

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P07-137

**Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen:
Patientenstruktur und Ergebnisqualität**

Klaus Wingenfeld, Marly Joosten, Claudia Müller
und Ingrid Ollendiek

unter Mitarbeit von Thomas Kleina und Sandra
Grösbrink

Bielefeld, November 2007

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Während der 1990er Jahre setzten verstärkt Bemühungen zur Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte für eine fachgerechte Pflegeüberleitung des Krankenhauspatienten ein. Inzwischen sind Stellen für Pflegeüberleitung und anders benannte Formen des pflegerischen Entlassungsmanagements in vielen Krankenhäusern fest etabliert. Die Arbeit dieser Stellen ist bislang jedoch kaum dokumentiert. Auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Pflegeüberleitungen in NRW wurde daher gemeinsam mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld ein Projektvorhaben durchgeführt, das der Frage nachging, welche Krankenhauspatienten Unterstützung in Form einer Pflegeüberleitung bzw. eines pflegerischen Entlassungsmanagements erhalten und wie die Patienten und Angehörigen die erhaltene Unterstützung beurteilen.

An der Studie beteiligten sich insgesamt 13 Krankenhäuser. Die Untersuchung wurde in Form einer schriftlichen Befragung der Patienten/Angehörigen und einer ergänzenden Erhebung von allgemeinen Patienteninformationen durchgeführt. Von den 1178 einbezogenen Patienten erhielten 499 eine ausgedehntere Unterstützung („Überleitungspatienten“). Von den an sie ausgegebenen Fragebögen wurden 294 zurückgeschickt. Die Hälfte der Fragebögen wurde von Angehörigen ausgefüllt.

Patienten, die von den Stellen für Pflegeüberleitung intensiv begleitet werden, sind den Untersuchungsergebnissen zufolge überwiegend Personen im höheren Lebensalter mit chronischen Erkrankungen und erheblichen Einschränkungen ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit. Die mittlere Verweildauer dieser Überleitungspatienten lag bei 24 Tagen und damit weit über dem Durchschnitt der Krankenhauspatienten. Das Spektrum der Erkrankungen ist geprägt durch einen relativ hohen Anteil von Tumor- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Mehr als 70% der Überleitungspatienten weisen Mobilitätseinschränkungen auf, knapp ein Drittel kognitive Einbußen. Für 13,4% der Patienten war eine infauste Prognose dokumentiert.

Die Beurteilung der Pflegeüberleitung durch die Patienten und Angehörigen fiel in allen 13 Krankenhäusern ausgesprochen positiv aus. Dies betrifft organisatorische Aspekte ebenso wie die Qualität von Information und Beratung. Lediglich zwei der knapp 300 Befragten hielten die geleistete Unterstützung für mangelhaft oder ungenügend. Die große Mehrheit der Befragten meinte außerdem, nach der Entlassung die Gesamtheit oder den größten Teil der Unterstützung erhalten zu haben, die sie benötigten.

Der einzige optimierungsbedürftige Teilbereich des pflegerischen Entlassungsmanagements besteht den Untersuchungsergebnissen zufolge in der pflegerischen Anleitung und Beratung im Umgang mit praktischen Problemen im Rahmen der häuslichen Versorgung.

Die Untersuchungsergebnisse unterstreichen die Tragfähigkeit und den Nutzen des pflegerischen Entlassungsmanagements aus der Patientenperspektive. Es hat sich in den beteiligten Krankenhäusern als wirksames Mittel zur Unterstützung von Patienten und Angehörigen bei der Bewältigung der Anforderungen und Probleme erwiesen, mit denen sie sich im Rahmen der Krankenhausentlassung konfrontiert sehen.

Inhalt

Einleitung.....	1
1. Problemhintergrund.....	2
2. Die Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen	5
2.1 Zur Entwicklung von Pflegeüberleitung und pflegerischem Entlassungsmanagement.....	5
2.2 Die Arbeitsgemeinschaft Pflege-Überleitungen in NRW	10
3. Die Studie „Ergebnisqualität der Pflegeüberleitung“: Zielsetzung und methodisches Vorgehen.....	12
4. Die Patienten der Pflegeüberleitung.....	14
4.1 Allgemeine Merkmale der Patientengruppe	14
4.2 Prä- und poststationäre Versorgung	18
4.3 Übergang in die vollstationäre Versorgung.....	21
5. Qualität der Pflegeüberleitung aus der Perspektive von Patienten und Angehörigen.....	23
5.1 Allgemeine Merkmale der Entlassungsvorbereitung.....	23
5.2 Inhalte der Unterstützung.....	25
5.3 Situation nach der Entlassung	28
5.4 Bewertung der Pflegeüberleitung.....	30
6. Fazit	33
Literatur	36
Anhang 1: Stellenbeschreibung	39
Anhang 2: Leitlinie zur Pflege-Überleitung/Entlassungsmanagement GKH Herdecke „Die Brücke“	42

Einleitung

Die institutionelle und leistungsrechtliche Ausdifferenzierung und damit verbunden eine strikte Abgrenzung von Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeiten sind charakteristische Strukturmerkmale des Gesundheitswesens in Deutschland. Sie fördern die Fragmentierung von Versorgungsverläufen, die vor allem beim Übergang des Patienten zwischen verschiedenen Versorgungsumgebungen Qualitätsprobleme nach sich zieht.

Versorgungsprobleme nach der Krankenhausentlassung bilden deshalb von jeher einen Schwerpunkt der Diskussion um so genannte Schnittstellenprobleme, die u.a. Informationsdefizite, mangelhafte Abstimmung, organisatorische Reibungsverluste, Fehleinschätzungen des Versorgungsbedarfs und schließlich auch regelrechte Versorgungslücken umfassen können. Schon seit längerem zeigt sich, dass die traditionelle Entlassungsvorbereitung durch Krankenhaus-Sozialdienste dem wachsenden Problemdruck nicht standzuhalten vermag.

Vor diesem Hintergrund setzten während der 1990er Jahre verstärkt Bemühungen zur Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte ein, mit denen eine fachgerechte Überleitung des Krankenhauspatienten sichergestellt werden soll. Viele dieser Initiativen gingen von der Überlegung aus, dass es sich hierbei zwar um eine multidisziplinäre Aufgabe handelt, die Herstellung eines dauerhaft tragfähigen Versorgungssettings jedoch vor allem eine bedarfsgerechte pflegerische Unterstützung voraussetzt und dementsprechend eine intensive Einbeziehung der Pflege in den Prozess der Entlassungsvorbereitung und Überleitung.

Schon seit vielen Jahren existieren in deutschen Krankenhäusern Stellen für Pflegeüberleitung und anders benannte pflegerische Angebote, die Patienten und Angehörige in Fragen der poststationären Weiterversorgung beraten und unterstützen. Die Arbeit dieser Stellen und vor allem die Ergebnisse ihrer Unterstützung sind bislang jedoch nur wenig dokumentiert worden. Vor diesem Hintergrund wurde auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Pflegeüberleitungen in NRW gemeinsam mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld ein Projektvorhaben initiiert, mit dem untersucht werden sollte, welche Patienten von diesen Stellen begleitet werden und wie die Patienten bzw. ihre Angehörigen die erhaltene Unterstützung beurteilen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden mit dem vorliegenden Bericht vorgestellt. In Ergänzung dazu enthält der Bericht Materialien, die exemplarisch über die Projektaktivitäten der Arbeitsgemeinschaft Auskunft geben und die konzeptionellen Grundlagen verdeutlichen, auf der die Pflegeüberleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, die die Entwicklung dieses pflegerischen Tätigkeitsfeldes maßgeblich geprägt hat, heute aufbaut.

1. Problemhintergrund

Derzeit gibt es mehrere Entwicklungen, die dazu auffordern, sich verstärkt mit Fragen der Überleitung des Krankenhauspatienten in ein anderes Versorgungssetting zu beschäftigen. Zunächst einmal ist auf die vielzitierten demografischen Veränderungen und den damit einhergehenden Wandel der Patientenstruktur im Krankenhaus hinzuweisen, der durch eine Zunahme in den höheren Altersgruppen und (dadurch mitbedingt) einen Bedeutungszuwachs chronischer Erkrankungen gekennzeichnet ist. In der Konsequenz entstehen vermehrt Risiken gesundheitlicher Komplikationen nach der Krankenhausentlassung (Naylor et al. 1997). Zugleich befindet sich der Krankenhausesektor in einer Phase des strukturellen Umbruchs: Die Durchsetzung der auf Fallpauschalen basierenden Krankenhausfinanzierung (DRG-System) setzt Anreize zu einer weiteren Reduzierung der Verweildauer, was dazu führt, dass die Patienten das Krankenhaus „quicker and sicker“ (Naylor 1990), d.h. mit schwerwiegenderen gesundheitlichen Problem- und Bedarfslagen als in früheren Jahren verlassen. Hinzu kommen Impulse verschiedener aktueller und früherer gesundheitspolitischer Reformvorhaben, die auf eine stärkere Koordination und Integration der Versorgung abzielen. Hierdurch entsteht ein wachsender Bedarf an Konzepten und organisatorischen Lösungen für die fachgerechte Unterstützung des Patienten beim Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungssettings.

Frühzeitige Wiederaufnahmen in das Krankenhaus stellen eine der offensichtlichsten Konsequenzen misslungener Übergänge dar (vgl. Schaeffer 2000, Wingefeld 2005). Wissenschaftliche Studien berichten von Rehospitalisierungsraten von bis zu 20% innerhalb des ersten Monats nach der Entlassung, bei einigen Patientengruppen in höherem Alter steigt die Rate innerhalb eines Jahres auf 50% oder noch höhere Werte an (Bach/Nikolaus 1998; Camberg et al. 1997; Cummings 1999). Die meisten ungeplanten Rehospitalisierungen erfolgen in nur geringem zeitlichen Abstand zur Krankenhausentlassung, zumeist innerhalb der ersten vier Wochen (vgl. z.B. Anderson et al. 1999 und Brooten et al. 1996b).

Nicht vernachlässigt werden darf jedoch die große Zahl problematischer Übergänge, bei denen es *nicht* zu einer erneuten Krankenhausbehandlung kommt. Damit angesprochen sind beispielsweise physische und psychische Belastungen des Patienten und gegebenenfalls der Angehörigen, Rückschläge oder Verzögerungen im Verlauf der Rekonvaleszenz, Chronifizierungen gesundheitlicher Problemlagen mit erhöhter Abhängigkeit von ambulanten Leistungen, krisenhafte Entwicklungen familiärer Beziehungen, gesundheitliche Folgeprobleme, die mit Hilfe ambulanter Versorgung kontrolliert werden können, Übersiedlungen aus der häuslichen Umgebung in Pflegeheime oder sogar, wie eine kanadische Studie aufzeigte (van Walraven/Bell 2002), ein erhöhtes Mortalitätsrisiko¹.

¹ Viele Daten und Erkenntnisse zu Fragen der poststationären Versorgung stammen aus ausländischen Studien, die im Gefolge struktureller Umbrüche im Krankenhausesektor durchgeführt wurden (z.B. Einführung des DRG-Systems in den USA oder in Australien). Insofern zeigen sie Problemstellungen auf, die aufgrund des Entwicklungsstands der Krankenhausversorgung in Deutschland nicht immer im Verhältnis 1:1 übertragen werden können. Sie lassen also

Es steht zu erwarten, dass sich diese Problematik mit dem DRG-System noch weiter verschärfen wird. Diese Art der Krankenhausfinanzierung kann dazu führen, „dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen auf das absolut Notwendige beschränkt werden müssen. Alle darüber hinaus gehenden Leistungen belasten den Leistungserbringer, nicht die Kostenträger“ (Leititis 2000: 897). Die daraus resultierenden Konsequenzen sind besonders deutlich an der Versorgung demenziell Erkrankter abzulesen, die im Regelfall nicht wegen der Demenz, sondern aufgrund einer anderen Erkrankung stationär behandelt werden. Die starke Konzentration auf das akute somatische Gesundheitsproblem geht zu Lasten der Aufmerksamkeit für die Gesamtsituation des Patienten, was sich auch in der Vernachlässigung der Frage niederschlagen kann, was das Krankenhaus im Hinblick auf die medizinische und pflegerische Weiterversorgung leisten kann und sollte (vgl. Kleina/Wingefeld 2007).

Ein weiteres zentrales Thema der Diskussion um den Zusammenhang zwischen DRGs und Qualitätsproblemen besteht in den Konsequenzen frühzeitiger und unzureichend vorbereiteter Entlassungen (Anderson et al. 1999; Heggstad 2002), worauf in der deutschen Diskussion gerne mit dem Schlagwort der „blutigen Entlassung“ hingewiesen wird. Orientieren sich Krankenhäuser einseitig an wirtschaftlichen Überlegungen, so gerät das Erfordernis einer sorgfältigen Abwägung, ob eine Krankenhausentlassung zu einem gegebenen Zeitpunkt Qualitätsprobleme nach sich ziehen könnte oder nicht, leicht in den Hintergrund. Ein Beispiel für solche Entwicklungen sind die USA. Hier führte der Übergang zum DRG-System zur Implementation eines nationalen Qualitätssicherungsprogramms, mit dem unerwünschten Folgen entgegengewirkt werden sollte. Eines der wichtigsten Ziele dieses Programms bestand in der Verhinderung zu früher Entlassungen (HCFA 1992). Noch in anderer Hinsicht ist die Entwicklung in den Vereinigten Staaten aufschlussreich: Sie führte zu einem starken Entwicklungsschub auf dem Feld des pflegerischen Entlassungsmanagements, der zur Entstehung interessanter, fachlich anspruchsvoller konzeptioneller Ansätze führte, die explizit als Antwort auf die durch das DRG-System entstandenen Herausforderungen gedacht waren – beispielsweise für Säuglinge mit extrem niedrigem Geburtsgewicht, für Patientinnen mit Kaiserschnittentbindung oder Hysterektomie oder für ältere Menschen mit schweren Erkrankungen (Brooten et al. 1996a; Naylor et al. 1999; York et al. 1997).

Die von den aktuellen gesundheitspolitischen Reformvorhaben ausgehenden Impulse verdienen ebenfalls Beachtung. Das im März 2007 verabschiedete „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) schuf u.a. eine neue Vorschrift im V. Sozialgesetzbuch, wonach die Versicherten Anspruch haben „auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen“ (§11 Abs. 4 SGB V). Die

Problemkonstellationen erkennen, die in dieser Ausprägung hierzulande zum Teil gerade im Entstehen begriffen sind.

Wirkung dieser neuen Vorgabe hängt natürlich davon ab, wie sie im Einzelnen konkretisiert und in den Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern verankert wird. Sie verdeutlicht aber, dass der Gestaltung des Übergangs zwischen Versorgungsbereichen seitens des Gesetzgebers ein hoher Stellenwert zugeschrieben wird. Hinzuweisen ist außerdem auf die Schaffung verbesserter Rahmenbedingungen für Rehabilitationsmaßnahmen (insbesondere für alte Menschen) und die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung durch explizite Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen durch das GKV-WSG.

Die konkrete Ausgestaltung der angekündigten Reform der Pflegeversicherung steht zwar noch aus, doch enthält ein Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums wichtige Hinweise, die auch für das Entlassungsmanagement in Krankenhäusern von Bedeutung sind. „Integrierte wohnortnahe Versorgung“, „Fallmanagement“ und „Abbau von Schnittstellenproblemen“ sind in diesem Zusammenhang wichtige Stichpunkte². Sie unterstreichen ebenso wie die genannten Ansatzpunkte im GKV-WSG das Bestreben nach besserer Vernetzung, Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung, wobei Fragen der pflegerischen Versorgung deutlich aufgewertet werden.

Vor dem Hintergrund dieser Veränderungen kommt der Aufgabe des pflegerischen Entlassungsmanagements eine zunehmend wichtige Bedeutung zu. Denn um Vernetzung, Koordination und Versorgungsintegration tatsächlich in der Versorgungspraxis zu verankern, sind stets Stellen erforderlich, die über eine hierzu notwendige Qualifikation und Gestaltungskompetenz verfügen. Solche Stellen werden zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit auch außerhalb des Krankenhauses vermehrt entstehen (z.B. Fallmanagement im Rahmen der häuslichen Versorgung). Soweit das Krankenhaus jedoch systematisch in integrierte Versorgungsformen eingebunden werden soll, muss es über eine geeignete Instanz verfügen, die hierfür im Versorgungsalltag Rechnung trägt.

Mehr und mehr Krankenhäuser richten Stellen ein, die sich der Aufgabe des pflegerischen Entlassungsmanagements annehmen. Parallel dazu lässt sich allerdings feststellen, dass die existierenden Angebote im Zuge der Rationalisierungsbestrebungen im Krankenhaussektor zum Teil unter Druck geraten – eine paradox anmutende Entwicklung: In einer Situation, die durch immer kürzere Verweildauern und (dadurch bedingt) höheren poststationären Unterstützungsbedarf vieler Patienten gekennzeichnet ist, müssen sich ausgerechnet diejenigen Stellen gegenüber Kosteneinsparungen behaupten, die eine zentrale Funktion für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Weiterversorgung wahrnehmen.

Derzeit scheint das Bewusstsein der Notwendigkeit, den mit der Verkürzung von Liegezeiten verbundenen Qualitätsrisiken durch adäquate Formen des Entlassungsmanagements zu begegnen, im Krankenhausmanagement noch nicht durchgängig verankert zu sein. Für die Stellen, die für das pflegerische Entlassungsmanagement zuständig sind, erwächst daraus das Erfordernis, eine stärkere Transparenz des eigenen Leistungsprofils und der Ergebnisse ihrer Arbeit herzustellen.

² Vgl. BMG-Eckpunktepapier „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ v. 19. Juni 2007.

2. Die Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen

2.1 Zur Entwicklung von Pflegeüberleitung und pflegerischem Entlassungsmanagement

In den Krankenhäusern ist es seit Anfang der 1990er Jahre vermehrt zur Einrichtung von Stellen im Pflegedienst gekommen, die neben dem Sozialdienst Aufgaben der Entlassungsvorbereitung übernehmen. Sie werden zumeist mit dem Begriff „Pflegeüberleitung“ bezeichnet und lehnen sich mehr oder weniger an das Vorbild zweier Modellprojekte in Berlin und Nordrhein-Westfalen an (Joosten 1997; Liedtke/Wanjura 1990).

Hintergrund dieser Entwicklung war die Erfahrung, dass die in den Krankenhäusern vorherrschende Arbeitsteilung zwischen Pflege und Sozialdiensten, die konzeptionellen Grundlagen und die mit anderen Einrichtungen unzureichend verschränkten Verfahrensweisen bei der Entlassungsvorbereitung zu wenig den *pflegerischen* Problemlagen beim Wechsel in ein anderes Versorgungssetting gerecht werden konnten (Claus 1995; Joosten 1997; Roth/Wünsche 1998). Die traditionelle Entlassungsvorbereitung, so wurde und wird oftmals argumentiert, sei nicht ausreichend, da pflegespezifische Anforderungen vom Qualifikationsprofil der MitarbeiterInnen des Sozialdienstes nicht abgedeckt würden. In der Vergangenheit seien wichtige Anforderungen und Probleme zum Teil einfach übersehen worden.

Stellen für Pflegeüberleitung verstehen sich zumeist als Ergänzung des Sozialdienstes, nicht als dessen Ersatz (manche Stellen werden allerdings ungeachtet dessen über Mittel finanziert, die ursprünglich dem Sozialdienst zugeordnet waren). Oft herrscht eine Arbeitsteilung vor, in der die Pflegeüberleitung schwerpunktmäßig bei Übergängen in die ambulante Pflege tätig wird, während der Sozialdienst die Entlassungsvorbereitung beim Übergang in die Rehabilitation oder eine stationäre Pflegeeinrichtung übernimmt. Hierbei handelt es sich zum Teil jedoch lediglich um die Zuordnung der Federführung bzw. Koordinationsverantwortung, neben der auch die bei einem einzelnen Patienten anfallenden Aufgaben arbeitsteilig wahrgenommen werden.

Arbeitsbereich, Aufgabenspektrum, Arbeitskonzepte, Kooperationsformen und auch personelle Ressourcen sind je nach Krankenhaus anders ausgeprägt, zum Teil weichen sie recht stark voneinander ab. Den meisten der bisherigen Ansätze sind jedoch folgende Aufgabenbereiche gemeinsam (vgl. Domscheit/Wingenfeld 1996):

- Information und Beratung der Patienten und Angehörigen (insb. zu Versorgungsmöglichkeiten und Versicherungsleistungen),
- Abstimmung mit Kranken-/Pflegekassen und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung,
- Vermittlung ambulanter Pflegedienste und anderer Leistungsangebote,
- Sicherstellung der Hilfsmittelversorgung,
- Dokumentation (Überleitungsbogen), Information des Hausarztes,
- Herstellung von Kommunikation zwischen einzelnen Versorgungsinstanzen, Übergabegespräche,

- Netzwerkpflge zur Festigung der krankenhausinternen Zusammenarbeit und der Kooperation mit Pflegeeinrichtungen.

Eine wichtige Gemeinsamkeit besteht ferner darin, dass es sich um gesonderte Organisationseinheiten handelt, die den Charakter einer *Koordinierungsinstanz* haben und insofern einige Ähnlichkeit mit dem Sozialdienst aufweisen. Dies ist – neben den zweifellos vorhandenen Überschneidungen im Aufgabenprofil – mit ein Grund für das gelegentlich zu beobachtende Spannungsverhältnis zwischen Sozialdienst und Pflegeüberleitung. Auch sind Stellen für Pflegeüberleitung mit ähnlichen Problemen der innerbetrieblichen Kooperation konfrontiert. Wie die Sozialdienste werden sie in den meisten Einrichtungen erst auf Anfrage von Ärzten, Pflegekräften oder Angehörigen tätig und sind daher in hohem Maße auf deren Sensibilität für potentielle Überleitungsprobleme und zeitgerechte Initiativen angewiesen, die sich im Versorgungsalltag noch allzu oft als schwach ausgeprägt zeigen.

Der Verbreitungsgrad der Pflegeüberleitung lässt sich anhand der vorliegenden Informationen schwer abschätzen. Der Begriff „Pflegeüberleitung“ ist nicht geschützt und wird nicht selten auch für Unterstützungsangebote verwendet, die mit der ursprünglichen Idee wenig gemeinsam haben. So gilt mitunter schon die bloße Übermittlung pflegerelevanter Daten an die weiterversorgende Einrichtung oder eine direkte Übergabe am Krankenbett als Maßnahme der Pflegeüberleitung. Auch einige Krankenhaus-Sozialdienste verstehen die Pflegeüberleitung als Teil ihres Aufgabenprofils oder definieren sie sogar als vorrangig „sozialarbeiterische Beratungsleistung“ (Jäger 2001: 11; vgl. auch Hecht 1998). Gelegentlich nutzen den Begriff auch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen zur Bezeichnung ihres eigenen Beitrags zur Sicherstellung einer nahtlosen Weiterversorgung.

Die derzeit sicherste Basis zur Abschätzung des Verbreitungsgrades in Nordrhein-Westfalen ist die Mitgliederzahl der Arbeitsgemeinschaft Pflegeüberleitung. Danach ist davon auszugehen, dass inzwischen wohl 20% der Akutkrankenhäuser in NRW mit einer Pflegeüberleitung ausgestattet sind. Allerdings sind nicht alle Krankenhäuser, die ein solches Angebot vorhalten, in der Arbeitsgemeinschaft vertreten.

Der im Herbst des Jahres 2002 vorgestellte nationale Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2002) markiert den Beginn einer neuen, durch stärkere Verbindlichkeit geprägten Entwicklungsphase für die Gestaltung von Aufgaben der Pflege im Bereich des Entlassungsgeschehens. Er formuliert Maßgaben, mit denen die Qualität des Entlassungsmanagements in Krankenhäusern gefördert werden soll. Im Kern beschreibt der Expertenstandard ein Entlassungsmanagement, das sich an Vorbildern aus dem anglo-amerikanischen Raum orientiert. Sein Aufbau ist weitestgehend an die Struktur des Pflegeprozessmodells angelehnt und in die Arbeitsschritte Assessment, Planung, Durchführung und Evaluation gegliedert. Er betont die Notwendigkeit einer sorgfältigen, frühzeitigen Einschätzung des Unterstützungsbedarfs zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes. Er akzentuiert ferner, neben Koordinationsaufgaben und Aufgaben der Informationsübermittlung, die Durchführung einer auf den individuellen Bedarf zugeschnittenen Beratung, Anleitung und Schulung des Patienten und der Angehörigen. Die Kernpunkte umfassen:

- ein initiales Assessment zur Identifizierung von Patienten mit Unterstützungsbedarf (zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes),
- die Durchführung eines differenzierten Assessments zur genaueren Einschätzung des Bedarfs von Patienten und Angehörigen,
- die Entwicklung einer mit Patienten, Angehörigen und den beteiligten professionellen Akteuren abgestimmten Entlassungsplanung,
- die Durchführung von edukativen Maßnahmen (Beratung, Schulung, Anleitung von Patienten und Angehörigen),
- die organisatorische Abstimmung mit und Beratung von Einrichtungen, die die Weiterversorgung übernehmen,
- die Überprüfung der Vorbereitungen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung,
- eine abschließende Evaluation innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung.

Allerdings legt sich der Standard nicht auf ein bestimmtes Konzept des pflegerischen Entlassungsmanagements fest, sondern soll eine Umsetzung unter unterschiedlichsten Rahmenbedingungen ermöglichen. Die Pflegeüberleitung stellt vor diesem Hintergrund eine von mehreren Möglichkeiten dar, die Vorgaben des Standards umzusetzen.

Diese Offenheit stieß in der Diskussion zum Teil auf Kritik einiger etablierter Stellen für Pflegeüberleitung. Sie bemängelten, dass der Standard nicht einen Schritt weitergegangen ist und verbindliche Aussagen zu wünschenswerten Organisationsformen getroffen hat: Pflegerisches Entlassungsmanagement sei als eine Spezialisierung innerhalb der Pflege zu verstehen und auf geeignete institutionelle Rahmenbedingungen, d.h. organisatorische Eigenständigkeit angewiesen. Dass der Standard auch die Möglichkeit zulässt, diese Aufgabe den Bezugspflegerinnen der Krankenhausstationen zuzuordnen, lasse dies außer Acht bzw. unterschätze die Probleme und Hemmnisse, mit denen das Entlassungsmanagement dann konfrontiert sei. Außerdem sei die Chance, das Krankenhausmanagement durch verbindlichere Aussagen zu Organisationsfragen zur Bereitstellung von Ressourcen für das Entlassungsmanagement anzuhalten, nicht genutzt worden.

Gegenwärtig kann die Pflegeüberleitung als bislang wichtigster konzeptioneller bzw. organisatorischer Ansatz in Deutschland bezeichnet werden. Andere Formen des Entlassungsmanagements haben bislang keinen vergleichbaren Verbreitungsgrad gefunden bzw. stehen eher noch am Anfang ihrer Entwicklung.

Die Übernahme der Verantwortung für ein Entlassungsmanagement im Sinne des Expertenstandards durch *Bezugspflegerkräfte der Stationen* findet sich bislang nur selten. Die dabei zugrunde liegende Idee scheint auf den ersten Blick Vorteile zu bieten: Indem Überleitungsfunktionen als Aufgabe jener Pflegekräfte definiert werden, die den Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ohnehin versorgen, lassen sich möglicherweise Kommunikationswege verkürzen. Außerdem sind die Bezugspflegerinnen i.d.R. gut mit den Problemlagen des Patienten vertraut, sie stehen auch in engerem Kontakt mit den behandelnden Ärzten als zentrale Koordinierungsinstanzen (vgl. z.B. Bornitz/Letsch 1995). Die Schwierigkeiten der

Umsetzung dürfen allerdings nicht unterschätzt werden. Entsprechend qualifizierte MitarbeiterInnen im Pflegedienst, die über eingehende Kenntnisse zu sozialrechtlichen Fragen und die in Betracht kommenden poststationären Versorgungsangebote verfügen, finden sich selten. Außerdem besteht die Gefahr, dass Überleitungsaufgaben in Zeiten hoher Arbeitsbelastung auf den Stationen in den Hintergrund geraten, da dem akuten Unterstützungsbedarf des Patienten stets Vorrang einzuräumen ist. Das Entlassungsmanagement beschränkt sich dann möglicherweise auf die Erstellung eines Überleitungsbogens, was weder dem heutigen Verständnis der Pflegeüberleitung noch dem des pflegerischen Entlassungsmanagements im Allgemeinen entspricht.

Das Modell *multidisziplinärer Entlassungsallianzen* stellt einen interessanten Ansatz dar, bei dem Aufgaben der Entlassungsvorbereitung und Überleitung von Fall zu Fall zwischen den beteiligten Personen verteilt werden. Der Pflege kommt hierbei zum Teil eine wichtige Rolle zu. Diese teamzentrierte Arbeitsweise ist meist durch einen geringen Formalisierungsgrad gekennzeichnet, vornehmlich auf schwer- und schwerstkranke Patienten zugeschnitten und findet sich daher vor allem in spezialisierten Versorgungsbereichen, in denen regelmäßig Patienten mit technisch aufwendiger Betreuung oder komplexen Problemlagen behandelt werden (z.B. schwerstkranke Kinder, geriatrische Patienten). Über einen breiter ausgelegten, modellhaft erprobten Ansatz, für den der Einsatz gesonderter multiprofessioneller Teams zur Unterstützung der Entlassungsvorbereitung charakteristisch ist, wurde Mitte der 1990er Jahre berichtet („Betreute Überleitung“ in Berlin, vgl. Liedtke et al. 1995). Hier konnte bei Bedarf auf ein multiprofessionelles Team (Krankenpflege, Altenpflege, Ergotherapie und Sozialarbeit) zurückgegriffen werden, das ein breites Angebot von Beratungs- und Vermittlungsleistungen für MitarbeiterInnen des Krankenhauses und ambulante Pflegedienste sowie für Angehörige vorhielt.

Eine *Entlassungsvorbereitung und Überleitung von Krankenhauspatienten durch ambulante Pflegedienste* stößt aufgrund des hohen Stellenwertes, der dem Wettbewerb der Leistungsanbieter zugeschrieben wird, nach wie vor auf Skepsis. Umstritten sind insbesondere Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und den ambulanten Pflegediensten, die es den Diensten ermöglichen, regelmäßig im Krankenhaus präsent zu sein, Beratung von Patienten und Angehörigen zu leisten und bei der Entlassungsvorbereitung vom Stationspersonal hinzugezogen zu werden. Ähnliches gilt für Konstellationen, in denen das Krankenhaus einen eigenen ambulanten Pflegedienst mit der Entlassungsvorbereitung beauftragt. In der Praxis kann die Koordination durch MitarbeiterInnen, die nicht in den Arbeitsablauf des Krankenhauses eingebunden sind oder sogar als betriebsfremd gelten, außerdem erhebliche Akzeptanzprobleme hervorrufen. Im Unterschied zu solchen Konzepten hat die direkte fallbezogene Kooperation zwischen Krankenhäusern und ambulanten Diensten, die auch Informations- und Planungsgespräche zwischen Krankenhauspatienten/Angehörigen und weiterversorgenden ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie eine kollegiale Beratung vor Ort umfassen, in den letzten Jahren zunehmend Verbreitung gefunden.

Konzepte der *Übergangspflege oder Übergangsbetreuung* sind dadurch gekennzeichnet, dass MitarbeiterInnen des Krankenhauses für eine begrenzte Zeit Teile der Versorgung und Unterstützung des entlassenen Patienten in der häuslichen Umgebung übernehmen (vgl. Bach/Nikolaus 1998; Brüggemann et al. 2002; Sommerfeldt et al. 1992). Es handelt sich um einen der ältesten Ansätze, der sich auf Patientengruppen konzentriert, die in besonderer Weise auf Unterstützung angewiesen sind, etwa geriatrische Patienten, gerontopsychiatrisch Erkrankte oder Tumorpatienten. In den USA genießen Modelle der pflegerischen Übergangsvorsorgung aufgrund ihrer durch wissenschaftliche Studien belegten Erfolge großes Ansehen (Donaldson 2000). Pflegediagnostische Aufgaben, Anleitung und Beratung stehen dort neben Vermittlungsfunktionen im Mittelpunkt der Unterstützung (Brooten/Naylor 1999).

Pflegerisches Case Management ist hierzulande, im Unterschied zum englischsprachigen Raum (vgl. z.B. Bayard et al. 1997 und Browne/Biancolillo 1997), eine noch relativ seltene Variante des Entlassungsmanagements, die allerdings zunehmend Aufmerksamkeit auf sich zieht. In dem Maße, in dem klinische Versorgungspfade und Modelle der integrierten Versorgung unter Einbindung pflegerischer Angebote an Bedeutung gewinnen, wächst auch in Deutschland das Interesse an diesem Konzept. Kennzeichnend für anspruchsvolle Formen des Krankenhaus-Case-Managements ist die Integration von Entlassungsmanagement und berufsgruppenübergreifender Steuerungsverantwortung für die Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes (und zum Teil auch danach), oft im Zusammenhang mit klinischen Pfaden.

Als eine Kombination aus Pflegeüberleitung und Konsiliarsystem können Konzepte aus den USA gelten, die durch den Einsatz von PflegeexpertInnen (oft so genannte *Clinical Nurse Specialists* – CNS; vgl. Buckley-Viertel 2001) mit spezifischer Fachqualifikation und Spezialisierung auf bestimmte Patientengruppen gekennzeichnet sind (z.B. pädiatrische, psychiatrische oder geriatrische Pflege – vgl. Brooten et al. 1991; Naylor/Shaid 1991; van Fleet/Hughes 1996). Sie übernehmen für bestimmte Patientengruppen die Pflegeüberleitung, können darüber hinaus jedoch in beratender Funktion von anderen Pflegekräften in die akutstationäre Versorgung eines Patienten einbezogen werden.

Im Vergleich zur Pflegeüberleitung haben andere fortgeschrittene Formen des pflegerischen Entlassungsmanagements, beispielsweise Konzepte der pflegerischen Übergangsvorsorgung, die Einbindung in umfassendere Case-Management-Konzepte oder die Integration in klinische Pfade, bislang eher geringe Verbreitung gefunden. Wie die vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen, handelt es sich zum Teil jedoch um erweiterte Formen der Pflegeüberleitung bzw. ihre Ergänzung um weitere Funktionen, die sich auf die Krankenhausversorgung und/oder die Versorgung nach der Entlassung beziehen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Pflegeüberleitung, ähnlich wie in anderen Ländern, auch in Deutschland durch die Übernahme solcher erweiterter Funktionen weiterentwickeln wird.

2.2 Die Arbeitsgemeinschaft Pflege-Überleitungen in NRW

Die „Arbeitsgemeinschaft für Pflege-Überleitungen in Nordrhein-Westfalen“ (im Folgenden kurz: Arbeitsgemeinschaft Pflege-Überleitung) wurde 1997 gegründet. Vorangegangen war eine Phase des Erfahrungs- und Meinungsaustausches einzelner MitarbeiterInnen von Stellen für Pflegeüberleitung, die 1995 begann und zwei Jahre später in das erste offizielle Arbeitsgruppentreffen mündete. Damals zählte die Arbeitsgemeinschaft neun Mitglieder, von denen vier eine zweijährige Weiterbildung zur Pflegeüberleitung (an der Edith-Stein-Akademie der Caritas in Neuwied) absolviert hatten. Das vorrangige Ziel der AG bestand darin, die Pflegeüberleitung weiterzuentwickeln und Kontakte zu anderen Krankenhäusern herzustellen, in denen bereits eine Stelle für Pflegeüberleitung existierte.

1999 wurden Organisationsstruktur, Aufgaben und Ziele der Arbeitsgemeinschaft erstmals schriftlich fixiert. Zunächst war die AG in drei Regionalgruppen gegliedert, die sich jeweils dreimal jährlich zu Arbeitssitzungen zusammenfanden. Zusätzlich trafen sich alle Regionalgruppen zweimal jährlich zum überregionalen Austausch und zur fachlichen Weiterqualifizierung.

Im März 2002 kam es aufgrund der zunehmenden Arbeitsdichte zu organisatorischen Veränderungen. Die AG blieb fortan in zwei Regionalgruppen unterteilt, die im Abstand von zwei Jahren jeweils eine/n SprecherIn und deren StellvertreterIn benennen. Ihre Aufgaben bestehen in der Gewinnung und Unterstützung neuer Mitglieder, der Vorbereitung der Regionaltreffen sowie der Informationsbündelung und -weitergabe. Sie sind gleichzeitig AnsprechpartnerInnen für Anliegen und Probleme der Mitglieder. Die Regionalgruppen treffen sich gegenwärtig einmal im Herbst eines jeden Jahres, während im Frühjahr regelmäßig ein überregionales Treffen stattfindet. Sie stehen allen Personen offen, die in Krankenhäusern als Pflegeüberleitung oder EntlassungsmanagerIn tätig sind. Die Mitgliedschaft ist kostenlos, nur zu den jährlichen Großtreffen wird ein Unkostenbeitrag erhoben. Die Einnahmen werden fast ausschließlich zur Finanzierung von Projekten verwendet.

Als organisatorisches Zentrum der Arbeitsgemeinschaft fungiert das Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke bzw. die dort angesiedelte Stelle für Pflegeüberleitung („Die Brücke“). Dort können sich alle Mitglieder und andere Interessenten über die Struktur, Aufgaben und Ziele der AG informieren. Von den in Herdecke tätigen Mitgliedern wird auch die Weiterbildung zur Pflegeüberleitung in Zusammenarbeit mit dem „Bildungsinstitut Fachbereiche Gesundheitswesen“ in Wülfrath angeboten. Diese berufsbegleitende Weiterbildung umfasst bei rund 160 Unterrichtsstunden einen Zeitraum von drei Monaten. Neben vier „Theoriewochen“ findet eine Hospitation (zwei Tage) in verschiedenen Krankenhäusern mit einer Pflegeüberleitung statt.

Als vorrangige Ziele formuliert die AG Pflege-Überleitung NRW folgende Punkte:

- Stärkung der einzelnen Pflegeüberleitungen durch die Einbindung in ein starkes Netzwerk, um der Entwicklungsdynamik im Gesundheitswesen besser standhalten zu können,

- Entwicklung von Richtlinien und Hilfen für die Mitglieder, beispielsweise durch Beschreibung von Arbeitsabläufen oder die Formulierung einer Stellenbeschreibung für die Pflegeüberleitung,
- Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern,
- Fort- und Weiterbildung durch Vorträge auf Veranstaltungen und Gruppentreffen oder Erstellung von Informationsmaterialien,
- Entwicklung von Projekten, in denen aktuelle Themen aus dem Gesundheitswesen aufgegriffen werden.

Die Projekte dienen dazu, Arbeitshilfen für die Praxis zu entwickeln und Informationen zur Verfügung zu stellen, die für die Arbeit der Stellen für Pflegeüberleitung relevant sind. Die Inhalte werden bei den Regionaltreffen vorgeschlagen, von den Sprechern ausformuliert und an interessierte Mitglieder als Auftrag vergeben. Die Ergebnisse werden verschriftlicht, auf den Großtreffen vorgestellt und stehen allen Mitgliedern zu Verfügung³. Bislang wurden folgende Projekte durchgeführt:

- Erarbeitung einer Stellenbeschreibung für die Pflegeüberleitung (siehe Anhang 1),
- Erarbeitung von Handlungsrichtlinien für die Arbeit als Pflegeüberleitung,
- IT-Dokumentation für Pflegeüberleitungen,
- Informationsmappe zur Arbeit der AG Pflegeüberleitung NRW,
- Codierung der Tätigkeitsbereiche von Pflegeüberleitung im DRG-System,
- Pflegeüberleitung und integrierte Versorgung (in Arbeit),
- Ergebnisqualität der Pflegeüberleitung: Beurteilung durch Patienten und Angehörige (in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, siehe vorliegender Bericht).

³ Von Nichtmitgliedern können die entsprechenden Arbeitsmaterialien käuflich erworben werden.

3. Die Studie „Ergebnisqualität der Pflegeüberleitung“: Zielsetzung und methodisches Vorgehen

Das vorrangige Ziel der gemeinsam von der Arbeitsgemeinschaft Pflegeüberleitung und dem Bielefelder Institut für Pflegewissenschaft durchgeführten Untersuchung bestand darin, Erkenntnisse darüber zu gewinnen,

- welche Krankenhauspatienten Unterstützung in Form einer Pflegeüberleitung bzw. eines pflegerischen Entlassungsmanagements erhalten und
- wie die Patienten bzw. ihre Angehörigen die geleistete Unterstützung beurteilen.

Die Ergebnisse sollten unter anderem einen Beitrag dazu leisten, die Pflegeüberleitung bzw. das pflegerische Entlassungsmanagement zu optimieren. Sie liefern beispielsweise Anhaltspunkte zur Überprüfung der Tragfähigkeit der organisierten Hilfesysteme oder zur Verbesserung der Patienten- und Angehörigenberatung im Krankenhaus.

Die Studie wurde in insgesamt 13 Krankenhäusern durchgeführt, die mit ihren für die Pflegeüberleitung zuständigen MitarbeiterInnen in der Arbeitsgemeinschaft Pflegeüberleitung NRW vertreten sind. Die konkreten inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Vorbereitungen und die Koordination erfolgten durch eine Arbeitsgruppe, die sich aus vier dieser MitarbeiterInnen und einem Vertreter des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld zusammensetzte.

Die Untersuchung wurde in Form einer schriftlichen Befragung der Patienten und einer ergänzenden Erhebung von allgemeinen Patienteninformationen (Alter, Geschlecht, Versorgungsform vor/nach Krankenhausaufenthalt etc.) durchgeführt. Waren die Patienten nicht in der Lage, den Fragebogen auszufüllen, wurden ihre Angehörigen um Mitwirkung gebeten. Die Datenerhebung erstreckte sich im Regelfall über einen Zeitraum von rund drei Monaten (September bis November 2005).

Der Fragebogen wurde den Patienten (bzw. den Angehörigen) kurz vor der Entlassung (z.B. im Rahmen eines Abschlussgesprächs) von jenen MitarbeiterInnen überreicht, die für die Pflegeüberleitung bzw. das pflegerische Entlassungsmanagement zuständig sind. Zugleich erhielten sie Erläuterungen zur Zielsetzung der Untersuchung und zur Vorgehensweise. Unter anderem wurden sie darum gebeten, den Fragebogen innerhalb einer Woche nach der Entlassung auszufüllen und an das Krankenhaus zurückzuschicken. Gleichzeitig dokumentierten die zuständigen MitarbeiterInnen in einem so genannten Stammblatt allgemeine Patienteninformationen (s.o.).

Die von den Patienten zurückgesendeten Fragebögen wurden in den Krankenhäusern zunächst gesammelt und dann zusammen mit den Stammblättlern dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld zur Auswertung übergeben. Die Patienten und Angehörigen wurden bei der Übergabe der Fragebögen darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig sei und absolute Anonymität gewahrt werde. Die Erhebung sämtlicher Daten erfolgte in vollständig anonymisierter Form. Es wurden weder die Namen der Patienten noch andere Daten erfasst, die Rückschlüsse auf die Person zulassen. Patientenbogen und Stammblatt waren mit einer identischen Nummer versehen, die es ermög-

lichte, die Daten trotz Anonymität der Patienten wieder zusammenzuführen.

Die Untersuchung sollte alle Patienten einbeziehen, die im Rahmen des vorgegebenen Zeitraums von MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung begleitet wurden. Ausgeschlossen blieben allerdings

- Angehörige von Patienten, die im Krankenhaus verstorben waren,
- nur einmalig beratene Patienten bzw. Angehörige,
- Patienten, die in ein anderes Krankenhaus verlegt werden sollten.

In diesen Fällen wurden zwar Basisinformationen mit Hilfe des Stammblat-tes erfasst, aber keine Patientenbögen ausgehändigt.

Dementsprechend repräsentiert das verfügbare Datenmaterial unterschiedliche Patientengruppen. Erfasst wurden insgesamt 1178 Fälle, darunter 531 Patienten, bei denen ein Fragebogen ausgehändigt wurde. 499 dieser Patienten können nach den vorliegenden Daten als „Überleitungs-patienten“ gelten⁴. In den übrigen Fällen fand lediglich eine einmalige Beratung statt, wurde die Beteiligung an der Befragung verweigert oder erfolgte ein Ausschluss aufgrund des Versterbens des Patienten oder der Verlegung in ein anderes Krankenhaus.

Diese Zahlen geben allerdings nur sehr begrenzt Auskunft über die tatsächlichen Patientenzahlen bzw. Patientenkontakte der Pflegeüberleitung. Im Verlauf der Untersuchung zeigte sich, dass die beteiligten Krankenhäuser nicht alle Patienten erfassten, bei denen nur eine einmalige Beratung stattfand. Außerdem gab es in einigen Kliniken Erhebungsausfälle infolge Krankheit und/oder Arbeitsüberlastung der MitarbeiterInnen, die die Datenerfassung durchführen sollten. Diese Begrenzungen müssen bei der Interpretation des Datenmaterials berücksichtigt werden.

Von insgesamt 531 ausgegebenen Patientenfragebögen wurden 294 zurückgeschickt. Dies entspricht einer Quote von 55,4%. Etwas über die Hälfte (51,4%) der Fragebögen wurde an Angehörige übergeben, in den anderen Fällen erhielt ihn der Patient selbst. Die hohe Beteiligung der Angehörigen spiegelt sich auch darin wieder, dass 50,3% der Fragebögen von Angehörigen allein ausgefüllt wurden und nur 24,5% vom Patienten allein⁵. Die drittgrößte Gruppe bilden mit 22,8% diejenigen Patienten, die beim Ausfüllen durch Angehörige, Freunde oder Bekannte unterstützt wurden. Nur fünf Patienten griffen beim Ausfüllen des Bogens auf die Hilfe Professioneller (Pflegekraft, Arzt) zurück.

⁴ In einigen Fällen wurde ein Fragebogen ausgehändigt, obwohl der betreffende Patient nicht zur Zielgruppe der Befragung zählte (beispielsweise Verlegung in ein anderes Krankenhaus). Diese Fälle bleiben bei den folgenden Auswertungen zur Gruppe der Überleitungspatienten außer Betracht.

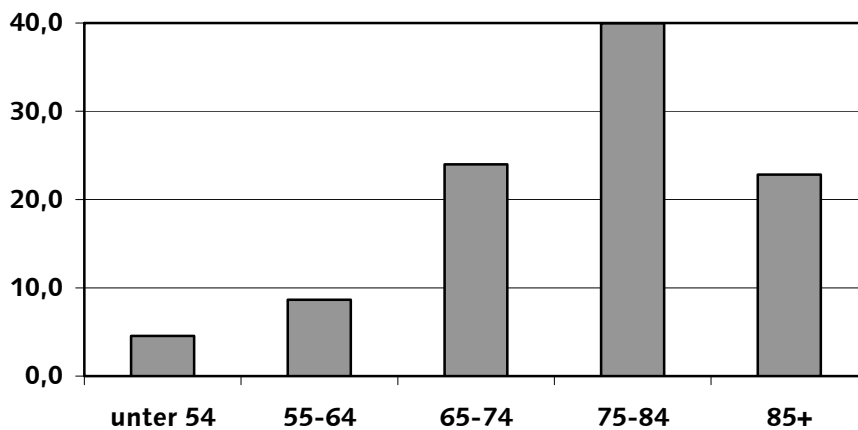
⁵ Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass die Bewertungen, die ohne Patientenbeteiligung zustande gekommen sind, weniger die Patientensicht als die Einschätzungen der Angehörigen wiedergeben.

4. Die Patienten der Pflegeüberleitung

4.1 Allgemeine Merkmale der Patientengruppe

Die Patienten der Pflegeüberleitung („Überleitungspatienten“, n=499) weisen mit 76,1 Jahren ein vergleichsweise hohes Durchschnittsalter auf. Weibliche Patienten machen mit rund zwei Dritteln den größten Teil der von der Pflegeüberleitung betreuten Klientel aus. Ihr Durchschnittsalter liegt erwartungsgemäß (höhere Lebenserwartung von Frauen) etwas höher, insbesondere in der Gruppe der Personen im Alter von über 84 Jahren ist ein überdurchschnittlich hoher Frauenanteil zu verzeichnen. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Altersstruktur (ohne fehlende Angaben).

Abbildung 1: Verteilung nach Altersgruppen (in Prozent, n=438)



Nur etwa 13% der von der Pflegeüberleitung begleiteten Patienten war jünger als 65 Jahre. Auf Patienten im Alter ab 75 Jahren entfällt ein Anteil von zusammen 63%.

Nur selten finden sich unter den Patienten der Pflegeüberleitung Personen mit Migrationshintergrund. Lediglich für 2% von ihnen wurde angegeben, dass sie deutsch nicht als Muttersprache hätten. Zwar war ein geringer Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund durchaus zu erwarten, doch ist erstaunlich, dass es sich nur um zehn von insgesamt 499 Patienten handelt. Möglicherweise existieren hier gewisse Hemmschwellen, die Unterstützung durch die Pflegeüberleitung in Anspruch zu nehmen.

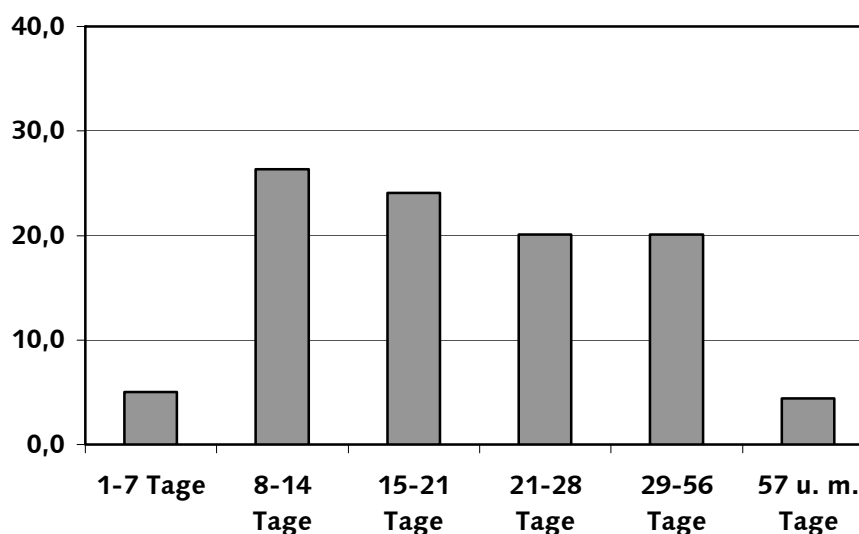
Wie die folgende Tabelle erkennen lässt, stammt der überwiegende Teil der Patienten aus Ein- oder Zwei-Personen-Haushalten. Ein Mehr-Personen-Haushalt wurde nicht einmal für 10% der Patienten angegeben. Bemerkenswert ist hierbei auch der hohe Anteil der allein lebenden Patienten (37,3%).

Tabelle 1: Haushaltgröße (n=499)

	Anzahl	Prozent
1 Person	186	37,3
2 Personen	185	37,1
3 Personen	36	7,2
4 Personen	12	2,4
Keine Angabe	80	16,0

Die durchschnittliche Verweildauer der Überleitungspatienten liegt mit 24,1 Tagen ausgesprochen hoch. Im Jahr 2005 belief sich die Verweildauer in deutschen Krankenhäusern auf durchschnittlich 8,6 Tage. Der Wert der Überleitungspatienten liegt also nahezu dreimal so hoch wie der Durchschnitt. Die Aufschlüsselung der Verweildauer (vgl. Abb. 2) dokumentiert eine verhältnismäßig breite Streuung. Bei rund 25% der Patienten erstreckte sich die Dauer des Krankenhausaufenthaltes auf mehr als vier Wochen.

Abbildung 2: Verweildauer im Krankenhaus (in Prozent, n=478)



Die mit der Erhebung erfassten Informationen zur Pflegestufe nach dem SGB XI sind bedauerlicherweise sehr lückenhaft. Hier liegen nur Angaben zu etwa der Hälfte der Patienten vor. Die Verteilung der Pflegestufen zeigt, dass es sich bei den Überleitungspatienten um eine Klientel handelt, die vor dem Krankenhausaufenthalt häufig nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI war. So wurde für rund 50% der Patienten (der gültigen Fälle) die Pflegestufe „Null“ angegeben. Im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes fanden bei mehr als der Hälfte dieser Patienten Begutachtungen statt, die größtenteils eine Anerkennung als pflegebedürftig zum Ergebnis hatten. Im Gesamtbild sind diese Daten allerdings wenig aussagekräftig, da wäh-

rend des Krankenhausaufenthaltes zwar häufig eine Begutachtung eingeleitet wird, aber nicht stattfindet. In dieser Hinsicht weisen die beiden in Nordrhein-Westfalen tätigen Medizinischen Dienste eine unterschiedliche Vorgehensweise auf. Nur in einem der Landesteile (Nordrhein) findet im Regelfall eine vollständige Begutachtung mit Pflegestufenempfehlung noch während des Krankenhausaufenthaltes statt.

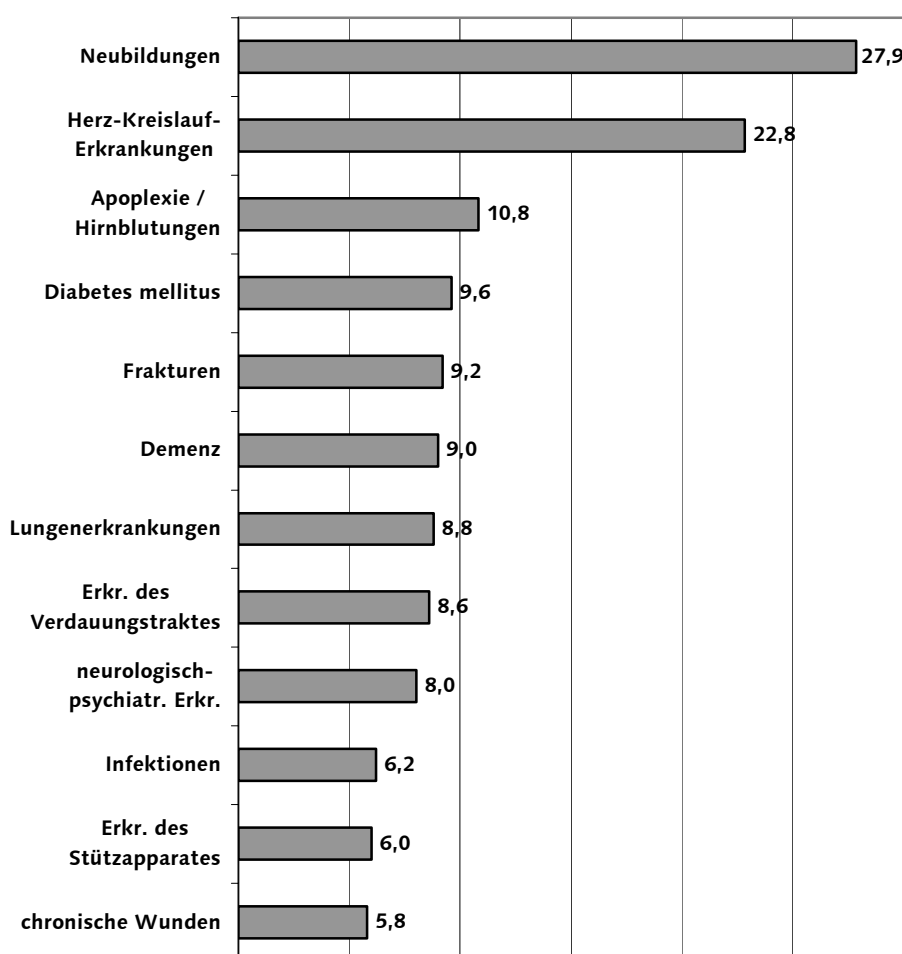
Über die Hälfte der Überleitungspatienten (54,5%) wurde während ihres Krankenhausaufenthaltes in Abteilungen der Inneren Medizin versorgt, rund ein Viertel (23,8%) in verschiedenen chirurgischen Abteilungen. Der Anteil in geriatrischen Fachabteilungen versorgter Patienten macht immerhin noch 15,4% aus, aus der Neurologie stammen 5,6% der Überleitungspatienten.

Verallgemeinern lassen sich diese Zahlen allerdings nicht, da der Anteil, mit dem einzelne Fachabteilungen vertreten sind, natürlich sehr stark vom fachlichen Profil der einzelnen Krankenhäuser abhängt. Es wäre ein großer Zufall, wenn die an der Studie beteiligten Krankenhäuser in dieser Hinsicht repräsentative Strukturen aufweisen würden. Festzuhalten bleibt jedoch, dass die meisten der von der Pflegeüberleitung begleiteten Patienten aus Abteilungen der inneren Medizin stammen.

Im Spektrum der Erkrankungen, unter denen die von der Pflegeüberleitung betreuten Patienten leiden, fällt insbesondere die hohe Zahl von Neubildungen auf. Nahezu ein Drittel (27,9%) der Überleitungspatienten sind betroffen. An zweiter Stelle des Krankheitsspektrums stehen mit 22,8% Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von Apoplexien⁶, die zwar ebenfalls den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zugeordnet werden, aber gesondert ausgewiesen sind. Von Diabetes, Frakturen und Demenz waren jeweils knapp 10% der Patienten betroffen. Einen Überblick über das Krankheitsspektrum gibt die folgende Abbildung.

⁶ Der für Apoplexien ausgewiesene Prozentanteil unterschätzt die Bedeutung dieser Diagnose bei der Krankenhausentlassung. Aufgrund der weit verbreiteten Arbeitsteilung zwischen Krankenhaus-Sozialdiensten und Stellen für Pflegeüberleitung, in der der Sozialdienst für die Überleitung in die Rehabilitation zuständig ist, wird der „typische“ Apoplex-Patient vornehmlich von den Sozialdiensten begleitet und nicht von der Pflegeüberleitung.

Abbildung 3: Krankheitsspektrum (Prozentangaben, n=499)



Medizinische Diagnosen geben zwar gewisse Anhaltspunkte, aber keine verlässliche Auskunft darüber, ob aufgrund der betreffenden Erkrankung ein Bedarf an Pflegeüberleitung entstanden ist. Ergänzend wurden daher im Rahmen der Befragung einige weitere Merkmale des gesundheitlichen Status erfasst, die stärker für den pflegerischen Unterstützungsbedarf von Bedeutung sind. Die in der folgenden Tabelle präsentierten Angaben beschreiben ausgewählte gesundheitliche Merkmale, die in dieser Hinsicht eine bessere Einschätzung der Gruppe der Überleitungspatienten zulassen.

Tabelle 2: Gesundheitlicher Status bei Entlassung (n=499)

	Anzahl	Prozent
Mobilitätseinschränkungen	359	71,9
Kognitive Einbußen	150	30,1
Harninkontinenz	161	32,3
Stuhlinkontinenz	98	19,6
Infauste Prognose	67	13,4
Dekubitus	24	4,8

Mehr als 70% der Überleitungspatienten sind demnach in ihrer Mobilität eingeschränkt, d.h. auf Hilfsmittel oder Personenhilfe bei der Fortbewegung angewiesen. Knapp ein Drittel der Patienten leidet unter kognitiven Einbußen. In etwa ebenso groß ist der Anteil der Patienten, die von Harninkontinenz betroffen sind, Stuhlinkontinenz ist mit rund 20% etwas seltener vertreten. In 13,4% der Fälle lag eine infauste Prognose vor. Der Anteil der Patienten mit begrenzter Lebenserwartung weicht allerdings je nach Krankenhaus stark ab. Für einige Stellen für Pflegeüberleitung handelt es sich um seltene Ausnahmepatienten, in anderen Häusern beläuft sich der Anteil dieser Patienten auf 17%, 22% oder gar 33% der jeweiligen Klientel.

Ein Bedarf an spezieller Pflege („Behandlungspflege“) war für 47,7% der Patienten ausgewiesen, bei der allgemeinen Pflege lag der Anteil deutlich höher bei 66,5%.

4.2 Prä- und poststationäre Versorgung

Die folgenden Ausführungen zu der Frage, wie sich die Lebens- und Versorgungssituation vor und nach der Krankenhausaufnahme gestaltete, beziehen sich erneut ausschließlich auf diejenigen Patienten, die eine intensive Begleitung durch die Pflegeüberleitung erfahren haben (n=499). Wie Tabelle 3 erkennen lässt, stammt die übergroße Mehrheit dieser Patienten aus der häuslichen Umgebung. Lediglich knapp 2% wurden zuvor in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Wie eine nähere Aufschlüsselung der Daten zeigt, handelt es sich hierbei um Patienten eines einzigen der insgesamt 13 Krankenhäuser. Im Gesamtbild spiegelt der hohe Anteil häuslich versorgter Patienten in erster Linie die Arbeitsteilung zwischen den Stellen für Pflegeüberleitung und den Krankenhaus-Sozialdiensten wider, in der die Pflegeüberleitung vorrangig die Koordinationsverantwortung für jene Personen übernimmt, die aus der häuslichen Umgebung in das Krankenhaus gelangen. Die weiteren Analysen beziehen sich auf diese Patientengruppe, d.h. auf insgesamt 473 Fälle.

Tabelle 3: Lebensumgebung vor der Krankenhausaufnahme (n=499)

	Anzahl	Prozent
Zu Hause lebend	473	94,8
Wohnheim oder betreutes Wohnen	5	1,0
Kurzzeitpflege oder stationäre Rehabilitation	7	1,4
Vollstationäre Pflege	9	1,8
Keine Angabe	5	1,0

Anhand der verfügbaren Informationen lässt sich auch die Versorgungssituation dieser Patienten vor der Krankenhausaufnahme darstellen. Für knapp die Hälfte von ihnen (219 Fälle bzw. 46%) ist charakteristisch, dass sie vor dem Krankenhausaufenthalt keine Unterstützung durch pflegende Angehörige (oder andere Bezugspersonen) und auch keine Unterstützung

durch einen ambulanten Pflegedienst erhielten⁷. Etwas geringer ist der Anteil der Personen, die ausschließlich von Angehörigen Unterstützung erhielten. 8,2% konnten sowohl auf die Hilfe von Angehörigen als auch auf Leistungen der ambulanten Pflege zurückgreifen. Nur selten fand sich eine Konstellation, in der die Patienten ambulante Pflege in Anspruch genommen hatten, ohne gleichzeitig von Angehörigen Hilfe zu erhalten (18 Fälle bzw. 3,8%, überwiegend allein lebende Personen).

Tabelle 4: Unterstützung zu Hause lebender Patienten vor der Krankenhausaufnahme (n=473)

	Anzahl	Prozent
Ohne Unterstützung	219	46,3
Pflege durch Angehörige	197	41,6
Unterstützung durch Angehörige und amb. Pflege	39	8,2
Unterstützung durch ambulante Pflege allein	18	3,8

Vier von fünf Patienten, die zuvor in der häuslichen Umgebung lebten, kehrten nach dem Krankenhausaufenthalt auch in diese wieder zurück (vgl. Tabelle 4). Jeder zehnte Patient vollzog einen Übergang aus dem Krankenhaus direkt in die Kurzzeitpflege oder eine stationäre Rehabilitation. Es dürfte sich dabei überwiegend um solche Patienten handeln, die nach dieser Phase zwischenzeitlicher Versorgung wieder in die eigene Häuslichkeit zurückkehrten, so dass der Gesamtanteil der Personen, die wieder in die vertraute häusliche Umgebung zurückkehren konnten, mit hoher Wahrscheinlichkeit höher liegt als 78%.

Tabelle 5: Lebens-/Versorgungssituation prästationär zu Hause lebender Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt (n=473)

	Anzahl	Prozent
Zu Hause lebend	369	78,0
Wohnheim oder betreutes Wohnen	1	0,2
Kurzzeitpflege oder stationäre Rehabilitation	49	10,4
Vollstationäre Pflege	37	7,8
Hospiz	8	1,7
Keine/unklare Angabe	9	1,9

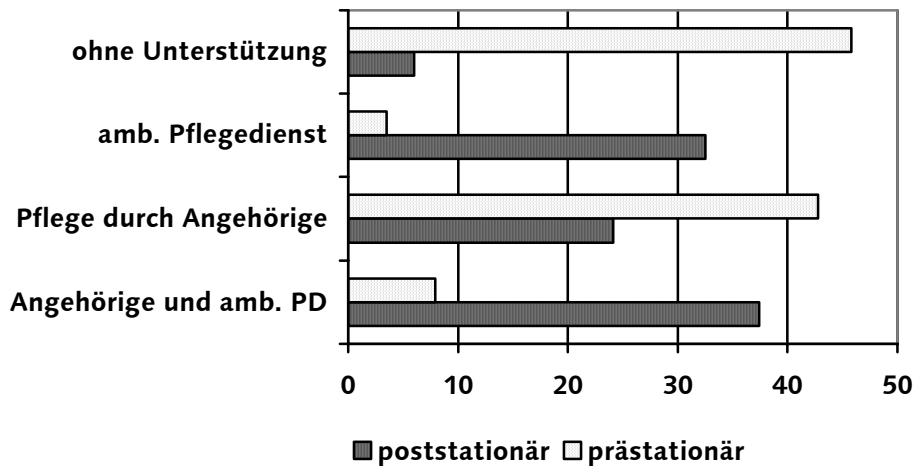
Der Übergang in die vollstationäre Pflege ist mit 7,8% vergleichsweise selten, allerdings muss in diesem Zusammenhang erneut auf die Arbeitsteilung mit den Krankenhaus-Sozialdiensten hingewiesen werden. Eine vermutlich nicht geringe, aber anhand der Untersuchungsergebnisse nicht zu quantifizierende Anzahl Patienten, die poststationär in Pflegeheimen

⁷ Andere Formen der Unterstützung wie z.B. hauswirtschaftliche Hilfen wurden im Rahmen der Untersuchung nicht erfasst.

versorgt wurden, dürfte von MitarbeiterInnen des Sozialdienstes und nicht von der Pflegeüberleitung begleitet worden sein.

Die nähere Auswertung der Daten dokumentiert, dass sich die Versorgungssituation der Patienten, die wieder in die häusliche Umgebung zurückkehrten, erheblich veränderte. Abbildung 4 zeigt diese Veränderungen im Einzelnen auf.

Abbildung 4: Lebens-/Versorgungssituation prä- und poststationär zu Hause lebender Patienten (Prozentangaben, n=369)



Der Anteil der vormalig „unabhängigen“ Patienten reduzierte sich von 46% auf 6%. Unabhängigkeit meint in diesem Zusammenhang, wie schon erwähnt, dass die betreffenden Personen keine Unterstützung durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste erhielten. Es ist anzunehmen, dass sich die Begleitung durch die Pflegeüberleitung in diesen Fällen vorrangig auf die Hilfsmittelversorgung und das Selbstmanagement der Patienten bezog.

Der Anteil der Personen, die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, aber nicht durch Angehörige erhielten, stieg von 4% auf 33%. In einer ähnlichen Größenordnung liegen die Veränderungen bei der Versorgungskonstellation, die durch eine gleichzeitige Unterstützung durch Angehörige und ambulante Pflege gekennzeichnet ist (prästationär: 8%, poststationär: 38%). Analog dazu verringerte sich der Anteil derjenigen, die ausschließlich durch Angehörige versorgt wurden, von ehemals 43% auf 24%.

In diesen Zahlen drückt sich einerseits der erhöhte Unterstützungsbedarf der Patienten aus, andererseits aber auch das Ergebnis der Bemühungen der Stellen für Pflegeüberleitung. Dies lässt sich etwas genauer darstellen, wenn man direkt die Veränderung der Versorgungssituation der Patienten betrachtet:

- Bei rund einem Drittel der Patienten blieb die Versorgungskonstellation unverändert. Es handelt sich überwiegend um Patienten, die bereits zuvor von Angehörigen und/oder von ambulanten Diensten versorgt wurden (104 von 125 Fällen). Bei dieser Patientengruppe kann man davon sprechen, dass im Kern bereits eine Grundlage für die poststationär erforderliche Versorgung vorhanden war, die nunmehr an die veränderte gesundheitliche Situation anzupassen war (z.B. Ausweitung der Leistungen durch ambulante Pflegedienste, Anleitung der Angehörigen, Anpassung an einen veränderten Hilfsmittelbedarf, Beantragung von zusätzlichen oder erweiterten Leistungen aufgrund gesteigener Pflegebedürftigkeit etc.).
- 40% der Patienten erhielten prästationär keine Unterstützung, benötigten jedoch nach dem Krankenhausaufenthalt Hilfe durch Angehörige und/oder durch einen ambulanten Pflegedienst. In diesen Fällen war also im Zuge der Pflegeüberleitung ein tragfähiges Versorgungsarrangement erst noch aufzubauen.
- In 25% der Fälle erfolgte die Versorgung vormals nur durch Angehörige, poststationär hingegen wurde zusätzlich oder anstelle der Angehörigen ein ambulanter Pflegedienst hinzugezogen. Bei immerhin 34 von 93 Fällen, bei denen eine solche Veränderung auszumachen ist, sahen sich die Angehörigen offensichtlich nicht mehr in der Lage, die Unterstützung weiterhin zu gewährleisten.

Bezogen auf die Gesamtheit der 499 Überleitungspatienten lässt sich feststellen, dass in mehr als 70% der Fälle ein neues Versorgungsarrangement entwickelt wurde, also ein ambulanter Pflegedienst neu eingeschaltet wurde, Angehörige neu in die Versorgung einbezogen bzw. darauf vorbereitet wurden oder andere Formen der Unterstützung (Kurzzeitpflege, stationäre Rehabilitation, Heimversorgung, Hospiz) vorbereitet wurden.

4.3 Übergang in die vollstationäre Versorgung

Von besonderem Interesse ist die Frage, bei welchen Patienten es nicht gelingt, die Rückkehr in die Häuslichkeit sicherzustellen. Ein Vergleich der Merkmale der 37 Patienten, die nach dem Krankenhaus vollstationär versorgt wurden, mit den Patienten, die wieder in das eigene Zuhause zurückkehrten, gibt darüber näheren Aufschluss. Patienten, die nach dem Krankenhausaufenthalt vollstationär versorgt werden,

- weisen ein deutlich höheres Durchschnittsalter auf (81,1 gegenüber 75,5 Jahre; Anteil der ab 80 Jahre alten Patienten: 72% gegenüber 44%),
- leben überdurchschnittlich häufig in Ein-Personen-Haushalten (74,3% gegenüber 41,7%) und
- wurden überdurchschnittlich häufig in einer geriatrischen Fachabteilung behandelt (40,5% gegenüber 13,8%).

Die prästationäre Versorgungskonstellation weist hingegen keine Unterschiede auf. Das Ausmaß, in dem Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste beteiligt sind, ist im Großen und Ganzen durchaus vergleichbar.

Wie die nachfolgende Tabelle erkennen lässt, bestehen jedoch im Hinblick auf den gesundheitlichen Status erhebliche Abweichungen zwischen beiden Gruppen. Dies gilt insbesondere für die Diagnose Apoplex, besonders aber auch für kognitive Einbußen und eingeschränkte Kontinenz. Auch weisen die Patienten, die in die vollstationäre Pflege wechseln, deutlich häufiger einen Bedarf an allgemeiner Pflege auf als andere Patienten (94,6% gegenüber 63,5%).

Tabelle 6: Gesundheitlicher Status der Überleitungspatienten im Vergleich: Rückkehr in die häusliche Umgebung und Übergang in die vollstationäre Pflege

	Vollstationäre Pflege (n=37)	Häusliche Versorgung (n=369)
Z.n. Apoplex	32,4	8,7
Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen	35,1	22,0
Kognitive Einbußen	62,2	26,1
Mobilitätseinschränkungen	83,8	70,4
Harninkontinenz	62,2	28,2
Stuhlinkontinenz	43,2	15,1

Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend den aus anderen empirischen Studien stammenden Erkenntnissen (vgl. Wingenfeld 2005: 99ff). Die Kombination der Merkmale allein lebend, kognitiv beeinträchtigt und ausgeprägte gesundheitliche Problemlagen (z.B. Apoplex oder Inkontinenz) führen überdurchschnittlich häufig dazu, dass eine Weiterversorgung in der häuslichen Umgebung als nicht mehr möglich gilt.

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass rund 50% der Patienten, die in die vollstationäre Pflege übergeleitet wurden, aus lediglich einem der 13 Krankenhäuser stammen. In diesem Krankenhaus ist kein Sozialdienst verfügbar und die Pflegeüberleitung somit für das Entlassungsmanagement sämtlicher Patienten zuständig. Insofern handelt es sich nicht um eine typische Klientel der Pflegeüberleitung. Da das betreffende Krankenhaus im Rahmen der Untersuchung mit einer vergleichsweise hohen Fallzahl beteiligt war (83 Überleitungspatienten), bieten die für diese Klinik vorliegenden Daten jedoch möglicherweise ein aussagekräftigeres Bild im Hinblick auf die Frage nach dem Anteil der Patienten, die aus der Häuslichkeit über das Krankenhaus in die vollstationäre Pflege gelangen. Sie machen in diesem Fall einen Anteil von insgesamt 28% der Überleitungspatienten aus.

5. Qualität der Pflegeüberleitung aus der Perspektive von Patienten und Angehörigen

5.1 Allgemeine Merkmale der Entlassungsvorbereitung

Erwartungsgemäß war die Pflegeüberleitung in großem Umfang an der Aufklärung der Patienten über die weitere Versorgung nach der Entlassung beteiligt (Tabelle 7). In 59% der Fälle führte sie allein das erste ausführliche Gespräch darüber, bei weiteren 13% war sie zumindest beteiligt (z.B. im Rahmen von Visiten). Bei immerhin rund 28% der Patienten wurde die Pflegeüberleitung jedoch erst später hinzugezogen. Die Einzelergebnisse für die Krankenhäuser weichen zum Teil sehr stark voneinander ab. So schwankt der Anteil der Patienten, bei denen die Pflegeüberleitung allein das erste Gespräch führte, zwischen 32% und 95%. Auch der Anteil der Patienten, bei denen das Gespräch durch mehrere MitarbeiterInnen unter Beteiligung der Pflegeüberleitung geführt wurde, weist eine relativ große Spannbreite auf (0% bis 28%).

Tabelle 7:
Erstes Gespräch über Weiterversorgung nach der Entlassung (n=294)

	Anzahl	Prozent
Pflegeüberleitung	174	59,2
Mehrere Mitarbeiter bei Beteiligung der Pflegeüberleitung	39	13,3
Arzt	30	10,2
Sozialdienst	17	5,8
Pflegekraft der Station	13	4,4
Andere Krankenhausmitarbeiter	2	0,7
Mehrere Mitarbeiter ohne Beteiligung der Pflegeüberl.	10	3,4
Keine Erinnerung oder keine Angabe	9	3,1

Für Patienten und Angehörige ist es besonders wichtig, dass Zuständigkeiten für die Überleitung des Patienten klar definiert sind und sie wissen, an wen sie sich in Fragen der Weiterversorgung wenden können. Auf die entsprechende Frage im Erhebungsbogen gaben 80% der Patienten bzw. Angehörigen an, dass ihrem Eindruck nach klar festgelegt war, wer sie im Krankenhaus in Fragen der Versorgung nach der Entlassung beraten und unterstützen soll. 11,6% hatten den gegenteiligen Eindruck, und 8,5% wollten sich nicht festlegen bzw. enthielten sich einer Angabe zu dieser Frage. Dieses Ergebnis deutet zwar daraufhin, dass es noch Optimierungsmöglichkeiten im Hinblick auf die eindeutige Information über Zuständigkeiten gibt, kann jedoch im Großen und Ganzen als gutes Ergebnis für die Pflegeüberleitung interpretiert werden. Der Anteil der Befragten, die den Eindruck einer klaren Zuständigkeitsverteilung hatten, schwankt zwischen den Krankenhäusern zwischen 69% und 100%.

Ein wichtiges Thema in der Diskussion um das pflegerische Entlassungsmanagement ist die Kurzfristigkeit, mit der die Entlassung des einzelnen Patienten angesetzt wird. Die Erfahrung dieser Kurzfristigkeit führte zu der Forderung, dass die Pflegeüberleitung bzw. das Entlassungsmanagement bereits direkt nach der Patientenaufnahme beginnen müsse. Es handelt sich hierbei um eine programmatisch etwas zugespitzte Forderung, die im Kern darauf hinweisen will, dass eine frühzeitige Einschaltung der Pflegeüberleitung erforderlich ist. Anderenfalls muss die Entlassungsvorbereitung in großer Eile durchgeführt werden, und vielfach bleibt bei kurzfristig angesetzten Entlassungen zu wenig Zeit, um die notwendigen Vorbereitungen für eine bedarfsgerechte und den Vorstellungen von Patienten und Angehörigen entsprechende Weiterversorgung sicherzustellen. Sie sollte allerdings nicht als Forderung an die MitarbeiterInnen verstanden werden, mit dem Patienten oder seinen Angehörigen bereits direkt nach der Patientenaufnahme über die Entlassung zu sprechen. Zu diesem Zeitpunkt dürften sich viele von ihnen überfordert sehen, über Einzelheiten der poststationären Versorgung nachzudenken. Aus der Patientenperspektive ist vielmehr entscheidend, ob sie – abgesehen von der rechtzeitigen Mobilisierung von Hilfen, d.h. von Versicherungsleistungen, Hilfsmitteln, Pflegediensten etc. – früh genug über den Entlassungszeitpunkt informiert werden, um selbst die notwendigen Vorbereitungen für die (Selbst-)Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt zu treffen.

Vor diesem Hintergrund wurden die Patienten und Angehörigen danach gefragt, wann sie vom Zeitpunkt der Entlassung erfahren haben.

Tabelle 8: Information über den Zeitpunkt der Entlassung (n=294)

	Anzahl	Prozent
Am Tag der Entlassung	10	3,4
Am Tag vor der Entlassung	59	20,1
Ungefähr 2-4 Tage vor der Entlassung	179	60,9
Früher	40	13,6
Keine Erinnerung oder keine Angabe	6	2,1

Rund drei Viertel der Befragten gaben an, sie hätten die entsprechende Information zwei bis vier Tage vor der Entlassung oder sogar noch früher erhalten. Geht man davon aus, dass es sich in diesen Fällen aus der Patientenperspektive um eine ausreichend frühe Information handelt, so lässt sich umgekehrt feststellen, dass bei 23,4% der Fälle keine rechtzeitige Information erfolgte. Auch an dieser Stelle ist auf Unterschiede zwischen den Krankenhäusern hinzuweisen. In einzelnen Kliniken lag der Anteil der Patienten, die erst am Tag zuvor oder noch später von der Krankenhausentlassung erfahren haben, bei mehr als 40%. Umgekehrt gibt es Häuser, bei denen dieser Anteil bei nur 10% liegt.

Die Interpretation dieses Ergebnisses ist allerdings nicht ganz einfach. Aus dem Blickwinkel der Pflegeüberleitung ist der Umstand, dass drei von vier Patienten mindestens zwei Tage vor der Entlassung über diese informiert werden, unter Berücksichtigung der aktuellen Rahmenbedingungen sogar als relativ gutes Ergebnis zu bewerten. Es deutet daraufhin, dass es

gelingt, trotz des zunehmenden ökonomischen Drucks bei der großen Mehrheit der Patienten ein planvolles Entlassungsverfahren zu realisieren. Ein Zusammenhang zwischen der Dauer des Krankenhausaufenthaltes und der Mitteilung des Entlassungszeitpunktes ließ sich anhand der vorliegenden Daten nicht feststellen.

5.2 Inhalte der Unterstützung

Um ein Bild darüber zu gewinnen, welche Inhalte in den von der Pflegeüberleitung geführten Beratungsgesprächen im Vordergrund standen, wurden die Patienten/Angehörigen darum gebeten, auf einer vorgegebenen Themenliste all diejenigen Punkte anzukreuzen, die Gegenstand des Gesprächs waren.

**Tabelle 9:
Inhalte der Beratungsgespräche (Mehrfachnennungen, n=294)**

	Anzahl	Prozent
Pflegerische Versorgung nach der Entlassung	257	87,4
Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung	194	66,0
Familiäre Situation	189	64,3
Ärztliche Versorgung nach der Entlassung	157	53,4
Mahlzeitenbringdienste, Hausnotruf etc.	122	41,5
Wohnraumanpassung	80	27,2
Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen	77	26,2
Keine Erinnerung	6	2,0

Die pflegerische Versorgung, die Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung sowie die familiäre Situation wurden erwartungsgemäß am häufigsten thematisiert. Bei jedem zweiten Patienten wurde auch die ärztliche Versorgung angesprochen. In aller Regel dürfte es sich hierbei um die Frage gehandelt haben, wie der Kontakt zu den behandelnden Ärzten nach dem Krankenhausaufenthalt hergestellt werden kann. So ist beispielsweise bei immobilen Patienten die Frage von Bedeutung, inwieweit der jeweils behandelnde Arzt auch Hausbesuche durchführt und wie anderenfalls ein frühzeitiger Arztkontakt sichergestellt werden kann. Andere Forschungsergebnisse dokumentieren den hohen Stellenwert dieser Thematik⁸.

⁸ Eine schon ältere, aber wichtige amerikanische Studie zur poststationären Versorgungssituation von Patienten mit einem Durchschnittsalter von 80 Jahren (Kravitz et al. 1994) zeigte auf, dass der Großteil der Patienten nach der Entlassung eher eine stark ausgeprägte abwartende Haltung einnimmt, wenn gesundheitliche Probleme auftreten. Bis auf zwei der insgesamt 152 befragten Patienten hatten alle am dritten Tag nach der Entlassung ein neues gesundheitliches Problem oder eine Komplikation eines bereits bestehenden Problems entwickelt (vor allem krankheitsbedingte Komplikationen, Verschlechterungen des funktionellen Status und mangelnde Sicherstellung der häuslichen

Auch die Nutzung von Dienstleistungsangeboten wie z.B. Mahlzeitenbringdienste oder die Nutzung eines Hausnotrufs waren bei mehr als 40% der Fälle Thema in den Gesprächen. Etwas abgeschlagen von den bislang genannten Inhalten stehen Fragen der Wohnraumanpassung und das Gesundheitsverhalten („Verhalten in Bezug auf die eigenen gesundheitlichen Einschränkungen“).

Gerade bei diesen beiden Gesprächsinhalten lassen sich zwischen den Krankenhäusern große Unterschiede feststellen. Beim Thema Wohnraumanpassung schwankt der Anteil der Patienten, die eine solche Beratung nach eigenen Angaben erhalten haben, zwischen 12% und 59%. Eine ähnliche Spannbreite lässt sich beim Thema Gesundheitsverhalten feststellen, wobei die Unterschiede zwischen den einzelnen Häusern in diesem Fall noch stärker ausgeprägt sind. Hier erreichten lediglich drei der 13 Krankenhäuser Anteilswerte von deutlich über 30%. Außerdem fällt auf, dass von den Patienten fast doppelt so häufig wie von den Angehörigen angegeben wurde, Gesundheitsverhalten sei ein Gesprächsthema gewesen (34,7% gegenüber 18,2%). Dies erscheint plausibel, weil das Thema aus der Angehörigenperspektive möglicherweise als solches gar nicht identifiziert wurde und die entsprechenden Inhalte eher dem Punkt „pflegerische Versorgung“ zugeordnet wurden. Die Daten weisen an diesem Punkt sicherlich keine ausreichende Trennschärfe auf. Auch ist zu berücksichtigen, dass es mitunter eine Arbeitsteilung zwischen den für das Entlassungsmanagement zuständigen MitarbeiterInnen und den Pflegekräften der Stationen gibt, die manche Unterschiede erklären könnten. In dieser Arbeitsteilung sind es vorrangig die Stationspflegekräfte, die Anleitung und Beratung des Patienten oder der Angehörigen in pflegerischen Fragen durchführen (in Abstimmung mit dem Entlassungsmanagement auf der Basis einer Einschätzung und Maßnahmenplanung durch MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements).

Ungeachtet dieser Einschränkungen lassen die Erhebungsergebnisse jedoch vermuten, dass die individuelle Beratung zu Fragen des Umgangs mit der Erkrankung und daraus resultierenden Einbußen und Anforderungen im Vergleich zu Fragen der Inanspruchnahme von Diensten und Versicherungsleistungen im Arbeitsalltag der Pflegeüberleitung eine eher geringe Rolle spielt. Dies gilt zumindest für die Mehrheit der befragten Häuser.

Ergänzend zu der Frage nach den konkreten Gesprächsinhalten wurden die Patienten und Angehörigen um Angaben darüber gebeten, wobei die MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung im Einzelnen Unterstützung geleistet haben.

Versorgung). Dennoch bestand in vielen Fällen kein Kontakt zu professionellen Helfern. Jeder vierte Patient konnte keine Auskunft darüber geben, wann der nächste Arztbesuch geplant war, und äußerte auch nicht die Absicht, einen Arzt aufzusuchen.

Tabelle 10: Art der Unterstützung (Mehrfachangaben, n=294)

	Anzahl	Prozent
Beantragung/Beschaffung von Hilfsmitteln	178	60,5
Beantragung einer Pflegestufe	148	50,3
Vermittlung eines ambulanten Pflegedienstes	115	39,1
Suche nach Platz in einer Einrichtung	65	22,1
Vorbereitung der Angehörigen auf häusliche Pflege	59	20,1
Vermittlung von Mahlzeitenbringdiensten u.a. Hilfen	29	9,9
Vermittlung von Schulungsmaßnahmen für Angehörige	16	5,4
Bei keinem dieser Punkte	9	3,1

Die oben angesprochene Schwerpunktsetzung im Rahmen der Beratung (Mobilisierung von Diensten und Leistungen) lässt sich bei der Frage nach konkreten Unterstützungsmaßnahmen durch die Pflegeüberleitung ebenfalls deutlich erkennen. Danach stehen die Beschaffung von Hilfsmitteln, die Beantragung von Leistungen nach dem SGB XI, die Mobilisierung ambulanter Pflegedienste und, je nach Arbeitsteilung mit einem eventuell parallel arbeitenden Krankenhaus-Sozialdienst, die Suche nach einem Einrichtungsplatz stark im Vordergrund der Arbeit der Pflegeüberleitung. Der Vorbereitung der Angehörigen auf die häusliche Pflege oder der Vermittlung von Schulungsmaßnahmen für Angehörige kommt kein annähernd so hoher Stellenwert zu. Der Krankenhausvergleich offenbart an dieser Stelle erneut große Unterschiede. Bei sechs der 13 Krankenhäuser scheint die Vermittlung von Schulungsangeboten für Angehörige, gemessen an den Angaben der Befragten, überhaupt keine Rolle zu spielen. Im Hinblick auf die Frage der Beratung und Anleitung der Angehörigen zur Vorbereitung auf die Pflege schwankt der Anteil der Patienten/Angehörigen mit einer entsprechenden Angabe zwischen 5 und 50%. Nur sechs der 13 Häuser erreichten einen Anteilswert von über 20%.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Beratung, Anleitung und Schulung von Patienten und Angehörigen – dies gilt zumindest für die Mehrheit der befragten Häuser – einen vergleichsweise geringen Stellenwert im Arbeitsalltag der Pflegeüberleitung einnehmen. Dieses Fazit steht im Einklang mit den Ergebnissen der Erprobung des nationalen Expertenstandards zum pflegerischen Entlassungsmanagement. Auch hier erwies sich, dass diese Formen der Unterstützung eine im Vergleich zu anderen Aufgaben des Entlassungsmanagements eher geringe Verbreitung in der Praxis finden. Anleitung, Schulung und Beratung (Beratung, die sich nicht auf die Mobilisierung von Leistungen bezieht) sind Maßnahmen, die von den MitarbeiterInnen der Stellen für Pflegeüberleitung zwar als wichtig erachtet werden, im Arbeitsalltag jedoch nur unter großen Schwierigkeiten realisiert werden können (vgl. DNQP 2004; Wingenfeld 2005: 215ff).

5.3 Situation nach der Entlassung

Im Rahmen der Befragung wurde darauf verzichtet, Bewertungen von Patienten und Angehörigen in Form von Zufriedenheitsäußerungen zu erfassen. Zufriedenheitsbefragungen tendieren, wie schon seit langem bekannt ist, zu überwiegend positiven Ergebnissen. Das „Konstrukt“ Zufriedenheit ist außerdem ein wissenschaftlich umstrittener Begriff (vgl. Wingensfeld 2003).

Statt die Patienten und Angehörigen nach ihrer Zufriedenheit mit der Arbeit der Pflegeüberleitung zu fragen, wurden sie um verschiedene andere Bewertungen gebeten, die zum Teil auch losgelöst von der direkten Unterstützung durch die MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung zu sehen sind. Dazu gehören insbesondere drei Fragen, mit denen die Patienten und Angehörigen die Situation nach der Krankenhausentlassung beschreiben bzw. bewerten sollten.

So wurden die Patienten und Angehörigen danach gefragt, inwieweit sie nach der Krankenhausentlassung die Unterstützung erhielten, die sie auch benötigten. Wie die folgende Tabelle erkennen lässt, war die Majorität der Befragten (83,4%) der Auffassung, die Gesamtheit oder den größten Teil der Unterstützung zu erhalten, die sie benötigten. Lediglich rund 5% fühlten sich eher unterversorgt und insgesamt 11,6% enthielten sich einer Angabe. Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass es mit Unterstützung der Pflegeüberleitung offenkundig in hohem Maße gelungen ist, eine aus Sicht der Patienten und Angehörigen zufriedenstellende Versorgungssituation herzustellen.

Tabelle 11: Unterstützung nach der Entlassung (n=294)

Ich erhalte	Anzahl	Prozent
... all die Unterstützung, die ich benötige.	171	58,2
... den größten Teil der benötigten Unterstützung.	74	25,2
... nur einen geringen Teil der benötigten Unterstützung.	11	3,7
... nichts von der Unterstützung, die ich benötige.	4	1,4
Keine Angabe	34	11,6

Ähnlich ausgerichtet war die Frage, ob es vorgekommen ist, dass die Patienten oder Angehörigen nach der Entlassung zusätzliche Informationen oder Unterstützung bei der Klärung offener Fragen benötigten, und ob sie in diesem Fall wussten, an wen sie sich wenden konnten.

**Tabelle 12:
Informations- und Beratungsbedarf nach der Entlassung (n=294)**

	Anzahl	Prozent
Kein Bedarf	159	54,1
Bedarf und Kenntnis von Ansprechpartnern	87	29,6
Bedarf, aber keine Kenntnis von Ansprechpartnern	14	4,8
Keine/unklare Angabe	34	11,6

Zunächst einmal ist bemerkenswert, dass über die Hälfte der Patienten/Angehörigen angab, nach der Entlassung keinen Informations- und Beratungsbedarf gehabt zu haben. Dies ist als hoher Anteil zu werten, weil es für alle Beteiligten recht schwierig ist, während des Krankenhausaufenthaltes die Gesamtheit der Probleme und Anforderungen, die nach dem Krankenhausaufenthalt zu erwarten sind, zu antizipieren. Patienten und Angehörige können zu diesem Zeitpunkt nicht wissen, was alles wichtig ist, wenn sie ihr Leben in der Häuslichkeit wieder aufnehmen. Die MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung wiederum kennen aufgrund ihrer Erfahrung zwar sicherlich die wesentlichen Fragen, mit denen sich Patienten und Angehörige später konfrontiert sehen, allerdings können auch sie mangels eines differenzierten Einblicks in den konkreten Lebensalltag schwerlich alle Probleme und Entwicklungen vorhersehen. Insofern ist der genannte Anteilswert tendenziell als Ausdruck eines umsichtigen und vorausschauenden Agierens der Pflegeüberleitung zu bewerten.

Ebenso wichtig ist jedoch die Antwort auf die Frage, ob die Patienten/Angehörigen wussten, was zu tun ist, wenn sie weitergehende Informationen oder Unterstützung bei der Klärung offener Fragen benötigten. 29,6% der Befragten gaben an, dass sie in eine solche Situation geraten sind, aber wussten, an wen sie sich zur Klärung offener Fragen wenden konnten. Nur knapp 5% der Befragten meinten hingegen, dass sie keine Vorstellung hatten, wer ihnen hätte weiterhelfen können. Insgesamt 83,7% der entlassenen Patienten und ihrer Angehörigen fanden sich nach der Entlassung in einer Situation wieder, in der sie sich ausreichend orientiert und unterstützt fühlten.

Die dritte Frage nach der poststationären Versorgungssituation schließlich bezog sich auf Hilfsmittel. Die Patienten/Angehörigen wurden um eine Angabe gebeten, ob sie Hilfsmittel benötigten, die sie vor dem Krankenhaus noch nicht hatten. Mit einer Zusatzfrage sollte erfasst werden, ob diese Hilfsmittel nach der Entlassung auch rechtzeitig verfügbar waren. Das Ergebnis dieser beiden Fragen zeigt Tabelle 13:

Tabelle 13: Poststationärer Bedarf an neuen Hilfsmitteln (n=294)

	Anzahl	Prozent
Nein	93	31,6
Ja – Hilfsmittel rechtzeitig verfügbar	143	48,6
Ja – Hilfsmittel nicht rechtzeitig verfügbar	28	9,5
Keine/unklare Angabe	30	10,2

Bei etwas mehr als der Hälfte der Patienten waren also neue Hilfsmittel erforderlich, und in fünf von sechs Fällen waren diese neuen Hilfsmittel auch rechtzeitig verfügbar. Anders ausgedrückt: bei rund 10% der entlassenen Patienten bzw. bei rund 16% derjenigen Patienten, die auf neue Hilfsmittel angewiesen waren, gab es im Anschluss an die Entlassung Probleme mit der Hilfsmittelversorgung. Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die rechtzeitige Verfügbarkeit von Hilfsmitteln durch das Krankenhaus bzw. die Pflegeüberleitung nicht sichergestellt werden kann. Der zeitliche Ablauf hängt unter anderem davon ab, wie rasch die zuständigen Kranken- oder Pflegekassen die entsprechenden Anträge bearbeiten und bewilligen. Die Chancen, dass dies rechtzeitig geschieht, liegen allerdings umso höher, je früher die Pflegeüberleitung aktiv wird. Insofern können die in der Tabelle dargelegten Ergebnisse doch wenigstens teilweise als Resultat der Arbeit der Pflegeüberleitung gelten. Wenn also nur bei jedem zehnten Krankenhauspatienten ein Problem mit der Verfügbarkeit von Hilfsmitteln zu verzeichnen ist, so kann dies als insgesamt gutes Ergebnis gelten.

5.4 Bewertung der Pflegeüberleitung

Die Sichtweise der Patienten bzw. Angehörigen wurde auch durch direkte Fragen nach der Bewertung der Pflegeüberleitung und ihrer Arbeit erfasst. Dazu gehörte zunächst die allgemeine Frage, ob die Pflegeüberleitung ausreichend auf Fragen und Bedürfnisse der Patienten/Angehörigen eingegangen ist. Die große Mehrheit der Patienten/Angehörigen (93,2%) bejahte diese Frage, nur 2,7% meinten, auf ihre Fragen und Bedürfnisse sei nicht ausreichend eingegangen worden. Insgesamt zwölf Patienten enthielten sich einer Bewertung.

Mit zwei weiteren Fragen wurde der Bewertung von Information und Beratung durch die Pflegeüberleitung nachgegangen. So gaben 85% der Befragten an, dass die *Informationen*, die sie von der Pflegeüberleitung erhalten hatten, aus ihrer Sicht ausreichend waren (vgl. Tabelle 14). Lediglich rund 9% der Patienten/Angehörigen meinten, zu wenig oder keine geeigneten Informationen bekommen zu haben.

Tabelle 14: Ausreichende Information? (n=294)

	Anzahl	Prozent
Ja, Informationen waren ausreichend	250	85,0
Nein, <u>mehr</u> Informationen gewünscht	25	8,5
Nein, <u>andere</u> Informationen gewünscht	1	0,3
Weiß nicht / keine Angabe	18	6,1

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Bewertung des Nutzens der Beratung. Hier gaben insgesamt 82,7% der Befragten eine positive Beurteilung ab, während 11,6% der Auffassung waren, die Beratung sei ohne Nutzen für sie gewesen oder habe ihnen nur wenig weitergeholfen.

Tabelle 15: Nutzen der Beratungsgespräche (n=294)

	Anzahl	Prozent
Beratung war ohne Nutzen für mich.	7	2,4
Beratung hat mir nur wenig weitergeholfen.	27	9,2
Beratung hat mir in vielen Dingen weitergeholfen.	146	49,7
Ohne die Beratung wäre ich nicht ausgekommen.	96	32,7
Keine Angabe	18	6,1

Schließlich wurden die Befragten um eine Gesamtbewertung der Pflegeüberleitung durch die Zuweisung einer Schulnote gebeten. Diese Gesamtbewertung fiel, wie nach den vorangegangenen Ausführungen nicht anders zu erwarten, außerordentlich positiv aus (Tabelle 16). In nahezu der Hälfte der Fälle wurde die Note „sehr gut“ vergeben, weitere 40% vergaben die Bewertung „gut“. Lediglich zwei der 294 befragten Personen hielten die geleistete Unterstützung für nicht ausreichend. Eine nähere Auswertung der Daten zeigt, dass Patienten und Angehörige in ihren Beurteilungen weitgehend übereinstimmen.

**Tabelle 16:
Gesamtbewertung der Pflegeüberleitung (n=294)**

	Anzahl	Prozent
sehr gut	142	48,3
gut	118	40,1
befriedigend	23	7,8
ausreichend	2	0,7
mangelhaft	1	0,3
ungenügend	1	0,3
Keine Angabe	7	2,4

Ergänzend zu den direkten Bewertungen hatten die Befragten die Möglichkeit, im Klartext Angaben dazu zu machen, was aus ihrer Sicht an der Pflegeüberleitung verbessert werden könnte. Rund ein Drittel der Fragebögen enthielt solche Anmerkungen. In ihnen überwog, analog zu den übrigen Angaben, ein großes Lob für die MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung (Beispiele: „alles bestens organisiert“, „so viel Hilfe hatte ich nicht erwartet“, „Entlassungsvorbereitung war bestens und absolut ausreichend“, „hätte nicht besser laufen können“, „war schon okay“).

Kritische Anmerkungen bezogen sich überwiegend auf Punkte, über die die Pflegeüberleitung keine direkte Kontrolle hat (z.B. Zeitpunkt der Hilfsmittellieferung). Mehrfach bemängelt wurden späte Mitteilungen des Entlassungstermins bzw. kurzfristig angesetzte Entlassungen (Beispiel: Angehörige werden morgens angerufen und erhalten die Information, dass der Patient um 14 Uhr entlassen werde).

Häufiger noch als kritische Hinweise auf das terminliche Prozedere findet sich Kritik an den behandelnden Ärzten. Die Anmerkungen dazu gingen fast alle in die gleiche Richtung: Patienten wie auch Angehörige vermissten das Gespräch mit dem Arzt und eine bessere ärztliche Information und Aufklärung. Diese Kritik bezog sich sowohl auf Fragen zur aktuellen und zukünftigen Behandlung als auch auf die jeweils vorliegende Erkrankung. Wenngleich die Patienten und Angehörigen also mit der Arbeit bzw. der Information und Beratung der MitarbeiterInnen für Pflegeüberleitung hoch zufrieden waren, ersetzt deren Arbeit aus der Sicht der Betroffenen nicht das abschließende Gespräch mit dem behandelnden Arzt.

Mehrfach und überwiegend von den Angehörigen wurde außerdem vorgeschlagen, Anleitung und den Umgang mit praktischen Problemen im Rahmen der häuslichen Versorgung stärker zu gewichten. Die Befragten äußerten das nicht mit dieser Terminologie, sondern beispielsweise mit Formulierungen wie „Tipps für die Pflege zu Hause“, „mehr Unterstützung was man zu Hause machen kann“, „genauere Einweisung in die Technik“, „Schulung in punkto Pflege zu Hause“ oder „Einweisung z.B. der Schmerzpumpe“. In einem Fall formulierte die Befragte diesen Punkt auf eine Art und Weise, der vielleicht als stellvertretend für die Anderen gelten kann: *„die Vorbereitung der Angehörigen auf die Pflege zu Hause. Alle Hilfsmittel stehen optimal zur Verfügung, aber die Angehörigen müssten eine Einweisung am Patienten bekommen, z.B. zwei Stunden Schulung (lagern, Handgriffe, aus dem Bett heben, zur PEG-Ernährung, waschen).“*

Davon abgesehen lassen sich aus den Freitextangaben keine Themenschwerpunkte ableiten, aus denen sich auf Optimierungsbedarf in der Pflegeüberleitung schließen ließe. Eine stärkere Gewichtung der Anleitung von Patienten und Angehörigen, eine Verbesserung der ärztlichen Aufklärung zum Abschluss des Krankenhausaufenthaltes und eine bessere Planung und Kommunikation des Entlassungszeitpunktes – dies sind die wesentlichen Punkte, um die die kritischen Freitextangaben in den Fragebögen kreisen.

6. Fazit

Die Ergebnisse der Erhebung geben Auskunft über die Patientenstruktur und Aspekte der Ergebnisqualität der Pflegeüberleitung. Streng genommen können die mit der Erhebung erfassten Patienten (aus verschiedenen methodischen Gründen) zwar nicht als statistisch repräsentative Gruppe gelten, doch weisen sie durchaus Merkmale auf, die nach Einschätzung der am Projekt beteiligten MitarbeiterInnen als „typisch“ für die Klientel der Pflegeüberleitung anzusehen sind.

Zur Patientenstruktur

Bei jenen Patienten, die von den Stellen für Pflegeüberleitung intensiv begleitet werden, handelt sich demnach überwiegend um Personen im höheren Lebensalter. Viele von ihnen leiden an chronischen Erkrankungen und weisen erhebliche Einschränkungen ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit auf. Dies kommt auch in den ausgesprochen langen Liegezeiten zum Ausdruck: Die mittlere Verweildauer der Überleitungspatienten liegt bei 24 Tagen und damit weit über dem Durchschnitt der Krankenhauspatienten.

Etwas mehr als 50% der Überleitungspatienten stammen aus Abteilungen der Inneren Medizin, knapp ein Viertel aus verschiedenen chirurgischen Abteilungen. Das Spektrum der Erkrankungen ist geprägt durch einen relativ hohen Anteil von Tumor- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Mehr als 70% der Überleitungspatienten weisen Mobilitätseinschränkungen auf, knapp ein Drittel kognitive Einbußen. Für 13,4% der Patienten war eine infauste Prognose dokumentiert.

Charakteristisch für die Klientel der Pflegeüberleitung ist außerdem, dass sie vor dem Krankenhausaufenthalt in aller Regel in der häuslichen Umgebung lebten und nach der Entlassung überwiegend (in mindestens 80% der Fälle) dorthin zurückkehrten, zumeist auf direktem Weg, manchmal nach einem zwischenzeitlichen Aufenthalt in einer anderen stationären Einrichtung: Jeder zehnte Patient vollzog einen Übergang aus dem Krankenhaus direkt in die Kurzzeitpflege oder eine stationäre Rehabilitation.

Der Übergang in die vollstationäre Pflege scheint mit 7,8% eher selten zu sein. Hier muss allerdings berücksichtigt werden, dass die in den meisten Häusern vorzufindende Arbeitsteilung zwischen Pflegeüberleitung und Krankenhaus-Sozialdiensten vorsieht, dass das Management solcher Übergänge vorrangig den Sozialdiensten obliegt.

Knapp die Hälfte der prästationär zu Hause lebenden Überleitungspatienten erhielt vor dem Krankenhausaufenthalt keine Unterstützung durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste. Dieser Anteil reduziert sich nach der Krankenhausentlassung ganz erheblich, was auf schwere und vor allem nachhaltige gesundheitliche Beeinträchtigungen hinweist. Für die Gesamtheit der 499 Überleitungspatienten lässt sich feststellen, dass in mehr als 70% der Fälle durch die Unterstützung der Pflegeüberleitung ein neues Versorgungsarrangement entstanden ist.

Anhand der verfügbaren Daten lassen sich für vormals zuhause lebende Patienten Faktoren identifizieren, die mit einem erhöhten Risiko des Übergangs in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung verbunden sind. Es handelt sich dabei in erster Linie um hohes Alter, fehlende Pflegepersonen (Ein-Personen-Haushalte), vorausgegangener Schlaganfall, kognitive Einbußen und Inkontinenz. Vor allem wenn mehrere dieser Faktoren in Kombination auftreten, scheint das Risiko eines solchen Übergangs recht hoch zu sein.

Qualität aus der Perspektive der Patienten und Angehörigen

Die Auswertung der Patienten- und Angehörigenbefragung ergab für alle 13 beteiligten Krankenhäuser ein recht einheitliches Bild, das durch sehr positive Bewertungen gekennzeichnet ist. Dabei weisen die Beurteilungen von Patienten auf der einen und Angehörigen auf der anderen Seite kaum Unterschiede auf.

Bei rund drei Vierteln der Patienten waren MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung frühzeitig die zentralen Ansprechpartner für Fragen der Weiterversorgung. Die große Mehrheit der Patienten/Angehörigen hatte den Eindruck, dass die Zuständigkeit hierfür in dem jeweiligen Krankenhaus eindeutig geklärt ist.

Im Vordergrund der von der Pflegeüberleitung geführten Beratungsgespräche standen Fragen der pflegerischen Versorgung, die Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung, die familiäre sowie die ärztliche Versorgung. Ein ähnliches Bild zeigt sich im Hinblick auf die Art der von der Pflegeüberleitung geleisteten Unterstützung. Hier dominiert die Mobilisierung von Leistungen (Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen, Pflegedienste, Hilfsmittel etc.). Fragen des Umgangs mit der Erkrankung und daraus resultierenden Einbußen und Anforderungen hingegen scheinen im Arbeitsalltag der Pflegeüberleitung eine vergleichsweise geringe Rolle zu spielen. Dies gilt zumindest für die Mehrheit der befragten Häuser.

Nach den Angaben der Patienten und Angehörigen ist es in aller Regel gelungen, eine zufriedenstellende Versorgungssituation nach der Krankenhausentlassung herzustellen. Die Majorität der Befragten (83,4%) meinte, nach der Entlassung die Gesamtheit oder den größten Teil der Unterstützung zu erhalten, die sie benötigten. Lediglich rund 5% fühlten sich unterversorgt (bei 11,6% fehlenden Angaben). Zu einem ähnlichen Ergebnis führte die Frage nach Informations- und Beratungsbedarf. Nur eine kleine Minderheit der Patienten/Angehörigen gab an, nach der Entlassung mit ungeklärten Fragen konfrontiert worden zu sein und nicht gewusst zu haben, an wen man sich wenden konnte.

Die direkte Bewertung der Unterstützung, die durch das pflegerische Entlassungsmanagement geleistet wurde, fiel ausgesprochen positiv aus. Über 90% der Befragten meinten, ausreichend Informationen erhalten zu haben, und über 80% bewerteten den Nutzen der Beratung als hoch oder sehr hoch. Bei der allgemeinen Gesamtbewertung der Pflegeüberleitung wurden in rund 90% der Fälle die Schulnoten „sehr gut“ oder „gut“ vergeben. Lediglich zwei der knapp 300 Befragten hielten die geleistete Unterstützung für mangelhaft oder ungenügend.

Im Gesamtergebnis erweist sich das pflegerische Entlassungsmanagement bzw. die Pflegeüberleitung aus der Perspektive von Patienten und Angehörigen in aller Regel als wichtige und wirksame Unterstützung bei der Bewältigung des Übergangs aus dem Krankenhaus in eine andere Versorgungsumgebung. Sowohl die direkten Beurteilungen als auch die Schilderung von Formen, Inhalten und Ergebnissen der Unterstützung zeigen, dass es bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten gelingt, ein tragfähiges Versorgungsarrangement herzustellen.

Angesichts der nahezu durchgängig positiven Tendenz der Untersuchungsergebnisse fällt es schwer, Schwachstellen und Optimierungsmöglichkeiten der Pflegeüberleitung zu benennen. Kritische Äußerungen der Befragten bezogen sich zumeist auf organisatorische Aspekte, auf die die MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung nur wenig Einfluss haben (z.B. zu kurzfristig angesetzte Entlassungen, verzögerte Hilfsmittellieferungen), oder auf den Beitrag der Ärzte zur Entlassungsvorbereitung. Der einzige optimierungsbedürftige Teilbereich des pflegerischen Entlassungsmanagements besteht den Untersuchungsergebnissen zufolge in der pflegerischen Anleitung und Beratung im Umgang mit praktischen Problemen im Rahmen der häuslichen Versorgung. Sie sind nach den Angaben der Patienten im Arbeitsalltag eher schwach gewichtet, werden von ihnen manchmal vermisst und sind in den an der Untersuchung beteiligten Krankenhäusern sehr ungleichmäßig verankert.

Davon abgesehen unterstreichen die Untersuchungsergebnisse jedoch die Tragfähigkeit und den Nutzen des pflegerischen Entlassungsmanagements. Vor diesem Hintergrund bleibt zu hoffen, dass dieses Unterstützungsangebot in der Krankenhausversorgung weiterhin ausgebaut und ausreichend ausgestattet wird, um die zukünftigen Anforderungen an das Entlassungsmanagement, die der demografische Wandel und die Umstrukturierung dieses Versorgungssektors mit sich bringen, hinreichend bewältigen zu können.

Literatur

- Anderson, M.A./Helms, L.B./Hanson, K.S./DeVilder, N.W. (1999): Unplanned hospital readmissions: a home care perspective. *Nursing Research* 48, Nr. 6, 299-307
- Bach, M./Nikolaus, T. (1998): Das Konzept der Übergangsbetreuung: Geriatri-sches Zentrum Bethanien am Klinikum der Universität Heidelberg. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): *Medizin und Pflege: Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 161-178
- Bayard, J.M./Calianno, C./Mee, C.L. (1997): Care coordinator – blending roles to improve patient outcomes. *Nursing Management* 28, Nr. 8, 49-51
- Bornitz, D./Letsch, R. (1995): Der Pflegebrief. *Die Schwester/Der Pfleger* 34, Nr. 12, 1122-1123
- Brooten, D./Naylor, M.D. (1999): Transitional environments. In: Hinshaw, A.S./Feetham, S.L./Shaver, J.L. (Hg.): *Handbook of clinical nursing research*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 641-653
- Brooten, D./Gennaro, S./Knapp, H./Jovene, N./Brown, L./York, R. (1991): Functions of the CNS in early discharge and home followup of very low birthweight infants. *Clinical Nurse Specialist* 5, Nr. 4, 196-201
- Brooten, D./Knapp, H./Borucki, L./Jacobsen, B./Finkler, S./Arnold, L./Mennuti, M. (1996a): Early discharge and home care after unplanned cesarean birth: nursing care time. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 25, Nr. 7, 595-600
- Brooten, D./Naylor, M.D./Brown, L./York, R./Hollingsworth, A./Cohen, S./Roncoli, M./Jacobsen, B. (1996b): Profile of postdischarge rehospitalizations and acute care visits for seven patient groups. *Public Health Nursing* 13, Nr. 2, 128-134
- Browne, R./Biancolillo, K. (1997): Fusing roles: the ambulatory care nurse as case manager. *Nursing Management* 28, Nr. 9, 30-31
- Brüggemann, R./Osterbrink, J./Benkenstein, J. (2002): Pflegeüberleitung: die Sicht der Patienten und notwendige Konsequenzen für die Organisation Krankenhaus. *Pflege* 15, Nr. 2, 79-85
- Buckley-Viertel, D. (Hg.) (2001): *Studieren und pflegen in den USA*. Bern: Huber
- Camberg, L.C./Smith, N.E./Beaudet, M./Daley, J./Cagan, M./Thibault, G. (1997): Discharge destination and repeat hospitalizations. *Medical Care* 35, Nr. 8, 756-767
- Claus, I. (1995): Betreute Überleitung. *Heilberufe* 47, Nr. 11, 12-15
- Cummings, S.M. (1999): Adequacy of discharge plans and rehospitalization among hospitalized dementia patients. *Health and Social Work* 24, Nr. 4, 249-259
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2002): *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück: DNQP
- Domscheit, S./Wingenfeld, K. (1996): *Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P96-100. Bielefeld: IPW

- Donaldson, S.K. (2000): Breakthroughs in scientific research: the discipline of nursing, 1960-1999. In: Goeppinger, J. (Hg.): Annual review of nursing research. Vol. 18: Focus on Chronic Illness. New York: Springer, 247-311
- HCFA – Health Care Financing Administration, U.S. Department of Health and Human Services (Hg.) (1992): Report of the secretary's advisory panel on the development of Uniform Needs Assessment Instrument(s). Report to Congress. December 1992, Washington D.C.
- Hecht, L. (1998): Gesundheitszentrum bedeutet nicht «wildern in fremden Revieren». Krankenhaus Umschau 67, Nr. 4, 220-225
- Heggstad, T. (2002): Do hospital length of stay and staffing ratio affect elderly patients' risk of readmission? A nation-wide study of norwegian hospitals. Health Services Research 37, Nr. 3, 647-665
- Jäger, K. (2001): Vereinbarung nach § 3 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen. Forum Krankenhaus-Sozialarbeit, Nr. 2, 10-11
- Joosten, M. (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. Bremen: Altera
- Kleina, T./Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07-135. Bielefeld: IPW
- Kravitz, R.L./Reuben, D.B./Davis, J.W./Mitchell, A./Hemmerling, K./Kington, R.S./Siu, A.L. (1994): Geriatric home assessment after hospital discharge. Journal of the American Geriatric Society 42, Nr. 12, 1229-1234
- Leititis, J.U. (2000): Stationäre Leistungserbringung unter DRGs. Das Krankenhaus 92, Nr. 11, 897-902
- Liedtke, D./Wanjura, M. (1990): Projekt: Beratungspfleger. Diskussionsbeitrag zur Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 43, Nr. 8, 566-574
- Liedtke, D./Brandes, A./Szuszies, G./Fraatz, C./Rendar, R. (1995): Betreute Überleitung. Sachbericht. Berlin
- Naylor, M.D. (1990): Comprehensive discharge planning for hospitalized elderly: a pilot study. Nursing Research 39, Nr. 3, 156-161
- Naylor, M.D./Shaid, E.C. (1991): Content analysis of pre- and post-discharge topics taught to hospitalized elderly by gerontological clinical nurse specialists. Clinical Nurse Specialist 5, Nr. 2, 111-116
- Naylor, M.D./Campell, R.L./Foust, J.B. (1997): Die Bedürfnisse älterer Patienten und ihrer Angehörigen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. In: Funk, S.G./Tornquist, E.M./Champagne, M.T./Wiese, R. (Hg.): Die Pflege chronisch Kranker. Bern: Huber, 166-175
- Naylor, M.D./Brooten, D./Campbell, R./Jacobsen, B.S./Mezey, M.D./Pauly, M.V./Schwartz, J.S. (1999): Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. Journal of the American Medical Association 281, Nr. 7, 613-620
- Roth, A./Wünsche, H. (1998): Aspekte der Überleitung pflegebedürftiger Menschen aus dem Krankenhaus in die häusliche Umgebung. In: Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt (Hg.): Pflegewissenschaft im Alltag: Untersuchungen aus verschiedenen Arbeitsfeldern. Frankfurt a.M.: Mabuse, 151-233
- Schaeffer, D. (2000): Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen. In: Seidl, E./Stanková, M./Walter, I. (Hg.): Autonomie im Alter. Wien/München/Bern: Wilhelm Maudrich, 11-35

- Sommerfeldt, S./Gerstner, M./Metzmacher, K./Roos, K./Schwarz, R. (1992):
 Betreuung schwerkranker Tumorpatienten im «Verzahnungsbereich» von
 stationärer und ambulanter Versorgung. Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift
 45, Nr. 10, 699-704
- van Fleet, S.K./Hughes, M.K. (1996): Psychiatric CNS consultation model in a
 medical setting. Clinical Nurse Specialist 10, Nr. 4, 204-211
- van Walraven, C./Bell, C.M. (2002): Risk of death or readmission among people
 discharged from hospital on Fridays. Canadian Medical Association Journal
 166, Nr. 13, 1672-1673
- Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentli-
 chungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld,
 P03-124. Bielefeld: IPW
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Ü-
 bergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- York, R./Brown, L.P./Samuels, P./Finkler, S.A./Jacobsen, B./Persely, C.A./Swank,
 A./Robbins, D. (1997): A randomized trial of early discharge and nurse
 specialist transitional follow-up care of high-risk childbearing women.
 Nursing Research 46, Nr. 5, 254-261

Anhang 1: Stellenbeschreibung

Stellenbeschreibung für eine/n Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Altenpfleger/-in für Pflege-Überleitung

© Arbeitsgemeinschaft für Pflege-Überleitungen in NRW

Definition

Pflege-Überleitung umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die notwendig sind, um eine kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten und zwar beim Übergang vom Krankenhaus in allen pflegerischen und rehabilitativen nachstationären Versorgungsformen und umgekehrt.

1. Funktionsbeschreibung

- Die Krankenschwester/-pfleger für Pflege-Überleitung ist verantwortlich für die Koordination und den Transfer der Pflege zwischen dem klinischen und ambulanten Bereich.
- Sie/er ist extern Ansprechpartner/in für Familienangehörige, Hausärzte, Mitarbeiter der Sozialstationen, Altenheime, Hospize, Sanitätshäuser, Kranken- und Pflegekassen, und anderes mehr.
- Sie/er ist intern Ansprechpartner/in für Pflegende, Ärzte, Sekretärinnen, Mitarbeiter der Krankengymnastik, Ergotherapie sowie des Sozialdienstes.

2. Zielsetzung

- Beratung und Begleitung von Patienten und Angehörigen bzgl. der nachstationären Pflege und rehabilitativen Maßnahmen.
- Organisation der pflegerischen Vernetzung vom stationären in den nachstationären Bereich
- Einschaltung der Pflege-Überleitung innerhalb 24 Stunden nach Aufnahme, um eine planbare, den Pflege-Überleitungsprozess entsprechende Entlassung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten und Qualitätsverluste zu vermeiden.
- Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Tätigkeit der Pflege-Überleitung durch ständige Kommunikation.

3. Anforderungsprofil

- Staatliche Anerkennung als Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger oder examinierte(r) Altenpfleger/in mit einer Weiterbildung zur Pflege-Überleitung oder Pflegeberatung und dreijähriger Berufserfahrung im Krankenhaus
- Erfahrung in der ambulanten Pflege
- Erfahrung in der Sterbebegleitung
- Pädagogisches Geschick
- Beratungskompetenz
- Teamfähigkeit
- Koordinations- und Urteilsvermögen
- Organisationsfähigkeit

- Eigeninitiative
- Führerschein Klasse III

4. Kompetenzen

- Zugang zu Patientendaten, um eine vollständige Überleitungsanamnese erstellen zu können.
- Mitspracherecht bei der Festsetzung des Entlassungstermins von pflegerisch überzuleitenden Patienten
- Weisungsbefugnis gegenüber den im Überleitungsprozess beteiligten Personen
- Befugnis, nach den Richtlinien der AG NRW Pflege-Überleitung zu arbeiten

5. Aufgaben

5.1 Pflegemanagements

- Ständiger Kontakt mit dem pflegerischen Stationsteam mit der Möglichkeit der Teilnahme an Patientenübergaben, die im Zusammenhang mit der Pflege-Überleitung stehen.
- Entwicklung und Integration einer Pflegedokumentation für Pflege-Überleitung
- Absprachen über die Entlassungsplanung mit dem therapeutischen Team
- Kontaktaufnahme zum frühesten möglichen Zeitpunkt mit dem nachstationären Pflegebereich.
- Beschaffung von Pflegehilfsmitteln in Absprache mit den Patienten und Angehörigen, Kranken/-Pflegekassen, Sanitätshäusern und den nachfolgenden Pflegediensten oder Einrichtungen.
- Koordination der Entlassungsplanung
- Gegebenenfalls Organisation und Durchführung von Pflegekursen am Krankenhaus
- Öffentlichkeitsarbeit auf regionaler und überregionaler Ebene
- Erstellung von Statistiken

5.2 Beratende Pflegetätigkeiten

- Pflegeberatung auf der Grundlage der Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und deren Angehörige
- Information über die Leistungsmöglichkeiten und Leistungsgrenzen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Einrichtungen
- Unterstützung bei erforderlichen Antragstellungen im Sinne des SGB V, SGB XI und des Landespflegegesetzes von NRW
- Vorbereitung von pflegenden Angehörigen auf die häusliche Pflege durch Anleitung zu einer patientenorientierten Pflege noch im stationären Bereich

5.3 Qualitätssichernde Pfl egetätigkeit

- Arbeiten nach den Prinzipien des Pflege-Überleitungsprozesses, worin die Empathie, die Problemerkassung, die Entscheidungsphase und Organisationsphase, mit abschließender Evaluation, wesentliche Bestandteile sind, um eine gute Ergebnisqualität zu erreichen
- Erstellung der Pflegeanamnese mit pflegerelevanter Prognose hinsichtlich des Pflegebedarfs.
- Entwicklung und Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens
- Einschaltung notwendiger, komplementärer Dienste wie: Notrufsystem, Essen auf Rädern, Selbsthilfegruppen, u. v. a.
- Übermitteln notwendiger Informationen im Sinne des § 3 Landespflegegesetz
- Rückmeldung an den vorhergehenden Pflegebereich nach erfolgter Patientenübernahme
- Herstellen von Transparenz der Entlassungsplanung

5.4 Unterrichtstätigkeit

- Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für ambulante und stationäre Pflegekräfte zum Thema Pflege-Überleitung.
- Erteilung von Unterricht in den Krankenpflegeschulen zum Tätigkeitsbereich der Pflege-Überleitung.
- Ermöglichung von Hospitationen im Tätigkeitsbereich

6. Organisatorische Eingliederung

- Stabsstelle
- Arbeitszeit - Kernarbeitszeit auf Grundlage der 5-Tage Woche
- Stellvertretung durch Krankenschwester/-pfleger, Altenpfleger/in für Pflege-Überleitung
- Vergütung - AVR KR 7 mit der Möglichkeit des Bewährungsaufstiegs

Anhang 2: Leitlinie zur Pflege-Überleitung/Entlassungsmanagement GKH Herdecke „Die Brücke“

Standardaussage: Jeder Patient mit einem poststationären Pflege-, Rehabilitations- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Definition: „Der Begriff Pflege-Überleitung umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die notwendig sind, um eine weitere kontinuierliche Qualität zu gewährleisten, und zwar beim Übergang vom Krankenhaus in die nachstationäre Versorgung und umgekehrt“.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>S1a) Die Abteilung Pflege-Überleitung verfügt über schriftlich formulierte Bausteine für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement.</p> <p>S1b) Die Krankenschwester/der Krankenpfleger für Pflege-Überleitung stellt sicher, dass die erforderlichen Einschätzungskriterien, Anamnese- und Organisationsdokumente für die Zielgruppen vorliegen.</p> <p>S1c) Um die Zielgruppe zu erfassen, findet im therapeutischen Team täglich die benötigte Kommunikation statt.</p>	<p>P1) <i>Die Krankenschwester/der Krankenpfleger für Pflege-Überleitung</i></p> <p>– führt innerhalb von 24 Std. nach der Aufnahme mit allen Patienten und Angehörigen der Zielgruppen in der Empathiephase ein erstes Anamnesegespräch, um die bisherige Pflege- und Lebenssituation, die Erwartungen und den Willen des Patienten und seiner Angehörigen einzuschätzen.</p>	<p>E1) Eine aktuelle Anamnese über die bisherige Pflege- und Lebenssituation sowie die Erwartungen und den Willen des Patienten und seiner Angehörigen liegt vor.</p>
<p>S2) <i>Die Krankenschwester/der Krankenpfleger für Pflege-Überleitung</i></p> <p>– ist eine/ein innerhalb der Pflege spezialisierte Pflegefachkraft, die das Entlassungsmanagement als Hauptaufgabe durchführt.</p>	<p>P2) – nimmt bei zu erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf eine differenzierte Problem- und Bedarfsanalyse vor.</p>	<p>E2) Eine aktuelle, individuelle und systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p>

<p>S3) – berät und schult in der Problemerkennungs- und Entscheidungsphase den Patienten und seine Angehörigen in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf und koordiniert die weitere Schulung und Beratung der beteiligten Berufsgruppen.</p>	<p>P3) – gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Schulung und Beratung.</p>	<p>E3) Patient und Angehörige haben eine bedarfsgerechte Schulung und Beratung bekommen, um veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p>
<p>S4) – ist zur Steuerung und Koordination des Entlassungsprozesses autorisiert.</p>	<p>P4) – stimmt mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den internen und externen Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab, – bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtung einen vom Bezugspfleger geschriebenen Bericht zur Pflege-Überleitung an.</p>	<p>E4) Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.</p>
<p>S5) – verfügt über das Fachwissen und die Fähigkeit zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und seinen Angehörigen entspricht.</p>	<p>P5) – führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Std. vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsorganisation und -planung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p>	<p>E5) Die Entlassung ist bedarfsgerecht vorbereitet.</p>
<p>S6) – ist berechtigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.</p>	<p>P6) – evaluiert rechtzeitig vor der Entlassung, ob alle eingeleiteten Maßnahmen umgesetzt worden sind, damit eine bedarfsgerechte Entlassung gesichert ist. Bei sehr komplexen Pflege-Überleitungen überprüft sie innerhalb von 48 Std. nach der Entlassung die Umsetzung der Entlassungsplanung und der Organisation. Sie dokumentiert den Verlauf und erstellt eine Leistungserfassung im PC.</p>	<p>E6) Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p>

Bausteine zur Pflege-Überleitung

© Abteilung Pflege-Überleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (Marly Joosten, Jürgen Haake). Nachdruck - auch auszugsweise - oder mechanische Vervielfältigung nur mit Genehmigung der Autoren.

Die nachfolgenden Konzeptbausteine konkretisieren die Inhalte der oben dargestellten Leitlinie, geben aber auch weiterführende Hinweise auf das Verständnis und den Prozess der Pflege-Überleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (GKH). Die hier nur in Auszügen wiedergegebenen Bausteine umfassen folgende Punkte:

- 1) Definition
- 2) Ziele der Pflege-Überleitung
- 3) Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität
- 4) Der Pflege-Überleitungsprozess
- 5) Orte der Pflege-Überleitung
- 6) Zielgruppen der Pflege-Überleitung
- 7) Begründung einer neuen Spezialisierung innerhalb der Pflege zur Entlassungsplanung
- 8) Stellenbeschreibung der/des Krankenschwester/-pflegers für Pflege-Überleitung (nicht abgedruckt, vgl. Anhang 1)
- 9) Strukturabsprachen zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen intern und extern
- 10) Dokumentationsinstrumente
- 11) Leistungserfassung
- 12) Rahmenbedingungen (nicht abgedruckt)

1. Definition

„Der Begriff Pflege-Überleitung umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen die notwendig sind, um eine kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten und zwar beim Übergang vom Krankenhaus in die nachstationäre Versorgung und umgekehrt“ (Marly Joosten).

2. Ziele der Pflege-Überleitung

(...)

Die Pflege-Überleitung möchte eine kontinuierliche Qualität in der Pflege gewährleisten beim Übergang vom Krankenhaus in eine nachstationäre Versorgungsform und umgekehrt. Sie möchte diesen Übergang durch eine Vernetzung der verschiedenen nachstationären Versorgungsformen erreichen. Die Ziele dabei sind:

- a) Jeder Patient, der nach der Entlassung eine weitere pflegerische oder rehabilitative Versorgung braucht, soll möglichst ohne qualitativen Bruch und ohne Informationsverluste effizient durch eine gute Koordination zwischen den stationären und nachstationären Einrichtungen weitergeleitet werden. Mit der Erfassung der pflegerischen und rehabilitativen Erfordernisse soll schon innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme begonnen werden, um so frühzeitig problemlösend tätig zu sein.

- b) Die Aufnahmen von Patienten ins Krankenhaus, die durch pflegerische Defizite der Angehörigen entstehen, sollen reduziert werden.
- c) Patienten und ihre Angehörigen sollen ermutigt werden, mit Hilfe einer fachkompetenten Beratung durch eine/n Krankenschwester/-pfleger für Pflege-Überleitung die ihnen zustehenden pflegerischen, sozialen und rehabilitativen Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.
- d) Die Angehörigen sollen durch eine direkte pflegerische und kinästhetische Anleitung am Krankenbett schon im Krankenhaus auf die häusliche Pflege vorbereitet werden. Für die häusliche Pflege soll über die weitere Anleitung durch Pflegedienste, die Hauspflegekurse, weitere kinästhetische Schulung zu Hause sowie die Vermittlung von Gesprächsgruppen und Selbsthilfegruppen beraten werden.
- e) Die Pflege-Überleitung soll über alle Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel beraten und die für die Pflege notwendigen schon vor der Entlassung organisieren, damit diese bei der Entlassung des Patienten zur Verfügung stehen.
- f) Der Sozialdienst soll bei der Überleitung von Patienten in eine nachstationäre Versorgung durch pflegerische Fachkompetenzen ergänzt werden.
- g) Die Pflege-Überleitung soll bei Qualifizierungsmaßnahmen und Fortbildungen auf den Stationen in der Klinik und im ambulanten Bereich mitwirken und diese auch selbst durchführen. Dazu gehören auch Vorträge, Seminararbeit sowie der Unterricht in den Krankenpflegeschulen.
- h) Es soll über alle Möglichkeiten für eine finanzielle Unterstützung der weiteren Pflege des Patienten beraten werden und entsprechende Anträge sollten vor der Entlassung gestellt werden.
- i) Im Krankenhaus ist die/der Krankenschwester/-pfleger für Pflege-Überleitung verantwortliche/r Koordinator/in und Ansprechpartner/in für die Bezugspflegerinnen, die Ärzte und die Therapeuten.
- j) Auch für die nachstationären Versorgungsbereiche ist die/der Krankenschwester/-pfleger für Pflege-Überleitung die verantwortliche/r Koordinator/in und Ansprechpartner/in.
- k) Die Aufgaben und Leistungen sowie die Entwicklung und Evaluation des neuen Fachgebietes der Pflege-Überleitung sollen durch eine eigene Dokumentation und ein eigenes Leistungserfassungssystem nachvollziehbar und darstellbar werden.

3. Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität

(...) Qualitätsmerkmale:

- Ist der Wille des Patienten und seiner Angehörigen in mögliche Lösungen umgesetzt worden?
- Persönliche Erfassung bei der Aufnahme von allen Patienten, die nach der Entlassung der Pflege bedürfen.
- Problemlösungen vor der Entlassung erarbeiten und durchführen, damit unmittelbar nach der Entlassung die Kontinuität der Pflege gewährleistet ist.
- Organisation von notwendigen Hilfsmitteln (O2-Gerät, Rollator, Krankenbett, Morphinpumpe, Infusionsständer)
- Vorbereitung und Anleitung von pflegenden Angehörigen im Krankenhaus
- Klärung der Finanzierung der nachstationären Pflegeeinrichtungen mit Kranken- und Pflegekassen

- Weiterleiten aller relevanten Informationen, schriftlich und persönlich an:
 - nachstationäre Pflegeeinrichtungen
 - Hausarzt
 - Krankengymnastik, ambulant
 - pflegende Angehörige
 - Krankenkasse, MDK
 - Sanitätshäuser
- Kontrolle, ob die eingeleiteten Maßnahmen ausreichend waren und eventuell auftretende Defizite nach der Entlassung korrigieren. (...)

4. Der Pflege-Überleitungsprozess

Die Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritte der Pflege-Überleitung haben Gemeinsamkeiten mit denen des Pflegeprozesses, sind aber nicht mit ihnen identisch, weil sie andere Voraussetzungen und Ziele haben. Die Ausgangsbedingungen sind im Verhältnis zur Pflegeplanung auf den Stationen wesentlich andere.

Der Pflege-Überleitungsprozess ist – in der Theorie – die systematische Gliederung eines allgemeinen Ablaufs unserer Arbeit mit und für den Patienten. Er verdeutlicht und strukturiert die Tätigkeit einer Pflege-Überleitung, indem er Entwicklungsschritte und Aufgabenschwerpunkte sichtbar macht. Dadurch wird das Aufgabengebiet in der Pflege-Überleitung für uns selbst und andere nachvollziehbar und darstellbar.

Entsprechend dem Krankenpflegeprozess hat er zum Ziel, auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis des Patienten nach pflegerischer Betreuung gerecht zu werden. Er besteht auch aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin, ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten.

In der Praxis ist der Pflege-Überleitungsprozess ein sehr komplexer und lebendiger Prozess, der von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Sein Ziel stellt sich häufig erst im Verlauf des Prozesses heraus oder ändert sich während des Prozesses.

Das Ziel des Pflege-Überleitungsprozesses ist es nicht, primär die Pflege am Patienten selbst zu gestalten, sondern Übergänge, Entlassungen und Veränderungen zu gestalten. Es müssen „Brücken“ für den Patienten gebaut werden, über welche die erreichte medizinische, pflegerische und therapeutische Qualität für den Patienten gesichert und seiner neuen Lebenssituation angepasst werden kann.

Damit beschreibt der Pflege-Überleitungsprozess auch ein effektives Entlassungsmanagement, das schon bei der Aufnahme beginnt und die Interessen des Patienten mit den Bedingungen des Gesundheitswesens in Übereinstimmung bringt.

Der Pflege-Überleitungsprozess lässt sich in folgende Schritte unterteilen: Empathiephase (...), Problemerkennungs- und Entscheidungsphase (...), Organisations- und Evaluationsphase (...).

Zur Empathiephase im Einzelnen gehören:

- a) Informationssammlung
 - Patientenerfassung durch die Pflege-Überleitung
 - Patientenerfassung durch Konsile
 - Geplantes Entlassungsdatum

- Einweisungs-, Haupt- und Nebendiagnosen
- Pflegedokumentation
- Krankengeschichte
- Untersuchungsergebnisse
- Informationen von anderen Teammitgliedern (Pflege, Arzt, Therapeut)
- Pflegeberichte der bisher pflegenden Institution

b) Sozial-pflegerische Überleitungsanamnese (Aufnahmegespräch mit dem Patienten, Aufnahmegespräch mit Angehörigen)

- Soziales Umfeld (Familie, Lebenspartner, Freunde)
- Bisherige Betreuungssituation (rechtlich)
- Bisherige Wohnungssituation (Eigentum, Miete, Etage, Treppen, Lift, Bad)
- Bisherige Hilfen im Haushalt (Haushaltshilfe, Einkaufen, Kochen, Putzen)
- Bisherige medizinische Betreuung (Hausarzt)
- Bisherige therapeutische Betreuung (KG, Ergo, Logopädie, Massagen, künstl. Therapien)
- Vorhandene Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl, Rollator, Notrufsystem usw.)
- Bisherige Pflegebedürftigkeit bei den ATL's (AEDL's, Barthel-Index, FIM)
- Bisheriger Pflegeumfang durch Angehörige, Freunde oder Pflegedienst
- Bisherige Finanzierung der Pflege durch Pflegeversicherung (Stufe, Art der Leistung, Eigenleistungen, Sozialhilfe)
- Bisherige unterstützende Dienste (Essen auf Rädern, Fahrdienste)
- Schwerbehindertenausweis
- Selbsthilfegruppe

Zur Problemerkennungs- und Entscheidungsphase im Einzelnen gehören:

a) Sozial-pflegerische Bedarfsermittlung: Was hat sich auf Grund der Erkrankung beim Patienten verändert?

- Neuer Pflegebedarf in Bezug auf die ATLS?
- Muss die Lebenssituation grundsätzlich wegen der vermehrten Pflegebedürftigkeit verändert werden? (Tagespflege, Kurzzeitpflege, Altenheim)
- Braucht der Patient eine Betreuung?
- Braucht der Patient Hilfen (Pflege, Betreuung) aus seinem sozialen Umfeld?
- Braucht der Patient einen ambulanten Pflegedienst zuhause?
- Muss die bisherige Wohnungssituation verändert werden (Umbaumaßnahmen, Bett umstellen)?
- Braucht der Patient eine vermehrte oder veränderte medizinische Betreuung?
- Braucht der Patient eine vermehrte oder veränderte therapeutische Betreuung?
- Braucht der Patient vermehrte oder veränderte Hilfen im Haushalt?
- Braucht der Patient neue oder andere Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel?
- Muss die Finanzierung der Pflege verändert oder in die Wege geleitet werden?
- Braucht der Patient unterstützende Dienste zuhause?
- Braucht der Patient seelsorgerische Unterstützung?

b) Pflege-Überleitungsberatung und Entlassungsplanung

- Möglichst konkrete Lösungen in Bezug auf den veränderten Pflegebedarf des Patienten entwickeln und entscheiden
- Gespräche im therapeutischen Team
- Beratungsgespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen über:
 - a) die Möglichkeiten des Gesundheitssystems zur Gestaltung und Finanzierung der möglichen und gewünschten nachstationären pflegerischen Betreuungsform für den Patienten
 - b) den eigenen Beitrag zur Gestaltung und Finanzierung der nachstationären Betreuungsform
- Entlassungsziel und -zeitpunkt unter Berücksichtigung der DRGs in Absprache mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem therapeutischen Team festlegen

Zur Organisations- und Evaluationsphase im Einzelnen gehören:

a) Entlassungs- und Vermittlungsorganisation

- Vermittlung von ambulanten Pflegediensten, Alten/-pflegeheimen, stationären und ambulanten Hospizen, Tagespflegestätten, betreutes Wohnen, Kurzzeitpflege
- Vermittlung von unterstützenden Diensten (Essen auf Rädern, Mobile soziale Dienste)
- Anträge zur Pflegeversicherung stellen (Veränderung, Einstufung, Verschlimmerung)
- Mitteilung an den MDK und die Pflegekasse nach § 3 Landespflegegesetz über sich abzeichnende Pflegebedürftigkeit
- Empfehlung bzw. Verordnung von häuslicher Krankenpflege (...) veranlassen
- Verordnung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel vor der Entlassung organisieren
- Vorbereitung des häuslichen Umfeldes veranlassen
- Anleitung von pflegenden Angehörigen veranlassen
- Information des ambulanten Pflegedienstes oder der nachstationären Einrichtung
- Information des Hausarztes
- Information der unterstützenden Dienste
- Pflege-Überleitungsbogen vorbereiten und ausfüllen

b) Dokumentation und Evaluation

- Eigene Dokumentation vervollständigen (...)
- Rückmeldungen von Patienten, Angehörigen, Pflegediensten und Einrichtungen auswerten
- Auswertung der eigenen Tätigkeiten
- Was muss verbessert werden?
- Verbesserungen einleiten

5. Orte der Pflege-Überleitung

(...)

Die Pflege-Überleitung muss von dem Ausgangsort geleistet werden, von dem aus der Patient in eine andere Versorgungsform verlegt wird. Die vor einer Verlegung zuletzt pflegende Einrichtung und die darin tätigen Bezugspfleger kennen den Patienten am Besten und müssen ihre Informationen an die nächste Institution und deren Pflegekräfte weitergeben.

Beispiel 1: Wenn ein Patient von einem Pflegeheim oder einer ambulanten Pflegestation ins Krankenhaus verlegt wird, ist die Pflege-Überleitung von den Bezugspfleger im Altenheim oder von den Pflegenden des ambulanten Pflegedienstes ins Krankenhaus hinein zu leisten.

Beispiel 2: Wenn ein Patient aus dem Krankenhaus heraus entlassen wird, muss die Pflege-Überleitung von der/dem Krankenschwester/-pfleger oder der/dem Kinderkrankenschwester/-pfleger für Pflege-Überleitung in Zusammenarbeit mit der/m Bezugspfleger des Krankenhauses geleistet werden.

Im ersten Beispiel kommt ein Patient ins Krankenhaus hinein, weil seine bisherige Lebens- und Pflegesituation – bedingt durch eine Krankheit – zu Hause oder im Pflegeheim dauerhaft oder vorübergehend nicht mehr tragbar ist. Dies kann durch ein akutes Ereignis (z.B. Schlaganfall oder Unfall) oder eine akute Verschlechterung und damit einhergehende Krise (z.B. Pneumonie) bedingt sein.

Der Patient braucht jetzt einen neuen medizinischen, therapeutischen oder pflegerischen Impuls, der seine weitere Behandlung und Pflege ermöglicht. Dieser Impuls wird im Krankenhaus gegeben, damit der Patient in seine bisherige Lebens- und Pflegesituation zurück kann oder bis für den Patienten eine neue, seiner jetzigen Situation entsprechende Versorgungsform (mehr häusliche Pflege, Pflegeheim oder Rehabilitation) gefunden ist.

Dafür muss die bisherige Lebens- und Pflegesituation des Patienten zu Hause mit oder ohne Hilfe einer ambulanten Pflege oder im Pflegeheim der für das Entlassungsmanagement zuständigen Pflegefachkraft im Krankenhaus bekannt werden. Es muss also eine Pflege-Überleitung ins Krankenhaus hinein erfolgen. Diese ist von der vorstationären Einrichtung, die den Patienten bisher versorgt hat, in einer strukturierten Form (z.B. Überleitungsbogen oder Übergabegespräch) zu leisten. Dieser Austausch ist unentbehrlich, um dem Patienten einen lückenlosen Übergang ins Krankenhaus hinein zu ermöglichen.

Im Krankenhaus wird dieser übergeleitete Ist-Zustand des Patienten aufgegriffen, um zusammen mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie dem therapeutischen Team über eine weitere Versorgung zu entscheiden. Das stellt an die Pflege-Überleitung aus dem Krankenhaus heraus andere Anforderungen als die Überleitung ins Krankenhaus hinein.

Aus dem Krankenhaus heraus muss die/der Krankenschwester/-pfleger für Pflege-Überleitung alle neu entstandenen Zukunftsaspekte über den Entlassungszeitpunkt hinaus zusammen bringen, um damit für die bisherige Lebens- und Pflegesituation einen neuen, zukunftsfähigen Rahmen zu gestalten. Dies ist die Abrundung des Krankenhausprozesses, die geleistet wird, indem der ganze Prozess von der Aufnahme bis zur Entlassung von einer Pflegefachkraft, die nur für diese Aufgabe zuständig ist, begleitet und gestaltet wird. (...)

6. Zielgruppen

Die größtmögliche Zielgruppe innerhalb der Pflege-Überleitung sind alle Patienten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, in irgendeiner Form der weiteren Pflege oder einer Rehabilitation bedürfen. Diese allgemeine Definition wird konkret in folgenden Auswahlkriterien:

- Patienten, die eine weitere ambulante oder stationäre Rehabilitation benötigen
- Patienten, die weitere Grund- und Behandlungspflege benötigen
- Patienten, die nur Behandlungspflege benötigen
- Patienten, die eine weitere Pflege durch pflegende Angehörige zuhause bekommen
- Patienten, die ausschließlich von einem ambulanten Pflegedienst zuhause versorgt werden
- Patienten, die in einer Kombination sowohl von pflegenden Angehörigen als auch von einem ambulanten Pflegedienst zuhause versorgt werden
- Patienten, die mit umfangreicher, so genannter 24h-Pflege nach Hause gehen
- Patienten, die sich nur mit Hilfe von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln weiterhin selbständig versorgen können
- Patienten, die vorübergehend Kurzzeitpflege brauchen und dann nach Hause oder ins Pflegeheim gehen
- Patienten, aus einem Pflegeheim, die dorthin – mit zusätzlichen Hilfsmitteln – zurückverlegt werden
- Patienten, die eine ambulante Hospizpflege zuhause benötigen
- Patienten, die eine vollstationäre Hospizpflege benötigen

Im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ist die Pflege-Überleitung für alle oben genannten Formen der nachstationären Versorgung zuständig. Hierfür wird eine Pflegefachkraft einer Station umfassend zugeordnet und ist für alle Belange des Entlassungsmanagements zuständig und verantwortlich. Lediglich für bestimmte Beratungen (Hilfsmittel, Schwerbehindertenausweis, Rentenfragen) werden andere Berufsgruppen hinzu gezogen.

7. Begründung einer neuen Spezialisierung innerhalb der Pflege zur Entlassungsplanung

Die Pflege-Überleitung sollte durch eine/n für diese Aufgabe freigestellte/n Krankenschwester/-pfleger für Pflege-Überleitung durchgeführt werden. Im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke wurde diese Freistellung von Anfang an (...) umgesetzt. Sachbezogene Argumente für eine Spezialisierung sind:

- Der Pflegeprozess im Krankenhaus und der Pflege-Überleitungsprozess haben unterschiedliche Ziele. Diese Ziele ergänzen sich zwar, brauchen aber ganz eigene strukturelle Voraussetzungen. Der Blickwinkel der/des Krankenschwester/-pflegers für Pflege-Überleitung ist vom Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten an auf den Zukunftswillen des Patienten gerichtet. Die Frage: „Wo kommt der Patient her und wo wollen er und seine Angehörigen hin?“ ist der Leitfaden für die Arbeit der Pflege-Überleitung.

In der Pflege-Überleitung ist es das Ziel, dem Willen des Patienten, unter Einbeziehung seiner Angehörigen, über seine nachstationäre und sozialpflegerische Zukunft konkret Gestalt zu geben.

Dafür muss die Pflege-Überleitung immer das soziale Umfeld und die Möglichkeiten der nachstationären Versorgungsformen kennen und berücksichti-

gen und die entsprechende, individuelle „Brücke“ für den Patienten und seine Angehörigen für die Zeit nach dem Krankenhaus bauen.

Um dies zu erreichen, steht der Pflege-Überleitung der eigene, klar strukturierte, methodische Weg des Pflege-Überleitungsprozesses zur Verfügung. Damit zeichnet sich die Pflege-Überleitung als eine neue Spezialisierung innerhalb der Pflegelandschaft aus.

Die Pflege-Überleitung hat ihre Wurzeln in der Bezugspflege, weil sie gemeinsam mit den Bezugspflegerinnen die empathische Begegnung mit dem Patienten für den weiteren Prozess als Ausgangspunkt nimmt.

Nach der Empathiephase jedoch sind die umfangreiche Beratung des Patienten und seiner Angehörigen sowie die Entscheidung über den weiteren Lebensweg mit dem Patienten in der Problemerkennungs- und Entscheidungsphase und die umfangreiche Organisation in der Organisations- und Evaluationsphase wesentliche, neue Arbeitsinhalte der Pflege-Überleitung, wodurch sie sich als neue Pflegespezialisierung im Entlassungsmanagement begründet.

- Bezugspflegerinnen im Pflegeprozess müssen sich vor allem konkret verbinden mit den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Zielen im Krankenhaus. Sie müssen deswegen während der Pflege für den Patienten rund um die Uhr auf der Station erreichbar sein, um auf die direkten Bedürfnisse der Patienten und anderer Berufsgruppen reagieren zu können.

Die Pflege-Überleitung kann und muss sich aber ganz persönlichen Gesprächssituationen mit einem Patienten und/oder seinen Angehörigen widmen, ohne auf die direkten Bedürfnisse des Patienten reagieren zu müssen.

- Die Bezugspflegerinnen im Pflegeprozess direkt am Patienten können immer auf den Ablauf im Krankenhaus auf die vorhandenen personellen, sachlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen aufbauen. Die Einführung des pflegerischen Entlassungsmanagements fordert, im Gegensatz dazu, dass die Strukturqualität im Krankenhaus erneuert und ergänzt wird durch die Einführung von Bausteinen, die eine neue Entlassungskultur ermöglicht. (...)
- Die/der freigestellte Krankenschwester/Krankenpfleger für Pflege-Überleitung muss in einer 5-Tagewoche mit Kernzeiten arbeiten, um erreichbar zu sein für andere Berufsgruppen im Krankenhaus und für Mitarbeiter in nachstationären Einrichtungen, um ihre Koordinations- und Kooperationsaufgaben erfolgreich durchzuführen. Gleichzeitig sind diese Kernzeiten eine Vorbedingung, um neue Patienten für das Entlassungsmanagement innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme zu erkennen und aufzunehmen, und eine kontinuierliche, tägliche aktuelle Wahrnehmung vom Patienten im Pflege-Überleitungsprozess zu garantieren.
- Für die Gestaltung der nachstationären Versorgung und eine entsprechende Beratung ist ein spezielles Fachwissen über die rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen im Gesundheitswesen erforderlich. Diese speziellen Kenntnisse von einer/einem Bezugspflegerin zu erwarten, wäre unserer Ansicht nach eine Überfrachtung des Begriffsinhaltes Bezugspflege.
- Der Pflege-Überleitungsprozess gestaltet sich nur effizient und qualitativ wertvoll, wenn für alle beteiligten Berufsgruppen sowohl im Krankenhaus als auch nachstationär *ein* verbindlicher Ansprechpartner erreichbar ist, der vom Zeitpunkt der Aufnahme in einem deutlich strukturierten Prozess alle Fäden zusammenhält, und damit die im Krankenhaus neu entstandene therapeutische Qualität über die Schnittstelle hinaus in die nachstationäre Versorgung sichert.
- Zu viele Ansprechpartner (Bezugspflegerinnen in wechselnden Dienstschichten) würden Chaos und Verwirrung schaffen, weil wieder neue Schnittstellen entstehen, die man gerade überwinden möchte und damit wären wieder neue

Lücken vorprogrammiert, die man im Entlassungsmanagement beseitigen wollte.

8. Stellenbeschreibung (...)

9. Strukturabsprachen zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Institutionen intern und extern

1) Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus

a) Absprachen mit Stations- und Fachärzten

- Absprachen über auszufüllende Dokumente
- Zeitliche Absprachen über Patientenbesprechungen
- Mitspracherecht bei der Entlassungsplanung von Patienten

b) Absprachen mit den Pflegenden

- Sichtbar machen der PÜ-Patienten für das therapeutische Team durch das Anbringen eines Logos (Brücke) an der Patiententafel
- Absprachen über den schriftlichen, mündlichen und telefonischen Informationsfluss zwischen Pflegenden und der Pflege-Überleitung
- Absprachen bezüglich der Pflegeübergabe am Bett mit der ambulanten Pflege oder dem Hospiz
- Absprachen über das Anleiten von pflegenden Angehörigen durch Bezugspfleger
- Absprachen über die Handhabung des Pflege-Überleitungsbogens bei der Entlassung
- Absprachen über Fortbildungen durch die Pflege-Überleitung.

c) Absprachen mit Krankengymnastik und Ergotherapie

Um die kontinuierliche Versorgung des Patienten nach der Entlassung zu gewährleisten, müssen häufig Hilfsmittel verordnet werden. Die PÜ schlägt die jeweils aus pflegerischer Sicht notwendigen Hilfsmittel vor, z.B. Toilettensstuhl, Rollator, Krankenbett. Mit der Abteilung Physiotherapie und Ergotherapie müssen Absprachen gemacht werden, um die Rezeptierung von Hilfsmitteln zu koordinieren, (...).

d) Absprachen mit dem Sozialdienst

(...) Bei der Überleitung von Patienten, die nach der Entlassung durch ambulante Pflege versorgt werden müssen, ist der „pflegerische Blick“ unentbehrlich, um einschätzen zu können, ob und wie die Pflege nachstationär geleistet werden kann. Der Transport von High-Tech z.B. in die nachstationäre Versorgung und die Anleitung von pflegenden Angehörigen gehört in pflegerische Hände. In vielen Krankenhäusern entstand ein Konfliktpotential zwischen beiden Arbeitsgruppen.

Mittlerweile ist eine gute Kooperation im GKH gefunden. Zielgruppen und Arbeitsfelder sind in 2006 klar neu definiert und strukturiert. Die Pflege-Überleitung hat seit März 2006 ihre Zielgruppe erweitert mit der Durchführung von Reha-Anträgen.

Wer bei welcher Zielgruppe federführend tätig ist, sollte im Vorfeld geklärt sein, damit eine Transparenz für alle Beteiligten entsteht. Gemeinsame Besprechungszeiten sollten zur gegenseitigen Wahrnehmung und zum Austausch festgelegt werden. Vertretungsfragen sind in Zusammenarbeit mit der Leitung der Abteilung Patientenmanagement und der Geschäftsführung festgelegt. Prinzip: Sozialarbeiter werden von Sozialarbeitern vertreten. Die Pflege-Überleitung wird von der eigenen spezifischen Berufsgruppe vertreten. Dadurch ist Ausbildungswegen und spezifischen Berufswegen Rechnung getragen und die eigene Identität gewährleistet.

e) Absprachen mit der Apotheke (...)

2) Absprachen und Informationsaustausch mit nachstationären Berufsgruppen und Institutionen

a) Ambulante Pflege

Das Pflege-Überleitungskonzept wurde vor 15 Jahren vorgestellt. Damals wurde geklärt, wie und wann schriftliche, telefonische und persönliche Informationen von der PÜ zu den ambulanten Pflegediensten gelangen und umgekehrt. Auch wurden Absprachen getroffen, um eine persönliche Übergabe am Bett zu machen bei Patienten mit einem aufwendigen Pflegebedarf. Gemeinsame Konferenzen wurden festgelegt, um weitere Entwicklungen zu initiieren. Die Absprachen wurden über die Jahre kontinuierlich aktualisiert und optimiert, und führten zu einer effizienten Vernetzung mit der ambulanten Pflege in Herdecke und Wetter.

b) Hausarzt

Den Hausärzten wurde das Projekt Pflege-Überleitung im Rahmen der MQH vorgestellt. Darin wurde u.a. der Pflege-Überleitungsbogen vorgestellt und die Zusammenarbeit geklärt.

c) Pflegeheime

Das Pflege-Überleitungskonzept wurde vor 15 Jahren vorgestellt. Auch hier wurde geklärt wie und wann schriftliche, telefonische und persönliche Informationen von der PÜ zu den Pflegeheimen gelangen und umgekehrt. Auch wurden Absprachen gemacht, um eine persönliche Übergabe am Bett zu machen bei Patienten mit einem aufwendigen Pflegebedarf. Gemeinsame Konferenzen wurden festgelegt, um weitere Entwicklungen möglich zu machen. Die Absprachen wurden über die Jahre kontinuierlich aktualisiert und optimiert (...).

d) Sanitätshäuser (...)

e) Krankenkassen (...)

f) Apotheken in Herdecke und Wetter (...)

10. Dokumentationsinstrumente

- Anamnese mit Erfassung der AEDL's und Verlaufsdokumentation
- Hilfsmittelrezept
- Pflege-Überleitungsbogen
- Informationsbogen von der ambulanten Pflege-Überleitung
- Fax-Mitteilung

11. Leistungserfassung

Die Leistungen der Pflege-Überleitung im Rahmen des Entlassungsmanagements sind über das Kalkulationshandbuch für die DRGs (siehe Kostenstelle der medizinischen Infrastruktur = Kostenartengruppe 8, Sozialdienst) nur teilweise erfasst.

Das gesamte Entlassungsmanagement umfasst neben der ausführlichen Beratung des Patienten und seiner Angehörigen über die (...) nachstationären Möglichkeiten und Kosten auch die Organisation und Begleitung über den stationären Aufenthalt hinaus. Damit wird der gesamte Entlassungsprozess gesichert und eine rechtzeitige und damit kostengünstige Entlassung aus dem Krankenhaus ermöglicht, die auch den Patienten und seine Angehörigen als Kunden zufrieden stellt. Diese Leistungen sind in diesem Umfang bisher nicht so erbracht worden und können daher auch nicht komplett in die bisherigen Kalkulationen eingeflossen sein oder sind teilweise von mehreren Berufsgruppen zusammen erbracht worden.

Da mit der neuen Fallgruppenabrechnung über die DRGs in Zukunft aber der Erlös für das Krankenhaus feststeht, wird die interne Budgetierung pro Fall für die Krankenhäuser notwendig sein, um eine fallbezogene oder fallgruppenbezogene Einnahmen/Ausgaben-Übersicht zu gewinnen.

Dieser Herausforderung muss sich auch die Pflege-Überleitung in Zukunft stellen und eine eigene, umfassende und nachvollziehbare Leistungserfassung pro Fall erstellen.

(...) Diese Leistungen sind nicht – wie die DRGs – von der Krankheit und den erbrachten Prozeduren abhängig, sondern richten sich nach den individuellen Bedürfnissen. Diese wiederum hängen von der sozialen Situation, dem Willen des Patienten und seinen Angehörigen und den finanziellen Möglichkeiten ab. Wo der Patient weiterhin gepflegt werden möchte und durch welche nachstationäre Versorgungsform der bestehende Pflegebedarf gedeckt werden kann, ist immer sehr individuell und nicht nur von der Krankheit abhängig, sondern im Besonderen auch vom sozialen Umfeld des Patienten.

Der entstehende Organisationsaufwand für das Entlassungsmanagement muss daher auch im individuellen Fall erfasst und dokumentiert werden, unabhängig von den DRGs. Das ist durch eine Leistungserfassung möglich, die sich an dem prozessualen Geschehen der Pflege-Überleitung (Entlassungsmanagement) orientiert.

Leistungserfassung nach dem Pflege-Überleitungsprozess (...) orientiert sich an den einzelnen Leistungen, die im prozessualen Geschehen des Entlassungsmanagements erbracht werden und dementsprechend zur Leistungserfassung dokumentiert werden können. Jede Leistung ist mit einem Zeitwert hinterlegt. Dieser Zeitwert wurde für die Pflege-Überleitung im GKH Herdecke durch eine ausführliche, detaillierte Arbeitszeiterfassung über einen Zeitraum von drei Monaten ermittelt und ist ein Durchschnittswert über alle Fälle hinweg. Dann wurden Gruppen gebildet, die sich vom Arbeitsaufwand her annähern und deshalb zusammengefasst werden können. So sind übersichtliche Leistungskomplexe entstanden, die keine zu detaillierte und zu aufwändige Dokumentation nötig machen. Sie ermög-

lichen eine Leistungserfassung pro Fall, die übersichtlich ist und im laufenden Prozess des Entlassungsmanagements immer aktualisiert werden kann.

Zusammenfassung der 24 Leistungskomplexe:

- 1) Sozial-pflegerische Überleitungsanamnese
- 2) Beratungsgespräche
- 3) Anträge (SGB V und SGB XI)
 - Antrag nach § 3 Landespflegegesetz
 - Ärztliche Bescheinigung (Frei von ansteckenden Krankheiten)
 - Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung
 - Verschlimmerungsantrag
 - Antrag auf Änderung der Leistungsart (Heimnotwendigkeit)
 - Antrag auf Änderung der Leistungsart (Pflegegeld in Sachleistungen)
 - Empfehlung/Antrag nach § 37-1 SGB V
 - Empfehlung/Antrag nach § 37-2 SGB V
 - Antrag auf Hospizpflege nach § 39a
- 4) Hilfsmittel
 - Hilfsmittelversorgung (einfach)
 - Hilfsmittelversorgung (für mehr als ein Hilfsmittel)
- 5) Organisation
 - Überleitung in bestehende nachstationäre Versorgung
 - Vermittlung und Überleitung in ambulante Pflege (neu)
 - Vermittlung und Überleitung in 24 Std.-Pflege zuhause (neu)
 - Vermittlung und Überleitung in eine stationäre Versorgung (neu)
 - Aufwändige Vermittlung (neu)
 - Vermittlung von unterstützenden Diensten
 - Anleitung der patientenbezogenen Pflege organisieren
 - Anleitung der patientenbezogenen Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst organisieren
 - Überleitungsbogen vorbereiten/ausfüllen
 - Information des Hausarztes
 - Evaluation der Pflege-Überleitung

12. Rahmenbedingungen (...)