



uebertritte.ch

# UeberTritte

zwischen Spital und Spitex und Pflegeheim

## Standardisierte Abläufe Spital – Spitex - Pflegeheim

### 1. Einleitung

Damit die Übertritte zwischen Spital, Spitex und Pflegeheim im ganzen Kanton so einheitlich wie möglich und so differenziert wie nötig ablaufen muss ein differenziertes, standardisiertes Austritts- Übertritts Procedere zur Verfügung stehen, dass von allen Institutionen genutzt und auf regionale individuelle Begebenheiten angepasst werden kann.

Der vorliegenden standardisierte Ablauf und die dazugehörigen Ausführungsbestimmungen bestehen aus 7 Phasen. Sie wurden unter der Projektleitung von Annemarie Fischer, Geschäftsleitung Spitex Verband Kanton Zürich von den folgenden Arbeitsgruppenmitgliedern ausgearbeitet:

Jeannette Bürki (Bereichsleiterin Pflege Spital Bülach), Anita Coray (Zentrumsleitung Spitex Zürich Limmat), Sabina Decurtins (Pflegeexpertin, stv. Entwicklung & Koordination Spital Zollikerberg), Esther Mühlbach (Leitung Sozialberatung Spital Uster), Brigitte Neukom (Leitung Pflege Spitexzentrum Oberwinterthur), Fridolin Schraner (Direktor Pflegezentrum Rotaacher), Marianne Sebesta (Leiterin Pflege und Betreuung Alters- und Pflegeresidenz Zumipark AG).

Diese Phasen laufen im Prinzip sowohl in den Spitälern wie auch in den Spitexorganisationen und Heimen immer gleich ab. Es handelt sich um einheitliche Minimalanforderungen, die zur Förderung der guten Zusammenarbeit dienen und im ganzen Kanton von allen Institutionen angewendet werden sollen. Verantwortlich für deren Anwendung, resp. Umsetzung sind die Leitungsgremien der einzelnen Betriebe.

Durch eine konsequente Anwendung in allen Spitälern, Spitexorganisationen und Pflegeheimen wird eine frühzeitige, effiziente und vollständige Übertrittsplanung unterstützt. Dabei werden sowohl die Bedürfnisse und Interessen der Patientinnen und Patienten wie auch der interprofessionellen Behandlungsteams berücksichtigt.

Zur weiteren Optimierung (Qualitätssicherung) des einheitlichen Übertrittsmanagements ist es unerlässlich, dass ausserdem

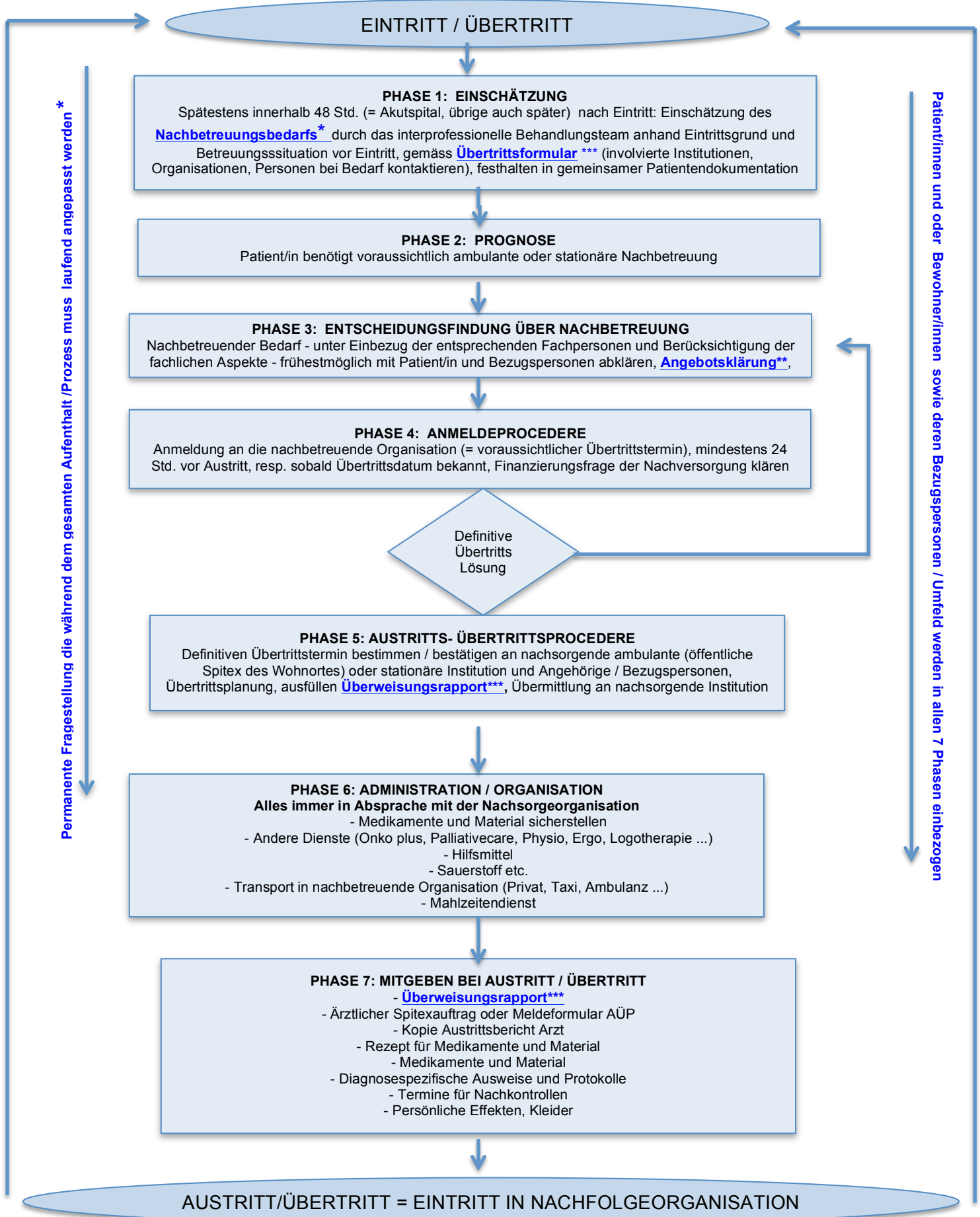
- die an den meisten Orten bereits institutionalisierten regionalen Gremien (z.B. Spitex-Spiti-Gruppen, Übertrittskonferenzen oder ERFA-Gruppen genannt) weiterhin regelmässig stattfinden;
- die heute meistens noch fehlenden Pflegeheime und Kontaktstellen der Gemeinden in diese Treffen integriert werden;
- die „richtigen“ Personen, d.h. mit dem entsprechenden Fachwissen und den notwendigen Kompetenzen ausgestattet, teilnehmen und Verantwortung übernehmen;
- die Namen der verantwortlichen Personen allen Beteiligten bekannt sind;
- fehlerhafte Übertritte sofort an die verantwortlichen Personen gemeldet und gemeinsam bearbeitet werden.

Verband Zürcher Krankenhäuser  
Wagerenstrasse 45  
8610 Uster  
Tel. 044 943 16 66  
info@uebertritte.ch

Spitex Verband Kanton Zürich  
Schärenmoosstrasse 77  
8052 Zürich  
Tel. 044 291 54 50  
info@uebertritte.ch

Curaviva Kanton Zürich  
Schärenmoosstrasse 77  
8052 Zürich  
Tel. 044 306 88 44  
info@uebertritte.ch

## 2. Standardisierter Ablauf



\*\* siehe Teilprojekt 3 „Angebote der nachsorgenden Einrichtungen“, Angebote z.Zt. noch unter [www.spitexzh.ch](http://www.spitexzh.ch) und [www.curaviva-zh.ch](http://www.curaviva-zh.ch)  
\*\*\* siehe Teilprojekt 1 „Elektronische Informationsübermittlung“, [www.uebertritte.ch](http://www.uebertritte.ch)

### 3. Ausführungsbestimmungen

Der aktuelle Stand des Verlaufs muss bei allen Prozessschritten dokumentiert und unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzbestimmungen, für Beteiligte zugänglich sein.

#### EINTRITT / ÜBERTRITT

Ein Eintritt erfolgt gemäss Messung des Austrittsmanagement 2008 (siehe Quellenangaben) in 90% direkt von zu Hause. Bei 10% handelt es sich um einen Übertritt aus einer Institution oder einer Spitexorganisation. Ist das der Fall, sind diese Organisationen ihrerseits – Notfälle ausgeschlossen - zu einer optimalen Vorbereitung dieses Übertritts verpflichtet (z.B. frühzeitige Anmeldung, persönliche Kontaktaufnahme, ausfüllen [Überweisungsrapport\\*\\*\\*](#)).

#### PHASE 1: EINSCHÄTZUNG

Die Ist Situation bezüglich des Nachbetreuungsbedarf wird frühestmöglich, das heisst im Akutspital spätestens 48 Stunden nach Eintritt, in den übrigen Institutionen auch später, abgeklärt. Der Bedarf an Nachsorge ergibt sich aus der medizinischen Situation und Prognose, der Betreuungssituation vor dem Eintritt, den Ressourcen des privaten Umfeldes, der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer und den Zielen des Patienten. Es handelt sich dabei um eine interprofessionelle Aufgabe in die im Wesentlichen ärztlicher Dienst, Pflege- und Sozialdienst involviert sind. Weitere Berufsgruppen werden nach Bedarf hinzu gezogen.

##### Aufgaben ärztlicher Dienst<sup>1</sup>:

- Anhand der Anamnese, der medizinischen Diagnose und der Prognose des Genesungsverlaufes den möglichen Austrittstermin bestimmen, Abstimmung der erhobenen Sozialanamnese mit Pflege und Sozialdienst, aushandeln des möglichen Austrittszeitpunktes;
- Kontaktaufnahme mit Hausarzt oder zuweisendem Arzt;
- Den Patienten und/oder die Bezugspersonen über die Prognose informieren;
- Anmeldung an den Sozialdienst.

##### Aufgaben Pflegedienst:

- Pflegeanamnese der aktuellen Betreuungssituation mit dem Patienten;
- Anamnese der bisherigen Betreuungssituation mit den Bezugspersonen (persönlich oder telefonische Kontaktaufnahme) und Abklären von weiteren Möglichkeiten des Umfelds.
- Im Falle eines Übertritts: Sichtung des [Überweisungsrapportes\\*\\*\\*](#) der vorbetreuenden Institution und telefonischen Kontakt zur vorbetreuenden Institution aufnehmen.

##### Aufgaben Sozialdienst:

- Ansprechpartner bei komplexen, vielschichtigen und umfassenden Fragestellungen.

##### Aufgaben Patient/in und Bezugspersonen:

- Informieren über die Umgebung zu Hause (Wohnverhältnisse), bereits involvierte Dienste und Ressourcen die vorhanden sind;
- Formulierung von Willen, Wünschen und Zielen bezüglich Therapie und gewünschten Ergebnissen.

#### PHASE 2: PROGNOSE

Aus den Abklärungen über die Ist-Situation wird für die weiteren Schritte evaluiert, ob eine professionelle stationäre oder ambulante Nachbetreuungslösung - voraussichtlich oder weiterhin - wahrscheinlich wird.

#### PHASE 3: ENTSCHEIDUNGSFINDUNG ÜBER NACHBETREUUNG

Zur Ermittlung der passenden Nachbetreuung muss das [Angebot der verschiedenen Dienstleister\\*\\*](#) bekannt sein und unter fachlichen (medizinisch– pflegerischen und sozialen) Aspekten eine entsprechende Auswahl getroffen werden. Die Möglichkeiten werden mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen besprochen, eine Einigung wird angestrebt. Dies ist je nach Situation eine interprofessionelle Aufgabe.

---

<sup>1</sup> Die Aufgaben der drei Dienste beziehen sich hier nur auf den Übertrittsprozess

## **Je nach Anforderungen und Komplexität wird der Sozialdienst beauftragt mit**

- der Suche einer **passenden Nachbetreuungsinstitution\*\***;
- Versicherungs- und Finanzierungsabklärungen;
- der Information und der Rücksprache von und mit Patienten und allenfalls Bezugspersonen und Angehörigen;
- der Kontaktaufnahme zu den Koordinationsstellen der Gemeinden bei Platzierung in Langzeitinstitutionen.

Bei schwierigen und oder komplexen Situationen zusätzlich und frühzeitig einen „Runden Tisch“ mit allen Beteiligten (inkl. Bezugspersonen und nachsorgenden Organisationen / Personen) einberufen und oder eine Bedarfsklärung durch die nachbetreuende Institution „vor Ort“ veranlassen.

### **PHASE 4: ANMELDEPROCEDERE**

Die Anmeldung an die nachbetreuende Institution – inkl. Bedarf an speziellen Hilfsmitteln - erfolgt so früh wie möglich (eventuell als Voranmeldung), spätestens 24 Stunden vor Austritt. Ansprechpartner ist entweder die öffentliche Spitex des Wohnorts der zu betreuenden Person oder die Heimleitung der ausgewählten nachbetreuenden Institution. Die Klärung von Finanzierungsfragen ist Aufgabe des Sozialdienstes. Je nach **Kapazität/Möglichkeiten der angestrebten nachbetreuenden Institution\*\*** oder finanziellen Überlegungen muss der vorherige Schritt wiederholt werden bis eine definitive Lösung gefunden wurde.

### **PHASE 5: AUSTRITTS- ÜBERTRITTSROCEDERE**

#### **Aufgaben ärztlicher Dienst:**

- Bestimmen des definitiven Austritts- Übertrittszeitpunktes und Information an Patient/in und Bezugspersonen und die involvierten Dienste;
- Austrittsgespräch mit Patient/in (Medikamente und Nebenwirkungen, Verhalten, Kontaktaufnahme bei Problemen).

#### **Aufgaben Pflegedienst / Sozialdienst (je nach Institution oder Betrieb):**

- Definitiven Austritts- Übertrittszeitpunkt der nachbetreuenden Institution telefonisch bestätigen;
- Definitive Information (Austrittsgespräch) an Patient/in und oder Bezugsperson;
- Planung allfälliger Patientenedukation;
- Fachlicher Austausch / Absprache mit der nachbetreuenden Organisation.

#### **Aufgaben Patient/in und Bezugspersonen:**

- Information der Bezugspersonen;
- Stellen von Fragen.

### **PHASE 6: ADMINISTRATION / ORGANISATION**

#### **Aufgaben ärztlicher Dienst:**

- Erstellen des ärztlichen Austrittsberichtes inkl. Medikation (Minimum Kurzaustrittsbericht);
- Erstellen von ärztlichen Therapieverordnungen und Rezepten (Spitexverordnung, Übergangsmeldeformular Akut- und Übergangspflege AÜP, Medikamente, Verbandmaterial, Physiotherapie, Sondennahrung etc.);
- Information an den nachbehandelnden Arzt.

#### **Aufgaben Pflegedienst / Sozialdienst (je nach Institution oder Betrieb):**

- **Stammdaten idealerweise online übermitteln\*\*\***, im Minimum: Name, Adresse, Geburtsdatum, Zivilstand, Heimatort, Sozialversicherungsdaten wie Sozialversicherungsnummer und Kostenträger, inkl. Zusatzversicherungen, Bezugsperson / Angehörige / gesetzlicher Vertreter (im Minimum Name und Telefonnummer), zuständiger Hausarzt oder einweisender Arzt;
- Transport organisieren (privat, Taxi, Tixi, Ambulanz...);
- Organisieren weiterer Dienste.

\*\* siehe Teilprojekt 3 „Angebote der nachsorgenden Einrichtungen“, Angebote z.Zt. noch unter [www.spitexzh.ch](http://www.spitexzh.ch) und [www.curaviva-zh.ch](http://www.curaviva-zh.ch)

\*\*\* siehe Teilprojekt 1 „Elektronische Informationsübermittlung“, [www.uebertritte.ch](http://www.uebertritte.ch)

### **Aufgaben Pflegedienst:**

- Erstellen des pflegerischen **Überweisungsrapportes\*\*\***;
- Organisieren von Hilfsmitteln und Materialien nach Bedarf (Krankenmobilen, Verbandmaterial, Sondennahrung, Sauerstoff etc.);
- Sicherstellen der medikamentösen Weiterbehandlung (nach Absprache mit der nachbetreuenden Institution).

### **Aufgaben Patient/in und Bezugspersonen:**

- Organisation eines Transportes nach Hause, wenn nicht durch Institution organisiert;
- Packen von persönlichen Effekten (ggf. mit Unterstützung).

## **PHASE 7: MITGEBEN BEI AUSTRITT**

### **Aufgaben Ärztlicher Dienst:**

- Ärztlicher Austrittsbericht inkl. Kopie an nachbetreuende Organisation;
- Verordnungen und Rezepte, aktuelle visitierte Medikamentenliste;
- Diagnosespezifische Ausweise;
- Termine für Nachkontrollen.

### **Aufgaben Pflegedienst:**

- Aktueller **Überweisungsrapport\*\*\*** inkl. Protokolle;
- Medikamente und Material gemäss vorgängiger Absprache, idealerweise für 3 Tage;
- Diagnosespezifische Ausweise und Protokolle;
- Private Utensilien.

### **Aufgaben Sozialdienst:**

- Reservationsbestätigung der nachfolgenden Institution;
- Transportformular.

### **Aufgaben Patient/in und Bezugspersonen:**

- Fragen stellen;
- Dokumente mitnehmen;
- ggf. Medikamente, Material, Hilfsmittel in Apotheke organisieren.

## **AUSTRITT/ÜBERTRITT = EINTRITT IN NACHFOLGEORGANISATION**

Bei jedem Austritt / Übertritt in eine Nachfolgeorganisation (Spitex oder Heim) handelt es sich um einen neuen Eintritt, mit dem wieder der standardisierte Ablauf mit der Phase 1 beginnt. Wichtig ist die möglichst rasche persönliche Kontaktaufnahme des neuen Leistungserbringers mit der Institution, die den Übertritt veranlasst hat. Bei Bedarf Kontaktaufnahme mit Hausarzt betreffend Austrittsbericht. Ein erster Spitexeinsatz muss spätestens 24 Stunden nach dem Übertritt erfolgen.

Bei einem Austritt ohne Nachfolgeorganisation (80% gemäss Messung Austrittsmanagement 2008) wird im Idealfall – zur Überprüfung der Qualität der Austrittsplanung - ein telefonisches Nachbetreuungsgespräch durch die verantwortliche Pflegefachperson durchgeführt.

## **4. Quellenangaben**

- Zusammenarbeitsvereinbarung Altersheime der Stadt Zürich und Stadthospitäler
- Austritts- bzw. Übertrittsprozess und zugehörige Informationen vom Stadthospital Triemli
- Ablauf Übertritte Spital – Spitex Baselland
- Übertritts-Checkliste Spital – Spitex Kanton Graubünden
- Übertrittsmanagement Spital – Spitex der Spitex Grauholz mit Spital Netz Bern AG
- Übertrittsmanagement Spitex Spital, Spitex Verband und Kantonsspital Kt. St. Gallen.
- Austrittsrapport Spital Bülach
- Nahtstellenmanagement Spital – Spitex USZ
- Arbeitsanweisungen „Anmeldung Spitex / Anmeldung Heim“ Luzerner Kantonsspital
- Multiprofessioneller Entlassungspfad Spital Zollikerberg
- Entlassungsmanagement, Dirk Wiedenhöfer et al, Hans Huber Verlag, 2010
- Qualitätsmessung des VZK „Austrittsmanagement“, 2008 [www.vzk-qualitätsbericht.ch](http://www.vzk-qualitätsbericht.ch)

\*\* siehe Teilprojekt 3 „Angebote der nachsorgenden Einrichtungen“, Angebote z.Zt. noch unter [www.spitexzh.ch](http://www.spitexzh.ch) und [www.curaviva-zh.ch](http://www.curaviva-zh.ch)

\*\*\* siehe Teilprojekt 1 „Elektronische Informationsübermittlung“, [www.uebertritte.ch](http://www.uebertritte.ch)