Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

Hand- und Arbeitsbuch zur Durchführung von *interprof* HOME

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in,

vielen Dank, dass Sie unser *interprof* HOME-Projekt unterstützen. Dies wissen wir sehr zu schätzen!

In diesem Hand- und Arbeitsbuch möchten wir Ihnen einen detaillierten Überblick über das Maßnahmenpaket *interprof* HOME geben.

Im Projekt werden die Maßnahmen von vielen verschiedenen Versorgungsteams umgesetzt. Für den Erfolg des Projektes ist es deshalb wichtig, dass alle Beteiligten die Maßnahmen einheitlich nach den hier aufgeführten Abläufen durchführen.

Auf den folgenden Seiten leiten wir Sie durch die einzelnen Maßnahmen von *interprof* HOME.

AUF FOLGENDE PUNKTE GEHEN WIR DABEI EIN:

ANSPRECHPERSONEN 4

1 IHRE ROLLEN UND AUFGABEN IN *INTERPROF* HOME 5

1.1 … ALS PFLEGEFACHPERSON 6
1.2 … ALS KOORDINIERENDE PERSON 7

2 DAS VERSORGUNGSKONZEPT I*NTERPROF* HOME 8

2.1 AUFTAKT-TREFFEN 10
2.1.1 WARUM FINDET DAS AUFTAKT-TREFFEN STATT? 10
2.1.2 WER NIMMT AM AUFTAKT-TREFFEN TEIL? 10
2.1.3 WANN FINDET DAS AUFTAKT-TREFFEN STATT UND WIE LANGE DAUERT ES? 10
2.1.4 WIE WIRD DAS AUFTAKT-TREFFEN ORGANISIERT? 10
2.1.5 WIE FINDET DAS AUFTAKT-TREFFEN STATT? 11
2.1.6 WAS WIRD WÄHREND DES AUFTAKT-TREFFENS BESPROCHEN? 11
2.2 BENENNUNG & STÄRKUNG EINER KOORDINIERENDEN PERSON 12
2.2.1 WARUM WIRD EINE KOORDINIERENDE PERSON BENANNT? 12
2.2.2 WER KANN DIE KOORDINIERENDE PERSON SEIN? 12
DIE ROLLE DER KOORDINIERENDE PERSON SOWIE IHRE VERTRETUNG KANN JEDE PERSON IM VERSORGUNGSTEAM ÜBERNEHMEN. AUF WUNSCH KÖNNEN DIE ROLLEN AUCH VON DER PERSON MIT PFLEGEBEDARF SELBST ODER EINE*R AN-/ZUGEHÖRIGEN ÜBERNOMMEN WERDEN. ES IST DIE AUFGABE DER ANDEREN TEAMMITGLIEDER, DIE KOORDINIERENDE PERSON ZU UNTERSTÜTZEN. 12
2.2.3 WANN WIRD EINE KOORDINIERENDE PERSON BENANNT? 12
2.2.4 WIE WIRD DIE KOMPONENTE „KOORDINIERENDE PERSON“ UMGESETZT? 12
2.3 DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEM (MESSENGER) 13
2.3.1 WARUM WIRD EIN DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEMS (MESSENGER) EINGERICHTET? 13
2.3.2 WER NUTZT DAS DIGITALE KOMMUNIKATIONSSYSTEM (MESSENGER)? 13
2.3.3 WANN WIRD EIN DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEM (MESSENGER) EINGERICHTET? 13
2.3.4 WIE WIRD EIN DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEMS (MESSENGER) EINGERICHTET? 14

2.3.5 Wie erfolgt die Kommunikation über ein digitales Kommunikationssystem (Messenger)? 14
2.4 Sondertelefonnummer 14
2.4.1 Warum wir eine Sondertelefonnummer eingerichtet? 14
2.4.2 Wer bietet eine Sondertelefonnummer an? 14
2.4.3 Wann wird eine Sondertelefonnummer eingerichtet? 15
2.4.4 Wie erfolgt die Kommunikation über eine Sondertelefonnummer? 15
2.5 Gemeinsamer Hausbesuch 16
2.5.1 Warum findet ein gemeinsamer Hausbesuch statt? 16
2.5.2 Wer nimmt am gemeinsamen Hausbesuch teil? 16
2.5.3 Wann findet der gemeinsame Hausbesuch statt? 16
2.5.4 Wie wird der gemeinsame Hausbesuch organisiert? 16
2.5.5 Wie und wann findet das Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person statt? 17
2.5.6 Was wird während des gemeinsamen Hausbesuches besprochen? 18
2.6 Gemeinsamen Besprechungen 22
2.6.1 Warum finden gemeinsame Besprechungen statt? 22
2.6.2 Wer nimmt an den gemeinsamen Besprechungen teil? 22
2.6.3 Wann finden die gemeinsamen Besprechungen statt? 22
2.6.4 Wie werden die gemeinsamen Besprechungen organisiert? 22
2.6.5 Wie und wann findet das Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person statt? 23
2.6.6 Was wird bei den gemeinsamen Besprechungen besprochen? 24
2.6.7 Weitere gemeinsame Besprechungen 25

Ansprechpersonen

Die Mitarbeiter*innen aus den Studienzentren werden Sie während der Einführung des Versorgungskonzepts telefonisch und auch gerne online begleiten und unterstützen. Bitte zögern Sie nicht, diese bei Fragen zu kontaktieren:

Kontakt zum Göttinger Studienteam:

Dr. med. Christiane Müller, MPH

christiane.mueller@med.uni-goettingen.de

Uta Sekanina

uta.sekanina@med.uni-goettingen.de

Tel.: 0551- 39-22638

Kontakt zum Hamburger Studienteam:

Dr. Britta Tetzlaff

interprof@uke.de

Tel.: 040-7410-57158

Kontakt zum Lübecker Studienteam:

Anja Kühn

anja.kuehn@uksh.de

Tel.: 0451-50057271

Kontakt zum Kölner Studienteam:

Richard Dano

richard.dano@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478 65483

1 Ihre Rollen und Aufgaben in *interprof* HOME

Bei der Versorgung von Personen mit Pflegebedarf ist es wichtig, dass die beteiligten Berufsgruppen miteinander harmonieren. Es wird angenommen, dass eine gut geplante Zusammenarbeit zu einer Verbesserung der Kommunikation führt. Folglich kann auch das Wohl der Person mit Pflegebedarf gefördert werden. Wissenschaftliche Studien haben zudem gezeigt, dass durch eine funktionierende Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung ungeplante Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

Sie können im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung auf umfassende Erfahrungen und wahrscheinlich auch eingespielte Abläufe zurückgreifen.

In *interprof* HOME gestaltet sich Ihre Rolle ein wenig anders, als Sie es aus Ihrer täglichen Arbeit gewohnt sind. Deshalb möchten wir Ihnen im Folgenden einige Hinweise zu Ihrer Rolle in *interprof* HOME geben. Die Beachtung dieser Hinweise trägt maßgeblich zum Erfolg unseres Projekts bei!

In *interprof* HOME haben Sie als **Pflegefachperson** oder auch als **koordinierende Person** besondere Aufgaben im interprofessionellen Versorger*innen-Team.

Als **Hausärztin/ Hausarzt** sowie als **Ergo-/ Physiotherapeut*in bzw. Logopäd*in** unterstützen bestmöglich die **koordinierende Person** bei ihren Aufgaben.

1.1 … als Pflegefachperson

Das Maßnahmenpaket *interprof* HOME ist an Personen mit Pflegebedarf gerichtet, die eine ambulante Versorgung durch mehrere Gesundheitsberufe (ambulanter Pflegedienst, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) in ihrer Häuslichkeit erhalten.

Sie in Ihrer Rolle als **Pflegefachperson** sind für die Zusammenkünfte im Versorgungsteam zuständig. Ihre Aufgaben liegen

1. in der Festlegung der Termine für einen **gemeinsamen Hausbesuch** und die **gemeinsamen Besprechungen**. Zudem erinnern Sie alle Beteiligten jeweils kurz vor den gemeinsamen Treffen.

2. Sie moderieren den **gemeinsamen Hausbesuch** und die **gemeinsamen Besprechungen.**

3. Sie dokumentieren während des **gemeinsamen Hausbesuches** und den **gemeinsamen Besprechungen**, die besprochenen Versorgungsbedarfe auf einem Formblatt und versenden dieses danach an alle Beteiligten.

4. Sie richten eine Gruppe in einem digitalen **Kommunikationssystem (Messenger)** ein.

5. Sie führen alle Kontaktdaten und **Sondertelefonnummern** zu einem Dokument zusammen, welches sie allen Beteiligten zur Verfügung stellen.

6. Sie drucken jeweils immer ein ausgefülltes Exemplar der Formblätter aus bzw. kopieren es und heften dieses in der *interprof* Home-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf ab.

7. Sie unterstützen bestmöglich die **koordinierende Person** bei ihren Aufgaben.

1.2 … als koordinierende Person

Das Maßnahmenpaket *interprof* HOME ist an Personen mit Pflegebedarf gerichtet, die eine ambulante Versorgung durch mehrere Gesundheitsberufe (ambulanter Pflegedienst, Hausärztinnen/ Hausärzte, Therapeut*innen) in ihrer Häuslichkeit erhalten.

Sie in Ihrer Rolle als **koordinierende Person** übernehmen

1. organisatorische Aufgaben, wie z.B.

- die Organisation und das Abholen von Rezepten, Medikamenten und Heilmittelverordnungen,
- die Organisation von Terminen mit Hausärzt*innen und Therapeut*innen,
- die Sammlung und ggf. Weiterleitung von Befunden/ Berichten verschiedener Versorger*innen (Hausärzt*innen, Therapeut*innen, ambulante Pflegedienste, Fachärzti*nnen),
- die Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen (z.B. bei der Beantragung eines Pflegegrades, Hilfsmitteln)

Bei Ihren Aufgaben werden Sie bestmöglich durch das gesamte Versorgungsteam unterstützt.

2. Sie führen mit der Person mit Pflegebedarf vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** und vor den **gemeinsamen Besprechungen** jeweils ein Vorgespräch, um aktuelle Anliegen und Ziele in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren.

3. Anhand eines Formblatts erfassen Sie diese Anliegen und legen gemeinsam mit der Person mit Pflegebedarf Ziele fest. Zudem notieren Sie dort Ihre eigenen Anliegen als **koordinierende Person.**

4. Sie teilen das ausgefüllte Formblatt des Vorgesprächs mit dem Versorgungsteam via Messenger, oder bitten die **Pflegefachperson,** dies für Sie zu tun.

6. Mit dem professionellen Versorgungsteam planen Sie während des **gemeinsamen Hausbesuchs** und den **gemeinsamen Besprechungen** das Vorgehen, um diese Ziele zu erreichen.

7. Während der nächsten **gemeinsamen Besprechungen** überprüfen Sie zusammen mit dem Versorgungsteam, ob die Ziele, ggf. Teilziele, erreicht wurden. Ggf. leiten Sie, gemeinsam mit dem professionellen Versorgungsteam, weitere Maßnahmen ein.

2 Das Versorgungskonzept i*nterprof* HOME

Aus welchen Komponenten besteht das Versorgungskonzept *interprof* HOME?



Auftakt-Treffen: An diesem Termin lernen sich alle an der Versorgung beteiligten Personen kennen. Zudem werden die Aufgaben im Projekt erklärt, Zuständigkeiten bestimmt sowie anstehende Termine festgelegt.



Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person: Die Aufgabe der **koordinierenden Person** liegt darin, die Person mit Pflegebedarf und ggf. An-/ Zugehörige bei der häuslichen Versorgung durch eine ganzheitliche Koordination zu unterstützen und zu entlasten. Sollte diese Rolle durch die Person mit Pflegebedarf oder eine*n An-/Zugehörige*n übernommen werden, ist es die Aufgabe der anderen Teammitglieder, die **koordinierende Person** soweit es möglich ist, zu unterstützen.



Digitales Kommunikationssystem (Messenger): Es wird ein digitales Kommunikationssystem (Messenger) für einen schnellen Austausch von Informationen und Bildern eingerichtet. Hierüber kann auch die Absprache von Terminen für den **gemeinsamen Hausbesuch** und die **gemeinsamen Besprechungen** erfolgen.



Sondertelefonnummer: Alle professionellen Versorger*innen richten eine **Sondertelefonnummer** ein bzw. nutzen ein Diensthandy. Die für die **Sondertelefonnummer** zuständige Person, die Anlässe sowie die Zeiten für die Nutzung der Nummer werden im Team besprochen. Ziel der **Sondertelefonnummer** ist eine schnellere Erreichbarkeit und verbesserte Kommunikation bei dringlichen Anlässen.



Gemeinsamer Hausbesuch: Es findet bis zu 2 Monaten nach dem Auftakttreffen ein **gemeinsamer Hausbesuch** statt, bei dem die aktuellen Anliegen der Person mit Pflegebedarf und das weitere Vorgehen besprochen werden.



Gemeinsame Besprechungen: In **gemeinsamen Besprechungen** werden die aktuellen gesundheitsbezogenen Anliegen der Person mit Pflegebedarf erneut erhoben und das weitere Vorgehen besprochen. Die gemeinsamen Besprechungen finden nach dem gemeinsamen Hausbesuch anlassbezogen nach Bedarf in Präsenz oder online statt.

Tab. 1: Umsetzung der einzelnen interprof HOME-Maßnahmen im Verlauf

Was?	Wann?	Organisation durch
Auftakt-Treffen	Festgelegter Termin nach Studieneinschluss	Studienzentrum
Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person	Beim Auftakttreffen	Studienzentrum
Digitales Kommunikationssystem (Messenger)	Bis ca. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen	Alle professionellen Versorger*innen
Sondertelefonnummer	Bis ca. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen	Alle professionellen Versorger*innen
Vorgespräch mit Person mit Pflegebedarf für gemeinsamen Hausbesuch	Ca. 1 Woche vor dem gemeinsamen Hausbesuch	**Koordinierende Person**
Gemeinsamer Hausbesuch	Bis 2 Monate nach Auftakt-Treffen	**Pflegefachperson**
Vorgespräch mit Person mit Pflegebedarf für gemeinsame Besprechung	Ca. 1 Woche vor der gemeinsamen Besprechung	**Koordinierende Person**
Gemeinsame Besprechungen	Anlassbezogen	**Pflegefachperson**

2.1 Auftakt-Treffen

2.1.1 Warum findet das Auftakt-Treffen statt?

Neben dem persönlichen Kennenlernen werden beim Auftakt-Treffen die einzelnen Komponenten des Versorgungskonzepts *interprof* HOME vorgestellt. Zudem wird besprochen, welche Person für die Durchführung der Komponenten verantwortlich ist. Zudem sollten die Termine für den **gemeinsamen Hausbesuch** festgelegt werden. Das Vorgehen wird immer mit der Person mit Pflegebedarf und ggf. mit den An-/Zugehörigen abgestimmt.

2.1.2 Wer nimmt am Auftakt-Treffen teil?

- Person mit Pflegebedarf,
- ggf. An-/Zugehörige*r,
- Pflegefachperson,
- Hausärzt*in,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in.

2.1.3 Wann findet das Auftakt-Treffen statt und wie lange dauert es?

Das **Auftakt-Treffen** findet im **ersten Monat** Ihrer Studienteilnahme in Präsenz oder in Form einer Videokonferenz statt und dauert max. 2 Stunden.

2.1.4 Wie wird das Auftakt-Treffen organisiert?

Einholen der Kontaktdaten

Die Person mit Pflegebedarf wird bei Studieneinschluss gebeten eine Kontaktliste **Formblatt 1 Kontaktliste** zu erstellen, die neben den Namen und Funktionen die Telefonnummer der professionellen Versorger*innen und ggf. der An-/ Zugehörigen beinhaltet. Das Studienteam nimmt dann telefonischen Kontakt zu den Personen auf, um weitere Daten wie E-Mail-Adressen, eventuell bereits bestehende **Sondertelefonnummern** und geeignete Zeiträume für gemeinsame Treffen in Erfahrung zu bringen. Diese werden dann in das **Formblatt 2 Kontaktliste Versorgungsteam** durch das Studienteam einzutragen.

Terminfindung

Ein Zeitpunkt für das **Auftakt-Treffen** wird durch das Studienteam nach Rücksprache mit den beteiligten Personen telefonisch und/ oder online, ggf. mit Hilfe eines Terminfindungstools (z.B. foodle) vereinbart.

2.1.5 Wie findet das Auftakt-Treffen statt?

Der Wunsch der Person mit Pflegebedarf ist maßgeblich dafür, ob das Treffen in Präsenz oder online stattfindet.

Veranstaltung in Präsenz

Falls geeignete Räumlichkeiten vorhanden sind, kann das Treffen mit allen Beteiligten in Präsenz gestaltet werden. Es kann in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf, der An-/Zugehörigen oder in Räumlichkeiten der professionellen Versorger*innen bzw. des Studienteams stattfinden.

Veranstaltung im Onlineformat

Sollte das Treffen als Videokonferenz stattfinden, richtet das Studienteam eine Videokonferenz auf einer datenschutzkonformen Plattform (z.B. WebEx, Big Blue Button) ein und lädt die Teilnehmenden dazu ein. Falls die Personen mit Pflegebedarf oder die An-/ Zugehörigen nicht in der Lage sind, eigenständig an der Videokonferenz teilzunehmen, wird eine Unterstützung durch das Studienteam angeboten, z.B. durch die Bereitstellung eines Tablets in der Häuslichkeit und Unterstützung beim Zugang zur Konferenz.

Moderation & Protokollführung

Die Moderation des Auftakt-Treffens erfolgt durch eine*n Mitarbeiter*in des Studienzentrums. Die **Pflegefachperson** wird gebeten das Auftakt-Treffen zu protokollieren **Formblatt 3 Auftakttreffen.**

2.1.6 Was wird während des Auftakt-Treffens besprochen?

Zeitraum (exemplarisch): 16:00 – 18:00 Uhr

16:00 – 16:10	Einleitende Worte, Vorstellung des Ablaufs der Veranstaltung, kurze Vorstellung Versorgungskonzept „*interprof* HOME“
16:10 – 16:35	Vorstellung Komponente „Auftakttreffen" inklusive Vorstellungsrunde („Kennenlernen")
16:35 – 17:00	Vorstellung der weiteren Komponenten
17:00– 17:20	Festlegung der Zuständigkeiten und Termine für die einzelnen Komponenten
17:20 - 17:50	Vorstellung des Ablaufes des gemeinsamen Hausbesuches und der gemeinsamen Besprechungen
17:50 -18:00	Zusammenfassung, Informationen zum weiteren Vorgehen, Verabschiedung

Vorstellung der Komponenten und Festlegung der Zuständigkeiten und Termine
Während des Auftakt-Treffens werden alle Komponenten nacheinander vorgestellt. Die Vorstellung erfolgt mittels der **Power-Point-Präsentation (Anhang 4 PPT_Auftakt-Treffen)**. Dabei wird festgelegt, welche Punkte für die Einführung der Komponentewichtig sind, welche Person die einzelnen Aufgaben übernimmt sowie wann die einzelne Komponente stattfindet. Die Zuordnungen werden im **Formblatt 3 Auftakt-Treffen** festgehalten.

2.2 Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person

2.2.1 Warum wird eine koordinierende Person benannt?

Die Benennung einer koordinierenden Person hat zum Ziel, Transparenz zu schaffen. Allen Beteiligten soll ersichtlich werden, welche Person die primäre Koordination der Versorgung übernimmt und welche Herausforderungen damit einhergehen.

2.2.2 Wer kann die koordinierende Person sein?

Die Rolle der koordinierende Person sowie ihre Vertretung kann jede Person im Versorgungsteam übernehmen. Auf Wunsch können die Rollen auch von der Person mit Pflegebedarf selbst oder eine*r An-/Zugehörigen übernommen werden. Es ist die Aufgabe der anderen Teammitglieder, die koordinierende Person zu unterstützen.

2.2.3 Wann wird eine koordinierende Person benannt?

Beim **Auftakt-Treffen** wird sowohl eine koordinierende Person als auch ihre Vertretung benannt.

2.2.4 Wie wird die Komponente „Koordinierende Person“ umgesetzt?

Die **koordinierende Person** übernimmt organisatorische Aufgaben, wie z.B.

- die Organisation und das Abholen von Rezepten, Medikamenten und Heilmittelverordnungen,
- die Organisation von Terminen mit Ärzt*innen und Therapeut*innen,
- die Sammlung und ggf. Weiterleitung von Befunden/ Berichten verschiedener Versorger*innen (Hausärzt*innen, Therapeut*innen, ambulanter Pflegedienste, Fachärzt*innen),
- die Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen (z.B. bei der Beantragung eines Pflegegrades, Hilfsmitteln).

Außerdem ist es die Aufgabe der koordinierenden Person vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** und vor den **gemeinsamen Besprechungen** jeweils ein Vorgespräch mit der Person

mit Pflegebedarf zu führen, um aktuelle Anliegen und Ziele in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren (Siehe hierzu 2.5.5).

Die Erfassung der Anliegen und Ziele der Person mit Pflegebedarf erfolgt mithilfe des **Formblattes 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch**. Zusätzlich werden die eigenen Anliegen und Ziele der **koordinierende Person** dokumentiert. Die koordinierende Person teilt das ausgefüllte Formblatt des Vorgesprächs mit dem Versorgungsteam via Messenger, oder bittet die **Pflegefachperson,** dies für sie zu tun. Während des **gemeinsamen Hausbesuchs** und den **gemeinsamen Besprechungen** plant die koordinierende Person mit dem professionellen Versorgungsteam das Vorgehen, um diese Ziele zu erreichen. Während der nächsten **gemeinsamen Besprechungen** überprüft die koordinierende Person zusammen mit dem Versorgungsteam, ob die Ziele, ggf. Teilziele, erreicht wurden. Ggf. leitet sie, gemeinsam mit dem professionellen Versorgungsteam, weitere Maßnahmen ein.

2.3 Digitales Kommunikationssystem (Messenger)

2.3.1 Warum wird ein digitales Kommunikationssystems (Messenger) eingerichtet?

Das digitale **Kommunikationssystem (Messenger)** ermöglicht einen Austausch von Textnachrichten, Bildern und Dokumenten. Dieser Austausch kann zwischen allen Beteiligten (Variante A) oder nur zwischen den professionellen Versorger*innen (Variante B) erfolgen. Zudem ist der Messenger ein Ort, an dem alle Informationen gebündelt werden können. Für dringende Anliegen wird zudem die Maßnahme **Sondertelefonnummer** eingerichtet.

2.3.2 Wer nutzt das digitale Kommunikationssystem (Messenger)?

- Pflegefachperson,
- Hausärzt*in,
- ggf. Personen mit Pflegebedarf,
- ggf. An-/Zugehörige*r,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in.

2.3.3 Wann wird ein digitales Kommunikationssystem (Messenger) eingerichtet?

Beim **Auftakt-Treffen** bzw. i**nnerhalb von 2 Wochen** richten alle Beteiligten (Variante A) oder nur alle professionellen Versorger*innen (Variante B) ein digitales **Kommunikationssystem (Messenger)** auf ihrem Computer oder (Dienst-)Handy ein. Ob Variante A oder B umgesetzt wird, wird gemeinsam bei **Auftakt-Treffen** entschieden.

2.3.4 Wie wird ein digitales Kommunikationssystems (Messenger) eingerichtet?

Während des **Auftakt-Treffens** entscheidet sich das Versorgungsteam für einen datenschutzkonformen[1] **Messenger** und die **Pflegefachperson** erstellt eine Gruppe mit beispielsweise dem Namen „*interprof* HOME“ und dem Vor- und Nachnamen der jeweiligen Person mit Pflegebedarf. Danach werden die anderen Nutzer*innen in die Gruppe eingeladen.

2.3.5 Wie erfolgt die Kommunikation über ein digitales Kommunikationssystem (Messenger)?

Jegliche nicht dringliche Kommunikation, kann über den Messenger erfolgen. Weiterhin werden über den Messenger der **gemeinsame Hausbesuch** sowie ggf. **gemeinsame Besprechungen** geplant. Auch können gemeinsame Besprechungen ggf. über den **Messenger** als Videokonferenz durchgeführt werden. (Dieses ist nur möglich, wenn bereits eine entsprechende Lizenz in einer Praxis oder einem Pflegedienst vorhanden ist). Sämtliche Formblätter von *interprof* HOME werden über den Messenger verschickt, sowie jeweils ein ausgedrucktes Exemplar in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf abgelegt und eines an das Studienteam gesendet.

Sollte die Person mit Pflegebedarf den **Messenger** selbst nicht nutzen können oder wollen, findet die Kommunikation via Messenger über die **koordinierende Person** statt. Die Person mit Pflegebedarf gibt dann ihr Anliegen an die **koordinierende Person** weiter.

2.4 Sondertelefonnummer



2.4.1 Warum wir eine Sondertelefonnummer eingerichtet?

Durch die **Sondertelefonnummer** können alle Beteiligten, vor allem bei dringenden Anlässen, schnell miteinander in Kontakt treten. So kann z.B. bei einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Person mit Pflegebedarf rasch gehandelt werden. Dies kann zu einer Vermeidung von Komplikationen sowie Krankenhauseinweisungen und Rettungsdiensteinsätzen führen.

2.4.2 Wer bietet eine Sondertelefonnummer an?

- Pflegefachperson/ bzw. ambulanter Pflegedienst,
- Hausärzt*in,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in.

[1] Einen von zertifizierenden Stellen zertifizierter Videodienstanbieter gemäß den Regelungen von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) finden Sie unter diesem Link: https://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-Videodienstanbieter.pdf

2.4.3 Wann wird eine Sondertelefonnummer eingerichtet?

Sofern noch keine **Sondertelefonnummer** vorhanden ist, richten alle professionellen Versorger*innen **innerhalb von 2 Wochen** nach dem **Auftakt-Treffen** eine **Sondertelefonnummer** ein. Diese Telefonnummer, die Zeiten der Erreichbarkeit und die Anlässe, bei denen diese genutzt werden soll, werden mithilfe des **Formblattes 4 Sondertelefonnummer** der Pflegefachperson mitgeteilt. Die **Pflegefachperson** führt alle Informationen in dem **Formblatt 3 Auftakt-Treffen** zusammen und teilt das Dokument via Messenger mit allen Versorger*innen. Zudem druckt sie ein Exemplar des Formblattes aus und legt es in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf ab.

2.4.4 Wie erfolgt die Kommunikation über eine Sondertelefonnummer?

Die Anlässe zur Nutzung der **Sondertelefonnummer** werden während des **Auftakt-Treffens** besprochen. Weiterhin wird abgestimmt, zu welchen Zeiten die Sondertelefonnummer von welchen Personen genutzt werden kann.

Innerhalb der hausärztlichen Praxis sollten zuständige Mitarbeitende bestimmt werden, die die **Sondertelefonnummer** zu bestimmten Zeiten bedienen, z.B. in einem bestimmten Zeitfenster während der regulären Öffnungszeiten.

Folgende Anlässe könnten für den Einsatz der **Sondertelefonnummer** gelten (Beispiele):

- (akute) Verschlechterung der Symptomlage,
- Medizinische, pflegerische, therapeutische Fragen und Anliegen,
- Medikamentenmanagement,
- Verordnungsmanagement.

Die Informationsübermittlung zu Beginn kann nach einem bestimmten Ablauf (Tabelle 2) erfolgen. Weitere Informationen für die Kommunikation über die Sondertelefonnummer können Sie dem **Formblatt 4 Sondertelefonnummer** entnehmen.

Tabelle 2: Arbeitshilfe – strukturierte Kommunikation in Anlehnung an SBAR[2]

Schritte	Beispiel	
Situation	Hier spricht… Von Praxis…/Dienst… Es geht um…(Name der Person mit Pflegebedarf) Aktuelles Problem benennen	**S**

[2] Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) „Arbeitshilfe Bessere Kommunikation2: SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation“. Zugriff am 28.02.2023 auf: https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a._SBAR_16.08.20.pdf

Hintergrund	Vorerkrankungen, Verlauf berichten	**B**
Einschätzung	Wie schätze ich die Situation ein? Was erwarte ich?	**A**
Empfehlung	Was, denke ich, ist zu tun? „Mein Wunsch ist, dass Sie…“	**R**

2.5 Gemeinsamer Hausbesuch



2.5.1 Warum findet ein gemeinsamer Hausbesuch statt?

Der **gemeinsame Hausbesuch** hat das Ziel, die aktuelle Gesundheitsversorgung der Person mit Pflegebedarf in ihrem häuslichen Umfeld zu besprechen und gemeinsam im Versorgungsteam Vorgehensweisen zur Verbesserung der Versorgungssituation abzustimmen. Zudem soll der **gemeinsame Hausbesuch** die Zusammenarbeit im Versorgungsteam stärken.

2.5.2 Wer nimmt am gemeinsamen Hausbesuch teil?

- Person mit Pflegebedarf,
- ggf. An- und Zugehörige*r,
- Pflegefachperson,
- Hausärzt*in,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in.

2.5.3 Wann findet der gemeinsame Hausbesuch statt?

Der **gemeinsame Hausbesuch** findet **bis zu zwei Monate nach dem Auftakt-Treffen** statt.

2.5.4 Wie wird der gemeinsame Hausbesuch organisiert?

Die **Pflegefachperson** übernimmt die Organisation und Moderation des **gemeinsamen Hausbesuchs**. Sie kümmert sich um einen gemeinsamen Termin, falls eine Terminfestlegung nicht bereits beim **Auftakt-Treffen** stattgefunden hat. Ebenso erinnert die **Pflegefachperson** kurz zuvor alle Beteiligten via **Messenger** und/ oder telefonisch an den **gemeinsamen Hausbesuch.** Die folgende Checkliste hilft, an alle wichtigen Punkte zu denken:

Checkliste für den gemeinsamen Hausbesuch

- ☐ Datum und Uhrzeit des gemeinsamen Hausbesuchs sind festgelegt
- ☐ Person mit Pflegebedarf ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- ☐ An-/ Zugehörige*r ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- ☐ Hausärzt*in ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt

- ☐ Therapeut*in(nen) ist (sind) über den Termin informiert und hat (haben) die Teilnahme bestätigt
- ☐ Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person hat stattgefunden und das ausgefüllte **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** liegt allen Beteiligten vor
- ☐ **Formblatt 6a Zielvereinbarungen Hausbesuch** und ggf. Endgerät zur Protokollführung sind eingepackt

2.5.5 Wie und wann findet das Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person statt?

Etwa eine Woche vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** findet ein Vorgespräch zwischen der der Person mit Pflegebedarf und der **koordinierenden Person** statt. Die Inhalte werden auf dem **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** notiert. Bei dem Vorgespräch bittet die **koordinierende Person** die Person mit Pflegebedarf, ihre aktuellen Anliegen und Ziele (maximal fünf) zu formulieren. Beispiele für Anliegen und Ziele aus Sicht der Person mit Pflegedarf, die bei einem Vorgespräch besprochen werden sollen, finden Sie in Abbildung 2.

Auch die **koordinierende Person** selbst formuliert maximal drei Anliegen und Fragen, die bei dem **gemeinsamen Hausbesuch** angesprochen werden sollen. Das könnte zum Beispiel der Bedarf, Befunde nach einem Termin bei einer Fachärzt*in zu besprechen, die Beantragung von Hilfsmitteln oder die Veränderung des Pflegegrades sein (Abbildung 3). Die **koordinierende Person** lässt das **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** allen Beteiligten via digitales Kommunikationssystem (Messenger) zukommen oder bittet die Pflegefachperson dies zu tun. Das **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** sollte beim **gemeinsamen Hausbesuch** allen Beteiligten vorliegen. Es soll ihnen bei der Ausformulierung der Zielvereinbarungen und der Planung des weiteren Vorgehens eine Orientierung bieten.

Aktuelle Anliegen & Ziele aus der Sicht der Person mit Pflegebedarf		
	Anliegen	**Ziel**
1	Das Aufstehen vom Stuhl und der Gang bis zur Toilette fällt mir schwer.	Ich möchte allein vom Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen können.
2	Ich vergesse immer, wann der Pflegedienst kommt.	Ich möchte mich erinnern, wann der Pflegedienst kommt.
3	Ich wache regelmäßig nachts auf und kann nicht einschlafen.	Ich würde gerne in der Nacht durchschlafen können.

4	Nach dem Toilettengang kann ich mich nicht richtig anziehen.	Nach dem Toilettengang würde ich mich gerne wieder richtig anziehen können.
5	Ich habe Schmerzen beim Wasserlassen.	Ich hätte gerne keine Schmerzen beim Wasserlassen.

Abb. 2: Beispiele für Anliegen und Ziele aus Sicht der Person mit Pflegedarf

Aktuelle Anliegen aus der Sicht der koordinierenden Person	
	Aktuelles Anliegen
1	Meine Mutter war am 09.03.2023 beim Neurologen. Der hat ein neues Medikament verordnet. Darüber würde ich gerne einmal sprechen.
2	Ist es vielleicht sinnvoll, dass meine Mutter einen Toilettenstuhl verordnet bekommt? Aus meiner Sicht würde das die Gefahr nachts zu fallen minimieren, da sie dann das Schlafzimmer nicht verlassen muss, wenn Sie mal müsste.
3	Die Nachbarin meiner Mutter hat gesagt, dass es möglich wäre, einen Behindertenausweis zu beantragen. Es wäre damit auch möglich den Parkplatz direkt vor der Arztpraxis zu benutzen. Können Sie mir sagen, wie wir das machen können?

Abbildung 3: Beispiele für Anliegen und Fragen aus Sicht der koordinierenden Person

2.5.6 Was wird während des gemeinsamen Hausbesuches besprochen?

Zeitraum (exemplarisch): 16:00 – 16:45 Uhr

16:00 – 16:05	Ankommen
16:05 – 16:15	Vorstellung des Ablaufs, Darstellung der aktuellen Anliegen und Versorgungsziele durch die Person mit Pflegebedarf/ koordinierende Person
16:15 – 16:35	Festlegung des konkreten Vorgehens zur Verbesserung der Versorgung durch das Versorgungsteam
16:35 – 16:45	Zusammenfassung, Sonstiges, Verabschiedung

Darstellung der aktuellen Anliegen und Versorgungsziele durch Person mit Pflegebedarf/ koordinierende Person

Zunächst wird die Person mit Pflegebedarf durch die **Pflegefachperson** gefragt, welche aktuellen Anliegen und Ziele sie hat und aktuell besprechen möchte. Diese werden von der **Pflegefachperson** in das **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** eingetragen.

Festlegung des Vorgehens zur Verbesserung der Versorgung durch alle Beteiligten

Nach dem Besprechen der Anliegen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person werden Ziele für die Versorgung und die Vorgehensweisen von allen Beteiligten festgelegt und in **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** notiert.

In Abbildung 4 sind Beispiele für Themenbereiche aufgeführt, zu denen Ziele entwickelt werden können. Es sind jedoch auch andere Themenbereiche möglich. Auch die Anordnung von Bedarfsmedikamenten kann in diesem Rahmen besprochen werden.

Am Ende des Hausbesuchs wären nach Möglichkeit drei Ziele zu formulieren. Es empfiehlt sich die Ziele nach den SMART- Kriterien zu formulieren.

S = spezifisch,

M= messbar,

A= akzeptiert/attraktiv,

R= realistisch und

T= terminiert.

	Zielvereinbarungen	**Vorgehen**	**Zuständigkeiten**	**Evaluation** **Datum:** 18.02.2023
✖**Körperfunktionen und -struktur,** z.B. Schmerz, Sehen, Hören, Gleichgewicht, Emotionen)	Frau B. hat in den nächsten Tagen keine Schmerzen mehr beim Wasserlassen.	medikamentöse Behandlung (Antibiotikum)	Ärzt*in	Goldrutenkraut hat nur unzureichend geholfen, deshalb Antibiotikum, nach 2 Tagen war sie schmerzfrei
✖**Mobilität**, z.B. Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	Frau B. kann in 4 Wochen selbständig vom Stuhl aufstehen und die 3m ins Badezimmer am Rollator zurücklegen.	Tägliche Förderung der Mobilisation. Tägliches Gehtraining mit Pflege und An-/Zugehöriger, 5 Min, zusätzlich 2x wöchentlich Physiotherapie und 1x wöchentlich Ergotherapie	Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege, An-/Zugehörige	Teilziel: Frau B. kann teilweise selbständig vom Armlehnen-Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen.

✖ **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten**, z.B. örtliche und zeitliche Orientierung, Gedächtnis, Beteiligung an einem Gespräch	Frau B. ist in der Lage, sich aktiv an Gesprächen zu beteiligen	Die Fähigkeit, kommunizieren zu können, wird bei Fr. B. gefördert - 2x die Woche Logopädie, - Pflegende animieren Frau B. während der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten zum Sprechen	Logopädie, Pflege	Teilziel: Frau B. ist in der Lage, selbstständig ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Sie benötigt jedoch noch Unterstützung, um fließend und pausenlos kommunizieren zu können.
✖ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** (Förderung zur Teilhabe am Alltagsleben)	Frau B. erhält zur Zeit des Kaffeetrinkens regelmäßig Gesellschaft, da sie derzeit nicht in der Lage ist, an sozialen Aktivitäten außerhalb ihrer Wohnung teilzunehmen.	Angehörige organisiert eine Ehrenamtliche, die Frau B 2x wöchentlich Gesellschaft beim Kaffeetrinken in ihrer Wohnung leistet.	An-/Zugehörige	Frau B. hat 2x wöchentlich Besuch von Frau Schneider ☺
☐ **Selbstversorgung**, z.B. Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Rasieren, Kämmen usw.), An- und Auskleiden, Ernährung (Essen mundgerecht zubereiten/ Getränk eingießen, Essen und Trinken) sowie Ausscheiden (Toilette benutzen, Umgang mit Dauerkatheter und Stoma usw.)				
☐ **Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen**, z.B. Medikation, Injektion, Arztbesuche				

Abb. 4: Beispiele für Themenbereiche

Während des Hausbesuchs protokolliert **Pflegefachperson** die besprochenen Ziele sowie das Vorgehen in **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch**. Die Umsetzung der festgelegten Ziele wird bei der folgenden **gemeinsamen Besprechung** von den Beteiligten ausgewertet.

Das ausgefüllte **Formblatte 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** wird von der **Pflegefachperson** im Anschluss an den gemeinsamen Hausbesuch an alle Beteiligten via Messenger versendet.

Ein Exemplar des **Formblattes 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** und des **Formblattes 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** wird durch die **Pflegefachperson** ausgedruckt und in der *interprof* Home-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf abgeheftet sowie jeweils ein gedrucktes Exemplar an das Studienteam gesendet.

2.6 Gemeinsamen Besprechungen

2.6.1 Warum finden gemeinsame Besprechungen statt?

Auch bei den **gemeinsamen Besprechungen** steht die Versorgung der Person mit Pflegebedarf im Fokus. Durch die Vereinbarung von Zielen und dem Vorgehen aller Beteiligten kann die Versorgung der Person mit Pflegebedarf passgenauer erfolgen und damit verbessert werden.

Die gemeinsame Auswertung der Zielerreichung bei der nächsten gemeinsamen Besprechung zeigt allen Beteiligten mögliche Veränderungen direkt auf.

Die Anliegen und Versorgungsziele der Person mit Pflegebedarf werden, wie auch beim **gemeinsamen Hausbesuch,** in einem Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der **koordinierenden Person** besprochen.

2.6.2 Wer nimmt an den gemeinsamen Besprechungen teil?

- Pflegefachperson,
- Hausärzt*in,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in,
- ggf. Person mit Pflegebedarf
- ggf. An-/Zugehörige*r.

Die Personen mit Pflegebedarf und die An-/ Zugehörigen entscheiden selbst, ob sie an den **gemeinsamen Besprechungen** teilnehmen möchten, sofern sie nicht selbst die **koordinierende Person** sind.

2.6.3 Wann finden die gemeinsamen Besprechungen statt?

Regelmäßige, **gemeinsame Besprechungen** finden anlassbezogen vor Ort, per Video oder telefonisch statt.

Die **koordinierende Person** bittet aufgrund aktueller Anliegen, die gemeinsam mit dem gesamten Versorgungsteam besprochen werden sollten, um eine **gemeinsame Besprechung**.

2.6.4 Wie werden die gemeinsamen Besprechungen organisiert?

Die Organisation sowie die Moderation der **gemeinsamen Besprechungen** findet durch **die Pflegefachperson** statt.

Anlassbezogen kümmert sich **die Pflegefachperson** um einen gemeinsamen Termin für die gemeinsame Besprechung, die Besprechungsform sowie, falls in Präsenz, den Ort. Ebenso

erinnert **die Pflegefachperson** kurz zuvor alle Beteiligten via **Messenger** und/ oder telefonisch an die **gemeinsame Besprechung**. Die folgende Checkliste hilft Ihnen, an alle wichtigen Punkte zu denken:

Checkliste für die gemeinsamen Besprechungen

- ☐ Datum und Uhrzeit der gemeinsamen Besprechung sind festgelegt
- ☐ Person mit Pflegebedarf ist über den Termin informiert und hat ihre Teilnahme bestätigt
- ☐ An-/ Zugehörige*r ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- ☐ Hausärzt*in ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- ☐ Pflegefachperson ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- ☐ Therapeut*in(nen) ist (sind) über den Termin informiert und hat (haben) die Teilnahme bestätigt
- ☐ Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person hat stattgefunden
- ☐ **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Besprechungen** liegt allen Beteiligten vor
- ☐ **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** und ggf. Endgerät zur Protokollführung sind eingepackt
- ☐ **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** oder **Zielvereinbarungen Besprechungen** für die Evaluation der Ziele liegt vor

2.6.5 Wie und wann findet das Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person statt?

Etwa eine Woche vor der **gemeinsamen Besprechung** findet ein Vorgespräch zwischen der der Person mit Pflegebedarf und der **koordinierenden Person** statt. Die Inhalte werden auf **dem Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** notiert. Bei dem Vorgespräch bittet die **koordinierende Person** die Person mit Pflegebedarf, ihre aktuellen Anliegen und Ziele (maximal fünf) zu formulieren. Beispiele für Anliegen und Ziele aus Sicht der Person mit Pflegedarf, die bei einem Vorgespräch besprochen werden sollen, finden Sie in Abbildung 2. Auch die **koordinierende Person** formuliert Anliegen und Fragen, die bei der **gemeinsamen Besprechung** angesprochen werden sollen. Die **koordinierende Person** lässt das **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Besprechungen** allen Beteiligten via digitalem Kommunikationssystem (Messenger) zukommen oder bittet die Pflegefachperson dies zu tun. **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Besprechungen** sollte bei den **gemeinsamen Besprechungen** allen Beteiligten vorliegen, um ihnen bei der Ausformulierung der Zielvereinbarungen und der Planung des weiteren Vorgehens eine Orientierung zu bieten.

2.6.6 Was wird bei den gemeinsamen Besprechungen besprochen?

Zeitraum (Beispiel): 16:00 – 16:45 Uhr

16:00 – 16:05	Ankommen
16:05 – 16:40	Vorstellung des Ablaufs
	Auswertung der Erreichung der Versorgungsziele und Anliegen vom Hausbesuch / von der letzten Besprechung
	Bericht der aktuellen Versorgungslage durch Person mit Pflegebedarf/ koordinierende Person
	Anliegen und Ziele der Person mit Pflegebedarf/ koordinierenden Person
	Festlegung des Vorgehens zur Verbesserung der Versorgung durch alle Beteiligten
16:40 – 16:45	Zusammenfassung, Sonstiges, Verabschiedung

Auswertung der Zielerreichung

Zunächst werden die Zielvereinbarungen des **gemeinsamen Hausbesuches** ausgewertet und Anmerkungen zur Umsetzung in das **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** eingetragen.

Bericht der aktuellen Versorgungslage sowie Anliegen und Versorgungsziele durch Person mit Pflegebedarf/ koordinierende Person

Danach wird die Person mit Pflegebedarf durch die **Pflegefachperson** gefragt, welche aktuellen Anliegen und Ziele sie hat und aktuell besprechen möchte. Diese werden bei der **ersten gemeinsamen Besprechung** von der **Pflegefachperson** in das **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** eingetragen.

Festlegung des Vorgehens zur Verbesserung der Versorgung durch alle Beteiligten

Danach werden die Anliegen und Versorgungsziele der Person mit Pflegebedarf und der **koordinierenden Person** im Versorgungsteam besprochen. Ziele für die Versorgung und die Vorgehensweisen aller Beteiligten werden festgelegt und in dem **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** notiert.

In der Abbildung 4 auf Seite 20 sind Beispiele für Themenbereiche aufgeführt, zu denen Ziele entwickelt werden können. Es sind jedoch auch andere Themenbereiche möglich. Auch die Anordnung von Bedarfsmedikamenten kann bei den gemeinsamen Besprechungen Inhalt sein.

In den gemeinsamen Besprechungen sollten nach Möglichkeit drei Ziele formuliert werden. Es empfiehlt sich, die Ziele möglichst SMART zu formulieren.

S = spezifisch,

M= messbar,

A= akzeptiert/attraktiv,

R= realistisch und

T= terminiert.

Während der gemeinsamen Besprechung protokolliert die **Pflegefachperson** die besprochenen Ziele sowie das weitere Vorgehen im **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen.** Die Erreichung der festgelegten Ziele wird bei der **folgenden gemeinsamen Besprechung** von den Beteiligten bewertet.

Das **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** wird von der **Pflegefachperson** im Anschluss an die **gemeinsame Besprechung** an alle Beteiligten via Messenger versendet.

Ein Exemplar des **Formblattes 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Besprechungen** und des **Formblattes 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** wird durch die **Pflegefachperson** ausgedruckt und in der *interprof* Home-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf abgeheftet sowie jeweils ein Exemplar an das Studienteam gesendet.

2.6.7 Weitere gemeinsame Besprechungen

Weitere **gemeinsame Besprechungen** können anlassbezogen durchgeführt werden. Der Ablauf und die Inhalte der gemeinsamen Besprechungen entsprechen denen der ersten Besprechung.

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Arbeitsmaterialien

Formblatt 1: Kontaktliste

	Vorname, Name	Telefon
Meine Kontaktdaten		
Meine An- bzw. Zugehörige/ Mein An- bzw. Zugehöriger		
Mein*e Hausärzt*in/		
Mein ambulanter Pflegedienst		
Meine Ansprechperson im ambulanten Pflegedienst		
Mein*e Ergotherapeut*in		
Mein*e Logopäd*in		
Mein*e Physiotherapeut*in		

Formblatt 2: Kontaktliste Versorgungsteam

Person mit Pflegebedarf	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Fax:						
E-Mail:						

An- / und Zugehörige*r	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Fax:						
E-Mail:						

Hausärzt*in	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Ambulanter Pflegedienst (Pflegefachperson)	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Ergotherapeut*in	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Logopäd*in	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Physiotherapeut*in		Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz				
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Formblatt 3: Auftakt-Treffen

Allgemeines

Datum: _____

Ort: _____

Format: ☐ Präsenz ☐ online

Anwesende **Vorname, Name:**

☐ Person mit Pflegebedarf _____

☐ Zu- / Angehörige _____

☐ Pflegefachperson _____

☐ Hausärzt*in _____

☐ Ergotherapeut*in _____

☐ Logopäd*in _____

☐ Physiotherapeut*in _____

Dauer des Auftakt-treffens: Von:_____ bis:_____

Dokumentation durch: _____

Koordinierende Person

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Notizen:

_____

_____

_____

_____

_____

Digitales Kommunikationssystem (Messenger)

Name der Gruppe im Messenger: _____

☐ Variante A: Alle Beteiligten sind in der Gruppe

☐ Variante B: Alle professionellen Versorger*innen sind in der Gruppe

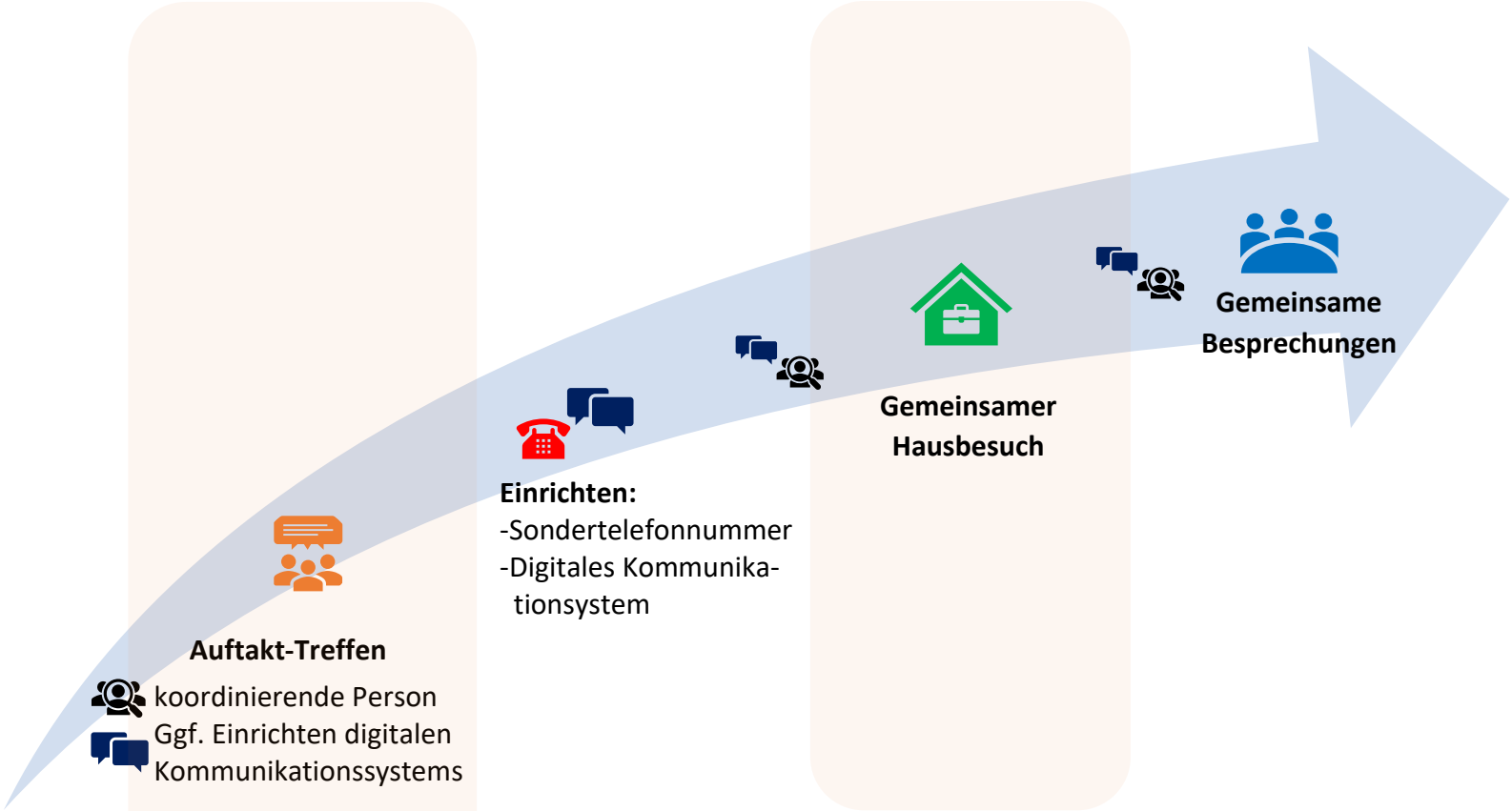
Sondertelefonnummer

	Anrede	Titel	Vorname	Name	Sondertelefon-nummer	Ansprechperson Sondertelefon-nummer: *Anrede, Name*	Erreichbarkeit	Kann genutzt werden, bei:	Kann nicht ge-nutzt werden, bei:
Pflegefachperson							MO: DI: MI: DO: FR: SA: SO:		
Hausärzt*in							MO: DI: MI: DO: FR: SA: SO:		
Ergotherapeut*in							MO: DI: MI: DO: FR: SA: SO:		

	Anrede	Titel	Vorname	Name	Sondertelefon-nummer	Ansprechperson Sondertelefon-nummer: *Anrede, Name*	Erreichbarkeit	Kann genutzt werden, bei:	Kann nicht ge-nutzt werden, bei:
Logopäd*in							MO:		
							DI:		
							MI:		
							DO:		
							FR:		
							SA:		
							SO:		
Physio-therapeut*in							MO:		
							DI:		
							MI:		
							DO:		
							FR:		
							SA:		
							SO:		

Alle beteiligten professionellen Versorger*innen erhalten, im Anschluss an das Auftakttreffen, jeweils das „*Formblatt 4: Sondertelefon-nummer*“. Dieses wird im Anschluss an Sie, als Pflegefachperson versandt. Bitte tragen Sie die entsprechenden Daten in diese Über-sichtstabelle *„Sondertelefonnummer“* ein.

Zeitlicher Ablauf der Komponenten (die letzten Besprechungen können weg)



Zeitspanne	1 Monat nach Studieneinschluss z.B. 01.02.2023	2 Wochen nach Auftakttreffen z.B. 14.02.2023	Bis 2 Monate nach Auftakt-Treffen z.B. 01.04.2023	Anlassbezogen, nach Be-darf
Termin	[ ].[ ].[ ]		[ ].[ ].[ ] ☐ Wird noch festgelegt	[ ].[ ].[ ]
Koordiniert durch:	Studienteam	Alle professionellen Versorger*innen	☐ Pflegefachperson ☐_____	☐Pflegefachperson ☐_____

Was?	Wann?	Wer?	Dokumentation durch:	Vorname, Name:
Einrichtung digitales Kommunikationssystem (Messenger)	Bis ca. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen	Alle	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____
Einrichtung Sondertelefonnummer	Bis ca. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen	Alle	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____
Erledigt bis:	[ ].[ ].[ ]			
Vorgespräch: Koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf				

Was?	Wann?	Organisation und Moderation durch:	Vorname, Name:	Dokumentation durch:	Vorname, Name
Gemeinsamer Hausbesuch	Bis 2 Monate nach Auftakt-Treffen	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____
Termin am:	[ ].[ ].[ ] ☐ Wird noch festgelegt				

Vorgespräch: Koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf					
Was?	Wann?	Organisation und Moderation durch:	Vorname, Name:	Dokumentation durch:	Vorname, Name:
Gemeinsame Besprechung	anlassbezogen	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____
Termin am:	[ ].[ ].[ ] ☐ Wird noch festgelegt				
Vorgespräch: Koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf					
Gemeinsame Besprechungen	anlassbezogen	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____
Termin am:	[ ].[ ].[ ]				
Vorgespräch: Koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf					
Gemeinsame Besprechungen	anlassbezogen	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____	☐ Pflegefachperson ☐_____	_____ _____
Termin am:	[ ].[ ].[ ] ☐ Wird noch festgelegt				

Formblatt 4: Sondertelefonnummer

Vorname, Name: _____

☐ Pflegefachperson ☐ Hausärzt*in ☐ Ergotherapeut*in ☐ Logopäd*in ☐ Physiotherapeut*in

Eine Maßnahme des Maßnahmenpaketes *interprof* HOME ist die Einführung einer Sondertelefonnummer. Ziel dieser Sondertelefonnummer ist eine verbesserte Erreichbarkeit. Zu welchen Anlässen bzw. dringlichen Anliegen Ihre Sondernummer genutzt werden darf, besprechen Sie in Ihrem Versorgungsteam.

Die Sondertelefonnummer meiner Einrichtung lautet: _____

Folgende Person ist dafür verantwortlich: _____

Zu folgenden Zeiten ist diese erreichbar:

Montag	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**	**Samstag**	**Sonntag**
☐ zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	☐ zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	☐ zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	☐ zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	☐ zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	☐ zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	☐ zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____
☐ und/oder: _____ _____ _____	☐ und/oder: _____ _____ _____	☐ und/oder: _____ _____ _____	☐ und/oder: _____ _____ _____	☐ und/oder: _____ _____ _____	☐ und/oder: _____ _____ _____	☐ und/oder: _____ _____ _____

Die Sondertelefonnummer kann genutzt werden bei Anliegen…	Die Sondertelefonnummer soll **nicht** genutzt werden bei…
☐ … zur allgemeinen Organisation der Versorgung ☐ … zu pflegerischen/therapeutischen Maßnahmen ☐ … zu (Pflege-) Hilfsmitteln ☐ … zum Allgemeinzustand der Person mit Pflegebedarf ☐ … Sonstiges: - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____	☒ Lebensbedrohlichen Ereignissen/ Zuständen ☐Bitte führen Sie hier die Anlässe auf: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Formblatt 5: Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamem Hausbesuch oder gemeinsamen Besprechungen

Vorname, Name der Person mit Pflegebedarf:	**Koordinierende Person:**	**Datum:**
_____	_____	_____

Liebe koordinierende Person,

vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** oder gemeinsamen Besprechungen besprechen Sie die Anliegen und Ziele für die Versorgung mit der Person mit Pflegebedarf und notieren diese in diesem Formblatt. Außerdem notieren Sie Ihre eigenen Anliegen und Wünsche als koordinierende Person. Das Formblatt senden Sie bitte allen Versorger*innen vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** oder der **gemeinsamen Besprechung** via digitales Kommunikationssystem (Messenger) zu oder bitten Sie die Pflegefachperson dieses zu tun.

Bedenken Sie bei den Anliegen und Zielen der Person mit Pflegebedarf, dass diese in einem realistischen Rahmen umsetzbar sind.

Es sollten drei bis maximal fünf Anliegen und Ziele aufgeführt werden.

Das Formblatt 5 wird von der Pflegefachperson ausgedruckt und in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit abgelegt. Außerdem wird ein Exemplar durch die Pflegefachperson an das Studienteam versendet.

Ein Beispiel zum Ausfüllen sehen Sie hier. Weitere Beispiele finden Sie im Handbuch. Ihre Dokumentation beginnt auf der folgenden Seite.

	Aktuelles Anliegen	**Ziel**
1	Das Aufstehen vom Stuhl und der Gang bis zur Toilette fällt mir schwer.	Ich möchte allein vom Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen können.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Welche Anliegen und Ziele haben Sie als Person mit Pflegebedarf?

	Aktuelles Anliegen	Ziel
1		
2		
3		
4		
5		

Welche Wünsche und Anliegen haben Sie darüber hinaus als koordinierende Person?

Anhaltspunkte könnten sein:

- Fachärzt*innentermine (Besprechung von Befunden)
- Beantragung von Hilfsmitteln/ Behindertenausweisen
- Erhöhung/ Veränderung des Pflegegrades

	Aktuelle Anliegen
1	
2	
3	

Formblatt 6: Zielvereinbarungen gemeinsamer Hausbesuch oder gemeinsame Besprechung Seite 1/3

Liebe Pflegefachperson,

während **des gemeinsamen Hausbesuchs** oder bei **gemeinsamen Besprechungen** werden die Anliegen und Ziele der Person mit Pflegebedarf sowie die Wünsche und Anliegen der koordinierenden Person besprochen.

Die Ziele für die Versorgung der Person mit Pflegebedarf und die Vorgehensweisen der professionellen Versorger*innen werden festgelegt und in diesem Formblatt notiert. Sie werden beim jeweiligen nächsten Treffen von den professionellen Versorger*innen evaluiert.

Das Formblatt 6 wird von Ihnen an alle Versorger*innen via digitales Kommunikationssystem (Messenger) versandt und von der Pflegefachperson der *interprof* Home-Mappe archiviert. Außerdem wird ein Exemplar durch die Pflegefachperson an das Studienteam via digitales Kommunikations-system (Messenger) versendet.

Bei der Formulierung der Ziele sollte darauf geachtet werden, dass diese konkret, messbar, realistisch und terminiert sein sollten.

Ein Beispiel finden Sie vorab ausgefüllt unten im Dokument. Weitere Hinweise zum Ausfüllen dieses Formblatts erhalten Sie im Handbuch im Abschnitt **gemeinsamer Hausbesuch und gemeinsame Treffen**.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Allgemeines

Datum: _____

Ort: _____

Format: ☐ Präsenz ☐ online

Anwesende	**Vorname, Name:**
☐ Person mit Pflegebedarf	_____
☐ Zu- / Angehörige	_____
☐ Pflegefachperson	_____
☐ Hausärzt*in	_____
☐ Ergotherapeut*in	_____
☐ Logopäd*in	_____
☐ Physiotherapeut*in	_____

Dauer: Von:_____ bis:_____

Dokumentation durch: _____

Koordinierende Person	**Notizen:**
☐	_____
☐	_____
☐	_____
☐	_____
	_____
	_____
	_____

Ihre Dokumentation:

	Zielvereinbarungen am	Vorgehen	Zuständigkeiten	Auswertung (nächstes Treffen) Datum:
☐ **Körperfunktionen und -struktur** ☒ **Mobilität** ☐ **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** ☐ **Selbstversorgung** ☐ **Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen** ☐ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** ☐ **Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen**	Frau B. kann in 4 Wochen selbständig vom Stuhl aufstehen und die 3m ins Badezimmer am Rollator zurücklegen.	Tägliche Förderung der Mobilisation:. Tägliches Gehtraining mit Pflege, 5 Min und Angehörigen, zusätzlich 2x wöchentlich Physiotherapie und 1x wöchentlich Ergotherapie	Angehörige, Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege,	18.02. 2023 Teilziel: Frau B. kann teilweise selbständig vom Armlehnen-Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen.
☐ **Körperfunktionen und -struktur** ☐ **Mobilität** ☐ **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** ☐ **Selbstversorgung** ☐ **Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen** ☐ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** ☐ **Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen.**				

	Zielvereinbarungen	Vorgehen	Zuständigkeiten	Evaluation Datum:
☐ **Körperfunktionen und -struktur** ☐ **Mobilität** ☐ **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** ☐ **Selbstversorgung** ☐ **Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen** ☐ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** ☐ **Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen**				
☐ **Körperfunktionen und -struktur** ☐ **Mobilität** ☐ **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** ☐ **Selbstversorgung** ☐ **Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen**				

	Zielvereinbarungen	Vorgehen	Zuständigkeiten	Evaluation Datum:
☐ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** ☐ **Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen**				
☐ **Körperfunktionen und -struktur** ☐ **Mobilität** ☐ **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten** ☐ **Selbstversorgung** ☐ **Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen** ☐ **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** ☐ **Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen**				