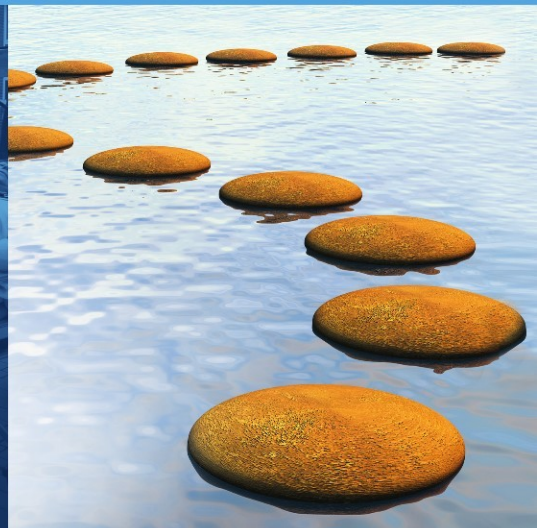




Ballsieper
Lemm
von Reibnitz



Überleitungs- management

Praxisleitfaden für
stationäre Gesundheitseinrichtungen

Katja Ballsieper
Ulrich Lemm
Christine von Reibnitz

Überleitungsmanagement

Katja Ballsieper
Ulrich Lemm
Christine von Reibnitz

Überleitungs- management

Praxisleitfaden für stationäre Gesundheitseinrichtungen

Mit 19 Abbildungen

 Springer

Katja Ballsieper
Stursberg 143b
42899 Remscheid

Dr. Christine von Reibnitz
Rauenthaler Str. 2
14197 Berlin

Ulrich Lemm
Rüngsdorfer Strasse 1/ B
53 173 Bonn

ISBN-13 978-3-642-21014-3 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin
Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Susanne Moritz, Berlin
Projektmanagement: Ulrike Niesel, Heidelberg
Lektorat: Bettina Arndt, Gorchheimertal
Titelbild: © fotolia/Clivia
Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

SPIN: 80034819

Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/2122/UN – 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Durch den 2008 im Sozialgesetzbuch V verbindlich festgelegten Anspruch der Versicherten auf die Sicherstellung einer Anschlussversorgung nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus sowie im Versorgungsstrukturgesetz 2011 wird vom Gesetzgeber deutlich gemacht, dass die Fürsorgeverpflichtung der Einrichtungen nicht mit der Entlassung des Patienten aus dem jeweiligen Versorgungssetting endet. Die Vernachlässigung einer ungeklärten Versorgungslage bei der Rückkehr in die häusliche Situation ist nicht im Sinne des Betroffenen und auch unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten sowie der Fürsorgepflicht dem Patienten gegenüber nicht zu vertreten.

Auf die Schnittstellenproblematik in der Patientenüberleitung zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen (ambulant-stationär-ambulant) hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bereits 2004 mit seinem Expertenstandard Entlassungsplanung erstmalig hingewiesen. Während der Gesetzgeber mit seiner Festlegung in erster Linie die Krankenhäuser im Blick hat und alle verantwortlichen Berufsgruppen anspricht, richtet sich der Expertenstandard ausdrücklich an die Pflegefachkräfte in stationären Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken). Der Expertenstandard bezieht sich in erster Linie auf die Überleitung aus den stationären Einrichtungen und bezieht sich ausschließlich auf die Berufsgruppe der Pflegenden. Diese Sichtweise greift zu kurz, da der Überleitungsprozess eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert. Tatsache ist, dass alle im Gesundheitswesen tätigen Bereiche für die Versorgungskontinuität einer wachsenden Zahl älterer, multimorbider Menschen verantwortlich sind. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die auf die Zunahme immer mehr hochbetagter, oft chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen hinweist, wird die Entwicklung eines umfassenden Betreuungs- und Versorgungskonzeptes erforderlich.

Zu berücksichtigen ist aber gleichzeitig, dass betroffene Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen ihre Ressourcen mit der Informationsbeschaffung zur vor- und poststationären Versorgungslage einsetzen. Durch unzureichende oder unvollständige Mitteilungen von Hausärzten, ambulanten Pflegediensten oder stationären Einrichtungen entsteht ein Bruch der Versorgungskontinuität, der von der aufnehmenden Versorgungseinrichtung kompensiert wird.

Versorgungsbrüche lassen sich durch ein interdisziplinäres Überleitungsmanagement und entsprechende Vernetzung vermeiden. Sektorübergreifende Versorgungskonzepte mit interdisziplinärer Zusammenarbeit der Berufsgruppen tragen einer ganzheitlichen Klientenorientierung Rechnung, wie dies auch schon in vielen Leitbildern der Gesundheitseinrichtungen festgeschrieben ist.

Ein interdisziplinäres Überleitungsmanagement, konsequent umgesetzt, vermeidet durch standardisierte Informationserfassung und -weitergabe sowie eine angemessene frühzeitige poststationäre Versorgungsplanung Koordinationsprobleme an den Schnittstellen, weil diese die Qualität und die Versorgungskontinuität beim Übergang empfindlich beeinträchtigen können. Dies wird dadurch sichergestellt, dass im Aufnahmeprozess der aktuelle wie der zu erwartende Versorgungs- und Unterstützungsbedarf mit Hilfe entsprechender Assessmentinstrumente ermittelt wird, um anschließend bedarfsgerechte Konzepte zu erarbeiten, die

es auch den Verantwortlichen ermöglichen, auf nicht kalkulierbare, interventionsbedürftige Situationen adäquat zu reagieren.

Überleitungsmanagement setzt voraus, dass sich der Informationsaustausch und die Konzipierung von Versorgungsplanungen nicht auf die Übermittlung umfangreicher Datensammlungen beschränken. Ebenso wichtig sind Kommunikation und persönlicher Kontakt innerhalb des therapeutischen Teams, sowohl institutionsintern (Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung, ambulanter Pflegedienst etc.) als auch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.

Für die Umsetzung eines interdisziplinären Überleitungsmanagements bedarf es einer Vernetzung aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Institutionen. Dies zeigt sich insbesondere beim Klientel der multigeriatrischen, palliativ und demenziell Erkrankten. Der Aufbau und die Pflege eines solchen Netzwerkes sind abhängig von der Kommunikation und der Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten.

Für den Patienten die bestmögliche Nachversorgung zu gewährleisten, erfordert strukturierte Abläufe, gebündelte Informationsweitergabe und eine gute Zusammenarbeit intern wie mit externen Partnern. Alltagsstress, fehlende Anleitung und Organisationsstrukturen, ungenügender Informationsaustausch sind oft die Stolpersteine, die eine reibungslose, optimale Überleitung eines Patienten ins Stocken bringen. Das Praxisbuch unterstützt das Pflegeteam, im Sinne einer patientenorientierten Versorgung, alle ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen Informationen in der Krankenhausorganisation und in stationären Pflegeeinrichtungen besser zu verknüpfen. Tipps, Formulare und Checklisten erleichtern, Standards für die Informationsweitergabe und die Überleitung zu entwickeln und in die Arbeitsabläufe zu integrieren. Es stellt Möglichkeiten vor, wie eine enge Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern effektiver gestaltet und das Netzwerk erweitert werden kann.

Die Überleitung von Demenz-, Palliativ- und Beatmungspatienten, bei denen eine patientenorientierte und reibungslose Versorgung zwischen den Einrichtungen besonders wichtig ist, wird vertieft und mit vielen Praxistipps ergänzt.

Die Autoren danken dem Palliativnetzwerk Wuppertal e.V. für die Zurverfügungstellung ihrer Unterlagen sowie den Mitarbeitern der Johanniter Unfallhilfe e.V. und des Johanniter-Stifts Wuppertal für die Überlassung des Fotomaterials.

Katja Ballsieper, Ulrich Lemm, Christine von Reibnitz
Wuppertal, Bonn, Berlin, im September 2011

Abkürzungsverzeichnis

AAPV:	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ADAS:	Alzheimer's Disease Assessment Scale
ADL:	Daily Activity of Life
AHB:	Anschlussheilbehandlung
ATL:	Aktivitäten des täglichen Lebens
AVWG:	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BCRS:	Brief Cognitive Rating Scale nach Reisberg
BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ:	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG:	Bundesministerium für Gesundheit
BTM:	Betäubungsmittel
CAM:	Confusion Assessment Method
CDR:	Clinical Dementia Rating
CERAD:	(The) Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
CT:	Computertomographie
DEM-TECT:	Demenz-Detection (Screening-Instrument zur Erkennung leichter kognitiver Störungen)
DFÜ:	Datenfernübertragung
DMAS:	DementiaMood Assessment Scale
DNQP:	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG:	Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen)
ECPA:	Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (Schmerzassessment-Instrument)
EKG:	Elektrokardiogramm
ePA:	Elektronische Patientenakte
FSJ:	Freiwilliges Soziales Jahr
FWIT:	Farbe-Wort-Interferenztest
GDS:	Global Deterioration Scale nach Reisberg
GKA:	Gesundheits- und Krankenpflegeassistenten
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG:	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GKV-WSG:	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG-Org:	Gesetz zur Organisation des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
IADL:	Instrumentelle Aktivitäten (Skala zur Kompetenzermittlung Geriatrie)
IT:	Information Technology
IV:	Integrierte Versorgung
KIS:	Krankenhaus-Informations-System
KK:	Krankenkasse
KPH:	Krankenpflegehelfer
LKHG M-V:	Landeskrankenhausgesetz Mecklenburg Vorpommern
LEP:	Leistungserfassung Pflege
MDK:	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MMT:	Mini Mental Status Test

Morbiditäts-RSA:	Morbiditätsrisikostrukturausgleich
MRT:	Magnetresonanztomographie MRT
PEG:	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PKMS:	Pflegekomplexmaßnahmen Score
PPR:	Pflegepersonalregelung
PPR-Statistik:	Pflegpersonalregelungsstatistik
RAI:	Resident Assessment Instrument
SAPV:	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL:	Richtlinien für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SIDAM:	Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz
SGB V:	Sozialgesetzbuch Fünf
SGB XI:	Sozialgesetzbuch Elf
SPV:	Soziale Pflegeversicherung
SVR-G:	Sachverständigenrat im Gesundheitswesen
STGB:	Strafgesetzbuch
TFDD:	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
WHO:	World Health Organization
ZOPA:	Zurich Observation Pain Assessment

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen des Überleitungsmanagements	1
1.1	Begriffsbestimmung	2
1.2	Ansätze des Überleitungsmanagements	5
1.3	Expertenstandard Entlassungsmanagement	9
1.4	Voraussetzung für Überleitungsmanagement	16
1.5	Die Bedeutung des Überleitungsmanagements für Patienten und Angehörige	49
2	Ansätze und Wege zur Vernetzung	53
2.1	Notwendigkeit zur Vernetzung	54
2.2	Definition und Abgrenzung zur Kooperation	55
2.3	Interne Vernetzung	58
2.4	Externe Vernetzung	60
2.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	71
3	Praxisbeispiele	89
3.1	Überleitung eines Menschen mit Demenz nach Sturzereignis von der vollstationären Pflege ins Krankenhaus	90
3.2	Überleitung eines Menschen nach Apoplex aus dem Krankenhaus in die vollstationäre Pflege	102
3.3	Überleitung eines Menschen aus dem Krankenhaus in eine geriatrische Rehabilitation	109
3.4	Überleitung eines Menschen mit onkologischer Grunderkrankung vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung	119
4	Stolpersteine	131
4.1	Qualifikation der Prozessbeteiligten	132
4.2	In der Prozessorganisation	137
4.3	Strukturdefizite in der Gesundheitsversorgung	142
4.4	IT-Anbindung	154
	Anhang	165
	Literaturverzeichnis	183
	Stichwortverzeichnis	189

Grundlagen des Überleitungs- managements

- 1.1 **Begriffsbestimmung – 2**
- 1.2 **Ansätze des Überleitungsmanagements – 5**
 - 1.2.1 Arbeitsschritte im Überleitungsmanagement – 9
- 1.3 **Expertenstandard Entlassungsmanagement – 9**
 - 1.3.1 Entwicklung des Expertenstandards – 9
 - 1.3.2 Kernaussagen des Expertenstandards – 11
 - 1.3.3 Bedeutung des Expertenstandards – 11
 - 1.3.4 Grenzen des Expertenstandards – 14
 - 1.3.5 Derzeitige Umsetzung – 15
- 1.4 **Voraussetzung für Überleitungsmanagement – 16**
 - 1.4.1 Rahmenbedingungen – 16
 - 1.4.2 Kompetenz, Qualifikation, Delegation – 21
 - 1.4.3 Patientenorientierung, Patientenwahrnehmung
und Pflegeverständnis – 29
 - 1.4.4 Patientenselektion – 39
- 1.5 **Die Bedeutung des Überleitungsmanagements für
Patienten und Angehörige – 49**
 - 1.5.1 Belastung Krankenhausaufenthalt für Patient und Angehörige – 50
 - 1.5.2 Der Patient als mündiger, sachkundiger Akteur im
Gesundheitswesen? – 50
 - 1.5.3 Überleitungsmanagement für Sicherheit und Zufriedenheit – 51

1.1 Begriffsbestimmung

Die wichtigsten Herausforderungen für die Gestaltung eines zukunftsorientierten Gesundheitswesens sind die Ausrichtung von Betreuungsangeboten auf die Bedürfnisse der wachsenden Zahl älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen und die Bewältigung des Schnittstellenproblems beim Übergang von der stationären Pflege in den ambulanten Bereich. Überleitungsmanagement bedeutet mehr, als einen Patienten möglichst reibungslos von einer betreuten Umgebung in eine andere zu verlegen. Ziel muss es sein, die Versorgung, vor allem chronisch kranker Menschen, während und nach einem Krankenhausaufenthalt umfassend zu gewährleisten. Hierzu müssen mögliche Einflussfaktoren auf aktuellen oder potenziellen Nachsorge- und Pflegebedarf erfasst und die sich daraus ergebenden notwendigen Schritte eingeleitet werden. Am häufigsten manifestieren sich Einschränkungen als mangelnde Bewältigung von Alltagsaktivitäten. Krankenhausaufenthalte verstärken bei älteren Menschen oft die Abhängigkeit. So weisen ältere Patienten bei ihrer Entlassung häufig schwerere Beeinträchtigungen auf als bei der Einweisung. Obwohl es heute in den meisten Kliniken Konzepte zur Überleitung und zur Weiterversorgung gibt, existieren keine allgemeingültigen Richtlinien, die die Rolle und Funktion der Pflegefachkräfte festschreiben und den evidenten Qualitätskriterien genügen würden. Die Gefahr der Unterversorgung ist hier gerade bei Alleinlebenden und alten Menschen groß. Hier ist insbesondere der Alterungsprozess der Bevölkerung zu nennen, welcher zu einem enormen Zuwachs an hochbetagten Menschen führt.

Viele Angehörige fühlen sich durch die kontinuierlich erforderliche Pflege über mehrere Jahre und die daraus entstehenden Belastungen (eigene Familie, Beruf) überfordert. Modelle des Schnittstellenmanagements versuchen, die scharfe Trennung von stationären und ambulanten Versorgungssystemen zu verringern und Kontinuität innerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu gewährleisten (Schönlau 2005). Viele Einrichtungen verfügen bereits über Konzepte einer Patiententlassung. Entlassungsplanung ist

auch kein neues Thema in der Pflege. Es fehlt aber nach wie vor an einem institutionsinternen einheitlichen Verständnis.

Versorgungslücken und sektorale, professionelle und sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen gehören zu den zentralen Problemen des deutschen Gesundheitswesens:

- Sektorale Schnittstellen bestehen vor allem zwischen Prävention, ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege.
- Professionelle Schnittstellen bestehen zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen.
- Sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen existieren insbesondere zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV).

Versorgungsbrüche entstehen vor allem dort, wo keine sektorenübergreifende, interdisziplinäre und trägerübergreifende Gesundheitsversorgung gewährleistet ist und führen u. U. dazu, dass sich die gesundheitliche Situation der Patienten verschlechtert bzw. sich die Genesung verzögert und dadurch weitere Kosten entstehen. Nach einer Krankenhausbehandlung haben die Patienten jedoch lediglich einen Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege bzw. Behandlungspflege gemäß § 37 Absatz 1 oder 2 SGB V. Dieser Anspruch deckt den tatsächlichen Versorgungsbedarf nach einem stationären Krankenhausaufenthalt bzw. nach einer ambulanten ärztlichen Behandlung allerdings nicht ab: Vielmehr benötigen Patienten in diesem poststationären bzw. postoperativen Stadium häufig Unterstützung bei der Grundpflege und den hauswirtschaftlichen Verrichtungen zur Unterstützung des Genesungsprozesses, ohne dass es sich um Krankenhausvermeidungspflege im Sinne des § 37 Absatz 1 SGB V handelt.

Entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung können in diesem Stadium von den Patienten zudem nur dann erfolgreich beantragt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als 6 Monate besteht (► § 14 Absatz 1 SGB XI). Dies ist jedoch nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer ambulanten medizinischen Behandlung in der Regel nicht der Fall, da der Genesungsprozess

normalerweise früher abgeschlossen sein wird und somit auch nur ein kurzfristiger Unterstützungsbedarf besteht.

Es entsteht somit eine auf 6 Monate begrenzte Versorgungslücke im Hinblick auf eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit grundpflegerischen Maßnahmen und hauswirtschaftlicher Versorgung zur Unterstützung des Genesungsprozesses.

Nur durch moderne Kooperationsformen über die gesamte medizinische und pflegerische Versorgungskette kann eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Patientenversorgung erreicht werden. Notwendig sind deshalb abgestimmte Behandlungs- und Pflegekonzepte zwischen den Ärzten, die Patienten vor und nach stationären Behandlungen betreuen, und zwischen Klinik, Reha- und Pflegeeinrichtung unter rein medizinischen und pflegerischen Aspekten. Interdisziplinäre Überleitungskonzepte sind geeignet, eine durchgängige Versorgung sicherzustellen.

Überleitungsmanagement kann dazu beitragen, sektorale, professionelle und sozialversicherungsrechtliche Schnittstellen zu überwinden. Es existiert auch bereits ein Anspruch auf Versorgungsmanagement (Überleitungsmanagement): In § 11 Absatz 4 SGB V ist der Anspruch der GKV-Versicherten auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche normiert. Die betroffenen Leistungserbringer sollen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sorgen und sich gegenseitig die erforderlichen Informationen übermitteln, dabei sind sie von den Krankenkassen zu unterstützen. Außerdem sind die Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen und eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern nach § 7 a SGB XI zu gewährleisten. Das Nähere ist im Rahmen von Verträgen nach den §§ 140 a ff. SGB V bzw. im Rahmen von Verträgen nach § 112 (zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung) oder § 115 (dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten) oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der GKV und mit Leistungserbringern nach dem SGB XI sowie mit den Pflegekassen zu regeln.

Hintergrund für die Implementierung dieses Anspruchs auf Versorgungsmanagement sind die Kommunikations- und Koordinationsprobleme an den beschriebenen Schnittstellen zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Unklar bleibt jedoch im Ergebnis sowohl der Anspruchsinhalt als auch der Anspruchsverpflichtete. Es ist jedenfalls von einer Gewährleistungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber den Versicherten auszugehen, wobei sich jedoch bereits aufgrund des unklaren Anspruchsinhaltes kaum ein konkreter Leistungsanspruch der Patienten ableiten lässt. Unklar ist bisher außerdem, ob bzw. inwiefern dem Anspruch gemäß § 11 Absatz 4 SGB V derzeit in Rahmen der GKV-Versorgung bzw. insbesondere in den Versorgungsverträgen mit den Leistungserbringern und in der Versorgungspraxis Rechnung getragen wird.

Im Ergebnis ist der Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zu konkretisieren (z. B. im Sinne einer Formulierung von Anforderungen an ein durchzuführendes Case Management, die Entwicklung und Anwendung klinischer Behandlungspfade etc.) und die Anforderungen an die Leistungserbringer in der Versorgungskette sind parallel festzulegen. Vollzugsdefiziten ist nachhaltig entgegenzuwirken. Außerdem ist – in Anlehnung an die DRG-Begleitforschung – eine Versorgungsmanagement-Begleitforschung zu normieren und zu etablieren, welche sowohl die Versorgungssituation an den Schnittstellen in den Blick nimmt, als auch – in Ergänzung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (vgl. hierzu die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung) – Qualitätsaspekte berücksichtigt.

Überleitung – Aufgabe des Krankenhauses und Herausforderung für die Pflegeeinrichtungen

Rechtsgrundlage: § 11 Abs. 4 SGB V(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in verschiedene 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. Vertragliche Regelung in den einschlägigen Leistungsverträgen gem. SGB V und SGB XI.

Diesem Anspruch wird die Gesundheitsversorgung im Rahmen der GKV nur dann gerecht, wenn eine lückenlose, sektorenübergreifende Versorgung der Patienten sichergestellt ist. Zur Verhinderung von Versorgungslücken nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer Behandlung ist vor allem die folgende konkrete Maßnahme nötig: Stärkung des individuellen Anspruchs auf ein Überleitungsmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V.

Eine besonders wichtige Schnittstelle bildet der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitere ambulante medizinische, ambulante oder stationäre rehabilitative oder ambulante oder stationäre pflegerische Versorgung, an der im Einzelfall auch noch weitere Leistungserbringer des Gesundheitswesens (z. B. zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Arzneimitteln und Medizinprodukten etc.) beteiligt sind, so dass einem Überleitungsmanagement zur Überwindung der Koordinations- und Kommunikationsprobleme eine besonders große Bedeutung zukommt. Unterstützungsbedarf besteht hier insbesondere in den Fällen, in denen Patienten aus der stationären Krankenhausbehandlung entlassen werden und nicht lediglich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als ambulante Leistungen benötigen, sondern aufgrund ihres geschwächten Gesundheitszustandes noch nicht in der Lage sind, die Anschlussversorgung zu Hause selbst zu organisieren.

In diesen Fällen ist ein professionelles Überleitungsmanagement unter Einbeziehung aller an der (Anschluss-)Versorgung beteiligten Leistungserbringer besonders wichtig. Der Anspruch auf ein Überleitungsmanagement gemäß § 11 Absatz 4 SGB V ist deshalb unter besonderer Berücksichtigung dieser Schnittstelle zu konkretisieren. Außerdem ist die Schnittstelle stationäre Krankenhausbehandlung – ambulante (Anschluss-)Versorgung bei

der geforderten Überleitungsmanagement-Begleitforschung zu fokussieren.

■ Gewährleistung einer adäquaten (Anschluss-)Versorgung

Der Bedarf der Patientinnen und Patienten an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten medizinischen Behandlung resultiert aus einer vorangegangenen medizinischen Behandlung und der sich anschließenden und durch pflegerische Maßnahmen zu unterstützenden Rekonvaleszenzphase. Ähnlichen Bedarfslagen trägt z. B. auch § 37 Absatz 1 Satz 1, 2. Alternative SGB V (Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege) bzw. § 38 Absatz 1 Satz 1 SGB V (Anspruch Haushaltshilfe wegen Krankenhausbehandlung) Rechnung. Zur Unterstützung der Genesung und zur Vermeidung einer erneuten, durch pflegerische Unterversorgung in der Rekonvaleszenzphase bedingten und zusätzlichen Kosten verursachenden ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung ist deshalb ein Anspruch auf bedarfsgerechte Behandlungs-, Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung in das SGB V aufzunehmen.

Umsetzung

- Leistungsanspruch der Versicherten (Versorgungsmanagement)
- Leistungserbringer sorgen für Anschlussversorgung
- Mit dem Ziel: Reibungsloser Übergang zu Reha- + Pflegeeinrichtung
- Vermeidung Pflegebedürftigkeit, Wiedererweisung durch folgende Maßnahmen: Infoaustausch, Gewährung von Unterstützung und Vermittlung von Hilfen unterstützt durch Kassen; Chance: ggf. Abschluss von Verträgen zur Überleitungs-pflege; ggf. auch Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, die entsprechende Verträge abgeschlossen haben

■ Tab. 1.1 fasst die rechtlichen Grundlagen am Beispiel des Krankenhauses zusammen.

■ **Tab. 1.1** Rechtliche Aspekte der Überleitung am Beispiel Krankenhaus

Sozialrecht	Zivilrecht	Strafrecht
<p>§ 11 Absatz 4 SGB V etabliert einen Anspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement, das den medizinischen Versorgungsprozess von der Prävention über die Krankenbehandlung bis hin zur Rehabilitation optimieren und Schnittstellenprobleme beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche lösen soll. Hieran anknüpfend ist u. a. in den Verträgen nach § 112 SGB V eben auch die Entlassung des Versicherten zu regeln. Ergänzt werden diese Regelungen durch die Pflicht zur Kooperation mit dem nachbehandelnden Arzt im Bereich der poststationären Versorgung (vgl. § 115 ff. SGB V) sowie die übergreifende Qualitätssicherung und -kontrolle nach § 80 SGB XI. Parallel sehen diverse Landeskrankenhausgesetze konkrete Regelungen zum Entlassungsmanagement vor, (vgl. z. B. § 11 Abs. 2 LKHG M-V), welche die einzelnen Krankenhäuser verpflichten. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass gemäß den §§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1, 135a Abs. 1 SGB V auch die Leistungserbringer zu einer Gewährleistung einer dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung verpflichtet sind. Für zugelassene Krankenhäuser gelten darüber hinaus gemäß § 135a Abs. 2 SGB V die Vorgaben nach § 137 und § 137 d SGB V.</p>	<p>Zivilrechtlich besteht eine Verantwortung des Krankenhauses zu einem systematischen Entlassungsmanagement sowohl aus vertraglicher Nebenpflicht zum Behandlungsvertrag als auch zur Personensorge aus den §§ 823 ff. BGB. Diese Verantwortung reicht auch in den nachvertraglichen Bereich, wobei im Einzelfall streitig sein kann, wie weit die Organisationspflicht des Krankenhauses für die Überleitung des Patienten in den ambulanten Bereich tatsächlich reicht. Gleichwohl hat sich die Durchführung eines strukturierten, systematischen Entlassungsmanagements als Standard etabliert, so dass das Krankenhaus die sich hieraus ergebenden Pflichten als Teil der standardgemäßen Behandlung einzuhalten hat. So z. B. die Organisationspflicht, einen reibungslosen Übergang in die ambulante Nachversorgung sicherzustellen. Bestandteil dessen ist eine Sicherungsaufklärung, die wiederum die zeitgerechte Weitergabe der erforderlichen Informationen an die richtigen Verantwortlichen für die nachstationäre Versorgung beinhaltet, die Organisationsaufklärung, wirtschaftliche Aufklärung und nicht zuletzt die Pflicht zur Dokumentation dieser Schritte.</p>	<p>Strafrechtliche Konsequenzen für das Krankenhaus können drohen, wenn bei der Entlassung des Patienten von diesem zu verantwortende Fehler auftreten, welche zu körperlichen Schäden beim Patienten führen (s. etwa §§ 223, 229 StGB). Die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter wie auch der Träger selbst haben aufgrund tatsächlicher Gewährübernahme aus dem Krankenhausaufnahme-/Behandlungsvertrag eine Garantenpflicht gegenüber den Patienten, dessen Verletzung durchaus eine strafrechtliche Verantwortung auslösen kann. Das betrifft primär die Entlassung in eine ungeklärte Versorgungssituation, Fehler in der Schnittstellenkommunikation oder mangelhafte Qualitätssicherungsmaßnahmen.</p>

1.2 Ansätze des Überleitungsmanagements

Obwohl es heute in den meisten Kliniken Konzepte zur Überleitung und zur Weiterversorgung gibt, existieren keine allgemeingültigen Richtlinien, die die Rolle und Funktion der Pflegefachkräfte festschreiben und den evidenten Qualitätskriterien genügen würden. Die Gefahr der Unterversorgung ist hier gerade bei Alleinlebenden und alten Menschen

groß. Leistungserbringer und Kostenträger sind deshalb aufgefordert, die Versorgung in einem offenen Gesundheitssystem gemeinsam zu gestalten, damit Unterversorgung nicht zur Regelversorgung wird. Um negative Auswirkungen möglichst gering zu halten, sind zukünftig effiziente und effektive Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern im Gesundheits- und Pflegebereich bis hin zu patientenzentrierten Netzwerken unverzichtbar. Neben der eher technischen Optimierung

des Managements an den Schnittstellen und der Abstimmung zwischen den Professionen und Institutionen muss für die Pflegenden die umfassende Information und Begleitung von Patienten sowie die Einbindung von Angehörigen entscheidende Bedeutung haben. Zukünftig werden durch noch kürzere Krankenhausaufenthalte weitreichendere Maßnahmen zur Beratung und Patientenbegleitung benötigt, um Pflegebedürftigen einen längeren und sozial abgesicherten Verbleib in der häuslichen Umgebung oder in anderen Versorgungs-Settings zu ermöglichen. Neben dem Vermitteln von Pflegewissen und geplanten praktischen Anleitungen zu konkreten Pflegemaßnahmen soll insbesondere die individuelle Entscheidungs- und Handlungskompetenz von Patienten und Angehörigen entwickelt und erweitert werden. Ziel ist es, den Klinikaufenthalt auf das notwendige Maß zu beschränken und die Pflege zu Hause mit oder ohne professionelle Unterstützung leisten zu können.

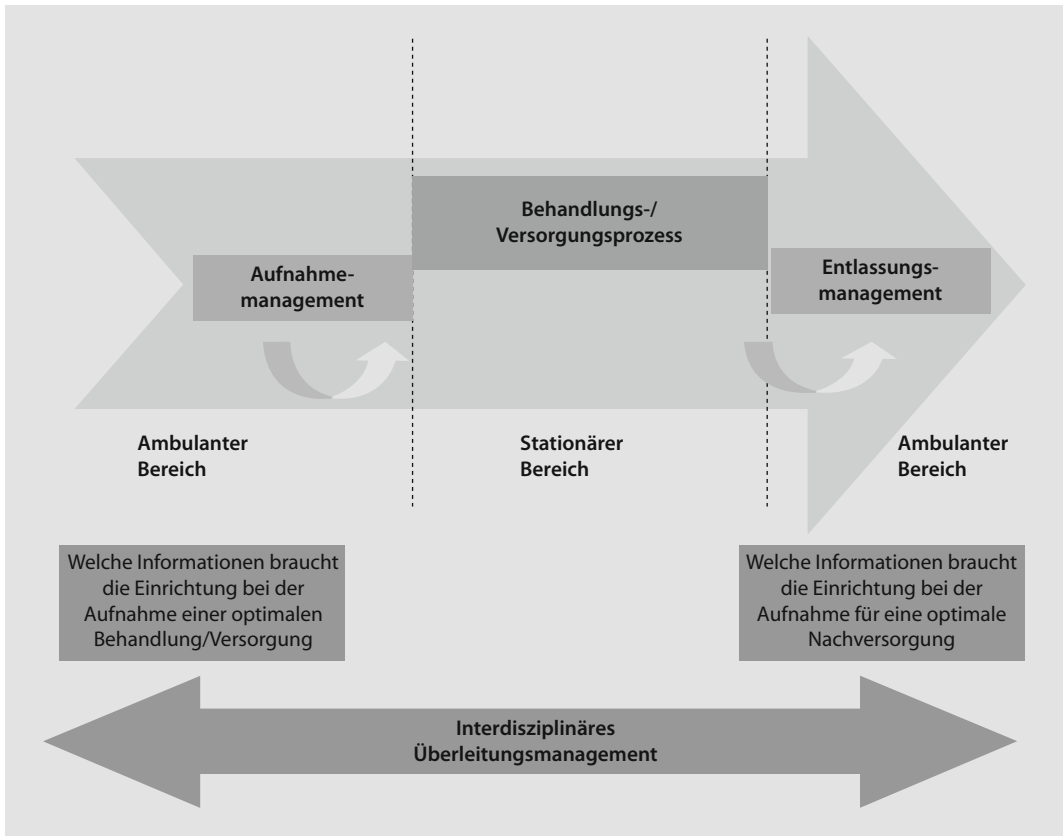
Die Versorgung chronisch Kranker erfordert eine auf den individuellen Fall abgestimmte kontinuierliche Versorgungsorganisation, welche nur durch verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine bessere Vernetzung vorhandener Versorgungsbereiche erzielt werden kann. Hierbei ist eine Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Versorgungsbereich genauso wichtig wie die berufsgruppenübergreifende Kooperation und Informationsweitergabe aller beteiligten Akteure. Realistisch betrachtet ist allerdings festzustellen, dass die flächendeckende Zusammenführung der spezialisierten, sektoral gegliederten und häufig mehr nebeneinander denn miteinander operierenden Subsysteme in den letzten Jahren nicht entscheidend weitergekommen ist.

Problematisch bei vielen Projekten zur Überleitung war lange Zeit die Monodisziplinarität, die dem differenzierten Anspruch pflegebedürftiger Patienten nur selten gerecht wurde. Eine umfassende Versorgungsplanung war nicht möglich, weil gerade niedergelassene Ärzte als medizinisch Verantwortliche nicht in Modelle eingebunden waren. Ebenso schwierig gestaltete sich die Finanzierung. Die Kostenträger begrüßten durchaus die pflegerische Überleitung, gaben allerdings eigenen

isolierten Modellen den Vorzug. Alle ersten Überleitungskonzepte folgten der Erkenntnis, dass die Entlassung von Patienten besser vorbereitet werden muss. Eine Fokussierung auf Entlassungsplanung reicht aber für ein interdisziplinäres Überleitungsmanagement nicht aus, da der Prozess der Aufnahme und der Entlassung sowie die nachversorgenden Einrichtungen umfassender einzubinden sind.

Die entwickelten Ansätze zur Optimierung der Entlassungsvorbereitung und Überleitung kennzeichnen zum Teil sehr unterschiedliche Aufgaben, organisatorische Merkmale und Verfahrensweisen. Überleitungsmanagement, Entlassungsmanagement, Überleitungspflege, Pflegeüberleitung, Case Management und andere Begriffe werden in der Diskussion um die Schnittstellenproblematik mit abweichenden Bedeutungen verwendet (Schaeffer 2002: 347–348). Case Management befasst sich im Unterschied zum Überleitungsmanagement nicht nur mit bestimmten, unter Qualitätsgesichtspunkten potenziell kritischen Versorgungsepisoden, sondern ist durch eine weitergehende, einzelfallbezogene Begleitung und Steuerung von Versorgungsverläufen charakterisiert. Eine eindeutige Begrifflichkeit fehlt. So werden unterschiedliche Begriffe für den gleichen Ansatz oder gleiche Begriffe für verschiedene Formen benutzt (Dangel 2004: 5).

Das Entlassungsmanagement hat sich als vierstufiges Verfahren bei der Entlassung im Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP) etabliert. Dazu zählen das Assessment (eine pflegerische Anamnese zur Identifizierung von Risikopatienten und Pflegebedarf) sowie Planung, Durchführung und Evaluation der durchgeführten Arbeitsschritte im Entlassungsprozess. Entlassungsmanagement beginnt bei der Aufnahme und führt bis in den außerklinischen Bereich. Damit wird ein verbindlicher und standardisierter Rahmen für Entlassungsmodalitäten umgesetzt (Dangel 2004: 7). Ziel ist es, mit abgestimmten Handlungsschemata aller beteiligten Berufsgruppen, unter Berücksichtigung der Gesamtversorgungssituation des Patienten, die notwendige Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Die Zielgruppe des Standards sind Patienten, die voraussichtlich einen poststationären Pflege- und



■ **Abb. 1.1** Interdisziplinäres Überleitungsmanagement

Unterstützungsbedarf haben, wobei es sich primär um ältere sowie multimorbide Menschen mit meist chronischen Erkrankungen handelt (► Abschn. 1.3).

■ **Interdisziplinäres Überleitungsmanagement** Überleitungsmanagement geht aber in seiner Bedeutung weit über das Entlassungsmanagement, die Pflegeüberleitung, Überleitungspflege hinaus. Hierbei handelt es sich um ein Konzept, welches sowohl die Aufnahme, den stationären Aufenthalt in der Einrichtung als auch den Entlassungsprozess plant, steuert und koordiniert (■ Abb. 1.1).

Unter Überleitungsmanagement ist die Organisation des Wechsels eines Patienten/Klienten in ein anderes Versorgungssetting zu verstehen, verbunden mit der Weitergabe von versorgungsrelevanten Informationen aus den entsprechenden Bereichen

der Pflege, Medizin, Therapie an die weiterversorgende Institution. In den meisten Fällen handelt es sich um einen Wechsel zwischen Krankenhäusern, Rehabilitations- und/oder Pflegeeinrichtungen. Vernetzung der vor- und weiterversorgenden Einrichtungen setzt grundsätzlich ein gut strukturiertes Überleitungsmanagement voraus, um die Koordination zwischen den Versorgungspartnern sicherzustellen (► Kap. 2).

■ **Zielgruppen des Überleitungsmanagements** Zielgruppen des Überleitungsmanagements sind Patienten/Klienten, die über den Wechsel aus einer versorgenden Einrichtung hinaus versorgungsbedürftig sind. Überleitungsmanagement stellt ein konzeptionelles und professionelles Verfahren aller an der Patientenversorgung beteiligten Professio-

nen dar, in welchem, unter Einbeziehung des Patienten und evtl. Angehöriger, die weitere Versorgung gemeinsam abgestimmt und umgesetzt wird (Brandt 2005: 173). Ziele sind:

- Gewährleistung der Versorgungskontinuität
- Verkürzung der Krankenhausaufenthalte
- Vermeidung von Rehospitalisierungen
- Erhöhung der Compliance des Patienten/ Klienten sowie seiner Angehörigen durch Schulung und Beratung über die Versorgungssituation
- Erlangen einer höheren Zufriedenheit und Mitwirkungsbereitschaft des Patienten und evtl. Angehöriger durch optimierten Informationsfluss

Ein standardisiertes Überleitungsmanagement erfordert grundsätzlich eine interdisziplinäre Konzeption der Versorgungsplanung, um eine ganzheitliche, qualitätsorientierte und wirtschaftliche Nachversorgung zu gewährleisten. Ziele hierbei sind (von Reibnitz 2011c):

- Konzeption eines poststationären Versorgungsplans auf Basis einer Ist-Analyse
- Sicherung des Heilerfolgs der Behandlung durch vorausschauende, interdisziplinär abgestimmte Planung der Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt
- Die individuellen Lebensumstände des Patienten rechtzeitig in die Planung einbeziehen, insbesondere die medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedingungen
- Optimierung des Informationsflusses zwischen niedergelassenen und stationär behandelnden Ärzten
- Sicherung einer angemessenen pflegerischen Weiterversorgung der Patienten durch einen gemeinsamen Versorgungsstandard (z. B. in der Wundversorgung)
- Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung mit Verbänden, Arznei- und Hilfsmitteln durch Kooperationsvereinbarungen mit ambulanten und stationären Einrichtungen
- Schließung der Versorgungskette zur Steigerung der Versorgungsqualität und zur Kostensenkung

Bislang basierte die Überleitung von Patienten/ Bewohnern auf den herkömmlichen Pflegebriefen und Arztberichten, die den Anforderungen im Überleitungsmanagement nicht mehr gerecht werden. Zu den Anforderungen gehören u. a. die Nutzung eines standardisierten Überleitungsbogens, der auch speziell die Situation der Wundversorgung, des demenziellen Zustandes oder auch der Schmerzsituation von Palliativpatienten abbildet, eine gute Dokumentation des bisherigen Versorgungsverlaufs (z. B. Wund- und Verlaufs-dokumentation), Therapieempfehlungen für die Nachversorgung sowie die Nutzung des Angebotes von Experten wie Pflegedienste, Sanitätshäuser, Homecare-Unternehmen, die den Patienten in der poststationären Versorgung begleiten.

Die im Krankenhaus begonnene Therapie sollte unter Verantwortung des betreuenden Arztes im poststationären Bereich konsequent weitergeführt werden, um schnelle Heilungserfolge und Genesung der betroffenen Patienten zu erreichen. Dabei sollte es keine Rolle spielen, ob der Patient im häuslichen Umfeld (eigene Wohnung) oder in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt.

Aufgabenfelder im Überleitungsmanagement

Prioritäre Aufgabe im Überleitungsmanagement ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person und der Beteiligung des Patienten ausgerichtet ist. Nicht die Qualitäten als Berater allein sind gefragt, sondern die als Moderatoren mit Letztverantwortung, die im Prozess der Hilfe die Bedürfnisse der Klienten einschätzen, die die Planung und Sicherung der Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienstleistungen koordinieren, die Prioritäten setzen und ggf. zukünftig Standards erarbeiten bzw. festlegen und für ihre Einhaltung sorgen.

Ziel ist eine Qualitätsgewährleistung, die untrennbar verknüpft ist mit der Sicherung von Patientenrechten.

1.2.1 Arbeitsschritte im Überleitungsmanagement

Die Auswahl der Patienten erfolgt fast ausschließlich vom stationären, interdisziplinären Betreuungsteam (Arzt, Stationsschwester). Es handelt sich um Patienten mit poststationärem Betreuungsbedarf. Die Aufgaben im interdisziplinären Überleitungsmanagement sind in **■** Tab. 1.2 dargestellt.

Im Überleitungsmanagement spielt es eine zentrale Rolle, dass die Patienten und Angehörigen Unterstützung und Beratung finden, um aus der Vielzahl der Gesundheitsangebote die individuell hilfreichen herauszufinden. Übernehmen die Angehörigen nach der Entlassung des Patienten die Pflege, haben sie unter Anleitung einer professionellen Pflegekraft die Möglichkeit, ihre Angehörigen noch während des Krankenhausaufenthaltes zu versorgen und spezielle Pflorgetechniken zu üben. Bei komplexen medizinischen, pflegerischen und sozialen Problemen der Patienten wird die Durchführung von Erstbesuchen der ambulanten häuslichen Pflege im Krankenhaus vereinbart.

Hierbei ist es von zentraler Bedeutung, in Kooperation mit den nachversorgenden Einrichtungen die Planung vorzunehmen. Wer erbringt welche Leistung (professionelle Anbieter, niederschwellige Betreuung, Freiwilligendienste, Ehrenamt usw.)?

Wenn bereits vor der Aufnahme ambulante Betreuung bestand, wird auch die betreuende Institution/Organisation kontaktiert. Um den sog. Drehtüreffekt zu vermeiden, ist es erforderlich, pflegenden Angehörigen Sicherheit und Hilfe nach der Entlassung des Patienten zu bieten. Ist ein Angehöriger, trotz vorheriger Einschätzung, akut mit der Pflege überfordert oder steht er vor einem für ihn unlösbaren Pflegeproblem, wird der Angehörige erneut angeleitet sowie eine Verlaufsbesprechung und die weitere Nachbetreuung erörtert. Am Tag nach der Entlassung erkundigt sich die Pflegekraft z. B. telefonisch nach dem Befinden des Patienten. Je nach Bedarf werden daraus resultierend weitere Visiten vereinbart. Während der Versorgung erfolgen regelmäßig ein Monitoring der Leistungserbringung und eine Evaluation des Versorgungsplans durch ein interdisziplinäres Team, um zu ermitteln, ob das Ziel der Betreuung erreicht wurde.

Praxisbeispiele zur Gestaltung eines interdisziplinären Überleitungsmanagements werden in **►** Kap. 3 beschrieben. Je nach Zielgruppe und organisatorischer Einbindung wird das Überleitungsmanagement konzipiert, wobei die oben beschriebenen Arbeitsschritte elementare Bestandteile darstellen. In einigen Einrichtungen wird das Überleitungsmanagement auch in Verbindung mit Case Management und/oder klinischen Behandlungspfaden umgesetzt (von Reibnitz 2009).

1.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement

1.3.1 Entwicklung des Expertenstandards

Obwohl die Frage der Versorgungskontinuität – und damit auch der Patientenorientierung – in Deutschland weiterhin zu wenig Beachtung erhält, wurde die Fragmentierung und Desintegration der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit der Einführung der diagnosebasierten pauschalisierten Finanzierungssysteme für den akutstationären Sektor (DRGs) thematisiert (Schaeffer & Ewers 2002: 316). So wurde im Rahmen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), welches im April 2007 in Kraft trat, in § 11 Absatz 4 des SGB V der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement festgeschrieben (Höhmann 2010: 27).

Die Bedeutung eines umfassenden Entlassungsmanagements für die Versorgungsqualität war in der Berufsgruppe der Pflegenden schon vorher bekannt, ohne allerdings zunächst alle pflege-relevanten Aufgaben systematisch zu identifizieren und ein begründetes Qualitätsniveau festzulegen (Elsbernd 2003a: 4). Daher wurde dieses Themengebiet im Rahmen der Standardentwicklung frühzeitig aufgegriffen und hat der Problematik eine neue Dynamik und zusätzliche Aktualität verliehen.

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement wurde als zweiter Standard vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) im Jahre 2004 veröffentlicht, eine erste Überarbeitung mit inhaltlichen und sprachlichen Präzisierungen erfolgte im Jahr 2009.

■ Tab. 1.2 Arbeitsschritte im Überleitungsmanagement

Kriteriengestützte Patientenauswahl	Bei Aufnahme in die Einrichtung entscheidet mit regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Besprechungen ein multiprofessionelles Team, wer aus medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Sicht entlassen werden kann. Besprechungen, an denen alle in die Betreuung involvierten Berufsgruppen teilnehmen, ermöglichen eine ganzheitliche Sichtweise und einen auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmten Therapieplan (z. B. Schlaganfall, Demenz, Apoplex usw.).
Assessment-gestützte Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs	Ermittlung des notwendigen Betreuungsbedarfs (Assessment) ist der nächste Schritt. Dabei werden Selbstversorgungsdefizite und Ressourcen der Patienten berücksichtigt, aber auch das persönliche Umfeld. Die Organisation der notwendigen Dienstleistungsangebote von ambulanter Pflege, Therapeuten und Homecare sowie Hilfsmaßnahmen stehen im Vordergrund.
Interdisziplinäre Entwicklung des poststationären Versorgungsplans	Auf Basis des Assessments wird der Versorgungsplan erstellt. Einschätzung und Beratung, ob und in welcher Weise Veränderungen in der Wohnung notwendig sind und in welchen Bereichen der Patient und seine Angehörigen Unterstützung benötigen. Der Patient entscheidet, welche Leistungen er in Anspruch nehmen möchte und in welchem Ausmaß. Nach einem ausführlichen Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen entwickelt die Pflegekraft in Abstimmung mit den Betroffenen und Nachversorgern einen differenzierten Versorgungsplan, der festlegt, in welchem Ausmaß Betreuung erforderlich ist. Welche Heil- und Hilfsmittel müssen organisiert werden, damit der Patient zu Hause bzw. im Pflegeheim leben kann?
Umsetzung und Monitoring des poststationären Versorgungsplans	Wenn Patienten dem Betreuungsvorschlag zustimmen, kümmert sich die Pflegekraft um die notwendigen Bewilligungen, nimmt Kontakt zu den Apotheken und Homecare-Versorgern auf, organisiert Hilfsmittel, Medikamente und Verbandmaterialien. Die Informationsweitergabe an die weiter betreuenden Institutionen wird durch die Pflegekraft fachbereichsübergreifend koordiniert. Angehörige/Vertrauenspersonen/Betreuer und die ambulante Pflege sowie stationäre Pflegeeinrichtung werden hinsichtlich des weiteren Betreuungsbedarfs koordiniert und zusammengeführt.

Übergreifende Zielsetzung des DNQPs ist die Förderung der Pflegequalität auf der Basis von Praxis- und Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege.

» Expertenstandards legen ein Qualitätsniveau fest, das wissenschaftlich begründet ist und den so genannten »State of the Art«, den aktuellen Stand der Wissenschaft der Disziplin »Pflege« beschreibt und nach außen dokumentiert. (Elsbernd 2003a: 5) «

Ein Lenkungsausschuss, dessen Mitglieder in unterschiedlichen Aufgabenfeldern der Pflege tätig sind und sich dort mit Fragen rund um die Qualitätsentwicklung befassen, sorgt für die inhaltliche Steuerung. Im Lenkungsausschuss sitzen Vertreter aus der Pflegewissenschaft, dem Pflegemanagement, der Pflegelehre sowie der -praxis. Wissenschaftliche Projekte und Veröffentlichungen werden durch

wissenschaftliche Mitarbeiter der Hochschule Onabrück unterstützt. Des Weiteren steht das DNQP in einem fortlaufenden Fachaustausch mit Partnerorganisationen auf nationaler und europäischer Ebene. Ein zentraler Aufgabenschwerpunkt des DNQP ist neben der Entwicklung, Konsentierung und Implementierung evidenzbasierter Expertenstandards die Forschung zu Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und -messung.

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement ruht wie auch die anderen Expertenstandards auf zwei Säulen: einer Literaturrecherche sowie Expertenwissen. In den Jahren 2001 und 2002 wurden im Rahmen der Literaturrecherche 253 Titel ausgewertet, welche alle definierten Mindestanforderungen an Evidenz aufweisen konnten. An Hand der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie unter Nutzung des vertretenen Expertenwissens entwickelten der Lenkungsausschuss sowie die Expertengruppe einen Standardentwurf. Dieser wurde der Fachöf-

fentlichkeit vorgestellt und in der 2. Konsensuskonferenz intensiv diskutiert, bevor er überarbeitet im Januar 2003 als Sonderdruck veröffentlicht wurde. Eine modellhafte Implementierung in 19 Einrichtungen im Laufe des Jahres 2003 bestätigte die Praxis-tauglichkeit des entwickelten Expertenstandards im abschließend durchgeführten Audit.

Da alle Expertenstandards immer den Anspruch haben, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu entsprechen, erfolgte eine erste Überarbeitung durch ausgewählte Experten im Jahr 2009.

- **Der Expertenstandard Entlassungsmanagement wurde 2004 vom DNQP entwickelt und 2009 erstmals aktualisiert. Er basiert auf einer Literaturanalyse, einer Konsensuskonferenz sowie einer modellhaften Implementierung in 19 Einrichtungen.**

1.3.2 Kernaussagen des Expertenstandards

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement bezieht sich auf die am häufigsten Versorgungsbrüche auslösende Situation: auf die Entlassung aus Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken. Er richtet sich dabei an die Profession der Pflege, da er dieser Berufsgruppe auf Grund ihrer Nähe zum Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion zuschreibt.

Die zentrale Zielsetzung lautet:

- » Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung. (DNQP 2009: 25) «

Begründet wird dies damit, dass eine Entlassung aus einer Klinik ein großes Risiko von Versorgungsbrüchen mit sich bringt. Diese wiederum stellen eine unnötige Leidbelastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar und führen

zu hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem, u. a. durch die damit oftmals verbundenen »Dreh-türeffekte«. Durch ein frühzeitiges, systematisches Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationleistungen und deren abschließende Evaluation soll die Pflegefachkraft eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherstellen und zudem den Patienten dabei unterstützen, seine veränderte Lebenssituation zu bewältigen. Dabei soll die angemessene Betreuung des Patienten außerdem sicherstellen, dass eine zu lange Verweildauer im Krankenhaus und unnötige stationäre Aufenthalte vermieden werden (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2004: 27ff).

Damit der Standard grundsätzlich in den Einrichtungen des Gesundheitswesens eingesetzt werden kann, bedarf es zunächst der Entwicklung und Anwendung von organisationspezifischen Verfahrensvereinbarungen, welche abhängig vom Schwerpunktauftrag und der behandelten Patientengruppe sind.

Die detaillierten Schritte des Expertenstandards werden in ■ Tab. 1.3 dargestellt (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität).

- **Laut Expertenstandard Entlassungsmanagement steht jedem Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauerndem Pflege- und Unterstützungsbedarf ein individuelles Entlassungsmanagement zu.**

1.3.3 Bedeutung des Expertenstandards

Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, welche langfristig auf pflegefachliche Hilfe angewiesen sein werden, ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen. Um eine adäquate Versorgung der Bevölkerung weiterhin sicherzustellen, muss ein interprofessionelles und qualitativ hochwertiges Schnittstellenmanagement sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung etabliert werden. Auch wirtschaftliche Zwänge spielen hier eine immer stärkere Rolle, damit eine solidarische

■ Tab. 1.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement. Mit freundlicher Genehmigung des DNQP (2009)

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Einrichtung</p> <p>S1a – verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die erforderlichen organisatorischen (z. B. Zeitressourcen, Festlegung der Arbeitsteilung, Schulungsräume), personellen (z. B. Pflegefachkräfte mit hinreichender Qualifikation) und fachlichen Rahmenbedingungen (z. B. Einschätzungskriterien, -instrumente) gewährleistet sind.</p> <p>Die Pflegefachkraft</p> <p>S1b – beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p>	<p>Die Pflegefachkraft</p> <p>P1 – führt mit allen Patienten und wenn möglich mit deren Angehörigen innerhalb von 24 h nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei der Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert.</p> <p>– führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst dieses.</p>	<p>E1 – Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p>
<p>S2 – verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagements.</p>	<p>P2 – entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung.</p>	<p>E2 – Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p>
<p>S3 – verfügt über die Kompetenz, den Patienten und seine Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p>	<p>P3 – gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung.</p>	<p>E3 – Dem Patienten und seinen Angehörigen sind bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung angeboten worden, um Versorgungsrisiken erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p>
<p>S4 – ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p>	<p>P4 – stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</p> <p>– Bietet den Mitarbeitern der weiterversorgenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.</p>	<p>E4 – Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt sowie der erwartbare Unterstützungs- und Versorgungsbedarf geklärt.</p>