungen auf Patient:innen hat. Fehlen bei der Einweisung der Einweisungsgrund, eine Dokumentation über die vitalen Zeichen und Angaben zum Zeitraum der Beschwerden sowie eine

Baseline kognitiver Funktionen, so haben derartige Unzulänglichkeiten der Dokumentation eine Verschlechterung des Patienten-Outcomes zur Folge. Grundsätzlich heben alle Studien die Gefahr und das steigende Risiko iatrogener Erkrankungen hervor, das mit jeder Krankenhauseinweisung einhergeht.

Die Rolle der Familie im Entscheidungsprozess

Bereits thematisiert wurde, dass die Familie von Bewohnenden eine Rolle im Entscheidungsprozess spielt. Pulst et al. (2019) untersuchten in ihrem Systematic Review die Erfahrungen hinsichtlich der Beteiligung von Familienmitgliedern auf die Transportentscheidungen im vorliegenden Sinne. Grundlegend ist anzunehmen, dass Familienmitglieder den Entscheidungsprozess eines Transportes unterschiedlich wahrnehmen. Aus allen eingeschlossenen Studien haben Pulst et al. (2019) fünf Synthesen generiert. Diese zeigen den Einfluss der Familie in verschiedenen Dimensionen. Die erste Synthese beschreibt den Einfluss der Familie auf die Transportentscheidung unter dem Aspekt, wie gut oder schlecht die Angehörigen die Versorgung und Pflege im Pflegeheim selbst bewerten. Die zweite Synthese bezieht sich auf die Beurteilung der Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Weiterführend wird im Rahmen der Transportentscheidung zum Dritten auch der wahrgenommene Schweregrad der klinischen Situation berücksichtigt. Angehörige tendierten eher zu einer Einweisung in ein Krankenhaus, wenn der Zustand des Bewohners bzw. der Bewohnerin sich dramatisch verschlechtert (hat). Die vierte Synthese beschreibt, dass das Wissen um die Wünsche des im Heim lebenden Angehörigen, die Akzeptanz sowie das Einhalten dieser Wünsche häufig eine Herausforderung für die Familie darstellen.⁹ Die schlussfolgernde fünfte Synthese beschreibt, dass der Grad der Beteiligung von Familienangehörigen an der Transportentscheidung stark variiert und abhängig ist von der familiären Situation. Die Beteiligung der Familienmitglieder im Entscheidungsprozess variiert von „keiner Beteiligung“ bis „auf einen/keinen Transport bestehen, beruhend auf den persönlichen Wünschen.“ Normalerweise jedoch werden Krankenhaustransporte und andere Behandlungsentscheidungen primär mit ärztlichem und pflegerischem Personal besprochen.

Das größte Konfliktpotenzial zwischen Familienangehörigen und medizinischem Personal liegt in der Interpretation dessen, was am besten für den Bewohner/die Bewohnerin ist bzw. sein könnte. Pulst et al. (2019) berichten in diesem Zusammenhang, dass Familienangehörige solche Diskussionen generell als schwierig wahrnehmen, da diese zu einem Gefühl von Stress und Unbehagen führen. Schlussfolgernd zeigt sich, dass Familienangehörige ein wichtiges Bindeglied in dem Bereich der Kommunikation zwischen allen Beteiligten (Bewohnende, medizinisches Personal, Krankenhaus und Seniorenheim) sind.

Faktoren und Indikationen zur Verhinderung von Transporten

⁹ So leiden viele Angehörige ausgesprochen darunter, wenn ihre alten Familienmitglieder (beispielsweise in der Sterbephase) aufhören zu essen und können das als Faktum nur schwer akzeptieren.

Verschiedene Studien haben sich mit Methoden zur Verringerung oder Verhinderung potenziell unnötiger Krankenhauszuweisungen und Transfers beschäftigt. Die in diesem Zusammenhang erarbeiteten Verbesserungsvorschläge decken sich mit den unter „Einflussfaktoren im Entscheidungsprozess und Gründe für einen Transport“ beschriebenen Einflussfaktoren in weiten Teilen. Lemoyne et al. (2019) beschreiben Entwicklungsschritte, welche besonders die Verbesserung interdisziplinärer Kommunikation sowie die Bereitstellung ausreichender Ressourcen für eine akute Behandlung betreffen. Dazu gehören die neben der angemessenen Ausstattung zur Diagnostik und Therapie insbesondere aber auch genügend Personal mit entsprechender Qualifikation. Die Kompetenzerweiterung der Pflegekräfte und zusätzliche Unterstützung durch Ärzt:innen sind deshalb weitere Vorschläge zur Situationsverbesserung. Des Weiteren ist es zum Erhalt der Autonomie der alten Menschen wichtig, bereits im Vorfeld im Sinne einer Patientenverfügung/ACP zu planen und über die Wünsche der Bewohnenden zu sprechen. Eine Definition konkreter Parameter für notwendige Krankenhauszuweisungen könnte helfen, einen geregelten Rahmen für die Entscheidungen zu schaffen. In einer qualitativen Fokusgruppen-Studie beleuchteten Pulst et al. (2019) die Transportsituation aus der Sicht von Rettungssanitäter:innen. Auch hier werden zur Verminderung von Transporten die Einführung von Notfallstandards sowie eine bessere interprofessionelle Kommunikation empfohlen.

Weitere Studien zeigen individuelle Ansätze, um die Situation zu verbessern. Ashcraft und Owen (2014) fanden heraus, dass die Pflege zur Vermeidung von Transfers präventiv stärker auf folgende Symptome am Patienten achten müsse: Kurzatmigkeit, verminderte Sauerstoffsättigung, Stürze mit Verletzung und Änderungen im Bewusstseinslevel. Diese Symptome zählen zu den häufigsten Gründen für eine Einweisung (Lemoyne et al. 2019). Eine gezielte Weiterbildung, welche die Pflegekräfte dazu befähigt, die oben genannten Symptome frühzeitig zu erkennen und adäquat zu kommunizieren, könnte dazu führen, dass eine Vielzahl an Transporten vermieden werden (Ashcraft & Owen 2014).

Lisk et al. (2012) haben im Rahmen einer experimentellen Studie vier verschiedene Strategien in sechs Seniorenheimen implementiert mit dem Ziel, die Einweisungszahlen ins Krankenhaus zu reduzieren. Das Ergebnis konnte zeigen, dass durch regelmäßige konsiliarische Beratung durch Geriater:innen in Pflegeheimen ein Rückgang der Einweisungen erfolgt.

4.4 Diskussion

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen eine Bandbreite von Einflussfaktoren im Kontext ungeplanter Krankenhauseinweisungen und formulieren auch Vorschläge, wie potenziell unnötige Transfers vermieden werden können. Grundsätzlich lässt sich konstatieren, dass die beteiligten Akteur:innen im Entscheidungsprozess nicht immer harmonisieren. Ärzt:innen sind nicht immer erreichbar, Pflegekräfte wiederum haben – neben einem generellen Zeitmangel – häufig weder die Kompetenzen noch die Befugnisse, Entscheidungen für oder wider einen Notfalltransfer selbst zu verantworten. Eine weitere Rolle kommt Familienangehörigen zu, die je nach ihrer individuellen Einschätzung der aktuellen Lage (u.a. hinsichtlich Versorgungsqualität,

Gesundheitszustand des alten Menschen) durchaus auf eine Krankenhauseinweisung drängen können. Aufgrund rechtlich nicht eindeutiger Regelungen werden Entscheidungen im Zweifel eher für eine Zuweisung getroffen – nicht immer zum Wohle der Bewohnenden, auch das macht die Literatur deutlich.

Schließlich machen die eingeschlossenen Studien und Reviews deutlich, dass auch der Wille der Bewohnenden mehr und systematisch beachtet werden muss. Patientenverfügungen und ACP können, wenn sie vorhanden sind und Beachtung finden, einige Transfers verhindern. Schlussendlich sollten Gespräche zu einer Pflege am Lebensende mit Bewohnenden und Angehörigen frühzeitig und präventiv geführt werden, um in gegebenenfalls auftretenden kritischen Situationen nach der Direktive der Betroffenen handeln zu können.

Einschränkend bei der Analyse der berücksichtigten Studien ist die Diversität der eingeschlossenen Studien und Reviews. So berichten die eingeschlossenen Studien aus unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen und unterschiedlichen Professionalisierungsstandards. Eine Generalisierung der Ergebnisse kann daher nur bedingt erfolgen. Um die Begleitumstände zu potenziell vermeidbaren Krankenhauszuweisungen in Deutschland zu beschreiben, ist weitere Forschung notwendig.

5 Abgrenzung zu aktuellen Projekten mit vergleichbarer Zielstellung¹⁰

Das Thema der ungeplanten Krankenhauszuweisungen wurde – ganz aktuell in den letzten Jahren – innerhalb Deutschlands in verschiedenen Forschungsvorhaben und unter unterschiedlichen Aspekten untersucht. Es schien daher sinnvoll, im Rahmen von „NoMi“ den Austausch mit einigen dieser Teams zu suchen, die das Thema der Krankenhauszuweisungen ebenfalls aus verschiedenen (anderen) Perspektiven untersuchen. Diesen aktiv gesuchten Gesprächen liegt die Überzeugung zugrunde, dass isolierte Forschung in einem für die Betroffenen und das Gesundheitswesen insgesamt so relevanten Feld nicht zielführend sein kann.

Für einen fachlichen und methodischen Austausch wurden Gespräche mit einer Mitarbeiterin des in 2020 beendeten Innovationsfondsprojekts „Homern“, mit der OptiMedis AG als einem der Konsortialpartner des inzwischen abgeschlossenen Innovationsfondsprojekts „PSK“ sowie mit dem Projektteam von „Novelle“, einem weiteren und aktuell noch laufenden Innovationsfondsprojekt, geführt und dokumentiert. Alle drei Projekte widmen bzw. widmeten sich dem Thema der (potenziell vermeidbaren) Krankenhauszuweisungen aus Pflegeheimen unter sehr unterschiedlichen Gesichtspunkten.

Homern

Im Rahmen des von den Universitäten Bremen und Oldenburg durchgeführten Projekts „Homern“ wurde untersucht, wie häufig und warum Pflegeheimbewohnende in Notaufnahmen und Krankenhäusern behandelt werden (G-BA o.J. a). Ziel war es, mögliche Versorgungsdefizite aufzudecken und Verbesserungsmaßnahmen zu entwickeln. Neben der Analyse von Krankenkassendaten wurde ermittelt, welche akuten Ereignisse dem Notaufnahme- bzw. Krankenhausaufenthalt vorangingen und ob z.B. der/die Hausärzt:in, der kassenärztliche Bereitschaftsdienst oder der/die Notärzt:in beteiligt waren. In diesem Kontext wurden insbesondere Hausärzt:innen, aber auch Bewohnende, Angehörige, Pflegekräfte, Geriater:innen, Rettungsdienst- und Krankenkassenmitarbeitende befragt.

Das Gespräch im Kontext von Homern erwies sich als hilfreich, da die Sichtweise von Pflegenden auf die Problematik der Notfalleinweisungen wie oben beschrieben ein Teilaspekt des Projektes „Homern“ gewesen ist. Im Rahmen von „NoMi“ liegt hier der Schwerpunkt, insofern konnten Erkenntnisse aus „Homern“ in den zu dem Zeitpunkt noch in der Entwicklung befindlichen Interviewleitfaden einfließen. Dies betrifft insbesondere rechtliche Aspekte bzw. die diesbezüglichen Unsicherheiten bei den Pflegekräften, aber auch die Strukturen vor Ort und die Wahrnehmung der ärztlichen Berufsgruppe. Auch allgemeine Hinweise zu Befragungen in Pflegeheimen angesichts der hohen Arbeitsbelastung der Pflegenden vor Ort konnten so berücksichtigt werden.

¹⁰ Wir bedanken uns bei den Gesprächspartnerinnen und -partnern der aufgeführten Projekte. Wichtige Erkenntnisse konnten so in der Bearbeitung einfließen und Hinweise berücksichtigt werden.

PSK

Das von der Universität Witten/Herdecke und der OptiMedis AG sowie anderen Konsortialpartnern durchgeführte Forschungsprojekt „PSK“ hat zum Ziel, eine Liste pflegeheimsensitiver Krankenhausfälle zu erstellen (G-BA o.J. b)¹¹. Unter anderem wurde eine krankenkassenübergreifenden Routinedatenanalyse durchgeführt. Auf dieser Basis konnten die häufigsten Einweisungsdiagnosen ermittelt werden, welche dann in einem zweiten Schritt von einem Expertengremium daraufhin untersucht wurden, welche dieser Diagnosen als vermeidbar, somit pflegeheim-sensitiv einzuschätzen sind und wie hoch das geschätzte Vermeidungspotenzial in der jeweiligen Diagnosegruppe ist.

Mit dem Projektteam der OptiMedis AG wurden zwei Gespräche geführt, außerdem nahmen „NoMi“-Teammitglieder an einem PSK-Abschluss-symposium teil. Es wurde insbesondere die Frage diskutiert, wie sich potenziell unnötige Zuweisungen aus Pflegeheimen in den Routine- und Abrechnungsdaten abbilden lassen. Aus Sicht des Projektteams von „NoMi“ besonders interessant war die Frage, wie sich <24 Stunden Fälle in den Abrechnungsdaten abbilden. Diese scheinen nicht so gut nachvollziehbar, wie es wünschenswert wäre, da die Abrechnungslogiken über DRG die Gefahr beinhalten, dass die tatsächliche Länge eines Aufenthalts intransparent bleibt.

Novelle

Das Projekt „Novelle – Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege“ fokussiert insbesondere den (mutmaßlichen) Willen der multimorbiden und sterbenden Bewohnenden stationärer Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, Notfallalgorithmen zu entwickeln, welche Patientensicherheit, Selbstbestimmung sowie ethische Gesichtspunkte berücksichtigen und den Pflegekräften konkrete Handlungsanweisungen in Krisensituationen geben sollen (G-BA o.J. c).

Im Austausch mit dem Projektteam wurde u.a. das Thema der haftungsrechtlichen Problematik diskutiert, welches sich auch im Projekt „Novelle“ gezeigt hat. Es wurde über die Tendenz gesprochen, dass in Deutschland die Rechtsperspektive vordergründig zu sein scheint und die Angst vor Regressforderungen die Arbeit von Pflegekräften bestimmt.

IVA

„Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim“ (IVA), wurde vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung NRW gefördert (Bienstein & Bohnet-Joschko 2015). Das Projektteam hat in vier Pflegeheimen unter anderem retrospektiv quantitative Daten zu Krankenhauseinweisungen erhoben. Zudem wurden Fokusgruppeninterviews mit an der Betreuung der Bewohnenden beteiligten Gesundheitsberufen hinsichtlich ihrer subjektiven Einschätzung und Erfahrungen durchgeführt. Abgeleitet aus den Daten

¹¹ Analog zu der bereits 2015 veröffentlichten Liste ambulant sensibler Krankenhausfälle von Sundmacher et al. 2015.

konnten typische Verläufe des Pflegealltags abgebildet werden und Empfehlungen sowie Interventionen entwickelt, erprobt und evaluiert werden – u.a. ein einrichtungsübergreifender Fach- austausch sowie Schulung von Mitarbeitenden der kooperierenden Einrichtungen.

Abgrenzung von „NoMi“

Die Bedeutung der Pflegenden im Prozess einer Notfalleinweisung ist fast immer Teil, aber nur selten explizit Fokus der vorliegenden Studien. Dementsprechend und insbesondere durch die Größe der Stichprobe und der damit entsprechend großen gewonnenen Datenmenge, die die bisherige Datenlage maßgeblich erweitert, hebt sich „NoMi“ ab. Zudem basiert die Analyse in „NoMi“ auf einer routinemäßigen Dokumentation, was einen Einfluss des Forschungskontextes ausschließt, sondern auf die Dokumentation im Handlungsalltag rekurriert. Die Methodentriangulation verfolgt konsequent den pflegeheiminternen Blick und ermöglicht so die qualitative Spiegelung der quantitativen Ergebnisse – nicht nur aus Sicht der eigentlichen auf den Wohnbereichen verantwortlichen Pflegefachkräfte, sondern auch aus Leitungsperspektive bzw. der Perspektive der akademisierten Pflege.

6 Quantitative Erhebung und Darstellung der Ist-Situation

Die quantitative Perspektive zur Darstellung der Ist-Situation rund um potenziell vermeidbare Krankenhauszuweisungen im Projekt „NoMi“ umfasst neben der Nutzung von GKV-Routinedaten und einer Kurzbefragung in ausgewählten Häusern des Praxispartners P&W schwerpunktmäßig die Analyse von routinemäßig erhobenen Dokumentationsdaten. Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitspakete werden nachfolgend beschrieben, wobei zunächst die Metaebene im Fokus steht, gefolgt von der Analyse einer Vollerhebung auf Basis von Dokumentationsdaten des Kooperationspartners P&W, abschließend wird auf die begleitende Kurzbefragung in vier ausgewählten Wohnbereichen des Praxispartners eingegangen.

6.1 GKV-Routinedaten

Zur Einbettung der Ergebnisse von P&W sollten Routinedaten¹² der TK herangezogen werden. Ursprünglich war vorgesehen, dass der HAW Hamburg seitens der TK für die Auswertungen ein zwischen beiden Parteien abgestimmter Rohdatensatz für eigenständige Auswertungen zur Verfügung gestellt wird. Insbesondere die erheblichen datenschutzrelevanten Vorkehrungen, die die Lieferungen von GKV-Abrechnungsdaten mit einem potenziellen Personenbezug mit sich bringen, konnten in Anbetracht der Kürze der Projektlaufzeit nicht realisiert werden. Um diese zu umgehen, wurde der HAW Hamburg durch die TK nahegelegt, dass Auswertungen nach gemeinsamen Gesprächen zur Eingrenzung der Daten durch Mitarbeitende der TK durchgeführt und der HAW Hamburg anschließend die aggregierten und anonymisierten Ergebnisse zur Verfügung gestellt werden. Dadurch sollten zeitaufwändige Anträge bei Datenaufsichtsbehörden vermieden werden¹³.

Ausgangspunkt war die exemplarische Lieferung von Abrechnungsdaten zu Notfalleinweisungen aus Pflegeheimen durch die TK. Schwerpunktmäßig sollten dabei die potenziell vermeidbaren bzw. unnötigen Krankenhauszuweisungen thematisiert werden, die durch Häufigkeit und Indikation für Krankenhauszuweisungen mit anschließendem Verbleib im Krankenhaus ≤ 24 und ≥ 24 Stunden operationalisiert wurden. Ein besonderer Fokus lag auf den Fällen ≤ 24 Stunden (im Weiteren: 24-Stunden-Fälle), als vorgesehener Proxy für potenziell unnötige Zuweisungen. Im weiteren Projektverlauf wurde deutlich, dass die Sicht auf den rein zeitlichen Umfang von Krankenhauszuweisungen keine alleinigen Rückschlüsse darauf zulässt, welche möglicherweise unnötig und potenziell vermeidbar sind. Daher wandelten sich auch die Einschlusskriterien für einen Datenabzug mit Fortschritt von „NoMi“. Die Ansätze zur Bearbeitung der Zielsetzung werden im Weiteren erläutert.

¹² „Routinedaten sind prozessproduzierte, umfangreiche Informationssammlungen, die im Rahmen der Verwaltung, Leistungserbringung bzw. Kostenerstattung (z.B. bei der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung sowie in Arzt- oder Krankenhausinformationssystemen) anfallen und elektronisch erfasst sind. Sie werden neben Daten der amtlichen Statistik und aus krankheitsbezogenen Registern sowie den zu anderen Zwecken erhobenen Primärdaten unter dem Begriff »Sekundärdaten« zusammengefasst.“ (Hoffmann & Glaeske 2017, S. 122).

¹³ Weitere Ausführungen zu Routinedaten im Forschungskontext finden sich in Kapitel 6.2.3

Datenlage und Behandlungsszenarien bei 24-Stunden-Fällen

In einer ersten explorativen Analyse wurden zunächst und im Sinne der ursprünglichen Fokussierung 24-Stunden-Fälle über die Differenz des Aufnahme- und des Entlassungsdatums operationalisiert. Eine solche Operationalisierung würde allerdings zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz führen. Bedingt ist dies durch verschiedene Abrechnungsmöglichkeiten der aufnehmenden Krankenhäuser. Unter Berücksichtigung der Erfahrungen des Projektes PSK (vgl. Kap. 5), dass es primär von der Entscheidung des aufnehmenden Arztes bzw. der aufnehmenden Ärztin in der Notaufnahme abhängt, wie Fälle abgerechnet werden, die innerhalb von 24 Stunden das Krankenhaus wieder verlassen, wurden von den Expert:innen verschiedene Behandlungsszenarien skizziert und umrissen, wie diese in den GKV-Abrechnungsdaten abgebildet sein könnten. Die Darstellung der möglichen Szenarien und Abrechnungsfälle hat hierbei weder einen Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Eindeutigkeit bzgl. der Abrechnungsmöglichkeiten, sie bietet jedoch eine Grundlage für die weiterführenden Überlegungen zur Operationalisierung und zur Selektionsstrategie der Routinedaten (vgl. Tab. 4).

Tabelle 4: Mögliche Behandlungsszenarien bei 24-Stunden-Fällen und mögliche Formen der Abrechnung (eigene Darstellung)

Behandlung		Szenario	Abrechnung
1.	Keine	- Kein Aufnahmebedarf festgestellt, Rücktransport in die stationäre Pflegeeinrichtung	Kein Abrechnungsfall
2.	Ambulant	a) Ambulante Operation erforderlich und möglich	Leistung nach § 115 b SGB V (sofern in Liste ambulanter Operationen enthalten)
		b) KV-Notfallambulanz an KH angegliedert, Entscheidung zur ambulanten Behandlung	Abrechnung der Ambulanz mit der KK als ambulanter Abrechnungsfall
3.	Stationär	a) Kein MD-Fall / „Gewonnener“ MD-Fall	KH-Fall: DRG mit Abschlag als Kurzlieger (Verweildauer 1 Tag)
		b) „Verlorener“ MD-Fall	Keine Daten zum Fall bei KK oder Fall mit Verweildauer 0 Tage
		c) Einigung im Dialog zwischen KH und KK zur Vorbeugung MD-Fall	Keine Daten zum Fall bei KK, sondern individuelle Abrechnung zwischen KH und KK
MD-Fall = Fall der durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen geprüft wird; KH = Krankenhaus, KV = Kassenärztliche Vereinigung, KK = Krankenkasse			

Da in den Fällen 1 sowie 3 b und c keine Abrechnungsdaten vorhanden sind, tauchen diese in den Routinedaten der GKV nicht auf. Diese Quelle ist insofern unvollständig.

Die Problematik der unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten bei Leistungserbringung in einer Notaufnahme wird auch von Greiner et al. (2020) thematisiert. Während ambulante Fälle in der Regel gemäß §295 SGB V dokumentiert und über die kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden, erfolgt die Dokumentation von vorstationären Fällen (§115a SGB V) und pseudostationären Fällen (Aufnahme- und Entlassungstag identisch), wie bei regulären vollstationären Fällen, nach §301 SGB V und die Abrechnung erfolgt anhand von Pauschalen für vorstationäre Behandlungen bzw. stationärer Fallpauschalen (DRG) direkt vom Krankenhaus mit der gesetzlichen Krankenkasse. In allen drei Fällen sollte der Patient bzw. die Patientin das Krankenhaus, bzw. die Notaufnahme innerhalb von 24 Stunden wieder verlassen.

Tabelle 5: Schematische Darstellung von Unterschieden ausgewählter Routinedaten bei der Abrechnung über die GKV (eigene Darstellung nach Greiner et al. 2020)

Behandlung	Ambulant	Vorstationär §115a SGB V	Vollstationär
Abrechnungsmodus	Kassenärztliche Vereinigung § 295 SGB V *	Direkte Abrechnung mit gesetzlicher Krankenkasse § 301 SGB V **	
Kodierte Diagnosen	Mindestens eine Diagnose pro Fall, Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit obligatorisch	Aufnahmediagnose(n) Behandlungsdiagnosen: eine Hauptdiagnose ggf. Nebendiagnosen	
Dokumentation von Maßnahmen und Prozeduren	Gebührenordnungspositionen (GOPs), OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	
Administrative Notfallkennzeichen	Notfallpauschalen (insb. GOP 01205 und 01212), Scheinuntergruppe: nicht belegärztlich, Praxistyp: Krankenhaus	Aufnahmegrund Aufnahmearbeit (nur §21 KHEntG)	
Vergütungssystematik	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	Pauschale für vorstationäre Behandlung	Stationäre Fallpauschalen (DRGs)
<p>* Für die Datenverarbeitung gilt bei Notfällen ergänzend § 295a Abs. 3 SGB V</p> <p>** Weitere Behandlungsarten mit direkter Abrechnung über die gesetzlichen Krankenkassen sind z. B. ambulantes Operieren (§ 115b SGB V), ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V) und Versorgung in Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V). Diese Fälle werden nicht dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt.</p>			

Zwar können ambulante Behandlungen in der Notaufnahme theoretisch über die Betriebsstättennummer (BSNR) des Krankenhauses identifiziert werden, jedoch ist dieses Merkmal aufgrund

gemeinsamer Nutzung durch unterschiedliche Struktureinheiten der Kliniken nicht immer eindeutig. Ähnlich verhält es sich bei den in Tabelle 5 dargestellten GOP 01205 und 01212, welche ebenfalls durch den kassenärztlichen Notdienst genutzt werden. In den Daten gemäß §301 SGB V lassen sich Notfälle zwar im Aufnahmegrund durch den Schlüssel „xx07“ von Normalfällen abgrenzen, da diese Kennzeichnung weder erlösrelevant noch trennscharf ist, lassen sich auch hier Notaufnahmebehandlungen nicht eindeutig identifizieren (Greiner et al. 2020).

Die oben skizzierten Schwierigkeiten bezüglich der Identifikation von 24–Stunden–Fällen in GKV–Abrechnungsdaten stellen die Grundlage für das im Folgenden dargestellte Vorgehen der Lieferung der Routinedaten und der weiteren geplanten Forschungsaktivitäten zur Beleuchtung der 24–Stunden–Fälle dar¹⁴.

Datenlage bei der TK

Mit Blick auf die oben dargestellten Vorarbeiten und Gespräche mit Versorgungsforscher:innen der TK stellte sich ein Vorgehen, bei dem eine einmalige Lieferung von Rohdaten durch die TK erfolgt, welche auf einem zuvor entworfenem Auswertungsalgorithmus basiert, als nicht zielführend dar. So wurden nach ersten Analysen weitere Datenbankabfragen und Rücksprachen mit Domänenexpert:innen für das Abrechnungsgeschehen und die internen Korrekturverfahren notwendig. Damit ein entsprechend iteratives Vorgehen möglich wird, wurde vereinbart, dass die TK die Daten intern, basierend auf den Fragestellungen des Projektteams, analysiert und die Ergebnisse in aggregierter Form vorliegen. Dies hat zudem den Vorteil, dass seitens der TK auf bestehende Vorarbeiten zur Abbildung von Behandlungen in der Notaufnahme aufgebaut werden und auf die zeitintensive Bearbeitung eines Antrags nach §75 SGB X verzichtet werden kann. Aus unterschiedlichen, insbesondere vertrags- und datenschutzrechtlichen sowie ressourcenbezogenen Gründen, die sich erst gegen Ende der Bearbeitungszeit herauskristallisierten, konnte die TK erst nach Abschluss eines Projektes mit ähnlicher Zielsetzung entsprechende Daten liefern.

Im März 2022 erfolgte die Übermittlung von Ergebnissen, die über die Identifikation ambulanter Behandlungsfälle in Krankenhäusern selektiert wurden. Vertiefende Auswertungen und weiterführende Analysen fanden nicht statt. Somit konnten die Ergebnisse weder eingeordnet noch eine mögliche Anpassung der Selektionsstrategie vorgenommen werden. Der Vollständigkeit halber werden die Ergebnisse in der vorliegenden Form in Tabelle 6 wiedergegeben. Die Tabelle zeigt die Prävalenz von Notfallbehandlungen bei pflegebedürftigen Menschen, die entweder über einen ambulanten Behandlungsfall im Krankenhaus oder über den kassenärztlichen Notdienst abgerechnet wurden. Erkennbar ist, dass Bewohnende aus Pflegeheimen ≥ 60 Jahre – selektiert über die Inanspruchnahme vollstationärer Pflege nach SGB XI – insgesamt seltener als die Gesamtheit der TK–Versicherten ≥ 60 Jahre als ambulanter Behandlungsfall im Krankenhaus abgerechnet

¹⁴ Eine weitere Möglichkeit, die 24–Stunden–Fälle zu erfassen besteht in der Analyse der veranlassten Rettungstransporte bzw. Krankentransporte. Sollten innerhalb von 24 Stunden zwei Transporte erfolgen, spricht das für eine ggf. medizinisch induzierte Zuweisung von Bewohnende in ein ambulantes bzw. stationäres Versorgungssetting. Ein Überprüfen dieser Option zur Operationalisierung der 24–Stunden–Fälle war im Rahmen dieser Studie nicht möglich, da wie oben ausgeführt, eine Lieferung eines Datenabzuges nicht möglich war.

werden, was auf Grund der relativen Häufigkeit nachvollziehbar ist. Die Annahme, dass Bewohnende aus Pflegeheimen häufiger in ein Krankenhaus eingewiesen werden, lässt sich auf dieser Datenbasis ebenfalls nicht bestätigen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich bei den dargestellten Entitäten lediglich um ambulante, also nicht um stationär abgerechnete Fälle handelt, die als Notfall in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Während aber offensichtlich die Notfallinanspruchnahmen zwischen Praxis und Krankenhaus bei Fällen mit stationärer Pflege nach SGB XI fast ausgewogen sind, dominiert bei der Gesamtheit aller über 60-Jährigen die Notfallbehandlung im Krankenhaus mit einer fast doppelten Fallzahl.

Tabelle 6: Notfall-Inanspruchnahme bei TK-Versicherten im Jahr 2019: Prävalenz von Notfallbehandlungen bei Pflegebedürftigen (Quelle: Horenkamp-Sonntag et al. 2022)

Prävalenz (Notfall-Inanspruchnahme)	Herkunft „Krankenhaus“	Herkunft „Praxis“
Pflegeheim (≥ 60 Jahre)	1,16 %	1,21 %
Allgemein (≥ 60 Jahre)	9,84 %	4,99 %
Datenbasis: Abrechnungsdaten von 10,8 Mio. Versicherten der Techniker Krankenkasse im Untersuchungsjahr 2019		

Für die Zielsetzung im vorliegenden Projekt sind diese nur wenig dienlich. Die Relevanz, sich dieser Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven zu nähern, lässt es sinnvoll erscheinen, sich dem Thema der Abbildung von Notfalleinweisungen aus Pflegeheimen (und im Vergleich dazu von ambulanten Pflegefällen) mithilfe von GKV-Routinedaten zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal differenziert zu widmen, wobei dies systematisch nur mit einem erheblichen personellen Einsatz zu realisieren sein kann.

Notfalleinweisungen aus Pflegeheimen mit GKV-Abrechnungsdaten

Unabhängig davon, dass die empirischen Ergebnisse im Arbeitspaket von „NoMi“ der Beantwortung der Fragestellung nur wenig dienlich waren, konnten die Möglichkeiten und Grenzen dieser Daten theoretisch dargestellt werden. Zudem zeigen die Erkenntnisse insbesondere im Diskurs mit den o.g. Projekten mit vergleichbarer Zielstellung das Potenzial aber auch die Grenzen von GKV-Abrechnungsdaten für die Abbildung von Notfalleinweisungen aus Pflegeheimen auf. Diese rekurren oftmals die abrechnungstechnisch relevanten Diagnosen, um Gründe für die Einweisungen und davon ausgehend auch vermeidbare Einweisungen zu identifizieren (vgl. z.B. Bohnet-Joschko et al. 2021). Diese medizinischen Diagnosen zeigen aber nur eine Seite – nämlich die der Patient:innen, die bereits den Weg durch das Gesundheitssystem im Rahmen der Aufnahme ins Krankenhaus und somit der medizinischen Diagnostik durchlaufen haben. In diese abrechnungsrelevanten Diagnosen fließen beispielsweise auch Vorerkrankungen der Bewohnenden mit ein, welche die Einweisung nicht primär bedingt haben (müssen). Beispielsweise kann eine „Herzinsuffizienz“ als Abrechnungsdiagnose (mit)kodiert sein, an einer Herzinsuffizienz leiden jedoch viele ältere Menschen per se. Ob diese Diagnose der primäre Grund für die Einweisung war, kann im Nachhinein nicht geprüft werden. Im vorliegenden Vorhaben wird somit davon ausgegangen, dass die Perspektive aus Pflegeheimsicht und insbesondere über die regelhafte

Pflegeheimdokumentation (vgl. Kap. 6.2) eine relevante und innovative Ergänzung zu Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen darstellen kann und Hinweise für zielgerichtete Interventionen in den stationären Pflegeheimen zur Vermeidung dieser Zuweisungen liefern kann.

Fazit

Die Lieferung und Analyse von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung ist mit einem erheblichen (v.a. datenschutzbezogenen und personellem) Aufwand verbunden, da eine Lieferung von Rohdaten zumeist umfangreiche Anträge bei Datenschutzbehörden notwendig macht (Swart et al. 2015). Die Lieferung von bereits ausgewerteten und dadurch aggregierten und anonymisierten Daten stellt einen Weg dar, diese Hürden weitestgehend zu umgehen. Voraussetzung ist dabei ein intensiver inhaltlicher Austausch zwischen teilnehmendem Datenhalter (z.B. Krankenkasse(n)) und dem entsprechenden Projekt. Projekte unter Einbezug von GKV-Abrechnungsdaten müssen immer eine sehr frühzeitige vertragliche Grundlage und die ausreichende Bepreisung des erheblichen Umfangs administrativer Vorarbeiten kalkulieren, die notwendig sind, um die Umsetzung von Routinedatenlieferungen in Forschungsprojekten zu realisieren. Der gesamte Prozess ist sehr zeitaufwändig, da stets auch erhebliche Leerlaufzeiten zwischen den jeweiligen Prozessschritten, etwa im Kontext vertraglicher Verhandlungen zu berücksichtigen sind. Voraussetzung muss sein, dass alle Beteiligten vertraglich zu einer Zusammenarbeit in festgelegter Form verpflichtet sind und entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen konservativ zu kalkulieren sind.

6.2 Dokumentenanalyse

Um die Ist-Situation im Kontext der Notfalleinweisungen aus stationären Pflegeheimen beim Projektpartner P&W differenziert zu ermitteln, wurde unter anderem eine retrospektive Analyse von beim Projektpartner routinemäßig erhobenen Dokumentationsdaten durchgeführt. Mit Hilfe von pflegerischen Dokumenten sollte zum einen der Umfang möglicherweise vermeidbarer Krankenhauszweisungen erhoben werden. Zum anderen sollten Hinweise zu (krisenhaften) Ereignissen und dem daraus resultierenden Umgang der Pflege damit ermittelt werden.

Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, welche Ereignisse und Konstellationen bei P&W letztlich zu Krankenhauszweisungen geführt haben. Darüber hinaus sollte die Dokumentenanalyse Aufschluss zum Beispiel über die Dauer der aus krisenhaften Situationen resultierenden Krankenhausaufenthalte geben und somit erste Anhaltspunkte zur Anzahl und Einflussfaktoren möglicherweise vermeidbarer Zuweisungen liefern.

Zur Einordnung der Ergebnisse erfolgt zunächst eine Beschreibung des Praxispartners P&W, der die Datenerhebung ermöglichte. Zielsetzung sowie Beschreibung der Methodik, das Vorgehen zu Datenschutz und Datenabzug und zur Aufbereitung des Datensatzes dienen dem Verständnis der Daten. Die Erläuterung der Analysemethoden geht der Darstellung der Ergebnisse der Datenanalyse voraus.

6.2.1 PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG

Wie eingangs erwähnt, ist die PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH mit 13 Standorten, circa 2.400 Pflegeplätzen und etwa 2.000 Mitarbeitenden der größte Anbieter für stationäre Pflege in der Freien und Hansestadt Hamburg (Pflegen und Wohnen o.J.). Zum Angebot von P&W gehören stationäre Pflege und Kurzzeitpflege, Pflege für jüngere Erwachsene und Menschen mit Demenz, Pflege und Betreuung von Wachkomapatient:innen, die besondere Betreuung für Menschen mit Unterbringungsbeschluss sowie bei Korsakow-Syndrom und für alkoholerkrankte Menschen. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der 13 Standorte von P&W im Stadtgebiet von Hamburg.



Abbildung 1: Standorte von P&W Hamburg (Quelle: <https://www.pflegenundwohnen.de/standorte>, letzter Zugriff: 30.03.2022)

Im Sinne der Repräsentativität der zu liefernden Daten ist dabei hervorzuheben, dass die Pflegeheime von P&W im Hamburger Stadtgebiet verteilt sind und die Standorte ganz unterschiedliche Bevölkerungsstrukturen (z.B. Bevölkerungsanteile, Sozialstrukturen) aufweisen (Statistikamt Nord 2020). Auch die Hausgröße reicht von Häusern mit knapp 70 bis hin zu 240 Bewohnenden. In Abbildung 2 sind dementsprechend die Standorte von P&W angeordnet nach der Anzahl der vorhandenen Plätze im Erhebungsjahr 2019 dargestellt.

6.2.2 Methodik

Die durchgeführte Dokumentenanalyse basiert auf einer Vollerhebung aller Krankenhauszuweisungen beim Projektpartner P&W im Untersuchungszeitraum 01.01.–31.12.2019 auf Grundlage der dort routinemäßig erhobenen Dokumentationsdaten. Nachfolgend wird zunächst die Planung der inhaltlichen Ausgestaltung des Arbeitspaketes beschrieben. Danach folgen relevante

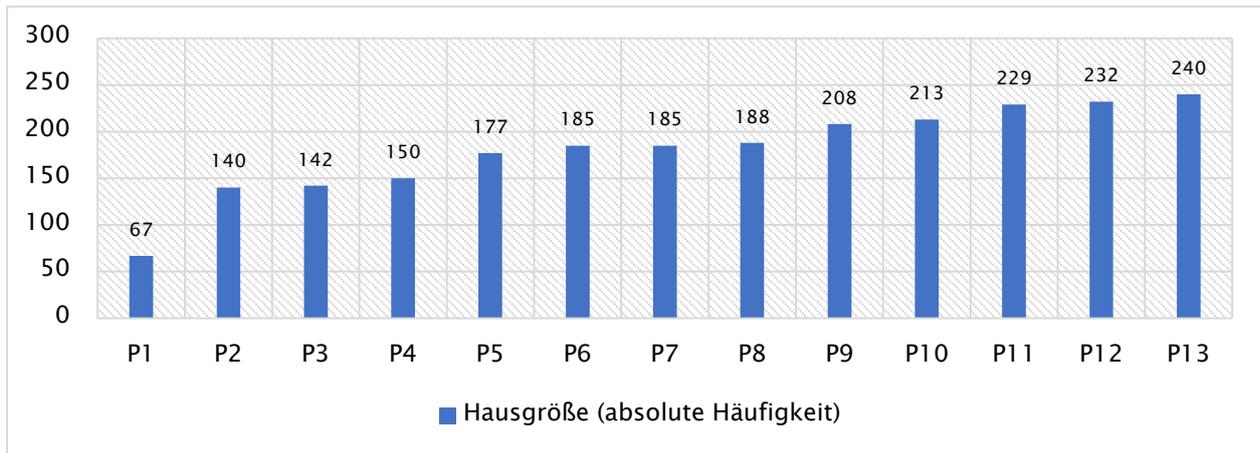


Abbildung 2: Häuser von P&W nach Hausgröße (Stand: 2019) (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

Vorkehrungen, die im Sinne der gemeinsamen Datenschutzvereinbarung (vgl. Kap. 2) beim Abzug der Daten vorgesehen wurden. Zuletzt werden das Verfahren zur Datenaufbereitung und Kategorisierung sowie zur Datenauswertung skizziert. Kategorisierung und Auswertung orientieren sich dabei an dem Verfahren zur quantitativen Dokumentenanalyse nach Döring und Bortz (2016).

Vorgehensweise im Arbeitspaket

Zum Zwecke einer ersten Aufwandsabschätzung und zur weiteren Spezifikation des Vorgehens im Rahmen der Dokumentenanalyse wurde zunächst gemeinsam mit der zuständigen Mitarbeiterin von P&W das pflegerische Dokumentationssystem und einzelne Testdatensätze unter coronabedingten Hygienevoraussetzungen gesichtet. Darauf aufbauend wurde gemeinsam mit dem Praxispartner das weitere Vorgehen zu Datenabzug und Datenhaltung erarbeitet.

Grundsätzlich gibt es bei P&W fünf verschiedene Datenquellen, die für die Dokumentenanalyse berücksichtigt werden könnten:

- **Einweisungsübersichten:** Beinhalten alle Krankenhauszuweisungen der jeweiligen Einrichtung (Name der Bewohnenden, Einweisungs- und Entlassungsdatum, Krankenhaus, Einweisungsgrund); liegen in Form von Excel-Tabellen vor
- **Verlegungsberichte:** Beinhalten bewohnerbezogene Informationen zu Verlegungen von einzelnen Bewohnenden (z.B. Name, Einrichtung, Alter, Geschlecht, Krankenkasse, Geburtsdatum); liegen standardisiert in Form von PDF-Dokumenten vor
- **Pflegedokumentation:** Enthalten z.B. bewohnerbezogene Informationen zu Biografie, Medikamenten- und Pflegeplanung, ärztlichen Anordnungen oder Therapiemaßnahmen; in digitaler Form, unstrukturiert
- **Handakten:** papiergebundene Dokumentation
- **Manuell ergänzte Daten:** auf mündlichen Wegen eingeholte Informationen

Deutlich wird dabei, was auch grundsätzlich den weiteren Ausführungen zum Arbeitspaket vorweggenommen werden muss: Bei den durch die HAW Hamburg auszuwertenden Daten handelt

es sich überwiegend um fortlaufende Akten, die angelegt werden, um „Verwaltungsroutinen zu dokumentieren“ (Wolff 2019). Diese Art von Daten wird, wenn sie für weiterführende Auswertungen verwendet wird, im wissenschaftlichen Kontext Sekundärdaten genannt. Swart et al. (2015) erläutern dazu, dass Sekundärdaten – im Gegensatz zu Primärdaten, die für ihren originären Forschungszweck erhoben und ausgewertet werden – ohne Bezug zu ihrem primären Erhebungsanlass erhoben werden. Bei den für „NoMi“ auszuwertenden Daten sind dies insbesondere Informationen, die primär für die Dokumentation von Krankenhauszuweisungen und Verlegungen oder zur Darstellung des Gesundheitszustandes der Bewohnenden notwendig sind und in diesem Zusammenhang beispielsweise zu Abrechnungszwecken oder zur Dokumentation gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) angelegt und fortgeführt werden. Vorteil von Routinedaten ist laut Hoffmann und Glaeske (2017), dass sie unter Alltagsbedingungen entstehen und damit stets die aktuelle (wahrgenommene) Versorgungssituation abbilden. Außerdem ist kein zusätzlicher Erhebungsaufwand notwendig, da die Daten zumeist kurzfristig, ohne Verzerrungen und für große Populationen vorliegen (Hoffmann & Glaeske 2017). Allerdings sind routinemäßig erhobene Daten primär für administrative Zwecke bestimmt, weshalb sie auch nur die Informationen enthalten, die für den jeweiligen Erhebungszweck relevant sind (ebd.; Döring & Bortz 2016).

Letzteres bedingt auch, dass die Daten vertrauliche Informationen wie zum Beispiel personenbezogene Daten enthalten, die in der dokumentierten Form nur für die jeweils bestimmten Berufs- und Personengruppen zugänglich sind. Daher wurde die Lieferung der Daten für die Dokumentenanalyse von P&W an die HAW Hamburg im Rahmen der in Kapitel 2 erwähnten Datenschutzvereinbarung geregelt. Die diesbezüglich bereits dargelegten Verzögerungen beim Vertragsabschluss führten dazu, dass die einer ersten Datensichtung folgende Zusammenstellung der Inhalte und somit auch die Lieferung der Daten verzögert war und erst in der letzten Projektphase umgesetzt werden konnte.

Datenschutz und Datenabzug

Die gemeinsame Datenschutzvereinbarung gemäß Art. 26 DS-GVO zwischen der HAW Hamburg und P&W legt fest, in welcher Form die für die Analyse notwendigen Daten an die Hochschule übermittelt werden dürfen (vgl. Kap. 2). Die Sichtung der einzelnen Dokumentationsquellen und -inhalte ergab dabei, dass sich vor allem die Einweisungsübersichten und die Verlegungsberichte für einen standardisierten Datenabzug eignen, da beide Quellen in digitaler und standardisierter Form vorliegen.

Beide Datenquellen enthalten entweder personenbezogene Daten nach Art. 4 Nr. 1 DS-GVO (z.B. Stammdaten von Bewohnenden, Kontakt- und Korrespondenzdaten) oder besonders schützenswerte personenbezogene Daten nach Art. 9 DS-GVO (z.B. Informationen zum Gesundheitszustand, Anamnesedaten). Daher ist die ausreichende Anonymisierung der zu übermittelnden Dokumentationsdaten eine zwingende Voraussetzung für eine datenschutzkonforme Datenlieferung. P&W als Dateneigner ist dementsprechend dazu verpflichtet, die eigenen Daten so weit zu

anonymisieren, dass ein Personenbezug nicht mehr möglich ist. Erst dann war eine Übermittlung an die HAW Hamburg möglich.

Zwischen P&W und der HAW Hamburg wurde nach Vertragsabschluss eine Datenlieferung in folgendem Umgang vereinbart:

- Dokumentationsdaten; zusammengesetzt aus Einweisungsübersichten und Verlegungsberichten
- Berichtszeitraum 01.01.2019–31.12.2019
- Anonymisierung bzw. Ausschluss der (besonders schützenswerten) personenbezogenen Daten (v.a. Namen, Adressen, Diagnosen)

Der an die HAW Hamburg übermittelte Datensatz umfasst die in der nachfolgenden Tabelle 7 dargestellten Variablen.

Tabelle 7: Inhalte des Datensatzes bei P&W (eigene Darstellung)

Variable	Beschreibung
Fall_ID	Identifikationsnummer der Einweisung
Haus_ID	P&W Standort/Haus
Bewohner_ID	Anonym des Bewohners/der Bewohnerin
KH_ID	Anonym des Krankenhauses
Von	Einweisungsdatum und -uhrzeit (tt-mm-jjjj hh:mm)
Bis	Ankunftsdatum und -uhrzeit Pflegeheim (tt-mm-jjjj hh:mm)
Demenz	Demenzdiagnose (ja/nein)
Pflegegrad	Aktuellster Pflegegrad*
Verstorben_6_Monate	Verstorben innerhalb von 6 Monaten nach Einweisung (ja/nein)
Grund	Durch P&W dokumentierter Grund der Einweisung
Abwes_Tage	Dauer der Abwesenheit
Geburtsjahr	Geburtsjahr des Bewohners/der Bewohnerin
Geschlecht	Geschlecht des Bewohners/der Bewohnerin
Krankenkasse	Krankenkasse (GKV/PKV)
Anzahl_Bew	Anzahl der Bewohnenden der jeweiligen Einrichtung von P&W
* Hat sich der Pflegegrad eines Bewohners/einer Bewohnerin im Laufe des Berichtsjahres geändert, ist in den Daten stets der aktuellste bzw. letztmögliche Pflegegrad angegeben.	

Ein vorgesehener sogenannter Parser¹⁵, der den teilautomatisierten Datenabzug sowie die Anonymisierung der personenbezogenen Daten erleichtert hätte, erwies sich als verzichtbar.

¹⁵ Computerprogramm, das Zeichen- und Textketten aus unterschiedlichen Textformaten (z. B. pdf, Word, Excel) herausliest und in einem geeigneten Dokumentenformat – in diesem Fall Excel – zusammenfasst.

Letztendlich wurde die Zusammenstellung des Datensatzes von einer externen Person, die von P&W für den Datenabzug eingestellt wurde und dementsprechend der Schweigepflicht unterlag, ohne das im Projekt entwickelte Tool umgesetzt.

Datenaufbereitung und Kategorisierung

Nach einer formalen Prüfung der übermittelten Dateninhalte erfolgte eine inhaltliche Prüfung der einzelnen Variablen. Dabei zeigte sich, dass sich die – für die weiteren Analysen relevante – Variable „Grund“ in der vorliegenden Form nicht für weitere Analysen eignet. Ursache dafür ist eine uneinheitliche Dokumentation bzw. Kategorisierung durch die jeweils einweisenden Pflegekräfte. Seitens P&W sind bestimmte Kodierungen für den Einweisungsgrund vorgegeben: „Medizinischer Notfall“, „Kontrolle nach Sturz“, „geplanter Krankenhausaufenthalt“, „Dauerkatheter (legen/wechseln)“ und „Sonstige“. Eine erste Auszählung der Variable „Grund“ ergab jedoch, dass in vielen Fällen anstelle einer der vorgegebenen Kategorien das Freitextfeld für mehr oder weniger umfangreiche Angaben genutzt wird. Die Angaben im Freitext beschreiben dabei oftmals eine der vorgegebenen Kategorien, ohne diese direkt zu nennen. In manchen Fällen wird aus dem Freitext kein eindeutiger Einweisungsgrund ersichtlich¹⁶. Auch Ebenen und Differenzierung der Beschreibung im Freitext unterscheiden sich. Einige Fachkräfte beschreiben den Grund für die Einweisung, während andere die Ursachen oder bestimmte Anlässe aufzeigen oder Situationen beschreiben.¹⁷

Aus den genannten Gründen wurde in einem mehrstufigen Prozess und im Sinne der quantitativen Dokumentenanalyse nach Döring & Bortz (2016) (vgl. S. 553 ff.) ein neues Kategoriensystem entwickelt. Dazu haben die drei Projektmitarbeiterinnen zunächst jeweils unabhängig voneinander die Freitexte der Variable „Grund“ inhaltsanalytisch ausgewertet und kategorisiert. Im Anschluss erfolgte der Diskurs über die Kategorien und der Konsens über ein vorläufiges Kategoriensystem für die Einweisungsgründe. In einem nächsten Schritt wurden die Daten für weitere Analysen in das für die quantitative Analysesoftware SPSS gängige Datensatzformat umgewandelt. Angelehnt an das Prinzip der Intercoder-Reliabilität¹⁸ haben die Projektmitarbeiterinnen dann unabhängig voneinander die Kodierung der Einweisungsgründe in SPSS anhand einer Zufallsstichprobe von n=500 Einweisungen vorgenommen. Damit war es möglich, im Anschluss die Übereinstimmung der Kodierungen festzustellen und das bestehende Kategoriensystem sukzessive zu revidieren, bis bei einer erneuten parallelen Kodierung eine größtmögliche Übereinstimmung und ein finales Kategoriensystem entstand. Dennoch verbleibende Unklarheiten der Zuordnung wurden im Konsens geklärt. Aufgrund der Heterogenität der Dokumentation als auch der Vermischung inhaltlicher Ebenen (Gründe, Ursachen, Anlässe, Situationen) orientiert sich die

¹⁶ Beispiele: „Akute Bauchschmerzen“, „AZ-Verschlechterung und hohes Fieber“, „Einweisung durch Arzt“, „unklares Fieber“, „Schmerzen im re. Bein“

¹⁷ Unklar ist, ob die Unterschiede in der Kategorisierung der Einweisungsgründe einrichtungsspezifisch oder einrichtungsübergreifend uneinheitlich kommuniziert werden und inwiefern eine einheitliche Dokumentation beispielsweise durch das Qualitätsmanagement von P&W regelmäßig geschult wird. Diese Frage ist für die Bearbeitung des Datensatzes jedoch nur zweitrangig.

¹⁸ Bei der Intercoder-Reliabilität handelt es sich um die Kodierung des Datenmaterials durch unabhängige Personen und die anschließende Bestimmung der Übereinstimmung (vgl. Döring & Bortz 2016, S. 558).

Kategorisierung bewusst an der pflegefachlichen Logik. Die Zuordnung der beschriebenen Symptome, Diagnosen und Ereignisse, die zu einer Krankenhauszuweisung geführt haben, kann aufgrund dessen keineswegs als kategorienrein verstanden werden. Leitend für die Zuordnung zum Kategoriensystem war die Frage, ob der Krankenhauszuweisung ein konkretes Ereignis (z.B. Sturz) zugrunde liegt, ob der Grund einem speziellen Organsystem bzw. einer Katheter- oder Sonden-Problematik zuzuordnen ist oder sich auf ein Einzelsymptom stützt. Eine Kategorie bezieht sich auf die Beschreibung einer unspezifischen Symptomatik (z.B. „medizinischer Notfall“). Das vollständige Kategoriensystem findet sich in Anhang 3. Mit den finalen Kategorien wurde eine abschließende Kodierung des gesamten Datensatzes vorgenommen.

6.2.3 Ergebnisse

Die Auswertung der Daten erfolgte mithilfe der Statistiksoftware SPSS und überwiegend mithilfe von uni- und bivariater deskriptiver Statistik. Nach der Beschreibung der Grundgesamtheit der bei P&W zu einem Stichtag im Untersuchungszeitraum lebenden Bewohnenden wird sich die anschließende Darstellung der Analyse der Dokumentationsdaten sukzessive zunächst mit allen Einweisungen im Untersuchungszeitraum befassen, es folgt die Darstellung von 24-Stunden-Fällen, also Fällen, die potenziell ohne einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus und stattdessen mit einer zeitnahen Rückführung ins Pflegeheim (Abwesenheit ≤ 24 Stunden) beendet werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Dauerkatheterfällen und auf dem Sturzgeschehen. Jeweils werden dabei Einweisungshäufigkeiten insgesamt, die Geschlechts- und Altersverteilung und die Verteilung der Pflegegrade, Einweisungen nach Wochentag und Uhrzeit sowie Einweisungsgründe beschrieben. Die Ergebnisse rekurrieren primär auf Einweisungsgründe, die mindestens fünf Prozent der dokumentierten Fälle im Sinne des oben beschriebenen Verfahrens zugeordnet werden können.

Beschreibung der Grundgesamtheit

Zur Einordnung der Analyse der Krankenhauszuweisungen hat P&W zusätzlich zu den Dokumentationsdaten einen Datensatz mit der **Geschlechts- und Altersverteilung aller Bewohnenden** zum Stichtag 01.07.2019 zur Verfügung gestellt, der nachfolgend beschrieben wird: Wie aus den rechten beiden Spalten in Tabelle 8 ersichtlich, lebten am Stichtag insgesamt $N=2.449$ Bewohnende bei P&W. Diese waren überwiegend weiblich (63,5 %) und durchschnittlich 78 Jahre alt (78,59, $SD=12,33$). In einer vergleichenden Analyse der Alters- und Geschlechtsverteilung der dreizehn Häuser zeigten sich jedoch Unterschiede, die in Tabelle 8 zusammengefasst und in Anhang 4 differenziert dargestellt sind. Im Vergleich zu den weiteren Häusern weist vor allem Haus P4 eine deutlich andere Alters- und Geschlechtsstruktur auf. Der größere Anteil an Männern und jüngeren Bewohnenden wird dadurch begründet, dass in diesem Pflegeheim insbesondere alkoholerkrankte Menschen untergebracht sind. Da sich diese Unterschiede im weiteren Verlauf

der Auswertungen auch in den Einweisungshäufigkeiten widerspiegeln (vgl. Tab. 9), wird das Haus P4 aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Tabelle 8: Grundgesamtheit aller Bewohnenden bei P&W zum Stichtag 01.07.2019, N=2.449 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

		Häuser ohne Haus P4		Haus P4		Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	1.473	63,5	21	16,0	1.494	61,0
	männlich	845	36,5	110	84,0	955	39,0
	Gesamt	2.318	100,0	131	100,0	2.451	100,0
Alter	20 bis 40 J.	11	0,5	1	0,8	12	0,5
	41 bis 60 J.	185	8,0	54	41,2	239	9,8
	61 bis 70 J.	272	11,7	52	39,7	324	13,2
	71 bis 80 J.	576	24,9	24	18,3	600	24,5
	81 bis 90 J.	902	38,9			902	36,8
	91 J. u. älter	372	16,0			372	15,2
	Gesamt	2.318	100,0	131	100,0	2.449	100,0

Die prozentuale Verteilung nach Alter und Geschlecht der zwölf in die weitere Analyse eingeschlossenen Häuser (vgl. Abb. 3) zeigt folgendes Bild: Bis zu 81 Jahren bewohnen jeweils mehr Männer als Frauen die Pflegeheime. Die mit Abstand größte Gruppen stellen Frauen zwischen 81 bis 90 Jahren dar, bei den Frauen waren die über 90-Jährigen die zweitgrößte Gruppe, Männer sind in dieser Altersgruppe nur noch mit 5 Prozent vertreten.

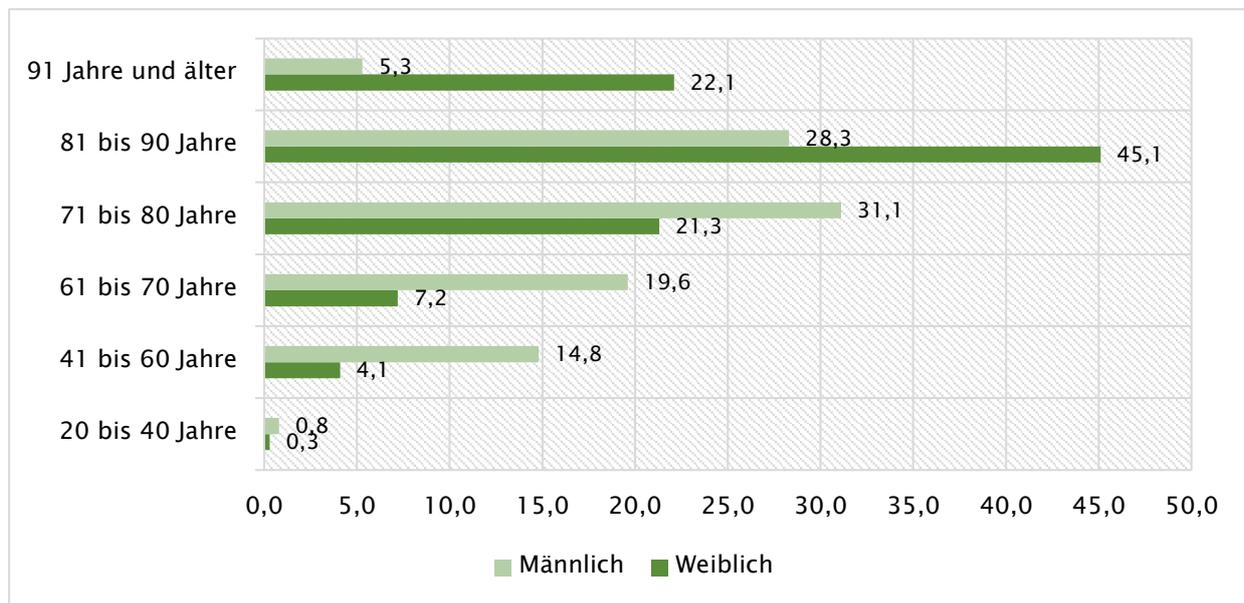


Abbildung 3: Altersverteilung nach Geschlecht bei P&W zum Stichtag 01.07.2019, n=2.318 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

Beschreibung der Dokumentationsdaten

Im Weiteren wird nun auf die schwerpunktmäßig auszuwertenden Dokumentationsdaten eingegangen. Aus der Grundgesamtheit der gelieferten Daten wurden – nach dem Ausschluss von Haus P4 – zunächst alle Fälle ausgeschlossen, für die in der Dokumentation "geplante Einweisung"¹⁹ vermerkt war. Der finale Datensatz von P&W umfasst nach der Bereinigung und Aufbereitung damit insgesamt N=4.742 Fälle. Ein Fall beschreibt dabei eine (ungeplante) Einweisung im Jahr 2019. Das bedeutet, dass Bewohnende, die im Jahr 2019 mehrfach in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, mehrfach als Fall im Datensatz auftauchen.

Zunächst wurden vergleichend die **Anteile der Plätze in einzelnen Häusern von P&W und die Anteile an allen Einweisungen pro Haus** gegenübergestellt (vgl. Abb. 4). Es wird ersichtlich, dass insbesondere zwei Häuser im Vergleich zur Einrichtungsgröße einen doppelt so hohen Anteil an den Einweisungen haben. Auf der anderen Seite gibt es zwei Häuser, bei denen der Anteil der Einweisungen um 20 bis 30 Prozent geringer ist als der Anteil der Plätze. In den übrigen Häusern bewegen sich die Anteile der Einweisungen um die 10 Prozent höher oder niedriger als die Anteile der Plätze. Ein Haus hat einen annähernd so hohen Einweisungsanteil wie Platzanteil.

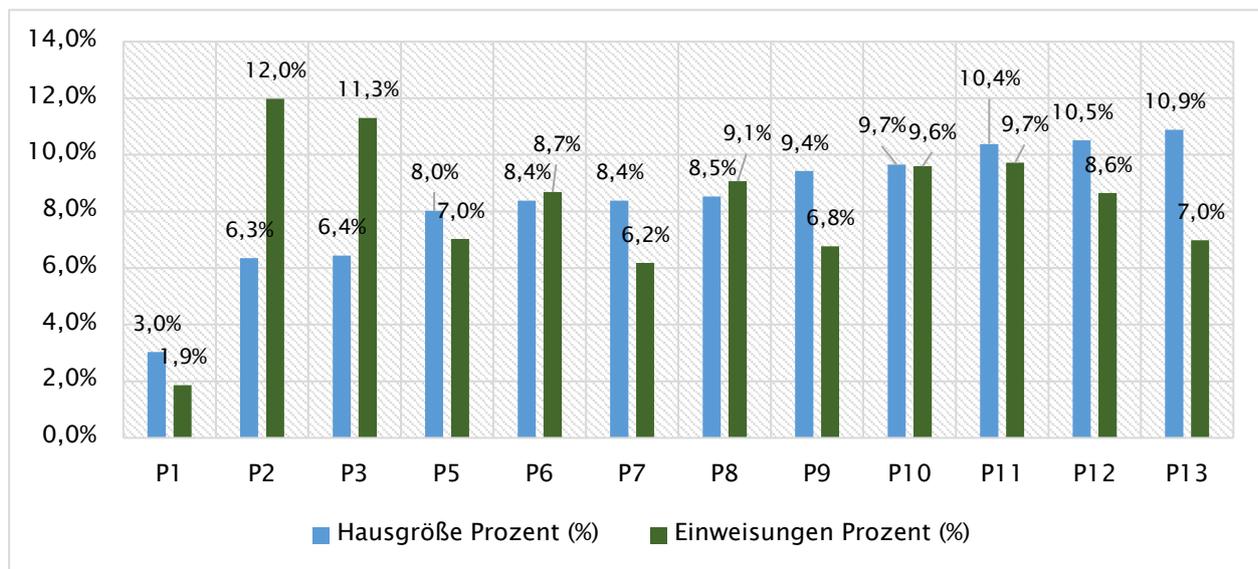


Abbildung 4: Hausgröße und Einweisungshäufigkeiten bei P&W in 2019 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

Deutlich wird aus der Abbildung auch, dass sich zu diesem Zeitpunkt der Analysen keine Hinweise im Hinblick eines Einflusses der Hausgröße auf die Einweisungshäufigkeit ableiten lassen.

Um die Unterschiede zwischen Hausgröße und Einweisungshäufigkeiten zu ergründen, wurden in einem zweiten Schritt die einzelnen **Häuser von P&W und deren Geschlechts- und Altersverteilung sowie die Verteilung der Pflegegrade** bei allen Einweisungen gegenübergestellt (vgl. Tab. 9). Ersichtlich wird noch einmal, dass in Haus P4 nicht nur mehr Männer leben, sondern dementsprechend auch überwiegend Männer eingewiesen werden. Da dies zu Verzerrungen in der Analyse führen könnte, wurde dieses Haus wie bereits erwähnt aus den nachfolgenden Analysen

¹⁹ Dazu gehören insbesondere Kontrolltermine oder geplante Operationen und Fälle, die bereits durch Pflegekräfte als „geplant“ dokumentiert wurden.

ausgeschlossen. Die weiteren Auswertungen beziehen sich daher auf n=4.638 Einweisungen aus zwölf Häusern. Die 4.638 Fälle repräsentieren 2.043 Bewohnende. Mithin wurde in 2019 jede Person somit durchschnittlich 2,27-mal als dokumentierter Fall in ein Krankenhaus eingewiesen.

Tabelle 9: Einweisungen bei P&W in 2019 nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad, n=4.742 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

		Häuser ohne Haus P4		Haus P4		Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	2.433	52,5	19	18,3	2.452	51,7
	männlich	2.205	47,5	85	81,7	2.290	48,3
	Gesamt	4.638	100,0	104	100,0	4.742	100,0
Alter	20 bis 40 J.	21	0,5			21	0,4
	41 bis 60 J.	310	6,7	36	34,6	346	7,3
	61 bis 70 J.	465	10,0	40	38,5	505	10,6
	71 bis 80 J.	1.167	25,2	24	23,1	1.191	25,1
	81 bis 90 J.	1.905	41,1	4	3,8	1.909	40,3
	91 J. u. älter	770	16,6			770	16,2
	Gesamt	4.638	100,0	104	100,0	4.742	100,0
Pflegegrad	PG 1	1	0,0	1	1,0	2	0,0
	PG 2	433	9,3	40	38,5	473	10,0
	PG 3	812	17,5	41	39,4	853	18,0
	PG 4	1.827	39,4	22	21,2	1.849	39,0
	PG 5	1.565	33,7			1.565	33,0
	Gesamt	4.638	100,0	104	100,0	4.742	100,0

Einweisungen bei P&W im Jahr 2019

Die Alters- und Geschlechtsstruktur der Einweisungen bei P&W im Jahr 2019 aus den zwölf verbleibenden Häusern ist ebenfalls Tabelle 9 zu entnehmen. Demnach sind Einweisungen von Männern (47,5 %) absolut gesehen seltener als Einweisungen von Frauen (52,5 %). Schaut man sich die Verteilung der Einweisungen nicht auf Fallebene, sondern auf Ebene der jeweils eingewiesenen Bewohnenden²⁰ an (vgl. Tab. 10), dann zeigt sich, dass die eingewiesenen Bewohnenden zu 58,5 Prozent weiblich und nur zu 41,5 Prozent männlich sind. Folglich werden Männer im Vergleich zu Frauen relativ gesehen häufiger und vor allem häufig mehrfach eingewiesen. Tabelle 9 zeigt außerdem, dass die häufigsten Krankenseinweisungen insbesondere absolut gesehen in der Altersgruppe zwischen 81 und 90 Jahren stattfinden (41,1 %). Bezieht man den Pflegegrad in die Betrachtung mit ein, dann zeigt sich, dass mit 39,4 Prozent an allen Fällen Pflegegrad 4 und mit 33,7 Prozent, also die Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen am häufigsten von Einweisungen betroffen sind. Diese Verteilungen weichen kaum von denen auf Ebene der eingewiesenen Bewohnenden in Tabelle 10 ab.

²⁰ Nicht zu verwechseln mit der Gesamtanzahl aller bei P&W zum Stichtag lebenden Bewohnenden in Tabelle 8. In Tabelle 10 sind alle Bewohnenden dargestellt, die in 2019 mindestens einmal in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Nicht Eingewiesene sind damit nicht enthalten.

Tabelle 10: Mindestens einmal eingewiesene Bewohnende bei P&W in 2019 nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad, n=2.043 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

		Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	1.196	58,5
	männlich	847	41,5
	Gesamt	2.043	100,0
Alter	20 bis 40 J.	11	0,5
	41 bis 60 J.	120	5,9
	61 bis 70 J.	200	9,8
	71 bis 80 J.	488	23,9
	81 bis 90 J.	853	41,8
	91 J. u. älter	371	18,2
	Gesamt	2.043	100,0
Pflegegrad	PG 1	1	0,0
	PG 2	266	13,0
	PG 3	413	20,2
	PG 4	734	35,9
	PG 5	629	30,8
	Gesamt	2.043	100,0

Eine Heatmap in Tabelle 11 verdeutlicht, dass – entgegen der Erwartung – die häufigsten Notfalleinweisungen nicht am späten Abend, frühen Morgen, am Wochenende oder an Mittwoch- und Freitagnachmittag erfolgen, sondern gerade während der täglichen Öffnungszeiten von Arztpraxen. Über die **Wochentage** hinweg lässt sich keine auffällige Häufung feststellen. Die nächtlichen Einweisungen zwischen 20:00 Uhr und 08:00 Uhr am Folgetag zeigen keine wochentagabhängigen Muster. Zwischen 00:01 und 04:00 Uhr sind Einweisungen durchgehend am seltensten.

Tabelle 11: Einweisungen bei P&W in 2019 nach Wochentag und Uhrzeit, n=4.638 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamt
00:01–04:00 Uhr	42	41	48	53	46	31	42	303
04:01–08:00 Uhr	89	70	98	58	79	69	65	528
08:01–12:00 Uhr	171	177	171	178	186	131	137	1.151
12:01–16:00 Uhr	186	179	193	191	181	112	127	1.169
16:01–20:00 Uhr	151	155	155	154	141	127	104	987
20:01–24:00 Uhr	68	87	75	60	78	67	65	500
Gesamt	707	709	740	694	711	537	540	4.638

In den folgenden Ausführungen werden die wichtigsten Ergebnisse zur Analyse der **Einweisungsgründe** mit Anteilen von mindestens fünf Prozent dargestellt, alle weiteren aus der Pflegedokumentation entnehmbaren Gründe, Anlässe, Ursachen werden unter „Sonstiges“ zusammengefasst²¹. Abbildung 5 zeigt zunächst die prozentualen Anteile der einzelnen Einweisungsgründe an allen Einweisungen. Es zeigt sich dabei, dass die meisten Einweisungen der Kategorie „nicht näher spezifizierte Symptomatik“ zuzuordnen sind. Hierunter fallen alle Fälle, bei denen eine

²¹ Dazu sei noch einmal auf das vollständige Kategoriensystem in Anhang 3 und die entsprechenden Ausführungen zur Kategorisierung der Gründe in Abschnitt 6.2.2 verwiesen.

eindeutige Kategorisierung aufgrund der bestehenden Dokumentation nicht möglich war. Mit 21,5 und 8,2 Prozent sind die zweit- und dritthäufigsten Gründe für Einweisungen Stürze und Komplikationen mit Dauerkathetern. Es folgen Einweisungen aufgrund gastrointestinaler Symptomaten, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen und Atemwegsbeschwerden.

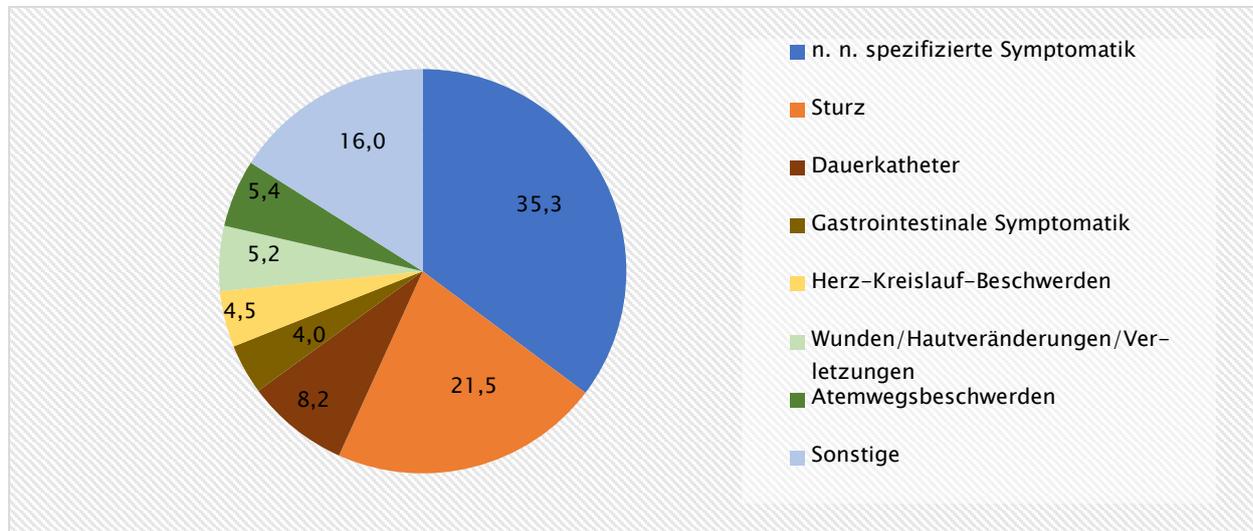


Abbildung 5: Einweisungen bei P&W in 2019 nach Einweisungsgründen, n=4.638 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

Im Weiteren wurden die aufgezeigten Einweisungsgründe getrennt nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad ausgewertet. Die entsprechenden Ergebnisse finden sich in den Anhängen 5 und 6. In Anhang 5 sind die Einweisungsgründe der Häufigkeit von links nach rechts angeordnet und die Zeilenprozente berechnet worden. Differenziert nach Geschlecht zeigt sich, dass Einweisungen aufgrund von Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen, Herz-Kreislauf-Beschwerden und einer gastrointestinalen Symptomatik bei Männern eine geringere Bedeutung haben, im Gegensatz dazu kommt den Dauerkatheter-Fällen mit fast 15 Prozent bei Männern eine herausragende Bedeutung zu. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Verteilung somit auch für den hohen Anteil der Hauseinweisungen von Männern insgesamt verantwortlich ist.

Die Differenzierung nach Alter (unter Ausklammerung der Fälle der unter 60-Jährigen) zeigt, dass der Einweisungsgrund „Sturz“ bis zu einem Alter von 90 Jahren zunimmt, sich danach halbiert. Ähnlich gestaltet es sich bei der Differenzierung nach dem Pflegegrad, da hier der Anteil mit zunehmendem Pflegegrad bis zu Pflegegrad 4 zunimmt, um dann wieder zu sinken. Diese Ergebnisse sind plausibel, wenn antizipiert wird, dass die Bettlägerigkeit sowohl mit dem Alter als auch mit dem Pflegegrad zunimmt. Etwas anders verhält es sich mit dem Einweisungsgrund des Dauerkatheters, der mit zunehmendem Alter abnimmt. Unter Berücksichtigung des Pflegegrades sehen wir eine Zunahme bis Pflegegrad 4, danach einen geringen Rückgang. Unter Berücksichtigung des Pflegegrades zeigen sich einige weitere plausible Muster, insbesondere der zunehmende Anteil von Atemwegsbeschwerden und gastrointestinaler Symptomatik finden sich verstärkt bei Pflegegrad 5, Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen bei Pflegegrad 2.

In Anhang 6 wird ebenfalls die Verteilung über die unterschiedenen Gründe nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad dargestellt – allerdings dort mit den Anteilen abgebildet über die Spaltenprozentage. Insbesondere die deutliche Abnahme von Bewohnenden über 90 Jahre um das 2,4-fache gegenüber der vorhergehenden Altersgruppe ist hier zu erwähnen. Die Fälle mit nicht näher spezifizierter Symptomatik sind bei Frauen häufiger als bei Männern vertreten, steigen mit zunehmendem Alter bis 90 Jahre, um danach einen etwas deutlicheren Rückgang zu verzeichnen, als es entsprechend der Altersverteilung zu erwarten gewesen wäre. Vergleichbare Muster finden sich bei "Sturz", wobei hier mit einem Rückgang um das 1,8-fache überproportional häufig angegeben wird. Ganz im Gegensatz zu Dauerkathetern, der als Grund um das 4,5-fach zurückgegangen ist. Ähnlich, aber nicht ganz so ausgeprägt, verhält es sich bei Atemwegsbeschwerden und gastrointestinaler Symptomatik, Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen hingegen sind überproportional häufig. Die Differenzierung nach Pflegegrad zeigt durchweg eine Zunahme bis Pflegegrad 4, um danach in unterschiedlichem Umfang, besonders bei Stürzen und Dauerkathetern, wieder abzunehmen. Ausnahmen sind Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen und gastrointestinale Symptomatik mit den absolut höchsten Anteilen.

24-Stunden-Fälle bei P&W

In den folgenden Analysen soll ein Hauptaugenmerk auf die Fälle mit einer Abwesenheit von 24-Stunden (unter einem Tag) gelegt werden. Zunächst wird die **Grundgesamtheit nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad** für Einweisungen getrennt nach einer Abwesenheit unter und über 24-Stunden beschrieben. Die in Tabelle 12 dargestellten 24-Stunden-Fälle sind im Vergleich zu längeren Aufenthalten annähernd gleich verteilt – was vor dem Hintergrund der Dominanz von Dauerkathetern bei Männern nicht anders zu erwarten war. Auch für die Differenzierung nach Altersgruppen finden sich die bekannten Muster mit kontinuierlichem Anstieg bis zu 90 Jahren, danach mehr als eine Halbierung. Differenziert nach Pflegegrad sehen wir ebenfalls das bekannte Muster, wobei der Rückgang mit Pflegegrad 5 nicht so deutlich ausfällt. Vor dem Hintergrund des Anteiles an den Pflegeheimbewohnenden lässt sich somit ein deutlich überproportionaler Anteil feststellen.

Tabelle 12: Einweisungen bei P&W in 2019 differenziert nach Fällen mit Abwesenheit unter und über 24-Stunden, n=4.624 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

		Unter 24-Stunden		Über 24-Stunden		Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	1.198	50,5	1.229	54,5	2.197	52,5
	männlich	1.172	49,5	1.025	45,5	2.427	47,5
	Gesamt	2.370	100,0	2.254	100,0	4.625*	100,0
Alter	20 bis 40 J.	15	0,6	6	0,3	21	0,5
	41 bis 60 J.	167	7,0	143	6,3	310	6,7
	61 bis 70 J.	232	9,8	230	10,2	462	10,0
	71 bis 80 J.	593	25,0	572	25,4	1.165	25,2
	81 bis 90 J.	948	40,0	952	42,2	1.900	41,1
	91 J. u. älter	415	17,5	351	15,6	766	16,6
	Gesamt	2.370	100,0	2.254	100,0	4.624*	100,0
Pflegegrad	PG 1			1		1	0
	PG 2	221	9,3	209	9,3	430	9,3
	PG 3	401	16,9	409	18,1	810	17,5
	PG 4	947	40,0	876	38,9	1.823	39,4
	PG 5	801	33,8	759	33,7	1.560	33,8
	Gesamt	2.370	100,0	2.254	100,0	4.624*	100,0

*n=14 Fälle sind Missings.

Abbildung 6 zeigt die jeweiligen Anteile der **einzelnen Häuser nach Hausgröße, Einweisungen insgesamt und 24-Stunden-Fällen** (n=2.370) insgesamt, wobei jeweils die Anteile an der Gesamtzahl angegeben werden. Deutlich wird hierbei, dass die Anteile an 24-Stunden-Fällen in den einzelnen Häusern deutlich variieren. Insbesondere in den Häusern P2 und P3, in denen auch die relativen Einweisungshäufigkeiten mit 12,0 und 11,3 Prozent überproportional sind, gilt dies in nochmals deutlicherem Maße auch für den Anteil an 24-Stunden-Fällen mit 13,4 bzw. 13,8 Prozent. Wiederum scheint es vergleichsweise große Häuser zu geben (z.B. P13), in denen die Einweisungshäufigkeiten generell und auch die 24-Stunden-Fälle deutlich seltener auftreten. Da die weiteren Häuser kein eindeutiges Muster zeigen, scheinen zumindest weitere individuelle Hausmerkmale für die Einweisungshäufigkeiten verantwortlich zu sein.

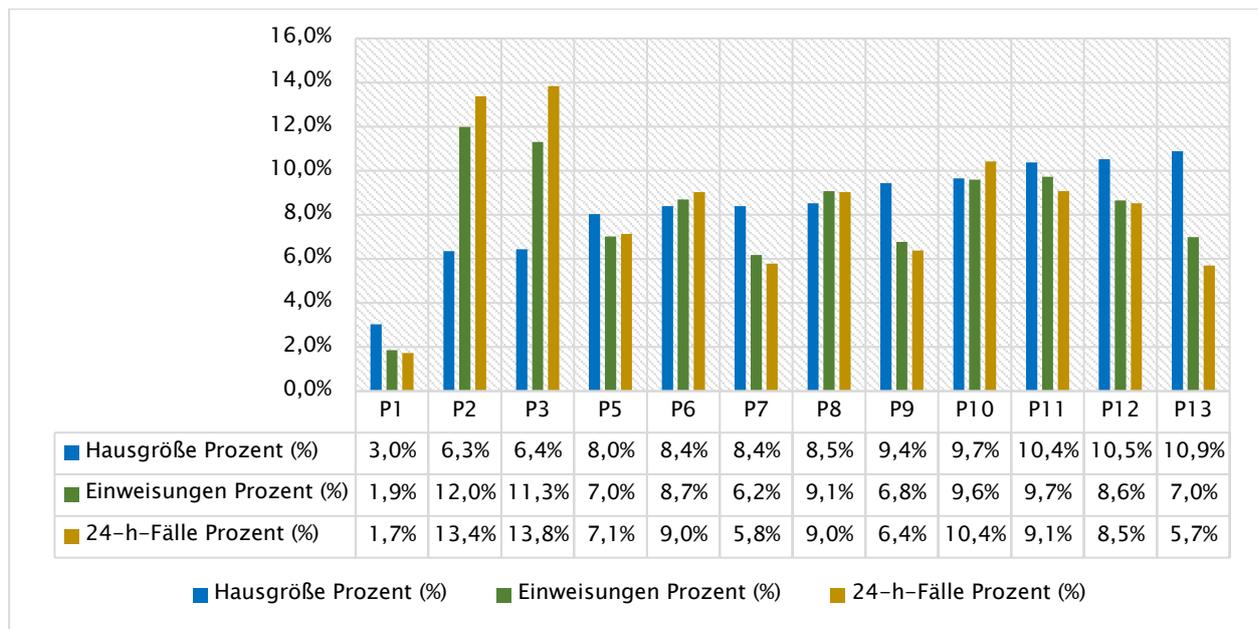


Abbildung 6: Hausgröße, Einweisungshäufigkeiten und 24-Stunden-Fälle bei P&W in 2019 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

In Analogie zum vorherigen Abschnitt stellt Tabelle 13 in einer Heatmap die 24-Stunden-Fälle nach **Wochentagen und Uhrzeiten** dar. Mit zwei Ausnahmen ist dabei kein Unterschied zu allen Fällen festzustellen. Über alle Werktage gibt es die häufigsten Einweisungen zwischen 8:00 und 16:00 Uhr, auch am Mittwoch oder Freitagnachmittag. Lediglich an Wochenenden zwischen 8:00 und 12:00 Uhr scheinen Einweisungen, die zu einem Aufenthalt von weniger als 24 Stunden führen, zwar seltener als an den Arbeitstagen, aber häufiger als im Vergleich zu allen Fällen zu sein.

Tabelle 13: 24-Stunden-Fälle bei P&W in 2019 nach Wochentag und Uhrzeit, n=2.370 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamt
00:01-04:00 Uhr	23	17	26	24	23	21	22	156
04:01-08:00 Uhr	42	38	56	26	45	43	38	288
08:01-12:00 Uhr	82	87	94	94	93	81	69	600
12:01-16:00 Uhr	95	91	86	93	94	64	68	591
16:01-20:00 Uhr	76	79	83	77	66	58	52	491
20:01-24:00 Uhr	27	42	42	37	37	26	33	244
Gesamt	345	354	387	351	358	293	282	2.370

Abbildung 7 stellt die Verteilung der **Einweisungsgründe bei 24-Stunden-Fällen** dar. Deutlich wird in erster Linie, dass die Anteile an Einweisungen aufgrund von Stürzen (28,7 %) und Komplikationen mit Dauerkathetern (14,3 %) im Vergleich zu allen Einweisungen (Abb. 5) deutlich zunehmen. Der Anteil an Einweisungen mit einer nicht näher spezifizierten Symptomatik und auch die Anteile der weiteren Einweisungen hingegen nehmen ab.

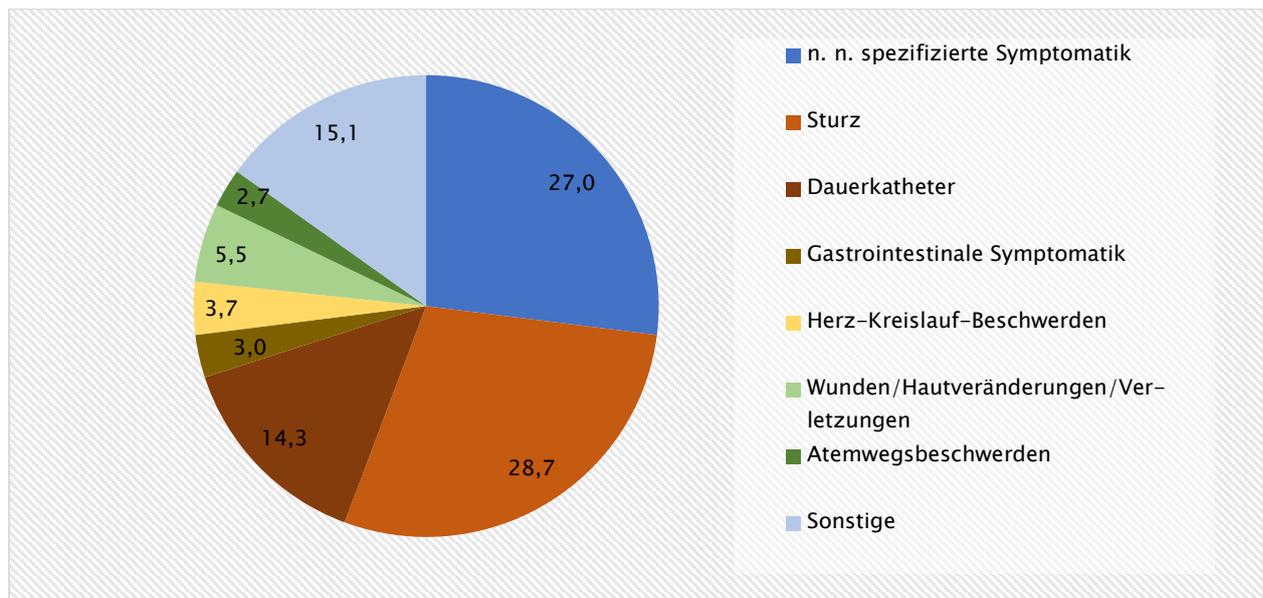


Abbildung 7: 24-Stunden-Fälle bei P&W in 2019 nach Einweisungsgründen, n=2.370 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

Die Anhänge 7 und 8 zeigen die Differenzierungen nach **Einweisungsgründen und die entsprechenden Verteilungen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad** auf. Bei Frauen dominieren eindeutig Stürze als Einweisungsgründe mit mehr als einem Drittel der Fälle, am zweithäufigsten wurden Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen angegeben (6,5 %) und Herz-Kreislaufbeschwerden mit 4,7 %. Bei Männern stehen Dauerkatheter mit 24,9 und Sturz mit 22,0 Prozent für fast die Hälfte aller Fälle. Unter Berücksichtigung der Altersklassen ab 61 Jahren nimmt der Anteil der Stürze kontinuierlich zu, entgegengesetzt verläuft der Anteil an Dauerkathetern, für die üblichen Gründe lässt sich kein einheitliches Muster feststellen. Bezieht man den Pflegegrad in die Analyse ein, zeigt sich die Dominanz dieser beiden Gründe am deutlichsten bei Pflegegrad 4. Auch aus der Perspektive der prozentualen Aufteilung von Einweisungsgründen nach den Kriterien Geschlecht, Alter und Pflegegrad in Anhang 8 zeigt sich, dass 62 Prozent der Stürze Frauen betreffen. Vergleichbar ist dieser Anteil über alle ausgewiesenen Einweisungsgründe hinweg. Ausnahme sind auch bei den 24-Stunden-Fällen hingegen nur 13,9 Prozent der Dauerkatheter, mit hin ein wenig höher als bei allen Krankenhauseinweisungen insgesamt. Fälle mit Pflegegrad sind in fast allen Fällen am häufigsten von den ausgewiesenen Einweisungsgründen betroffen, es lassen sich allerdings für Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen und gastrointestinale Gründe ebenfalls analog zur Analyse aller Einweisungen am häufigsten Fälle mit Pflegegrad 5 identifizieren.

Stürze und Katheter

Aufgrund der Häufigkeit von Sturz- und Katheter-bedingten Einweisungen erfolgt in diesem letzten Abschnitt zur Ergebnisdarstellung nun eine differenzierte Betrachtung der beiden genannten Einweisungsgründe. Zunächst seien dazu die **Einweisungsfälle mit den Gründen „Sturz“ und „Dauerkatheter“ und einer Abwesenheitsdauer bis zu und über 24-Stunden** betrachtet (vgl. Tab. 14). Dabei wird deutlich, dass die Katheter- und Sturzfälle absolut gesehen überwiegend bei einer

Abwesenheitsdauer von unter 24–Stunden stattfinden. Es sind 75 Prozent aller Fälle, die mit diesen Diagnosen einem Krankenhaus zugewiesen wurden. Männer sind mit 54,0 Prozent häufiger von Einweisungen unter 24–Stunden aufgrund eines Sturzes oder einer Katheter–bedingten Einweisung betroffen als Frauen. Auch zeigt sich, dass diese Einweisungen insbesondere Bewohnende aus der Altersgruppe 81 bis 90 Jahre (41,0 %) mit Pflegegrad 4 (46,0 %) betreffen.

Tabelle 14: Katheter und Stürze im Vergleich bei 24–Stunden–Fällen und ≥24–Stunden–Fällen bei P&W in 2019, n=1.373 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

		Unter 24–Stunden		Über 24–Stunden		Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	469	46,0	214	60,5	683	49,6
	männlich	550	54,0	140	39,5	694	50,4
	Gesamt	1.019	100,0	354	100,0	1.373*	100,0
Alter	20 bis 40 J.	3	0,3			3	0,2
	41 bis 60 J.	64	6,3	10	2,8	74	5,4
	61 bis 70 J.	93	9,1	17	4,8	110	8,0
	71 bis 80 J.	250	24,5	84	23,7	335	24,3
	81 bis 90 J.	418	41,0	162	45,8	581	42,2
	91 J. u. älter	191	18,7	81	22,9	274	19,9
	Gesamt	1.019	100,0	354	100,0	1.373*	100,0
Pflegegrad	PG 1					0	0
	PG 2	56	5,5	28	7,9	84	6,1
	PG 3	130	12,8	60	16,9	191	13,9
	PG 4	469	46,0	164	46,3	634	46,0
	PG 5	634	35,7	102	28,8	468	34,0
	Gesamt	1.019	100,0	354	100,0	1.373*	100,0

*n=4 Missings.

In Abbildung 8 wurde den Anteilen von Hausgröße, Einweisungen und 24–Stunden–Fällen der prozentuale **Anteil an Sturz– und Katheter–Fällen bei 24–Stunden–Fällen** beigefügt. Es zeigt sich, dass vor allem Haus P2 – welches im Vergleich zum Heimplatzanteil bereits deutlich überproportional bei den Einweisungen generell, ebenso wie bei dem Anteil an 24–Stunden–Fällen aufgefallen ist – auch deutlich mehr Katheter– und Sturz–Fälle aufweist als die weiteren Häuser: Obwohl Haus P2 nur über 6,3 Prozent der Plätze verfügt, verantwortet es über 17 Prozent der Katheter– und Sturz–bedingten Einweisungen.

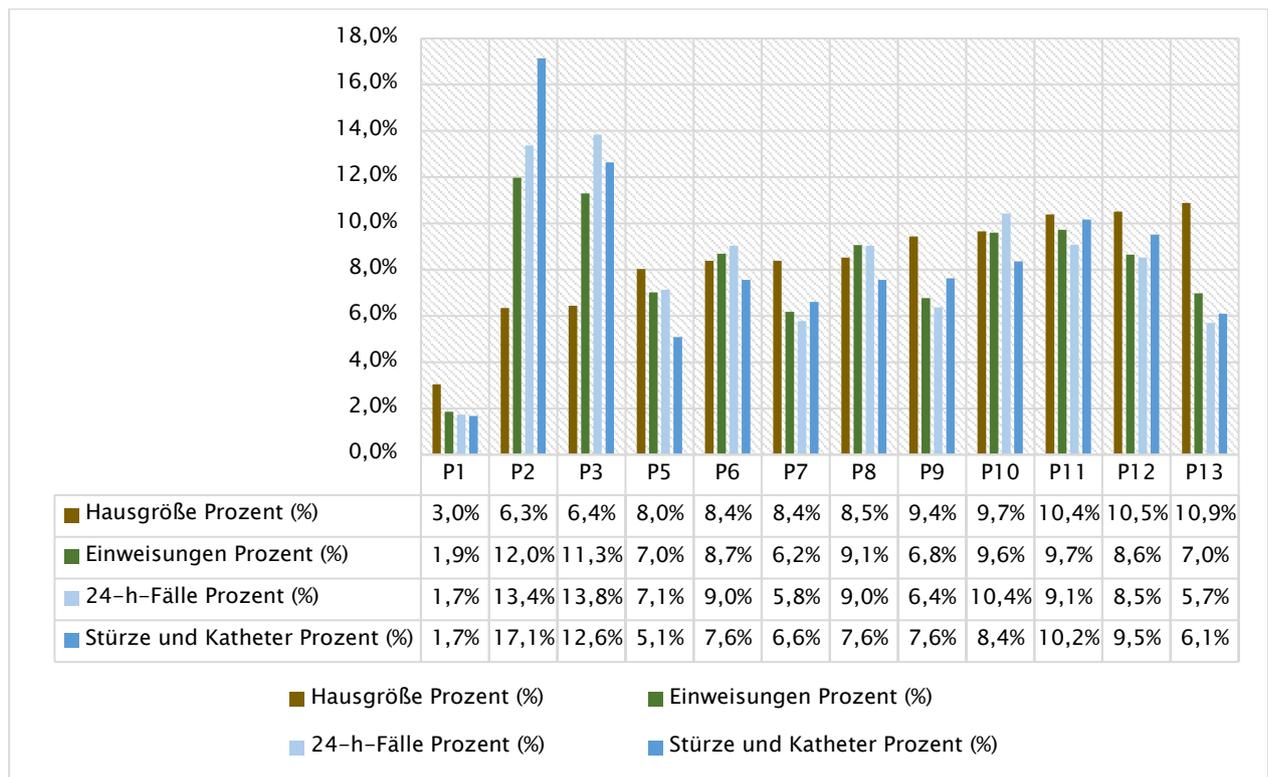


Abbildung 8: Hausgröße, Einweisungshäufigkeiten, 24-Stunden-Fälle und Sturz-/Katheterfälle bei P&W in 2019 (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

Die in Tabelle 15 abgebildete Heatmap stellt die Einweisungen mit Grund „Katheter“ und „Sturz“ bei 24-Stunden-Fälle nach **Wochentagen und Uhrzeiten** dar. Im Vergleich zu den beiden vorherigen Heatmaps (Tab. 11 und Tab. 13) ist auffällig, dass sich die verstärkten Einweisungen zwischen 08:00 und 16:00 Uhr nicht zeigen. Stattdessen finden Einweisungen hier insbesondere zwischen 00:01 und 12:00 Uhr statt. Zwischen 12:01 und 20:00 Uhr sind die Einweisungshäufigkeiten hingegen deutlich geringer. Auffallend sind auch die vermehrten Einweisungen dienstags und mittwochs zwischen 08:01 und 12:00 Uhr.

Tabelle 15: Fälle mit Einweisungsgrund "Katheter" und "Sturz" bei P&W in 2019 nach Wochentag und Uhrzeit (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Gesamt
00:01-04:00 Uhr	35	30	24	31	30	34	37	221
04:01-08:00 Uhr	34	25	27	26	28	31	30	201
08:01-12:00 Uhr	30	41	41	31	29	29	29	230
12:01-16:00 Uhr	12	24	24	19	15	13	15	122
16:01-20:00 Uhr	11	7	14	15	15	13	10	85
20:01-24:00 Uhr	21	20	31	16	25	26	21	160
Gesamt	143	147	161	138	142	146	142	1.019

Im Weiteren werden die **Einweisungshäufigkeiten für Katheter und Stürze** getrennt betrachtet (vgl. Tab. 16). Ganz besonders deutlich wird dabei noch einmal, dass Einweisungen aufgrund einer Dauerkatheter-Problematik vor allem Männer betreffen (86,1 %), während Stürze eher bei weiblichen Bewohnerinnen zu Einweisungen in ein Krankenhaus führen (62,1 %). Einweisungen mit

Grund „Dauerkatheter“ finden dabei insbesondere in den Altersgruppen zwischen 71 und 90 Jahren und – wenig überraschend – bei höherem Pflegegrad statt. Bei Einweisungen aufgrund von Stürzen ist eine ähnliche Verteilung erkennbar.

Tabelle 16: Einweisungen aufgrund von Sturz und Dauerkatheter nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad bei 24-Stunden-Fällen (eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

		Dauerkatheter		Sturz		Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	47	13,9	422	62,1	469	46,0
	männlich	292	86,1	258	37,9	550	54,0
	Gesamt	339	100,0	680	100,0	1.019	100,0
Alter	20 bis 40 J.	3	0,9	–	–	3	0,3
	41 bis 60 J.	46	13,6	18	2,6	64	6,3
	61 bis 70 J.	50	14,7	43	6,3	93	9,1
	71 bis 80 J.	95	28,0	155	22,8	250	24,5
	81 bis 90 J.	118	34,8	300	44,1	418	41,0
	91 J. u. älter	27	8,0	164	24,1	191	19,1
	Gesamt	339	100,0	680	100,0	1.019	100,0
Pflegegrad	PG 1	–	–	–	–	–	–
	PG 2	11	3,2	45	6,6	56	5,5
	PG 3	37	10,9	93	13,7	130	12,8
	PG 4	160	47,2	309	45,4	469	46,0
	PG 5	131	38,6	233	34,3	364	35,7
	Gesamt	339	100,0	680	100,0	1.019	100,0

Unterlegt werden diese aus den deskriptiven Daten bereits ersichtlichen Zusammenhänge noch einmal dadurch, dass eine Spearman-Korrelation signifikante Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Einweisungsgrund ($r=-0,456$, $p<0,001$, $n=1.019$) sowie Alter und Einweisungsgrund ($r=-0,300$, $p<0,001$, $n=1.019$) aufweist. Die Stärke des Effekts ist dabei nach Cohen (1988) als „mittel“ einzustufen.

Gegenüberstellung der Häuser mit den wenigsten und meisten 24-Stunden-Fällen

In einem letzten Schritt werden die jeweils zwei – in den jeweiligen Balkendiagrammen (vgl. Abb. 6 oben) auffälligsten – Häuser mit den meisten und wenigsten 24-Stunden-Fällen verglichen. Die entsprechenden Tabellen finden sich in den Anhängen 9 bis 12. Es zeigt sich dabei noch einmal, dass zwischen den jeweils zwei Häusern deutliche Unterschiede bei den Einweisungshäufigkeiten mit Grund „Sturz“ und „Dauerkatheter“ zu verzeichnen sind. Mit Blick auf die relative Hausgröße in Abbildung 7 kann davon ausgegangen werden, dass diese Unterschiede nicht auf die jeweilige Hausgröße zurückzuführen sind.

6.2.4 Diskussion

Die Diskussion sei im Folgenden thematisch in zwei Abschnitte unterteilt. Sie beginnt mit einer allgemeinen Abhandlung der Eigenschaften der Dokumentationsdaten und deren Nutzbarkeit für wissenschaftliche Analysen. Der zweite Teil behandelt anschließend die inhaltliche Diskussion der Ergebnisse.

Die Vor- und Nachteile von Routinedaten im Allgemeinen und Dokumentationsdaten im Speziellen werden relativ schnell deutlich. Die Daten bilden standardisiert, detailliert und – soweit möglich – vollständig das Einweisungsgeschehen der Bewohnenden der Pflegeheime des beteiligten Praxispartners ab. Die Lieferung der Daten ermöglichte es, das Einweisungsgeschehen mit einem – von der Klärung des Datenschutzes abgesehen – relativ geringen Zeitaufwand, für einen großen Beobachtungszeitraum von einem Jahr und für alle Bewohnenden eines Heimträgers abzubilden. Es zeigt sich auch hier, was ebenfalls für Sekundärdaten im Allgemeinen gilt: Eine Vorbereitung und gründliche Datenaufbereitung ist wichtig, da es sich eben nicht um eigens erhobene Primärdaten handelt, mit deren Struktur man bereits durch die Entwicklung beispielsweise eines Erhebungsinstrumentes vertraut ist (Swart et al. 2015). Da die Daten von Pflegekräften in Alltagssituationen dokumentiert werden, können die vorliegenden Informationen nicht als „gegeben“ hingenommen werden. Es muss berücksichtigt werden, dass bei der Dokumentation auch menschliche Fehler, unterschiedliche Perspektiven der Dokumentierenden, Zeitdruck, Vorgaben durch Leitungspersonal und weitere Begleitumstände mit einfließen. Beispielsweise werden die Variablen „VON“ und „BIS“ nicht mit einem automatischen Zeitstempel erfasst, sondern von den einweisenden Pflegekräften händisch dokumentiert. Dies muss nicht immer direkt im Anschluss an eine Einweisung passieren, sondern kann auch zeitversetzt stattfinden und ist somit fehleranfällig.

Die für die vorliegende Fragestellung durchgeführte Neukategorisierung der Variable „Grund“ war in diesem Zusammenhang notwendig, um die vorliegenden Daten zu vereinheitlichen und damit im Rahmen quantitativer Analysen auswertbar zu machen (Döring & Bortz 2016). Die Kategorisierung ermöglichte es, die Bandbreite an Gründen für Einweisungen abzubilden und zeigte gleichzeitig auf, dass die Dokumentation in Pflegeheimen – obwohl sie mittlerweile digitalisiert wurde – dennoch nicht immer einheitlich ist. Gegebenenfalls wäre das Kategoriensystem weiterführenden Reliabilitätstests zu unterziehen. Die Unterschiedlichkeit der Kodierung der Variable „Grund“ durch die Pflegekräfte zeigt, dass offensichtlich keine einheitlichen Vorgaben für die Dokumentation vorliegen oder diese unterschiedlich aufgefasst und umgesetzt werden. Nur kurz erwähnt sei im Zusammenhang mit der Lieferung der Dokumentationsdaten noch einmal, dass der Zeitaufwand für Datenschutz, der in diesem Fall insbesondere dem Schutz der Bewohnenden von P&W dient, immer in die Planung der Forschung mit Sekundärdaten einbezogen werden muss. Grundsätzlich ist noch zu erwähnen, dass der vorliegende Datensatz Potenzial für weiterführende multivariate Analysen, etwa auch unter Berücksichtigung der Sterblichkeit bietet. Ganz grundsätzlich lässt sich festhalten, dass derartige Dokumentationsdaten aus Pflegeheimen – ungeachtet der formulierten Restriktionen – in einschlägigen Forschungsvorhaben verstärkt Beachtung finden sollten.

Auf inhaltlicher Ebene wird von Beginn der Auswertungen an deutlich, dass sich die Einweisungshäufigkeiten in den Häusern von P&W zum Teil sehr voneinander unterscheiden. Weitestgehend unabhängig von der Hausgröße ist die Einweisungshäufigkeit in einigen Häusern von P&W deutlich erhöht, während andere Häuser ihre Bewohnenden anscheinend deutlich seltener einweisen. Diese Unterschiede verstärken sich noch einmal, wenn die Häufigkeiten von 24-Stunden-Fällen

und Einweisungen aufgrund von Kathetern und Stürzen als weitere Kriterien hinzugezogen werden. Die Gründe dafür können vielfältig sein und in der Struktur der Bewohnenden, der Lage und Ausstattung der Häuser begründet oder beispielsweise auch leitungsbedingt sein. Hier eignet sich die Triangulierung mit anderen Methoden, um Hypothesen für mögliche Erklärungen zu generieren.

Mit Blick auf die Gesamtheit der Einweisungen zeigt sich weiterhin, dass – auch dokumentationsbedingt – am häufigsten Einweisungsgründe der Kategorie „nicht näher spezifizierte Symptomatik“ zuzuordnen sind. Ungeachtet dessen kristallisieren sich eindeutig Stürze und Komplikationen mit Dauerkathetern als zweit- und dritthäufigsten Gründe für Einweisungen heraus. Vor allem die häufigen Einweisungen aufgrund von Stürzen decken sich dabei mit bereits existierender Literatur (z.B. Lemoyne et al. 2019). Katheterbedingte Einweisungen hingegen werden bislang nicht oder im Zusammenhang mit geplanten Einweisungen diskutiert (Bohnet-Joschko et al. 2021; Kada 2019; Schwabe et al. 2021). Die genannten Muster verdichten sich noch einmal bei der Betrachtung von sogenannten 24-Stunden-Fällen, also Einweisungen, die innerhalb von 24-Stunden in ein Krankenhaus aufgenommen und wieder zurückgeführt werden. Das belegt eindeutig, dass bei P&W die meisten Bewohnenden aufgrund einer Dauerkatheter-Problematik oder aufgrund eines Sturzes in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Ob diesen Zuweisungen dabei unnötig sind, kann in diesem Schritt nicht beantwortet werden. Die zumeist kurze Abwesenheitsdauer der betroffenen Personen spricht allerdings dafür, dass es keiner weiterführenden Krankenhausaufnahme bedarf. Vielmehr stellt sich die Frage, ob der Grund der Einweisung nicht im Rahmen eines anderen Settings (z.B. im Pflegeheim mit aufsuchender Unterstützung oder im ambulanten Behandlungssetting) abgeklärt werden kann, um die bekannten negativen Folgewirkungen einer ungeplanten Krankenzuweisung in eine Notaufnahme in Verbindung mit entsprechenden Rettungs- und Krankentransporten zu vermeiden.

Entgegen der Arbeitshypothese bilden sich bei P&W klare Muster der Gesamtheit der Einweisungshäufigkeiten zu den „klassischen“ Arbeitszeiten zwischen 08:00 und 16:00 bzw. 20:00 Uhr ab. Auch an den Wochenenden sind im Vergleich zu den Werktagen keine Häufungen erkennbar. Dies ist insofern überraschend, als davon ausgegangen werden könnte, dass ein Rettungsdienst insbesondere außerhalb der klassischen Sprechzeiten von Haus- und Fachärzt:innen gerufen wird. Dieses Muster lässt sich auch bei den 24-Stunden-Fällen verzeichnen, zeigt sich bei 24-Stunden-Fällen mit Grund „Katheter“ und „Sturz“ jedoch nicht mehr. Es kann vermutet werden, dass es sich bei diesen Einweisungen um „wirkliche“ Notfälle handelt, bei denen ein Abwarten oder weitere Abklärung nicht möglich ist. Vor allem bei Stürzen mit ernsthafteren Verletzungen, aber auch bei Dauerkatheter-Problematiken, wenn zum Beispiel ein Harnverhalt befürchtet werden muss, scheint das nötig und sinnvoll. Interessant ist in diesem Kontext auch die Tatsache, dass im Umkehrschluss viele der weiteren Einweisungen, z.B. aufgrund von Wunden oder Atemwegsbeschwerden, nach wie vor während der regulären Kernarbeitszeiten erfolgen. Die Frage der Zusammenarbeit der ambulanten medizinischen und pflegerischen Versorgung bedarf weiterer Analysen.

Von der Einweisung aufgrund von Stürzen sind zumeist Frauen betroffen und Menschen mit einem höheren Pflegegrad. Beides ist vor dem Hintergrund eines größeren Anteils von älteren und hochaltrigen Frauen und einem vermehrten Pflegebedarf bei höherer Pflegestufe plausibel. Männer hingegen werden besonders häufig aufgrund einer Dauerkatheter-Problematik eingewiesen und werden deutlich häufiger innerhalb von 24-Stunden in ein Krankenhaus gebracht und wieder zurück ins Pflegeheim geliefert. Grundsätzlich zeigt sich in den Daten, dass Männer im Vergleich zu ihrem Anteil an den Bewohnenden bei P&W überproportional häufig in Krankenhäuser eingewiesen werden. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Dauerkatheter-Fälle ist dieser Umstand wenig überraschend.

6.3 Kurzbefragung

Um die Ergebnisse der retrospektiven Dokumentenanalyse zu flankieren, wurde eine Kurzbefragung mittels standardisiertem Kurzfragebogen durchgeführt. Dafür wurden die Pflegekräfte gebeten, über einen Zeitraum von drei Monaten den ausgehändigten Fragebogen im Kontext jeder ungeplanten Krankenhauszuweisung auszufüllen. Ziel der Befragung war es, die Begleitumstände dieser Krankenhauszuweisungen – und hier besonders die Perspektive der Pflegenden – zu erfassen.

6.3.1 Methodik

Der letztlich mit allen Beteiligten – insbesondere unter Datenschutzaspekten – konsentierter Fragebogen war notwendigerweise kurz, um es den Pflegekräften zu ermöglichen, ihn im Wohnbereichsalltag in der ohnehin herausfordernden Situation rund um eine ungeplante Krankenhauszuweisung zusätzlich zu der eigentlichen Dokumentationsarbeit auszufüllen. Damit sollte zudem die Akzeptanz des Erhebungsinstrumentes erhöht werden und der Anonymität Rechnung getragen werden. Ein Pretest über einen Monat konnte zeigen, dass die Fragen im Wesentlichen gut verstanden und auch akzeptiert wurden. Es wurden einige das Wording der Fragen betreffende Umstellungen und Veränderungen vorgenommen. Der daraus entwickelte Fragebogen findet sich in Anhang 2. Er besteht neben der Erfassung von Datum und Uhrzeit aus sechs Items, die erfragen, ob es sich um eine geplante oder ungeplante Krankenhauszuweisung handelt, was den Ausschlag für die – ungeplante – Krankenhauszuweisung gegeben hat, ob Rücksprache stattgefunden hat (und wenn ja, mit wem), ob es Faktoren gibt, die dabei unterstützen könnten, den Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Pflegeeinrichtung zu behalten und zu betreuen und schließlich wie sicher die jeweilige Pflegekraft sich in ihrer Entscheidung gefühlt hat. Derartige Informationen finden sich explizit in keiner Dokumentation, sind jedoch von entscheidender Relevanz zur Ableitung möglicher Interventionen, die an den zuweisungsverantwortlichen Personen ansetzen.

Die Befragung wurde in vier Einrichtungen des Projektpartners über einen Zeitraum von drei Monaten durchgeführt. Es nahmen insgesamt zehn Wohnbereiche daran teil. Darunter waren auch Wohnbereiche mit einem Schwerpunkt in der Versorgung demenzkranker Menschen sowie ein Wachkoma-Bereich. Eine Einweisung der Pflegekräfte in den teilnehmenden Wohnbereichen war

aufgrund der Covid-19 Pandemie nicht möglich, stattdessen wurden die Pflegedienstleitungen in persönlichen Gesprächen zu Sinn und Durchführung der Befragung instruiert und gebeten, diese Informationen intern weiterzugeben. Ein Reminder, die regelmäßige Ausfüllung der Fragebögen betreffend, wurde nach circa sechs Wochen an die Pflegedienstleitungen der teilnehmenden Häuser verschickt.

Wie die Dokumentenanalyse im vorherigen Kapitel, so war auch die Kurzbefragung Gegenstand der beschriebenen zeitaufwändigen Datenschutzdiskussionen. Dadurch musste nicht nur der Start der Befragung immer wieder nach hinten verlegt werden, auch der Inhalt des Fragebogens wurde so verändert, dass die datenschutzrechtlichen Bedenken des Projektpartners aufgegriffen und eine Rückverfolgbarkeit der einzelnen Aussagen unmöglich gemacht wurden (vgl. Kap. 2). Im Weiteren wurden formale Voraussetzungen zur Sicherstellung der Anonymität der beteiligten Pflegekräfte berücksichtigt, die Rücklaufboxen waren abschließbar und mittels eines Schließsystems fixiert.

6.3.2 Ergebnisse

Nach drei Monaten umfasste der Rücklauf 42 Fragebögen. Die Verteilung der Rückläufer innerhalb der teilnehmenden Häuser war vergleichbar. Lediglich in einer Einrichtung wurden auffallend wenige Fragebögen ausgefüllt. Mündlich konnte eruiert werden, dass man in dieser Einrichtung den Fragebogen nur bei „Notfällen“ zum Einsatz gebracht hat, d.h. nicht jede ungeplante Krankenhauszuweisung wurde explizit auch als „Notfall“ gesehen, und somit nicht dokumentiert. Dieses Missverständnis ist durchaus suggestiv, weil es zeigt, dass die Pflegekräfte selber gut unterscheiden können zwischen den Fällen, die bei Schwabe et al. (2020) als „Bagatelldfälle“ bezeichnet werden und den genuinen – schnelles Handeln erfordernden – Notfällen.

Zunächst wurden Datum und Uhrzeit der Krankenhauszuweisung erfragt. Die meisten Zuweisungen wurden zwischen Montag und Donnerstag vorgenommen, mit einer erneuten Häufung am Sonntag. Dabei erfolgen die meisten Zuweisungen zwischen 8:00 und 17:00 Uhr, erneut mit der Ausnahme von Sonntagen, wo die gemeldeten Zuweisungen mehrheitlich zwischen 0:00 und 12:00 Uhr erfolgen (vgl. Tab. 17).

Tabelle 17: Wochentage und Uhrzeiten der Krankenhauszuweisungen (eigene Darstellung mit Befragungsdaten)

Zeitfenster	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Feiertag
0:00–4:00	2	1	1	0	0	0	3	0
4:00–8:00	0	1	0	1	0	0	0	0
8:00–12:00	2	2	1	1	1	0	3	0
12:00–16:00	4	2	3	3	1	1	2	0
16:00–20:00	2	0	0	1	0	0	0	1
20:00–24:00	0	0	0	0	1	0	1	0
Gesamt	10	6	5	6	3	1	9	1

Von den Zuweisungen waren vier geplant und 38 ungeplant. Bei ungeplanten Krankenhauszuweisungen wurde nach den Faktoren gefragt, die den Ausschlag für die jeweilige Entscheidung

gegeben haben. Mehrfachantworten waren möglich. In 84,7 Prozent der Fälle hat der Zustand des Bewohners bzw. der Bewohnerin den Ausschlag für eine Krankenhauszuweisung gegeben. Die weiteren Gründe (Zuweisung aufgrund des Wunsches des Bewohners/der Bewohnerin, Zuweisung auf Wunsch der Angehörigen und mögliche rechtliche Konsequenzen im Falle einer Nicht-Zuweisung) wurden nur vereinzelt genannt. Unter Sonstiges wurde in Einzelfällen die jeweilige konkrete Symptomatik beschrieben (vgl. Abb. 9).

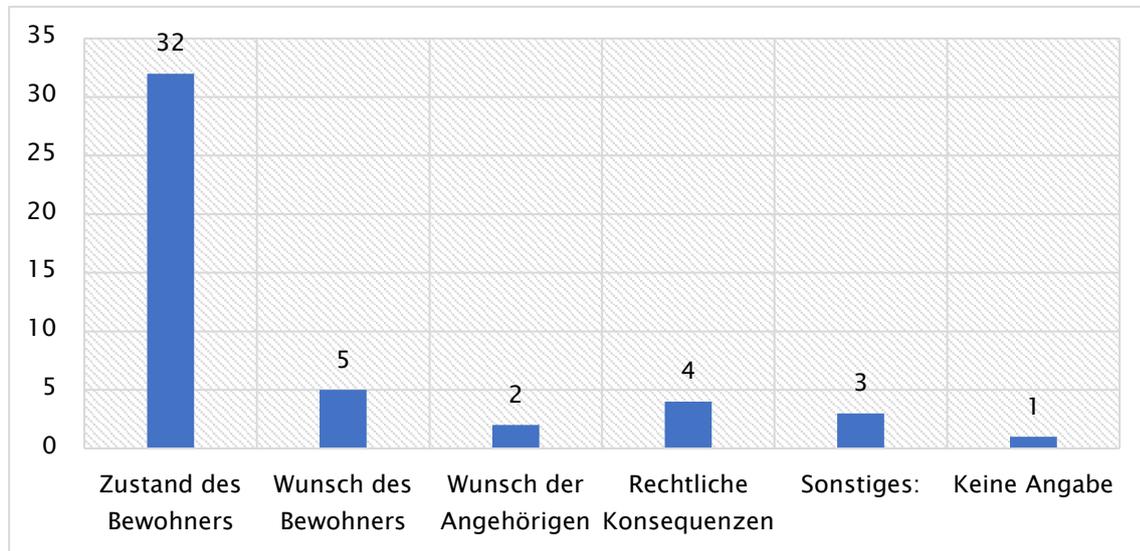


Abbildung 9: Gründe für und Gegeneine Krankenhauszuweisung (eigene Darstellung mit Befragungsdaten)

In 50 Prozent der Fälle wurde vor dem Alarmieren des Rettungsdienste Rücksprache gehalten, in weiteren 38 Prozent erfolgte keine. 11,9 Prozent der Befragten haben diese Frage nicht beantwortet. Wenn Rücksprache gehalten wurde, haben die meisten mit Kolleg:innen und/oder Vorgesetzten gesprochen. Weitere mögliche Gesprächspartner:innen waren behandelnde Ärzt:innen, Notärzt:innen der Kassenärztlichen Vereinigung oder andere (z.B. Betreuer:in, Rettungsdienstmitarbeitende) (vgl. Abb. 10).

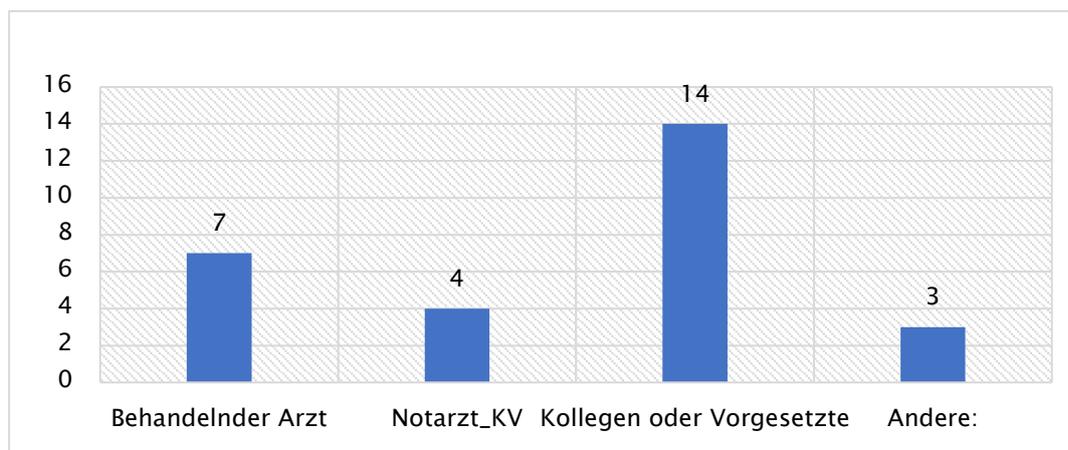


Abbildung 10: Rücksprache mit Gesprächspartner:innen (eigene Darstellung mit Befragungsdaten)

Ein Vergleich mit den angegebenen Uhrzeiten der Krankenhauszuweisung zeigt, dass die Rücksprache vor einer solchen Zuweisung zwischen 06:00 Uhr morgens und 19:15 Uhr am Abend

stattgefunden haben. In den Nachtstunden fand keine Rücksprache statt. Auf die Frage, was die Pflegekräfte dabei unterstützen könnte auf die Krankenhauszuweisung zu verzichten und den Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Pflegeeinrichtung zu behalten, antworteten – wie Abb. 11 zu entnehmen – neun der Befragten, Diagnostik und/oder Therapieanweisung. Weitere Nennungen beziehen sich auf eine rechtliche Absicherung, bessere Besetzung und ein kollegiales Fallgespräch. Unter „Anderes“ wurde u.a. mitgeteilt, dass eine Zuweisung in der jeweiligen Situation unumgänglich sei und somit nichts helfen würde, den Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Pflegeeinrichtung zu behalten. 13 Befragte machten zu diesem Item keine Angabe.

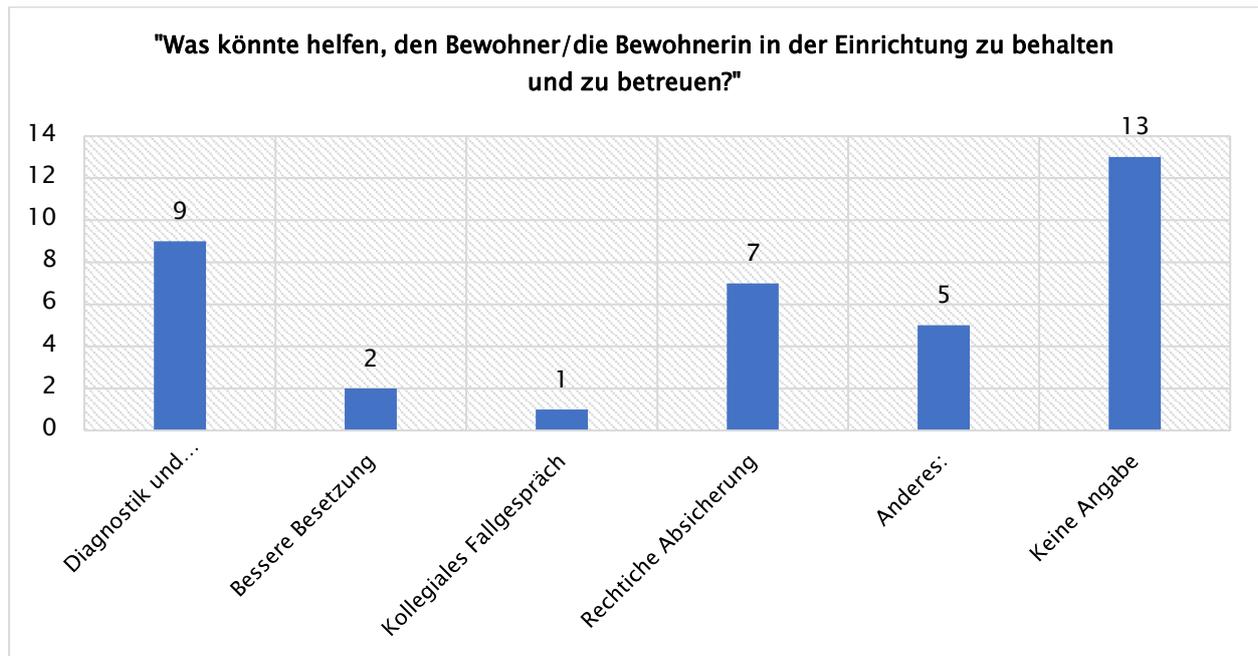


Abbildung 11: Hilfestellung zur Betreuung in der Pflegeeinrichtung (eigene Darstellung mit Befragungsdaten)

Die letzte Frage betraf das Gefühl der Sicherheit bzw. Unsicherheit in der jeweiligen krisenhaften Situation. Vorgegeben war eine vierstufige Likertskala mit Nennungen von „Ich fühle mich sehr sicher“ bis „Ich fühle mich sehr unsicher“. Hier antworteten 22 der Befragten, dass sie sich sehr sicher oder ziemlich sicher fühlten. Elf Befragte fühlten sich dagegen eher oder sehr unsicher.



Abbildung 12: Sicherheit in der Zuweisungssituation (eigene Darstellung mit Befragungsdaten)

6.3.3 Diskussion

Da die Teilnahme an der Kurzbefragung freiwillig war und – wie oben dargestellt – eines der Häuser voraussetzte, es ginge vorrangig um „Notfalleinweisungen“ (und nicht als „Notfall“ identifizierte Krankenhauszuweisungen somit nicht dokumentiert wurden), kann davon ausgegangen werden, dass der Rücklauf von 42 ausgefüllten Fragebögen nicht das ganze Spektrum der in diesem Zeitraum aufgetretenen ungeplanten Krankenhauszuweisungen, bezogen auf die teilnehmenden zehn Wohnbereiche, erfasst. In einer sehr groben Approximation – gemessen an der Gesamtzahl der Krankenhauszuweisungen in 2019 (vgl. Kap. 4.3) – lässt sich trotz der genannten Einschränkungen konstatieren, dass der Rücklauf bei mindestens 50 Prozent lag, vermutlich höher.

Ein Großteil der Krankenhauszuweisungen erfolgte an Werktagen zwischen 8:00 Uhr morgens und 17:00 Uhr am Nachmittag, somit während der Öffnungszeiten der Haus- und Facharztpraxen. Dieser Befund widerspricht der Annahme, dass ungeplante Krankenhauszuweisungen hauptsächlich außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen erfolgen, wenn keine Rücksprache mehr möglich ist. Im Kontext der insgesamt 30 Krankenhauszuweisungen, die zwischen 8:00 und 17:00 Uhr dokumentiert wurden, wurde nur in sieben Fällen haus- oder fachärztliche Rücksprache gehalten.²² Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Arztpraxen nicht in dem Maße erreichbar und verfügbar sind, wie es im Kontext krisenhafter Situationen notwendig und wünschenswert erscheint. Damit hängt auch zusammen, dass neun der Teilnehmenden angaben, ärztliche Diagnostik und/oder Therapieanweisungen würden ihnen helfen, den Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Pflegeeinrichtung behalten und betreuen zu können.

Die Krankenhauszuweisungen erfolgten in aller Regel aufgrund des Zustandes der betroffenen Bewohnenden. Andere Aspekte – wie der Wunsch des Betroffenen, der Wunsch der Angehörigen oder haftungsrechtliche Bedenken – spielten eine untergeordnete Rolle. Während des Früh- und Spätdienstes hat ein Großteil der Teilnehmenden vor einer Krankenhauszuweisung Rücksprache gehalten, in den meisten Fällen mit den Kolleg:innen oder Vorgesetzten. Während des Nachtdienstes fand eine solche Rücksprache nicht statt. Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Pflegekräfte in den Nachtstunden in aller Regel als einzige verantwortliche Pflegefachkraft in dem jeweiligen Wohnbereich sind und eine Rücksprache entweder gar nicht möglich ist oder zu zeitraubend wäre.

Auf die Frage nach Maßnahmen, die dazu beitragen könnten, Bewohnende nicht einem Krankenhaus zuzuweisen, sondern diese in der Pflegeeinrichtung behalten und betreuen zu können, antworteten – wie oben bereits beschrieben – etliche der Befragten, dass sie sich ärztliche Diagnostik und/oder Therapieanweisungen wünschen. Fast ebenso viele erklären, sie bräuchten eine rechtliche Absicherung. Eine bessere Besetzung oder ein kollegiales Fallgespräch spielen hingegen keine große Rolle im Antwortspektrum. Auffallend ist die hohe Zahl derjenigen, die diese Frage

²² Auch in diesen Fällen wurde der Bewohner bzw. die Bewohnerin schlussendlich ins Krankenhaus überstellt, die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin konnte also keinen alternativen Weg aufzeigen.

gar nicht beantwortet haben.²³ Offensichtlich können bemerkenswert viele der Teilnehmenden sich kein Szenario vorstellen, dass es ihnen erlauben würde, die Bewohnenden vor Ort zu betreuen. In Einzelfällen wird genau das auch in der Freitextantwort hinterlegt: „Nichts“ kann helfen. Auch wenn viele der Teilnehmenden angeben, sich in der jeweiligen Situation sehr oder ziemlich sicher gewesen zu sein, die richtige Entscheidung für eine Krankenhauszuweisung getroffen zu haben, so sagt doch jede Fünfte, dass sie eher oder sehr unsicher war. Hier wird ein deutliches Verbesserungspotenzial sichtbar.

Insgesamt konnte der Kurzfragebogen auf viele mögliche Fragestellungen aufgrund der datenschutzrechtlichen Einschränkungen und der damit verbundenen kurzen Laufzeit keine umfassende Antwort geben. Die Befragung konnte allerdings zeigen, dass viele der Krankenhauszuweisungen im Zeitraum der Öffnungszeiten von Haus- und Facharztpraxen liegen, dass hier also offensichtlich ein unausgeschöpftes Potenzial unterstützender Kooperation bzw. interdisziplinärer Zusammenarbeit liegt. Die Teilnehmenden wünschen sich ärztliche Diagnostik und/oder Therapieanweisungen sowie rechtliche Absicherung für ihr Handeln. Es wird gleichwohl deutlich, dass viele der teilnehmenden Pflegekräfte keine Unterstützungsmöglichkeiten erkennen können und eine Krankenhauszuweisung für alternativlos halten. Ob sie in der jeweiligen Situation sicher oder eher unsicher sind, die richtige Entscheidung zu treffen, hängt dann auch wohl nicht nur von der Natur der krisenhaften Situation und dem konkreten Ereignis ab, sondern auch davon, wie groß sie ihren eigenen Entscheidungs- und Handlungsspielraum überhaupt einschätzen.

²³ Während das letzte Item – die Frage nach der Sicherheit im Kontext der Zuweisungssituation – von vier der Befragten nicht bearbeitet wurde, wurde die (vorletzte) Frage nach geeigneten Maßnahmen von 13 Teilnehmenden nicht bearbeitet. Das zeigt, dass etliche dieses Item bewusst ausgelassen haben.

7 Qualitative Erhebung und Darstellung der Ist-Situation

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen und Analysen dargestellt. Ziel der qualitativen Interviews und Diskussionen war es, die subjektive Sichtweise und Einschätzung der Pflegekräfte in Bezug auf ungeplante Krankenhauszuweisungen zu erfragen und diese in einem zweiten Schritt mit den gewonnenen quantitativen Daten in Beziehung zu setzen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden verschiedene Ansätze verfolgt. Zum einen wurden Einzel- und Gruppeninterviews mit Pflegekräften des Projektpartners P&W geführt. Darüber hinaus wurde eine Fokusgruppendifkussion mit akademisierten Pflegekräften durchgeführt. Abgerundet wurden die Ergebnisse durch ein Interview mit Expert:innen

7.1 Einzel- und Gruppeninterviews mit Pflegekräften des Projektpartners

Die mithilfe des Projektpartners P&W vermittelten Interviews mit Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Altenpflege hatten das Ziel, die Sicht der Pflegenden auf die beschriebene Problematik potenziell unnötiger Krankenhauszuweisungen zu erfragen und aufzuzeigen, welche Handlungs- und Entscheidungsspielräume die Pflegekräfte im Kontext krisenhafter Situationen für sich selbst sehen bzw. für sinnvoll halten.

7.1.1 Methodik

Zwischen Juni und September 2021 wurden in vier stationären Altenpflegeeinrichtungen qualitative Interviews mit insgesamt 17 Pflegekräften geführt, davon 14 Einzelinterviews und ein Gruppeninterview mit drei Teilnehmenden. Von den Interviewteilnehmenden bekleiden drei die Funktion der Pflegedienstleitung (PDL), jeweils drei fungieren als Wohnbereichsleitung (WBL) oder stellvertretende Wohnbereichsleitung (WBL_V) und acht weitere sind Pflegekräfte, teils mit einer Ausbildung in der Altenpflege, teils mit einem Krankenpflege-Examen. Die Befragten wurden über das Ziel der Studie und über datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einwilligung dazu, das Interview aufzuzeichnen, zu transkribieren und in anonymisierter Form für Veröffentlichungen zu nutzen. Der Interviewleitfaden findet sich in Anhang 13.

Die Interviews fanden in Räumen der jeweiligen Einrichtung statt, die Pflegekräfte wurden für die Dauer des Interviews vom Dienst freigestellt. Die transkribierten Interviews wurden mithilfe von MAXQDA kategorisiert und auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014) analysiert. Es handelt sich um ein gemischt deduktiv-induktives Verfahren.

7.1.2 Ergebnisse

Im Rahmen des oben beschriebenen gemischt deduktiv-induktiven Verfahren konnten eine Reihe von Kategorien ermittelt werden, die Hinweise auf das subjektive Erleben der befragten Pflegekräfte im Kontext ungeplanter Krankenhauszuweisungen geben.

Als Gründe für eine ungeplante Zuweisung wurde durch alle Befragten überwiegend von Sturzereignissen berichtet. Ebenfalls häufig genannt wurden Wechsel von Dauerkathetern, insbesondere bei männlichen Bewohnern. Weniger häufig wurde von Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

psychischen Auffälligkeiten insbesondere im Gefolge einer Demenz sowie einer Verschlechterung des Allgemeinzustands berichtet. Sonstige Gründe wie beispielsweise Komplikationen im Rahmen einer Arteriellen Verschlusskrankheit (AVK) wurden vereinzelt genannt. Darüber hinaus kommt es gelegentlich zu ungeplanten Krankenhauszuweisungen, weil einzelne Bewohnende der jeweiligen Einrichtung dies explizit wünschen.

Neben den offensichtlichen Zuweisungsgründen gibt es eine Reihe sekundärer, verdeckter Gründe, die im konkreten Entscheidungsfall häufig eine Rolle spielen. Sie begründen den Entscheidungsspielraum, den die befragten Pflegekräfte im Kontext einer Krankenhauszuweisung für sich selber sehen. Im Einzelnen stellen sie sich wie folgt dar:

Äußere (politische und/oder gesellschaftliche) **Rahmenbedingungen** sowie geschriebene oder ungeschriebene Gesetze innerhalb der eigenen Organisation beeinflussen das tägliche Handeln der Pflegekräfte.

„... vielleicht müsste man auch einfach auch mal verständlich machen – das machen wir tatsächlich in Angehörigenabenden – in welchem Rahmen bewegen wir uns überhaupt warum agieren wir so und nicht anders ne?“ (R1)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, also die Zusammenarbeit insbesondere mit den behandelnden Haus- und Fachärztinnen, dem Rettungs- und Fahrdienst sowie dem kassenärztlichen Notdienst kann unterstützend wirken, kann aber auch Konfliktlinien offenlegen.

„Es kommt immer mal wieder zu Diskussionen mit den Krankentransportunternehmen. Mit den Rettungssanitätern, die zum Teil vor Ort sind. [...]. Und ähm die dann versuchen einen so ein bisschen in den Schatten zu stellen und zu sagen nach dem Motto "Bist du so ne dumme kleine Pflegemaus, was willst du eigentlich?". Und ähm die Diskussionen gibts immer wieder ja, ja.“ (R3)

Die **Rolle der Angehörigen** wird von den Befragten unterschiedlich erlebt. Während einzelne Angehörige gegen eine Krankenhauszuweisung argumentieren, werden andere als (mögliche) treibende Kraft hinter einer ungeplanten Zuweisung erlebt.

„Mmh ist eher gewünscht, DASS wir die Rettung anrufen...ja. (...) Weil, weil es eben wahrscheinlich mit einigen Angehörigen öfter schon Probleme gab denke ich. So so...es gibt ja halt schwierige Angehörige [lacht] und...um irgendwelchem Ärger aus dem Weg zu gehen, immer erst, ne? Sicher...“ (R9)

Der **innerkollegiale Austausch** wird als Unterstützung und Bestärkung wahrgenommen. Aufgrund fehlender personeller Ressourcen fehlt er aber auch häufig.

„Ich als junger Mann muss schon von früher reden, wo wir oft zwei Fachkräfte waren, wo man sich dann auch mal absprechen konnte. Natürlich in der Übergabe wird alles Weitere besprochen, aber im Akutfall muss ich mit mir konform gehen.“ (R14)

Dem **Stand von Fachlichkeit und Ausbildung** wird eine große Bedeutung beigemessen. Die Befragten machen Angaben zu pflegerischen Tätigkeiten, die sie fachlich beherrschen (oder bei denen sie sich unsicher fühlen) sowie zu den Dingen, die sie in ihrem Arbeitsfeld tun dürfen oder eben nicht dürfen. Dabei wird auch ein Blick in die mögliche weitere Entwicklung des Berufsfeldes, insbesondere in Kontext von generalisierter Ausbildung und Akademisierung, geworfen.

„Also zu meiner Zeit der Ausbildung [wurde man nicht gut vorbereitet auf Notfallsituationen, KW], nein, definitiv ganz klar. [...] Der heutige Stellenanteil, das weiß ich nicht, wie da sich die Gewichtung vielleicht verschoben hat, soweit bin ich im Curriculum noch nicht vorgedrungen, um da zu sehen, was die dort genau lernen. Nichtsdestotrotz, unsere Schüler lernen unsere Vorgehensweisen von vornherein.“ (R5)

Legale bzw. haftungsrechtliche Aspekte werden von allen Befragten wiederholt genannt. Dabei kann unterschieden werden nach möglichen Konsequenzen für Pflegekräfte, die sich aus dem Haftungsrecht ergeben sowie Konsequenzen für die betroffene Pflegeeinrichtung.

„Also es steht natürlich das Thema Haftungsrecht ist ja immer allen allgegenwärtig ja. Wir müssen uns absichern. Das ist ja das was die Mitarbeiter insbesondere die Pflegekräfte seit Jahrzehnten eingeimpft bekommen, "du musst dich absichern" ne? Und ehm ich denke das ist eine [...] Entscheidung die sich aus dem Haftungsrecht ergibt.“ (R2)

Zuschreibungen von außen werden häufig als herabsetzend und wenig wertschätzend erlebt.

„... eh für mich ist es die Erklärung ... dass der Beruf, Gott sei Dank ändert sich das jetzt ja, so Altenpflege nie als das angesehen wurde was sie wirklich sind. ... Es würd' kein Rettungsfahrer so mit ner Krankenschwester sprechen (...)" (R13)

Aus den genannten Umgebungsfaktoren resultieren in der jeweiligen Entscheidungssituation **Sicherheit oder Unsicherheit**, bedingt auch durch (fehlende) Erfahrung, (fehlenden) Rückhalt, (fehlende) fachliche Kompetenz und die Furcht vor haftungsrechtlichen Implikationen.

„Also Mitarbeiter waren sehr unsicher. Wissen Sie das ist ja eben, das ist ja dieser Druck also [...] Beziehungsweise die Krankenkasse also stellen auch ganz viel Schadensersatzanträge [...] und Mitarbeiter haben einfach sind unsicher und haben Angst. Die denken "ach Bewohner ist gestürzt", es kann sein, dass sich innerhalb von 24 Stunden ein subdurales Hämatom bildet oder irgendwie sich zeigt, [...] Die landen in Krankenhaus. Dann stellt die Krankenkasse Anfrage, ich denke das ist sehr Unsicherheit ...“ (R12)

Viele der oben aufgeführten Kategorien verweisen aufeinander. So kann es eine der (ungeschriebenen) Regeln im Pflegeheim sein, den Krankentransport nach einem Sturz zu rufen, um haftungsrechtliche Implikationen sowie mögliche Interventionen der Angehörigen zu verhindern.

Fehlender Rückhalt durch die hausärztliche Praxis und Defizite in der eigenen Fachlichkeit führen ebenfalls dazu, dass der Rettungswagen gerufen wird. Haftungsrechtliche Konsequenzen werden von den Befragten letztlich immer mitgedacht. Das so entstehende enge Netz aus Umgebungsfaktoren verkleinert den Entscheidungsspielraum der Pflegekräfte.

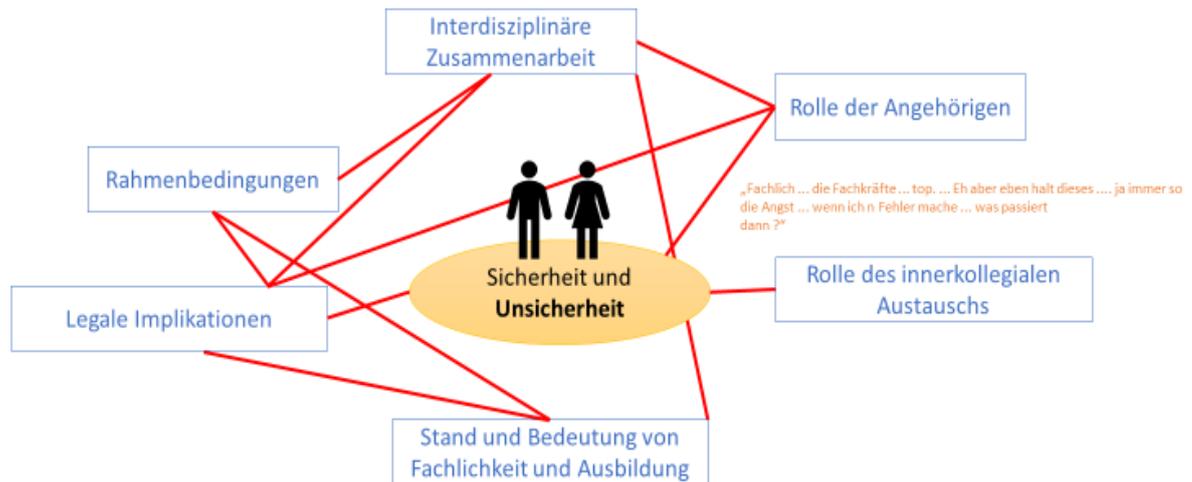


Abbildung 13: Beispiel für vernetzte Umgebungsfaktoren (eigene Darstellung)

Ob es letztlich überhaupt einen **Raum für autonome Entscheidungen** pro oder contra ungeplanter Krankenhauszuweisung gibt, entscheidet sich häufig auch an den Vorgaben der jeweiligen Leitungskräfte. So gibt es für einige der Befragten durchaus die Möglichkeit, differenziert zu urteilen.

„Ja, wenn der sagt „ne mir geht's gut“ oder man sieht eh es ist nichts verkürzt verlängert rausgerutscht oder so dann kann man auch sagen „ne wir beobachten das jetzt erstmal. Zur Not informieren wir morgen den Hausarzt“. Hm natürlich die Möglichkeit haben wir auch.“ (R1)

Für andere hingegen besteht dieser Spielraum nicht.

„IMMER. IMMER. Hier [...] werden keine Selbstversuche gestartet [...] natürlich fragen dann auch die Mitarbeiter der hat das oder die hat das, aber immer den Hausarzt eh... informieren und eh... wenn es doch mal kann ja mal sein dass n Bewohner eh das es dem nicht gut geht oder hat n bisschen Temperatur dann können mal auch sagen eh grade Mittwochs wenn die Ärzte zum Mittag... nicht mehr in der Praxis sind und ihre Hausbesuche machen was weiß ich eh dass dann der Kassenärztliche Notdienst gerufen wird, aber es werden KEINE Experimente gestartet hier. Auf gar keinen Fall.“ (R11)

Auf die Frage, ob es sein kann, dass ein Teil der ungeplanten Krankenhauszuweisungen aus Pflegeheimen **potenziell unnötig** ist, antworteten einige der Befragten mit einem klaren Nein. Dabei vermischen sich teilweise primäre und sekundäre, den Umgebungsfaktoren geschuldete Gründe.

„... also unnötige Einweisungen machen wir hier eigentlich gar nicht. Wir sind sehr vorsichtig mit Krankenseinweisungen. Wir wollen den Leuten das auch nicht zumuten, dass sie immer ins Krankenhaus müssen. Wir machen das wirklich nur im Notfall oder wenn wir uns auch rechtlich absichern wollen. Wenn, es gibt auch viele schwierige Angehörige und...“ (R4)

Andere erkennen die Gefahr potenziell unnötiger Zuweisungen als durchaus real und gegeben.

„Allerdings ich habe schon [...] erlebt als dass Leute eh verständigen jetzt zum Beispiel Feuerwehrrettungsdienst, Bewohner ist gestürzt, hat absolut keine also Beschwerden, ist einfach ausgerutscht hat ... Vitalparameter alles im Normbereich, keine Schmerzäußerung, Beweglichkeit also intakt, unauffällig und nicht zu trotz haben Kollegen als Feuerwehrrettungsdienst also verständigt ihn also einfach zum abchecken ins Krankenhaus. Musste nicht unbedingt sein, man konnte etwas abwarten, Vigilanzbeobachtung, Vitalparameter messen ne?“ (R12)

Gefragt, was geschehen müsste, um **die Situation rund um ungeplante Krankenhauszuweisungen zu verbessern**, wurden im Wesentlichen drei verschiedene Faktoren genannt. Zum einen wurde der Wunsch nach einer verbesserten Ausbildung bzw. weiterführenden Schulungen laut. Das wurde besonders im Kontext der wiederholten Zuweisungen aufgrund von Problemen mit einem Dauerkatheter geäußert. Ein anderer wiederholt geäußelter Wunsch war eine umfassende heimärztliche Versorgung und der dritte Aspekt bezog sich auf eine verbesserte Personalsituation.

Ergebnisse der Gruppendiskussion

Die Pflegekräfte, die gemeinsam in einer Dreiergruppe interviewt wurden, haben die Eindrücke ihrer Kolleginnen und Kollegen im Wesentlichen bestätigt. Einige Aspekte wurden dabei ergänzend deutlich:

Eine Reihe von **geschriebenen und ungeschriebenen Gesetzen** bestimmen den Alltag in der Pflegeeinrichtung und besonders die Interaktion mit den Haus- und Facharztpraxen. So sehen die Pflegekräfte sich genötigt, jede Veränderung im Befinden ihrer Bewohnenden per Fax an den jeweiligen behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Fachärztin zu übermitteln.

„... also auf jeden Fall wenn der ... also ein Kilo, 500 Gramm [abgenommen hat, KW], also jegliche also Informationsweitergabe ist immer sehr wichtig auch wenn ein Bewohner eben halt nicht getrunken hat oder eben halt morgens die Tabletten nicht genommen hat, wenn der sie wieder nimmt sowas, darüber müssen wir auch informieren. Das ist bei uns so Vorgabe. Steht im Standard so drin ne?“

Diese Informationen wiederum werden nicht immer in der gewünschten Form aufgenommen.

„... und manche Ärzte sind halt wirklich überfordert weil die eh zugefaxt werden so wie die sagen. "Wir werden zugefaxt wir können mit euren Faxen nichts anfangen. Was soll ich denn machen, wenn die an Gewicht verlieren?" [...] Das sind aber unsere Standards.“

In diesem Zusammenhang wird auch die Pflegedokumentationspflicht hervorgehoben, die nach Ansicht der Gruppenteilnehmenden zu viel Zeit in Anspruch nimmt („*Hauptsache das Papier ist glücklich.*“). Die Dokumentation wird insbesondere im Falle einer Regressforderung durch die Krankenkassen bedeutsam.

Eine Reihe von Krankenhauszuweisungen ließe sich nach Ansicht der Diskussionsteilnehmenden vermeiden, wenn die Pflegeeinrichtungen besser mit materiellen **Ressourcen** ausgestattet wären. Beispielhaft wurden Kathetersets, Infusionen sowie Infusionsbesteck oder auch Verbandsmaterial genannt.

7.1.3 Diskussion

Die Diskussion beginnt mit den Limitationen der qualitativen Datenerhebung und –auswertung, im Anschluss werden die Kernergebnisse der Interviews erörtert.

Limitationen

Die Gespräche wurden mit dem bereits entwickelten und ausgeprägten Vorverständnis geführt, dass es regelmäßig zu potenziell unnötigen ungeplanten Krankenhauszuweisungen aus Pflegeeinrichtungen kommt. Eine Reihe von Diagnosen, mit denen Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner wiederholt in Notfallaufnahmen überführt werden, gelten als ambulant sensitiv (Sundmacher et al 2015), so zum Beispiel Krankheiten des Harnsystems²⁴, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus. Betroffene werden häufiger als Gleichaltrige, die noch in der eigenen Häuslichkeit leben, untersucht und behandelt sowie auch häufiger stationär aufgenommen (Hofmann & Allers 2016). Von diesen Krankenhauszuweisungen gelten – je nach Studie – zwischen 19 – 67 Prozent als potenziell nicht zwingend erforderlich (Graverholt et al 2014). Dieses Vorverständnis hat sowohl die Entwicklung des Interviewleitfadens als auch die eigentliche Gesprächsführung beeinflusst.

Die Interviews wurden an den jeweiligen Arbeitsorten, also in den Pflegeeinrichtungen geführt und durch die Vorgesetzten vermittelt. Es ist zu vermuten, dass die Befragten aufgrund dieses Settings gelegentlich nicht die Freiheit empfanden, sich ggf. auch kritisch oder negativ über ihre jeweiligen Vorgesetzten, über die Einrichtung oder über das vorgegebene Procedere im Kontext ungeplanter Krankenhauszuweisungen zu äußern. Gelegentlich wurde seitens der Interviewpartner:innen nachgefragt, ob die Gespräche – wie zugesichert – anonym seien, bevor als kritisch zu interpretierende Meinungen geäußert wurden.

²⁴ Fassmer et al (2020b) konnten zeigen, dass 17 % aller Notfalleinweisungen bei Männern aufgrund von Katheter-Komplikationen erfolgen (im Gegensatz zu Frauen, wo dies nur in knapp 3 Prozent aller Fälle zutraf).

Der Begriff „unnötig“ bedarf einer Definition

Vor dem Hintergrund dieser Limitationen wurden verschiedene Aspekte deutlich. Zum einen zeigen die Interviews, dass der Begriff „unnötige Krankenhauszuweisung“ im Gespräch mit Pflegekräften zunächst einer Definition bedarf. Diese beachten – wie oben beschrieben – neben den primären Einweisungsgründen auch eine Reihe sekundärer Aspekte, die wir als Umgebungsfaktoren einer Krankenhauszuweisung bezeichnet haben. Einweisungen, die erfolgen, weil man sich beispielsweise „rechtlich absichern“ möchte, mögen zwar aus Sicht der Bewohnenden oder einer interessierten Öffentlichkeit als potenziell unnötig erscheinen, nicht jedoch aus Sicht der Pflegenden, für die haftungsrechtliche Implikationen ein realer Teil ihres Arbeitsalltags sind. Dies betrifft allerdings weniger die einzelnen Pflegenden als vielmehr die gesamte Einrichtung.²⁵ So wurde beispielsweise berichtet, dass nach einem Krankenhausaufenthalt von Bewohnenden einer Pflegeeinrichtung regelhaft Anfragen durch die jeweilige Krankenkasse gestellt werden mit dem Ziel, dem Pflegeheim ein Fehlverhalten nachweisen zu können und so die Krankenhauskosten ganz oder teilweise an die verantwortliche Einrichtung weiterzugeben.

„Die [Krankenkassen, KW] möchten natürlich immer gucken, ob wir in irgendeiner Form fahrlässig gehandelt haben, ob wir den Sturz hätten verhindern können, ich bleib noch mal bei dem Thema Sturz wohlgeemerkt, hm, ... und das eigentlich bei fast jedem Sturz kriegen wir ein Schreiben, [...].“ (R5)

Vor diesem Hintergrund lässt sich – insbesondere bei dem häufigen Einweisungsgrund Sturz – nachvollziehen, warum zum einen Pflegekräfte im Zweifel eine Krankenhauszuweisung veranlassen (*„... Weil wir sind lieber ... einmal die Nummer sicher, anstatt ... ne? einmal zu viel als zu wenig“, R7*) und warum zum anderen manche Pflegedienstleitungen dies auch konsequent von ihren Mitarbeitenden verlangen.

Haftungsrechtliche Implikationen bestimmen das Handeln

Konflikte entstehen den übereinstimmenden Berichten aller Befragten nach beispielsweise dann, wenn Rettungs- oder Notfallsanitäter:innen Bewohnende für den Transport ins Krankenhaus übernehmen sollen. Die Sanitäter:innen können eine akute Gefährdung für die betroffene Person häufig nicht erkennen und weigern sich, den Transport durchzuführen [vgl. auch 16] (*„... da*

²⁵ Obwohl die befragten Pflegekräfte im Falle einer Fehlentscheidung persönliche Konsequenzen fürchten, konnte niemand von den Befragten von einem konkreten Beispiel berichten, in dem dies auch der Fall war. Auch die Vorgesetzten gaben an, dass im Zweifel zwar das Gespräch mit den betroffenen Pflegekräften gesucht würde, dass aber – solange kein absichtsvolles Handeln unterstellt und nachgewiesen werden kann – es zu keinen nennenswerten Folgen für den Einzelnen kommt.

„Wenn ein, blödes Beispiel, einer meiner Mitarbeiter einen Bewohner schubst und der prallt mit dem Kopf gegen die Wand und hat da irgendwie ne riesige Beule, dann sind wir im Bereich der Körperverletzung und da gibt es nichts zu diskutieren, dann (unv.) das Haftungsrecht. So was kommt aber nicht vor! [...] Sollte es zu Sturzereignissen kommen, wo vielleicht die ... die Pflegekraft nicht ganz mit unschuldig war, weil sie sich keine zweite Person geholt hat bei einem Bewohner, der im Bereich des Transfers recht schwierig ist, dann äh gibt es sicherlich auch Gespräche, aber der muss jetzt noch nicht um seinen Arbeitsplatz fürchten. Fehler passieren, Fehler dürfen gemacht werden, man sollte sie nur nicht wiederholen.“ (R5)

nehmen sogar die Krankentransportmenschen nicht mit, manchmal sind wir zu schnell und [...] rufen an, weil wir dann angewiesen sind hier wegen Versicherung, also wenn jemand stürzt zum Beispiel, ... hatten wir jetzt ... ein Problem.“ R8). Die Entscheidung – und somit auch die Verantwortung für diese Entscheidung – wird somit an eine andere Berufsgruppe weitergegeben. (*„... aber ... ich mach das so wenn derjenige oder diejenige die nicht mitnimmt, würde ich das gern schriftlich haben. Die ha'm ja so'n Bogen und den sollen sie mit Namen unterschreiben, damit ICH auf der sicheren Seite bin.“ R7).*

Neben dem häufig thematisierten „Sturz“ ist ein weiteres Problem in den Augen der befragten Pflegekräfte fast ebenso drängend. Fast alle berichten darüber, dass gerade Männer zur Katheterisierung sehr häufig ins Krankenhaus gefahren werden müssen. (*„Aber bei den Männern ist eh ... wenn Katheter verstopft, gehts ins Krankenhaus. Zu jeder Tages- und Nachtzeit. So und das ist tatsächlich etwas ... was tatsächlich unnötig wäre.“, R2)* Dabei variieren die genannten Gründe für diese Krankenhauszuweisungen. Während einige der Befragten sagen, sie hätten im Rahmen ihrer Ausbildung die Katheterisierung von Männern nicht gelernt, geben andere an, sie fühlen sich unsicher und führen diese spezielle pflegerische Maßnahme deshalb nicht durch. Wieder andere konstatieren, dass es in ihrer Einrichtung den Pflegekräften schlicht untersagt sei, Männer zu katheterisieren.

Insgesamt geben die Interviews Hinweise darauf, dass Pflegekräfte in Einrichtungen der stationären Altenpflege im Kontext ungeplanter Krankenhauszuweisungen viele Umgebungsfaktoren berücksichtigen (müssen). Sowohl den Anweisungen der Vorgesetzten als auch den geschriebenen oder ungeschriebenen Regeln im Haus muss Folge geleistet werden. Die Wünsche der Angehörigen werden nach Möglichkeit antizipiert und berücksichtigt. Weder die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärztinnen, Rettungssanitätern oder dem kassenärztlichen Notdienst gestaltet sich nach Meinung der Befragten auf Augenhöhe. Ausbildung, Fachlichkeit und Erfahrung spielen eine große Rolle, wenn es darum geht, sichere Entscheidungen zu treffen und zu verantworten. In allem und mit allem müssen mögliche haftungsrechtliche Implikationen mitgedacht werden – häufig genug scheinen diese das Verhalten der befragten Pflegekräfte dergestalt zu bestimmen, dass nicht fachliche Erwägungen, sondern der Wunsch nach rechtlicher Absicherung eine Krankenhauszuweisung maßgeblich bedingt.

Entsprechend schätzen die Pflegekräfte ihre Handlungsoptionen unterschiedlich ein, abhängig von den vor Ort kommunizierten Rahmenbedingungen und (ungeschriebenen) Regeln. Erfahrene Pflegekräfte schätzen ihren eigenen Entscheidungsspielraum größer ein als jenen noch unerfahrener Kolleg:innen.

Fast alle Befragten sind der Ansicht, dass sie über das erforderliche Skillset verfügen, um in Krisenhaften zu können (mit der Ausnahme der oben beschriebenen Katheterisierung bei Männern) – die Definition einer angemessenen Reaktion variiert dabei allerdings erheblich. Um die Situation zu verbessern, wurden Wünsche nach heimärztlicher Versorgung, besserer Personalausstattung und gezielten Schulungen bzw. einer spezifischeren Ausbildung geäußert.

7.2 Expert:inneninterview

Um die Ergebnisse der Einzel- und Gruppeninterviews reflektieren und einordnen zu können, wurde ein Expert:inneninterview mit zwei Personen aus der übergeordneten Leitungsebene von P&W geführt. Das Interview diene somit zur Daten- und Methodentriangulation. Hierbei handelt es sich um eine Strategie, „die Validität von Feldforschungen zu maximieren“ (Denzin 1978 nach Flick 2019).

Ob ein leitfadengestütztes Interview (mit Expert:innen) mit anderen leitfadengestützten Interviews (mit Mitarbeitenden des Unternehmens) trianguliert werden kann, soll im vorliegenden Fall aus folgendem Grund bejaht werden: Während die Mitarbeitenden mit Fragen zu ihrem Arbeitsalltag, der Situation rund um ungeplante Krankenhauszuweisungen und ihrer Haltung in diesen Situationen konfrontiert wurden, wird die Expertin gebeten, einige der ermittelten Kategorien zu kommentieren bzw. zu erläutern, also gewissermaßen auf einer Metaebene die gewonnenen Erkenntnisse vor dem Hintergrund der Unternehmenspolicy einzuordnen. Grundsätzlich gilt, dass Personen oder Gruppen von Personen ihren jeweils eigenen Zugang zu der von ihnen erfahrenen Wirklichkeit haben (vgl. evtl. Artikel Ethnomethodologie) und dass es nicht Aufgabe der Expert:innen ist, die Aussagen der Pflegekräfte für richtig oder falsch zu erklären. Allerdings können sie – in ihrer Rolle als Expert:innen – einen Blick auf „offizielle“ Sichtweisen und Firmenpolitiken gewähren, der es ermöglicht, die Äußerungen der Mitarbeitenden in einem Gesamtkontext zu betrachten. Es geht darum, „Theorien und Methoden vorsichtig und zielbewusst in der Absicht zu kombinieren, [der] Analyse mehr Breite und Tiefe zu verleihen, aber nicht mit dem Ziel, objektive‘ Wahrheit anzustreben“ (Fielding & Fielding 1986 nach Flick 2019).²⁶

Im konkreten Fall haben die interviewten Pflegekräfte von diversen Rahmenbedingungen und Umgebungsfaktoren berichtet, die dazu führen, dass Entscheidungen pro und contra ungeplanter Krankenhauszuweisungen nicht immer nur auf fachlicher Grundlage, sondern auch unter Berücksichtigung eben dieser Umgebungsfaktoren getroffen werden. Die Validierung mittels Triangulation dient dazu, zu erfragen, inwieweit diese Rahmenbedingungen und Umgebungsfaktoren der Geschäftsführung bekannt sind und inwiefern sie Teil der Unternehmenspolitik sind oder ob es sich eher um unerwünschte „Störfaktoren“ handelt. Dadurch wird auch deutlicher, ob Veränderungen im Unternehmen erwünscht und möglich sind bzw. auf welcher Ebene sie eingeleitet werden müssten.

7.2.1 Methodik

Das Expert:inneninterview wurde entlang eines Interviewleitfadens geführt, dessen Inhalte den Diskussionsteilnehmenden auf ihren Wunsch bereits vorab übersandt wurde. Dabei wurden im Wesentlichen die im Rahmen der Einzel- und Gruppeninterviews generierten Ergebnisse noch

²⁶ In diesem Sinne dient auch die Analyse der Verlegungsdokumente (vgl. Kap. 6.3) der Validierung im Sinne der Möglichkeit, ein tieferes Verständnis für den Gegenstand ungeplanter Krankenhauszuweisungen zu gewinnen. Hierbei handelt es sich um die Kombination eines reaktiven Verfahrens (Forschende ist selbst Teil der Untersuchungssituation) mit einem nicht-reaktiven Verfahren (Nutzung von nicht für die Forschung erstellten Daten) (Flick 2019).

einmal aufgegriffen: Die (für die Pflegekräfte omnipräsenten) haftungsrechtlichen Konsequenzen, die hohe Anzahl von Einweisungen aufgrund von Katheterisierungen, der Entscheidungsspielraum von Pflegekräften im Kontext krisenhafter Situationen sowie die Rolle der Führungskräfte. Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang 14.

Das Gespräch wurde mit beiden Expert:innen gemeinsam in den Räumen von P&W geführt und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte in einem gemischt deduktiv-induktiven Verfahren mithilfe der Analysesoftware MAXQDA.

7.2.2 Ergebnisse

Das Thema ungeplanter Krankenhauszuweisungen sowie die oben beschriebenen konkreten Fragestellungen wurde unter unterschiedlichen Aspekten besprochen. Im Folgenden werden die verschiedenen ermittelten Kategorien jeweils skizziert.

Auch die Expert:innen bewerteten die **Zusammenarbeit mit den Angehörigen** als nicht immer unproblematisch. Zum einen wird darauf verwiesen, dass es sinnvoll ist, Angehörige und/oder Betreuer:innen frühzeitig in einen möglichen Zuweisungsprozess miteinzubeziehen. Angehörige können dabei gegensätzliche Rollen einnehmen: Eine Krankenhauszuweisung zu forcieren oder aber dagegen zu votieren. Grundsätzlich weisen die Expert:innen darauf hin, dass die Entscheidung für oder gegen eine Krankenhauszuweisung im Zweifel nicht von den Angehörigen, sondern von den Pflegekräften getroffen wird.

„Und kann der Bewohner nicht mehr befragt werden, solche Fälle gibt es ja auch, und es steht der Angehörige daneben und sagt, es erfolgt keine Einweisung, dann trifft trotzdem die Fachkraft die Entscheidung. Und nicht der Angehörige.“

Die **Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten** wird – analog zu dem, was auch die Pflegekräfte beschrieben haben – als gelegentlich herausfordernd beschrieben.

„Naja, sehr oft ist das so dass die Rettungssanitäter glauben, sie können die Fachentscheidung treffen, ob jemand jetzt ärztlich behandelt werden muss oder nicht und unsere Mitarbeiter verlangen in den Fällen auf jeden Fall, dass die Leute mitgenommen werden. Weil ein Sanitäter ist nach meiner Kenntnis nicht dazu befugt, zu entscheiden, ob derjenige jetzt ins Krankenhaus geschickt werden muss oder nicht, weil letztendlich wurde eine Notfalleinweisung angefordert, und die muss durchgeführt werden.“

Auch die **Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt:innen** wird thematisiert. Dabei wird zunächst konstatiert, dass diese nicht immer erreichbar sind („*dafür haben Hausärzte manchmal gediegene Öffnungszeiten*“). Insbesondere Urologiepraxen spielen auch im Kontext der Katheterisierung bei Männern eine Rolle. Es wird die Vermutung geäußert, dass die in Kooperationsverträgen festgeschriebene Vergütung „*die Ärzte in die Einrichtung*“ lockt, so dass allein aufgrund dieser Tatsache

Katheter insbesondere bei männlichen Bewohnern nur selten vom Pflegepersonal gelegt werden (und somit die Übung fehlt).

In diesem Zusammenhang werden auch die **Befugnisse** diskutiert, die Pflegekräfte haben. Das betrifft u.a. das bereits oben erwähnte Beispiel der Katheterisierung von Männern. Während etliche der Pflegekräfte im Interview geäußert haben, eine solche Katheterisierung nicht durchführen zu dürfen, wird im Expert:inneninterview konstatiert, dass es ein solches generelles Verbot oder einen entsprechenden Pflegestandard nicht gibt.

„Ich wüsste nicht, dass wir irgendeinen Prozess beschrieben haben, dass das eine nicht darf – traut sich jemand das nicht zu, hat er's nicht zu tun, ...“

In einem übergeordneten Kontext sehen die Expert:innen allerdings durchaus das Problem eines kleiner werdenden Entscheidungsrahmens für Pflegekräfte aufgrund begrenzter Befugnisse.

„... ich glaube einfach wir sind an einem Punkt, wo Pflegekräfte keinerlei Entscheidungsbefugnis mehr haben. Ob sie – ja, das was verordnet ist, das was man von dem Bewohner kennt, darf entschieden wenn, wenn ein Arzt dafür sein Kürzel hingehalten hat – hat er das nicht getan und ich hab hier eine ungeklärte Situation, bin ich im Zugzwang.“

Es wird klar konstatiert, dass die Pflegekräfte *„nicht die Befugnis haben [...], zu entscheiden, ob es einer ärztlichen Intervention bedarf oder nicht.“*

Entsprechend eng mit den Befugnissen verknüpft ist der **Entscheidungsspielraum**, innerhalb dessen Pflegekräfte agieren können. Dieser Entscheidungsspielraum wird zum einen durch andere Berufsgruppen in Frage gestellt (*„Wieso haben Sie so entschieden?“*), zum anderen ist es häufig die Angst vor Fehleinschätzungen und der Unwägbarkeit möglicher Folgen, die zum Handeln zwingt.

„... es passiert halt immer wieder, wenn eben die Entscheidung getroffen wird, das ist jetzt kein Notfall, [...] oder es ist JETZT kein Notfall, derjenige geht raus, und es ist in 20 Minuten aber ein Notfall und das passiert auch und da sind die Mitarbeiter einfach deutlich sensibler und sagen ganz klar, die Situation ist nicht abschätzbar und deswegen weise ich ein.“

In diesem Zusammenhang spielen die **haftungsrechtlichen Implikationen** eine große Rolle. Zum einen machen die Expert:innen deutlich, dass eine Krankenhauszuweisung im Rahmen einer ungeklärten krisenhaften Situation immer eine Entscheidung *„FÜR den Bewohner“* ist und somit auch von der Geschäftsleitung und der Leitung des QM befürwortet wird. Wenn es zu keiner Krankenhauszuweisung kommt und es stellt sich im Nachhinein heraus, dass diese Entscheidung falsch war, beginnen eine ganze Reihe von Problemen.

„... und wenn sie's nicht tun, [...], dann haben sie eben Angehörige im Nacken, sie haben Ärzte im Nacken, sie haben das Krankenhaus im Nacken,

sie haben letztendlich dann vor Ort in dem Sinne auch Vorgesetzte im Nacken, ...“

Gleichzeitig betonen die Expert:innen, dass sich nicht jedes krisenhafte Ereignis, beispielsweise ein Sturz, vermeiden lässt. Sie beklagen, dass seitens der Krankenkassen regelhaft bei jedem Sturzereignis nach einem möglichen Versäumnis der Pflegeeinrichtung gesucht wird und beschreiben in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Pflegedokumentation. In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass viele Pflegeeinrichtungen im Rahmen einer Versicherungsleistung eine Teilsplittung der Kosten von vornherein einkalkulieren. Eine solche Teilsplittung sei bei P&W nicht vorgesehen, sondern im Schadensfall erfolgt eine Rückmeldung an die jeweilige Krankenkasse *„und dann läuft es in der Regel ins Leere“*.

Haftungsrechtliche Implikationen für den einzelnen Mitarbeiter bzw. die einzelne Mitarbeiterin gibt es hingegen – nicht zuletzt aufgrund der Personalknappheit – kaum.

„... klar kommt der Vorgesetzte mal "ich brauch die Dokumentation, ich brauch das und ich brauch jenes", aber wir sind gar nicht in der Situation, dass wir jemandem Vorhaltungen machen können, dann ist der weg. Und dann haben wir diesen Mitarbeiter nicht mehr.“

Die **Rolle der Leitungskräfte** bewerten die Expert:innen als durchaus relevant, gerade im Kontext der Befugnisse, die Pflegekräfte in der jeweiligen Einrichtung haben. Dabei werden hausinterne Entscheidungen beispielsweise gegen eine Katheterisierung von Männern dahingehend bewertet, dass so Mitarbeiter:innen und Bewohnende geschützt werden sollen.

Ressourcen wie beispielsweise Material – beispielsweise zur Katheterisierung – können gelegentlich fehlen, da diese nur über ein ärztliches Rezept für den jeweiligen Bewohner bzw. die jeweilige Bewohnerin zur Verfügung gestellt werden können. Aber auch personale Ressourcen wie die Fähigkeit, ein Tracheostoma zu versorgen oder mit einem Portzugang zu arbeiten sind nicht in allen Häusern gegeben, im Zweifel wird *„ein neuer Heimplatz gesucht“*.

7.2.3 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Expert:innen, die beide der Leitungsebene von P&W angehören, viele der Aussagen, die von den Mitarbeitenden in den einzelnen Häusern getroffen wurden, bestätigen. Dazu gehören die nicht immer unbeschwerte Interaktion mit den Angehörigen, eine offensichtliche Unzufriedenheit mit der Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzt:innen im Kontext krisenhafter Situationen sowie die Konflikte mit den Rettungssanitätern und Notfallsanitäter:innen, die nicht immer geneigt sind, die Bewohnende – wie gewünscht – ins Krankenhaus zu transportieren. Ob diese überhaupt befugt sind, eine Entscheidung für oder gegen einen Transport zu treffen, wurde kontrovers diskutiert, es wurde auch eine gewisse Unklarheit bezüglich der Ausbildungsinhalte dieser Berufsgruppen deutlich. Auch diese Unklarheit, diese Zusammenarbeit und Interaktion betreffend, spiegelt sich in diversen Aussagen der Pflegekräfte.

Die limitierten Befugnisse der Pflegekräfte stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Entscheidungsspielraum, innerhalb dessen agiert werden muss. Dabei werden die formalen Grenzen der Handlungsmöglichkeiten deutlich – was nicht ärztlich verordnet ist, darf auch nicht gemacht werden – sowie gleichzeitig die inhärente Furcht vor Fehlentscheidungen und den daraus resultierenden Folgen.

Insbesondere die Angst, dass es aufgrund fehlerhafter Entscheidungen zu haftungsrechtlichen Implikationen kommt, wird aufgegriffen und bestätigt. Dabei machen die Expert:innen deutlich, dass die Implikationen in aller Regel die betroffene Pflegeeinrichtung betreffen, nicht die einzelne Pflegefachkraft. Die Expert:innen befürworten in diesem Kontext eindeutig eine „vorsorgliche“ Krankenhauszuweisung, um mögliche spätere Komplikationen zu vermeiden. Diese (aufgrund der Gegebenheiten nachvollziehbare) Haltung an der Spitze des Unternehmens macht deutlich, warum auch die jeweiligen Häuser ihre Mitarbeitenden – teilweise explizit – anweisen, in krisenhaften Situationen wie beispielsweise nach einem Sturz immer eine Krankenhauszuweisung anzustreben.

Die Rolle der Leitungskräfte besteht nach Ansicht der Expert:innen auch folgerichtig weniger aus einem Empowerment der einzelnen Mitarbeitenden als eher darin, diese und auch die Bewohner und Bewohnerinnen vor den (rechtlichen) Folgen einer Fehlentscheidung (in der Regel gleichzusetzen mit einer Nicht-Zuweisung) zu schützen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Fehlentscheidungen häufig zu Regressforderungen an die betroffene Einrichtung führen, sie haben allerdings selten Konsequenzen für die jeweilige Pflegekraft, die die Entscheidung gegen eine Krankenhauszuweisung zu verantworten hat. Es wird deutlich, dass es für die Pflegeeinrichtungen in der momentanen Situation akuten Personalmangels vorrangig ist, das bestehende Personal zu halten.

7.3 Fokusgruppe mit akademisierten Pflegenden

Zur Erhebung der Ist-Situation wurden – neben leitfadengestützten Gesprächen, vgl. Kap. 7.1 – Fokusgruppen mit (ehemaligen) Altenpflegestudierenden geplant. Ergänzend sollten diese Gespräche dazu dienen, die Situation rund um Notfalleinweisungen auch aus der Perspektive der akademisierten Pflege zu diskutieren. Als Teilnehmende sollten (ehemalige) Studierende des Departments Pflege & Management der HAW Hamburg rekrutiert werden.

Aufgrund der anhaltenden pandemischen Lage und nach wie vor nicht oder nur teilweise stattfindender Präsenzlehre erwies es sich als unmöglich, Studierende direkt anzusprechen, stattdessen wurde versucht, Teilnehmende per E-Mail oder durch Zuschaltung in online-Lehrveranstaltungen zu rekrutieren. Dieses Procedere war sehr aufwändig und zeitigte dennoch nicht die gewünschten Ergebnisse. Schlussendlich wurde ein Fokusgruppe mit nur zwei Teilnehmenden durchgeführt.

7.3.1 Methodik

Im Rahmen der Fokusgruppe sollte das zentrale Thema unter verschiedenen Aspekten diskutiert werden (vgl. Abb. 14) mit dem Ziel, das Selbstverständnis der Pflegenden (ihre „Rolle“ im Kontext



Abbildung 14: Methodik und Inhalt der Fokusgruppendifkussion (eigene Darstellung)

ungeplanter Krankenhauszuweisungen) offenzulegen. Methodisch sind Fokusgruppen so ausgerichtet, dass die Teilnehmenden im Rahmen des vorgegebenen Themas ihre eigenen Schwerpunkte im Gespräch entwickeln und setzen können, so dass schlussendlich die jeweiligen Relevanzsysteme und „milieutypischen Bewältigungsstrategien“ deutlich werden (Bohnsack 2021, S. 109ff). Wie oben beschrieben wurden die Teilnehmenden über E-Mail bzw. Online-Medien kontaktiert und ein Präsenztermin vereinbart.

Das Fokusgruppengespräch verlief entlang eines Interviewleitfadens, der Gesprächsimpulse setzen sollte, ohne – wie oben beschrieben – die sich frei entwickelnde Diskussion bzw. die subjektive Schwerpunktsetzung zu behindern. Dabei wurde nach den Erfahrungen der Teilnehmenden mit ungeplanten Krankenhauszuweisungen gefragt und um eine Einschätzung des Vermeidungspotenzials gebeten. Auch die Ergebnisse der bereits geführten Einzelinterviews wurden als Referenz mit in die Diskussion aufgenommen (vgl. Kap. 7.2) und schließlich nach der möglichen speziellen Rolle akademisierter Pflegekräfte im Kontext ungeplanter Krankenhauszuweisungen gefragt. Der Fragebogen findet sich in Anhang 15.

Das Fokusgruppengespräch wurde unter Beachtung der Datenschutzerfordernisse aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Auswertung erfolgte in einem gemischt induktiv-deduktiven Verfahren mittels MAXQDA (vgl. Kap. 7.2).

7.3.2 Ergebnisse

Die Fokusgruppe wurde mit zwei Teilnehmenden durchgeführt, die ein Pflegestudium bereits abgeschlossen hatten bzw. kurz vor dem Abschluss standen. Beide arbeiteten in stationären Pflegeeinrichtungen und waren mit der Thematik ungeplanter Krankenhauszuweisungen vertraut.

Die Analyse ergab eine Reihe von Kategorien, die in Abbildung 15 im Einzelnen vorgestellt werden.

Kategorien Fokusgruppengespräch



Abbildung 15: Kategorien Fokusgruppengespräch (eigene Darstellung)

Als **Primäre Gründe** für ungeplante Krankenhauszuweisungen werden in erster Linie Stürze beschrieben, darüber hinaus auch Ereignisse wie Verdacht auf Herzinfarkt oder Insult, Probleme mit Sonden (wie einer Magensonde) oder Verdacht auf Darmverschluss.

Als nicht ganz so offensichtliche oder auch **sekundäre Gründe** für ungeplante Krankenhauszuweisungen wird zum einen die Schwierigkeit, Fachärzt:innen im gegebenen Fall zu konsultieren, genannt. Darüber hinaus wird die fehlende Fachlichkeit der Pflegekräfte als Auslöser für potenziell vermeidbare Krankenhauszuweisungen betrachtet.

„Es ist ja so dass in der Altenpflege, also ich wie gesagt hab Krankenpflege gelernt und bin vor Jahren in die Altenpflege in leitender Position gewechselt und bin völlig überrascht worden, weil ich in meiner Selbstverständlichkeit aus der Krankenpflege das erwartet hab und gedacht hab "Mensch, dann wenn der Katheter weg ist, dann wird ein Neuer gelegt". Dann hat man mich erstmal völlig konsterniert angeguckt ...“

Auf die Frage nach **potenziell vermeidbaren Krankenhauszuweisungen** werden verschiedene Aspekte diskutiert. Zum einen wird dargelegt, dass es zu weniger Krankenhauszuweisungen käme,

wenn die Krankenhäuser die Verdachtsdiagnose bereits beim ersten Krankenhausbesuch gründlich abklären würden, was nach Auffassung der Befragten nicht immer geschieht.

„... und beim vierten Mal ist dann irgendwie die Dame endlich geröntgt worden und da hat man dann den großen Bruch festgestellt.“

Darüber hinaus werden das Legen transurethraler Katheter, fehlende Unterstützung durch Haus- und Fachärzt:innen, Beeinträchtigungen wie eine Obstipation sowie das fehlende Vertrauen der Angehörigen als Gründe für potenziell vermeidbare Krankenhauszuweisungen betrachtet.

„... andere banale Sachen sind, wenn [...] wir keine adäquate Unterstützung in der Medikation bei Verstopfung haben. Also das hört sich immer so ... das sind immer klassisch die, die freitags ins Krankenhaus kommen und im Krankenhaus dann der Darm entleert wird und am Montag sind sie dann wieder in der Pflegeeinrichtung. Also das würden wir [...] dem Krankenhaus ersparen wollen und dem Bewohner ersparen, aber uns sind die Hände gebunden, weil wir da keine Verordnung vom Hausarzt haben und dann fällt uns da gar nichts anderes mehr ein als den Bewohner ins Krankenhaus zu schicken, [...]“

Die **Entscheidungsspielräume**, innerhalb derer Pflegekräfte in Krisensituationen agieren können oder müssen, werden als zu gering angesehen. Das betrifft beispielsweise die situationsbedingte Gabe von Bedarfsmedikation. Grundsätzlich werden alle Pflegekräfte mit einer dreijährigen Ausbildung als kompetent betrachtet, eine Einschätzung hinsichtlich der Notwendigkeit einer Krankenhauszuweisung vorzunehmen, eine darüberhinausgehende akademische Qualifikation scheint keine unmittelbaren Vorteile in diesem Kontext zu versprechen. Entscheidend sind vielmehr Erfahrung und der Mut, zu eigenen Entscheidungen zu stehen.

Die Entscheidung für oder gegen eine ungeplante Krankenhauszuweisung wird vor dem Hintergrund einer Reihe von Umgebungsfaktoren getroffen. Zu diesen Faktoren gehören zunächst einmal die **geschriebenen und ungeschriebenen Gesetze**, die von den Pflegekräften beachtet werden müssen. In diesen Kontext findet beispielsweise die Katheterisierung bei Männern Erwähnung, von der die Befragten annehmen, dass sie außerhalb ihrer fachlichen Möglichkeiten liegt.

„... und der Urologe dann sagt "Nö das [Legen eines Katheters, KW] können Sie ja machen" und wir dann natürlich ganz klar sagen, „das können wir nicht und dürfen wir auch nicht“.

Ein anderer Punkt betrifft die Dokumentationspflicht, die sich zusammenfassen lässt in dem Diktum „alles was nicht geschrieben ist, ist auch nicht gemacht“. Die Befragten beschreiben den Druck, der mit dieser Ansage einhergeht.

„Das ist völlig egal, dass Frau M. gestriegelt, chic, zufrieden im Esszimmer sitzt und isst. Aber so lange Frau A. das nicht in einem 20-seitigen Essay geschrieben hat, was sie da alles gemacht hat, dass Frau M. glücklich da sitzt, ist das nichts von [...] passiert. Und das ist das Problem.“

Eine weitere Rolle im Kontext ungeplanter Krankenhauszuweisungen spielen die **Angehörigen**, die häufig als treibende Kraft hinter einer Einweisung gesehen werden und nach Auffassung der Teilnehmenden im Zweifel auch zu juristischen Mitteln greifen, um ihre Wünsche durchzusetzen.

„Wir haben [...] schon seit längerem Angehörige, die gefühlt das einfach besser wissen. Und ich habe momentan grade eine 15- seitige Beschwerde einer Angehörigen, die nicht nachvollziehen kann, warum wir ihre Mutti nicht ins Krankenhaus geschickt haben, weil sie gestürzt ist. [...] So [...] und dann wird einem aber vorgeworfen ... ob wir tatsächlich in der Lage seien so etwas zu entscheiden.“

Die Teilnehmenden thematisieren auch die **Zusammenarbeit mit Rettungs- und Fahrdiensten**. Dabei wird beklagt, dass es immer wieder dazu kommt, dass Rettungsdienste die Bewohnenden nicht mitnehmen wollen, weil sie die Lage als nicht dringend einschätzen.

Ein großer Teil des Fokusgruppengesprächs thematisiert die **Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten**. Dabei wird zunächst berichtet, dass es häufig schwierig erscheint, ärztliche Unterstützung in Krisensituationen zu erhalten. Ärzt:innen werden vereinzelt als abweisend erlebt, nicht alle sind bereit, zu Visiten regelhaft in die Einrichtung zu kommen, sondern entscheiden viel über das Telefon bzw. per Faxgerät. Ein weiteres Thema ist die Art der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen. Hier werden die Ärzte und Ärztinnen in Einzelfällen als unangemessen und arrogant erlebt, manche Pflegekräfte gleichzeitig als ängstlich und wenig selbstbewusst.

„... dann haben Sie einen Chirurgen, der Sie dann von oben herab anguckt und sagt: ‚wie können Sie das denn entscheiden? Sie sind doch nur Pflegefachkraft.‘“
„... dass wo ich so sehe, dass eh meine Mitarbeiter oder meine Mitarbeitenden dann immer Angst haben und sagen: ‚Ja aber Frau A., ich kann das jetzt doch nicht dem Arzt sagen.‘ Ich sag: ‚Ja wieso denn nicht? Wieso können Sie das denn nicht? Er ist Ihnen weisungsbefugt, aber er ist nicht Ihr direkter Vorgesetzter. Und WIR aus der Pflege, wir sind doch Profis bei den Bewohnern.‘“

Die **haftungsrechtlichen Implikationen** spielen im Kontext der ungeplanten Krankenhauszuweisungen ebenfalls eine bedeutende Rolle. Dabei scheinen mögliche Probleme aus unterschiedlichen Richtungen zu kommen: Von klageführenden Angehörigen, der Pflegeaufsicht oder auch dem Medizinischen Dienst.

„...und dann wiederum kann ich auch verstehen, wenn dann aus versicherungstechnischen Gründen oder aus anderen Ängsten [eingewiesen wird, KW] und da finde ich die Angst vor dem ehm ... jetzt hätte ich fast gesagt Pflegegericht (lacht) aber [...] vor der [...] Pflegeaufsicht und vorm MDK das sitzt [tief].“

Die Fokusgruppenteilnehmenden berichten auch von den **Zuschreibungen**, die ihnen in ihrer Eigenschaft als Pflegekräfte von außen zuteilwerden bzw. die sie von außen wahrnehmen. Diese

empfinden sie als wenig wertschätzend, beginnend bei der in ihren Augen vorgenommenen Abstufung von Krankenpflegekräften zu Altenpflegekräften.

„Also überall ist ne dreijährige Ausbildung wow das ist ein bisschen viel wert, wenn wir aber in Richtung Gesundheitswesen kommen dann hören wir heute leider Gottes immer noch [...] diese Nebensätze, egal ob das von Angehörigen, von Ärzten ist, ach das, was du machst, das kann ich ja so nebenbei machen.“

In einem **Ausblick** wurden Überlegungen geteilt, mit welchen Maßnahmen sich potenziell unnötige ungeplante Krankenhauszuweisungen vermeiden ließen. Dazu gehören zum einen sehr pragmatische Ansätze wie die Kooperation mit einer Röntgenpraxis, um die Krankenhauszuweisungen nach Stürzen zu minimieren. Dazu gehören zum anderen nach Meinung der Teilnehmenden aber auch eine gute Ausbildung bzw. Studium, Aufwertung des Berufsstandes durch die generalisierte Ausbildung, mehr Entscheidungsfreiheit und Wertschätzung. Es wird der Wunsch geäußert, dass andere – und hier besonders die Ärzt:innen – das Fachwissen der Pflegekräfte respektieren und auf Augenhöhe kommunizieren. Insbesondere junge Pflegekräfte wollen sich weiterbilden und Verantwortung übernehmen, diese Bereitschaft gilt es zu fördern.

„Nein aber ich glaube [...] sie möchten wirklich auf Augenhöhe betrachtet werden. Also die möchten, dass der Arzt kommt, dass man gemeinsam in die Visite geht und dass man nicht hinterher tritt [...] wie irgendwie die Sekretärin ... und am besten noch: "Möchten Sie einen Kaffee haben vorher, Herr Doktor?" Ehm das ist einfach die Generation, ist viel [...] selbstständiger, viel viel selbstbewusster.“

7.3.3 Diskussion

Im Rahmen der Fokusgruppendifkussion wurde eine breite Bandbreite von Themen angesprochen. Viele der Ergebnisse finden sich in ähnlicher Form auch in den Einzelinterviews wieder, so zum Beispiel die Nennung von Stürzen und Problemen mit Dauerkathetern als häufige Einweisungsursachen, die oft als problematisch wahrgenommene Rolle der Angehörigen, die gelegentlich unbefriedigende interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere mit Ärzt:innen und Rettungsdienst sowie mögliche haftungsrechtliche Implikationen als treibende Kraft hinter einer Krankenhauszuweisung. Die Zahl potenziell vermeidbarer Krankenhauszuweisungen ist nach Ansicht der Befragten hoch („60 %“).

Darüber hinaus wurde von Seiten der Moderation das Thema der Akademisierung der Pflege in die Diskussion eingebracht. Diese kann in den Augen der Befragten einzelne positive Effekte zeitigen („oder ... in dem konkreten Fall jetzt man hat ja auch viele Module die über [...] den Umgang mit Angehörigen jetzt zum Beispiel ...handeln oder allgemein einfach über Kommunikation.“). Im Rahmen einer konkreten Entscheidungssituation wird ein abgeschlossenes Studium

nicht als Voraussetzung bewertet, hier wird die dreijährige Ausbildung als völlig ausreichend betrachtet und vielmehr dem Erfahrungswissen eine größere Bedeutung beigemessen.

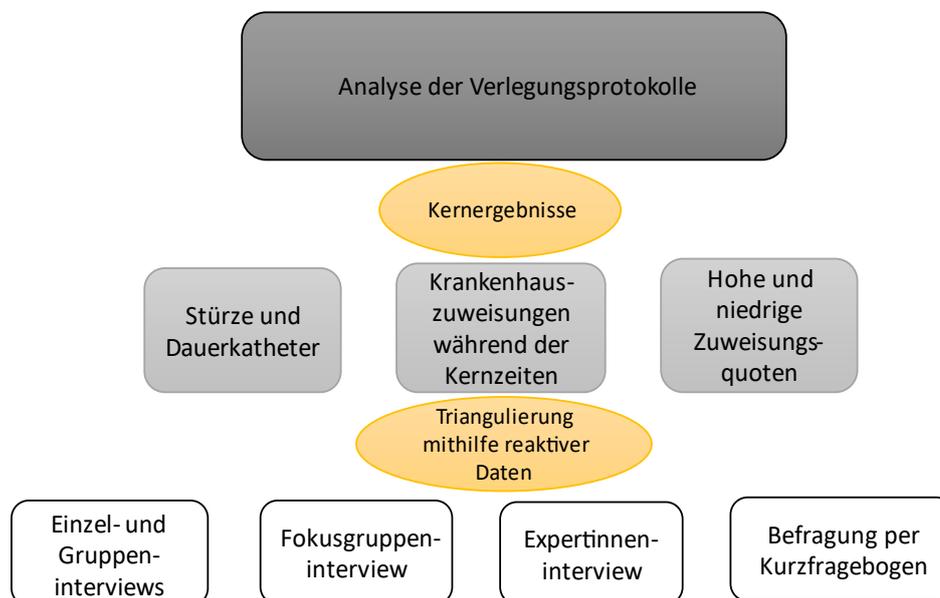
Gleichzeitig wird der Anspruch, als Pflegekraft mit Kenntnissen, Fachwissen und professionellem Standing wahrgenommen zu werden, an vielen Stellen deutlich und gilt nicht nur für die akademisierten Pflegekräfte. Insbesondere die Ärzte und Ärztinnen werden als unangemessen arrogant erlebt. (*„Und [von dem Modell der Gemeindeschwester, KW] sind wir ja immer weggegangen, dass jetzt nur noch diese Götter in Weiß über uns schweben und wenn die nicht irgendwas sagen, dann [...] stimmt ja alles, was ich als Krankenschwester sage, erst gar nicht.“*).

Ursächlich für viele potenziell unnötige Krankenhauszuweisungen sind demzufolge – neben teilweise fehlender Qualifikation, wie im Kontext der Katheterisierung bei Männern – hauptsächlich das als schwach eingestufte „Standing“ der Pflegekräfte und die Angst vor legalen Konsequenzen im Falle einer Fehlentscheidung.

8 Zusammenführung der Ergebnisse/Reflexion und Bewertung

Im Rahmen von „NoMi“ wurden eine Reihe quantitativer und qualitativer Daten generiert, aufbereitet und analysiert, die einen umfassenden Blick auf die Thematik potenziell unnötiger und somit vermeidbarer ungeplanter Krankenhauszuweisungen insbesondere aus pflegefachlicher Perspektive werfen. Somit können die Fragen nach der Häufigkeit von ungeplanten Krankenhauszuweisungen, den jeweiligen Zuweisungsgründen sowie den begleitenden Umständen mittels einer Triangulation aus mehreren Perspektiven betrachtet werden (Flick 2019).

Abbildung 16: Triangulation reaktiver und nicht-reaktiver Verfahren für Kernergebnisse im Projekt NoMi (eigene Darstellung)



Kernstück und Ausgangspunkt der Projektarbeit ist die Analyse der Dokumentationsdaten des Projektpartners P&W. Dabei handelt es sich um sogenannte laufende Akten, die geführt wurden, um „Verwaltungsroutinen zu dokumentieren“ (Wolff 2019). Bei diesen statistischen Daten handelt es sich um Routinedaten, die ursprünglich zu einem anderen Zweck als dem der vorliegenden Analyse gesammelt wurden. Sie sind authentisch und glaubwürdig – inwieweit sie auch repräsentativ für eine größere Gesamtheit sind, kann im vorliegenden Kontext nur vermutet werden.

Die Dokumentationsdaten für $n=4.638$ Einweisungen weisen mit dem Einweisungsgrund „nicht näher spezifizierte Symptomatik“ eine nicht unbedeutende „Black Box“ auf. Dieser Eintrag kann – so beschreiben es die dazu befragten Pflegedienstleitungen – alles bedeuten: Von einem Sturzereignis über einen Katheterwechsel bis hin zu Fieber oder undefinierten Schmerzen. Mit 35,3 Prozent macht diese Kategorie die größte Gruppe unter allen Zuweisungsgründen aus, gefolgt von Sturz und Dauerkathetern. Die fehlende Spezifizierung kann auf die äußeren Umstände einer

Krankenhauszuweisung verweisen: Zeitdruck im Kontext einer krisenhaften Situation, Sprachbarrieren, übergroße Routine. Garfinkel (nach Wolff 2019) verweist außerdem darauf, dass fehlende (oder unspezifische) Daten aus Sicht des pflegerischen Personals durchaus sinnvoll erscheinen können, dann nämlich, wenn „eine gewisse Vagheit der Darstellung“ dazu beiträgt, ein möglichst breites Fundament für mögliche notwendig werdende Rechtfertigungen zu schaffen. Es geht weniger darum, konkrete Abläufe zu dokumentieren als vielmehr den „Beleg für ein Vertragsverhältnis“ zu schaffen (ebd.).

Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse der Analyse der Dokumentationsdaten – trotz ihres dokumentarischen Charakters – eben keine genaue Darstellung des Geschehens in den untersuchten 12 Häusern beim Projektpartner. Dennoch geben sie klare Hinweise auf Häufigkeit und Gründe für ungeplante Krankenhauszuweisungen aus der Perspektive der betrachteten Pflegeeinrichtungen. Drei der zentralen Ergebnisse sollen im Folgenden zusammenfassend beleuchtet werden. Gleichzeitig wird überprüft, inwieweit sich diese Ergebnisse mithilfe der anderen, im Forschungsprozess angewandten Methoden bestätigen lassen bzw. inwiefern diese Methoden dazu dienen können, Erklärungsansätze zu generieren.

Stürze und Dauerkatheter

Der Annahme folgend, dass die Kategorie „Nicht näher spezifizierte Symptomatik“ in groben Zügen der Verteilung der übrigen Zuweisungsgründe folgt, kann konstatiert werden, dass ein Großteil aller ungeplanten Krankenhauszuweisungen auf Sturzereignisse oder Komplikationen mit Dauerkathetern²⁷ zurückzuführen ist. Bei der isolierten Betrachtung der 24-Stunden-Fälle wird dieser Zusammenhang noch deutlicher: Hier liegen die dokumentierten Fälle (also ohne auf die oben beschriebene „Black Box“ zurückzugreifen) bei 43 Prozent. Weitere Zuweisungsgründe verweisen auf eine gastrointestinale Symptomatik (Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation...), auf Herz-Kreislauf-Beschwerden, auf Wunden bzw. Hautveränderungen oder Verletzungen sowie auf Atemwegsbeschwerden. Alle weiteren, nur punktuell genannten, Zuweisungsgründe sind unter „Sonstiges“ subsummiert. Diese Befunde sind insofern interessant und bedeutsam für eine weitere Auseinandersetzung mit der Thematik ungeplanter und potenziell unnötiger Krankenhauszuweisungen, als dass die Gründe für eine solche Zuweisung im Rahmen anderer Projekte häufig über die Abrechnungsdiagnosen der Krankenhäuser ermittelt werden. Die Ergebnisse stellen sich dann aufgrund der Abrechnungslogiken sowohl der stationären als auch der ambulanten Krankenhausbehandlung anders dar (vgl. hier und im Folgenden auch Kap. 6.1).²⁸

Aus den Dokumenten wird nicht deutlich, warum gerade Sturzereignisse und Komplikationen mit Dauerkathetern so häufig zu Krankenhauszuweisungen führen. Die Triangulation mit den

²⁷ Insbesondere das Wechseln von Dauerkathetern bei Männern wird sehr häufig an ein Krankenhaus „delegiert“. Das spiegelt sich in der hohen Zahl von Männern, die mit dieser Kategorie zugewiesen werden, gemessen an dem Anteil von Männern an der Grundgesamtheit.

²⁸ So hat aktuell das mittlerweile abgeschlossene Innovationsfondsprojekt PSK ermittelt, dass die weit überwiegende Entlassdiagnose bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern eine Herzinsuffizienz ist (Bohnet-Joschko et al. 2021). Dieser Befund spiegelt sich *nicht* in der Analyse der pflegeheiminternen Verlegungsdaten, wo Herz-Kreislaufbeschwerden insgesamt nur 4,5 Prozent aller ungeplanten Krankenhauszuweisungen ausmachen.

Ergebnissen insbesondere der Einzel- und Gruppeninterviews bestätigt aber nicht nur dieses Ergebnis, sondern gibt auch Hinweise auf mögliche Gründe für diese auffälligen Häufungen.

Die befragten Pflegekräfte haben ohne Ausnahme die gleiche Rangliste aufgestellt („... ja ansonsten sind eben halt auch Einweisungen wie zum Beispiel mit dem Katheter und [...] mit den Stürzen, mit den Kontrollen, die dann zur Abklärung ins Krankenhaus müssen...“). Die Inhaltsanalyse der Interviews kann zeigen, dass nicht (nur) die gesundheitliche Verfassung der Bewohnenden eine Krankenhauszuweisung notwendig machen kann, sondern dass es eine Reihe von Umgebungsfaktoren gibt, die eine solche Zuweisung in den Augen der Befragten notwendig machen. Das wird sowohl durch die Fokusgruppe als auch durch das Expert:inneninterview bestätigt. Prominentester und offensichtlichster Grund ist die Furcht vor haftungsrechtlichen Implikationen im Falle einer Fehlentscheidung (bzw. einer Nicht-Zuweisung). Diese Furcht ist bezogen auf die Pflegeeinrichtungen per se keineswegs unberechtigt, die einzelnen Pflegekräfte hingegen haben aufgrund des weitverbreiteten Personalmangels und auch aus rechtlicher Sicht offensichtlich wenig zu befürchten (vgl. Kap. 7.2). Dennoch führt es dazu, dass Pflegekräfte in einer krisenhaften Situation eher entscheiden, Bewohnende in ein Krankenhaus einzuweisen, obwohl sie fachlich dazu in der Lage sind, z.B. ein Sturzgeschehen zu beurteilen oder einen gezogenen Katheter neu anzulegen. Einweisungen sind dann unnötig und potenziell vermeidbar, wenn Bewohnende nach Sturzereignissen ohne sichtbare Sturzfolgen zur Kontrolle einem Krankenhaus zugewiesen werden oder wenn Dauerkatheter (v.a. bei Männern²⁹) im Krankenhaus gelegt werden, auch wenn dies auch in der Pflegeeinrichtung möglich wäre.

Zuweisungen während der Kernarbeitszeiten

Ein weiterer Umstand im Kontext ungeplanter Krankenhauszuweisungen, der im Rahmen der Analyse der Dokumentationsdaten auffällt, ist die zeitliche Häufung von Krankenhauszuweisungen bei allen Einweisungen und 24-Stunden-Fällen nicht in den Nächten oder am Wochenende, sondern werktags zwischen 8:00 und 16:00 Uhr – mithin während der Kernöffnungszeiten der niedergelassenen kassen(fach)ärztlichen Praxen. Dieser Befund ist insofern überraschend, als dass angenommen werden könnte, dass fehlende Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der Ärzte und Ärztinnen wesentliche Faktoren dafür sind, dass Bewohnende in ein Krankenhaus verlegt werden. Die standardisierten Dokumente können nicht zeigen, warum es zu der offensichtlichen Häufung an Werktagen und in den Kernzeiten ärztlicher Erreichbarkeit kommt, ob die Arztpraxen überhaupt informiert werden oder ob die Krankenhauszuweisung auf (telefonische) Anweisung der Ärzte und Ärztinnen erfolgt³⁰. Die genannten Häufungen zeigen sich nicht bei einer isolierten Betrachtung von 24-Stunden-Fällen mit Grund „Katheter“ und „Sturz“. Da Einweisungen hier zu großen Teilen nachts und in den Morgenstunden stattfinden, kann entweder von dringenden und

²⁹ Grund hierfür ist die bei älteren und alten Männern oft vorliegende Prostatahyperplasie, die zu einer Verengung der Harnröhre führt. Unsachgemäße Katheterisierung kann somit vergleichsweise leicht zu Verletzungen führen.

³⁰ Hier könnten ggf. Analysen unter Hinzuziehung der individuellen Pflegedokumentation Hinweise liefern. Derartige Analysen sind allerdings nur mit einem erheblichen Zeitaufwand möglich, erfordern die aufwändige Klärung seitens des Datenschutzes und ggf. die Einwilligung der Betroffenen oder ihrer gesetzlichen Vertretungen.

eindeutigen Notfällen ausgegangen werden oder es spielen auch hier die im vorherigen Abschnitt genannten tageszeitunabhängigen haftungsrechtlichen Implikationen und Ressourcen zum Legen eines Dauerkatheters eine Rolle.

Die nicht unbedingt erwartbare Häufung der Einweisungszeiten während der Kernarbeitszeiten wird bestätigt durch die Ergebnisse der Befragung per Kurzfragebogen, die ebenfalls zeigt, dass die meisten Krankenhauszuweisungen werktags zwischen 8:00 Uhr morgens und 17:00 Uhr am Nachmittag stattfinden. Mögliche Gründe hierfür werden im Gruppeninterview deutlich. Die Teilnehmenden dieses Interviews berichten, dass sie angehalten sind, jede Änderung im Zustand der Bewohnenden an die zuständige Arztpraxis zu melden und dass diese sehr häufig nicht reagieren. (*„Die sind dann selber dann sprachlos und wissen gar nicht was die machen sollen. Die sind vom Pflegeheim überfordert. ...“*). Wenn aber keine ärztliche Diagnostik bzw. konkrete ärztliche Therapieanweisung verfügbar ist, fehlt den Pflegekräften häufig der Entscheidungsspielraum, wie auch im Rahmen des Expert:inneninterviews bestätigt wurde.³¹ Gehandelt werden darf nur, *„wenn ein Arzt dafür sein Kürzel hingehalten hat“*.³² Während der Kernarbeitszeiten können die Pflegekräfte das Vorgehen in krisenhaften Situationen stattdessen mit ihren Kolleg:innen und Vorgesetzten beraten, die in der Befragung per Kurzfragebogen auch als häufigste Beratungspartner:innen angegeben werden. Allerdings scheint diese Option aus diversen Gründen in vielen Fällen nicht umsetzbar bzw. ausreichend zu sein, um Krankenhauszuweisungen zu vermeiden.

Rolle der Leitungskräfte

Ein dritter Aspekt, der aus der Analyse der Dokumentationsdaten deutlich wird, ist die unterschiedliche Verteilung sowohl der ungeplanten Krankenhauszuweisungen als auch insbesondere der 24-Stunden-Fälle von Einrichtung zu Einrichtung. Bei acht der zwölf in die Analyse einbezogenen Pflegeeinrichtungen ist die Abweichung des prozentualen Anteils der Krankenhauszuweisungen zu dem prozentualen Anteil an der Gesamtzahl der Bewohnenden von P&W vergleichsweise gering. Bei zwei der Einrichtungen kann allerdings eine deutlich geringere Zuweisungshäufigkeit beobachtet werden, während zwei weitere einen deutlich überproportionalen Anteil an allen Krankenhauszuweisungen aufweisen. Diese Tendenz wird noch deutlicher, wenn man ausschließlich die 24-Stunden-Fälle betrachtet und verstärkt sich noch einmal, wenn man aus den 24-Stunden-Fällen die Zuweisungen aufgrund von Sturzereignissen und Komplikationen mit Dauerkathetern extrahiert. Diese Unterschiede in der Zahl ungeplanter Krankenhauszuweisungen ist frappierend. Auch hier findet sich in der Analyse der Verlegungsdokumentation keine schlüssige Erklärung.

Einen Hinweis auf die hier zugrundeliegende Dynamik geben die Einzel- und Gruppeninterviews: Es scheinen häufig die Leitungskräfte einer Einrichtung zu sein, die eine entscheidende Rolle im

³¹ Dort wurde den Pflegekräften sogar die Kompetenz abgesprochen, darüber zu entscheiden *„ob es einer ärztlichen Intervention bedarf oder nicht“*.

³² Im Rahmen der nicht in diese Analyse eingeflossenen Pretest-Interviews wurde beispielhaft angeführt, dass die Pflegekräfte ohne ärztliche Verordnung nicht einmal befugt seien, bei fiebrigen Bewohnende einen potenziell temperatursenkenden Wadenwickel anzulegen – somit etwas, was allgemein als „Hausmittel“ gilt.

Kontext der Krankenhauszuweisungen spielen. Sie geben die Regeln vor, anhand derer für oder gegen eine solche Zuweisung entschieden wird, sie können den Entscheidungsspielraum der Pflegekräfte größer und auch kleiner machen. Leitungskräfte können betonen, dass ärztliche Expertise – im Zweifel per Krankenhauszuweisung – in jeder krisenhaften Situation eingeholt werden muss (*„... es werden keine Experimente gestartet hier...“*) und dadurch nicht zuletzt auch die Unsicherheit von Pflegekräften fördern, sie können ihren Pflegekräften aber auch einen Spielraum zugestehen und ihnen ein Gefühl dafür geben, *„was sie sich [im Rahmen ihrer eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten] zutrauen und was sie sich zutrauen dürfen“*.³³ Diese unterschiedlichen Haltungen, die sich mithilfe der gewonnenen Daten gut den jeweiligen Einrichtungen zuordnen lassen, spiegeln sich sehr eindrucksvoll in den Zuweisungszahlen³⁴.

Die mithilfe der Analyse der Dokumentationsdaten gewonnenen Erkenntnisse konnten durch die Befragung per Kurzfragebogen sowie die diversen Interviews somit teilweise bestätigt werden, teilweise gelang es sogar, die Befunde einzuordnen und Erklärungsansätze zu formulieren. Diese können als Hypothesen für zukünftige Interventionen zugrunde liegen.

³³ Allerdings: Auch in Häusern mit niedriger Zuweisungsquote werden die Arztpraxen regelhaft informiert (*„...nichtsdestotrotz erhält der Arzt immer eine Information. Tag und Nacht. Also auch am Wochenende jagen wir dann Faxen raus.“*).

³⁴ Wobei hier keines Falles eine Bewertung des unterschiedlichen Verhaltens abgeleitet werden soll und kann. Auch hier wäre weitere Forschung notwendig, die sich insbesondere mit den strukturellen und konkreten personellen Verhältnissen inklusive beruflicher Kompetenzen, Erfahrungen und Haltungen befassen müsste.

9 Fazit und Ausblick

Ziel des Projektes „NoMi“ war es, die Ist-Situation hinsichtlich der Problematik ungeplanter und potenziell unnötiger Krankenhauszuweisungen aus Pflegeheimen und insbesondere die Rolle der professionell Pflegenden aus unterschiedlichen Perspektiven zu erheben. Durch die Kooperation mit dem Projektpartner P&W basiert die Studie auf Daten einer Stichprobe, die sich im Umfang deutlich von bisherigen Projekten abhebt. Mithilfe eines multimodalen Ansatzes konnte eindrücklich gezeigt werden, dass sich grundsätzlich ein großes Potenzial bietet, die Zahl der Krankenhauszuweisungen aus Pflegeheimen zu reduzieren. Es gibt Hinweise darauf, dass die Versorgung von Bewohnenden in vielen Fällen innerhalb der Pflegeeinrichtung durch Pflegekräfte erfolgen könnte.

Deutlich wurde, dass bei Pflegekräften eine Tendenz besteht, die Verantwortung in krisenhaften Situationen weiterzugeben, auch wenn sie ihrer eigenen Fachlichkeit entsprechend eigentlich dazu in der Lage sein sollten für oder gegen eine Einweisung zu entscheiden. Diverse Bedingungen im Handlungsalltag, in der beruflichen Sozialisation, in den strukturellen Voraussetzungen und der personellen Ausstattung, im (gelebten) Leitbild eines Hauses und weiteres mehr, stellen aus Sicht der Pflegekräfte jedoch nachvollziehbare Gründe dar, um weniger eigene Handlungsmöglichkeiten zu eruieren und somit die Notwendigkeit von Krankenhauszuweisungen nicht kritisch zu hinterfragen. Um an diesem Punkt anzusetzen, müsste ein Konzept entwickelt werden, das Pflegekräfte sowohl in ihrem professionellen Selbstverständnis als auch in ihrer fachlichen Kompetenz stärkt und sie dadurch dazu befähigt, in einer Notfallsituation zu entscheiden. Voraussetzung für das Ausfüllen eines erweiterten Handlungsspielraums ist die Stärkung der Wahrung ihrer Verantwortung und gleichzeitig das sichere Verfügen über ein notwendiges Skillset – möglichst in Verbindung mit der Chance, Rücksprache mit Fachkundigen zu halten bzw. in den Austausch mit diesen zu gehen. Die Erweiterung und Festigung fachlicher Kompetenzen kann über inhouse oder externe Schulungen erfolgen und möglichst durch fachkundige Begleitung in einer Phase des Trainings. Schulung als Intervention war z.B. bereits Teil des Projektes IVA und konnte nachweislich das Krankenhauszuweisungsverhalten positiv beeinflussen (Bienstein & Bohnet-Joschko 2015). Die inhaltlichen Themen sollten so ausgewählt werden, dass sie ein größtmögliches Potenzial zur Vermeidung von Krankenhauszuweisungen mit sich bringen. An dieser Stelle konnten mit „NoMi“ deutliche Schwerpunkte identifiziert werden, die vor allem die Bereiche Stürze und Sturzfolgen und Katheter (legen/wechseln) betreffen sowie die Krankenhauszuweisungen während der Kernarbeitszeiten kassen(fach)ärztlicher Praxen. In Anlehnung an Bienstein & Bohnet-Joschko 2015 könnte die Einrichtung eines „Behandlungszimmers“ innerhalb der Pflegeeinrichtung es Pflegekräften ermöglichen, medizinisch-pflegerische Eingriffe vor Ort mit einer entsprechenden Ausstattung unter sterilen Bedingungen durchzuführen. Dies würde auch der kassen(fach)ärztlichen Versorgung neue Optionen bieten, wenn bestimmte Prozeduren wie Nähte, Wundversorgung und Zahnextraktionen unmittelbar in den Pflegeheimen erbracht werden könnten. Für das Training im Kontext der Kathederproblematik könnten gezielte Skills-Lab-Trainings angeboten werden, um hier zunächst die entsprechenden Fertigkeiten zu erlernen und

anschließend zu verfestigen. Auch die Einrichtung eines Notfallpflegeteams kann sinnvoll sein, um die Fehlnutzung des Rettungsdienstes zu vermeiden – auf Basis der Studie von Bienstein & Bohnet-Joschko (2015) so auch empfohlen im Gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung des Sachverständigenrats Gesundheit (SVR 2018: 584).

Neben den Handlungsmöglichkeiten sollte das angesprochene zu entwickelnde Schulungskonzept auch die Schaffung eines nötigen Handlungsspielraums beinhalten. An dieser Stelle kommt den Führungskräften in Pflegeheimen eine besondere Rolle zu. Eine Motivation zur Kompetenzerweiterung kann nur dann geschaffen werden, wenn Pflegekräfte im Pflegealltag die Möglichkeit haben, diese auch anzuwenden. Der Führungsstil von Leitungspositionen hat maßgeblichen Einfluss darauf, inwieweit sich Mitarbeitende fachlich in der Lage bzw. in der Verantwortung sehen, in krisenhaften Situationen zu agieren, was durch die Projektergebnisse untermauert wird. Eine mögliche Folgeintervention sollte daher auch an dieser Stelle ansetzen. Das Leitungspersonal in Pflegeheimen könnte mithilfe von Schulungen gezielt dahingehend befähigt werden, ihre Mitarbeitenden in ihrer Rolle als professionell Pflegende zu empowern. Ein inhaltlicher Schwerpunkt sollte sich dem Thema der haftungsrechtlichen Problematik widmen. Obwohl juristisch gesehen die Sorge um persönliche Regressforderungen in der Regel unbegründet ist, scheint sie eine Handlungsbarriere im Pflegalltag darzustellen. Es scheint ein entsprechendes „Klima“ in Pflegeeinrichtungen vorzuherrschen, welches nicht zuletzt durch die jeweiligen Führungskräfte transportiert wird. Die Aufarbeitung des Themas könnte Führungskräfte sowohl im eigenen Umgang damit als auch in der Kommunikation mit ihren Pflegekräften stärken.

Die beschriebenen Schulungsmöglichkeiten für Pflegekräfte als auch für Führungskräfte in Pflegeeinrichtungen sind nicht als Einzelinterventionen, sondern vielmehr als Gesamtkonzept zu verstehen. Insbesondere die Schulung von Leitungspositionen hinsichtlich eines empowernden Führungsstils im Zusammenspiel mit einer Kompetenzerweiterung von Pflegekräften stellt ein vielversprechendes Konzept dar, das sich in bisherigen Projekten in dieser Form als Interventionsansatz nicht wiederfindet. Maßnahmen wie Schulungen des Pflegepersonals waren zwar bereits Teil anderer Projekte im Kontext der Vermeidung unnötiger Krankenhauszuweisungen, weisen inhaltlich allerdings eine andere Ausrichtung auf bzw. stehen isoliert für sich und nicht für den Gesamtkontext des Zusammenwirkens der Leitung und ihrer Mitarbeitenden. Dem Zusammenspiel mit der Schulung von Führungskräften sollte daher eine Schlüsselrolle zukommen. Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung für Pflegekräfte sind bereits vorhanden und von anderen Projekten ebenso als mögliche Erfolgsfaktoren beschrieben. Unabdingbare Voraussetzung ist die diesbezüglich motivierende Haltung der Führungskräfte sowie die Schaffung von entsprechend großen Handlungsräumen. Die Etablierung standardisierter Versorgungsabläufe sowie einheitlicher Dokumentationsinstrumente könnte dabei unterstützen. Ihr Einsatz sollte nicht nur von der Motivation der jeweiligen Führungskraft abhängig sein, sondern flächendeckend verbindlich im stationären Pflegealltag Anwendung finden. Damit wird eine personenunabhängige Qualitätssicherung unterstützt, was in Zeiten hoher Personalfluktuationen besonders wertvoll sein kann.

Die Erprobung des Konzeptes könnte zunächst in einzelnen Pflegeeinrichtungen erfolgen. Um nicht nur punktuelle Verbesserungen der Versorgungsqualität zu erreichen, sollte eine grundsätzliche Verankerung des eigenverantwortlichen fachlich fundierten Handelns von Pflegekräften angestrebt werden. Es muss in der Berufsgruppe der Pflegekräfte eine Abkehr davon stattfinden, die Verantwortung für die Versorgung von Bewohnenden abzugeben und stattdessen ihrem eigenen professionellem Selbstverständnis zu vertrauen und in diesem Vertrauen durch das (Leitungs-)team uneingeschränkt gestützt werden³⁵. Es braucht daher eine breite Anwendung des angesprochenen Konzeptes. Um dies zu erzielen, könnte das zu entwickelnde Schulungskonzept zum Beispiel in Weiterbildungsprogrammen für Leitungspositionen erprobt werden. So wäre nicht nur eine flächendeckende Sensibilisierung für das Thema, sondern eine ebenso nachhaltige Implementationsstruktur gegeben.

Wir hoffen, dass wir mit „NoMi“ einen wichtigen Beitrag zum Verständnis ungeplanter und potenziell vermeidbarer Krankenhauszuweisungen aus stationären Pflegeeinrichtungen leisten konnten. Als ein Baustein neben anderen, die in den letzten Jahren entwickelt wurden, wünschen wir uns, dass unsere Erkenntnisse dazu beitragen, Wege zu finden, um der Problematik nachhaltig und insbesondere zum Wohle der Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen, begegnen zu können.

³⁵ Konsequenter gelebt, könnte dies die Attraktivität des Pflegefachberufes steigern, insbesondere die Berufsausübung in der stationären Altenpflege, wenn Möglichkeiten zur Verantwortungsübernahme zumindest für die Pflegefachkräfte, die dazu grundsätzlich bereit wären, gegeben und gefördert werden.

10 Quellenverzeichnis

- Arendts G, Quine S & Howard K (2013): Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: a systematic review of qualitative research. *Geriatric Gerontological Int.* 13(4):825–33. DOI: 10.1111/ggi.12053
- Ashcraft AS & Champion J (2012): Nursing Home Resident Symptomatology Triggering Transfer: Avoiding Unnecessary Hospitalizations. *Nursing Research and Practice*. DOI: 10.11565/2012/495103
- Ashcraft AS & Owen DC (2014): From nursing home to acute care: signs, symptoms, and strategies used to prevent transfer. *Geriatric Nursing* 35(4):316–20. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2014.06.007
- Bienstein C & Bohnet-Joschko S (2015): Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim. Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsvorhaben. Abgerufen am 08.04.2022 unter: https://www.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/04_W/06_Lehrstuehle/Management_Innovation_Gesundheitswesen/08_Projekte/Archiv/iva-abschlussbericht.pdf
- Bienstein C & Bohnet-Joschko S (2016): Weniger Krankenhaus – mehr Lebensqualität. Wege zur Reduktion vermeidbarer Krankenhauszuweisungen. Vincentz Netwerk, Hannover
- Bleckwenn M, Bell L, Schnakenberg R, Weckbecker K & Klaschik M (2019): Ambulante Notfallversorgung von Pflegeheimbewohnern: Ein Status Quo aus pflegerischer Sicht. *Gesundheitswesen* 81: 486–491
- Bowers B, Roberts T, Nolet K & Ryther B (2016): Inside the Green House "Black Box": Opportunities for High-Quality Clinical Decision Making. *Health Services Research Suppl* 1: 318–97. DOI: 10.1111/1475-6773.12427.
- Bohnet-Joschko S, Valk-Draad M, Schulte T & Groene O (2021): Nursing home-sensitive conditions: Analysis of routine health insurance data and modified Delphi analysis of potentially avoidable hospitalizations. Abgerufen am 16.03.2022 unter: <https://f1000research.com/articles/10-1223>
- Bohnsack R (2021): Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Toronto
- Cohen J (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Lawrence Erlbaum, New Jersey
- De Souto Barreto P, Lapeyre-Mestre M, Vellas B & Rolland Y (2014): Multimorbidity type, hospitalizations and emergency department visits among nursing home residents: a preliminary study. *Journal of Nutrition and Health*, 18 (7)

Die Techniker (o.J.): Die TK in Hamburg. Abgerufen am 31.03.2022 unter:

<https://www.tk.de/presse/regional/tk-im-bundesland/die-tk-in-hamburg-2051864>

Döring N & Bortz J (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. Auflage). Springer: Berlin, Heidelberg

Fassmer AM, Pulst A, Spreckelsen O & Hoffmann F (2020a): Perspectives of general practitioners and nursing staff on acute hospital transfers of nursing home residents in Germany: results of two cross-sectional studies. *BMC Fam Pract.* 21(1):29. DOI: 10.1186/s12875-020-01108-x

Fassmer AM, Pulst A, Schmiemann G & Hoffmann F (2020b): Sex-Specific Differences in Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Results from the HOspitalizations and eMERgency De-
partment Visits of Nursing Home Residents (HOMERN) Project. *Int J Environ Res Public Health.* 17(11):3915. DOI: 10.3390/ijerph17113915

Flick U (2019): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick U, v. Kardorff E, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* Rowohlt, Reinbek

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (o.J. a): Homern – Hospitalisierung und Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Häufigkeit, Ursachen und Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Versorgung. Abgerufen am 19.04.2022 unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/homern-hospitalisierung-und-notaufnahmebesuche-von-pflegeheimbewohnern-haeufigkeit-ursachen-und-entwicklung-einer-intervention-zur-verbesserung-der-versorgung.54>

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (o.J. b): PSK – Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle. Abgerufen am 19.04.2022 unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psk-bedarfsgerechte-versorgung-von-pflegeheimbewohnern-durch-reduktion-pflegeheim-sensitiver-krankenhausfaelle.223>

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (o.J. c): Novelle – Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege. Abgerufen am 19.04.2022 unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/novelle-sektoreneuebergreifendes-integriertes-notfall-und-verfuegungsmanagement-fuer-die-letzte-lebensphase-in-stationaerer-langzeitpflege.260>

Graverholt B, Forsetlund L & Jamtvedt G (2014): Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Services Research* 14 (36). Abgerufen am 29.05.2019 unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906881/>

Greiner F, Slagman A, Stallmann C et al. (2020): Routinedaten aus Notaufnahmen: Unterschiedliche Dokumentationsanforderungen, Abrechnungsmodalitäten und Datenhalter bei identischem Ort der Leistungserbringung. *Gesundheitswesen* (82/S01). DOI: 10.1055/a-0996-8371

Hoffmann F & Glaeske G (2017): Analyse von Routinedaten. In: Pfaff H, Neugebauer EAM, Glaeske G & Schrappe M (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung, S. 122–127

Hofmann F & Allers K (2016): Age and sex differences in hospitalisation of nursing home residents: a systematic review. *BMJ Open* 6 e011912. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011912

Horenkamp-Sonntag D, Smith A, Riedel O, Thöne K, Schneider U, Möckel M & Slagman A (2022): Notfallbehandlung in GKV-Routinedaten: Identifikation von Notaufnahmen als Ort der Leistungserbringung in Abgrenzung zur ambulanten Vertragsarztpraxis. AGENS-Methoden-workshop 24. und 25. Februar 2022, Frankfurt a.M.

Hurrelmann K & Richter M (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. (S. 64) Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Kada O (2019): Vermeidbare Krankenhaustransporte aus Pflegeheimen. Problembeschreibung und Lösungsansätze. In: Stronegger WJ, Attems K (Hrsg) Das Lebensende zwischen Ökonomie und Ethik. 2. Goldegger Dialogforum Mensch und Endlichkeit. Nomos, Baden-Baden, S 175–184

Kuckartz U (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa, Weinheim & Basel

Laging B, Ford R, Bauer M & Nay R (2015): A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital. *J Adv Nurs*. 71(10):2224–36. DOI: 10.1111/jan.12652

Lamb G, Tappen R, Diaz S, Herndon L & Ouslander JG (2011): Avoidability of hospital transfers of nursing home residents: perspectives of frontline staff. *J Am Geriatr Soc*. 59(9):1665–72. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03556.x

Lemoyne S, Herbots H, De Blick D, Remmen R, Monsieurs K & Bogaert P (2019): Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: A systematic review. *BMC Geriatrics* 19:17

Leutgeb R, Berger S, Szecsenyi J & Laux G (2019): Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisations patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ Open* 9:e025269. DOI:10.1136/bmjopen-2018-025269

Lisk R, Yeong K, Nasim A, Baxter M, Mandal B, Nari R & Dhakam Z (2012): Geriatrician input into nursing homes reduces emergency hospital admissions. *Arch Gerontol Geriatr*. 55(2):331–7. DOI: 10.1016/j.archger.2011.10.014

Merbach M & Brähler E (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Klotz T & Haisch J (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 356–366). Bern: Hans Huber

Morphet J, Griffiths DL, Innes K, Crawford K, Crow S & Williams A (2014): Shortfalls in residents' transfer documentation: challenges for emergency department staff. *Australas Emerg Nurs J.* 17(3):98–105. DOI: 10.1016/j.aenj.2014.03.004. Epub 2014 May 16.

Ouslander J, Lamb G, Perloe, M, Givens J, Kluge L, Rutland T, Atherly A & Saliba D (2010): Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: Frequency, causes and costs. *JAGS* 58:627–635

Pflegen und Wohnen (o.J.): Pflegen und Wohnen Hamburg: Profil. Abgerufen am 21.03.2022 unter: <https://www.pflegenundwohnen.de/unternehmen/profil>

Pinter G, Likar R, Schippinger W, Janig H, Kada O & Cernic K (Hrsg.) (2013): *Geriatrische Notfallversorgung. Strategien und Konzepte.* Springer Verlag: Wien

Primc N, Rubeis G, Poeck J et al. (2021): Rettungsdienst im Pflegeheim – die Perspektive der Pflegefachkräfte stärken. *Notfall Rettungsmed* 24 (2): 105–106. DOI: 10.1007/s10049-021-00842-8

Pulst A, Fassmer AM & Schmiemann G (2019): Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: a systematic review of qualitative research. *BMC Geriatrics* 19 (1):155. DOI: 10.1186/s12877-019-1170-7

Renom-Guiteras A, Uhrenfeldt L, Meyer G & Mann E (2014): Assessment tools for determining appropriateness of admission to acute care of persons transferred from long-term care facilities: A systematic review. *BMC Geriatrics* 14 (80). DOI: 10.1186/1471-2318-14-80

Robert-Koch-Institut (RKI) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* (S. 406–430) Berlin: RKI

Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) (2018): *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018.* Abgerufen am 10.06.2022 unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

Schwabe S, Bleidorn J, Bretschneider C, Freihoff S, Günter A, Hasseler M, Schneider N & Poeck J (2020): „... ärztlich betrachtet ist das ein Bagatellfall“. Wahrnehmungsunterschiede zwischen Ärzt*innen und Pflegekräften auf Notfallszenarien in Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 97 (3). DOI: 10.3238/zfa.2021.0108-0113

Statista (2022): *Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Pflegeart im Zeitraum der Jahre von 2013 bis 2030.* Abgerufen am 18.03.2022 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/556688/umfrage/prognostizierte-anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-nach-pflegeart/>

Statistikamt Nord (2020): *Hamburger Stadtteil-Profile. Berichtsjahr 2020.* Abgerufen am 28.03.2022 unter: https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/Stadtteil-Profile_HH-BJ-2020.pdf

Statistikamt Nord (2021): Pflegestatistik Hamburg 2019. Hamburg: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Abgerufen am 18.03.2022 unter: https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistische_Berichte/arbeit_und_soziales/K_II_8_2j_H/K_II_8_2j19_HH.pdf

Sundmacher L, Schüttig W & Faisst C (2015): Ein konsentrierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Bericht Nr. 15/18

Swart E, Gothe H, Geyer S et al. (2015): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. Gesundheitswesen 77(02). DOI: 10.1055/s-0034-1396815

Wolf S (2019): Dokumenten- und Aktenanalyse. In Flick U, v. Kardorff E & Steinke I (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek

11 Anhang

Anhang 1: Übersicht der in die systematische Literaturrecherche eingeschlossenen Quellen

Kategorie	Titel	Autor	Jahr	Design
Einflussfaktoren in Entscheidungsprozess / Gründe für Transport	A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital	Bridget Laging, Rosemary Ford, Michael Bauer & Rhonda Nay	19/02/2015	Metaanalyse
	Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review	Sabine E Lemoyne, Hanne H. Herbots, Dennis De Blick, Roy Remmen, Koenaad G. Monsieurs, Peter Van Bogaert	2019	SR
	Avoidability of Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Perspectives of Frontline Staff	Gerri Lamb, Ruth Tappen, Sanya Diaz, Laurie Herndon, Joseph G. Ouslander	2011	
	Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: A systematic review of qualitative research	Glenn Arendts, Susan Quine, Kirsten Howard	2013	SR
	Perspectives of general practitioners and nursing staff on acute hospital transfers of nursing home residents in Germany	Alexander Maximilian Fassmer, Alexandra Pulst, Ove Spreckelsen, Falk Hoffmann	2020	Cross-sectional

Angemessenheit des Transports	Avoidability of Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Perspectives of Frontline Staff	Gerri Lamb, Ruth Tappen, Sanya Diaz, Laurie Herndon, Joseph G. Ouslander	2011	
	Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review	Sabine E Lemoyne, Hanne H. Herbots, Dennis De Blick, Roy Remmen, Koenaad G. Monsieurs, Peter Van Bogaert	2019	SR
Konsequenzen eines Transfers (für Pat.)	Sex-Specific Differences in Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Results from the HOspitalizations and eMERgency Department Visits of Nursing Home Residents (HOMERN) Project	Alexander Maximilian Fassmer, Alexandra Pulst, Guido Schmiemann, Falk Hoffmann	01/06/2020	
	Shortfalls in residents' transfer documentation: Challenges for emergency department staff	Julia Morphet, Debra L. Griffiths, Kelli Innes, Kimberley Crawford, Sally Crow, Allison Williams	2014	
Rolle der Familie im Entscheidungsprozess	Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: a systematic review of qualitative research	Alexandra Pulst, Alexander Maximilian Fassmer, Guido Schmiemann	2019	SR

Faktoren /Indikationen zur Verhinderung von Transporten	A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital	Bridget Laging, Rosemary Ford, Michael Bauer, Rhonda Nay	2015	Meta-Synthesis
	Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review	Sabine E Lemoyne, Hanne H. Herbots, Dennis De Blick, Roy Remmen, Konraad G. Monsieurs, Peter Van Bogaert	2019	SR
	From nursing home to acute care: Signs, symptoms, and strategies used to prevent transfer	Alyce S. Ashcraft, Donna C. Owen	2014	
	Geriatrician input into nursing homes reduces emergency hospital admissions	Radcliffe Lisk, Keefai Yeong, Ashraf Nasim, Mike Baxter, Bhaskar Mandal, Raad Nari, Zahid Dhakam	2012	
	Inside the Green House “Black Box”: Opportunities for High-Quality Clinical Decision Making	Barbara Bowers, Tonya Roberts, Kimberly Nolet, Brenda Ryther	02/2016	
	Paramedics’ Perspectives on the Hospital Transfers of Nursing Home Residents—A Qualitative Focus Group Study	Alexandra Pulst, Alexander Maximilian Fassmer, Falk Hoffmann, Guido Schmiemann	26/05/2020	Qualitative Focus Group Study

Anhang 2: Kurzfragebogen Krankenhauszuweisungen

Datum:

Uhrzeit:

Handelt es sich um eine geplante Einweisung?

Ja Nein Falls ja, was ist der Grund? _____

Wenn nein: Was gibt in der aktuellen Situation für Sie den Ausschlag, eine Notfalleinweisung zu veranlassen? (Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an, Mehrfachnennungen sind möglich.)

Der Zustand des Bewohners/der Bewohnerin

Der Wunsch des Bewohners/der Bewohnerin

Der Wunsch der Angehörigen

Mögliche juristische/rechtliche Konsequenzen, wenn der Rettungsdienst nicht gerufen wird

Anderes, nämlich: _____

Haben Sie sich vor dem Rufen des Rettungsdienstes in der aktuellen Einweisungssituation mit jemandem beratschlagt?

Ja Nein

Wenn ja, mit wem? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

Mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin

Mit einem Notarzt/einer Notärztin (beispielsweise kassenärztlicher Notdienst)

Mit Kolleginnen/Kollegen oder Vorgesetzten aus Ihrem oder einem anderen Team

Mit jemand anderem, nämlich: _____

Was könnte Ihnen helfen, den Bewohner/ die Bewohnerin im Pflegeheim behalten und betreuen zu können? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

Diagnostik und/oder Therapieanweisungen durch Arzt/Ärztin

Bessere Besetzung (Möglichkeit, nach dem Bewohner/der Bewohnerin zu schauen)

Kollegiales Fallgespräch und Beratung

Das Gefühl, rechtlich abgesichert zu sein

Anderes, nämlich: _____

Wie sicher sind Sie sich in der jetzigen Situation, die richtige Entscheidung (für eine Notfalleinweisung) zu treffen? (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

sehr unsicher eher unsicher ziemlich sicher sehr sicher

Anhang 3: Kategoriensystem „Einweisungsgründe“

Kategorie	Ausprägungen
Sturz ohne nähere Angaben	„Kontrolle nach Sturz“
Sturz ohne Angabe spezifischer sturzbedingter Beschwerden	Extremitäten frei beweglich, keine Schmerzen, keine sichtbaren Verletzungen, Vitalparameter im Normbereich
Sturz mit Angabe spezifischer sturzbedingter Beschwerden	Platzwunde, Blutung, sichtbare Verletzung, Bewusstlosigkeit, Schmerzen, Hämatom, Bewegungseinschränkung, Kopfschmerzen, anschließendes Erbrechen, Außenrotation Bein, Schwindel, Schmerzen nach nur vermutetem Sturz, Schwellung (z.B. Handgelenk), abgebrochener Zahn, Bewegungseinschränkungen, eingeschränkte Belastbarkeit (des Beines), Cut
Atemwegsbeschwerden	(V.a.) Pneumonie, Atembeschwerden, (V.a.) Aspirationspneumonie, Luftnot, Atemnot, Rasselgeräusche, „brodeln“, pfeifend, Luftnot bei freier Trachealkanüle, Atemaussetzer, Atemprobleme, Kurzatmigkeit, starker Husten, nach Luft ringen, Sauerstoffzufuhr erhöht, blutiges Trachealsekret, Dyspnoe, Asthmaanfall, pfeifende Atmung, Hyperventilation, (exazerbierte) COPD, $O_2 < 63\%$ bei bekannter COPD (4), niedrige Sauerstoffsättigung
Gastrointestinale Symptomatik	Diarrhoe, (hochfrequentes) Erbrechen, grün-schaumiges Erbrechen, V.a. (Sub-)Ileus, akutes Abdomen, Übelkeit, Verstopfung, Schluckstörung, Oberbauchkrämpfe, blutiger Stuhlgang, verhärteter Bauch, Schmerzen, Blutabgang bei gleichzeitigen Bauchschmerzen, „Blähbauch“, Rektumprolaps, Gastroenteritis/Kolitis, Sodbrennen, V.a. Blinddarmentzündung, kaffeesatzartiges Erbrechen, Blut erbrochen, Blut im Sputum, Leistenhernie
Stoffwechsellentgleisung/Diabetes	Hypoglykämie, BZ nicht messbar, Hyperglykämie, BZ-Entgleisung
Beschwerden des Urogenital-Systems	Vaginale Blutung, Veränderung Vulva, offene septische Wunde Brust (nach Brust-OP mit Imitation), Blutung im Genitalbereich, Gebärmuttervorfall, „Beschneidung“, Blutung aus Harnröhre, Abszess am Hoden mit Fieber und Schmerzen, plötzlich auftretende Inkontinenz, Urin tritt aus Bauchfistel, Harnleiterentzündung bei Nierenfistel, übelriechender Urin, Skrotum und Penis geschwollen und schmerzhaft, Eiter und Schleim aus Harnröhre, Harnwegsinfekt, geschwollenes Schambein bei Harnverhalt, V.a. Nierenversagen, geschwollene Vorhaut
Herz-Kreislaufbeschwerden	Lungenödem (bei bekannter Herzinsuffizienz), (dekompensierte) Herzinsuffizienz, Puls (hoch, niedrig, arrhythmisch), Symptomatik HI (Schmerzen Brust, li. Arm, Herzschmerzen), Blutdruck (Hypertonie, Hypotonie), V.a. Stentverschluss, Herzstillstand, Brustenge, Herzschwächeanfall, Arterieller

	Verschluss, Zehen werden blau, Fußpuls nicht fühlbar, (V.a.) Thrombose, starke Rötung Bein, Hb-Wert zu niedrig, Anämie
Bewusstseinslage	nicht dem Herz-Kreislaufsystem zuzuordnen: nicht (mehr) ansprechbar, Desorientierung, verschwommene Sprache, kollabiert, starke Unruhe, aufbrausend, synkopiert, blass, kaltschweißig, starkes Zittern, Pupillen nach oben gedreht, marmorierte Hände, Bewusstlosigkeit, schläft immer wieder ein
Neurologische Symptomatik	nach rechts/links geneigtes Gangbild, Wegsacken nach rechts/links, verwaschene Sprache, Arm taub, schiefer Mund, langsames Sprechen, V.a. Apoplex, Ausfallerscheinungen einer Körperhälfte, V. a. Parkinson, epileptischer Anfall
Psychische Auffälligkeiten	Eigen- und Fremdgefährdung, Aggressivität und Schreien, starke Unruhe, akute Verwirrtheit, Delir, Wesensveränderung, Gewalt gegen Pflegepersonal/ Mitbewohner, Halluzinationen, „Hinlauftendenz“, Ungehaltenheit, Suizidgedanken, Z. n. Suizidversuch
EZ-Verschlechterung, Veränderung des Essverhaltens, Schluckproblematik	Trinkt nicht, (akute) Schluckbeschwerden, wenig essen und trinken, Essen und Trinken wird abgelehnt (auch bei insulinpflichtigem Diabetiker), „hamstert Brot im Mund“, kritische Gewichtsentwicklung, Inappetenz, hustet oder spuckt Nahrung aus, (mit Suppe) verschluckt, bei Schlucktest verschluckt, danach Temperatur
Fieber	Erhöhte Temperatur, hohes Fieber und Schüttelfrost, Fieber, das nicht auf Medikamentengabe reagiert, schläfrig, Ohr nässt (Lymphflüssigkeit),
Schmerzen	Schmerzen im Rippenbereich, Schmerzen beim Hinsetzen, Rückenschmerzen, starke Schmerzen trotz BTM-Medikamente, Schmerzen und Schwellung Bein, Schmerzen und Schwellung im Handgelenk, Parotitis, TEP ausgekugelt
Wunden/ Hautveränderungen/ Verletzungen	Decubitus, V.a. Erysipel, Blutung bei Pergamenthaut, Abszess, gelbliche Verfärbung, nicht schließende Wunde, Blutungen im Mundbereich, Serom (Pseudozyste), Hautveränderungen an den Beinen, Ikterus, Nekrosen, Phlegmone, infizierte Wunde, Brandverletzung, V.a. Gürtelrose, Fraktur
Sonden (Magensonde, PEG, PEJ, Anus praeter/Stoma, Trachealkanüle ...) (Komplikationen oder Neuanlage)	Verstopft, schaut aus Anus heraus (?), Neuanlage Port, Blut aus Anus praeter, Trachealkanüle „draußen“,
Dauerkatheter (Komplikationen oder Neuanlage)	DK legen und wechseln, durch BW gezogen, Blutung, durch BW zerschnitten, Harnverhalt mit und ohne gleichzeitige Blutung, DK geblockt gezogen, V.a. dislozierter DK, nach mehrmaligem DK-Wechsel kein Material mehr, DK-Wechsel bei Hodenkrebs, Blockung geplatzt, DK läuft para, Anspülversuche erfolglos, DK lässt sich nicht blocken, Katheterspitze sitzt fest, Inhalt aus Katheterschlauch fließt nicht ab in Katheterbeutel

suprapubischer Katheter (Komplikationen oder Neuanlage)	durch BW gezogen, Neuanlage, Harnverhalt (bzw. auffällig geringe Mengen), Temperatur, Verstopfung, lässt sich nicht freispülen
Ödeme/Schwellungen	Wassereinlagerungen Unterschenkel und Knöchel, Wasser läuft aus ödematösen US
Tremor, Zittern, Zucken, Krampf	

Anhang 4: Grundgesamtheit aller Bewohnenden bei P&W zum Stichtag 01.07.2019 getrennt nach Häusern, N=2.449
(eigene Darstellung mit Dokumentationsdaten)

		Haus P1		Haus P2*		Haus P3		Haus P4		Haus P5		Haus P6		Haus P7		Haus P8		Haus P9		Haus P10		Haus P11		Haus P12		Haus P13	
		Häu- fig- keit	Pro- zent (%)																								
Ge- schlech- t	weib- lich	51	79,7	138	58,5	106	61,6	21	16,0	119	69,6	93	53,1	145	77,1	127	65,8	153	76,5	122	55,7	91	39,6	143	62,7	185	76,4
	männ- lich	13	20,3	98	41,5	66	38,4	110	84,0	52	30,4	82	53,1	43	22,9	66	34,2	47	23,6	97	44,3	139	60,4	85	37,3	57	23,6
	Ge- samt	64	100,0	236	100,0	172	100,0	131	100,0	171	100,0	175	100,0	188	100,0	193	100,0	200	100,0	219	100,0	230	100,0	228	100,0	242	100,0
Alter	20 bis 40 J.		0,0	1	0,4			1	0,8			2	1,1			3	1,6			4	1,8	1	0,4				
	41 bis 60 J.	2	3,1	29	12,3	6	3,5	54	41,2	4	2,3	16	9,1	3	1,6	22	11,4	3	1,5	44	20,1	32	13,9	21	9,2	3	1,2
	61 bis 70 J.	6	9,4	30	12,7	16	9,3	52	39,7	23	13,5	22	12,6	6	3,2	30	15,5	17	8,5	31	14,2	54	23,5	26	11,4	11	4,5
	71 bis 80 J.	15	26,4	48	20,3	45	26,2	24	18,3	53	31,0	57	32,6	43	22,9	43	22,3	44	22,0	54	24,7	64	27,8	52	22,8	58	24,0
	81 bis 90 J.	29	45,3	97	41,1	73	42,4			67	39,2	59	33,7	90	47,9	74	38,3	98	49,0	58	26,5	58	25,2	93	40,8	106	43,8
	91 J. u. älter	12	18,8	31	13,1	32	18,6			24	14,0	19	10,9	46	24,5	21	10,9	38	19,0	28	12,8	21	9,1	36	15,8	64	26,4
	Ge- samt	64	100,0	236	100,0	172	100,0	131	100,0	171	100,0	175	100,0	188	100,0	193	100,0	200	100,0	219	100,0	230	100,0	228	100,0	242	100,0

*Die Anzahl der Bewohnenden dieses Hauses liegt normalerweise bei etwa 140. Die deutliche Abweichung kann vermutlich mit einer fehlerhaften Übermittlung der Daten zum Stichtag erklärt werden.

Anhang 5: Einweisungsgründe nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (N=4.638). Zeilenprozent

		Nicht näher spezifizierte Symptomatik		Sturz		Dauerkatheter		Gastrointestinale Symptomatik		Herz-Kreislauf-Beschwerden		Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen		Atemwegsbeschwerden		Sonstige		Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	884	36,3	633	26,0	50	2,1	120	4,9	122	5,0	129	5,3	135	5,2	360	15,2	2.433	100,0
	männlich	754	34,2	366	16,6	328	14,9	66	3,0	85	3,9	111	5,0	115	5,2	380	17,2	2.205	100,0
	Gesamt	1.638	35,3	999	21,5	999	8,2	186	4,0	207	4,5	240	5,2	250	5,4	740	16,0	4.638	100,0
Alter	20 bis 40 J.	5	23,8	--	--	3	14,3	1	4,8	1	4,8	1	4,8	1	4,8	9	57,1	21	100,0
	41 bis 60 J.	96	31,0	24	7,7	50	16,1	14	4,5	13	4,2	16	5,2	13	4,2	84	27,1	310	100,0
	61 bis 70 J.	160	34,4	56	12,1	54	11,6	18	3,9	16	3,4	30	6,5	25	5,4	106	22,7	465	100,0
	71 bis 80 J.	413	35,4	228	19,6	107	9,2	43	3,7	66	5,7	63	5,4	71	6,1	176	14,9	1.167	100,0
	81 bis 90 J.	693	36,4	343	18,0	134	7,0	85	4,5	76	4,0	80	4,2	106	5,6	284	20,3	1.905	100,0
	91 J. u. älter	271	35,2	76	9,9	30	3,9	25	3,2	35	4,5	50	6,5	34	4,4	81	32,4	770	100,0
	Gesamt	1.638	35,3	999	21,5	378	8,2	186	4,0	207	4,5	240	5,2	250	5,4	740	16,0	4.638	100,0
Pflegegrad	PG 1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	100,0	1	100,0
	PG 2	199	46,0	70	16,1	14	3,2	15	3,5	26	6,0	24	5,5	22	5,1	63	14,6	433	100,0
	PG 3	306	37,7	109	13,4	41	5,0	29	3,6	55	6,8	66	8,1	39	4,8	167	20,6	812	100,0
	PG 4	618	33,8	343	18,7	179	9,8	64	3,5	79	4,3	67	3,7	99	5,4	378	20,8	1.827	100,0
	PG 5	515	32,9	244	15,6	144	9,2	78	5,0	47	3,0	83	5,3	90	5,8	364	23,2	1.565	100,0
	Gesamt	1.638	35,3	999	21,5	378	8,2	186	4,0	207	4,5	240	5,2	250	5,4	740	16,0	4.638	100,0

Anhang 6: Einweisungsgründe nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (N=4.638). *Spaltenprozente*

		Nicht näher spezifizierte Symptomatik		Sturz		Dauerkatheter		Gastrointestinale Symptomatik		Herz-Kreislauf-Beschwerden		Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen		Atemwegsbeschwerden		Sonstige		Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	884	54,0	633	63,4	50	13,2	120	64,5	122	58,9	129	53,8	135	54,0	360	48,6	2.433	52,5
	männlich	754	46,0	366	36,6	328	86,8	66	35,5	85	41,1	111	46,3	115	46,0	380	51,4	2.205	47,5
	Gesamt	1.638	100,0	999	100,0	378	100,0	186	100,0	207	100,0	240	100,0	250	100,0	740	100,0	4.638	100,0
Alter	20 bis 40 J.	5	0,3	--	--	3	0,8	1	0,5	1	0,5	1	0,4	1	0,5	9	1,2	21	0,5
	41 bis 60 J.	96	5,9	24	2,4	50	13,2	14	7,5	13	6,3	16	6,7	13	7,5	84	11,4	310	6,7
	61 bis 70 J.	160	9,8	56	5,6	54	14,3	18	9,7	16	7,7	30	12,5	25	9,7	106	14,3	465	10,0
	71 bis 80 J.	413	25,2	228	22,8	107	28,3	43	23,1	66	31,9	63	26,3	71	23,1	176	23,8	1.167	25,2
	81 bis 90 J.	693	42,3	343	44,7	134	35,4	85	45,7	76	36,7	80	33,3	106	45,7	284	38,4	1.905	41,1
	91 J. u. älter	271	16,5	76	24,4	30	7,9	25	13,4	35	16,9	50	20,8	34	13,4	81	10,9	770	16,6
	Gesamt	1.638	100,0	999	100,0	378	100,0	186	100,0	207	100,0	240	100,0	250	100,0	740	100,0	4.638	100,0
Pflegegrad	PG 1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	0,1	1	0,0
	PG 2	199	12,1	70	7,1	14	3,7	15	8,1	26	12,6	24	10,0	22	8,8	63	8,5	433	9,3
	PG 3	306	18,7	109	15,0	41	10,8	29	15,6	55	26,6	66	27,5	39	15,6	126	17,0	812	17,5
	PG 4	618	37,7	343	45,5	179	47,4	64	34,4	79	38,2	67	27,9	99	39,6	266	35,9	1.827	39,4
	PG 5	515	31,4	244	32,4	144	38,1	78	41,9	47	22,7	83	34,6	90	36,0	284	38,4	1.565	33,7
	Gesamt	1.638	100,0	999	100,0	378	100,0	186	100,0	207	100,0	240	100	250	100,0	740	100,0	4.638	100,0

Anhang 7: Einweisungsgründe bei 24-Stunden-Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=2.370). Zeilenpro- zente

		Nicht näher spezifizierte Symptomatik		Sturz		Dauerkatheter		Gastrointestinale Symptomatik		Herz-Kreislauf-Beschwerden		Wunden/Hautveränderungen/Verletzungen		Atemwegsbeschwerden		Sonstige		Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	332	27,2	422	35,2	47	3,9	49	4,1	56	4,7	78	6,5	40	3,3	174	14,5	1.198	100,0
	männlich	307	26,2	258	22,0	292	24,9	22	1,9	31	2,6	52	4,4	25	2,5	185	15,8	1.172	100,0
	Gesamt	639	27,0	680	28,7	339	14,3	71	3,0	87	3,7	130	5,5	65	2,7	359	15,1	2.370	100,0
Alter	20 bis 40 J.	3	20,0	--	--	3	20,0	1	6,7	1	6,7	--	--	1	6,7	6	40,0	15	100,0
	41 bis 60 J.	38	22,8	18	10,8	46	27,5	5	3,0	7	4,2	10	6,0	3	1,8	40	24,0	167	100,0
	61 bis 70 J.	52	22,4	43	18,5	50	21,6	10	4,3	4	1,7	11	4,7	8	3,4	54	23,3	232	100,0
	71 bis 80 J.	165	27,8	155	26,1	95	16,0	14	2,4	30	5,1	31	5,2	18	3,0	85	14,3	593	100,0
	81 bis 90 J.	262	27,6	300	31,6	118	12,4	31	3,3	30	3,2	50	5,3	28	3,0	129	13,6	948	100,0
	91 J. u. älter	119	28,7	164	39,5	27	6,5	10	2,4	15	3,6	28	6,7	7	1,7	45	10,8	415	100,0
	Gesamt	639	27,0	680	28,7	339	14,3	71	3,0	87	3,7	130	5,5	65	2,7	359	15,1	2.370	100,0
Pflegegrad	PG 1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	100,0
	PG 2	93	42,1	45	20,4	11	5,0	8	3,6	13	5,9	14	6,3	6	2,7	31	14,0	221	100,0
	PG 3	128	31,9	93	23,2	37	9,2	11	2,7	21	5,2	34	8,5	15	3,7	62	15,5	401	100,0
	PG 4	323	24,5	309	32,6	160	16,9	24	2,5	32	3,4	33	3,5	23	2,4	134	14,1	947	100,0
	PG 5	186	23,2	233	29,1	131	16,4	28	3,5	21	2,6	49	6,1	21	2,6	132	16,5	801	100,0
	Gesamt	639	27,0	680	28,7	339	14,3	71	3,0	87	3,7	130	5,5	65	2,7	359	15,1	2.370	100,0

Anhang 8: Einweisungsgründe bei 24-Stunden-Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=2.370). *Spaltenpro-zente*

		Nicht näher spezifi- zierte Symptomatik		Sturz		Dauerkatheter		Gastrointestinale Symptomatik		Herz-Kreislauf-Be- schwerden		Wunden/Haut-ver- änderungen/Verlet- zungen		Atemwegsbe- schwerden		Sonstige		Gesamt	
		Häufig- keit	Prozent (%)	Häufig- keit	Prozent (%)	Häufig- keit	Prozent (%)	Häufig- keit	Prozent (%)	Häufig- keit	Prozent (%)	Häufig- keit	Prozent (%)	Häufig- keit	Prozent (%)	Häufig- keit	Prozent (%)	Häufig- keit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	332	52,0	422	62,1	47	13,9	49	69,0	56	64,4	78	60,0	40	61,5	174	48,5	1.198	50,5
	männlich	307	48,0	258	37,9	292	86,1	22	31,0	31	35,6	52	40,0	25	38,5	185	51,5	1.172	49,5
	Gesamt	639	100,0	680	100,0	339	100,0	71	100,0	87	100,0	130	100,0	65	100,0	359	100,0	2.370	100,0
Alter	20 bis 40 J.	3	0,5	--	--	3	0,9	1	1,4	1	1,1	--	--	1	1,5	6	1,7	15	0,6
	41 bis 60 J.	38	5,9	18	2,6	46	13,6	5	7,0	7	8,0	10	7,7	3	4,6	40	11,1	167	7,0
	61 bis 70 J.	52	8,1	43	6,3	50	14,7	10	14,1	4	4,6	11	8,5	8	12,3	54	15,0	232	9,8
	71 bis 80 J.	165	25,8	155	22,8	95	28,0	14	19,7	30	34,5	31	23,8	18	27,7	85	23,7	593	25,0
	81 bis 90 J.	262	41,0	300	44,1	118	34,8	31	43,7	30	34,5	50	38,5	28	43,1	129	35,9	948	40,0
	91 J. u. älter	119	18,6	164	24,1	27	8,0	10	14,1	15	17,2	28	21,5	7	10,8	45	12,5	415	17,5
	Gesamt	639	100,0	680	100,0	339	100,0	71	100,0	87	100,0	130	100,0	65	100,0	359	100,0	2.370	100,0
Pflegegrad	PG 1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	PG 2	93	14,6	45	6,6	11	3,2	8	11,3	13	14,9	14	10,8	6	9,2	31	8,6	221	9,3
	PG 3	128	20,0	93	13,7	37	10,9	11	15,5	21	24,1	34	26,2	15	23,1	62	17,3	401	16,9
	PG 4	323	36,3	309	45,4	160	47,2	24	33,8	32	36,8	33	25,4	23	35,4	134	37,3	947	40,0
	PG 5	186	29,1	233	34,3	131	38,6	28	39,4	21	24,1	49	37,7	21	32,3	132	36,8	801	33,8
	Gesamt	639	100,0	680	100,0	339	100,0	71	100,0	87	100,0	130	100	65	100,0	359	100,0	2.370	100,0

Anhang 9: Vergleich der Einweisungen mit Grund „Sturz“ der zwei Häuser mit den meisten und wenigsten 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=680). *Zeilenprozente*

<i>Stürze</i>		Stürze "P1 und P13"		Stürze "P2 und P3"		Stürze "Sonstige"		Stürze Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	43	10,2	132	31,3	247	58,5	422	100,0
	männlich	13	5,0	105	40,7	140	54,3	258	100,0
	Gesamt	56	8,2	237	34,9	387	56,9	680	100,0
Alter	20 bis 40 Jahre	--	--	--	--	--	--	--	--
	41 bis 60 Jahre	--	--	5	27,8	13	72,2	18	100,0
	61 bis 70 Jahre	--	--	24	55,8	19	44,2	43	100,0
	71 bis 80 Jahre	7	4,5	53	34,2	95	61,3	155	100,0
	81 bis 90 Jahre	30	10,0	95	31,7	175	58,3	300	100,0
	91 Jahre und älter	19	11,6	60	36,6	85	51,8	164	100,0
	Gesamt	56	8,2	237	34,9	387	56,9	680	100,0
Pflegegrad	Pflegegrad 1	--	--	--	--	--	--	--	--
	Pflegegrad 2	1	2,2	16	35,6	28	62,2	45	100,0
	Pflegegrad 3	8	8,6	25	26,9	60	64,5	93	100,0
	Pflegegrad 4	21	6,8	106	34,3	182	58,9	309	100,0
	Pflegegrad 5	26	11,2	90	38,6	117	50,2	233	100,0
	Gesamt	56	8,2	237	34,9	387	56,9	680	100,0

Anhang 10: Vergleich der Einweisungen mit Grund „Sturz“ der zwei Häuser mit den meisten und wenigsten 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=680). *Spaltenprozente*

<i>Stürze</i>		Stürze "P1 und P13"		Stürze "P2 und P3"		Stürze "Sonstige"		Stürze Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	43	76,8	132	55,7	247	63,8	422	62,0
	männlich	13	23,2	105	44,3	140	36,2	258	38,2
	Gesamt	56	100,0	237	100,0	387	100,0	680	100,0
Alter	20 bis 40 Jahre	--	--	--	--	--	--	--	--
	41 bis 60 Jahre	--	--	5	2,1	13	3,4	18	2,6
	61 bis 70 Jahre	--	--	24	10,1	19	4,9	43	6,3
	71 bis 80 Jahre	7	12,5	53	22,4	95	24,5	155	22,8
	81 bis 90 Jahre	30	53,6	95	40,1	175	45,2	300	44,1
	91 Jahre und älter	19	33,9	60	25,3	85	22,0	164	24,1
	Gesamt	56	100,0	237	100,0	387	100,0	680	100,0
Pflegegrad	Pflegegrad 1	--	--	--	--	--	--	--	--
	Pflegegrad 2	1	1,8	16	6,8	28	7,2	45	6,6
	Pflegegrad 3	8	14,3	25	10,5	60	15,5	93	13,7
	Pflegegrad 4	21	37,5	106	44,7	182	47,0	309	45,4
	Pflegegrad 5	26	46,4	90	38,0	117	30,2	233	34,3
	Gesamt	56	100,0	237	100,0	387	100,0	680	100,0

Anhang 11: Vergleich der Einweisungen mit Grund „Dauerkatheter“ der zwei Häuser mit den meisten und wenigsten 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=339). *Zeilenprozente*

<i>Dauerkatheter</i>		Dauerkatheter "P1 und P13"		Dauerkatheter "P2 und P3"		Dauerkatheter "Sonstige"		Dauerkatheter Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	3	3,9	17	22,1	57	74,0	77	100,0
	männlich	9	3,1	74	25,3	209	71,6	292	100,0
	Gesamt	12	3,5	91	26,8	236	69,6	339	100,0
Alter	20 bis 40 Jahre	--	0,0	--	0,0	3	100,0	3	100,0
	41 bis 60 Jahre		0,0	1	2,2	45	97,8	46	100,0
	61 bis 70 Jahre	1	2,0	20	40,0	29	58,0	50	100,0
	71 bis 80 Jahre	4	4,2	25	26,3	66	69,5	95	100,0
	81 bis 90 Jahre	7	5,9	39	33,1	72	61,0	118	100,0
	91 Jahre und älter	--	0,0	6	22,2	21	77,8	27	100,0
	Gesamt	12	3,5	91	26,8	236	69,6	339	100,0
Pflegegrad	Pflegegrad 1	--	--	--	--	--	--	--	--
	Pflegegrad 2	2	18,2	--	--	9	81,8	11	100,0
	Pflegegrad 3	1	2,7	1	2,7	35	94,6	37	100,0
	Pflegegrad 4	3	1,9	60	37,5	97	60,6	160	100,0
	Pflegegrad 5	6	4,6	30	22,9	95	72,5	131	100,0
	Gesamt	12	3,5	91	26,8	236	69,6	339	100,0

Anhang 12: Vergleich der Einweisungen mit Grund „Dauerkatheter“ der zwei Häuser mit den meisten und wenigsten 24–Stunden–Fällen nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad (n=339). *Spaltenprozente*

<i>Dauerkatheter</i>		Dauerkatheter "P1 und P13"		Dauerkatheter "P2 und P3"		Dauerkatheter "Sonstige"		Dauerkatheter Gesamt	
		Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	3	25,0	17	18,7	57	24,2	77	22,7
	männlich	9	75,0	74	81,3	209	88,6	292	86,1
	Gesamt	12	100,0	91	100,0	236	100,0	339	100,0
Alter	20 bis 40 Jahre	--	--	--	--	3	1,3	3	0,9
	41 bis 60 Jahre	--	--	1	1,1	45	19,1	46	13,6
	61 bis 70 Jahre	1	8,3	20	22,0	29	12,3	50	14,7
	71 bis 80 Jahre	4	33,3	25	27,5	66	28,0	95	28,0
	81 bis 90 Jahre	7	58,3	39	42,9	72	30,5	118	34,8
	91 Jahre und älter			6	6,6	21	8,9	27	8,0
	Gesamt	12	100,0	91	100,0	236	100,0	339	100,0
Pflegegrad	Pflegegrad 1	--	--	--	--	--	--	--	--
	Pflegegrad 2	2	16,7	--		9	3,8	11	3,2
	Pflegegrad 3	1	8,3	1	1,1	35	14,8	37	10,9
	Pflegegrad 4	3	25,0	60	65,9	97	41,1	160	47,2
	Pflegegrad 5	6	50,0	30	33,0	95	40,3	131	38,6
	Gesamt	12	100,0	91	100,0	236	100,0	339	100,0

Anhang 13: Interviewleitfaden Qualitative Interviews

Fragebogen für (Fach-)Pflegerkräfte ohne Leitungsverantwortung

1. Einleitung: Thema, Art der Durchführung
2. Allgemeine Sondierung:
 - Erzählen Sie bitte von der letzten ungeplanten Krankenhauszuweisung, die Sie mit-erlebt haben – war das eine eher typische Situation?
 - Erzählen Sie bitte allgemein, wie es zu ungeplanten Krankenhauszuweisungen/Notfalleinweisungen kommt.
 - Können Sie uns beschreiben, wie Ihre Rolle im Rahmen einer solchen ungeplanten Krankenhauszuweisung in der Vergangenheit war? Haben Sie Hilfe erhalten/hätten Sie sich Hilfe gewünscht?
 - Haben Sie ungeplante Krankenhauszuweisungen/ Notfalleinweisungen erlebt, von denen Sie im Nachhinein glauben, dass sie sich auch hätten vermeiden lassen können?
3. Spezifische Sondierung
 - Ich habe Sie jetzt so verstanden, dass...
 - Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann sind Notfalleinweisungen für Sie...
 - Ich habe nicht ganz verstanden, was Sie mit ... meinten.
 - Können Sie mir noch einmal erklären, ...
 - Sie sagten eingangs, dass ..., aber gleichzeitig glaube ich herausgehört zu haben, dass ... Können Sie mir noch einmal erklären, wie es sich verhält?
4. Direkte Fragen
(nur, wenn die entsprechenden Themenbereiche nicht bereits vorher schon genannt wurden!)
 - Wer trifft die Entscheidung zu einer Notfalleinweisung?
 - Welche legalen/rechtlichen Implikationen gibt es zu bedenken?
 - Rolle der Ärzt:innen – interprofessionelle Kommunikation
 - Rolle der Angehörigen
 - Rolle der Vorgesetzten
 - Erleben Sie, dass es unterschiedliche Meinungen zu Notfalleinweisungen gibt?
 - Sind Modelle vorhanden für die Früherkennung von Zustandsverschlechterung?
 - Wenn nicht alle Krankenhauszuweisungen zwingend notwendig sind: Wie wird ein „unnötige Einweisung“ definiert?
 - Haben die Pflegekräfte selbst schon schlechte Erfahrungen mit Einweisen /Nicht-Einweisen gemacht? Beeinflusst das den Entscheidungsprozess?
 - Was müsste sich ändern, damit es seltener zu Notfalleinweisungen kommt?
 - Bei wem liegt die Verantwortung für die Verbesserung der Prozesse?
 - Einfluss von Corona auf aktuelle Entscheidungen

Fragebogen für Pflegekräfte mit Leitungsverantwortung

1. Einleitung: Thema, Art der Durchführung
2. Allgemeine Sondierung:
 - Sie haben sicherlich schon die eine oder andere ungeplante Krankenhauszuweisung/ Notfalleinweisung miterlebt. Erzählen Sie uns von Ihren Erfahrungen.
 - Wie gehen Ihre Mitarbeiter*innen mit krisenhaften Situationen und Notfalleinweisungen in der Regel um?
 - Welche Kenntnisse und Fähigkeiten brauchen Pflegekräfte in Ihren Augen, um in krisenhaften Situationen sicher zu reagieren?
 - Welche Rolle spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit?
 - Was müsste geschehen, damit es seltener zu Notfalleinweisungen kommt?
3. Spezifische Sondierung
 - Ich habe Sie jetzt so verstanden, dass...
 - Wenn ich Sie richtig verstanden habe, dann sind Notfalleinweisungen für Sie...
 - Ich habe nicht ganz verstanden, was Sie mit ... meinten.
 - Können Sie mir noch einmal erklären, ...
 - Sie sagten eingangs, dass ..., aber gleichzeitig glaube ich herausgehört zu haben, dass ... Können Sie mir noch einmal erklären, wie es sich verhält?
4. Direkte Fragen
(nur, wenn die entsprechenden Themenbereiche nicht bereits vorher schon genannt wurden!)
 - Wer trifft die Entscheidung zu einer Notfalleinweisung?
 - Innerhalb welcher Rahmenbedingungen muss die Entscheidung getroffen werden? (Hierarchie, Delegation/Substitution, Verfahrensanweisungen...)
 - Legale/rechtliche Implikationen
 - Rolle der Ärzt:innen – interprofessionelle Kommunikation
 - Rolle der Angehörigen
 - Rolle der Vorgesetzten
 - Rolle von Ausbildungsstand und Erfahrung
 - Sind Modelle vorhanden für die Früherkennung von Zustandsverschlechterung?
 - Wenn nicht alle Krankenhauszuweisungen zwingend notwendig sind: Wie wird ein „unnötige Einweisung“ definiert?
 - Haben die Pflegekräfte Konsequenzen zu befürchten, wenn sie die falsche Entscheidung treffen?
 - Was müsste sich ändern, damit es seltener zu Notfalleinweisungen kommt?
 - Bei wem liegt die Verantwortung für die Verbesserung der Prozesse?
 - Einfluss von Corona auf aktuelle Entscheidungen

Anhang 14: Interviewleitfaden Expert:inneninterview

- Welche Rolle spielen mögliche haftungsrechtliche Implikationen im Kontext einer Notfalleinweisung?
- Welche Entscheidungen dürfen Pflegekräfte selbstständig treffen und auch verantworten – und welche nicht?
- Gibt es eine einrichtungsweite Regelung zur Katheterisierung bei Männern? Wie begründet sich diese?
- Welche Rolle spielen Ihrer Einschätzung nach die jeweiligen Führungskräfte im Zusammenhang mit Entscheidungen pro/contra ungeplanter Krankenhauszuweisung?

Gibt es Bestrebungen seitens P&W, die Zahl ungeplanter Krankenhauszuweisungen (insbesondere im Kontext von Stürzen und Katheterisierungen) zu senken?

Anhang 15: Gesprächsleitfaden Fokusgruppe

1. Erzählen Sie von der letzten ungeplanten Krankenhauseinweisung, die Sie miterlebt haben.
2. Welches sind die Hauptgründe, warum Bewohnende ins Krankenhaus kommen?
3. Welche Einweisungen ließen sich aus Ihrer Sicht vermeiden?
4. Wie beurteilen Sie die interprofessionelle Zusammenarbeit (beispielweise mit Ärzt:innen)?
5. Interviewteilnehmende haben uns oft erzählt, dass sie Einweisungen häufig aus „versicherungstechnischen Gründen“ veranlassen. Können Sie diese Gründe nachvollziehen? Haben Sie schon einmal erlebt, dass eine Pflegekraft legal belangt wurde, weil eine Einweisung nicht oder zu spät erfolgte?
6. Wie beurteilen Sie die Fachlichkeit der Altenpflegekräfte – könnten diese mit mehr Befugnissen ausgestattet einige der Einweisungen unnötig machen?
7. Welche Rolle könnten akademisierte Pflegekräfte im Kontext ungeplanter Krankenhauseinweisungen spielen?
8. Gibt es Modelle zur Früherkennung von sich verschlechternden Gesundheitszuständen? Clinical Reasoning o.ä.