



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Entlassungsmanagement im Spannungsfeld von  
Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen  
der Akteure in intra- und extramuralen  
Gesundheitseinrichtungen**

Verfasserin

**Manuela Goreis, 0600528**

angestrebter akademischer Grad

Magistra

Wien, Dezember 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Berta Schrems

## **DANKSAGUNG**

Es ist mir ein großes Bedürfnis, an dieser Stelle meiner Tochter Julia und meinem Lebensgefährten August Bichler meinen aufrichtigsten Dank für all die Unterstützung und die Geduld auszusprechen, die mir beide im Laufe meines Studiums und während der Entstehung dieser Arbeit entgegengebracht haben. Euer Rückhalt hat mir ermöglicht, meinen Weg zu gehen - ohne Eure Hilfe wäre das nicht möglich gewesen.

Danke für den Glauben an die Sache an sich, und besonderen Dank für den Glauben an mich.

An dieser Stelle möchte mich auch bei meiner Studiengefährtin und Freundin Claudia Jäger bedanken, die mir immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist. Keine Schwierigkeit war zu groß, um nicht in irgendeiner Form gelöst zu werden und keine zu klein, um nicht trotzdem Gehör zu finden. Ich bin dir sehr verbunden.

Besonderer Dank gebührt meiner Betreuerin, Fr. Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Berta Schrems, für Ihre unendliche Geduld und ihre unzähligen Verbesserungsvorschläge.

Mein Dank gilt auch den Entlassungsmanagerinnen der Vinzenz Gruppe Wien für Ihre Mitarbeit.

Ich widme diese Diplomarbeit meinen Eltern Anna und Johann. Danke für alles.

Manuela Goreis

## **Zusammenfassung**

In vorliegender Diplomarbeit wird die Darstellung der Problemfelder der einzelnen, am Entlassungsprozess beteiligten Betroffenen (PatientInnen und nahe stehende Personen) sowie aller weiter betreuenden Berufsgruppen und Institutionen angestrebt. Es wird ein Gesamtüberblick über die komplexe Entlassungssituation von älteren Menschen mit Mehrfacherkrankungen in Wien und damit verbundenem, erhöhtem poststationären Versorgungsbedarf ermöglicht. Vertieft wird diese Problemauflistung durch die Erhebung der ExpertInneninterviews mit EntlassungsmanagerInnen der Vinzenz Gruppe Wien, dem Zusammenschluss geistlicher Wiener Ordenskrankenhäuser. Ausgangspunkt für diese Untersuchung ist der Mangel an ExpertInnenmeinung in der aktuellen Forschungsliteratur. Es erfolgt eine Zusammenführung der bereits bestehenden Literatur zum Thema Entlassungsmanagement mit den aktuellen Ergebnissen der ExpertInneninterviews, um Problembereiche aufzulisten und Verbesserungen anzuregen. In Anbetracht der steigenden Anzahl multimorbider, älterer Menschen mit poststationärem Betreuungsbedarf soll der Leser/die Leserin durch die Problemdarstellung für die Thematik sensibilisiert werden.

## **Abstract**

The following diploma thesis aims at illustrating the problem areas of individuals (patients and close family and friends) and all other professional groups and institutions involved in the process of hospital discharge planning. The diploma thesis gives a complete overview of the complex discharge situation of older people suffering from multiple diseases in Vienna and the respective increased demand for assuring continuity of care after leaving the hospital. This listing of problems is reinforced with expert interviews with discharge managers in the "Vinzenz Gruppe Wien", a union of faith-based hospitals in Vienna. The starting point for this analysis is the lack of expert opinion in current scientific literature. This diploma thesis summarizes already existing literature on the topic of hospital discharge planning and combines this knowledge with the results of recent expert interviews in order to list problem areas and to encourage improvements. Against the background of an increasing number of older people suffering from multiple diseases in need of continued care after leaving the hospital, this discussion contributes to raising awareness for the topic among a broader public.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>II</b>
<b>Zusammenfassung / Abstract .....</b>	<b>III</b>
<b>I. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Ausgangslage .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Die Rolle des Entlassungsmanagements in Bezug auf die Entlassungssituation .....</b>	<b>6</b>
1.1 Definitionsversuche Entlassungsmanagement .....	7
1.2 Formen des Entlassungsmanagements.....	10
1.3 Die geschichtliche Entwicklung des Entlassungsmanagements .....	11
1.4 Der österreichische Standard Entlassungsmanagement .....	12
1.5 WHO-Richtlinien in Bezug auf die Entlassungsplanung.....	13
1.6 Probleme rund um die Entlassungssituation.....	16
1.7 Das Tätigkeitsfeld und die Kompetenzvoraussetzungen von EntlassungsmanagerInnen.....	19
1.8 Ausbildungsmöglichkeiten zur Entlassungsmanagerin/zum Entlassungsmanager in Wien .....	22
1.9 Die gesetzlichen Grundlagen des Entlassungsmanagements.....	24
<b>2. Die Akteure rund um die Entlassungssituation.....</b>	<b>28</b>
2.1 PatientInnen und deren Rolle im Entlassungsprozess.....	29
2.2 Die Erreichung potentieller PatientInnen.....	30
2.3 Die PatientInnenzufriedenheit mit dem Entlassungsmanagement.....	33
2.4 PatientInnenintegration in den Entlassungsprozess .....	35
<b>3. Angehörige und nahe stehende Bezugspersonen und deren Rolle im Entlassungsprozess .....</b>	<b>37</b>
3.1 Informelle Betreuungsmuster und deren Bedeutung für das Entlassungsmanagement .....	37
3.2 Spezifische Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger.....	40
3.3 Die Zufriedenheit pflegender Angehöriger mit dem Entlassungsmanagement.....	43
<b>4. Die Rolle des Krankenhausträgers in Bezug auf die Entlassungssituation .....</b>	<b>47</b>

4.1	Das österreichische Krankenhausfinanzierungssystem.....	47
4.2	Die Entwicklung der Krankenhausverweildauer in Österreich.....	49
4.3	Probleme rund um Spitalswiedereinweisungen .....	49
4.4	Voraussetzungen für Entlassungsmanagement auf Struktur- und Prozessebene innerhalb des Krankenhauses.....	51
4.5	Die Vorteile funktionierenden Entlassungsmanagements für den Krankenhausträger .....	53
<b>5.</b>	<b>Der extramurale Pflege- und Betreuungsbereich und seine Rolle rund um die Entlassungssituation .....</b>	<b>54</b>
5.1	Formen der extramuralen Betreuung in Wien .....	55
5.2	Quantitative und qualitative Mängel im extramuralen Bereich .....	57
5.3	Visionen in der mobilen Pflege .....	59
<b>6.</b>	<b>Intramurale Betreuungsformen in Wien .....</b>	<b>60</b>
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung der Rolle aller involvierten Akteure rund um die Entlassungssituation .....</b>	<b>63</b>
<b>8.</b>	<b>Die Entlassungssituation aus Sicht der ExpertInnen im Entlassungsmanagement.....</b>	<b>64</b>
8.1	Einführung in die qualitative Forschung .....	64
8.2	Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews .....	70
8.2.1	Die Darstellung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews auf Strukturebene.....	70
8.2.2	Die Darstellung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews auf Prozessebene .....	78
8.3	Zusammenführung der Ergebnisse der explorativ-deskriptiven Einführung und der ExpertInneninterviews und daraus resultierende Verbesserungsvorschläge .....	90
8.4	Schlussfolgerungen .....	94
<b>9.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>95</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>96</b>
	<b>Anhang I: Leitfaden ExpertInneninterview.....</b>	<b>VI</b>
	<b>Anhang II: Lebenslauf .....</b>	<b>IX</b>
	<b>Anhang III: Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>XIII</b>

## **I. Einleitung**

Meine tägliche Praxiserfahrung als seit Jahren im Bereich des Entlassungsmanagements tätige diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester hat mich nach dem Studium der vorhandenen Literatur zum Thema Entlassungsmanagement dazu bewogen, in folgender Arbeit die verschiedenen Problemfelder der involvierten Akteure darzustellen.

Die zunehmende Alterung der Gesellschaft stellt sowohl Betroffene und deren Bezugspersonen, als auch involvierte Institutionen wie Krankenhausträger, Pflegeheime und mobile Dienstanbieter ebenso wie zuständige Kostenträger vor große finanzielle und sozialpolitische Herausforderungen. Ressourcenknappheit, vor allem in finanzieller Hinsicht, zwingt in Anbetracht der deutlich steigenden Anzahl älterer Menschen mit chronischen und/oder Mehrfacherkrankungen sowie Selbstversorgungsdefiziten nach einem Krankenhausaufenthalt zu einem Umdenken und einer Umstrukturierung in bestehenden Versorgungsmustern.

Spannungsfelder ergeben sich, ganz abgesehen von menschlichen und emotionalen Faktoren, aus den Problemen, vor denen Krankenhausträger aufgrund ihrer Finanzierungsmuster stehen, sowie den derzeit vorhandenen extramuralen Versorgungsmustern. Diese sehen sich nun ebenso wie der intramurale Langzeitversorgungssektor mit der stetig steigenden Anzahl älterer, mehrfach erkrankter Menschen samt all ihrer vielfachen gesundheitlichen und sozialen Probleme konfrontiert.

In Anbetracht der stetig steigenden Anzahl von pflegebedürftigen, älteren Menschen und dem zunehmend betriebswirtschaftlich orientierten Gesundheitssystem im Sinne einer Kosten-Nutzen-Rechnung ist sowohl die pflegewissenschaftliche als auch die pflegepraktische Relevanz rund um die Thematik dringlich gegeben. Von Interesse sind die Ergebnisse für Kostenträger wie Krankenkassen und Krankenhausträger, weiters für professionell Pflegende und in erster Linie für betroffene PatientInnen und deren Angehörige (nahe stehende Personen) selbst. Nur wenn die Ist-Situation lückenlos dargestellt und die Perspektiven sämtlicher involvierter Akteure zu einem ganzheitlichen Bild zusammengeführt werden, können bereits vorhandene Strukturen und Prozesse rund um die Entlassung verändert werden. Dies wiederum führt zu optimierten

Ergebnissen auf Seiten der verschiedenen Betroffenen, was sich beispielsweise in der Verminderung der Rehospitalisierungsrate und/oder der Erhöhung der PatientInnenzufriedenheit zeigt.

### **Zielsetzung**

Primäres Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung und Zusammenführung des aktuellen Forschungsstandes und die Bereicherung desselben durch die ExpertInnenmeinung. Der Hauptfokus liegt auf dem Bereich Wien, Daten aus den Bundesländern werden vergleichend angeführt. Wo dies zum besseren Verständnis sinnvoll ist, werden auch internationale Daten verwendet.

Es soll die Komplexität der Thematik von den verschiedenen Gesichtspunkten her aufgezeigt werden. Vorhandene Forschungsliteratur wird anschließend um die ExpertInnensicht bereichert, da in dieser Hinsicht wenig publiziertes Material auffindbar ist.

Optimierte Versorgungsstrukturen außerhalb des Krankenhauses sollen Versorgungskontinuität gewährleisten, Sicherheit und Wohlbefinden für Betroffene fördern und Kosten reduzieren. Um Prozesse zu verbessern ist es jedoch unumgänglich, Schwachstellen rund um die Entlassungssituation klar zu definieren. Anregungen dazu sollen die ExpertInnenergebnisse bringen, die Öffentlichkeit soll für die Gesamtproblematik sensibilisiert, vorhandene Strukturen kritisch reflektiert werden.

### **Methodik**

Die Problemfelder rund um die Entlassungssituation wurden durch eine Literaturrecherche erfasst. Diese wurde auf PubMed, CINAHL, Google Scholar und im Schneeballverfahren ausgehend von österreichischen Forschungen im Bereich des Entlassungsmanagements (Ludwig Boltzmann-Institut, Wiener Rotes Kreuz, Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste etc.) durchgeführt.

Als Suchkriterien wurden in der deutschsprachigen Literatur Begriffe wie „Entlassungsmanagement“, „Überleitungspflege“, „poststationärer Versorgungsbedarf“ sowie „Kontinuität“ verwendet, in der englischsprachigen Recherche wurde beispielsweise nach „discharge planning“ und „Case- and Care Management“ in Verbindung mit „continuity“ gesucht. Als Einschlusskriterien wurden „older patients“ und „geriatric patients“ gewählt, als Ausschlusskriterien sämtliche

medizinisch-pflegerischen Spezialerkrankungen, wie beispielsweise HIV und psychiatrische Erkrankungen. In der deutschen Literatur wurde ebenfalls auf geriatrische PatientInnen eingegrenzt. Es wurden sowohl qualitative als auch quantitative Studien und Projektberichte recherchiert. Bei der Artikelauswahl wurde auf Aktualität geachtet (Artikel der letzten zehn Jahre; Ausnahmen bilden lediglich grundlegende Werke oder jene Publikationen, die die geschichtliche Entwicklung des Entlassungsmanagements beschreiben). Die Artikelbestellung erfolgte nach Abstract-Sichtung vorwiegend über SUBITO und Billroth-Haus.

Die Darstellung der Ergebnisse der ausgewählten Literatur erfolgte im ersten Teil der Diplomarbeit in explorativ-deskriptiver Weise und wurde im zweiten Teil durch ExpertInneninterviews bereichert, um die Darstellung aller in den Entlassungsprozess Involvierten zu vervollständigen.

### **Fragestellungen des explorativ-deskriptiven Teils**

Aus den soziologischen Veränderungen und den beruflichen Alltagserfahrungen heraus ergeben sich Fragestellungen, welche im ersten Teil der Diplomarbeit anhand des aktuellen Forschungsstands geklärt werden:

- Mit welchen Problemfeldern rund um die Entlassungssituation sehen sich Krankenhausträger, betroffene PatientInnen, deren nahe stehende Personen sowie intra- und extramurale Hilfsanbieter konfrontiert?
- Welche Erkenntnisse zum Nutzen für die PatientInnen, die pflegenden Angehörigen, den Krankenhausträger sowie für extra- und intramurale Versorgungsstrukturen bringt funktionierendes Entlassungsmanagement?
- Welche Stärken und Schwächen identifizieren betroffene PatientInnen und deren Angehörige in der Entlassungsplanung innerhalb des Krankenhauses?

Bei der Literatursichtung hat sich herausgestellt, dass die Meinung der EntlassungsmanagerInnen bisher unzureichend behandelt wurde. Im Anschluss an die Darstellung der Perspektive der PatientInnen, der pflegenden Angehörigen bzw. nahe stehenden Personen, der Krankenhausträger und der extra- und intramural Betreuenden wird daher anhand der Methode des ExpertInneninterviews deren Sicht erläutert.



## **Fragestellungen der ExpertInneninterviews**

Der Fokus der ExpertInneninterviews liegt auf folgenden Fragestellungen:

- Welche Spannungsfelder rund um die Entlassungssituation von Menschen mit erhöhtem, komplexem Betreuungsbedarf werden von im Entlassungsmanagement tätigen Fachkräften angegeben?
- Wo liegen Stärken des weiterversorgenden intra- und extramuralen Pflegesektors in Hinblick auf die Versorgungssituation mehrfach erkrankter, älterer Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach erfolgter Entlassung aus dem Krankenhaus?
- Welche Schwächen werden in dieser Hinsicht angeführt?
- Welche Lösungsvorschläge werden von den befragten ExpertInnen im Hinblick auf optimierte Versorgung rund um die Entlassungssituation vorgeschlagen, um Kontinuitätseinbrüche in der Weiterbetreuung Betroffener im Anschluss an die erfolgte Krankenhausentlassung zu vermeiden bzw. zu reduzieren?

## **II. Ausgangslage**

Entlassungsmanagement zielt vor allem auf die Sicherstellung der Weiterbetreuungscontinuität betagter PatientInnen mit komplexem Betreuungsaufwand ab. Dass diese PatientInnengruppe in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen wird, zeigen nachfolgende Daten:

Eine deutliche Tendenz zu einer zunehmenden Alterung der österreichischen Gesellschaft lässt sich nicht nur im Alltag erahnen, sondern ist auch statistisch belegbar: Beträgt derzeit die Anzahl der über 60jährigen 22 Prozent, so ist bis zum Jahr 2030 ein Anstieg auf 30 Prozent in dieser Altersgruppe zu erwarten (vgl. Statistik Austria, 2009a).

Grafisch dargestellt findet sich diese Entwicklung in der Bevölkerungspyramide für 2007, 2030 und 2050 wieder (vgl. Statistik Austria, 2008a).

### Bevölkerungspyramide 2007, 2030 und 2050 (mittlere Variante)

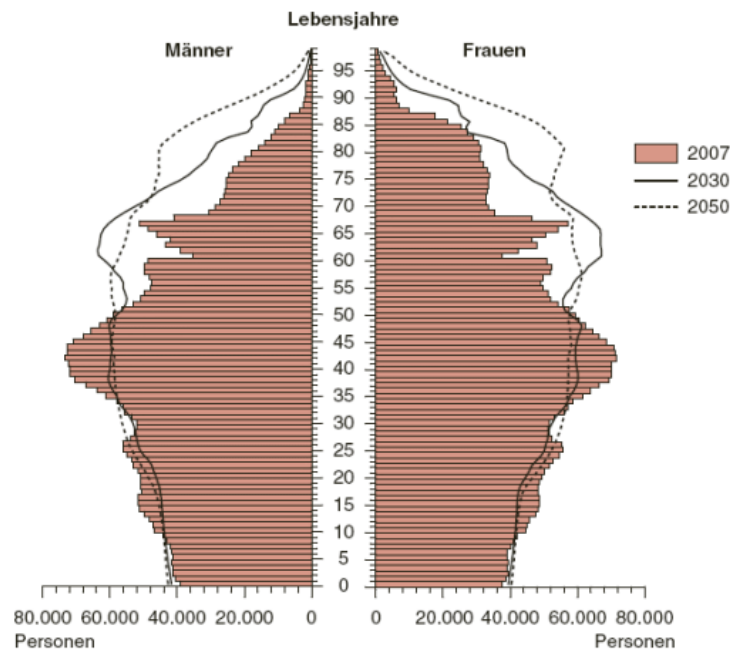


Abbildung 1: Statistik Austria, 2008a.

In Abbildung 1 ist die zunehmende Verschmälerung der Pyramidenbasis klar ersichtlich, der Trend der „Bevölkerungspyramide“ geht eher in Richtung „Bevölkerungspilz“ – immer mehr ältere Menschen stehen einer deutlich geringeren Anzahl an jüngeren gegenüber. Diese Entwicklungen lassen sich von Österreich auf Europa übertragen, wie UN-Prognosen bestätigen: Bis 2050 wird die Anzahl älterer Menschen in Europa auf 180 Millionen, jene der Hochbetagten (über 80 Jahre) auf 64 Millionen anwachsen. Bei einem gleichzeitigen Einwohnerrückgang bedeutet dies einen Anstieg des Altenanteils auf 28 Prozent. Global betrachtet ist das 21. Jahrhundert demnach geprägt vom Phänomen der demographischen Alterung, denn bis zum Jahr 2050 verdreifacht sich die Zahl der Menschen mit 65 und mehr Jahren (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008; S. 46). Derzeitige Versorgungsstrukturen, in denen aktuell pflege- und betreuungsbedürftige Menschen versorgt werden, werden sich in Zukunft in Anbetracht der steigenden Anzahl von Menschen über 60 Jahren als unzureichend erweisen. Althergebrachte Familienmuster verschwinden zunehmend, wie Erhebungen der Statistik Austria bestätigen: Einpersonenhaushalte werden schätzungsweise rund viermal so stark ansteigen wie die Anzahl der Mehrpersonenhaushalte, und im Jahr 2050 einen Anteil von circa 41 Prozent aller Haushalte ausmachen (vgl. Statistik Austria, 2008b). Die

Versorgung im großfamiliären Umfeld und die damit verbundene soziale Einbettung von Betreuungsbedürftigen bricht somit zunehmend als „Auffangnetz“ älterer Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf weg, was wiederum zu einer Umstrukturierung im extra- und intramuralen Versorgungssektor führen muss. Dies bestätigen auch Untersuchungen zu informellen Versorgungsmustern. Durch die verminderte Leistungsfähigkeit der informellen Hilfe durch Familienangehörige ist mit einem steigenden Bedarf an professioneller Versorgung zu rechnen (vgl. Grießler/Krajic/Peinhaupt/Pelikan, 1999; S. 23). Eine steigende Anzahl älterer Menschen lässt zudem die Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität erwarten (vgl. ebd., 1999; S. 22). Um diesen soziopolitischen Herausforderungen gerecht zu werden, ist es notwendig, das österreichische Krankenversorgungssystem näher zu betrachten. Dieses präsentiert sich als stark fragmentiert, im Vergleich zu anderen OECD-Ländern liegt das Hauptaugenmerk vermehrt auf der stationären Versorgung in Akutkrankenhäusern (vgl. Grießler/Krajic/Peinhaupt/Pelikan, 1999; S. 21).

Die beschriebenen Entwicklungen deuten auf die zunehmende Wichtigkeit strukturierter Entlassungsplanung hin, durch die Menschen mit komplexem Betreuungsbedarf einer adäquaten Versorgung außerhalb des Krankenhauses zugeführt werden, welche unter Berücksichtigung individueller Wünsche ihren spezifischen Bedürfnissen gerecht wird.

Im folgenden Kapitel werden zum besseren Verständnis Basisbegrifflichkeiten rund um das Entlassungsmanagement geklärt.

## **1. Die Rolle des Entlassungsmanagements in Bezug auf die Entlassungssituation**

Sowohl im deutschen als auch im englischen Sprachgebrauch bestehen für ähnliche Tätigkeitsfelder verschiedene Berufsbezeichnungen, die häufig synonym verwendet werden und sich schwer voneinander abgrenzen lassen.

Einführend sollen hier die geläufigsten Termini geklärt werden, wobei aufgrund der seltenen Erwähnung von „Entlassungsmanagement“ in der Literatur anfangs der Terminus des „Case Managements“ erläutert wird. Im Anschluss daran erfolgt die

Darstellung der verschiedenen Formen von Entlassungsmanagement sowie ein historischer Abriss der Entwicklung des Entlassungsmanagements. Weiters werden generelle Entlassungsproblematiken behandelt und das Tätigkeitsfeld sowie die Ausbildungsmöglichkeiten dargestellt. Die gesetzlichen Grundlagen, die der strukturierten Entlassungsplanung zu Grunde liegen, werden angeführt.

## **1.1 Definitionsversuche Entlassungsmanagement**

Wie Ewers betont, besteht bis dato keine einheitliche Case Managementdefinition, vielmehr herrscht ein Durcheinander bezüglich der Begriffsbestimmungen, welche diverse Berufsverbände, Organisationen und Institutionen relativ beliebig „entworfen“ haben. Außerdem ist es zu einer Vermischung mit angloamerikanischen Begriffen wie „Care Management“, „Managed Care“, „Care Coordination“ oder „Pathway Management“ gekommen (vgl. Ewers, 2005; S. 56). Da der Begriff „Case Management“ einen relativ häufig verwendeten Terminus darstellt, wird dieser nun anhand verschiedener Definitionen dargestellt.

### **Case Management**

Case Management wird laut der American Nurses Association, des amerikanischen Berufsverbandes der Pflege, im Jahre 1988 umrissen als „[...] ein System zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, das entworfen wurde, um die Realisierung erwarteter Ergebnisse auf Seiten der Patienten innerhalb einer angemessenen Verweildauer zu ermöglichen. Zu den Zielen von Case Management gehört die auf Kontinuität ausgerichtete Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die Reduzierung der Fragmentierung von Versorgungsleistungen, die über verschiedene Settings hinausgehen, die Erhöhung der Lebensqualität des Klienten, die effiziente Nutzung der patientenbezogenen Versorgungsressourcen und die Einsparung von Kosten.“ (ANA – American Nurses Association 1988, zit. n. Ewers/Schaeffer, 2005; S. 57) Beachtenswert bei dieser Definition ist der klare PatientInnenfokus, als Ziele werden die Kostenreduktion und die verbesserte Lebensqualität der Betroffenen erwähnt. Ausgegangen wird von beiderseitigen Vorteilen. Entlassungsmanagement bringt demnach Nutzen sowohl für die

Betroffenen als auch für das Gesundheits- und Versorgungssystem und die Kostenträger.

Beim Case Management liegt laut Ewers die Betonung auf einem individuellen Fall (case) samt all seinen speziellen Versorgungsbedürfnissen. Es erfolgt ein Geleit des Betroffenen durch das Versorgungssystem sowie ein koordinierter Leistungszugang mit dem Ziel, kontinuierliche und individuelle PatientInnenbegleitung bereitzustellen (vgl. Arbeitsgruppe Public Health, 1995; S. 5).

### **Care Management**

Im Care Management liegt der Schwerpunkt auf der Vermeidung von Versorgungsmissständen und dem Bemühen um Kontinuität. Unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse wird adäquate Versorgung ohne Fehl-, Unter- und Überversorgung von PatientInnen und damit verbundenen Kostenreduktionen angestrebt (vgl. Schaeffer, 2000a; S. 17f.). Ewers wiederum definiert in seinem Vorwort zur „Case Management Bibliografie“ das Ziel von Care Management als „eine möglichst reibungslose und integrierte Organisation von Versorgungsleistungen.“ (Arbeitsgruppe Public Health, 1995; S. 5) Die Definitionen ähneln einander demnach und sind schwer voneinander abzugrenzen. Generell ist anzumerken, dass sowohl Case- als auch Care Management individuelle PatientInnenbegleitung auch außerhalb des Krankenhauses vorsieht. Österreichische Entlassungsplanung wird großteils intramural praktiziert, weshalb der enger gesteckte Begriff „Entlassungsmanagement“ am ehesten zutrifft.

### **Entlassungsmanagement**

Im „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ des deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wird Entlassungsmanagement als eine Möglichkeit definiert, durch gezielte Koordination von PatientInnen, deren Angehörigen und Leistungserbringern im professionellen Sektor Versorgungseinbrüche rund um die Entlassungssituation zu vermeiden, und durch abgestimmte Handlungsschemata die Gesamtsituation der PatientInnen im Blick zu behalten. Als zentrale Pfeiler der Entlassungsplanung wird die Abstimmung und Koordination der Unterstützungsleistungen nach dem Krankenhausaufenthalt mit

den individuellen PatientInnenbedürfnissen als auch die ressourcenfördernde Informations-, Schulungs- und Beratungsleistung des Entlassungsmanagements hervorgehoben (vgl. DNQP, 2004; S. 31).

Die Bestrebungen im Entlassungsmanagement liegen in der Zusammenführung von Erwartungen, Möglichkeiten und Grenzen aller involvierten Akteure zu einem zufrieden stellenden Ganzen.

Synonyme Verwendung für EntlassungsmanagerInnen im deutschen Sprachgebrauch findet auch die „Überleitungspflege“, welche sich als die reibungslose „Überleitung“ der PatientInnen in die häusliche Pflege beziehungsweise in eine weiterführende Institution versteht. Vor allem in Deutschland wird der Begriff „Pflegeüberleitung“ häufig und in sehr breitem Kontext verwendet, gilt hier etwa bereits die alleinige Übermittlung pflegerelevanter Daten an weiter betreuende Institutionen als Maßnahme der Pflegeüberleitung. Strukturell wird die Pflegeüberleitung zumeist als gesonderte Organisationseinheit geführt (vgl. Wingenfeld, 2005; S. 81ff.). Die Umschreibung für Case Management von Elwyn et al. läßt sich durchaus auf Entlassungsmanagement umlegen: „The case managers describe having the time and the skills to assess a mix of clinical and social problems, and then accessing the correct networks to help elderly people with multiple illnesses navigate a complex system of providers. More weight should be given to the ability of this intervention to result in improve quality of life for patients, and to the investigation of costs and benefits.“ (Elwyn/Williams/Roberts/Newcombe/Vincent, 2008; S. 75)

Leicht ersichtlich ist die Definitionsvielfalt innerhalb der englisch- und deutschsprachigen Literatur bei sehr ähnlichem Tätigkeits- und Aufgabenfeld. Schaeffer merkt an, dass sämtlich angeführten Bezeichnungen (erweiterbar durch „utilization management“, „managed care“ oder „disease management“) gemeinsam ist, „dass sie aus unterschiedlicher Perspektive und mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen intendieren, zu einer effektiven und zugleich effizienten Steuerung von Versorgungsabläufen beizutragen.“ (Schaeffer, 2000a; S. 17)

In vorliegender Arbeit wird in weiterer Folge die in Österreich geläufige Bezeichnung „Entlassungsmanagement“ verwendet, welches als Schnittstelle zwischen den PatientInnen, deren nahe stehenden Kontaktpersonen, dem Krankenhaus sowie den weiter betreuenden extra- und intramuralen Organisationen rund um die Entlassungssituation verstanden werden kann.

## **1.2 Formen des Entlassungsmanagements**

Entlassungsmanagement kann sowohl direkt als auch indirekt praktiziert werden, beide Formen werden im Folgenden vorgestellt.

### **Direktes Entlassungsmanagement**

Entlassungsvorbereitungen wurden bisher häufig als Teilaspekt der alltäglichen Stationsroutine als „Nebenprodukt“ von der Stationsleitung bzw. Bezugspflegerperson mitbearbeitet (vgl. Grundböck/Rappauer/Müller, 2004; S. 6). Vorteilhaft an diesem Vorgehen gegenüber dem „indirekten Entlassungsmanagement“ ist, dass die Pflegenden die betroffenen PatientInnen und ihre individuellen Probleme und Ressourcen aus dem Stationsalltag heraus kennen und in der Lage sind, die Ist-Situation realistisch einzuschätzen. Die direkte Entlassungsübergabe an die weiter betreuende Organisation kann somit ohne Informationsverluste und ohne „Vermittler“ erfolgen. Nachteile dieser Form der Entlassungsplanung finden sich in mangelnden Zeitressourcen der Durchführenden und auch in der Tatsache, dass die verschiedensten Hilfs- und Betreuungsdienste sowie die komplexen Unterstützungsmöglichkeiten (finanziell, sachlich, rechtlich) kaum adäquat „nebenbei“ vermittelt werden können.

### **Indirektes Entlassungsmanagement**

Um die Arbeitsabläufe rund um die Entlassung zu optimieren und die Grundlagen für adäquate poststationäre Versorgung von Menschen mit erhöhtem Betreuungs- und Hilfsbedarf zu schaffen, werden eigene Schnittstellen zwischen dem Stationspersonal, den PatientInnen und Angehörigen sowie den weiter betreuenden Institutionen bzw. Organisationen geschaffen. Zumeist wird stationsübergreifend agiert. Häufig sind diese Schnittstellenpositionen multidisziplinär von SozialarbeiterInnen und Pflegepersonen besetzt. Sozialarbeiterische Kenntnisse bezüglich sozialrechtlicher Belange in Kombination mit pflegerischer Fachexpertise ermöglichen konkrete und individuelle Fallberatungen (vgl. Höhmann/Müller-Mundt/Schulz, 1998; S. 345ff.). Die Nähe des Entlassungsmanagements zum sozialarbeiterischen Bereich begründet sich neben den sozialen Teilaspekten des Tätigkeitsfelds auch aus der Entstehungsgeschichte des Entlassungsmanagements.

### **1.3 Die geschichtliche Entwicklung des Entlassungsmanagements**

Der Beginn der Entwicklung des Case Managements ist mit dem Jahr 1863 datiert. Im Bundesstaat Massachusetts wurde im Rahmen der Gründung des ersten „Board of Charities“ eine Frühform des Case Managements eingeführt. Ziel war es, den Versorgungsbedarf neu eintreffender Einwanderer mit geeigneten Leistungserbringern zusammenzuführen und adäquate Versorgungseinrichtungen zu schaffen (vgl. Ewers, 2005; S. 41). Um 1940 entstanden dann im Gegensatz zu den sozialarbeiterisch-orientierten Bemühungen erstmals „Medical Case Management“-Bewegungen, die eine Ausweitung auf den Krankenversorgungsbereich darstellten. Diese wurden noch recht unsystematisch umgesetzt und hatten ihr Hauptaugenmerk auf medizinisch-pflegerische Leistungen gerichtet. Im Lauf der Jahre wurden verschiedenste Case Management-Modelle entwickelt, welche jeweils im Verantwortungsbereich der Pflege, der Medizin oder der Sozialarbeit angesiedelt waren (vgl. ebd.; S. 42f.).

Das offizielle Geburtsjahr des Begriffs „Case Managers“ wird mit dem Jahr 1974 datiert (vgl. Netting, 1992; S. 161). In Anlehnung an das Case Management entstand das Entlassungsmanagement, wobei es in der Literatur immer wieder zu Begriffsvermischungen kommt.

Pioniersarbeit rund um die Entlassungssituation im deutschsprachigen Raum leisteten Garms-Homolová und Schaeffer mit ihrer Studie in Bezug auf Entlassungsmanagement, deren Ergebnisse hier kurz zusammengefasst werden. Entlassungsorganisation, so die AutorInnen, werde generell zuwenig Bedeutung beigemessen, sie erfolge hauptsächlich unter institutionellen Gesichtspunkten wie des „Freimachens-von-Betten“, nicht aber mit Hauptaugenmerk auf die betroffenen PatientInnen. Entlassungsorganisation sowie all jene Tätigkeiten, die in Richtung „care“, also der Versorgungssituation statt dem „cure“, der Behandlung tendieren, werden als „dirty work“ beschrieben, für die sich niemand wirklich zuständig fühlt, und die begleitet sind von massiven Kooperationsschwierigkeiten. Weiters sei die Entlassungsplanung eher medizinlastig angesiedelt. Wenig eingegangen werde auf die PatientInnen selbst, diese werden kaum miteinbezogen und unzureichend informiert bzw. geschult. Laut den AutorInnen verhalten diverse Kongressbeiträge zum Thema relativ ungehört (vgl. DNQP, 2004; S. 15). Im deutschsprachigen Raum erschien zur Thematik im Jahr 2005



der „Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, welcher auf Literaturrecherchen und ExpertInnenwissen basiert. In Anlehnung an die deutsche Version erschien 2006 der österreichische „Standard Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem, poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf“ des Projekts PatientInnenorientierte, integrierte Krankenbetreuung (PIK), in welchem Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien in Bezug auf Entlassungsmanagement definiert sind.

#### **1.4 Der österreichische Standard Entlassungsmanagement**

Auf Strukturebene liefert der PIK-Standard Empfehlungen an die Einrichtung bezüglich schriftlicher Richtlinien multidisziplinären Entlassungsmanagements. Assessmentinstrumente zur Identifikation potentieller PatientInnen mit umfassendem Versorgungsbedarf werden generell empfohlen. Die Auswahl des geeigneten Instruments obliegt jeweils dem Krankenhaus, um den dortigen Ansprüchen gerecht zu werden. Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsfähigkeiten werden als Grundlage der Tätigkeit beschrieben. Weiters muss die im Entlassungsmanagement tätige Fachkraft einschätzen können, ob die Entlassungsplanung für den jeweiligen Patienten/ die jeweilige Patientin adäquat ist (vgl. PIK, 2006; S. 5f.).

Auf Prozessebene wird die Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch das Entlassungsmanagement, die Dokumentation und die individuelle Entlassungsvorbereitung beschrieben. Beratung und Schulung von PatientInnen und Angehörigen soll gewährleistet, die Information weiter betreuender Organisationen und Einrichtungen mindestens drei Werktage vor geplanter Entlassung sichergestellt sein. Eine Evaluation der Entlassungsplanung mit der Möglichkeit zur Modifikation ist zumindest 24 Stunden vor geplanter Entlassung vorzunehmen. Das Vetorecht der EntlassungsmanagerInnen bei ungeklärter poststationärer Situation ist definiert. Kontaktaufnahme zu PatientInnen, Angehörigen oder weiter betreuenden Institutionen ist in Ausnahmefällen nach der erfolgten Entlassung vorgesehen (vgl. PIK, 2006; S. 5f.). Auf Ergebnisebene sieht der Standard eine systematische Einschätzung des

erwartbaren poststationären Betreuungsbedarfs vor, die dokumentarisch belegt ist. Schulungsmaßnahmen Betroffener sind gewährleistet, mit allen Beteiligten ist der Entlassungstermin abgestimmt, die Weiterversorgung ist sichergestellt (vgl. PIK, 2006; S. 5f.).

Unterschiede des österreichischen Standards zum deutschen Vorgänger zeigen sich lediglich beim Fokus der österreichischen Version auf die Datenschutzbestimmungen und bei der Einverständniserklärung der PatientInnen, die zur Weitergabe von Informationen bezüglich der Betreuung einzuholen sind. In der Prozessbeschreibung wird im PIK-Standard vom „multiprofessionellen Team“ gesprochen, während die deutsche Version lediglich „die Pflegefachkraft“ beschreibt. Die Evaluation nach erfolgter Entlassung ist wiederum nur im deutschen Standard zu finden, wie auch das differenzierte Assessment, welches in der österreichischen Version in dieser Form gar nicht erwähnt wird. PIK wiederum führt „mit allen von der Station übermittelten PatientInnen“ eine erweiterte Unterstützungserhebung durch, während im deutschen Standard „mit allen Patienten innerhalb von 24 Stunden eine Einschätzung“ vorgesehen ist. Diese Beschreibung würde jedoch auch auf die pflegerische Anamnesenerhebung zutreffen. Sowohl der deutsche Standard als auch der österreichische geben Rahmenbedingungen für funktionierendes Entlassungsmanagement vor. Systematische Entlassungsplanung begründet sich auf WHO-Richtlinien, wie das folgende Kapitel aufzeigt.

## **1.5 WHO-Richtlinien in Bezug auf die Entlassungsplanung**

Das von der WHO empfohlene „continuum of care“ identifiziert fünf zentrale Punkte, um Kontinuität in der „long term patient care“ zu gewährleisten. Es stellt eine der Kernstrategien als Antwort auf die dringendsten Gesundheitsbedürfnisse der Gesellschaft dar, und beinhaltet folgende Aspekte:

- 1.) "patient centred care
- 2.) partnering
- 3.) quality improvement
- 4.) information and communication technologies
- 5.) public health perspectives” (World Health Organization, 2006; S. 25).

Im Krankenhausalltag bedeutet Punkt eins einen Paradigmenwechsel weg von MitarbeiterInnen- und Organisationsfokussierung hin zu PatientInnenorientierung, wie beispielsweise der Hilfe zum Selbstmanagement.

Punkt zwei, das „partnering“ kommt bei der Vernetzung und Kooperation aller bei den PatientInnen tätigen Berufsgruppen zum Tragen. Sowohl innerhalb des Krankenhauses im multidisziplinären Team von ÄrztInnen, Pflegefachkräften, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, SeelsorgerInnen, PsychotherapeutInnen etc., als auch zwischen extramuralem Bereich (mobile Hauskrankenpflege, mobile Palliativteams, weiter betreuende Institutionen wie Pflegeheime beispielsweise) und entlassendem Krankenhaus muss optimale Abstimmung und Koordination erfolgen, um zufrieden stellende Entlassungssituationen zu ermöglichen.

Punkt drei bezieht sich auf die Qualitätsentwicklung. Qualitätsbestrebungen stellen prinzipiell einen nie endenden Prozess dar. Qualitätsaufwertung in Bezug auf die Entlassungssituation kann durch die explizite Ausbildung von EntlassungsmanagerInnen erzielt werden. Die Verwendung von validen und sensitiven Assessments zur Erfassung von PatientInnen, die der Entlassungsplanung bedürfen, trägt zur Transparenz bei.

Mit Punkt vier, den Informations- und Kommunikationstechnologien, sind standardisierte Protokolle und die erwähnten Assessments gemeint.

Punkt fünf meint die Public Health Perspektiven. Die soziodemografischen Veränderungen und dadurch bedingtes, gehäuftes Krankheitsauftreten werden beobachtet, um geeignete Strategien zur Krankheitsvermeidung und –verhütung zu entwickeln.

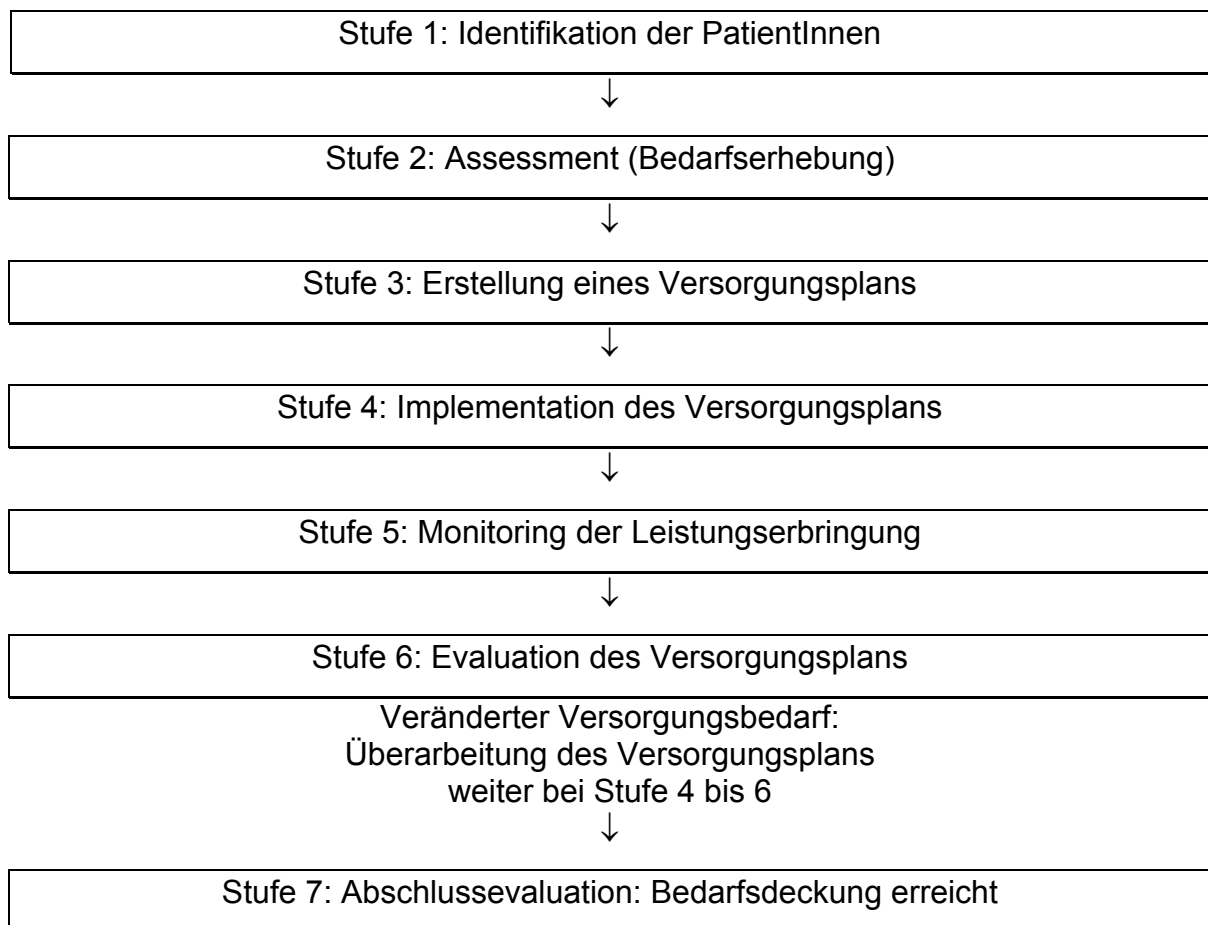
### **Kontinuität im Zusammenhang mit der Entlassungssituation**

Kontinuität ist für den Entlassungsprozess von besonderer Bedeutung. Schon 1970 wird von Liebowitz und Brody die Wichtigkeit von Kontinuität im Zusammenhang mit Menschen in Pflegeheimen beschrieben. McBryde-Foster und Allen meinen, dass eine unterschiedliche Sichtweise in Bezug auf die Kontinuität zwischen den verschiedenen Akteuren rund um die PatientInnen zu Schnittstellenproblemen führen kann. Umso mehr bedarf es der Koordination durch Entlassungsmanagement, um verschiedene Sichtweisen zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen (vgl. McBryde-Foster/Allen, 2005; S. 631). Auch

Fineout-Overholt et al. vertreten diese Meinung: „All clinicians must join together with the common goal of advancing evidence best practice in their practice, academic, policymaking or science-generation.“ (Fineout-Overholt/Melnyk/Schultz, 2005; S. 343) Informationen und Handlungen sollen so weitergegeben werden, dass eine lückenlose Bereitstellung von Hilfsdiensten und/oder -mitteln gewährleistet ist. Dieses Vorgehen soll die Sicherheit und das Wohlbefinden von PatientInnen steigern. Schnittstellenprobleme werden so vermieden, Versorgungseinbrüche dezimiert. Dem zugrunde liegt die zeitgerechte Identifikation von PatientInnen, bei denen komplexer Betreuungsaufwand zu erwarten ist. Sie stellt die Basis adäquater Handlungen in Bezug auf die Entlassungsplanung dar.

### **Der Case Management-Regelkreis**

Der Ablauf des optimalen Vorgehens ist im Case Management-Regelkreis dargestellt, und schlägt folgendes Vorgehen vor:



(vgl. Ewers, 2005; S. 73).

Als wichtigster Faktor, um PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf tatsächlich zu erreichen, ist als erster Punkt die PatientInnenidentifikation zu nennen. Bereits bei der Erstellung der pflegerischen PatientInnenanamnese kann sich ein komplexer Betreuungsbedarf abzeichnen. Die in der Pflegeanamnese erhobenen Items (Körperpflege beispielsweise) können bei älteren Menschen ohne soziale Netzwerke bereits ein Indiz für nicht kompensierte Selbstversorgungsdefizite darstellen. Die tatsächliche Bedarfserhebung erfolgt unter zu Hilfenahme eines Assessments (beispielsweise BRASS-Index) bzw. nach individueller Einschätzung der betreuenden Pflegeperson. Gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin, seinen nahe stehenden Personen und nachfolgenden Betreuungsorganisationen wird von der Entlassungsmanagerin/dem Entlassungsmanager ein Behandlungsplan und ein für alle Beteiligte akzeptables Vorgehen festgelegt. Die besprochenen Schritte werden daraufhin umgesetzt und kontinuierlich dokumentiert, um die Transparenz für alle involvierten Berufsgruppen (MedizinerInnen, Pflegepersonen, PhysiotherapeutInnen etc.) und die Betroffenen selbst zu gewährleisten. Wie im PIK-Standard Entlassungsmanagement vorgesehen, wird vor geplanter Entlassung eine Evaluation durchgeführt, in der überprüft wird, ob die getroffenen Entscheidungen noch immer adäquat sind. Wenn nötig, werden Anpassungen vorgenommen. Die Entlassungsplanung gilt als abgeschlossen, wenn der zu erwartende Bedarf durch die getroffenen Maßnahmen gedeckt wird. Am Weg zu zielführender Entlassungsplanung können vielerlei Schwierigkeiten auftreten. Das nächste Kapitel widmet sich jenen Problemen, mit denen EntlassungsmanagerInnen rund um die Entlassungssituation am häufigsten konfrontiert sind.

## **1.6 Probleme rund um die Entlassungssituation**

Prinzipiell sollte Entlassungsplanung möglichst frühzeitig einsetzen, um Engpässe in der Weiterversorgung sowie Unsicherheiten (Medikamenteneinnahme, Haushaltsführung, Körperpflege etc.) bei PatientInnen zu minimieren. Optimalerweise beginnt zielgerichtete Entlassungsvorbereitung bereits am Tag der Aufnahme. Studienergebnisse vor der Einführung von Standards in Bezug auf Entlassungsmanagement liefern diesbezüglich jedoch ernüchternde Ergebnisse:

Häufig findet die Einleitung der Entlassung erst drei Tage vor dieser statt. In einem Drittel der Fälle wird zu diesem Zeitpunkt das erste Mal mit PatientInnen über deren Entlassung gesprochen, bei 35 Prozent wird im Krankenhausteam zu diesem Zeitpunkt das erste Mal die bevorstehende Entlassung erwähnt (vgl. Grundböck/Krajic/Nowak/Pelikan, 2000; S. 3). Diese Daten lassen erahnen, dass der Zeitrahmen für strukturierte Entlassungsvorbereitungen eng gesteckt ist, wenn man beispielsweise für die chefärztliche Bewilligung von Hilfsmitteln inklusive Lieferung bereits einige Tage Vorlaufzeit einplanen muss. Die Tatsache der generell eher spät einsetzenden Entlassungsplanung bringt Probleme mit sich, wenn man diese Erkenntnisse mit den Ergebnissen von Dash et al. verknüpft: Häufig sind Krankenhäuser darauf ausgerichtet, eine möglichst hohe Anzahl Erkrankter in kurzer Zeit effizient zu versorgen, was wiederum dazu führt, dass den Betroffenen Tätigkeiten abgenommen werden, die sie unter (zeitaufwändiger) Anleitung durchaus selbstständig bewerkstelligen könnten. Zwar geht durch die Übernahme durch Pflegende manches rascher vor sich, der Patient/die Patientin jedoch verliert in der unnatürlichen Krankenhaussituation seine/ihre Autonomie und wird immer inaktiver und abhängiger. Die umfassende Obsorge der Pflegenden aufgrund von Zeitdruck hemmt die Selbsthilfefähigkeiten der Erkrankten und treibt sie in ein Abhängigkeitsverhältnis, das in dieser Form vermeidbar gewesen wäre. Zeitpläne, Kontrolle und Dienstleistungen zwingen Erkrankte in Abhängigkeitspositionen, wodurch unselbständiges PatientInnenverhalten forciert wird. Auch die Unterordnung unter die Autorität von MedizinerInnen und Pflegenden begünstigt die Aufgabe der Selbstständigkeit. Zudem kann es bei älteren Menschen vermehrt, so Dash et al., zu Überforderung aufgrund der Fremde der Spitalsumgebung (ungewohnte Gerüche und Geräusche, räumliche Enge, fehlende Privatsphäre) kommen, was sich wiederum negativ auf deren Funktionalität auswirken kann (vgl. Dash/Zarle/O'Donnell/Vince-Whitman, 2000; S. 6ff.). Ziel des Entlassungsmanagements ist, eine adäquate Weiterversorgung von PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf sicherzustellen und Versorgungslücken zu vermeiden, wie dies auch im Standard Entlassungsmanagement vorgesehen ist. Denn wird ein dermaßen verunsicherter Mensch, der nicht nur unter belastenden Erkrankungen leidet, sondern aufgrund des Krankenhausaufenthalts in die beschriebene Unselbständigkeit geführt wurde, ungeplant entlassen, steht dieser und sein soziales Umfeld vor schier

unüberwindbaren Alltagsproblemen: Wer besorgt Medikamente? Wer kauft ein? Banale Alltäglichkeiten können sich zu handfesten Schwierigkeiten auswachsen. Zusätzlich verschärft wird dieser Umstand, wenn kurzfristige Entlassungen vor oder an einem Wochenende angesetzt werden. Geht die Entlassung spontan vor sich, steht auch der extramurale Sektor vor Versorgungsengpässen, da die notwendigen drei Werkzeuge zur Aktivierung von Hilfsdiensten nicht eingehalten werden können, und häufig keine Betreuungsdienste zur Verfügung stehen. Wird also beispielsweise an einem Freitag ungeplant entlassen, können Hilfeinsätze oft frühestens dienstags angeboten werden. Handelt es sich bei den entlassenen PatientInnen um Menschen ohne soziale Netzwerke, bedeutet dieser Umstand eine Versorgungslücke von über drei Tagen. Walraven und Bell beschreiben die Freitags-Entlassungsproblematik folgendermaßen: „The timing of patient interventions can significantly affect outcomes.“ (Walraven/Bell, 2002; S. 1672) Bei 2.403.181 PatientInnen wurde untersucht, ob es bis zu 30 Tage nach erfolgter Krankenhausentlassung verstärkt zu Wiedereinweisungen in stationäre Betreuung oder gar zu Todesfällen unter jenen entlassenen PatientInnen kommt, die freitags entlassen werden. Rund 5,4 Prozent der betroffenen PatientInnen wurden wieder aufgenommen, 1,7 Prozent waren verstorben, was gegenüber der Vergleichsgruppe (Mittwochsentslassungen) signifikant mehr war (Hazard Ratio 1.04). „Patients discharged from hospital on Fridays had an increased independent risk of death or nonelective hospital readmission within 30 days after discharge.“ (Walraven/Bell, 2002; S. 1672f.) Auch Grundböck et al. beschreiben die besondere Brisanz von Freitagsentlassungen aus dem Krankenhaus, weil benötigte Hilfsmittel, Medikamente und Personaleinsätze so kurzfristig kaum organisierbar sind (vgl. Grundböck/Krajic/Nowak/Pelikan/Peinhaupt, 2000; S. 3). Diese Zahlen erfordern Maßnahmen wie im Standard Entlassungsmanagement vorgesehen – frühzeitig einsetzende Entlassungsvorbereitung und Mitspracherecht der EntlassungsmanagerInnen in Bezug auf den Entlassungszeitpunkt. Ziel von Entlassungsmanagement ist, Betroffene mit ihren Problemen nicht alleine zu lassen und adäquate Lösungen gemeinsam mit allen Beteiligten zu erarbeiten. Ängsten und Befürchtungen werden im Rahmen der Beratungsgespräche „Zeit und Raum“ eingeräumt. Heimerl und Berlach-Pobitzer untersuchten die häufigsten Ängste und Sorgen, die ältere, mehrfach erkrankte Menschen zu Hause belasten. Für das Entlassungsmanagement sind diese Aspekte insofern von Bedeutung, als

ihnen bereits im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes durch ausreichende Information und Unterstützung bei der Entscheidungsfindung entgegengewirkt werden kann. Klar hervor ging in der Studie die Unsicherheit bezüglich drohenden Autonomieverlusts, die in Hinsicht der oben erwähnten Gefahr in die Abhängigkeitsrolle innerhalb des Krankenhausbetriebs zu geraten, durchaus berechtigt erscheint. Weiters wurde von den Befragten angegeben, dass die Fähigkeit, für sich selbst zu entscheiden und zu kontrollieren ein zentrales Anliegen darstellt. Dies sei nicht nur darauf beschränkt, sich Bedürfnisse selbst zu erfüllen, sondern selbst zu entscheiden, welche und von wem Hilfe in Anspruch genommen wird. Nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr in die gewohnte, häusliche Umgebung zurückkehren zu können ist ebenso wie der Wunsch nach einem Tod ohne Qualen zentrales Anliegen aller Befragten (vgl. Heimerl/Berlach-Pobitzer, 2000; S. 107f.). Durch das Darlegen verschiedener Lösungsoptionen versuchen EntlassungsmanagerInnen zu vermitteln: „Wir ziehen gemeinsam an einem Strang“, um so Befürchtungen der Betroffenen zu minimieren. Für diese Aufgabe sind spezielle Kompetenzen notwendig, welchen nach Beschreibung des konkreten Tätigkeitsfeldes nachgegangen wird.

### **1.7 Das Tätigkeitsfeld und die Kompetenzvoraussetzungen von EntlassungsmanagerInnen**

Im PIK-Standard Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem, poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf werden folgende Kernaufgaben von EntlassungsmanagerInnen beschrieben:

- Die Beratung und Information von PatientInnen und Angehörigen sowie Vertrauenspersonen über Betreuungsmöglichkeiten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sowie die Unterstützung dieser bei der Lösungserarbeitung.
- Die Ermittlung des individuellen Betreuungs-, Schulungs- und Dienstleistungsbedarfs in Abstimmung mit PatientInnen, Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen und anderen Dienstleistungserbringern anhand einer qualitativen Einschätzung von Art der benötigten Betreuung und quantitativer Einschätzung des Ausmaßes der benötigten Betreuung.



- Die Entlassungsplanung in Abstimmung mit den multiprofessionellen Teams der Stationen sowie den externen Dienstleistungsanbietern.
- Die Planungsdurchführung und Weitergabe sämtlicher relevanter Informationen (pflegerisch/sozial/therapeutisch) an die weiter betreuenden Organisationen in schriftlicher und/oder mündlicher Form. Den PatientInnen sowie deren Vertrauenspersonen wird der Termin des Erst- bzw. Wiedereinsatzes der Hilfsdienste bekannt gegeben. Erforderliche Hilfsmittel und Medikamente werden organisiert. Informationen zu Finanzierungsmöglichkeiten werden gegeben.
- Die Dokumentation und Evaluierung der Entlassungsvorbereitungen (geschätzter Betreuungsbedarf, Prozessverlauf der Entlassungsvorbereitungen sowie der getroffenen Vereinbarungen, Dokumentation der gesetzten Maßnahmen der Entlassungsvorbereitung) (vgl. PIK, 2006; S. 7).

Erwähnenswert finden Ewers und Schaeffer den Umstand, dass sich Arbeitsabläufe im Rahmen des Entlassungsmanagements oft viel mehr an organisatorischen Sachzwängen anstatt an den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen orientieren. Der derzeitige Hauptfokus liege auf medizinischer Betreuung („cure“) und müsse mehr in Richtung der rehabilitativ-pflegerischen Aspekte („care“) gehen (vgl. Ewers/Schaeffer, 2005; S. 7). In Anbetracht der eingangs erwähnten soziodemografischen Veränderungen innerhalb der Bevölkerung ist diese Überlegung abgesehen vom individuellen Nutzen jedes einzelnen Betroffenen äußerst relevant. Generell treffen EntlassungsmanagerInnen auf spezielle Probleme von Menschen, die in irgendeiner Weise Verlust an Autonomie hinsichtlich ihrer Entscheidungen und/oder ihrer Mobilität erfahren haben oder an Erkrankungen leiden, die sie in höherem Ausmaß beeinträchtigen. Welche Voraussetzungen eine Fachkraft im Entlassungsmanagement mitbringen sollte, um die vielfältigen Herausforderungen innerhalb des Tätigkeitsbereiches adäquat meistern zu können, wird nun nachgegangen.

Die Zusammenarbeit mit häufig mehrfach erkrankten Menschen höheren Lebensalters bedarf hoher sozialer und fachlicher Kompetenzen, um zu einer für alle Beteiligten zufrieden stellenden Entlassungssituation zu gelangen. Im Umgang mit Menschen höheren Lebensalters treten vermehrt Probleme auf, die die Kommunikation und Interaktion in der Entlassungsplanung erschweren, wie etwa zunehmende Hörschwierigkeiten oder kognitive Defizite, wie dies beispielsweise bei Menschen mit Demenzerkrankungen häufig der Fall ist. Außerdem stellt die

Entlassungssituation generell eine Stresssituation für Betroffene und deren soziales Umfeld dar, solange die adäquate Versorgung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt nicht sichergestellt ist. Häufig lehnen ältere Menschen auch einfach jegliche Hilfestellung ab, weil sie gewohnt waren, ihr Leben bis zu diesem Zeitpunkt unabhängig zu meistern, und die veränderte Situation mit Angst vor Autonomieverlust einhergeht. In der „Advocacy-Funktion“, wie die anwalt-schaftliche Funktion des Entlassungsmanagements genannt wird, fungieren EntlassungsmanagerInnen als „Sprachrohr“ für jene Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung oder ihres sozialen Status ihre eigenen Interessen nur mangelhaft wahrnehmen können. Betroffene sollen durch diese Hilfestellung die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse in einem partnerschaftlichen Aushandlungsprozess befriedigend zu realisieren. Dafür benötigt die im Entlassungsmanagement tätige Fachkraft professionelles, individuelles Fallverständnis (vgl. Ewers, 2005; S. 63f.). Was das betreuende Umfeld anbelangt, geht der Ist-Situation häufig schon die jahrelange Übernahme verschiedenster Hilfs- und Pfl egetätigkeiten voraus, die die Betreuenden an deren Grenzen stößt und Auswirkungen sowohl auf deren Berufs- als auch Familienleben hat. Komplexe Familienstrukturen, Abhängigkeitsverhältnisse und äußerst individuelle Biografiegeschichten treffen also auf EntlassungsmanagerInnen und verlangen dieser Schnittstelle zwischen Krankenhaus und externem Versorgungsbereich eine Vielzahl von Fähigkeiten ab. Sowohl psychologische als auch kommunikative Kompetenzen sind von Vorteil im Umgang mit mehrfach erkrankten Menschen sowie deren sozialem Umfeld, fachliche und edukative Fähigkeiten stellen die Grundlage für Beratungs- und Informationstätigkeit im Entlassungsmanagement dar.

Fachliche Kompetenzen werden im Standard Entlassungsmanagement folgendermaßen definiert: Verlangt wird die Berufsausbildung in der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege und/oder Physio- und Ergotherapie und/oder diplomierten Sozialarbeit und mehrjährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen sowie Praxis im extramuralen und/oder teilstationären und/oder langzeitstationären Bereich. Umfangreiche Kenntnisse über intra- und extramurale Leistungsangebote, deren Zugangsbedingungen, Grenzen und Möglichkeiten sind ebenso von Vorteil wie Wissen bezüglich der Aufgabenprofile der verschiedenen Gesundheitsberufe. Bewilligungsverfahren wie beispielsweise bei Verordnungen von Heilbehelfen sollten bekannt sein. Vorzugsweise sollte die Weiterbildung im

Bereich des Entlassungsmanagements absolviert werden, und Praxiserfahrung im Bereich Dokumentation und Evaluierung von Entlassungsplanung vorhanden sein. An persönlichen Voraussetzungen wird die Fähigkeit zum multiprofessionellen und organisationsübergreifenden Teamwork angeführt. Gesprächsführungstechniken sollten beherrscht werden, Konflikt- und Mediationsfähigkeit sind in oftmals emotionalen Situationen von Vorteil. Selbstorganisation und Entscheidungsfreude werden ebenso angeführt wie soziale und ethische Grundorientierung, patientInnen- und klientInnenorientierte Einstellung (vgl. PIK, 2006; S. 7), sowie die Fähigkeit zu ressourcenschonendem Arbeiten (vgl. PIK, 2007; S. 6).

Generell hohe Anforderungen an EntlassungsmanagerInnen stellen Grundböck et al. in ihren Schlussfolgerungen einer Evaluation des Entlassungsmanagements im Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien vor. Genannt werden hier einschlägige fachliche Kompetenzen, um die individuelle Bedürfnislage der Betroffenen adäquat einzuschätzen und angepasste Lösungsoptionen überhaupt erst erarbeiten zu können. In hohem Maße sei die Fähigkeit zur Gestaltung von Aushandlungs- und Vernetzungsprozessen vonnöten, um die verschiedensten Interessenslagen integrieren zu können (vgl. Grundböck/Rappauer/Müller, 2003; S.15). Die Kommunikation und Interaktion mit PatientInnen, Angehörigen und den verschiedenen, am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen verlangen EntlassungsmanagerInnen außerdem Kompetenzen im Bereich der Gesprächsführung ab. Diese sind auch für den Bereich der PatientInnen- und Angehörigenschulung und deren Edukation von großer Bedeutung. Kenntnisse rund um Krankheitsverläufe erleichtern adäquate Entlassungsplanung und zählen ebenso zu den Voraussetzungen für zielführende Entlassungsplanung (vgl. DNQP, 2004; S. 92f.). Auf Basis dieser Kompetenzvoraussetzungen hat sich das Curriculum der Weiterbildung Entlassungsmanagement entwickelt.

## **1.8 Ausbildungsmöglichkeiten zur Entlassungsmanagerin/zum Entlassungsmanager in Wien**

Inzwischen bestehen in Wien zwei Möglichkeiten, die Ausbildung „Entlassungsmanagement“ zu absolvieren. Angeboten wird die Weiterbildung von der Sophos Organisationsberatung und Bildungsmanagement GmbH sowie der Akademie für

Fort- und Sonderausbildungen am Allgemeinen Krankenhaus Wien. Beide Weiterbildungen wurden aufgrund der Anreizfinanzierung der Wiener Gesundheitsplattform bis Dezember 2010 beschlossen (vgl. PIK, 2009; S. 12). Das Curriculum Entlassungsmanagement umfasst in sechs Modulen mit insgesamt 172 Unterrichtseinheiten (= UE) Inhalte wie die Grundprinzipien des indirekten Entlassungsmanagements (26 UE), weiters eine Einführung in rechtliche, finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen (26 UE), Assessment, Planung und Beratung (54 UE), Implementierung, Koordination und Evaluierung (46 UE) und Praktika (im Ausmaß von 64 Stunden + 12 UE) sowie eine Abschlussarbeit mit anschließender Reflexion im Umfang von 8 UE. Der fachpraktische Teil enthält einen Vorbereitungs-Workshop im Umfang von 4 UE und Praktika im Rahmen von 64 Stunden, sowie einen Reflexions-Workshop (8 UE entsprechend). Bis Kursende ist eine schriftliche Abschlussarbeit zu erstellen, welche vor einer ExpertInnenkommission mit anschließender Diskussion bzw. Prüfung präsentiert wird. Als Lernziel der Weiterbildung Entlassungsmanagement wird angeführt, dass Kenntnisse über bestehende Leistungsangebote vermittelt werden sollen. Weiters wird die Bildung von Netzwerken angestrebt sowie die Fähigkeit, die erlernten Kenntnisse praktisch anzuwenden bzw. relevante Informationen eigenständig zu recherchieren. Die verschiedenen Perspektiven und Interessenslagen aller am Entlassungsprozess Beteiligten werden den AbsolventInnen näher gebracht. Standards und Leitlinien sollen angewandt werden können, die KursteilnehmerInnen sollen Fähigkeiten zum Monitoring und zur Evaluation von Entlassungsmanagement im Sinne von Qualitätssicherung erlangen. Fallbezogene Koordination von extramuralen, teilstationären und weiterführenden, stationären Einrichtungen wird gelehrt. Die Absolvierung der Weiterbildung berechtigt nach erfolgreichem Abschluss zum Führen der Zusatzbezeichnung „Entlassungsmanagement“ (vgl. PIK, 2007; S. 17ff.). Bis zum Jahr 2008 haben 44 TeilnehmerInnen die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen (vgl. PIK, 2009; S. 11). Im Folgenden wird den Gesetzesgrundlagen des Entlassungsmanagements nachgegangen.

## **1.9 Die gesetzlichen Grundlagen des Entlassungsmanagements**

Im österreichischen Bundesverfassungsgesetz ist bezüglich der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens der Artikel 15a B-VG relevant. Außerdem wird im Krankenanstaltengesetz und im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz zur Entlassungssituation Stellung genommen.

### **Bundesgesetzliche Grundlagen in Bezug auf die Entlassungssituation**

Der Artikel 15a B-VG legt fest, dass „[...] zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes das Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern ist.“ (Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 4) Dieser Forderung bezüglich Nahtstellenverbesserung ist das Tätigkeitsfeld des Entlassungsmanagements zuzuordnen, diesem obliegt die Entlassungskoordination sowie die Information über Betreuungsmöglichkeiten und Veranlassung bzw. Übernahme der Schulung (beispielsweise DiabetikerInnen-schulung) von PatientInnen und Angehörigen in pflegerischen Belangen.

Der Krankenanstaltenträger hingegen ist dem Krankenanstaltengesetz gegenüber verpflichtet, welches in eher dehnbaren Begrifflichkeiten ebenfalls die Pflichten rund um die Entlassungssituation bestimmt.

### **Das Krankenanstaltengesetz in Bezug auf die Entlassungssituation**

Im § 38 des Krankenanstaltengesetzes ist festgelegt, dass im Falle der Entlassung eines Patienten/einer Patientin, der/die nicht in der Lage ist, sich selbst zu versorgen und auch keine andere Betreuung gewährleistet ist, rechtzeitig mit weiter betreuenden Pflegediensten Kontakt aufzunehmen ist. Unverzüglich ist eine Ausfertigung des Patientenbriefes zu übermitteln (vgl. Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 5, o.D.; § 38). Erwähnenswert ist hier innerhalb des Gesetzestextes das völlige Fehlen der Notwendigkeit, einen Pfelegetransferierungsbericht zu übermitteln, der für die Weiterversorgung Pflegebedürftiger oftmals relevanter sein kann als die bloße Aneinanderreihung von medizinischen Diagnosen und Therapien. Auswirkungen auf Mobilität etwa oder alltägliche Verrichtungen wie Versorgung des Haushalts sind nicht immer zwangsläufig an bestimmte medizinische Diagnosen gebunden. Ebenfalls relativ dehnbar ist der Begriff der

„rechtzeitigen“ Kontaktaufnahme, der in einem eigenen Abkommen des Krankenanstaltenverbundes Wien mit dem Fonds Soziales Wien geregelt ist. Der Fonds Soziales Wien fungiert als zentrales Steuerorgan und kooperiert mit 300 anerkannten Einrichtungen, die die benötigten sozialen Leistungen bereit stellen (vgl. Fonds Soziales Wien, 2008; S. 2ff.).

### **Das „Kooperationsabkommen“**

Um die Kontinuität in der Betreuung Pflegebedürftiger zu ermöglichen, wurde oben angeführtes Kooperationsabkommen zwischen den Krankenhäusern und der Magistratsabteilung 47 (Pflege und Betreuung, dem Vorgänger des Fonds Soziales Wien) getroffen. Das Kooperationsabkommen soll zur Schnittstellenoptimierung beitragen. Dieses im Jahre 1996 zwischen Krankenanstaltenverbund und der damaligen Magistratsabteilung 47 (Betreuung zu Hause) geschlossene Abkommen regelt die im § 15a beschriebene „Rechtzeitigkeit“ insofern, als es generell drei Werktage vor geplanter Entlassung zu einer Meldung des Krankenhausträgers an die MA 47 (in weiterer Folge an den Fonds Soziales Wien) kommen soll. Von dort wird der Betreuungsbedarf an die Partnerorganisationen weitergeleitet, die die nötigen Leistungen bei Menschen mit Pflegebedarf im Anschluss daran erbringen. Durch dieses zeitliche Limit soll die Versorgungskontinuität gewährleistet sein und in weiterer Folge durch einen elektronischen „Situationsbericht“ bereichert werden, welcher sich derzeit in der Testphase in einigen Krankenhäusern des Krankenanstaltenverbundes und in Spitälern der Vinzenz Gruppe befindet. Ziel dieser Vorhaben ist, den Informationsfluss zwischen den einzelnen Akteuren rund um pflegebedürftige Menschen zu optimieren (vgl. Grundböck/Krajic/Nowak/Pelikan/Peinhaupt, 2000; S. 1).

Neben dem Krankenanstaltengesetz finden sich auch im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Passagen, die sich der Entlassungssituation widmen.

### **Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Bezug auf die Entlassungssituation**

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in der Fassung von 1997, Novelle 2008, beschreibt im § 11 unter „allgemeines Berufsbild“ explizit, dass besonderes Augenmerk auf die Vor- und Nachsorge zu legen ist (vgl. Österreichischer

Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2009; § 11). Im § 16, „interdisziplinärer Tätigkeitsbereich“, ist festgelegt, dass es Aufgabe der Krankenpflege im multidisziplinären Team ist, PatientInnen oder pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen Hilfestellung bei der Entlassung aus der Krankenanstalt anzubieten. In diesem Zusammenhang wird die Gesundheitsberatung angeführt. Die Verpflichtung der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege zu folgenden, in den Bereich des Entlassungsmanagements fallenden Tätigkeiten wird beschrieben. Es sind „bei der Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung die für die Nachbetreuung in Betracht kommenden Angehörigen oder sonstigen Personen über die Bedürfnisse des Patienten entsprechend zu informieren und der Aufschub der Entlassung aus der stationären Behandlung zu verlangen, wenn aus pflegerischer Sicht diese Entlassung noch nicht verantwortet werden kann, weil das soziale Umfeld des Patienten zu Hause ungeeignet ist.“ (ebd., § 16) Dieser Passage ist demnach das Mitspracherecht der Pflegenden bezüglich der Entlassungsfixierung zu entnehmen.

Die gesetzliche Verankerung zur gezielten Entlassungsvorbereitung ist eindeutig belegbar. Die Gesundheitsberatung, Schulung und Information von PatientInnen und deren nahe stehenden Personen nimmt einen zunehmend wichtigeren Platz ein. Umso mehr, als nicht mehr das Hauptaugenmerk darauf gerichtet ist, den PatientInnen alles „abzunehmen“, sondern ihnen ein autonomes, selbstständiges Leben zu ermöglichen.

### **Voraussetzungen zur Erfüllung der gesetzlichen Grundlagen in Bezug auf die Entlassungssituation**

Möglicherweise bedarf es eines Paradigmenwechsels im Denken und Handeln der professionell Pflegenden, um den beschriebenen gesetzlichen Anforderungen nachkommen zu können. Schaeffer plädiert in diesem Zusammenhang für einen Perspektivenwechsel innerhalb der Pflege. Der Hauptfokus soll nicht mehr ausschließlich auf der Bewältigung von Erkrankungen und daraus resultierenden Pflegeproblemen liegen. Ebenso sind verbleibende Ressourcen und Potentiale zu erhalten und zu fördern. Dies wiederum verlangt den Pflegenden neue Kompetenzen ab. Anleitende und beratende Fähigkeiten sind Grundvoraussetzungen zielführender PatientInnenschulung (vgl. Schaeffer, 2000a; S. 18 ff.). Diese sollten nach Petermann (1997; zit. n. Müller-

Mundt/Schaeffer/Pleschberger/Brinkhoff, 2000; S. 43) folgende Komponenten umfassen:

- Aufklärung durch Wissensvermittlung und Förderung eines differenzierten Krankheits- und Therapiewissens.
- Hilfe, eine adäquate Einstellung zur Krankheit zu erhalten und Bewältigungsstrategien zu entwickeln sowie die Krankheitseinsicht und Compliance zu erhöhen.
- Befähigung zur Wahrnehmung von Frühwarnsignalen.
- Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen durch die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung.
- Hilfe zur Durchführung von Prophylaxemaßnahmen und Sekundärprävention akuter Krankheitsereignisse.
- Befähigung zu gesundheitsförderndem Verhalten.
- Nutzung und Stärkung vorhandener Ressourcen im sozialen Bereich.

Müller-Mundt et al. konstatieren derzeit einen Mangel an Pflegeberatung, dieser sei auch mit dem niedrigen Professionalisierungsgrad der Pflege in Verbindung zu bringen. Zwar sei im Pflegealltag Beratung und Anleitung von PatientInnen durchaus implizit vorhanden, geschehe jedoch eher intuitiv und abhängig von individuellen Kompetenzen von Seiten der Pflegenden. Laut wird die Forderung nach Qualifikationsverbesserung im Sinne von vermehrter Edukationslehre und die Verlagerung körperbezogener Tätigkeiten in Richtung Beratung und Anleitung (vgl. Müller-Mundt/Schaeffer/Pleschberger/Brinkhoff, 2000; S. 49ff.). Der Bedarf an Edukation ist bei der Zielgruppe des Entlassungsmanagements häufig alleine schon aufgrund der Mehrfacherkrankungen in Kombination mit höherem Lebensalter gegeben. Aufgabe des Entlassungsmanagements in diesem Zusammenhang ist es zu gewährleisten, dass PatientInnen und bei Bedarf pflegende Angehörige (nahe stehende Personen) jene Schulung und Anleitung erhalten, die sie für eine möglichst autonome Lebensführung benötigen. Seidl und Walter beschreiben diesbezüglich ebenfalls die dringende Notwendigkeit, die Schulung von Betroffenen sorgfältig zu planen, um diese weder in kognitiver noch in emotionaler Hinsicht zu überfordern (vgl. Seidl/Walter, 2000; S. 41).

Ein weiterer Aspekt der Beratung und Schulung ist der kontinuierliche Einbezug des Patienten/der Patientin in die Entlassungsplanung - die Autonomie von Entscheidungen liege gerade im Gemeinsamen: Die PatientInnen bringen das



Mehr an Wissen in Bezug auf eigene Bedürfnisse mit, die Pflegenden ein Mehr an fachlichen Kenntnissen (vgl. Seidl/Staňková/Walter, 2000; S. 42ff.). Ständiges Aufeinander-Abgleichen ist unumgänglich für zufrieden stellende Ergebnisse aller Beteiligten, denn Entscheidungen können von PatientInnen langfristig nur „mitgetragen“ werden, wenn diese auch in die Entscheidungsfindung involviert wurden. In diesem Zusammenhang fällt immer wieder der Begriff des „Empowerments“: „Empowerment“ wird beschrieben als die Ermächtigung zur Entscheidung in Bezug auf diagnostische und/oder therapeutische Leistungen, sowie auf die Auswahl der Rahmenbedingungen nach Ort, Zeit, Person und Institution. Voraussetzung dafür ist jedoch der Zugang des Betroffenen/der Betroffenen zu relevanten Informationen diesbezüglich, denn was der Patient/die Patientin nicht kennt, kann er/sie auch nicht auswählen. Zielgerichtete, problemzentrierte und dokumentierte Information und Aufklärung kann durchaus als Teil des Behandlungsvertrages bzw. der PatientInnenrechte angesehen werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2004; S. 53).

Um ein Gesamtbild der Entlassungssituation aus den verschiedenen Perspektiven zu ermöglichen, erfolgt nun die Darstellung aller sonstigen am Entlassungsprozess Beteiligten: Der PatientInnen, des sozialen Umfelds der Betroffenen, des Krankenhausträgers und des extra- und intramuralen Betreuungssektors.

## **2. Die Akteure rund um die Entlassungssituation**

Zu Beginn wird den eigentlich Betroffenen, den PatientInnen nachgegangen, sowie den Fragen, welche Diagnosen gehäuft zu Pflegebedürftigkeit führen, welchen Status als „Ausnahmesituation“ die Entlassung für Betroffene hat, wie zufrieden die Zielgruppe des Entlassungsmanagements mit den angebotenen Entlassungsvorbereitungen ist, und welche Gründe aus ihrer Sicht für und gegen die Inanspruchnahme mobiler Hilfsdienste sprechen.

## **2.1 PatientInnen und deren Rolle im Entlassungsprozess**

PatientInnen, die Entlassungsmanagement vor der Entlassung aus dem Krankenhaus benötigen, sind vorwiegend mehrfach erkrankte Menschen in Kombination mit erhöhtem Lebensalter. Wingenfeld führt aufgrund einer Literaturanalyse Krankheitsbilder an, die häufig mit komplexem Betreuungsaufwand verbunden sind. Es sind dies Erkrankungen des Herzkreislauf- und/oder des Atmungssystems sowie der Verdauungsorgane, weiters Krebserkrankungen, Demenzen und andere psychische Erkrankungen, außerdem Unfälle und Verletzungen mit lang anhaltenden, gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie beispielsweise Oberschenkelhalsfrakturen oder Schädel-Hirn-Traumen (vgl. Wingenfeld, 2005; S. 101).

Zudem treten Erkrankungen im fortgeschrittenen Lebensalter häufig in Kombination auf. So leiden 50 bis 70 Prozent der über 65jährigen Menschen zumindest an zwei chronischen Krankheitsbildern (Guralnick/LaCroix/Everett, 1989; zit.n. Dash/Zarle/O'Donnell/Vince-Whitman, 2000; S. 6). Dieser Umstand erhöht die Wahrscheinlichkeit, komplexe Betreuung zu benötigen.

Generell meint Wingenfeld, dass es sich bei den oben erwähnten Erkrankungen um solche handelt, die eine hohe Vulnerabilität infolge einer geschwächten Gesamtkonstitution des Patienten/der Patientin beim Verlassen des Krankenhauses nach sich ziehen. Häufig führen diese Krankheitsbilder zu erheblichen funktionellen Einbußen bzw. zu einem hohen Ausmaß an Pflegebedürftigkeit. Weiters kommt es zu beträchtlichen krankheits- und/oder therapiebedingten körperlichen Belastungen, welche einen vermehrten Versorgungsbedarf begründen. Zudem ist in Zusammenhang mit diesen Erkrankungen von den Betroffenen ein erhebliches Ausmaß an Verhaltensmodifizierungen zu verlangen, um medizinisch-therapeutische und pflegerische Anforderungen zu erfüllen. Dementielle Erkrankungen beispielsweise führen letztendlich zu Verhaltensänderungen, die häufig mit sozialen Begleitproblemen verbunden sind. Dieser PatientInnengruppe sollte in der Entlassungssituation besondere Aufmerksamkeit zukommen. Beispielsweise sind wiederum PatientInnen nach Schlaganfällen oder Krebserkrankungen oftmals mit erheblichen Selbstversorgungsdefiziten konfrontiert, während Betroffene nach Oberschenkelhalsfrakturen oft mit massiven Mobilitätseinschränkungen umgehen

lernen müssen (vgl. Wingefeld, 2005; S. 107).

Die Schwierigkeiten Betroffener sind vielfältig und treten häufig in Kombination auf. Längere Krankenhausaufenthalte und dadurch bedingte Inaktivität verstärken auftretende Probleme häufig.

Der Frage nach Durchschnittsalter, Hauptinhalt der Beratung durch Entlassungsmanagement und durchschnittlicher Verweildauer von Betreuten geht eine Studie im Auftrag des Donauspitals Wien nach. Die Ergebnisse belegen, dass vorwiegend folgende PatientInnen an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Pflege Entlassungsmanagement benötigen: Die PatientInnen sind im Durchschnitt 75,5 Jahre alt, ihre durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus beträgt hohe 17,5 Tage und liegt damit deutlich über den 7,5 Tagen durchschnittlicher Verweildauer anderer PatientInnen (vgl. Grundböck/Krajic/Nowak/Pelikan/Peinhaupt, 2000; S. 2). Ähnliche Ergebnisse liefert eine Evaluationsstudie des Dachverbands Wiener Pflege- und Sozialdienste, auch hier beträgt das Durchschnittsalter der vom Entlassungsmanagement betreuten PatientInnen 76 Jahre (Grundböck/Rappauer/Müller/Stricker, 2005; S. 124).

## **2.2 Die Erreichung potentieller PatientInnen**

Die Frage, ob Entlassungsmanagement tatsächlich jene PatientInnen erreicht, die erhöhten Versorgungsbedarf haben, beantwortet eine von Grundböck et al. durchgeführte Studie mit acht PatientInnen und 16 Angehörigen, sowie 48 stationären und ambulanten DienstleistungserbringerInnen und 108 PatientInnen-Dokumentationen. Die Studie bestätigt, dass das Entlassungsmanagement auch die definierte Zielgruppe von PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf und hoher Verweildauer im Krankenhaus erreicht (vgl. Grundböck/Rappauer/Müller, 2004; S.1ff.). Von Interesse für die Finanzierung der benötigten Hilfeleistungen bzw. der Unterbringung in einem Pflegeheim ist der Zugang dieser Zielgruppe zu sozialen Leistungen wie dem Pflegegeld. Es stellt sich die Frage, inwieweit PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf und dadurch vermehrt anfallenden Kosten für Hilfs- und Heilmittel und/oder Hilfsdienste durch Pflegegeld versorgt sind. Nicht unerheblich ist diese Fragestellung aufgrund des Zusammenhangs zwischen der finanziellen Situation Betroffener und der Inanspruchnahme oder

Ablehnung von Hilfsdiensten. Die Pflegegeldstufe drei ist zudem Grundbedingung für die Unterbringung in einem von der Gemeinde Wien geförderten Pflegeheime. Aus diesem Grund wird nun der Verteilung der BundespflegegeldbezieherInnen nach einer kurzen Einführung in das Bundespflegegeldgesetz nachgegangen.

### **Exkurs Bundespflegegeldgesetz**

Das Bundespflegegeld trat mit 1. Juli 1993 in Kraft und soll „pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abgelden, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.“ (Bundeskanzleramt Österreich, 2008) Das Pflegegeld gebührt aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder Sinnesbehinderung, aus der sich ein Hilfs- und Betreuungsbedarf ergibt, welcher über zumindest sechs Monate andauert. Anspruchsberechtigt sind alle Personen, die Renten oder Pensionen beziehen. Landespflegegeld erhalten jene Menschen, die keinen Anspruch auf Bundespflegegeld geltend machen können, wie etwa Angehörige von PensionistInnen. Es ist dem Bundespflegegeld quasi gleichgestellt (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009b). Das Pflegegeld ist eingeteilt in sieben Pflegestufen. Der Zeitaufwand für Betreuungsleistungen variiert von zumindest 50 Stunden bei Pflegestufe eins bis zu 180 Stunden Betreuungsaufwand bei Pflegestufe fünf. Um Anspruch auf eine höhere Pflegestufe geltend machen zu können, müssen spezielle Bedürfnisse vorliegen, wie beispielsweise fehlende zielgerichtete Bewegung der Extremitäten bei der höchsten Pflegegeldstufe. Die finanziellen Zuwendungen bewegen sich zwischen 154,20 € bei Pflegestufe eins und 1655,80 € bei Pflegestufe sieben (vgl. Bundeskanzleramt Österreich, 2008).

### **Der Pflegebedarf im Sinne des Pflegegeldgesetzes**

Pflegebedarf liegt im Sinne des Pflegegeldgesetzes dann vor, wenn sowohl bei Betreuungstätigkeiten als auch bei Hilfsverrichtungen Unterstützung notwendig ist. Betreuungsmaßnahmen im Sinne des Pflegebedarfs umfassen den persönlichen Bereich wie beispielsweise die Medikamenteneinnahme, das An- und Auskleiden sowie die Körperpflege, die Notdurftsverrichtung und die Fortbewegung innerhalb der eigenen vier Wände (die so genannte Mobilitätshilfe im engeren Sinn).

Hilfsverrichtungen hingegen betreffen den sachlichen Lebensbereich und beinhalten die Haushaltsführung sowie die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn (Begleitung bei Arztbesuchen oder Amtswegen, etc.). Seit 1.1.2009 wird für Menschen mit schweren geistigen oder psychischen Behinderungen (worunter auch die Demenz fällt) eine pauschalierte Erschwerniszulage von 25 Stunden pro Monat angerechnet (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009d). Der Pflegebedarf ist für den Anspruch auf Pflegegeld ausschlaggebend und für die Entlassungssituation von PatientInnen mit erhöhtem Betreuungsaufwand insofern von Bedeutung, als wie bereits erwähnt für die Unterbringung in einem Pflegeheim mit Förderung durch die Gemeinde Wien zumindest eine Pflegegeldstufe drei erforderlich ist. Weiters orientieren sich die vom Fonds Soziales Wien bewilligten Hilfsdienste ebenfalls an der Pflegegeldhöhe. Aus diesem Grund wird nun die Verteilung der PflegegeldbezieherInnen aufgeschlüsselt dargestellt.

### **Die Verteilung der PflegegeldbezieherInnen Österreichs**

Mehr als 390.000 ÖsterreicherInnen benötigen ständige Pflege und Betreuung (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009d). Laut einer Studie des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz an 3.500 BundespflegegeldbezieherInnen (dies entspricht rund 1,3 Prozent aller Anspruchsberechtigten) entfallen auf die Pflegestufe eins rund 23,4 Prozent, auf Pflegestufe zwei 36,9 Prozent, auf Pflegestufe drei 16,6 Prozent, auf Stufe vier 13,6 Prozent, auf Stufe fünf 6,4 Prozent und auf Stufe sechs bzw. sieben jeweils 1,8 und 1,3 Prozent. Rund 90 Prozent der BezieherInnen von Pflegegeld erhalten die niedrigeren Pflegestufen von eins bis vier. Bezüglich der Altersverteilung sind die größten Prozentanzahlen bei den 70- bis 79jährigen (22,7 Prozent) sowie bei fast 42 Prozent unter den 80- bis 89jährigen zu finden (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub, 2005; S. 5f.).

Anhand dieser Auflistung wird deutlich, welche große Anzahl an Menschen tatsächlich hilfs- und pflegebedürftig sind. Nicht außer Acht zu lassen sind hier jene Pflegebedürftigen, die aus Unwissenheit oder Fehlinformation kein Pflegegeld beziehen und daher besonders der Beratung durch EntlassungsmanagerInnen bedürfen. Häufig ist dieser Umstand in der Praxis des Entlassungsmanagements

dann anzutreffen, wenn noch keine sozialen Dienste vorhanden sind.

Das nächste Kapitel widmet sich der Zufriedenheit Betroffener mit dem Entlassungsmanagement und beleuchtet, wie die angebotene Entlassungsplanung von PatientInnen selbst eingestuft und wahrgenommen wird.

### **2.3 Die PatientInnenzufriedenheit mit dem Entlassungsmanagement**

Eine Evaluationsstudie von Brüggemann et al. mit 41 PatientInnen und deren Bezugspersonen hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem angebotenen Entlassungsmanagement ergab, dass fast 83 Prozent der Befragten mit dem Angebot der Entlassungsplanung „vollkommen zufrieden“ waren. 9,8 Prozent gaben eine „überwiegende“ und 7,3 Prozent eine „teilweise“ Zufriedenheit an. Explizit wird bei dieser Studie jedoch darauf hingewiesen, dass die soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung der gestellten Fragen zu beachten ist (vgl. Brüggemann/Osterbrink/Benkenstein, 2002; S. 82).

Ähnlich positive Ergebnisse finden sich in einer Evaluationsstudie von Grundböck et al. zur PatientInnenzufriedenheit mit Entlassungsmanagement im Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien:

„Ich hätte gar nicht gewusst, wo ich anfangen, zweitens hätte ich gar nicht gewusst, was ich brauche.“

„[...] weil wenn ich sie nicht gehabt hätte, wäre ich wahrscheinlich im Kreis gegangen.“

„Ja, ich habe dann auf einmal keine Angst mehr gehabt.“

(Grundböck/Rappauer/Müller, 2004; S. 5). Aus diesen Angaben geht klar hervor, dass Information und Beratung rund um die Entlassungssituation benötigt werden und Entlassungsmanagement entlastende Wirkung haben kann. Die alleinige Organisation von Hilfsdiensten ist für eine zufrieden stellende, poststationäre Versorgung oftmals unzureichend. Häufig werden aktivierte Hilfsdienste von PatientInnen oder Angehörigen kurzfristig wieder abbestellt. Den Ursachen für Ablehnung von mobilen Betreuungsdiensten wird nun nachgegangen. Diese Thematik ist für EntlassungsmanagerInnen im Hinblick auf Wiedereinweisungen wegen häuslicher Unterversorgung relevant.

## **Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme von Hilfs- und Betreuungsangeboten**

Die bereits erwähnte Studie mit 3.500 BundespflegegeldbezieherInnen Österreichs hat ergeben, dass bei einem Viertel der Befragten mobile Dienste vorhanden sind. Die Hauskrankenpflege wird von 46 Prozent, Heimhilfe von 38 Prozent und Essen auf Rädern von 30 Prozent in Anspruch genommen. Signifikante Unterschiede existieren zwischen ländlichen und städtischen Gebieten, bei letzteren werden eher Heimhilfen, am Land eher pflegerische Fachdienste bestellt. In den niederen Pflegegeldstufen werden weniger Hilfsdienste benötigt. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme von Hilfe, Erwerbstätigkeit und Einkommen: Personen mit eigenem Einkommen können eher Hilfe rekrutieren, ebenso nutzen mehr Personen mit höheren Schulabschlüssen Hilfsangebote (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub, 2005; S. 35).

## **Gründe für Nichtinanspruchnahme von Hilfs- und Betreuungsangeboten**

Grundsätzlich wird bei fast der Hälfte der in der Studie Befragten ohne Hilfsdienste eine generell ablehnende Haltung der zu Pflegenden als Ursache für Nichtinanspruchnahme angegeben. 42 Prozent führen an, aufgrund finanzieller Belastungen abzulehnen. Auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Stadt und Land. Ländliche Bewohner empfinden das Angebot prinzipiell als „nicht ausreichend“, im städtischen Bereich dominiert bei Personen ohne Hilfsdienste eine „generelle Unzufriedenheit“ (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub, 2005; S. 33). Ebenfalls hohe Ablehnungsraten zeigen sich in einer Untersuchung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, hier lehnen zwei Drittel der untersuchten PflegegeldbezieherInnen professionelle Dienste ab. Klar erkennbar ist eine Korrelation von Inanspruchnahme und Ausbau des mobilen Angebots: Dort wo ausreichend Hilfe angeboten wird, wird diese auch eher in Anspruch genommen, wie beispielsweise in Vorarlberg und Wien, hier liegt die Inanspruchnahme bei rund 55 Prozent (vgl. Nemeth/Pochobradsky, 2004; S. 24).

Angesicht dieser Ergebnisse ergibt sich ein enormer Bedarf an Aufklärungsarbeit durch EntlassungsmanagerInnen. Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen die Einstellung Hilfsdiensten gegenüber so negativ gefärbt ist.

Als eine der Hauptursachen für die Ablehnung wird die Sorge um Autonomie-

verlust beschrieben. Heimerl und Berlach-Pobitzer stellen aufgrund der Angaben der von ihnen Befragten fest, dass die Inanspruchnahme von Essen auf Rädern oder Heimhilfe als deutlichstes Zeichen für Autonomieverlust zu werten ist. Dementsprechend werden diese Hilfsangebote negativ besetzt. Die von Heimerl und ihrer Kollegin interviewten Menschen gaben an, Hilfestellungen als „deprimierend“ zu empfinden. Abhängig ist dies davon, inwieweit Autonomie im bisherigen Leben der Betroffenen eine Rolle gespielt hat, das heißt, die Ansprüche an die eigene Selbstständigkeit variieren von Fall zu Fall. Autonomie, so die AutorInnen, bedeutet verschiedene Optionen zu kennen und zwischen diesen wählen zu können. Je eingeschränkter die PatientInnen ihre Wahlmöglichkeiten wahrnehmen, desto abhängiger fühlen sie sich laut den AutorInnen. Empowerment wird als die Fähigkeit, Kontrolle über sich und sein eigenes Leben und die Umwelt zu erlangen, beschrieben. Häufig nehmen ältere Menschen enorme Belastungen auf sich, um Alltagstätigkeiten selbständig durchzuführen, mit dem Ziel, ihre Autonomie zu erhalten. Gelingen diese Vorhaben nicht mehr, werden eher die Bedürfnisse reduziert, als Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Heimerl/Berlach-Pobitzer, 2000; S. 113ff.). Der Verzicht auf Hilfsdienste führt wiederum häufig aufgrund von häuslicher Unterversorgung zu Wiederaufnahme ins Krankenhaus, und ist daher für EntlassungsmanagerInnen von Bedeutung. Das aktive Einbeziehen von Betroffenen in Entscheidungen rund um die Entlassungssituation könnte die Toleranz gegenüber getroffenen Maßnahmen erhöhen. Aus diesem Grund wird nun der Wichtigkeit von Integration der Betroffenen in die Entlassungsplanung nachgegangen.

## **2.4 PatientInnenintegration in den Entlassungsprozess**

Wie bereits erwähnt, betonen Ewers und Schaeffer die Wichtigkeit von PatientInnenintegration in den Stationsalltag. Klinisch-pflegerische Routinen lassen oft wenig Freiraum für Individualität, vorhandene Ressourcen der PatientInnen können in den Alltagsroutinen der Pflegenden untergehen. Besonders bei chronisch mehrfach erkrankten Menschen wirkt sich dieser Umstand negativ auf deren Selbstständigkeit aus (vgl. Ewers/Schaeffer, 2005; S. 10). PatientInnenintegration steht in engem Zusammenhang mit Patient-



Innenorientierung und meint:

- „Gesundheitsprobleme gut lösen für PatientInnen,
- Gesundheitsprobleme besser lösen mit PatientInnen,
- Gesundheitsprobleme nachhaltiger lösen durch PatientInnen.“

(Nowak/Peinhaupt/Pelikan, 2000; S. 9)

Ein aktiver Miteinbezug der PatientInnen in die Lösung und die Bewältigung ihrer Probleme sind erstrebenswert, da Ergebnisqualität nur gemeinsam mit den PatientInnen zu erreichen ist. Daraus resultierende positive Konsequenzen zeigen Auswirkungen sowohl auf ökonomischer als auch auf medizinischer und humanitärer Ebene. Daher werden verbesserte Rahmenbedingungen für die Mitentscheidung und -verantwortung der PatientInnen und deren Angehörigen im Betreuungs- und Gesundungsprozess angestrebt. So kann verbesserte Compliance erwartet, die Verunsicherung von Betroffenen minimiert, unnötige Belastungen sowie medizinisch unbegründete Hospitalisierungen vermieden werden (vgl. ebd.; S. 9). Compliance wird definiert als „[...] an active, intentional and responsible process whereby the patients work to maintain their health in collaboration with the health care personnel.“ (vgl. Kyngäs/Lahdenperä, 1999; S. 833) Der Einbezug in die Behandlungs- und Betreuungsentscheidungen gewährleistet, dass die getroffenen Maßnahmen auch tatsächlich den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen und deren Vorstellungen und Möglichkeiten angepasst sind. Insofern kann die Information der PatientInnen nicht der Endpunkt eines Entscheidungsprozesses, sondern nur dessen Ausgangspunkt sein (vgl. Seidl/Walter, 2000; S. 40). Nicht zu vernachlässigen für die Organisation weiterführender Betreuung außerhalb des Krankenhauses sind nahe stehende Personen des Betroffenen/der Betroffenen.

Niemals kann bei dem Versuch, PatientInnen ganzheitlich und individuell zu begegnen, deren soziales Umfeld, also nahe stehende Personen wie Familienangehörige, Nachbarn und Bekannte, die in die Versorgung Betroffener involviert sind, ausgeklammert werden.

### **3. Angehörige und nahe stehende Bezugspersonen und deren Rolle im Entlassungsprozess**

Bereits zu Beginn des Krankenhausaufenthalts liegt es im Aufgabenbereich der Pflegepersonen herauszufinden, wer die wichtigsten Bezugspersonen für die PatientInnen darstellen. Der im angelsächsischen Raum verwendete Begriff der „significant others“ meint das soziale Netzwerk rund um die betreuten PatientInnen (vgl. Seidl/Walter, 2000; S. 71). Dieser Begriff wird möglicherweise in Zukunft die allgemein gängige Bezeichnung der „Angehörigen“ als einzige Ansprechpersonen ablösen, bedenkt man die große Anzahl der unverheirateten Paare bzw. die Zunahme der so genannten „Patchworkfamilien“. Außerdem kommt es bei geriatrischen PatientInnen vor, dass die Verwandtschaft bereits verstorben ist oder kein Kontakt zwischen den Familienmitgliedern besteht, stattdessen jedoch eine rege Nachbarschaftshilfe in Form einer „informellen Betreuung“ vorhanden ist. Diesen Nahestehenden ist dann durchaus der Angehörigenstatus zuzugestehen. Für das Entlassungsmanagement ist dieses soziale Netzwerk Nahestehender insofern relevant, als deren Kooperation bei der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans für die Zeit nach der Krankenhausentlassung von entscheidender Bedeutung ist.

#### **3.1 Informelle Betreuungsmuster und deren Bedeutung für das Entlassungsmanagement**

Die informelle Betreuung bezeichnet die unbezahlte, nicht auf Erwerb oder vertragliche Leistung ausgerichtete, dauernde Hilfe. Diese wird durch Menschen geleistet, die keine Ausbildungszertifikate in dieser Hinsicht vorweisen können (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008; S. 351). Jenes Netzwerk an nahe stehenden Menschen ist zu einem Großteil beteiligt am Gelingen oder Scheitern einer adäquaten, zufrieden stellenden Versorgung des Patienten/der Patientin nach einem Krankenhausaufenthalt. Frühzeitig sollte daher abgeklärt werden, wer welche Funktion im sozialen System einnimmt, wo Ressourcen in welcher Form vorhanden und ob diese ausbaufähig sind.

Die informelle Unterstützung ist in ihrer Bedeutung für die Volkswirtschaft nicht zu

unterschätzen. Studien dotieren den Wert informeller Pflege allein in Österreich auf zwei bis drei Milliarden Euro pro Jahr. Abgesehen vom humanitären Wert dieser Leistungen ist nicht zu außer Acht zu lassen, dass weder budgetäre Mittel noch personelle und strukturelle Ressourcen vorhanden wären, diese Tätigkeiten in ähnlichem Umfang durch professionelle Leistungserbringer abzudecken (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008; S. 351).

### **Geschlecht und Alter pflegender Angehöriger**

In der bereits erwähnten Studie über BundespflegegeldbezieherInnen werden pflegende Angehörige hinsichtlich ihres Alters, ihres Berufsstandes, ihrer finanziellen Situation und ihres Geschlechts befragt (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub, 2005; S. 11f.). Um gezielte Unterstützungsmöglichkeiten durch Entlassungsmanagement anbieten zu können, ist es sinnvoll, pflegende Angehörige hinsichtlich dieser Aspekte näher zu betrachten, um aus diesen Erkenntnissen deren Möglichkeiten und Potentiale abzuleiten. Nach wie vor wird der Großteil der privaten Betreuung durch Frauen erbracht, rund 80 Prozent der pflegenden Angehörigen sind weiblichen Geschlechts (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub, 2005; S. 11f.). Ähnliche Ergebnisse liefert der Bericht „Hochaltrigkeit in Österreich“, dieser bestätigt ebenfalls die „Tochter pflegt Mutter“-Konstellation. Männer sind generell weniger in die Pflege involviert und wenn, dann überhaupt erst nach Beendigung der eigenen Berufstätigkeit. Dieser Umstand dürfte nach wie vor mit althergebrachten Rollenmustern und der gesellschaftlich verliehenen weiblichen „Pflegeintuition“ zusammenhängen (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008; S. 23). Diese Annahme bestätigt auch Geister. Sie beschreibt die hohe Pflegebereitschaft von Töchtern in Deutschland. Die befragten Frauen geben Pflichtgefühl und Selbstverständlichkeit als zentrale Motivation zur Pflegeübernahme an, und sind in der Regel um ein enges familiäres Verhältnis und Generationensolidarität bemüht. Mittels zwölf biografisch-narrativer Einzelinterviews wurde in Geisters Studie die Gesamtsituation der pflegenden Töchter näher beleuchtet. Die Autorin betont die Notwendigkeit spezieller Konzepte zur Unterstützung dieser informell Pflegenden. Besonders Entlastungsmöglichkeiten müssen vermehrt angeboten werden, pflegende Töchter sollten dazu animiert werden, ihre Rolle in der Pflege zu klären und Verantwortung

abzugeben. Das selbstverständliche Pflichtbewusstsein pflegender Töchter darf auch in Zeiten der Ressourcenknappheit nicht überbeansprucht werden (vgl. Geister, 2004; S. 5ff.). Zu beobachten ist zudem eine Korrelation der Pflegebereitschaft unter Frauen mit deren Lebensalter. Jüngere Frauen sehen sich eher mit dem Konflikt der traditionellen Rollenmuster mit neuen Lebensmustern konfrontiert und müssen ihren bisherigen Alltag umstellen, möchten sie die Pflege ihrer Verwandten übernehmen. Pflegeübernahme hat vielerlei Konsequenzen. Auswirkungen zeigen sich sowohl im privaten Bereich als auch in den sozialen Kontakten nach außen (vgl. Maly, 2001; S. 41f.). Information, Beratung und Schulung sollte besonders bei dieser Gruppe der Pflegenden niederschwellig und flächendeckend angeboten werden, um die Ressourcen und auch die Lebensqualität dieser häufig durch Familie, Beruf und Haushalt mehrfach belasteten Frauen zu erhalten. Pflegende dürfen nicht zu „Co-Erkrankten“ werden. Entlassungsmanagement kann durch Information über bestehende Entlastungsmöglichkeiten in finanzieller und in organisatorischer Hinsicht unterstützend tätig sein.

Hinsichtlich der Altersverteilung der informell Pflegenden zeigt sich folgendes Bild: 45 Prozent aller Hauptpflegepersonen sind 60 Jahre und älter, 22 Prozent sind sogar 70 Jahre oder darüber (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub, 2005; S. 12). Ähnliche Ergebnisse liefert eine Bestandsaufnahme aus dem Jahr 2008: Mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen sind zwischen 40 und 64 Jahre alt, rund 15 Prozent sind zwischen 65 und 74 Jahre alt, ein Zehntel der Pflegenden ist 75 Jahre oder älter. Unter den 80jährigen gibt jeder 20. Betreuungstätigkeiten an (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008; S. 354). Selbst Hochbetagte übernehmen demnach pflegerische Unterstützungsleistungen. Hier ist prophylaktisch vermehrte Information und Beratung über mögliche Entlastungs- und Unterstützungs-möglichkeiten durch EntlassungsmanagerInnen sinnvoll.

### **Pflegeübernahme im Zusammenhang mit Berufstätigkeit und finanzieller Situation pflegender Angehöriger**

Bezüglich der Berufstätigkeit von Pflegenden stellt sich die Situation wie folgt dar: Etwas mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen waren vor der Betreuungsübernahme berufstätig, fast 70 Prozent gingen zum Befragungszeit-

punkt keiner Berufstätigkeit mehr nach. In Bezug auf die finanzielle Situation zeigt sich, dass fast die Hälfte der Betreuungspersonen über kein eigenes bzw. über ein niedriges Einkommen bis zu 700 € monatlich verfügt. Deutlich ist auch der Zusammenhang zwischen eigenem Einkommen und Geschlecht: Unter jenen Pflegenden, die über kein eigenes Einkommen verfügen, sind 75 Prozent weiblich. Zu beobachten ist ein signifikanter Zusammenhang zwischen denjenigen ohne monatlichem Einkommen und der Pflegestufenhöhe der zu Betreuenden. In den hohen Pflegestufen verfügen deutlich mehr Betreuungspersonen über kein Einkommen. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass mit steigender Pflegegeldstufe die Aufrechterhaltung der Berufstätigkeit der Betreuungspersonen nicht mehr mit der Pflegeübernahme vereinbar ist, und so zugunsten des zu Pflegenden/der zu Pflegenden auf die Berufstätigkeit verzichtet wird (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub, 2005; S. 19f.). Dieser Umstand wiederum bringt versicherungsrechtliche Konsequenzen mit sich. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit, Pensionsversicherungszeiten zu erwerben, wenn pflegende Familienmitglieder zugunsten der Pflegeübernahme ihre Berufstätigkeit aufgeben haben. Voraussetzung dafür ist der Mindestanspruch des zu Pflegenden/der zu Pflegenden auf Pflegestufe drei, Vorversicherungszeiten des Pflegenden/der Pflegenden müssen vorhanden sein, weiters hat die Pflege in der häuslichen Umgebung zu erfolgen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009a). Diesbezüglich ist also pflegenden Angehörigen gegenüber ein Entgegenkommen des Gesetzgebers zu bemerken (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009b). Der Aufwand der Pflegeübernahme wird vom Gesetzgeber also nicht grundsätzlich negiert.

Das nächste Unterkapitel widmet sich der Frage, mit welchen speziellen Belastungsfaktoren sich pflegende Angehörige konfrontiert sehen.

### **3.2 Spezifische Belastungsfaktoren pflegender Angehöriger**

Die Pflegeübernahme steht häufig in Zusammenhang mit einer Vielfalt an Belastungen und Einschränkungen, die Auswirkungen auf die verschiedensten Lebensbereiche haben. Der Frage, welche Probleme in finanzieller, psychischer

und physischer Hinsicht konkret auftreten können, wird nun nachgegangen. Finanzielle Mehraufwendungen entstehen beispielsweise durch Wohnungsadaptierungen, die den Verbleib des zu Pflegenden/der zu Pflegenden in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Oft ist für diese Adaptierungen das Pflegegeld alleine jedoch nicht ausreichend, wodurch es zu zusätzlichen finanziellen Mehraufwendungen für pflegende Angehörige kommt. In einer Studie des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz wurden in mehr als der Hälfte der Wohnungen von pflegebedürftigen Menschen wohnliche Mängel im Sinne von Barrieren festgestellt, wie beispielsweise Teppiche, Stufen, aber auch fast unbeseitigbare Hindernisse (vgl. Nemeth/Pochobradsky, 2004; S. 22). Die Beseitigung dieser Barrieren erfordert häufig finanzielle Mehrbelastung auf Kosten der Angehörigen. Die Aufgabe der eigenen Berufstätigkeit wie im vorherigen Kapitel beschrieben ist jedoch verbunden mit dem Verlust des eigenen Einkommens. Die bereits mehrfach erwähnte Befragung unter pflegenden Angehörigen beschreibt die körperlichen Beschwerden, an denen pflegende Angehörige am meisten leiden. Kreuz-, Schulter- und Nackenbeschwerden sind die am häufigsten genannten Probleme, nur rund ein Drittel der Studienteilnehmer geben an, unter keinen nennenswerten Schmerzsymptomen zu leiden. Zu den physischen Einschränkungen gesellen sich häufig psychische Schwierigkeiten. Diesbezüglich wird vorwiegend das Gefühl der Verantwortung, Überforderung und Aussichtslosigkeit als belastend angegeben. Mehr als die Hälfte der Pflegenden empfindet die zeitliche Bindung an die pflegebedürftige Person als größte Belastung. Erwartungsgemäß bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen dem Belastungsgrad der pflegenden Angehörigen und der Pflegestufe der Pflegebedürftigen. 58 Prozent der Betreuungspersonen von PflegegeldbezieherInnen der Pflegestufe eins geben körperliche Probleme an, bei den pflegenden Angehörigen der PflegegeldbezieherInnen der Stufe sieben sind es bereits 84 Prozent, die unter körperlichen Beschwerden leiden. Auch bei den psychischen Beschwerden besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Pflegegeldstufe und dem Grad der Beschwerden – bereits bei Pflegestufe eins berichten Betreuungspersonen über psychische Probleme, während bei den Pflegegeldstufen fünf und sechs der zu Betreuenden 92 Prozent der Hauptpflegepersonen über psychische Belastungen klagen (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub; 2005; S.

43f.).

Nun wird dem subjektiven Empfinden pflegender Angehöriger nachgegangen. Wenn die Probleme dieser Menschen definiert sind, kann Entlassungsmanagement im Rahmen vorhandener Möglichkeiten gezielte Entlastungsangebote anbieten.

### **Das subjektive Empfinden pflegender Angehöriger**

Mehr als die Hälfte der befragten Personen äußert starke emotionale Betroffenheit über den Schicksalsschlag der Erkrankung eines nahe stehenden Menschen. Mehr als die Hälfte geben jedoch auch an, die Pflege „im Griff“ zu haben. Immerhin 13 Prozent haben das Gefühl, dass bereits deren eigene Gesundheit durch die Pflegeübernahme Schaden genommen hat. Ein Fünftel der Befragten empfindet den eigenen Lebensstandard zum Befragungszeitpunkt als eingeschränkt, ein Viertel berichtet über körperliche Erschöpfung. Nur rund fünf Prozent der Befragten empfinden die Pflegeübernahme als ihnen „aufgedrängt“, etwa zehn Prozent fühlen sich zeitweise ausgenutzt. Generell wird in allen Antworten der Studie zur „Situation pflegender Angehöriger“ beschrieben, dass die Pflege als belastend und aufreibend empfunden wird. Erschwerend kommt hinzu, dass sich häufig die Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen problematisch gestaltet. Es kommt zu Schuldzuweisungen und aggressiven Ausbrüchen. Das Unverständnis der sozialen Umgebung, die gesellschaftliche Isolation durch die Aufgabe von Kontakten und Freizeitaktivitäten und die lange Betreuungsdauer vor allem bei Demenzerkrankten kann dazu führen, dass Pflegende selbst zu „SekundärpatientInnen“ werden (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erfkamp/Laub, 2005; S. 49; S. 64).

Boeger und Pickartz (1998; zit. n. Seidl/Walter, 2000; S. 43) haben ebenfalls Belastungsfaktoren bei pflegenden Angehörigen erhoben. Diese empfinden das eigene Leben in Hinblick auf Freizeitaktivitäten und Berufstätigkeit als eingeschränkt, die Gebundenheit an die häusliche Umgebung und das Verhalten bzw. der Zustand des/der Pflegebedürftigen wird als problematisch beschrieben. Die Pflegeübernahme zeigt negative Auswirkungen auf die eigene Familie, die Pflegeaufgaben werden als Belastung empfunden. Die eigene gesundheitliche Konstitution leidet, das soziale Umfeld unterstützt zumeist nur mangelhaft, es kommt vermehrt zu sozialen Konflikten. Die Unterstützung von institutioneller Seite

her wird ebenfalls als unzureichend definiert. Die Pflegenden empfinden ihre Zukunft als ungewiss und haben das Gefühl, unwiederbringliche Jahre des eigenen Lebens zu verlieren.

Die Pflegeübernahme ist demnach als enorme Belastung anzusehen, wenn auch ein Großteil der Befragten die Situation als überschaubar beschreibt. Dass bei der Vielfalt an Problemstellungen die Notwendigkeit von Ansprechpersonen im Entlassungsmanagement rund um die Entlassungssituation dringlich gegeben ist, liegt aufgrund der Ausführungen zuvor auf der Hand. Umfassende Information über Weiterbetreuungsmöglichkeiten im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt bzw. über finanzielle und/oder personelle Hilfestellungen, Handhabung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Möglichkeiten von Wohnungsadaptierungen beispielsweise können zielführend nicht „nebenbei“ im Stationsalltag erfolgen. Für diese Form der Beratung werden adäquate Strukturen und Prozesse benötigt. Die Stabstelle Entlassungsmanagement innerhalb der Institution Krankenhaus ist bemüht, pflegenden Angehörigen entlastend und beratend zur Seite zu stehen und ihnen durch Information und Organisation bestmögliche Hilfestellung zu bieten. Die Grenzen des Entlassungsmanagements sind jedoch durch die Angebote des extramuralen Sektors klar gesteckt.

Das nächste Kapitel widmet sich der Zufriedenheit von pflegenden Angehörigen mit dem angebotenen Entlassungsmanagement. Die zunehmende Etablierung von EntlassungsmanagerInnen in Krankenhäusern ermöglicht bereits erste Untersuchungen diesbezüglich.

### **3.3 Die Zufriedenheit pflegender Angehöriger mit dem Entlassungsmanagement**

Um die Wirkung von strukturierter Entlassungsvorbereitung durch das Entlassungsmanagement auf pflegende Angehörige zu erfassen, wurden im Rahmen einer Wiener Studie 11 Angehörige von PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf befragt. Zu diesem Zweck wurden problemzentrierte Interviews mittels halbstrukturierter Leitfäden durchgeführt. Angehörige wie auch PatientInnen stufen das Angebot des Entlassungsmanagements generell als adäquate Antwort auf eine emotional belastende Situation ein und werten es als



Möglichkeit der Neuorientierung, in deren Rahmen Informationsdefizite beseitigt werden können. Die eigene Überforderung wird durch das Gefühl, der Situation nicht gänzlich alleine gegenüberzustehen eindeutig reduziert. Das Krankenhaus, so die Befragten, erfahre durch das Entlassungsmanagement eine Imagesteigerung (vgl. Grundböck/Rappauer/Müller/Stricker, 2005; S. 125). Die Entlastungsfunktion durch Entlassungsmanagement beschreiben auch Onder et. al: „Home care services based on case management approach result [...] in lower burden for caregivers.“ (Onder/Liperoti/Bernabei/Landi, 2008; S. 337) Neben jenen Aspekten, die die Angehörigen als bereichernd empfinden, werden von diesen auch konkrete Verbesserungsvorschläge erbracht.

### **Verbesserungsvorschläge pflegender Angehöriger**

In der bereits mehrfach erwähnten Studie von Pochobradsky et al. haben die 674 befragten pflegenden Angehörigen folgende Wünsche vorgebracht: 14 Prozent der Pflegenden wünschen sich mehr Informationen zu Fragen der Rechtslage sowie zu pflegerischen und medizinischen Anliegen. Auch Seidl et al. beschreiben den Informationsbedarf pflegender Angehöriger hinsichtlich der Mobilisierung von PatientInnen, Durchführung der Körperpflege, Medikamenteneinnahme, Besorgung von Hilfsmitteln etc. (vgl. Seidl/Walter, 2000; S. 67). Weiters werden zentrale Anlaufstellen für Beratung und auch Pflegehotlines gefordert. Die bereits flächendeckend vorhandenen Beratungszentren Wiens sind demnach nicht ausreichend bekannt. 13 Prozent wünschen eine Erhöhung des Pflegegeldes und eine bessere Anpassung der Pflegestufen an die tatsächlichen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen – dieser Forderung wurde bereits durch die Pflegegelderhöhung und dem Fixstundensatz für Demenzerkrankungen mit 01.01.2009 wirksam nachgegangen. Sieben Prozent der Antwortenden verlangen nach sozial- und arbeitsrechtlicher Absicherung (auch diesbezüglich hat es, wie bereits erwähnt, gesetzlich verankerte Begünstigungen gegeben). Weiters werden psychosoziale Begleitung und Supervision angeregt, außerdem zielgerichtete Kurs- und Unterstützungsangebote. Fünf Prozent fordern eine Aufstockung des Personals der medizinischen Hauskrankenpflege, ebenso viele führen an, sich mehr Förder- und Unterstützungsmaßnahmen zu wünschen. Drei Prozent empfinden die Kosten für Kurzzeitpflegeangebote als unangemessen hoch, genauso viele wünschen sich vermehrte staatliche Unterstützung in finanzieller Hinsicht ebenso wie ein

Mehrangebot an kostenlosen Betreuungsplätzen. Zwei Prozent der Antwortenden geben an, sich mehr Heim- und betreute Wohneinheiten zu erwarten. Weiters wird eine bedürfnisorientiertere, individuellere Versorgung gefordert. Nachtbetreuung, so die Befragten, sollte angeboten werden. Der Ausbau von Konzepten zur häuslichen Versorgung sowie die Schaffung einer österreichweiten Plattform pflegender Angehöriger und vermehrte Unterstützung von Selbsthilfegruppen wurden ebenfalls angeführt (vgl. Pochobradsky/Bergmann/Brix-Samoylenko/Erkamp/Laub, 2005; S. 50ff.).

Seit 2005 wurde bereits einigen dieser Forderungen nachgekommen. Durch die finanzielle Förderung der 24-Stundenbetreuung wird Nachtversorgung zwar ermöglicht, trotzdem ist diese Betreuungsform durch die anfallenden Kosten eher sozial höheren Schichten vorbehalten. Im PIK-Projekt wurde der Ausbau der Selbsthilfegruppen forciert, diese arbeiten eng mit Krankenhäusern zusammen, um bereits dort niederschwellig Informationen an interessierte PatientInnen und Angehörige weiterzugeben (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007a). Die angesprochene Pflegenden-Plattform wurde ebenfalls bereits realisiert (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009c). Sozialversicherungsrechtliche Begünstigungen sind durchgesetzt (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009a, 2009c). Die Betreuung in der häuslichen Umgebung durch Verwandte oder sonstige nahe stehende Personen wird von Entscheidungsträgern zunehmend in ihrer gesamten Wichtigkeit erfasst. Dem/der zu Betreuenden wird ein Verbleiben im gewohnten Umfeld ermöglicht, der Allgemeinheit entstehen enorme Kosteneinsparungen, indem Institutionalisierung vermieden werden kann.

Den pflegenden Angehörigen kommt im Rahmen dieser Arbeit deshalb so viel Aufmerksamkeit zu, weil sie maßgeblich am Entlassungsprozess beteiligt sind. Die informellen Betreuungspersonen stellen eine Personengruppe dar, die für die Institution Krankenhaus von besonderem Interesse ist, da sie letztendlich mitverantwortlich für das Ge- oder Misslingen einer für alle Beteiligten zufrieden stellenden Entlassungssituation ist.

## **Die Qualität der informell erbrachten Pflege und Betreuung**

Die Qualitätsüberprüfung der informellen Pflege war Bestandteil einer Untersuchung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit im Jahre 2003. Im Rahmen des Pilotprojekts „Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung“ (vgl. Nemeth/Pochobradsky, 2004; S. 21) wurden rund 2.000 PflegegeldbezieherInnen im häuslichen Bereich aufgesucht und deren Status anhand eines Pflegesituationsberichts erhoben. Anschließend erfolgte die Beratung der Betroffenen und deren Pflegenden. Seit 2001 ist die Qualitätssicherung im Bundespflegegeldgesetz gesetzlich verankert. Der § 33 definiert die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Form von Hausbesuchen. Im Rahmen dieser können die Entscheidungsträger überprüfen, ob eine den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Pflege gegeben ist (vgl. Bundeskanzleramt Österreich, 2008; § 33). Im Rahmen der Studie des Bundesministeriums für soziale Sicherheit (vgl. Nemeth/Pochobradsky, 2004; S. 9ff.) wurden im Pflegesituationsbericht der hygienische Zustand von PatientInnen und Umgebung, der Hautzustand der zu Pflegenden sowie der „Gesamteindruck“ untersucht. Darauf basierend wurden vier Kategorien gebildet: Die erste Kategorie traf zu, wenn keine Mängel in der körperlichen Hygiene oder der Hygiene im Umfeld zu bemerken waren, kein Hautdefekt und ein insgesamt guter Gesamteindruck vorlag. Die zweite Kategorie stand für leichte Pflegemängel und Hautdefekte bei insgesamt gutem Gesamteindruck. Kategorie drei umfasste klare Mängel in der Pflege und Betreuung, die körperliche Hygiene oder Hygiene des Umfelds war mangelhaft, Hautdefekte waren vorhanden, der Gesamteindruck war unzufriedenstellend. Kategorie vier wurde als einer Verwahrlosung des zu Betreuenden/der zu Betreuenden gleich zu setzender Zustand beschrieben. Bei mehr als drei Viertel der PflegegeldbezieherInnen wurden keinerlei Mängel vorgefunden, bei einem Fünftel wurden geringfügige Mängel bei doch gutem Gesamteindruck festgestellt, und nur bei drei Prozent der zu Pflegenden wurden klare Mängel beanstandet. Zwei PatientInnen wurden der Kategorie „Verwahrlosung“ zugeordnet, und dies dem zuständigen Sozialversicherungsträger gemeldet. Klares Fazit des Projekts ist die herausragende Leistung der informell Pflegenden und ihr Bemühen um das Wohl des/der Betreuten, was wiederum abgesehen vom zwischenmenschlichen Wert durch die enorme Kostenersparnis für die Allgemeinheit nicht unbeachtet bleiben sollte. Um die Sichtweisen aller am Entlassungsprozess Beteiligten zu

vervollständigen, folgt nun die Rolle des Krankenhausträgers in Bezug auf die Entlassungssituation.

## **4. Die Rolle des Krankenhausträgers in Bezug auf die Entlassungssituation**

Die gesetzlichen Grundlagen des Krankenhausträgers hinsichtlich der Entlassungssituation wurden bereits im gleichnamigen Kapitel geklärt. Es wird im Folgenden die Krankenhausfinanzierung erläutert, da diese Auswirkungen auf die Verweildauer im Krankenhaus hat. Verkürzt sich die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, bringt dieser Umstand wiederum Konsequenzen für das Entlassungsmanagement mit sich, wie die Entlassung Betroffener in schlechterem Allgemeinzustand beispielsweise. Es folgt nun zum besseren Verständnis eine Darstellung des österreichischen Krankenhausfinanzierungssystems.

### **4.1 Das österreichische Krankenhausfinanzierungssystem**

Das Spitalswesen ist in Österreich nur in Grundsatzgesetzen Bundesangelegenheit, Ausführung und Vollzug obliegen den Bundesländern. Von den 270 Krankenanstalten sind die 133 so genannten Fondskrankenhäuser öffentlich budgetiert. Die Fondskrankenanstalten umfassen 77 Prozent der gesamtösterreichischen Anstaltsbetten und versorgen etwa 90 Prozent aller stationär aufgenommenen PatientInnen. Seit dem Jahr 1978 regelt der Bund mit den Ländern mittels zeitlich befristeten Verträgen die Finanzierung (dies sind die Vereinbarungen gemäß § 15a Bundesverfassungsgesetz). Der Bund speist mit seinen finanziellen Mitteln die so genannte Bundesgesundheitsagentur. Diese überweist nach einem speziellen Schlüssel ihre Gelder an die neun Landesgesundheitsfonds, welche aus Krankenversicherungsbeiträgen, sonstigen Mitteln und den Bundesgesundheitsagenturgeldern bestehen. Der Landesgesundheitsfonds finanziert die Landesfondskrankenhäuser seit 1997 nach dem System der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung, im Folgenden kurz LKF genannt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Soziales, 2009;

S. 5).

Bis zum Jahre 1996 wurden die Krankenhäuser über undifferenzierte Fallpauschalen finanziert. Für jeden Spitalstag wurde, völlig unabhängig von der Diagnose und den tatsächlich erbrachten Leistungen, eine Pauschalsumme verrechnet. Diese Abrechnungsform kann theoretisch dazu verleiten, den Krankenhausaufenthalt aus ökonomischen Gesichtspunkten heraus unnötig zu verlängern, was automatisch zu Mehreinnahmen auf Seiten des Krankenhausträgers führen würde. Welche pflegerischen und medizinischen Leistungen wirklich erbracht wurden, spielte bei dieser Abrechnungsform keine Rolle. Vergleichbar ist diese Vorgangsweise plakativ mit dem „Bezahlen an der Supermarktkasse unabhängig von der gekauften Ware, statt dessen abhängig von der im Supermarkt verbrachten Zeit“ (vgl. Olensky, 2004; S. 8).

Die fehlende Leistungsorientierung führte zu der im Jahre 1997 eingeführten LKF-Regelung. Seither erfolgt die Abrechnung über leistungsorientierte Diagnosefallgruppen mit dem Ziel, die Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Leistungen besser darzustellen. Für die Finanzierung sind nun die Diagnose in Kombination mit dem Alter sowie die tatsächlich erbrachten Leistungen ausschlaggebend. Bestimmten Diagnosen werden Fallpauschalen zugeordnet, die für alle Krankenhäuser, egal ob Universitätskrankenhaus oder „kleines“ Spital, gleich sind. Zuschläge gibt es für Krankenhausverweiltage, die die jeweilige Fallpauschale hinausgehende Verweildauerobergrenze übersteigen. Der tägliche Zuschlag jedoch sinkt mit jedem weiteren Verweiltage und gibt so dem Krankenhausträger Anlass, PatientInnen nicht unnötig lange in stationärem Aufenthalt zu belassen (vgl. Olensky, 2004; S.10f.).

Bei pflegebedürftigen Menschen, die aufgrund ihrer mangelnden Ressourcen nicht mehr in die häusliche Umgebung entlassbar sind, besteht für Krankenhäuser des Krankenanstaltenverbundes prinzipiell die Möglichkeit, ein Akutbett in ein „Pflegebett“ umzuwandeln, um so die Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz zu überbrücken. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass es Krankenhäusern, die nicht dem Krankenanstaltenverbund angehören, grundsätzlich nicht möglich ist, diese Bettenumwidmung vorzunehmen. Dieser Umstand trifft auf alle an der ExpertInnenbefragung teilnehmenden Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe Wien zu. Für PatientInnen hat die veränderte Krankenhausfinanzierung die raschere Entlassung in die häusliche Umgebung

bzw. in weiter betreuende Institutionen als Konsequenz mit sich gebracht. Nachdem der ökonomische Anreiz zu überlangen Krankenhausaufenthalten durch die neue Finanzierungsregelung nicht mehr gegeben ist, sind die Krankenträger eher an raschen Entlassungen interessiert. Dies bestätigt die Entwicklung der Verweildauer im Krankenhaus, welche zeitgleich mit der Bettenreduktion im Akutbereich zu beobachten ist.

## **4.2 Die Entwicklung der Krankenhausverweildauer in Österreich**

In Österreich zeigt sich die Bettensituation rückläufig. Standen 1985 in den allgemeinen Krankenanstalten noch 47.281 Betten zur Verfügung, waren es 2007 nur noch 41.818 Betten. Seit Anfang der 80er Jahre ist in Österreich generell eine Bettenreduktion von 23,3 Prozent zu beobachten (vgl. Statistik Austria, 2008c). Die durchschnittliche Verweildauer ist von 11 Aufenthaltstagen im Jahr 1989 auf 6,8 Tage im Jahr 2007 gesunken (vgl. Statistik Austria, 2009b). Das bedeutet, dass Menschen tendenziell früher in die häusliche Umgebung entlassen werden, als dies vor Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung der Fall war, was wiederum pflegende Angehörige und den extramuralen Sektor vor große organisatorische Herausforderungen stellt. Ist die Versorgung außerhalb des stationären Bereichs nicht in ausreichender Form gewährleistet, können ungeplante Wiederaufnahmen die Folge sein. Mit welchen Schwierigkeiten diese verbunden sind beschreibt das nächste Kapitel.

## **4.3 Probleme rund um Spitalswiedereinweisungen**

Rasche Wiedereinweisungen ins Krankenhaus werden auch als der so genannte „Drehtüreffekt“ bezeichnet. Die Anzahl der Spitalsaufnahmen in Österreich ist im internationalen Vergleich als eher hoch einzustufen, was auf die Handhabung der Finanzierung zurück zu führen ist - hohe Fallzahlen, basierend auf Wiedereinweisungen nach kurzem Spitalsaufenthalt (vgl. Grießler/Krajic/Peinhaupt/Pelikan, 1999; S. 20). Trifft diese Hypothese zu, steht die Kostenersparnis aufgrund des neuen Finanzierungsmusters in Frage. Den Ursachen für Wiedereinweisungen

bzw. Einweisungen ohne eindeutig medizinische Indikationen wird nun näher nachgegangen. Schaeffer (vgl. ebd., 2000; S. 15ff.) vergleicht betroffene PatientInnen mit „Bumerangs“, bei denen offensichtlich ist, dass die neuerliche Krankenseinweisung aus sozialen Gründen und häuslichen Versorgungsengpässen heraus zustande gekommen ist. Ist beispielsweise die ambulante Pflege nicht mehr finanzierbar oder unzureichend, veranlassen der Hausarzt oder die Hausärztin beziehungsweise die (überforderten) Hilfsdienste die Spitalseinweisung. Auch im Langzeitversorgungsbereich sind diese Einweisungen aus „Gründen der Abschiebung“ bekannt. Krankenhäuser scheinen wiederum in ihren Konzepten und Abläufen auf betagte PatientInnen mit chronischen Mehrfacherkrankungen unzureichend ausgerichtet zu sein. Deren Probleme können im Stationsalltag in ihrer Gesamtheit von funktionellen, psychischen und sozialen Schwierigkeiten schwer erfasst, geschweige denn adäquat darauf reagiert werden. Einem Teufelskreis gleich reagiert das Spitalspersonal auf diese Überforderung mit der Weiterüberweisung in eine andere Abteilung bzw. in ein anderes Krankenhaus. Zwar beschreibt Schaeffer die Situation in Deutschland, diese lässt sich jedoch grundsätzlich auf Österreich umlegen. Menschen werden demnach von Punkt A nach Punkt B transferiert, um die Kosten für die eigene Institution möglichst gering zu halten – denn gemäß LKF-System hält sich die Bezuschussung ohne erhebliche medizinische Diagnosen in Grenzen. Trotzdem kommt es immer noch zu stationären Aufnahmen von PatientInnen, die aufgrund infrastruktureller Defizite im ambulanten Bereich oder unzureichender sozialer Netzwerke im häuslichen Bereich unterversorgt sind (vgl. Schaeffer, 2000b; S. 13). Die Krankenhäuser sind bemüht, Versorgungsengpässe zu kompensieren, geraten diesbezüglich jedoch an ihre eigenen betriebswirtschaftlichen Grenzen.

### **Risikofaktoren für Rehospitalisierung**

Dash et al. beschreiben mehrere Punkte als prinzipielle Risikofaktoren für Rehospitalisierung. Häufig handelt es sich bei wieder aufgenommenen PatientInnen um Menschen fortgeschrittenen Lebensalters, die weder Partner noch Familie haben und ohne formellen bzw. informellen Rückhalt leben. Deutlich erschwerend kommen noch fehlende finanzielle Rücklagen hinzu. Bestimmte Diagnosen (worauf bereits im Kapitel „PatientInnen“ eingegangen wurde) wie Karzinome und dementielle Erkrankungen beispielsweise gelten als besondere

Indikatoren für die Gefahr einer neuerlichen Spitalseinweisung. Weiters kann die medizinische „Laufbahn“ Indiz sein für den Grad der Gefährdung bezüglich einer Wiederaufnahme. Außerdem gibt die von den Pflegepersonen erstellte Pflegeanamnese hinsichtlich der Fragen Kooperationsbereitschaft, Einhaltung des Behandlungsplans, Schmerzmanagement, Bewältigungsverhalten usw. Hinweise auf die Wahrscheinlichkeit für Wiederaufnahmen (vgl. Dash/Zarle/O'Donnell/Vince-Whitman, 2000; S. 13).

Ziel des Entlassungsmanagements ist es, durch individuelle Beratung, Information und Organisation bestmögliche Versorgung für die Zeit nach der Krankenhausentlassung zu ermöglichen und somit Wiederaufnahmen aus sozialer Indikation heraus zu vermeiden. Um dieses Vorhaben zu realisieren bedarf es Voraussetzungen sowohl auf struktureller als auch auf Prozessebene.

#### **4.4 Voraussetzungen für Entlassungsmanagement auf Struktur- und Prozessebene innerhalb des Krankenhauses**

Strukturen wie Personal und Räumlichkeiten, sowie Prozesse, die Abläufe wie Kommunikation und Dokumentation regeln, stellen innerhalb der Institution Krankenhaus die Grundlagen für professionelle Entlassungsplanung dar. Schaeffer empfiehlt, um Entlassungsorganisation ohne Schnittstellenprobleme zu ermöglichen, eine Reduktion der „insularen Arbeitsweise“ innerhalb von Krankenhäusern sowie die Abschaffung des attestierten Organisationsseparatismus. Sie plädiert für die Öffnung des Krankenhauses hinsichtlich der Belange aller am Betreuungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Die Kooperation der verschiedenen Instanzen müsse optimiert werden, das Krankenhaus müsse sich bewusst als „Teil der Versorgungslandschaft“ wahrnehmen. Informationsflüsse sind zu verbessern, Arbeitsabläufe aufeinander abzustimmen (vgl. Schaeffer, 2000b; S. 29). Der deutsche Expertenstandard Entlassungsmanagement beinhaltet klare Verfahrensregeln, die empfehlen, transparente Assessmentinstrumente für das jeweilige PatientInnenklientel zu verwenden (vgl. DNQP, 2004; S. 90). Hier sei beispielsweise der BRASS-Index erwähnt, der als Initial(erst)assessment angewendet wird, um anhand eines Punktescores jene PatientInnen zu identifizieren, die Bedarf an Entlassungsmanagement haben. Der



BRASS-Index beinhaltet zehn Items (Alter, Lebenssituation, kognitive Fähigkeiten, funktioneller Status, Verhaltensmuster, Mobilität, sensorische Defizite, Anzahl vorhergehender Krankenhausaufenthalte, Anzahl medizinischer Diagnosen und Anzahl der verordneten Medikamente von PatientInnen). Das Instrument hat sich bei einer Longitudinalstudie mit 566 Patienten hinsichtlich ihres zu erwartenden Versorgungs- und Unterstützungsbedarf als geeignet erwiesen, PatientInnen, die „keinen Bedarf“ an Entlassungsmangement haben von jenen zu trennen, die „Bedarf“ haben (vgl. Engeln/Hennes/Stehling/Ziegenbein, 2006; S. 545ff.). Wo multi-institutionell koordiniert wird (oder werden muss), sind entsprechende organisatorische Voraussetzungen im Prozess- und Strukturbereich unumgänglich, um zufrieden stellende Ergebnisse zu erlangen (vgl. Grießler/Krajic/Peinhaupt/Pelikan, 1999; S. 14). Diese Ergebnisse sind beispielsweise erhöhte PatientInnenzufriedenheit und verminderte Rehospitalisierungsraten aufgrund von poststationären Versorgungseinbrüchen.

Prozesse werden häufig durch Leit- oder Richtlinien geregelt. Richtlinien haben verbindlichen Charakter und beschreiben Regelungen für bestimmte Situationen. Leitlinien hingegen sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für eine angemessene Vorgehensweise. Handlungsanweisungen wiederum regeln Verhaltensweisen auf relativ verbindliche Art und Weise (Schrems, 2008; S. 56). Synonym für Leitlinien wird häufig der Begriff „Standard“ verwendet. Richtlinien und Verfahrensstandards unterstützen bei klinischen Entscheidungsfindungen und helfen, Arbeitsabläufe zu vereinheitlichen. Sie stellen Mindestanforderungen dar und ermöglichen kosteneffiziente Prozesse (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2004; S. 74). Mangelnde Transparenz und unklare Zuständigkeiten stellen Schwachpunkte jeder Entlassungsplanung dar, daher sollen krankenhauses- oder abteilungsspezifische Regeln folgende Aspekte beschreiben:

- Die Kriterien, die PatientInnen erfüllen müssen, um einer komplexen Entlassungsvorbereitung zu bedürfen,
- die Abläufe innerhalb der Entlassungsplanung,
- die Kooperationen innerhalb der beteiligten Instanzen sowie
- Verfahrensanleitungen bezüglich der Kooperation mit externen Einrichtungen (vgl. DNQP, 2004; S. 90f.).

Weiters sind auf Strukturebene Anleitungs- und Schulungskonzepte für Patien-

Innen und Angehörige notwendig. Ausdrücklich hingewiesen wird auf die erforderliche Systematisierung und formale Vorgehensweise bezüglich der Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen. Die Institution Krankenhaus sollte also neben räumlichen, zeitlichen und personellen Ressourcen organisatorisch auch die nötigen Prozess- und Strukturrahmenbedingungen (Standards zur Identifikation von potentiellen PatientInnen, Kommunikationsstrukturen innerhalb der Berufsgruppen etc.) bereitstellen, um Entlassungsmanagement strukturiert anbieten zu können. In welcher Weise der Krankenhausträger von funktionierendem Entlassungsmanagement profitiert, wird im folgenden Kapitel geklärt.

#### **4.5 Die Vorteile funktionierenden Entlassungsmanagements für den Krankenhausträger**

Die Verminderung der Rehospitalisierungsraten wurde bereits als Vorteil strukturierter Entlassungsplanung beschrieben, dieser Umstand wirkt sich sowohl auf betroffene PatientInnen als auch auf den Krankenhausträger positiv aus.

Hinsichtlich der Entlastung im direkten Stationsalltag belegt eine Studie die Annehmlichkeiten, die die eigene Stabstelle „Entlassungsmanagement“ mit sich bringt. Neben der routinemäßigen Stationsarbeit Entlassungsplanung als „Nebenprodukt“ laufen zu lassen, beschreiben die auf der Station Befragten aus Pflege und Medizin als Herausforderung, es fehle generell an Wissen bezüglich des gesamten Repertoires an Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. Grundböck/Rappauer/Stricker, 2005; S. 22), außerdem mangelt es an zeitlichen Ressourcen. Im Gegensatz zu strukturiertem Entlassungsmanagement steht der Begriff der „hidden work“. Damit ist jene Informationsübermittlung und Schulung gemeint, die Pflegenden und MedizinerInnen neben der Stationstätigkeit vollbringen. Diese ist schwer fassbar und hat zumeist mehr intuitiven denn systematischen Charakter. Assessments bezüglich des zu erwartenden Versorgungsbedarfs werden kaum durchgeführt, es mangelt an Zielorientierung und Koordination, wenngleich bestimmte Tätigkeiten nicht nur auf eigene Stabstellen reduziert werden können und in Routinetätigkeiten mit einfließen (vgl. Wingenfeld, 2005; S. 87).

MedizinerInnen fühlen sich durch die Tätigkeit der EntlassungsmanagerInnen

deutlich entlastet, der Aufwand für Angehörigengespräche etwa ist merkbar reduziert. Die Koordination und Organisation der Entlassungsvorbereitung durch die EntlassungsmanagerInnen beschreiben sie als sehr effizient (vgl. Grundböck Rappauer/Stricker, 2005; S. 23). Visiten beispielsweise werden nicht durch dringend anfallende Angehörigengespräche unterbrochen, klar definierte Ansprechpersonen erleichtern die Aufrechterhaltung des Stationsalltags, Zeit und Raum für ausführliche Beratung und Information durch EntlassungsmanagerInnen ist gegeben.

Ziel vorliegender Arbeit ist die Darstellung der Sichtweisen aller am Entlassungsprozess Beteiligten, der PatientInnen selbst, deren soziales Umfeld und des Krankenhauses. Ebenfalls eingegangen wird nun auf die Sicht des extramuralen Sektors, um ein Gesamtbild der Entlassungssituation zu erhalten. In Bezug auf den extramuralen Bereich wird eine Zusammenfassung der Betreuungsformen in Wien gebracht und Möglichkeiten bzw. Grenzen in der extramuralen Betreuung älterer, mehrfach erkrankter Menschen angeführt. Weiters wird diskutiert, mit welchen Mängeln in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht der extramurale Betreuungssektor konfrontiert ist und aus welchen Gründen sich dies so darstellt.

## **5. Der extramurale Pflege- und Betreuungsbereich und seine Rolle rund um die Entlassungssituation**

Extramural (neulateinisch) bedeutet „außerhalb der Stadtmauern befindlich“ (Brockhaus, 2009). Im Zusammenhang mit der Krankenhausentlassung ist im Folgenden die Betreuung außerhalb des Krankenhauses durch mobile Dienstleistungsanbieter gemeint. Grundsätzlich ist für die extramurale Betreuung (Ausnahmen stellen die privaten Vereine dar) innerhalb Wiens der Fonds Soziales Wien zuständig, welcher die Dienste für pflege- und hilfsbedürftige Menschen über acht Beratungszentren koordiniert. Aufgabe des jeweiligen Beratungszentrums ist die Information und Beratung (Hilfsmittel, finanzielle und rechtliche Angelegenheiten etc.) von Betroffenen und deren Angehörigen, sowie die Ermittlung von Leistungsart und -umfang bzw. der anfallenden Kosten. Im

Anschluss daran erfolgt die Organisation der benötigten Dienste über die Kooperationsvereine (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007b). Die unterschiedlichen Betreuungsformen werden im Folgenden kurz vorgestellt.

## **5.1 Formen der extramuralen Betreuung in Wien**

Es wird zwischen sozialen Hilfsdiensten und diplomierten bzw. nicht diplomierten Pflegediensten unterschieden.

### **Soziale Hilfsdienste**

Soziale Hilfsangebote im Bereich Wien umfassen folgende Angebote: Menschen mit erhöhtem Bedarf an Hilfsleistungen können Essen auf Rädern, Besuchs- und Begleitdienste und/oder Heimhilfen in Anspruch nehmen. Letztere unterstützen bis zu dreimal täglich bei Haushaltstätigkeiten. Indibet stellt eine Sonderform der Betreuung dar, die sich speziell an demente und/oder psychisch kranke PatientInnen richtet. Das Hauptaugenmerk aller Angebote liegt auf der selbstständigen Lebensführung Betroffener in den eigenen vier Wänden. Das Wiener Unterstützungsangebot bietet ergänzend auch einen Reinigungs- und Wäschedienst an. Die Kostenberechnung für sämtliche Dienste ist abhängig vom Einkommen, der Pflegestufe und der Höhe des Versorgungsbedarfs, und wird vom Fonds Soziales Wien vorgenommen. Für BezieherInnen von Ausgleichszulagen (diese erhalten Personen mit niedriger Pension) besteht die Möglichkeit, gänzlich vom Kostenbeitrag befreit zu werden (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007b).

### **Diplomierte und nicht diplomierte Pflegedienste**

Diplomierte Pflegedienste werden in Form von Hauskrankenpflege und medizinischer Hauskrankenpflege angeboten. Hauskrankenpflege ist die im Bedarfsfall zeitlich unbegrenzte Betreuung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie durch PflegehelferInnen in der häuslichen Umgebung. Reaktivierend und aktivierend ist der Fokus auf Erhalt und Förderung von Ressourcen gerichtet. Das Tätigkeitsfeld umfasst pflegerische Grundtechniken sowie die Mobilisation Betroffener. Die Berechnung erfolgt wie bei den sozialen Diensten. Medizinische Hauskrankenpflege wird auf ärztliche Anordnung

ausgeführt und ist zeitlich begrenzt. Sie soll einen Krankenhausaufenthalt verkürzen oder vermeiden. Die Kosten werden von den Sozialversicherungsträgern übernommen (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007b).

Eine Sonderform stellt die mobile Palliativbetreuung dar. Diese bietet Sterbebegleitung für PatientInnen in der terminalen Phase ihrer Erkrankung und entlastet zusätzlich deren soziales Umfeld. So soll ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden. Das mobile Palliativteam setzt sich aus ÄrztInnen, Pflegenden, SeelsorgerInnen und ehrenamtlich Tätigen zusammen und ermöglicht ein Leben bis zum Tod in Würde und Geborgenheit. Die Kostenübernahme erfolgt zur Gänze durch die Krankenkassen. Der Leistungsumfang beinhaltet medizinische und pflegerische Versorgung, optimierte Schmerztherapie, psychische Betreuung der Erkrankten sowie Entlastung der Angehörigen (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007b).

### **24-Stundenbetreuungsdienste**

24-Stundenbetreuung ist konzipiert für Menschen, denen die Maximalbetreuung von dreimal täglich für eine adäquate, häusliche Versorgung nicht ausreicht, beispielsweise bei der Notwendigkeit von Nachtanwesenheit. Seit 1. Juli 2007 kann beim Bundessozialamt für pflegebedürftige Menschen eine Förderung für eine 24-Stundenbetreuung beantragt werden. Vorausgesetzt wird der Bezug der Pflegestufe drei nach dem Bundespflegegeldgesetz bzw. Landespflegegeldgesetz. Die Betreuungsperson muss ein Betreuungsverhältnis mit der pflegebedürftigen Person oder mit einem gemeinnützigen Verein eingehen, das monatliche Nettoeinkommen betroffener PatientInnen darf 2.500 € nicht übersteigen (nicht einberechnet werden Pflegegeld, Sonderzahlungen, Familienbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld und Wohnbeihilfen). Die definitiven Kosten werden mit der jeweiligen Organisation bzw. der selbstständigen Betreuungsperson mit Ausbildung nach dem Personenbetreuergesetz vereinbart. Tätigkeiten, die laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz diplomiertem Fachpersonal vorbehalten sind, dürfen durch die PersonenbetreuerInnen nicht übernommen werden (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007b). Aus dieser Auflistung von Betreuungsmöglichkeiten ist abzuleiten, dass abgesehen von der 24-Stundenbetreuung eine Nachtversorgung pflegebedürftiger Menschen in Wien im Leistungsangebot nicht vorgesehen ist und ein ungelöstes Problem darstellt. Hinsichtlich der 24-

Stundenbetreuung ist anzumerken, dass trotz der Förderung durch das Bundessozialamt Kosten auf Interessierte zukommen, welche privat auch mit Pflegegeldbezug für Menschen mit niedrigerem Einkommen kaum finanzierbar sind.

Der extramuralen Versorgung sind mit der maximal dreimal täglichen Betreuung durchaus strukturelle Grenzen in der Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse Betroffener gesetzt. Eine patientInnenzentrierte Versorgung, die sich an den bisherigen Lebensgewohnheiten betroffener Menschen orientiert, ist mit den vorhandenen Strukturen kaum durchführbar. Für EntlassungsmanagerInnen ist dies insofern von Bedeutung, als es dadurch zu einer ablehnenden Haltung von PatientInnen gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfsdiensten kommen kann. Häusliche Unterversorgung kann zu wiederholten Spitalsaufnahmen ohne medizinische Indikation führen.

## **5.2 Quantitative und qualitative Mängel im extramuralen Bereich**

Mängel im extramuralen Sektor haben durch mögliche Rehospitalisierung von PatientInnen indirekt Auswirkung auf das Entlassungsmangement in Krankenhäusern, und sind daher für die Gesamtdarstellung der Situation der verschiedenen involvierten Bereiche von Interesse.

### **Quantitative Mängel im extramuralen Betreuungsbereich**

In einer wissenschaftlichen Expertise zum Thema „Pflegenotstand in der mobilen Pflege?“ führen die AutorInnen (vgl. Krajic/Nowak/Rappold, 2005; S. 19f.) als Ursachen für offene Planstellen im extramuralen Bereich an, dass Bewerbungen ausbleiben bzw. BewerberInnen nicht die notwendigen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Anbieterorganisationen berichten beispielsweise über Anmeldungen von Krankenpflegeschulen-AbgängerInnen ohne Praxiserfahrung. Die Fluktuationsrate ist im extramuralen Pflegesektor mit 14,5 Prozent im öffentlichen und 27,3 Prozent im Non-Profit-Bereich verhältnismäßig hoch (Schneider/Trukeschitz, 2005b; zit.n. Krajic/Nowak/Rappold, 2005; S. 19f.). Im Vergleich dazu beträgt die Fluktuationsrate des diplomierten Pflegepersonals im St. Josef Krankenhaus Wien im Jahr 2007 4,51 Prozent (vgl. St. Josef

Krankenhaus, 2009). Berufsausstiege stellen ein ebenfalls nicht zu vernachlässigendes Problem dar. Systematische Überstunden gelten ebenfalls als ein Indiz für Personalmangel, Arbeitszeitausdehnung bei Arbeitsspitzen oder Personalknappheit sind üblich. Als schwierig erweist sich die klare Abgrenzung fachlich-pflegerischer Tätigkeiten von unbezahlten Leistungen, wie den „Gesprächen an der Türschwelle“ etwa. Diese sind keine Leistungen im herkömmlichen Sinn, beeinflussen jedoch die Zeitmuster enorm. Als Ursachen quantitativer Mängel sind die steigende Anzahl zu Betreuender sowie die aufwändigeren Pflegetätigkeiten bei hochaltrigen, schwerstkranken Menschen in der mobilen Pflege zu nennen (vgl. Krenn/Papuscek, 2003; zit.n. Krajic/Nowak/Rappold, 2005; S. 21). Das geringe Ansehen der Hauskrankenpflege innerhalb der eigenen Berufsgruppe und die unzureichende soziale Anerkennung werden in Kombination mit subjektiver Unterbezahlung als Gründe für Personalmangel angeführt (vgl. ebd., S. 22).

### **Qualitative Mängel im extramuralen Betreuungsbereich**

Im Hinblick auf qualitative Mängel (vgl. Krajic/Nowak/Rappold, 2005; S. 24f.) im extramuralen Bereich entspricht der Ausbildungsstand der Pflegenden nicht den Anforderungen. Es kommt zu Kompetenzüberschreitungen, beispielsweise verrichten Heimhilfen Tätigkeiten, die dem gehobenen Dienst der Krankenpflegepersonen vorbehalten sind. Auch bei examinierten Pflegepersonen treten in bestimmten Bereichen Minderqualifikationen auf, beispielsweise in der PatientInnenanleitung und -schulung sowie rund um den laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“. Fehlende Expertisen in Spezialthematiken wie der Biografiearbeit, der Validation oder des Diabetes Mellitus und der Demenz werden ebenfalls angeführt. Ursachen für qualitative Mängel begründen sich einerseits in mangelnder Erfahrung aufgrund zu kurzer Verweildauer im Beruf, weiters wird auf fehlende Karrieremöglichkeiten und unzureichende Personalentwicklung hingewiesen. Insgesamt sei das pflegerische Selbstverständnis, auch was die Delegation von Tätigkeiten angeht, zu überdenken (vgl. ebd., 2005; S. 24f.).

In Bezug auf die Entwicklung von Expertisen wie beispielsweise im Bereich des Entlassungsmanagements oder der Diabetesberatung ist es Aufgabe der Pflegewissenschaft, durch evidenzbasierte Konzepte an der Entwicklung dieser

Spezialberufsbilder innerhalb der Pflege mitzuwirken, um das Selbstbild und das gesellschaftliche Ansehen der Pflege hinsichtlich ihrer Spezifität zu kräftigen. EntlassungsmanagerInnen sind hier gefordert, ihr Spezialwissen einzubringen. Welche Veränderungen in der mobilen Hauskrankenpflege positiv dazu beitragen können, den komplexen Bedürfnissen Pflegebedürftiger besser entgegenzukommen, wird im nächsten Abschnitt behandelt.

### **5.3 Visionen in der mobilen Pflege**

In Anbetracht der zuvor beschriebenen Probleme (Ablehnung durch PatientInnen, hohe Fluktuationsrate und geringe Verweildauer im Beruf, fehlende Nachtbetreuung, mangelnde Flexibilität etc.) drängt sich die Frage auf, welche Veränderungen in der extramuralen Pflege dieser aus ihrer „Krise“ helfen können. Krajic et al. geben die Empfehlung ab, Betreuungsleistungen patientInnen- und mitarbeiterInnenorientierter zu gestalten. Eine Orientierung am Konzept des „Primary Nursing“ und komplexes Case- and Care Management werden empfohlen. Die Primary Nurse übernimmt die Gesamtverantwortung für die Betreuung der PatientInnen, ohne jedoch diese Tätigkeiten im Detail selbst zu erbringen (vgl. Krajic/Nowak/Rappold, 2005; S. 10). Sie/Er verfügt also über ein hohes Maß an organisatorischer Kompetenz und behält den „Gesamtüberblick“.

In der Versorgung mehrfach erkrankter, älterer Menschen stellt die Fragmentierung der Hilfe- und Betreuungsleistungen häufig ein Problem für Betroffene dar. So erfolgt beispielsweise die Versorgung des Haushalts durch Heimhilfen und die Insulinverabreichung durch eine diplomierte Pflegefachkraft, beides eventuell sogar mehrmals täglich. PatientInnen sind so konfrontiert mit einer Vielzahl an Betreuungspersonen, es herrscht ein „Kommen und Gehen“, was zur Beunruhigung der Betreuten führen kann. Der Zerstückelung der einzelnen Dienstleistungen wäre in Zukunft entgegenzuwirken. Weiters empfehlen Krajic et al. den Aufbau eines Netzwerks an Pflegespezialistinnen, beispielsweise im Themengebiet der Inkontinenz, Demenz und Diabetes, welche mit anderen extramuralen Diensten wie den HausärztInnen, Apotheken und mobilen Palliativteams ebenso wie mit den informell Pflegenden kooperieren. Ein Ausbau dieser Strukturen könnte die Zufriedenheit auf Seiten aller Beteiligten verbessern



(vgl. Krajic/Nowak/Rappold, 2005; S. 10).

Im nächsten Kapitel erfolgt die Darstellung der verschiedenen Settings des intramuralen Betreuungssektors im Raum Wien, weiters wird den häufigsten Problemen rund um die Übersiedlung in ein Pflegeheim nachgegangen.

## **6. Intramurale Betreuungsformen in Wien**

In Wien gibt es derzeit die Möglichkeit, tagsüber intramurale Betreuung (Tagesbetreuungscentren) in Anspruch zu nehmen und in der häuslichen Umgebung wohnhaft zu verbleiben. Ist dies aus gesundheitlichen Gründen für Menschen mit erhöhtem Betreuungsaufwand und/oder deren soziales Umfeld nicht mehr tragbar, können Betroffene in eine Langzeitbetreuungseinrichtung übersiedeln.

### **Tagesbetreuungscentren in Wien**

SeniorInnen wird dort ein strukturierter Tagesablauf inklusive benötigter Pflege geboten. Die Betreuung ist wochentags oder bei Bedarf tageweise möglich. Centren mit Schwerpunkt Alzheimer und Demenz sind vorhanden. Voraussetzung für den Besuch eines Tagescentrums ist, dass die betreffende Person nicht bettlägerig ist. Derzeit bieten 19 Tagescentren wienweit Tagesbetreuung an (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007b).

### **Die Übergangslösung der Kurzzeitpflege**

Die Kurzzeitpflege ist konzipiert für Menschen, die nach Erkrankungen oder Unfällen noch nicht in ihre häusliche Umgebung entlassbar sind, jedoch keine dauernde Pflegebedürftigkeit zu erwarten und keine Rehabilitation im Sinne der Sozialversicherungsträger möglich bzw. sinnvoll ist. Voraussetzung zur Aufnahme ist, dass ein Motivationspotential vorhanden ist und der Patient/die Patientin nicht unter einer Demenz oder anderen geistigen Einschränkungen leidet. Eine ähnliche Unterbringungsform stellt die so genannte „Urlaubspflege“ dar, die dann in Anspruch genommen werden kann, wenn beispielsweise die Hauptpflegepersonen auf Urlaub fahren oder gesundheitlich verhindert sind (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007a).

## **Langzeitbetreuungsformen und PensionistInnenwohnheime in Wien**

Langzeitbetreuung steht innerhalb Wiens in Form von PensionistInnenwohnheimen, Kurzzeitpflegebetreuungsstätten und Pflegeheimen (private Träger oder mit Förderung durch den Fonds Soziales Wien) zur Verfügung.

Der gemeinnützige, privatrechtliche Fonds „Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser“ stellt in den 31 „Häusern zum Leben“ wienweit 7.600 Wohn- und 1.800 Pflegeplätze zur Verfügung. Die BewohnerInnen leben in Apartments und können pflegerische und/oder hauswirtschaftliche Dienstleistungen nach persönlicher Wahl in Anspruch nehmen. Bei Bedarf kann in den stationären Bereich (Bettenstation) gewechselt werden. Förderkriterien können der Homepage entnommen werden (vgl. Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser, o.D.).

Langzeitpflegeinstitutionen bieten pflegerische und medizinische Betreuung rund um die Uhr und teilweise spezielle geriatrische Versorgung (mit Schwerpunkt Alzheimererkrankung beispielsweise). Grundvoraussetzung für eine finanzielle Förderung durch die Stadt Wien ist das Vorliegen der Mindestpflegestufe drei. Es besteht die Möglichkeit, in Geriatriezentren der Stadt Wien untergebracht zu werden, in privaten Pflegeheimen, die ein Förderabkommen mit der Gemeinde Wien haben, oder in privaten Pflegeheimen aufgenommen zu werden (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007a). Die Übersiedlung in ein Pflegeheim ist häufig - ganz abgesehen von emotionalen Faktoren - mit organisatorischen Schwierigkeiten verbunden. Soll sie von einem Krankenhaus aus direkt in eine Langzeitinstitution erfolgen, steht das Entlassungsmanagement vor vielerlei Herausforderungen, denen im Folgenden nachgegangen wird.

## **Probleme rund um die Übersiedlung in ein Pflegeheim**

Wartezeiten können, vor allem rund um die Sommermonate und bei bestimmten Wunschpflegeheimen, bis zu einem halben Jahr ausmachen, wie auch auf der Informationsseite der Gemeinde Wien vermerkt ist. In „Notfällen“ ist eine sofortige Aufnahme möglich, allerdings sind die Ressourcen dieser „Notplätze“ sehr begrenzt (vgl. Magistrat der Stadt Wien, o.D.).

Der Mindestbezug der Pflegegeldstufe drei stellt eine Grundvoraussetzung zur finanziell geförderten Aufnahme in ein Pflegeheim der Stadt Wien bzw. ein privates Heim mit Förderung dar (vgl. Fonds Soziales Wien, 2007a). Häufig ist

jedoch die PflegegeldEinstufung zu dem Zeitpunkt, an dem eine Pflegeheimaufnahme sinnvoll erscheint, noch nicht vorhanden. Die Einreichung verzögert die Aufnahme, die Zeitspanne bis zur Übersiedlung in ein Pflegeheim muss in diesem Fall entweder im Krankenhaus oder im häuslichen Bereich durch extramurale Dienste abgedeckt werden. Beide Möglichkeiten wiederum bringen Begleitprobleme mit sich. Entweder wird ein „Akutkrankensbett“ aus sozialer Indikation heraus blockiert oder der extramurale Betreuungssektor ist mit dem Pflegeaufwand des Betroffenen/der Betroffenen mit den vorhandenen Versorgungsstrukturen im häuslichen Umfeld überfordert (in der Folge kommt es zu einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus). Die Pflegeheimkapazitäten Wiens scheinen aufgrund der Wartezeiten für den tatsächlichen Bedarf an Betreuungsplätzen nicht auszureichen.

In den Jahren 1990 bis 1996 war bei der Anzahl der Pflegeheimplätze generell eine leicht fallende Tendenz zu bemerken (vgl. Grießler/Krajic/Peinhaupt/Pelikan, 1999; S. 20). Im Zuge von Umstrukturierungen wurden beispielsweise die Betten im Geriatriezentrum am Wienerwald (ehemals „Versorgungsheim“, dann Pflegeheim Lainz) von 4.000 auf 1.200 reduziert (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 2009). Umso wichtiger ist der Ausbau des mobilen Dienstleistungssektors, um eine adäquate Versorgung der hohen Anzahl an Betreuungsbedürftigen im häuslichen Bereich zu gewährleisten.

Durch die Darstellung der verschiedenen Perspektiven rund um die Entlassungssituation wurde bisher die Komplexität und Problematik der Thematik bereits von mehreren involvierten Seiten beleuchtet. Es folgt nun eine Zusammenfassung der bisherigen Erkenntnisse.

## **7. Zusammenfassung der Rolle aller involvierten Akteure rund um die Entlassungssituation**

Die Entlassung mehrfach erkrankter, älterer Menschen mit komplexem Betreuungsbedarf stellt alle Beteiligten, also sowohl die Betroffenen selbst, deren nahe stehende Personen sowie die Krankenhausträger und den extra- und intramuralen Betreuungssektor vor vielerlei Herausforderungen und Schwierigkeiten. Entlassungsmanagement hat sich, wenn auch mit einer Vielfalt an Bezeichnungen und leicht unterschiedlichem Tätigkeitsfeld, in vielen Krankenhäusern etabliert und begründet sich auf gesetzlichen Grundlagen, welche sowohl im Bundesverfassungsgesetz als auch im Krankenanstaltengesetz sowie dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankert sind. Die Beratung, Information und Organisation der Weiterbetreuung von PatientInnen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt wird sowohl von PatientInnen als auch von deren Angehörigen/nahe stehenden Personen und anderen im Stationsbetrieb tätigen Berufsgruppen als positiv bewertet. Als erschwerend im Entlassungsprozess präsentieren sich die organisatorischen Hürden rund um die Entlassungsplanung, welche die Aufrechterhaltung von Kontinuität in der Weiterversorgung der PatientInnen nach dem Krankenhausaufenthalt erheblich erschweren (Wartezeiten auf Pflegegeldeinstufungen und freie Pflegeheimplätze, komplizierte Antragsstellungen, fragmentierte Leistungserbringung im häuslichen Bereich, Ablehnungen der Bewilligung von Hilfsmitteln etc.). Die veränderte Krankenhausfinanzierung hat zu einer Verkürzung der Verweildauer im stationären Akutbereich geführt, was die Tendenz zu Wiedereinweisungen ins Krankenhaus mit sich gebracht hat.

EntlassungsmanagerInnen sind bemüht, bestmögliche Lösungen für alle Involvierten herbeizuführen. Sie sind in ihrem Handlungsspielraum jedoch durch die bestehenden Strukturen im extra- und intramuralen Betreuungssektor stark limitiert. Die derzeitigen quantitativen Ressourcen scheinen in Anbetracht des tatsächlichen Hilfe- und Betreuungsbedarfs Betroffener nicht in ausreichendem Maße vorhanden zu sein.

## **8. Die Entlassungssituation aus Sicht der ExpertInnen im Entlassungsmanagement**

Ziel dieser Diplomarbeit war die Darstellung aller am Entlassungsprozess Beteiligten. Um die zum Thema Entlassungsmanagement bereits vorhandene Literatur durch die Sicht der in diesem Tätigkeitsfeld Beschäftigten zu bereichern wurde die Methode der ExpertInneninterviews gewählt. Diese Interviewform stellt in diesem Zusammenhang eine geeignete Methode der qualitativen Forschung dar. Interviewt wurde jeweils eine Mitarbeiterin des Entlassungsmanagements der einzelnen Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe Wien (Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Krankenhaus Göttlicher Heiland, Herz-Jesu Krankenhaus, St. Josef Krankenhaus, Orthopädisches Spital Speising). Das Sample beinhaltet demnach jeweils eine Vertreterin des Entlassungsmanagements jedes Krankenhauses der Vinzenz Gruppe Wien, dem Zusammenschluss geistlicher Ordenskrankenhäuser Wiens.

Es folgt nun eine kurze Einführung in das qualitative Paradigma, welches dem ExpertInneninterview zugrunde liegt

### **8.1 Einführung in die qualitative Forschung**

Mittels qualitativer Forschung werden Lebenserfahrungen systematisch und subjektiv beschrieben und möglichst ganzheitlich erfasst. Qualitative Forschung geht davon aus, dass es keine einzige, wahre Realität gibt. Vielmehr ist Wirklichkeit von der individuellen Wahrnehmung des einzelnen und der jeweiligen Interpretation bestimmt. Die Betrachtung hat immer im Gesamtkontext zu erfolgen. Zu diesem Zweck werden offene, nicht standardisierte Erhebungsmethoden verwendet und interpretativ ausgewertet. Phänomene des menschlichen Erlebens werden möglichst ganzheitlich und von innen heraus „subjektiv“ erfahren, um zu einem besseren Verständnis zu gelangen (vgl. Mayer, 2007; S. 9). Ziel qualitativer Forschung ist zu erfassen, was Menschen in einem sozialen Kontext dazu bringt, in einer bestimmten Weise zu handeln, welche Dynamik dieses Handeln im sozialen Umfeld auslöst und wie dieses wiederum auf die Handlungsweisen zurückwirkt. Im Fokus steht die gesellschaftliche Verankerung der Praxis

menschlichen Handelns, sozialer Ereignisse und deren Entwicklungsdynamik (vgl. Froschauer/Lueger, 2003; S. 17). Ergebnisse qualitativer Forschung sind keine numerischen Daten, sondern Beschreibungen (vgl. Mayer, 2007; S. 9). Pfadenauer (2009, S. 99) meint, der Sinn und Zweck von ExpertInneninterviews liege auf der Hand: „Sie rekonstruieren besondere Wissensbestände bzw. besonderes, exklusives, detailliertes oder umfassendes Wissen über besondere Wissensbestände und Praktiken.“

### **Das ExpertInneninterview als Spezialform der qualitativen Erhebung**

Bogner und Menz beschreiben das ExpertInneninterview gegenüber anderen Erhebungsformen wie beispielsweise der teilnehmenden Beobachtung als eine Möglichkeit, konkurrenzlos dichtes Datenmaterial zu gewinnen (vgl. Bogner/Menz, 2009a; S. 8). Das Problem der mangelnden Motivation der InterviewpartnerInnen kommt bei dieser Interviewform kaum vor. Unter ExpertInnen, so die Autoren, darf ein „[...] gemeinsam geteiltes, gleichsam begründungsfreies Einverständnis über die soziale Bedeutung von Forschung vorausgesetzt werden.“ (ebd.; S.8) Dementsprechend unproblematisch gestaltete sich auch der Feldzugang. Alle interviewten Entlassungsmanagerinnen (alle Befragten waren weiblichen Geschlechts) als auch deren Vorgesetzte erteilten sofort ihr Einverständnis zur Mitarbeit. Die Interviews wurden bis auf eine Ausnahme (Privaträume) in den Büroräumlichkeiten der Entlassungsmanagerinnen durchgeführt. Die Dauer lag zwischen 1,25 Stunden und 31,75 Minuten.

### **Wer gilt als ExpertIn?**

Der Begriff „ExpertIn“ wirft die Frage auf, in wie weit sich ExpertInnenwissen und -handeln von anderen sozialen Handlungen und Wissensbeständen unterscheidet. Eine Person wird im Rahmen eines Forschungsprozesses dann als ExpertIn tituiert, wenn begründet angenommen werden kann, dass sie/er über eine Art von Wissen verfügt, das zwar nicht ihr/ihm alleinig vorbehalten ist, das aber doch nicht jedermann/-frau in dem jeweiligen Wissensgebiet zugänglich ist. Auf diese Form von Wissensvorsprung zielt das ExpertInneninterview ab und unterscheidet den Experten/die Expertin vom Laien (vgl. Meuser/Nagel, 2009; S. 37).

Alle fünf interviewten Entlassungsmanagerinnen haben die Weiterbildung „Entlassungsmanagement“ erfolgreich absolviert und verfügen, bis auf eine

Ausnahme, über mehrjährige Berufserfahrung in diesem Tätigkeitsfeld. Die Bezeichnung „ExpertIn“ ist also durchaus für alle InterviewpartnerInnen zutreffend, das ExpertInneninterview geeignetes Instrument.

### **Die Rolle des Interviewers/der InterviewerIn im ExpertInneninterview**

In vorliegender Arbeit stammt die Interviewerin (= Autorin der Arbeit) wie die befragten ExpertInnen aus dem Arbeitsfeld des Entlassungsmanagements, was Vorteile und Gefahren mit sich bringt. Bogner und Menz definieren innerhalb der Befragungssituation grundsätzlich fünf Typen in der Interaktion zwischen InterviewerIn und befragter Person:

- Die interviewende Person kann von befragten ExpertInnen als Laie/Laiin angesehen werden, wenn aus irgendeinem Grund Fachkompetenz nicht zugeschrieben wird. Es entsteht ein Ungleichgewicht in der Befragung zugunsten des Experten/der Expertin, es kommt zu Monologen und demonstrativer Gutmütigkeit, das Interview gestaltet sich im Anschluss als eher schwer steuerbar.
- Der Interviewer/die Interviewerin als Co-ExpertIn führt zu einer symmetrischen Interaktionsebene während des Interviews und beruht auf der Geläufigkeit des Fachjargons. Als Vorteil ergibt sich hohes Fachniveau, möglicherweise werden Vorgangsweisen expliziter begründet. Diese Interviewform wird gezielt in der fakten- und datenfokussierten Erhebung angewandt.
- Der Interviewer/die InterviewerIn als Autorität kommt zum Tragen, wenn diesem/dieser Überlegenheit zugeschrieben wird. Wieder entsteht eine asymmetrische Interaktion zugunsten des Interviewers/der Interviewerin. Der Fragestil imponiert autoritär, es wird kritisch reflektiert, der/die Befragte wird im Redefluss unterbrochen. Als Vorteil ergibt sich eine möglicherweise sehr expressive Selbstdarstellung des/der Interviewten, es kann aber auch zu einem Verschweigen kritischer Sachverhalte kommen. Diese Interviewform gilt generell als nicht empfehlenswert, ist bei Interviews im Rahmen von Evaluationen jedoch häufig nicht zu vermeiden.
- Wird der Interviewer/die Interviewerin als potenzielle(r) KritikerIn angesehen, werden die Antworten eher kurz gehalten und kritische Gegenfragen gestellt. Im positiven Fall kommt es zu ausführlichen

Erläuterungen von normativen Regeln, im negativen Fall droht der Gesprächsabbruch. Auch diese Interviewform sollte vermieden werden.

- Der vorliegenden Untersuchung am ehesten entsprechende Interviewsituation ist die Einstufung der Interviewerin als Komplizin. Die Befragung wird sehr persönlich geführt, häufig kennen sich die PartnerInnen bereits und teilen beispielsweise Vereinsmitgliedschaften. Im Gespräch selbst kommt es häufig zu gegenseitiger Bestätigung und zum Austausch vertraulicher Informationen. Als Nachteil wird angeführt, dass möglicherweise normative Prämissen implizit bleiben (vgl. Bogner/Menz, 2009b; S. 88). Diesem Umstand wurde daher in der Interviewsituation besondere Beachtung geschenkt, indem bewusst nach anscheinend logischen Inhalten gefragt wurde.

Die Gesprächssituation mit InterviewerInnen aus dem selben Interessensfeld ist von Merkmalen gekennzeichnet, die der Kommunikation von ExpertInnen gemein ist: Thematische Fokussierung und der Gebrauch von Fachtermini stehen im Vordergrund, was den Vorteil mit sich bringt, dass im Gespräch Zusammenhänge und Grundsätzlichkeiten ohne gesonderte Erklärung vorausgesetzt werden dürfen. Hohe thematische Kompetenz auf Seiten des Interviewers/der Interviewerin ist Grundvoraussetzung für konstruktive ExpertInneninterviews. Feldkompetenz und hohe Feldakzeptanz sind unabdingbar für die Brauchbarkeit des Instruments ExpertInneninterview (vgl. Pfadenauer, 2009; S. 104ff.). Diesen Aspekt erfüllt die Autorin mit mehrjähriger Praxiserfahrung und zusätzlich absolvierter Weiterbildung „Entlassungsmanagement“, sowie ihrer Teilnahme an regelmäßigen Netzwerktreffen der EntlassungsmanagerInnen der Vinzenz Gruppe Wien.

### **Die Gesprächsführung im ExpertInneninterview**

Nicht-standardisierte Sozialforschung unterscheidet sich von standardisierten Befragungstechniken dadurch, dass dem Befragten/der Befragten nicht ein äußeres Regelsystem aufgedrängt wird, sondern er bzw. sie seine/ihre Prioritäten selber setzt. Das Interview soll nicht einem Verhör ähneln. Viel mehr wird ein „quasi-normales“ Gespräch angestrebt, das am ehesten einem „diskursiv-argumentativen Fachgespräch“ im Rahmen einer entspannten Interviewsituation unter ExpertInnen entspricht (vgl. Pfadenauer, 2009; 102f.).



## **Der Leitfaden im ExpertInneninterview**

Offene Interviewleitfäden werden als angemessenes Erhebungsinstrument im ExpertInneninterview beschrieben. Sie geben der interviewten Person die Möglichkeit, Sachverhalte auszuführen und umfassend zu erläutern. Es wird dabei die Empfehlung abgegeben, nicht völlig auf thematische Vorstrukturierungen zu verzichten, wie dies beispielsweise bei narrativen Interviews angebracht ist. Durch dieses Vorgehen könnte der Eindruck entstehen, die interviewende Person verfüge über keine Kompetenzen im jeweiligen Sachgebiet. Weiters wäre auch das Abgleiten des Interviews in eine zu biografische Richtung denkbar. Das Hauptaugenmerk soll aber nicht auf die Lebensgeschichte der befragten ExpertInnen gerichtet werden, sondern auf Handlungsstrategien und Entscheidungskriterien. Auch im ExpertInneninterview kann es mitunter zu narrativen Passagen kommen, diese geben sogar Hinweise auf Beweggründe für das ExpertInnenhandeln, die den Betroffenen selbst oft gar nicht bewusst sind. Der Leitfaden soll interessierende Themen aus allen möglichen Aspekten herauskristallisieren und das Gespräch in diese Richtungen lenken (vgl. Meuser/Nagel, 2009; S. 52ff.).

Die Inhalte des ExpertInnenleitfadens dieser Diplomarbeit sind wie folgt:

- Entlassungsmanagement innerhalb des Krankenhauses (Zuweisungsmodalitäten, Rechtzeitigkeit, Ressourcen, Rahmenbedingungen, Mitspracherecht...)
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen innerhalb des Krankenhauses
- Kooperation mit Angehörigen und nahe stehenden Personen von Betroffenen
- Kooperation mit extramuralen Anbietern (Heimhilfe, mobile Hauskrankenpflege, Beratungszentren Pflege und Betreuung)
- Erfahrungen mit mobiler und stationärer Palliativbetreuung
- Erfahrungen beim Übergang in Langzeitpflegeeinrichtungen (Antragsstellung, Wartezeiten, Fonds Soziales Wien)
- Kooperation mit betreuenden HausärztInnen
- Erfahrungen hinsichtlich Bewilligung von Hilfsmitteln
- Erfahrungen in Bezug auf Pflegegeld (Einstufung, Wartezeiten, Prozedere)

- Erfahrungen mit Sachwalterschaftsanträgen (Procedere, Wartezeiten, Überbrückung bis zur Bestellung)
- Erfahrungen mit 24-Stundenbetreuungsmodellen (Finanzierbarkeit etc.)
- Weiterbildung „Entlassungsmanagement“
- Häufigste Schnittstellenprobleme rund um die Entlassungssituation

Der verwendete Interviewleitfaden ist im Anhang beigefügt.

### **Die Auswertung der ExpertInneninterviews**

Im Gegensatz zu anderen qualitativen Methoden orientiert sich das ExpertInneninterview an thematisch zusammenpassenden Einheiten und nicht an der Sequenzialität von Äußerungen. Von Bedeutung in der qualitativen Forschung ist die Einbettung der Äußerungen in ihren Gesamtkontext. Die Auswertung der Tonbandaufnahmen erfolgte in Anlehnung an Meuser und Nagel (vgl. ebd., 2009; S. 56f.).

### **Die Transkription der Interviews**

Im Gegensatz zu biographischen Interviews beispielsweise ist die Transkription der gesamten Tonbandaufnahme nicht generell zwingend erforderlich, transkribiert werden müssen lediglich die thematisch relevanten Textteile (vgl. Meuser/Nagel, 2009; S. 56). In dieser Arbeit wurde jedoch das gesamte Interview verschriftlicht, um den Gesamtkontext der Aussagen bei der Auswertung leichter rückverfolgen zu können.

### **Die Paraphrasierung und Codierung der Textbausteine**

Die transkribierten Interviews wurden dem Alltagsverständnis folgend nach thematischen Einheiten sequenziert. Um Inhalte nicht zu reduzieren soll die Paraphrasierung dem Gesprächsverlauf entsprechend die ExpertInnenäußerungen wiedergeben (vgl. Meuser/Nagel, 2009; S. 56). Es erfolgte eine thematische Ordnung der Paraphrasen, es wurde textnah unter Verwendung der Termini der ExpertInnen vorgegangen. Redewendungen oder Begriffe wurden auch direkt übernommen. Den Passagen wurden Codes zugeordnet (vgl. Meuser/Nagel, 2009; S. 56).

### **Der thematische Vergleich von Textpassagen**

Thematisch vergleichbare Textpassagen aus verschiedenen Interviews wurden in Bündel geordnet und kontinuierlich mit dem Gesamtkontext rückverglichen (vgl. Meuser/Nagel, 2009; S. 57).

### **Die soziologische Konzeptualisierung des Textes**

Nun erfolgte die Ablösung vom ursprünglichen Text und der Sprache der Befragten. Die Kategorienbildung erfolgte durch ein Subsumieren von Teilen zu einem Begriff. Verallgemeinerungen beschränkten sich auf das vorliegende empirische Material, wenn auch der jeweilige Begriff im Text selbst nicht vorkam (vgl. Meuser/Nagel, 2009; S. 57).

### **Die theoretische Generalisierung der Kategorien**

Im nächsten Schritt wurden Kategorien in ihren Zusammenhängen angeordnet und sinngemäße Zusammenhänge verknüpft (vgl. Meuser/Nagel, 2009; S. 57).

## **8.2 Die Ergebnisse der Expertinneninterviews**

Es folgt nun eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der durchgeführten ExpertInneninterviews mit den fünf Entlassungsmanagerinnen der Vinzenz Gruppe Wien.

### **8.2.1 Die Darstellung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews auf Strukturebene**

Auf Strukturebene wurden alle Aspekte zusammengefasst, die notwendige Voraussetzungen darstellen, um funktionierendes Entlassungsmanagement anzubieten. Darunter fallen die personelle Besetzung des Entlassungsmanagements, das Vorhandensein von Spezialeinheiten wie Akutgeriatrien und Palliativstationen, die räumliche Ausstattung, benötigte Hilfsmittel sowie Konzepte und die spezifische Weiterbildung Entlassungsmanagement.

### **Personalaspekte im Entlassungsmanagement in qualitativer Hinsicht**

Die Entlassungsmanagementteams sind in drei der involvierten Krankenhäuser multidisziplinär durch Pflegepersonen und SozialarbeiterInnen besetzt. Erweiterte Teamtreffen mit behandelnden ÄrztInnen und Pflegepersonen, Ergo- und Physiotherapie werden durchgängig als positiv beschrieben. Eine Interviewte gibt an, diese Besprechungen auch gemeinsam mit PatientInnen und Angehörigen durchzuführen. Die Häufigkeit der Zusammentreffen wird als ausbaufähig angeführt. Einer Antworterin führt die Auswahl der personellen Besetzung der EntlassungsmanagerInnen als grundlegend an, da sie die Schnittstelle zwischen PatientInnen, Angehörigen, medizinischen und pflegerischen, intramuralen Betreuern und extramuralen Diensten darstellt: *„Also mir persönlich erscheint das Wichtigste, dass eben, dass einfach die Posten Entlassungsmanagement so besetzt sind, mit so ein bisschen, wie sage ich jetzt? Mit so ein bisschen Individualisten, die gut fundamentiert sind, die sich gut vernetzen können, und die vor allem sehr, sehr flexibel sind. Einfach im Sinn für die Patienten und für die Angehörigen, weil ich glaube, es ist einfach ein wichtiger Posten im Bereich Krankenhaus.“* (III/625-631) In dieser Vermittlerposition steckt, so die Befragte, auch hohes Verbesserungspotential: *„[...] dass man einfach auch sehr viel auffangen kann; man hört sehr viel, sehr viel jetzt an Kritik, positiv und negativ, was man wieder als Feedback geben kann, was von Angehörigen, was von den Stationen heruntergebracht wird, wo man hinterfragen kann, wo man eventuell sich organisationstechnisch oft überlegen muss [...] an einem Strang zu ziehen, also ich denke mir, dafür ist das wirklich so eine wichtige Stelle.“* (III/636-642)

### **Vorteile von Spezialeinheiten wie Akutgeriatrie und Palliativstation**

Jene Mitarbeiterinnen von Krankenhäusern, die über eine Akutgeriatrie bzw. eine Palliativstation verfügen, beschreiben diesen Umstand als erheblichen Vorteil in der Entlassungsplanung, da der Zeitrahmen für die Organisation der Weiterversorgung so verlängert wird.

### **Die Ressourcenverfügbarkeit aus Sicht des Entlassungsmanagements (räumlich, Hilfsmittel, zeitlich)**

Drei der Befragten gaben an, dass die räumlichen Ressourcen zu überdenken wären. Gesonderte Besprechungsmöglichkeiten für Familiengespräche in

größerem Umfang wären erwünscht. Zu Adaptierungsmöglichkeiten meint eine Befragte im Zusammenhang mit einer geplanten „Beratungsecke“: *„Es läuft sehr zäh.“* (II/86)

Laptops wären von Vorteil, um die Mobilität der Entlassungsmanagerinnen zu erhöhen und die Doppel-Dokumentation (vor Ort bei den PatientInnen und im Büro) zu vermeiden, zudem sind generell die Computerarbeitsplätze auf den Stationen rar und so Direkteinträge schwierig.

Eine Befragte definiert die Rahmenbedingungen rund um die Entlassungsplanung als wenig zufrieden stellend. Weiters fordert eine Interviewpartnerin vermehrte zeitliche Ressourcen für das Entlassungsmanagement und begründet: *„[...] weil letztendlich ist noch immer ein großer Unterschied zwischen individueller Beratung und Entlassungsplanung, ja. Also, wenn ich jetzt wirklich, also, ‚Ich wünsch mir, und du erfüllst mir...‘, dann brauchen wir andere Zeitressourcen.“* (III/467-470)

### **Die Ressourcen der Beratungszentren bzw. extramuraler Betreuungsorganisationen**

Bezug nehmend auf die personelle Situation in den Beratungszentren Pflege und Betreuung sprechen zwei Antworten direkt den anscheinenden Mangel an personellen Ressourcen im dortigen Bereich an, ebenso dürften jene Vereine, die häusliche Betreuung anbieten, unterbesetzt sein. Ablehnungen von Seiten der Beratungszentren werden von diesen häufig auf die weiter betreuenden Organisationen und dortige Ressourcenknappheit zurückgeführt: *„Argumentiert wurde dann letztendlich immer mit dem Notstand der weiterführenden Schiene, nämlich der Ressourcen in den einzelnen Vereinen, das heißt, der Ball sozusagen - ich konnte es nicht kontrollieren - der Ball eher an die nächstführenden Organisationen weitergespielt.“* (VI/180-183) Daraus resultierende Verzögerungen für die Entlassungsplanung stellen laut einer Answererin für die Krankenhäuser eine unzumutbare Situation dar: *„Das ist bei dem Druck, der in den Krankenhäusern, was die Entlassungen anbelangt, herrscht, nicht tolerierbar, wenn man ohnehin eine Woche vorher schon bekannt gibt, obwohl standardmäßig drei Tage sein müssten, und dann soll es auch nicht gehen. Also, das ist dann aus meiner Sicht nicht einsehbar, und auch letztendlich niemandem gegenüber verantwortbar. Noch dazu, wenn Patienten darauf drängen, nach Hause zu gehen.“* (VI/187-192) Weiters wird bemängelt, dass teilweise die Kompetenz der

jeweiligen SachbearbeiterInnen der Beratungszentren, vor allem, wenn Zivildienere die Aufträge annehmen, in Frage zu stellen ist.

Alle Befragten empfinden die derzeit vorhandenen Betreuungsangebote durch Heimhilfen als mangelhaft und das bestehende Angebot als zu unflexibel. Bedarfsorientierung ist nicht in ausreichendem Maße vorhanden, fehlende Stundenblock-Betreuung wird beispielhaft in diesem Zusammenhang genannt. Die zeitlichen Vorgaben gehen als zu knapp bemessen hervor: *„[...] die Lücken sind halt, dass das ziemlich straff ist, also 45 Minuten und nicht sehr individuell. Also das heißt, wenn irgendjemand erst gewohnt war, um eins zu essen oder so, und muss jetzt dann um dreiviertel zwölf essen, weil sie sich es nicht anders einteilen können. Und was ich halt sehr lückenhaft finde, ist halt wirklich bei schwerkranken Leuten, Bettlägerigen, dass die um sieben, um 19 Uhr am Abend die letzte Versorgung haben, und dann kommt die nächste erst um sechs in der Früh, und der ist dann wirklich elf bis zwölf Stunden alleine.“* (IV/134-141)

Der Bedarf an Heimhilfen wird höher als das tatsächliche Angebot eingeschätzt, die Ressourcen, vor allem in personeller Hinsicht, werden von den Entlassungsmanagerinnen als mangelhaft beschrieben: *„Es ist schon die Zeit vom Fonds Soziales Wien sehr knapp bemessen, und es ist dann auch aufgrund des massiven Personalmangels im extramuralen Bereich sind die Ressourcen dort sicher nicht vorhanden.“* (I/321-324) Soziale Isolation der betreuten PatientInnen wird als Folge genannt. Die derzeitigen Versorgungsmuster sind eher in Richtung *„Notversorgung“* (I/321) einzustufen, ähnlich beschreibt dies eine weitere befragte Entlassungsmanagerin: *„[...] dass die Ressourcen die Nachfrage jetzt in der Grundversorgung decken, also wenn man so nach ‚warm-satt-sauber‘ geht, ja.“* (III/208-210) Eine Befragte benennt mangelnde Qualifikationen und Sprachkenntnisse bei Heimhelferinnen, was zur Ablehnung durch PatientInnen führt. Häufiger Wechsel von Betreuungspersonen wird ebenfalls als Grund für Nichtinanspruchnahme von Hilfsdiensten genannt. Zwei Interviewte fordern vermehrte extramurale Beratung hinsichtlich Wohnungsadaptierungen, diesbezüglich, so die Meinung der Entlassungsmanagerinnen, decke das Angebot die Nachfrage nur dürftig ab, es komme zu sehr langen Wartezeiten für Interessierte.

## **Probleme rund um die medizinische Hauskrankenpflege**

Zwei der fünf Interviewpartnerinnen beschreiben die Probleme in der medizinischen Hauskrankenpflege als jenen der Heimhilfe sehr ähnlich: *„Sehr wohl im Bereich der Heimhilfen, als auch im Hauskrankenpflegebereich, die wirklich von den Vereinen. Ich sage, es ist derzeit eher von Notversorgung, und nicht umfassend [...]“* (II/319-322) Ähnlich die Antworten einer weiteren Befragten: *„[...] auch zu wenig Zeit für den Klienten, keine Nachtversorgung, es ist eigentlich dasselbe wie mit der Heimhilfe. Der Bedarf ist höher als das Angebot, ja.“* (II/181-182; 184) Allerdings, so eine weitere Interviewte, sei der Bedarf an medizinischer Hauskrankenpflege nicht so hoch wie jener an Heimhilfenbetreuung, nach Ansicht dieser Entlassungsmanagerin sowie einer weiteren jedoch besser organisiert: *„Also diese Grundversorgungssache in der medizinischen Krankenpflege, glaube ich, funktioniert.“* (III/250-252)

Schwierig gestaltet sich eine mehrmals täglich notwendige Betreuung von PatientInnen, so eine weitere Meinung. Diese Interviewte wird durch ihre Kollegin in der Angabe von mangelhafter Strukturierung der Hauskrankenpflege bekräftigt. Genannte Mängel wiederum können zu Krankenhausaufenthalten aufgrund unzureichender extramuraler Ressourcen führen.

## **Vor- und Nachteile stationärer und mobiler Palliativbetreuung**

Hinsichtlich palliativer Betreuungsformen wurden folgende Antworten gegeben: Entlassungsmanagerinnen, deren Krankenhäuser eigene Palliativstationen führen, empfinden diesen Umstand als sehr entlastend. Kontakt zu mobilen Palliativteams ist durch die eigene Palliativstation rege. Mobile Palliativbetreuung wird generell als gut organisiert, kontinuierlich erreichbar und sehr bemüht beschrieben: *„[...] funktioniert es sehr gut, also der Eindruck und das Feedback von den Patienten ist eigentlich sehr positiv.“* (III/278-279) Die Kapazitäten, so die Entlassungsmanagerinnen, sollten jedoch ausgebaut werden: *„Ich würde auch sagen, dass die auf jeden Fall ausgebaut gehören, weil einfach der Zuwachs der Patienten extrem hoch ist. Es werden sehr viele Patienten jünger, sehr viele Patienten wollen zu Hause bleiben und nicht ins Spital gehen, wenn es oft wirklich terminal wird [...]“* (III/273-276)

## **Der Mangel an Nachtbetreuung in Wien und daraus resultierende Folgen**

Durchgängig durch alle Interviews zieht sich die Thematik der ungelösten Nachtversorgung im Wiener Bereich: *„Und die Nachtversorgung ist ein großes Problem. Und auch Wochenendversorgung, die ist ja auch nicht immer gegeben.“* (II/173-174) Häufig endet diese Unterversorgung in einer Pflegeheimunterbringung: *„Aber generell ist das sicher oft ein Grund, wieso eine Pflegeheimaufnahme stattfinden muss, weil die Versorgung in der Nacht nicht gewährleistet ist.“* (I/343-345) Sie wird auch als Ursache des Betreuungs-Schwarzmarkts genannt. Weiters führt diese Ressourcenknappheit im extramuralen Versorgungssektor des Öfteren zu unnötig langen Krankenhausaufenthalten. Klar und deutlich wird der Ausbau des extramuralen Sektors gefordert, anstatt die Institutionalisierung Betroffener derart voran zu treiben. Der Betreuung im gewohnten Umfeld sollte Vorzug gegeben werden: *„[...] Betreuung zu Hause, dass auf diesem Gebiet mehr Förderung vorhanden ist, ja. Dass nicht alles in die Langzeitpflege geht, weil die Leute wollen zu Hause bleiben.“* (II/432-434)

## **Probleme rund um Hilfsmittelbewilligungen**

Zur Frage der Hilfsmittelsituation in Wien ist generell (dieser Umstand wird durchgängig in allen Interviews genannt) ein Trend in Richtung Einsparungsmaßnahmen zu erkennen. Dieser führt besonders im Bereich der Pflegekrankenbetten, die zunehmend nicht mehr bewilligt werden, zu drastischen Auswirkungen für die Betroffenen und deren Pflegepersonen: Professionelle Pflegeorganisationen lehnen aufgrund dieses fehlenden Hilfsmittels die Betreuungsübernahme ab, pflegende Angehörige sind sowohl physisch als auch finanziell überfordert, letztendlich kommt es aufgrund dieser Sparmaßnahme zu einer Institutionalisierung von PatientInnen in Krankenhäuser („Drehtüreffekt“) oder Pflegeheime. Folgende Aussagen bestätigen die mit Ablehnungen von Pflegebetten verbundenen Probleme: *„Wenn es nicht möglich ist, dort ein Krankenbett zu bekommen, und man hat eine umfassende Versorgung mit extramuralen Diensten, von denen man nicht verlangen kann, dass sie am Boden kniend pflegen, haben wir das Problem, wenn keiner ein Krankenbett bezahlen bereit ist, können wir den Patienten ohne Krankenbett nach Hause entlassen, können ihn am nächsten Tag wieder aufnehmen.“* (I/719-725)  
*„Das endet dann meistens, dass die Heimhilfe einfach sagt: ‚Der ist nicht zu*



*versorgen und aus!’, und geht, ja. Der kommt dann wieder ins Krankenhaus. Also, ich habe wieder diesen Drehtüreffekt, den wir ja vermeiden wollen, nicht?“ (II/323-324; 326-327)*

*„Pflegebetten, wie sie sich nennen, das ist natürlich eine Katastrophe.“ (IV/285-287)*

Gesellschaftliches Umdenken, so eine andere Entlassungsmanagerin, sei in Anbetracht der veränderten Bewilligungsverordnungen angebracht: *„Und die Leute haben halt noch immer die Auffassung, dass alles gratis sein muss. Ich meine, da muss die Bevölkerung auch umdenken.“ (II/335-336)*

### **Auftretende Probleme rund um Pflegegeldanträge**

Grundsätzlich wird die Pflegegeldverordnung selbst von den Entlassungsmanagerinnen als brauchbar, der Weg zur Bewilligung hin als zu bürokratisch beschrieben. Lediglich im Falle von demenzerkrankten Menschen weist eine Befragte auf eklatante Fehleinschätzungen der Ist-Situation hin: *„Weil diese 30 Stunden, die da automatisch, wenn die Demenz festgestellt wird, draufgegeben werden, sind dermaßen lächerlich, wenn man weiß, wie lange man braucht, um einen dementen Patienten, der das nicht will, auch nur in der Früh in die Wäsche zu kriegen, dass das einfach ein Tropfen auf dem heißen Stein ist.“ (VI/438-441)*

Durchgängig in allen Interviews findet sich die Forderung nach speziell geschulten Pflegenden, die anstelle von ÄrztInnen die Pflegegeldbegutachtung durchführen. Eine Befragte empfiehlt die Kombination von Pflege und Medizin in der Begutachtung.

### **24-Stundenbetreuungsangebote und damit verbundene Schwierigkeiten**

Alle bis auf eine Entlassungsmanagerin haben Erfahrungen mit 24-Stundenbetreuungsdiensten gesammelt, wobei die Anzahl der Vereine seit der gesetzlichen Neuregelung nach dem Hausbetreuungsgesetz, so einige Befragte, stark zugenommen hat. Die Qualität dieser Vereine und ihrer Tätigkeiten sei nicht überprüfbar: *„Wer das ist, wie das funktioniert, und vor allem die Kostentransparenz ist für mich nicht gegeben.“ (II/792-793)* Die Sinnhaftigkeit der gesetzlichen Rahmenbedingungen wird in einem Interview in Frage gestellt: *„[...] und ich kann mir auch nicht vorstellen, dass wenn dieses Klientel, das wirklich 24-Stundenbetreuung bräuchte, nach dem Hausbetreuungsgesetz dann wirklich ideal*

*betreut werden kann. Denn viele Tätigkeiten, die das Personal, das nach dem Hausbetreuungsgesetz arbeitet, einfach nicht übernehmen darf [...].“ (V/508-512)* Prinzipiell, so alle Befragten, scheint hoher Bedarf an diesen durchgehenden Versorgungsmustern vorhanden zu sein. Inländische Betreuungsmöglichkeiten sind für Pflegebedürftige schwer finanzierbar, darauf sei der Trend zu illegalen Pflegeanbietern zurückzuführen: *„[...] weil einfach sehr viele Patienten eben keine medizinische Krankenpflege in dem Sinn brauchen, sondern jemand, der in der Wohnung ist, wenn sie eben dement sind, der da ist, ja, und daher glaube ich eben auch nach wie vor, ein Riesen-Schwarzmarktpotential, weil viele sagen: ‚Warum soll ich 2.000 Euro zahlen für jemand, der der Mama kocht und das Essen hinstellt?‘“ (III/602-607)*

Finanzielle Fördermöglichkeiten bringen laut der Angabe einer Entlassungsmanagerin wenig Entlastung für Interessierte. Sie sind außerdem sehr aufwändig in der Antragstellung: *„Weil früher war halt einfach die Betreuung günstiger, ja. [...] die Förderung gleicht jetzt im Prinzip die höheren Kosten aus.“ (I/831-832)* *„Es ist schon finanziell besser gestellten Patienten vorbehalten, gar keine Frage.“ (II/393-394)* Außerdem, so eine weitere Interviewpartnerin, sind die längeren Betreuungsintervalle für PatientInnen angenehmer als ein ständiger Wechsel des Pflegepersonals. Bezüglich der Zufriedenheit betreuter Pflegebedürftiger wird sowohl über sehr positive Erfahrungen als auch über eher negative berichtet.

### **Die Weiterbildung „Entlassungsmanagement“**

Hinsichtlich der Weiterbildung „Entlassungsmanagement“ mit dem Ziel der Etablierung und Spezialisierung des Berufsbildes wurden folgende Angaben gemacht: Eine Entlassungsmanagerin absolvierte die Weiterbildung ohne vorherige Berufspraxis und empfand diese als sehr informativ und lehrreich, für die restlichen Befragten mit Berufserfahrung im Bereich des Entlassungsmanagements war inhaltlich der Lehrstoff größtenteils bekannt. Als sehr positiv empfanden jedoch alle Teilnehmerinnen die Netzworkebildung und den Austausch von Erfahrungswerten und neuen Ideen innerhalb der Kursteilnehmerinnen, sowie die daraus resultierende Kooperation und Identifikation von AnsprechpartnerInnen: *„Wo es mir schon einen sehr großen Vorteil gegeben hat, ist einfach im Zuge der Vernetzung [...] mit den Kollegen, [...] und auch die Vernetzung durch die Vortragenden.“ (I/853-856)*

Die gesammelten Erfahrungen während der absolvierten Praktika, vor allem im extramuralen Bereich, so eine Interviewpartnerin, haben zum Einblick in dortige Strukturen und somit zu besserem Verständnis geführt: *„Patient kommt ganz verschnudelt, nicht gepflegt ins Krankenhaus, und alle schimpfen über die böse Heimhilfe und über die böse Krankenschwester und über die Organisation. Und wenn man dann an Ort und Stelle ist, und sieht, dass sich die Leute nicht waschen lassen wollen und dass sie dich ankeppeln, weil du das vollurinierte Bett, die Bettwäsche auswechseln willst, und die lassen das nicht zu, weil das noch gut ist und so teuer [...], dann sehe ich das eigentlich ein, und ich versuche, das jetzt auch so auf den einzelnen Station zu vermitteln, weil Krankenhaus ist immer eine andere Situation. Also, das hat mir schon wieder vor Ort gezeigt, also nicht immer gleich alles verurteilen, was draußen in den extramuralen Diensten sich abspielt.“* (IV/444-452, 455-457)

Die Spezialisierung des Berufsfeldes und die Legitimation der Ausübung durch die Absolvierung der Weiterbildung Entlassungsmanagement werden von allen Entlassungsmanagerinnen begrüßt. Als besonders positiven Effekt der Weiterbildung wird das Miteinander der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der multidisziplinär aufgebauten Weiterbildung beschrieben.

### **8.2.2 Die Darstellung der Ergebnisse der ExpertInneninterviews auf Prozessebene**

Prozesse regeln beispielsweise die Dokumentation von Tätigkeiten oder die Koordination von Handlungen. Sie stellen die Anforderungen dar, die an die Gestaltung der Leistungserbringung gestellt werden (vgl. Schrems, 2008; S. 31).

#### **Die Identifikation von potentiellen PatientInnen**

Die Identifikation von PatientInnen, die Entlassungsmanagement bedürfen, erfolgt in keinem der an den ExpertInneninterviews teilnehmenden Krankenhäuser anhand eines Assessmentinstruments, sondern basiert vielmehr auf Intuition der zuweisenden Personen: *„Das haben wir glaube ich schon überlegt, zwei-, dreimal, aber die eine war relativ aufwändig. Und vor allem hat ein Partnerspital ein Check-up gemacht von wegen Zuweisungen mittels so einer Liste und mittels Erfahrungswerten, und es ist eigentlich kein Unterschied heraus gekommen, und*

*da hat man sich geeinigt, dass man es abhängig macht von der Erfahrung des Zuweisers.“ (III/20-25)*

### **Die Zuweisungsmodalitäten an das Entlassungsmanagement**

Die Zuweisung an das Entlassungsmanagement wird sowohl von ÄrztInnen als auch vom Pflegepersonal vorgenommen. Zwei der Befragten geben an, dass regelmäßige multidisziplinäre Teamsitzungen abgehalten werden, in deren Rahmen Fallbesprechungen erfolgen und PatientInnen, die komplexer Entlassungsplanung bedürfen, identifiziert werden. Die Zuweisung erfolgt in allen Krankenhäusern in schriftlich-elektronischer Form, klinische Leistungsaufträge und Konsiliaraufträge werden durchgeführt. Die Art und Weise der Zuweisung wird generell als sehr strukturiert beschrieben. Auch mündliche Zuweisungen sind im Rahmen der erwähnten multidisziplinären Treffen möglich. Eine Befragte beschreibt, dass Betroffene und deren Angehörige auch teilweise von selbst Kontakt zum Entlassungsmanagement aufnehmen. Eine Interviewte gibt auch die Möglichkeit an, per E-Mail oder telefonisch angefordert zu werden.

Frühzeitige Meldung an das Entlassungsmanagement wird in allen Krankenhäusern angestrebt. Nach erfolgter Zuweisung, die bereits erste Grundinformationen über die Fragestellung der Beratung enthält, macht sich die Entlassungsmanagerin ein Gesamtbild der Situation, indem Gespräche mit behandelnden Pflegenden, TherapeutInnen und ÄrztInnen geführt werden. Pflegerelevante Informationen werden aus der Pflegedatenbank entnommen. In der Folge kommt es zur Kontaktaufnahme zu PatientInnen und deren Angehörigen. Der Bedarfserhebung folgt die Entscheidungsfindung für die Versorgung in der häuslichen Umgebung mit Hilfsdiensten und/oder -mitteln oder für die weiterführende stationäre Unterbringung.

Die Rechtzeitigkeit der Zuweisung ist grundsätzlich in allen an den ExpertInneninterviews teilnehmenden Krankenhäusern gewährleistet. Zeitrahmen, die den spätesten Zeitpunkt der Zuweisung an das Entlassungsmanagement eingrenzen, sind vorhanden. Eine Befragte beschreibt eine Richtlinie diesbezüglich, welche die Zuweisung ans Entlassungsmanagement vier bis fünf Werktage bei Aktivierung von Hilfsdiensten vor geplanter Entlassung vorsieht, diesen Zeitrahmen bestätigt eine zweite Entlassungsmanagerin mit der Angabe, dass mindestens fünf Tage vor geplanter Entlassung zuzuweisen sei. „*Zumind*

*die Richtlinien existieren, es wird natürlich nicht zu 100 Prozent danach gelebt, ja, aber im Großen und Ganzen dadurch, dass es eben diese Richtlinien im Haus gibt, funktioniert es schon relativ gut.“ (II/31-33)* Dem zu entnehmen ist das generelle Bemühen der Akteure auf den Stationen, das Entlassungsmanagement frühzeitig in den einsetzenden Entlassungsprozess zu involvieren. Die Umsetzbarkeit scheint sich teilweise schwierig zu gestalten.

### **Der Informationsfluss innerhalb des Krankenhauses**

Der Informationsfluss zwischen der Pflege, der Medizin und des Entlassungsmanagements wird als verbesserungswürdig beschrieben: *„Die Lücken sind sicher in den schwierigen Kommunikationsstrukturen. Ich meine damit ganz konkret, es erfolgt zwar die Zuweisung, aber dann der Informationsfluss zwischen Pfl egeteam, Ärzteteam und Entlassungsmanagement. Also, wenn ich als Entlassungsmanager dann nicht drei, vier verschiedene Stellen in Kenntnis setze, dann komm ich mir vor, wie wenn stille Post gespielt wird.“ (I/91-96)* Als Problem wird in diesem Zusammenhang angeführt, dass vorhandene schriftliche Berichte des Entlassungsmanagements nicht immer von den anderen Berufsgruppen zur Kenntnis genommen werden. Der Informationsfluss soll zwar vom Entlassungsmanagement in Richtung Station stattfinden, ist jedoch in entgegengesetzter Richtung nicht immer gewährleistet: *„Die soll jetzt alles wissen, aber umgekehrt kriegt sie nicht genug Information.“ (I/122-123)* Dieser Umstand führt zu Engpässen im extramuralen Sektor: Betreuungsdienste, die bereits aktiviert wurden, sind darauf angewiesen, dass Änderungen des Status quo umgehend an sie weitergegeben werden, um Fehleinsätze und daraus resultierende finanzielle Mehrkosten bzw. organisatorische Probleme zu minimieren. *„Dass aber da draußen in der externen Betreuung eine mobile Schwester vor Ort schon wartet um elf Uhr, also da, an dieser Kommunikation denk ich, gehört gearbeitet.“ (I/129-132)* Zeitgerechte, offene Kommunikation innerhalb der Berufsgruppen und gleiche Information an Betroffene und Angehörige von Seiten der Pflege und Medizin wären für den gesamten Ablauf der Entlassungsplanung von Vorteil. In diesem Zusammenhang werden multidisziplinäre Besprechungen erwähnt, welche bereits in einigen Krankenhäusern stattfinden, generell jedoch von der Frequenz und Teilnahmedisziplin her ausbaufähig wären.

## **Wertschätzung und Kooperation innerhalb des Krankenhauses**

Prinzipiell wird die Tätigkeit des Entlassungsmanagements laut den Angaben der Interviewpartnerinnen unter den anderen Berufsgruppen wertgeschätzt. Funktionierendes Entlassungsmanagement basiert auf Kooperation. Diesbezüglich merkt eine Entlassungsmanagerin an: *„So breit kann das Feld gar nicht sein, denke ich, dass für den Patienten und Angehörigen das Optimale dabei herauskommt. Das ist eine Frage der Kultur und des Erlernens dieser Kultur, wie man miteinander umgeht. Ich denke, dass nur in einem Miteinander das für den Patienten einfach sinnvoll abgehen kann.“* (VI/577-579; 587/588) Das Mitspracherecht rund um die Entlassungsfixierung ist bei allen Befragten in einem zum Großteil zufrieden stellenden Rahmen gegeben: *„Ja, wenn es sich nicht ausgeht, wenn man merkt, dass es zu komplex ist, die Entlassung, oder der braucht jetzt noch ein Krankbett oder das und jenes, schon.“* (IV/68-70) *„Wenn ich sage, dort ist eine Betreuung dann notwendig und vorher können wir die nicht entlassen, wird der Entlassungstermin einfach so verschoben, dass die externen Anbieter dann betreuen können.“* (II/40-43) Eine Entlassungsmanagerin wünscht sich in dieser Hinsicht mehr Mitentscheidungsbefugnis: *„Manches Mal wird auch das Entlassungsmanagement vor vollendete Tatsachen gestellt, dass der Patient eben morgen heim geht, und Aus, Punkt, Amen.“* (II/71-72) Die Kooperation mit den Pflegepersonen innerhalb des Krankenhauses wird generell von allen Befragten als optimal eingestuft. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den MedizinerInnen gibt eine der Befragten an, dass zwar deren Kooperationsbereitschaft mangelhaft ist, die Forderungen an das Entlassungsmanagement jedoch sehr hoch angelegt sind und sich die Situation dementsprechend unzufriedenstellend darstellt: *„Ich glaube, dass da einfach kein Interesse besteht, dass sie da keine Notwendigkeit sehen.“* (II/53-54) Ähnlich die Beschreibung einer weiteren Entlassungsmanagerin: *„Und mit den Ärzten gibt es sicher manchmal Probleme, weil die nicht einsehen, dass die Hauskrankenpflege nicht innerhalb von zwölf Stunden kommen kann. Nicht bei allen muss man sagen, also die internen Ärzte sind ja eher, wie soll man sagen, einsichtiger, die chirurgischen eher nicht, die sehen das nicht ein, die verstehen das nicht.“* (IV/40-44) Eine weitere Befragte im Entlassungsmanagement erwähnt die schwere Erreichbarkeit der Chirurgen, die auf die OP-Tätigkeit zurückzuführen ist und die Zusammenarbeit erschwert.

## **Die Kooperation mit den Beratungszentren für Pflege und Betreuung und dem Fonds Soziales Wien**

Es finden sich im Verlauf der Interviews bezüglich der Kooperation mit dem Beratungszentrum zwar Äußerungen über merkbare Verbesserungen, prinzipiell treten jedoch immer wieder Schwierigkeiten auf. So wird die Erreichbarkeit beispielsweise als problematischer Punkt angeführt. Vier von fünf Entlassungsmanagerinnen bewerteten diesbezüglich die Zusammenarbeit mit den Beratungszentren Pflege und Betreuung als negativ: *„Das ist sicher nicht so optimal. Hängende Warteschleifen.“* (I/287-288) Zwei Interviewte geben an, sowohl negative als auch positive Erfahrungen hinsichtlich der Erreichbarkeit der Beratungszentren zu haben, dies sei lokal unterschiedlich, aktuell seien leichte Besserungen merkbar: *„Da gibt es Beratungszentren, da ist es sehr gut, die rufen uns auch gleich immer zurück, wenn irgendetwas ist. Aber manche, da geht es halt einfach darum, dass einfach nicht der Telefonhörer abgehoben wird stundenlang zum Beispiel. Und dann gibt es auch Beratungszentren, wo es eigentlich überhaupt nicht funktioniert.“* (IV/109-113)

Ähnlich stellt sich die Situation in der Zentrale des Fonds Soziales Wien dar: *„Also, die Erreichbarkeit in der Guglgasse, bei den Wohn- und Pflegeheimen ist eine Katastrophe.“* (IV/256-257) Weiters stellt sich die Kostenberechnung des Fonds Soziales Wien, so eine Interviewpartnerin, nicht transparent genug dar und führt so zu einer Verunsicherung von Betroffenen und Nahestehenden.

Eine Befragte berichtet über den positiven Effekt jährlicher, persönlicher Treffen der MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements mit den im Beratungszentrum Beschäftigten, dieses Vorgehen bringt hinsichtlich der Effizienz der Koordination merkbare Vorteile mit sich. Zwei Befragte empfehlen die direkte Kontaktaufnahme zu den weiter betreuenden Pflege- und Betreuungspersonen ohne Zwischenschaltung des Beratungszentrums Pflege und Betreuung, dieses Procedere sei unnötig kompliziert.

## **Kooperation mit nahe stehenden Personen von PatientInnen**

Hinsichtlich der Kooperation mit dem sozialen Umfeld von PatientInnen beschreiben vier der fünf Interviewpartnerinnen betroffene Angehörige durchaus als zur Zusammenarbeit bereit: *„Aber im Großen und Ganzen hab ich schon den Eindruck, dass sie motiviert sind, dass sie mitplanen [...]. Also ich bin eigentlich*

*immer wieder positiv überrascht, dass Angehörige, die da wirklich oft sehr, sehr überraschend sehr stark gefordert werden, doch bereit sind, so viel zu tun.“ (III/78-83)* Im Gegensatz dazu berichtet eine der Interviewten von der Häufung schwieriger Angehörigengespräche und einer Schuldzuweisung in Richtung des Krankenhauses für die Verschlechterung des Zustandbildes des Erkrankten: *„Manchmal gestaltet sich halt das Angehörigengespräch als sehr schwierig, ja, weil sehr oft, wenn sich der Allgemeinzustand des Patienten verschlechtert, und vor allem, wenn dann mehr Hilfe notwendig ist zu Hause, sehen das viele Angehörige einfach nicht ein und geben dem Krankenhaus die Schuld, so quasi: ‚Dem geht’s ja schlechter als vorher, und wir haben keine Zeit.‘ Die Angehörigen neigen dazu, dass sie dieses Problem an Entlassungsmanager oder Sozialarbeiter quasi abgeben wollen. Und das gibt auch sehr oft wirklich sehr schwierige Gespräche.“ (II/100-107)* Dieselbe Interviewte führt diesen Umstand jedoch im weiteren Gesprächsverlauf auf die spezielle emotionale Situation der Angehörigen zurück und meint, das Entlassungsmanagement habe hier eine Art von „Pufferfunktion“ zu erfüllen. Für notwendige, sehr ausführliche Angehörigenberatungen fehlen jedoch bei Bedarf die nötigen Zeitressourcen. Jene Entlassungsmanagerin berichtet auch über vorkommende Spontanentlassungen von ärztlicher Seite und damit zusammenhängende Eskalationen in der Entlassungsplanung. Ähnlich beschreiben dies zwei andere Befragte: Uneinheitliche Auskünfte durch die Station und die Entlassungsmanagerinnen tragen maßgeblich zur Verunsicherung der Angehörigen bei.

Neben den sehr kooperativen, aktiv mitwirkenden Angehörigen wird von einer Interviewpartnerin auch jene Gruppe von Angehörigen genannt, die mit einer sehr raschen Verschlechterung des Krankheitsbildes eines nahe stehenden Menschen konfrontiert sind und sich in einer emotionalen Ausnahmesituation befinden, in der die Progredienz der Erkrankung häufig noch nicht vorhersehbar ist. An Negativerfahrungen mit Angehörigen betreuter PatientInnen wird von vier der Befragten die Abgabe von Verantwortung ans Krankenhaus genannt: *„[...] die wir in der Urlaubszeit oft erlebt haben, Angehörige auf Urlaub, sind einfach nicht greifbar, sind nicht da. Es gibt keine Schlüssel, es gibt keine Telefonnummern, man findet dann über Umwege heraus, der Angehörige ist auf Urlaub. Die einfach das Krankenhaus so als Ausweg sehen, die Angehörigen einfach so einmal unterzubringen, und dann auch in einer teilweise schon aggressiven*



*Grundhaltung, wenn man dann Hilfe anbietet, um für das nächste Mal etwas anderes zu organisieren, nicht sehr kooperativ sind. Die einfach sagen, das Krankenhaus hat dafür zu sorgen, das ist die zweite Gruppe dieser Angehörigen.“ (I/161-171)*

*„Und da ist es immer noch die einfachste Möglichkeit, ein Krankenhaus anzurufen, da hat man nur das Krankenhaustaggeld in der Zeit der Unterbringung, das heißt, auch das Finanzierungssystem ist für mich da schon bei vielen ein Argument. Im Krankenhaus kostet es uns nichts, da ist er einmal zwei Wochen, und dann werden wir schon weitersehen.“ (I/217-222)*

*„Ich würde auch sagen, sie sind bereit, mitzuhelfen und am Besten funktioniert das, wenn sie selber dabei nicht extrem gefordert sind, ja, also dass sie quasi so Mittelsmänner sind, die bringen, die Auskunft geben und dann die letztendliche Verantwortung von Organisieren einfach an die Institution Krankenhaus abgeben können.“ (III/99-103)*

*„[...] das macht doch eh alles das Krankenhaus?“ (IV/91-92)*

Eine Entlassungsmanagerin berichtet von unerfüllbaren PatientInnen- und Angehörigenwünschen, so dass es in einigen Fällen in Anbetracht der Palette der geäußerten Vorstellungen notwendig sei, „[...] klarzustellen, dass nicht alle Wünsche, die geäußert werden, auch erfüllt werden können. Wir sind schlichtweg kein Reisebüro.“ (VI/153-155)

### **Die Kommunikation mit den weiterversorgenden extra- und intramuralen Organisationen und Institutionen**

Die Übermittlung von Informationen und Entlassungsmeldungen an die Beratungszentren erfolgt in telefonischer Form oder schriftlich per Fax, die Ausnahme bildet lediglich ein Krankenhaus, das den schriftlich-elektronischen Situationsbericht bereits teilweise in Verwendung hat.

Die Kommunikation zwischen den extramuralen Diensten und dem Krankenhaus ist aufgrund der Angaben der Befragten verbesserungswürdig: *„Also, ich denke mir, dass auch diese externe Kommunikation ein bisschen zu vertiefen nicht schlecht wäre.“ (III/151-153)*

Eine Befragte äußert ihren Unmut über die doppelte Übergabe patientInnenrelevanter Informationen sowohl an das Beratungszentrum als auch in weiterer Folge an die weiter betreuende Organisation. Fehlende Rückmeldungen

der Beratungszentren, ob Betreuungsübernahme in der gewünschten Form möglich ist, bzw. Feedback von Seiten der extramural Betreuenden vor allem bei mehrfach erkrankten und dementen PatientInnen wäre wünschenswert, ebenso ein Besuch der übernehmenden Organisation bei betroffenen PatientInnen bereits im Krankenhaus.

### **Probleme rund um das Medikamentenmanagement im häuslichen Bereich**

Als zusätzliches Problem in der Entlassungsplanung führt eine Interviewte das Medikamentenmanagement an. PatientInnen und Angehörigen, so ihre Meinung, sei die Wichtigkeit der regelmäßigen Einnahme nicht bewusst, was jedoch auch auf die mangelnde Bewusstseinsbildung durch die Gesundheitsberufe zurückzuführen sei. Die Befragte fordert vermehrte Information der Betroffenen und gezielte Gegenmaßnahmen, um Folgeschäden zu minimieren *„Das heißt, einfach nachzufragen den Patienten: ‚Haben Sie jemand, der Ihnen das jetzt besorgen kann, oder sollen wir das Rezept ausstellen und das Medikament hier über eine Apotheke besorgen? Da könnte der Patient mit dem Sackerl, mit seinen Medikamenten, die er braucht, nachhause gehen, und ich könnte diese Versorgungslücken schließen.“* (I/663-666, 673-675)

Das Verständnis für extramurale Strukturen innerhalb der eigenen Berufsgruppe, so dieselbe Entlassungsmanagerin, ist insgesamt als eher gering einzustufen: *„Das ist oft, wenn wir als Entlassungsmanager den Einwurf geben: ‚Bitte, der braucht Medikamente mit, weil da ist jetzt, der Arzt, der hat am Freitagnachmittag keine Ordination, wie soll der jetzt zu seinen Pulverl kommen?‘, ist oft großes Unverständnis: ‚Aha, warum hat der Arzt keine Ordination?‘. Ja, das weiß ich nicht!“* (I/681-685)

### **Probleme rund um die Betreuung von PalliativpatientInnen**

Hinsichtlich der Betreuung von Palliativpatienten erfolgen Zuweisungen an mobile Palliativbetreuungsorganisationen, so die Befragten, für gewöhnlich erst in einem sehr späten, hochgradig terminalen Stadium der Erkrankung, was schwer vereinbar ist mit den langen Wartezeiten auf Betreuungsübernahme: *„Und wenn wir mobile palliative Einrichtungen gebraucht hätten, es wirklich oft vorgekommen ist, dass die Patienten noch bei uns verstorben sind, bevor überhaupt, wenn auch Kontaktaufnahme stattgefunden hat zu den mobilen Palliativteams, es dann zu*

*keiner Umsetzung mehr gekommen ist.“ (V/221-225) Als Problem in Bezug auf stationäre Palliativbetreuung berichtet eine Befragte über Fehlinformationen im Vorfeld: „Viele Leute glauben ja, dass die Palliativstationen wirklich die Stationen sind, wo man wirklich bis zuletzt verbringen kann. Palliativstationen sind aber derzeit, und auch unsere ist so konzipiert, dass es eine vorübergehende Aufnahme zur Symptomverbesserung ist. Das heißt, der Aufenthalt ist auch angedacht mit drei Wochen und dann wieder in eine andere Versorgungseinheit, und da gehört viel mehr [...], da sind wir ja in Österreich absolut unterversorgt.“ (I/524-532) Angeführt wird weiters, dass die nachfolgende Versorgung im Anschluss an den zeitlich klar begrenzten Palliativaufenthalt den Betroffenen schwer kommunizierbar sei. „Das ist nicht angenehm als Entlassungsmanagerin quasi durchblicken zu lassen: Wenn sie sich erlauben, zu überleben, dann muss vorgesorgt werden.“ (V/247-248)*

Hospizstationen mit unbegrenzter Aufenthaltsdauer, wie sie vor Einführung der Palliativstationen existierten, beschreibt eine Interviewte als optimale Versorgungsmöglichkeit Betroffener, die aktuelle Entwicklung wird als nicht sehr positiv bewertet. PatientInnen werden so in ihrer letzten Phase regelrecht in einen „Drehtüreffekt“ gedrängt: *„Solange der Patient kein Palliativpatient ist, pendelt er schon, wenn er dann einer wird, pendelt er sogar jetzt schon zwischen Palliativstation und Krankenhaus und zu Hause.“ (V/298-300)*

### **Schwierigkeiten rund um die Unterbringung in einem Pflegeheim**

Generell durch alle Interviews hindurch wird zur Thematik Pflegeheim die direkte Überstellung ohne bereits im Vorfeld getroffene Vorkehrungen als hochgradig schwierig beschrieben: *„Der Sargnagel der Krankenhäuser sind die Pflegeheime.“ (III/284-285) „Mit Langzeitpflegestationen ist es eine unbeschreibliche Katastrophe aus meiner Sicht. [...] ist das an der Grenze der Verantwortbarkeit, würde ich jetzt einmal einschätzen. Welche Patienten in welchem Zustand einfach doch zu Hause abwarten müssen, bis sie ein Bett bekommen, weil es schlichtweg keine Betten gibt.“ (V/315-321)*

Die Unterbringung in Kurzzeitpflegeeinrichtungen wird als weniger kompliziert beschrieben, eine Antworterin bemerkt auch innerhalb der Langzeitpflege aktuell leichte Verbesserungen im Procedere.

## **Bürokratische Schwierigkeiten bei Antragsstellungen und deren Folgen**

Generell erschweren bürokratische Hürden die Antragsstellung vor allem bei Pflegeheimaufnahmen vom Krankenhaus aus enorm, hier stellt sich die Frage, ob durch technische Vernetzungen der involvierten Ämter nicht eine Erleichterung möglich wäre. Es kommt zu langen Wartezeiten (bis zu Monaten), welche den Krankenhausträger sowohl vor finanzielle als auch vor organisatorische Schwierigkeiten im Überbrückungszeitraum bis zur Pflegeheimaufnahme stellt.

Stationär wird hier versucht, strukturelle extramurale Lücken zu schließen, was für alle Involvierten eine untragbare Situation darstellt: *„Beides sehr unzufriedenstellende Lösungen, vor allem für den Patienten, weil ich denke mir, im Spital spüren sie irgendwie doch, sie sind Lieger, ja, also sie verlegen einen Platz und auch zu Hause sind sie nicht wirklich die, die man jetzt gerne übernimmt in die Betreuung. Also ich denke mir, dass die persönliche Erfahrung für den Patient sicher eine sehr negative ist.“* (III/361-364)

Übermäßig lange Wartezeiten, so eine Answererin, versucht das Krankenhaus bei unzureichender häuslicher Versorgung zu kompensieren: *„Wenn ich wirklich so einen Fall habe, und der braucht in der Nacht eine Versorgung, ich mit dreimal täglich Betreuung durch extramurale Anbieter nicht abdecken kann, dann wird das sehr wohl von uns sehr massiv kommuniziert, ja, es ist nicht verantwortbar, dass der Patient in dreimal täglich Betreuung zu Hause entlassen wird. Und da muss ich sagen, da haben wir schon auch ja die Rückendeckung des Krankenhauses.“* (II/463-470)

## **Das gesellschaftliche Tabu der Pflegebedürftigkeit**

Generell, so eine Entlassungsmanagerin, wird zu lange zugewartet, bis sich Betroffene realistisch mit der Situation auseinandersetzen und Alternativen für ihre Versorgung überdenken. Die PatientInnen, so eine andere, sowie das gesamte Familiensystem stehen ohnehin unter enormer Belastung, die wiederum die Entlassungsmanagerinnen vor vielerlei Herausforderungen stellen: *„Du bist halt dann nicht nur Entlassungsmanager, sondern bist schon der Familientherapeut oder der Psychotherapeut von den Betroffenen, nicht nur für den Patienten, sondern für die ganze Familie und Umgebung. Und Streite schlichten musst du dann auch zwischen Patienten, Angehörigen [...], wenn sie sich nicht einig sind, muss man sehr viel klären. Also, das erfordert dann sehr viel Taktgefühl [...].“*

(IV/474-479) Auch der Umgang mit Angehörigen und den Beratungszentren für Pflege und Betreuung gestaltet sich teilweise schwierig, wenn beiden ein vorläufiger Verbleib im häuslichen Bereich in der Zeit bis zum Pflegeheiminzug unvorstellbar erscheint. Die Erwartungshaltung an das Krankenhaus sei hier zu hoch angesetzt. Auch gestalte sich die offene Kommunikation innerhalb der Familien in Bezug auf Pflegeheimunterbringung sehr schwierig, es scheint sich hier um ein gesellschaftliches Tabu zu handeln: *„Also, Pflegeheim hat glaube ich, [...] das ehemalige Wienerwald hat, glaube ich, wirklich so eine große Kerbe in die, zumindest in unser Bundesland Wien geschlagen [...], so ein bisschen wie eine Spukvilla: ‚Wie ist es dort? Was passiert dort? Was erwartet mich dort?‘ Also das ist schon eine Hürde, glaube ich, die man möglichst lange hinausschiebt, und dann sehr überrascht ist, wenn man keine Alternative hat.“* (III/332-338)

### **Probleme rund um Pflegegeldanträge**

Schwierigkeiten ergeben sich bei Nichtvorhandensein von Pflegegeld trotz vorliegender Pflegebedürftigkeit. Diesbezüglich, so die Befragten, sind gesellschaftlich viel zu viele Unklarheiten vorhanden, Fehlinformation und Unwissenheit müssten durch forcierte extramurale Aufklärungsarbeit dezimiert werden. Diese Forderung zieht sich durch fast alle Antworten der Entlassungsmanagerinnen: *„Viele glauben, wenn sie um ein Pflegegeld ansuchen, dass das mit dem Einkommen zusammenhängt, und haben dadurch auch eine Scheu.“* (II/242-243) *„Das ist zu wenig transparent. Es gibt auch Patienten, die überhaupt nicht wissen, dass es ein Pflegegeld gibt. Die glauben auch, Pflegegeld steht erst jemandem zu, wenn man im Pflegeheim lebt.“* (IV/357-359) Die jeweilige Einstufung, so alle Befragten, wirkt wenig transparent und schwer nachvollziehbar. *„Es erscheint willkürlich, obwohl es eine ganz klare Einstufungsverordnung gibt, wo man klar nachlesen könnte, wann welche Stundenanzahl gemacht, also bewilligt werden könnte.“* (I/759-761) *„Das ist sehr individuell vom Begutachter [...].“* (II/354) *„Ich weiß nicht, an was es liegt, liegt es jetzt an der Laune des begutachtenden Arztes [...].“* (IV/319-320)

### **Probleme rund um die Sachwalterschaftsanregung**

Die Sachwalterschaftsanregung bei nicht entscheidungs- und handlungsfähigen PatientInnen wird von zwei der Befragten als zeitaufwändiges Vorgehen beschrieben, das erhebliche Probleme im Ablauf mit sich bringt: *„Die größten Probleme sind immer entstanden, wenn Patienten in einer Besachwalterung, in einem Verfahren auch drinnen sind, also da ist schlichtweg nichts weitergegangen, und der Ball wurde von einem zum anderen gespielt. Da gab es wochenlange bis monatelange Wartezeiten.“* (V/328-332) Alle Befragten berichten über lange Zeitfenster von Einreichung der Anregung bis zur Bestellung des Sachwalters. Diese Zeitspanne zufrieden stellend zu überbrücken stellt die Krankenhäuser auf die Probe: *„Weil das einfach Wartezeiten sind, die tote Zeit fürs Krankenhaus sind, und von uns auch nicht beeinflussbar sind.“* (III/573-574) Im Vorfeld, so zwei der Antworten, wird zu lange zugewartet, Angehörige gehen davon aus, dass das Procedere der Einreichung durch das Krankenhaus schneller und unproblematisch vor sich geht, was jedoch de facto nicht der Fall ist.

### **Die Kooperation mit dem betreuenden Hausarzt/der betreuenden Hausärztin**

In allen Antworten zur Thematik „Kontaktaufnahme zum betreuenden Hausarzt/zur betreuenden Hausärztin“ wurden unsystematische, sporadische Kontakte zu praktischen HausärztInnen (lediglich bei PatientInnen mit aufwändiger medizinischer Versorgung) nach Entlassung angeführt. Der an behandelnde PraktikerInnen übermittelte Entlassungsbrief stellt eigentlich das Hauptkommunikationsmedium dar, was laut einer Befragten aufgrund der fehlenden Information bezüglich Pflegebedarf sicher nicht den Optimalzustand darstellt: *„[...] wie sein Betreuungsaufwand tatsächlich ist, ja, ist oft schwer aus einem Arztbrief herauszufinden, wäre natürlich gescheit, wenn der Bescheid weiß, gerade bei umfassendem Betreuungsaufwand.“* (I/608-611) Als Grund für die mangelnde Kooperation mit den PraktikerInnen werden fehlende Zeitressourcen auf beiden Seiten genannt, das Verbesserungspotential einer Kooperation wurde mehrmals erwähnt: *„Ist also sicher auch ein Punkt, der unter Bearbeitung für die Zukunft fällt, ja, der Kontakt zu den Hausärzten.“* (III/448-449)

## **Bewilligung und Nichtbewilligung von Hilfsmitteln**

Zum Thema der Bewilligungssituation für Hilfsmittel in Wien beschreiben drei der fünf Interviewpartnerinnen die Bewilligungssituation in Wien eher als großzügig und praktikabel, wenn auch wenig transparent: *„Also, dass es einfach ein Bewilligungsdschungel ist, der für Angehörige wahnsinnig schwierig zu durchforsten ist. Also, da ist, glaube ich, das Entlassungsmanagement wirklich ein großer Vorteil.“* (III/488-490)

Zu überdenken sei außerdem, so die Meinung einer Befragten, ob auch alle verordneten Hilfsmittel in der häuslichen Umgebung praktikabel anwendbar sind. Diesbezüglich werden vermehrte Wohnungsadaptierungen vor Ort durch Case ManagerInnen des Fonds Soziales Wien empfohlen.

### **8.3 Zusammenführung der Ergebnisse der explorativ-deskriptiven Einführung und der ExpertInneninterviews und daraus resultierende Verbesserungsvorschläge**

Die vom PIK-Standard Entlassungsmanagement empfohlene multidisziplinäre Zusammensetzung des Entlassungsmanagements wird bereits in den meisten Krankenhäusern der Vinzenz Gruppe praktiziert und erweist sich als äußerst praktikabel. Das im Standard Entlassungsmanagement beschriebene Anforderungsprofil an die Person des Entlassungsmanagers/der Entlassungsmanagerin weist auf die Vielseitigkeit dieser Schlüsselposition hin, auch die befragten ExpertInnen betonen die besondere Rolle der Schnittstelle Entlassungsmanagement. Zunehmend wird sowohl von Entscheidungsträgern als auch von der Gesellschaft die Brisanz der Thematik Entlassung von PatientInnen mit erhöhtem Betreuungsbedarf erkannt. Dies zeigt sich sowohl im Zustandekommen der Weiterbildung Entlassungsmanagement, als auch in der zunehmend flächendeckenden Installierung der Stabstelle Entlassungsmanagement innerhalb der Krankenhäuser. In der Vinzenz Gruppe Wien ist in jedem Krankenhaus Entlassungsmanagement verfügbar.

Die Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern der Vinzenz Gruppe Wien als Voraussetzung für zielführende Entlassungsplanung werden in personeller Hinsicht als ausreichend beschrieben, räumlich und bezüglich der Ausstattung

besteht Verbesserungsbedarf. Die Zuweisungsmodalitäten an das Entlassungsmanagement werden als strukturiert und zufrieden stellend dargestellt, auf die Verwendung von Assessments, wie sie der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfiehlt, wird jedoch innerhalb der Vinzenz Gruppe Wien zugunsten der Erfahrung der Zuweisenden gänzlich verzichtet. Zur Identifizierung potentieller PatientInnen wären transparente Prozesse empfehlenswert. Die Frühzeitigkeit in der Zuweisung ist gewährleistet und wird nur in wenigen Ausnahmefällen nicht eingehalten. Diesbezüglich sind klare Vereinbarungen festgehalten und etabliert, welche größtenteils eingehalten werden. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen innerhalb des eigenen Hauses wird positiv, der Informationsfluss im multidisziplinären Team innerhalb der Institution als auch nach außen hin als verbesserungswürdig bewertet. Klare Prozessbeschreibungen würden Abhilfe schaffen und ein strukturiertes Vorgehen ermöglichen.

Die Kommunikation mit dem extramuralen Bereich und den niedergelassenen HausärztInnen stellt sich als Schwachstelle dar. Beide Bereiche sind jedoch für eine lückenlose Versorgung poststationär unabdingbar und sollten daher ausgebaut werden. Die Kooperation mit den Beratungszentren Pflege und Betreuung als auch mit dem Fonds Soziales Wien gestaltet sich als eher schwierig, die Interviewten als auch die vorhandene Literatur zur Thematik beschreiben diesbezüglich Ressourcenknappheit in personeller Hinsicht. Die Zwischenschaltung des Beratungszentrums für Pflege und Betreuung bei der Aktivierung von Hilfsdiensten wird als unnötiger Mehraufwand angeführt, erwünscht wäre von den befragten Entlassungsmanagerinnen der direkte Kontakt zu der weiter betreuenden Organisation.

Mängel bei den extramuralen Hilfsdiensteanbietern werden ebenfalls angegeben. Die existierenden Betreuungsstrukturen werden als zu unflexibel eingestuft, fehlende Nacht- und unzureichende Wochenendversorgung als Riesenproblem in der häuslichen Weiterversorgung beschrieben. Die mögliche Maximalbetreuung von PatientInnen wird sowohl im Bereich der Heimhilfen als auch der medizinischen Hauskrankenpflege als „Notversorgung“ bezeichnet. Die Krankenhausträger wiederum finden sich unter dem Druck der LKF-Finanzierung konfrontiert mit verlängerten Liegezeiten aufgrund von Sozialindikationen und sehen sich gezwungen, PatientInnen mit Pflegebedarf unverhältnismäßig lange im



Krankenhaus zu belassen. Diese Institutionen sind bemüht, strukturelle Lücken des extramuralen Sektors so gut wie möglich zu kompensieren. Frühzeitige Entlassungen mit darauf folgenden Versorgungseinbrüchen im häuslichen Bereich führen zu Wiederaufnahmen, diese sind verbunden mit erheblichem finanziellen und organisatorischen Aufwand sowohl für die betroffenen PatientInnen als auch für das Krankenhaus und die Sozialversicherungsträger. Es wird ein forcierter Ausbau des extramuralen Versorgungsbereichs gefordert, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden, und mehr als „warm-satt-sauber“-Betreuung anbieten zu können.

Mobile Palliativversorgung wird generell als sehr positiv, die vorhandenen Kapazitäten jedoch als unzureichend beschrieben. Die stationäre Palliativbetreuung bringt aufgrund der sehr begrenzten Aufenthaltsdauer viele Begleitprobleme mit sich. Jene Entlassungsmanagerinnen, die in Krankenhäusern mit eigenen Palliativstationen beschäftigt sind, empfinden dies als sehr entlastend in der Entlassungsplanung. Diese Aussage trifft auch auf hauseigene akutgeriatrische Abteilungen zu.

Die Weiterbildung „Entlassungsmanagement“, so die einheitliche Meinung der Befragten, trägt zur Etablierung und Spezialisierung des Berufsbildes bei und wird durch die Netzbildung der TeilnehmerInnen als sehr positiv bewertet.

Die Situation bezüglich notwendiger Pflegeheimtransferierung direkt vom Krankenhaus aus präsentiert sich als äußerst problematisch. Die Anzahl der verfügbaren Pflegeplätze scheint in keiner Relation zum tatsächlichen Bedarf zu stehen. Organisatorische Hürden, wie beispielsweise fehlende Dokumente oder Pflegegeldanträge, verlängern entstehende Wartezeiten zusätzlich und stellen die Mitarbeiter des Entlassungsmanagements vor schier unlösbare Probleme, weil der extramurale Sektor die aufwändige Pflege in der Überbrückungszeit zwischen Krankenhausaufenthalt und Pflegeheimeinzug kaum erbringen kann. Wieder sind Rehospitalisierung oder ein Verbleiben im Krankenhaus die Folge. Transparentere, raschere und vereinfachte Abläufe in den Antragsverfahren könnten hier zu enormen Erleichterungen führen. Die Kapazität verfügbarer Pflegebetten sollte an den tatsächlichen Bedarf angepasst werden, eine Aufstockung wäre dringend notwendig.

Hinsichtlich der Bewilligung von Hilfsmitteln finden sich in allen Interviews Hinweise auf durch Ablehnung von Krankbetten verursachte Versorgungs-

einbrüche in der häuslichen Betreuung. Der Effekt der Pflegeheimeinweisung aufgrund fehlender Hilfsmittel stellt einen untragbaren Zustand dar. Institutionalisierung Betroffener könnte bei großzügigeren Bewilligungsvorschriften vermieden oder hinausgezögert werden. Es wäre dringend notwendig, dass diesbezügliche Einsparungsmaßnahmen von den Sozialversicherungsträgern noch einmal mit all ihren Konsequenzen wie drohender Pflegeheimeinweisung reflektiert werden.

In Bezug auf bestehende finanzielle Fördermaßnahmen der 24-Stundenbetreuung ist kritisch anzumerken, dass diese zu keiner tatsächlichen finanziellen Entlastung von PatientInnen führen. Diese Betreuungsform ist aus diesem Grund eher sozial Bessergestellten vorbehalten, die Antragsstellung scheint außerdem sehr aufwändig und wenig transparent.

Die Nachvollziehbarkeit bei der Pflegegeldeinstufung ist nicht immer gegeben, das Vorgehen erweckt den Eindruck der Willkür bei der Bestimmung der Pflegegeldstufe. Gefordert wird die Durchführung der Pflegegeldbegutachtung in Kombination aus Pflegenden und MedizinerInnen. Weiters muss die durch veränderte Finanzierungsmuster begrenzte Aufenthaltsdauer PatientInnen und Angehörigen klar kommuniziert werden, um ein „Umdenken“ anzuregen. Krankenhäuser können nicht als billigere Lösung zum Pflegeheim fungieren, sie tragen nicht die Gesamtverantwortung für ungelöste soziale Probleme von PatientInnen.

Ein prinzipiell zu langes Zuwarten der Betroffenen, bis Hilfe in Anspruch genommen wird, ist zu beobachten. Pflegeheimanträge und auch Sachwalterschaftsanregungen werden hinausgezögert und stellen in Anbetracht der hohen Wartezeiten alle Betroffenen vor organisatorische und emotionale Herausforderungen. Aufklärungsarbeit und gesellschaftliche Enttabuisierung der Thematiken sind hier gefragt.

Angehörige werden von den Entlassungsmanagerinnen als größtenteils kooperativ im Hinblick auf die Planung der bevorstehenden Entlassung beschrieben, befinden sich jedoch häufig in emotional sehr schwierigen Situationen und bedürfen der besonderen Aufmerksamkeit durch die EntlassungsmanagerInnen. Es gilt, die erhebliche Anzahl von informell Pflegenden zu entlasten und deren Motivation zur Pflegeübernahme zu erhalten, da diese Zuwendungen nicht nur enormen humanitären Wert haben, sondern auch die bestehenden Versorgungsstrukturen

entlasten. Frühzeitige Beratung durch MitarbeiterInnen des extramuralen Betreuungsbereichs wird aufgrund des hohen Informationsbedarfs Betroffener bereits im Vorfeld des Krankenhausaufenthalts gefordert. So könnten bereits zeitaufwändige Vorbereitungen bezüglich der Weiterversorgung getroffen und weitreichende Entscheidungen ohne Zeitdruck gefällt werden.

#### **8.4 Schlussfolgerungen**

Die Vorteile funktionierenden Entlassungsmanagements werden sowohl von PatientInnen, als auch von den anderen, in den Entlassungsprozess involvierten Berufsgruppen (Pflege, MedizinerInnen) benannt. Entlassungsmanagement ist eine Antwortmöglichkeit auf die Vielzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Krankenhauserkrankung älterer, mehrfach erkrankter Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf auftreten können. Entlassungsmanagement kann aber die anscheinend vorhandenen, mangelnden Ressourcen im extramuralen Versorgungsbereich wie unflexible Betreuungsmuster, mangelnde Verfügbarkeit von Pflegeheimbetten, bürokratische Hürden bei Antragsstellungen, erhöhte Wartezeiten auf Sachwalterschaftsbestellungen, Intransparenz bei Förderverfahren und PflegegeldEinstufung etc. nicht lösen. Die Krankenhäuser sind bemüht, Mängel in der extramuralen Weiterversorgung zu kompensieren, indem sie PatientInnen aus sozialer Indikation heraus aufnehmen bzw. länger in stationärer Betreuung belassen, als dies aus medizinischen Gründen notwendig wäre. Dieses Vorgehen stellt jedoch aus betriebswirtschaftlicher Sicht für die Krankenhausträger keine Optimalsituation dar, ganz abgesehen von den Schwierigkeiten, die sich für die Betroffenen aus unnötiger Krankenhausinstitutionalisierung ergeben. Jene Spitäler, die über Spezialabteilungen wie akutgeriatrische und/oder palliativmedizinische Stationen verfügen, erfahren eine erhebliche Entlastung in der lückenlosen Weiterversorgung mehrfach erkrankter, älterer PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf. Ein Ausbau dieser Betreuungseinheiten sollte angedacht werden. Grundsätzlich wäre es sinnvoll, die Öffentlichkeit transparent darüber zu informieren, dass sich die Finanzierungsmuster innerhalb der Krankenhäuser verändert haben und daher die Aufenthaltsdauer zeitlich begrenzt ist. Althergebrachte Muster müssen durchbrochen werden, dazu bedarf es jedoch

der offenen Kommunikation dieses veränderten Umstands.

Kontinuität in der Weiterversorgung mehrfach erkrankter, älterer PatientInnen nach Krankenhausaufenthalt ist mit den derzeitigen Strukturen schwer aufrechtzuerhalten. So führen beispielsweise die unzureichenden personellen Ressourcen im extramuralen Betreuungsbereich, die begrenzte Aufenthaltsdauer auf Palliativstationen, die zunehmende Ablehnung von Hilfsmittelbewilligungen von Seiten der Krankenkassen als auch zu aufwändige und intransparente Abläufe bei Anträgen wie Pflegegeld, Sachwalterschaftsanregung oder Pflegeheimunterbringung zu drohenden Versorgungseinbrüchen, die derzeit durch die Krankenhäuser überbrückt werden müssen. Ein Ausbau des extramuralen Sektors wird sowohl von pflegenden Angehörigen als auch von den befragten Entlassungsmanagerinnen dringend gefordert. Diesbezüglich wird durchgehend über mangelnde Ressourcen berichtet, ebenso ist dies im Bereich der Langzeitpflegeeinrichtungen der Fall. Die vorhandenen Kapazitäten scheinen hier in keinster Weise dem tatsächlichen Bedarf zu entsprechen. Die Krankenhäuser sind bemüht, extramurale Schwachstellen im Setting auszugleichen, werden aber den Bedürfnissen Betroffener schwer nachkommen können.

Als weiterer erschwerender Faktor in der Entlassungsplanung präsentiert sich die mangelnde Transparenz, die zu Unsicherheit bei den Betroffenen führt, wie dies beispielsweise bei der Pflegegeldeinstufung, bei Pflegeheimanträgen mit finanzieller Förderung durch den Fonds Soziales Wien und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten für 24-Stundenbetreuungsdiensten der Fall ist.

## **9. Fazit**

Die vorhandenen Strukturen außerhalb der Krankenhäuser stellen das „Werkzeug“ der EntlassungsmanagerInnen innerhalb der Krankenhäuser dar. Strukturierte Entlassungsplanung kann nur zu für alle Beteiligten zufrieden stellenden Ergebnissen wie erhöhter PatientInnenzufriedenheit und adäquater Versorgung ohne Kontinuitätseinbrüchen führen, wenn die Ressourcen außerhalb des Akutversorgungsbereichs den tatsächlichen Bedürfnissen Betroffener angepasst werden.

## LITERATURVERZEICHNIS

Arbeitsgruppe Public Health (Hg.) (1995): Case Management – Bibliografie. Berlin: Eigenverlag.

Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hg.) (2009): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bogner, Alexander / Menz, Wolfgang (2009a): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 7–35.

Bogner, Alexander / Menz, Wolfgang (2009b): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion: In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 61-99.

Brockhaus (2009): Url: <http://www.brockhaus.de/> [abgerufen am 29.07.2009].

Brüggemann, Ruth / Osterbrink, Jürgen / Benkenstein, Jana (2002): Pflegeüberleitung: Die Sicht der Patienten und notwendige Konsequenzen für die Organisation Krankenhaus. In: Pflege (15) 79-85.

Bundeskanzleramt Österreich (2008): Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Bundespflegegeldgesetz.

Url:<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859> [abgerufen am 16.7.2009].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009a): Begünstigte Pensionsversicherung für pflegende Angehörige.

Url:<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/dokument.html?channel=CH0159&doc=CMS1218631827929> [abgerufen am 20.07.2009].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009b): Plattform für pflegende Angehörige. Beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung.

Url:<http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/dokument.html?channel=CH0707&document=CMS1152876540028> [abgerufen am 21.07.2009].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009c): Plattform für pflegende Angehörige.

Url: <http://www.pflegedaheim.at/> [abgerufen am 25.07.2009].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009d): Voraussetzungen für das Pflegegeld. Wien.

Url:<http://www.help.gv.at/Content.Node/36/Seite.360512.html> [abgerufen am 18.07.2009].

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hg.) (2004): Med Together – Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Endbericht. Wien: Eigenverlag.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Soziales (Hg.) (2009): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF-Systembeschreibung.

Url:[http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/4/5/CH0719/CMS1159516854629/systembeschreibung\\_2009.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/6/4/5/CH0719/CMS1159516854629/systembeschreibung_2009.pdf) [abgerufen am 25.07.2009].

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hg) (2008): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien: Eigenverlag.

Dash, Kimberly / Zarle, Nancy / O'Donnell, Lydia / Vince-Withman, Cheryl (2000): Entlassungsplanung Überleitungspflege. 1. Auflage. München: Verlag Urban & Fischer.

DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: Eigenverlag.

Elwyn, Glyn / Williams, Meryl / Roberts, Catherine / Newcombe, Robert G. / Vincent, Judith (2008): Case management by nurses in primary care: Analysis of 73 'success stories'. In: Quality in Primary Care (16) 75-82.

Engeln, Magnus / Hennes, Hans-Jürgen / Stehling, Heiko / Ziegenbein, Ralf (2006): Der Blaylock-Risk-Assessment-Score (modifizierter BRASS-Index) als Initialassessment im multiprofessionellen Entlassungsmanagement. PrinterNet (10) 545-549.

Ewers, Michael (2005): Das angloamerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. 53-91.

Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (Hg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Fineout-Overholt, Ellen / Melnyk, Bernadette Mazurek / Schultz, Alyce (2005): Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st-century. In: Journal of professional nursing 2005 (21:6) 335-344.

Fonds Soziales Wien (2007a): SUS Wien: Selbsthilfe-Unterstützungsstelle.  
Url: [www.sus-wien.at](http://www.sus-wien.at) [abgerufen am 18.07.2009].

Fonds Soziales Wien (2007b): Pflege und Betreuung.  
Url: [www.fsw.at/pflege/](http://www.fsw.at/pflege/) [abgerufen am 21.09.2009].

Fonds Soziales Wien (2008): Unveröffentlichter Beitrag im Rahmen der Weiterbildung Entlassungsmanagement der Sophos GmbH 2008. Wien.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Geister, Christina (2004): Sich-verantwortlich-Fühlen als zentrale Pflegemotivation. Warum Töchter ihre Mütter pflegen. In: Pflege 2005 (18) 5-14.

Grießler, Erich / Krajic, Karl / Peinhaupt, Christa / Pelikan, Jürgen (1999): Endbericht „Virtuelles Krankenhaus zu Hause“ in Österreich – Bestandsaufnahme und Analyse von Modellen der Qualitätsverbesserung der Spitalsentlassungen bzw. der integrierten ambulanten Versorgung akut kranker Menschen. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

Grundböck, Alice / Krajic, Karl / Nowak, Peter / Pelikan, Jürgen M. / Peinhaupt, Christa (2000): Organisation der Patientenbetreuung zwischen dem Donauspital und der Betreuung zu Hause – Zwischenevaluation und IST-Analyse. Zweite Stufe der Evaluation der Umsetzung des Kooperationsübereinkommens zwischen dem KAV und der MA 47. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

Grundböck, Alice / Rappauer, Anita / Müller, Gerhard (2003): Evaluation des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien. Case Management an der Schnittstelle zwischen stationärer und extramuraler Betreuung. Zusammenfassung. Wien: Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste.

Grundböck, Alice / Rappauer, Anita / Müller, Gerhard (2004): „Das ist eine wunderbare Sache“ – Ergebnisse einer qualitativen Evaluationsforschung über Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen.

Url:[http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Kongress\\_Linz\\_2004/VortraegeMit/grundboeck.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Kongress_Linz_2004/VortraegeMit/grundboeck.pdf) [abgerufen am 10.06.2009].

Grundböck, Alice / Rappauer, Anita / Müller, Gerhard / Stricker, Susanne (2005): Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt:



Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen – Sicht der Patienten und Angehörigen. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste. In: Pflege 2005 (18:2) 121-127.

Grundböck, Alice / Rappauer, Anita / Stricker, Susanne (2005): „Die Leute haben’s wirklich drauf“. Die Rolle des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege im Entlassungsmanagement. Auszüge aus einer Evaluationsstudie. In: Procure 2005 (6) 20 – 24.

Heimerl, Katharina / Berlach-Pobitzer, Irene (2000): Autonomie erhalten – Eine qualitative PatientInnenbefragung in der Hauskrankenpflege. In: Seidl, Elisabeth / Staňková, Marta / Walter, Ilsemarie (Hg.): Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich. 102 – 166.

Höhmann, Ulrike / Müller-Mundt, Gabriele / Schulz, Brigitte (1998): Qualität durch Kooperation. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Krajic, Karl / Nowak, Peter / Rappold, Elisabeth (2005): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser (o.D.): Krankenhäuser zum Leben. Url: [www.kwp.at](http://www.kwp.at) [abgerufen am 29.07.2009].

Kyngäs, Helvi / Lahdenperä, Tinaa (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factors. In: Journal of Advanced Nursing (29:4) 832-839.

Magistrat der Stadt Wien (o.D): Wohn- und Pflegeheime – Anmeldung. Url:<http://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheit/fsw/pflegeheimanmeldung.html> [abgerufen am 03.08.2009].

Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 4 (o.D.): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis einschließlich 2013. Artikel 5.

Url:<http://www.wien.gv.at/recht/landesrechtwien/rechtvorschriften/html/s0050700.htm> [abgerufen am 14.08.2009].

Magistrat der Stadt Wien, Magistratsabteilung 5 (o.D.): Wiener Krankenanstaltengesetz 1987. § 38. Entlassung von Patienten.

Url:<http://www.wien.gv.at/recht/landesrechtwien/rechtvorschriften/html/s7400000.htm> [abgerufen am 22.10.2009].

Maly, Nicole (2001): Töchter, die ihre Mütter pflegen. Eine Analyse ihrer Lebenssituation. Münster: Lit-Verlag.

Mayer, Hanna (2007): Qualitative Forschung. Skriptum zur Vorlesung „Einführung in die qualitative Forschung“ im Rahmen des Individuellen Diplomstudienganges Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

McBryde-Foster, Merry / Allen, Toni (2005): The continuum of care: A concept development study. In: Journal of Advanced Nursing (50:6) 624-632.

Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 7-35.

Müller-Mundt, Gabriele / Schaeffer, Doris / Pleschberger, Sabine / Brinkhoff, Petra (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? In: Pflege und Gesellschaft 2000 (5:2) 42-53.

Nemeth, Claudia / Pochobradsky, Elisabeth (2004): Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Netting, F. Ellen (1992): Case Management: Service or symptom? In: Social Work (37:2) 160-164.

Nowak, Peter / Peinhaupt, Christa / Pelikan, Jürgen (2000): Machbarkeitsstudie für ein Modellprojekt „Patientenorientierte, integrierte Krankenbetreuung (in Wien)“. Endbericht integrierte Versorgung. Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

Olensky, Erwin (2004): Die Funktionsweise des österreichischen LKF-Systems. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.

Onder, Graziano / Liperoti, Rosa / Bernabei, Roberto / Landi, Francesco (2008): Case management, preventive strategies and caregiver attitudes among older adults in home care: results of the adhoc study. In: Journal of the American Medical Directors Association 2008 (9:5) 337-341.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2009): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (1997, Novelle 2008):  
Url: <http://www.oegkv.at/index.php?id=2986> [abgerufen am 15.07.2009].

Pfadenauer, Michaela (2009): Auf gleicher Augenhöhe. Das Experteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hg.): Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 99-117.

PIK (2006): Standard Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem, poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf. Im Auftrag von: Bereichsleitung für Strukturentwicklung, Wiener Gebietskrankenkasse.  
Url: [http://www.pik.or.at/fileadmin/user\\_upload/Fachtagung\\_EM/PIK\\_EM\\_Standard\\_2007\\_03\\_19.pdf](http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Fachtagung_EM/PIK_EM_Standard_2007_03_19.pdf) [abgerufen am 17.06.2009].

PIK (2007): Curriculum Weiterbildung Entlassungsmanagement.  
Url: [http://www.pik.or.at/fileadmin/user\\_upload/Fachtagung\\_EM/curriculum\\_EMEnd](http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Fachtagung_EM/curriculum_EMEnd)

fassung\_2007\_05\_08.pdf [abgerufen am 14.07.2009].

PIK (2009): PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung. 3. Zwischenbericht. Wien: Eigenverlag.

Pochobradsky, Elisabeth / Bergmann, Franz / Brix-Samoylenko, Harald / Erfkamp, Henning / Laub, Renate (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Schaeffer, Doris (2000a): Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. In: Pflege 2000 (13) 17-26. Bern: Verlag Hans Huber.

Schaeffer, Doris (2000b): Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen. Die Entlassung aus dem Krankenhaus. In: Seidl, Elisabeth / Staňková, Marta / Walter, Ilsemarie (Hg.): Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich. 11-36.

Schrems, Berta (2008): Qualitätsmanagement. Skriptum zur Vorlesung „Qualitätsmanagement“ im Rahmen des Individuellen Diplomstudienganges Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Wien/Maastricht: Eigenverlag.

Seidl, Elisabeth / Staňková, Marta / Walter, Ilsemarie (Hg.) (2000): Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Seidl, Elisabeth / Walter, Ilsemarie (2000): Lebensbewältigung und Information. Eine Studie über alte Menschen nach der Spitalsentlassung. In: Seidl, Elisabeth / Staňková, Marta / Walter, Ilsemarie (Hg.): Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich. 36-102.

Statistik Austria (2008a): Bevölkerungspyramide 2007, 2030 und 2050 (mittlere Variante).

Url:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027331.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027331.html) [abgerufen am 20.05.2009].

Statistik Austria (2008b): Haushaltsprognosen.

Url:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/haushaltsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushaltsprognosen/index.html) [abgerufen am 24.06.2009].

Statistik Austria (2008c): Ergebnisse im Überblick: Krankenanstalten seit 1965.

Url:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen\\_im\\_gesundheitswesen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html) [abgerufen am 20.07.2009].

Statistik Austria (2009a): Bevölkerungsprognosen.

Url:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html) [abgerufen am 17.06.2009].

Statistik Austria (2009b): Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten seit 1989.

Url:[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/stationaere\\_aufenthalte/spitalsentlassungen\\_gesamt/022074.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/022074.html) [abgerufen am 26.07.2009].

St. Josef Krankenhaus (2009): Interne Statistik.

Walraven, Carl van / Bell, Chaim M. (2002): Risk of death or readmission among people discharged from hospital on Fridays. In: Canadian Medical Association (166:13) 1672-1673.

Wiener Krankenanstaltenverbund (2009): Geriatriezentrum am Wienerwald. Geschichte des Hauses.

Url:[http://www.wienkav.at/kav/qzw/texte\\_anzeigen.asp?id=489](http://www.wienkav.at/kav/qzw/texte_anzeigen.asp?id=489) [abgerufen am 03.08.2009].

Wingenfeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Verlag Hans Huber.

World Health Organization (Hg.) (2006): The world health report.  
Url:<http://books.google.de/books?id=NGprjLv9wpYC&pg=PA25&dq=world+health+report+2006+deploy+towards+a+continuum+of+care> [abgerufen am 06.07. 2009].

## Anhang I: Leitfaden ExpertInneninterview

### Entlassungsmanagement innerhalb des Krankenhauses

Können Sie mir sagen, wie das Entlassungsmanagement bei Ihnen abläuft?	Wer weist zu? Wie wird zugewiesen (telefonisch, PC, mündlich, Zuweisungsformulare?) Rechtzeitigkeit?
Können Sie mir bitte berichten, wie die Kooperation mit anderen Berufsgruppen rund um die Entlassungsplanung abläuft?	Lücken? Verbesserungsvorschläge?
Haben Sie Verbesserungsvorschläge rund um die Entlassungsplanung in ihrem Krankenhaus?	Rahmenbedingungen? Ausstattung? Personelle Ressourcen? Mitspracherecht?

### Kooperation mit Angehörigen / nahe stehenden Personen

Können Sie mir bitte über die Kooperation mit nahe stehenden Personen / Angehörigen von PatientInnen mit Ihnen in Bezug auf die Entlassungsplanung berichten?	Wenn positiv: in welcher Art Wenn negativ: aus welchen Gründen?
Empfehlen Sie Verbesserungsvorschläge in der Zusammenarbeit mit Angehörigen?	Flexibleres Angebot? Erreichbarkeit?

### Kooperation mit extramuralen Anbietern/mobil

Können Sie mir bitte über Ihre Erfahrungen mit den Beratungszentren Pflege und Betreuung, die für Ihr Einzugsgebiet zuständig sind, berichten?	Datenübermittlung: telefonisch/schriftlich? Erreichbarkeit? Ressourcen? Verbesserungsvorschläge?
Ist Ihrer Erfahrung nach die Versorgung im extramuralen Bereich auf Seite der Heimhilfen ausreichend für die Betreuung Betroffener?	Wenn nein: in welcher Hinsicht? Welche Lücken? Welche Verbesserungsvorschläge? Versorgung in der Nacht?
Finden Sie die Versorgung durch mobile Hauskrankenpflege vom Angebot her ausreichend?	Wenn nein: welche Mängel? Nachtversorgung? Verbesserungsvorschläge?
Ist Ihrer Erfahrung nach die mobile Palliativbetreuung ausreichend ausgebaut?	Wenn nein: welche Mängel? Welche Verbesserungsvorschläge?

### Transfer in eine Langzeitpflegeeinrichtung

Können Sie mir bitte über ihre Erfahrungen beim Übergang in ein Pflegeheim berichten?	Wartezeiten bis Antragstellung vollständig? Wartezeiten auf freien Pflegeheimplatz? Welche Lösungen vorhanden, bis Pflegeheimplatz verfügbar? Transfer zwischenzeitlich nachhause?
---	---

	<p>Versorgung dort ausreichend?  Pflegegeld nicht vorhanden – Wartezeiten, bis  Pflegegeldantrag durchgeführt?  Angehörige?  Problem: PensionistInnenwohnheim und  Pflegebedürftigkeit</p>
<p>Können Sie mir bitte über ihre  Erfahrungen beim Transfer von  PatientInnen auf Palliativstationen  berichten?</p>	<p>Reaktion PatientInnen / Angehörige?  Gesellschaftliches Image?  Wartezeiten?  Begrenzte Aufenthaltsdauer dort? Reaktion  PatientInnen? Pflegeheimantrag als Sicherheit  zusätzlich?</p>

### **Kooperation mit HausärztInnen**

<p>Nehmen Sie Kontakt zu betreuenden  HausärztInnen auf, wenn ja, wie läuft  dieser ab?</p>	<p>Bei welchen PatientInnen? Aus welchen  Gründen?  Wann vor der Entlassung?  Schriftlich/mündlich?  Welche Vorteile ergeben sich aus  Kontaktaufnahme?  Wenn nein, warum nicht?</p>
---	--

### **Schnittstellenproblematik**

<p>Welche Probleme identifizieren Sie als  die häufigsten an der Schnittstelle von  der Entlassung im Krankenhaus in  weiter betreuende Institutionen bzw.  weiter betreuende Organisationen?</p>	<p>Nach Problemnennung: mögliche Ursachen?  Verbesserungsvorschläge?</p>
---	--

### **Gemeinde Wien/Fonds Soziales Wien**

<p>Können Sie mir bitte über Ihre  Kooperation mit dem Fonds Soziales  Wien berichten?</p>	<p>Problembereiche?  Erreichbarkeit von Sachbearbeitern?  Personelle Ressourcen ausreichend?  Wartezeiten bei Antragsstellungen?</p>
--	--

### **Kooperation Krankenkassen / Hilfsmittel**

<p>Können Sie mir bitte über Ihre  Erfahrungen bezüglich der Einholung  von Bewilligungen von den  Krankenkassen erzählen?</p>	<p>Erreichbarkeit?  Wartezeiten?  Ablehnungen?</p>
<p>Ist Ihrer Erfahrung nach die Versorgung  und Bewilligung von benötigten  Hilfsmitteln in Österreich ausreichend?</p>	<p>Wenn ja, mit Beispielen begründen  Wenn nein: welche Problembereiche?  Verbesserungsvorschläge?</p>



## Finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten

Können Sie mir bitte über Ihre Erfahrungen mit Fördermöglichkeiten für Pflegebedürftige berichten? Beispielsweise dem Pflegegeld oder Förderungen des Bundessozialamts.	Ausreichend? Information Betroffener genügend vor Beratung durch Entlassungsmanagement? Wartezeiten? Pflegegeldeinstufung adäquat? Wenn nein, in welcher Form nicht? Missbrauch? Verwendung zweckgebunden? Überprüfung des Pflegegeldanspruchs? Begutachtung nicht durch Pflege, sondern durch MedizinerInnen adäquat? Verbesserungsvorschläge?
---	---

## Problembereich demente Personen / Frage der Sachwalterschaft

Wie wird in Ihrem Krankenhaus mit dementen Personen, die ihren Betreuungsbedarf nicht mehr realistisch einschätzen können und eigentlich nicht mehr geschäfts- und urteilsfähig sind, im Hinblick auf die Entlassungssituation umgegangen?	Bestellung von Hilfsdiensten trotz Ablehnung? Anregung einer Sachwalterschaft? Wartezeitüberbrückung bis Pflegeheimplatz?
--	---

## 24-Stundenbetreuung

Haben Sie Erfahrungen mit 24-Stundenbetreuungsformen?	Formell / informell (in- / ausländisch?) Warum Tendenz zu ausländischen Betreuungsangeboten? Staatliche Unterstützung ausreichend (Fördermodelle?) Tatsächlicher Bedarf in Österreich? „Schwarzmarkt“? Lösungsvorschläge?
---	--

## Ausbildung „Entlassungsmanagement“

Sie haben die Weiterbildung „Entlassungsmanagement“ absolviert. Können Sie mir über Vorteile dieser Weiterbildung berichten?	Wissen fundierter? Wissensvertiefung? Neue Inhalte? Praktika sinnvoll? Steigerung der eigenen Sicherheit?
Haben Sie im Vergleich zu Ihrer Tätigkeit vor der Weiterbildung Verbesserungen im Umgang mit PatientInnen und Angehörigen oder anderen Berufsgruppen bemerken können?	Kommunikationserleichterung? Kompetenzerweiterung? Etablierung eigenständiges Berufsbild?

## Gesprächsabschluss

Möchten Sie abschließend noch ein für Sie wichtiges Thema in Bezug auf das Entlassungsmanagement ansprechen?
--

## Anhang II: Lebenslauf

### CURRICULUM VITAE

GOREIS Manuela  
Pernerstorferstr. 4  
3032 Eichgraben  
Tel.: 0676/916 55 64  
[Manuela.goreis@hotmail.com](mailto:Manuela.goreis@hotmail.com)



### Persönliche Daten:

11.04.1974 geboren in Tulln  
österreichische Staatsbürgerschaft  
römisch-katholisch  
Tochter Julia Goreis, geboren am 20.06.1999

### Berufliche Tätigkeiten:

Herbst 2004 – laufend	<b>ST. JOSEFKRANKENHAUS, 1130 WIEN</b> Entlassungsmanagerin gem. Weiterbildung nach § 64 GuKG, BGBl. I 108/1997, GuK-WV, BgBl. I Nr. 90/2006 Mitglied im multidisziplinären Palliativkonsiliardienst Mitglied Arbeitsgruppe Zertifizierung nach KTQ/pCC
Herbst 2002 – Herbst 2004	<b>ST. JOSEFKRANKENHAUS, 1130 WIEN</b> Diplomkrankenschwester Interne II zusätzliche Tätigkeit als Praxisanleiterin
Frühling 2001 – Herbst 2002	<b>HAUS DER BARMHERZIGKEIT CLEMENTINUM, 3062 KIRCHSTETTEN</b> Diplomkrankenschwester

Sommer 1999 –  
Frühling 2001

## **KARENZ**

Herbst 1996 –  
Sommer 1999

## **ALLGEMEINES KRANKENHAUS, 1090 WIEN**

Diplomkrankenschwester, Allgemeinchirurgie 21C

## **Ausbildung:**

WS 2006 –

## **UNIVERSITÄT WIEN**

WS 2009

Studium IDS Pflegewissenschaft

April 2008 –  
Dezember 2008

## **SOPHOS ORGANISATIONSBERATUNG UND BILDUNGSMANAGEMENT GmbH, 1160 Wien**

Weiterbildung „Entlassungsmanagement“ gem. § 64  
GuKg, BgBl I 108/1997/GuK-WV BgBl I Nr. 90/2006  
i.d.g.F. mit „Erfolg“

Fachtheorie: 178 Stunden; Fachpraxis: 64 Stunden  
Abschlussarbeit zum Thema „Die Rolle des  
Entlassungsmanagements im multidisziplinären  
Palliativteam“ („Sehr gut“)

Oktober 2006

## **DÖRR BABETTE, DIPL. BETRIEBSWIRTIN**

Fortbildungsseminar „Pflegedokumentation –  
Pflegediagnose – Pflegeplanung“ im Ausmaß von 8  
Stunden

Mai 2006

## **FIRMA BSTÄNDIG, 1170 WIEN**

Fortbildung „Stomapflege“ im Ausmaß von 4 Stunden

März 2006

## **ÖSTERREICHISCHER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEVERBAND, 1160 WIEN**

Fortbildung „Die Arbeit des Allgemein beeideten und  
gerichtlich zertifizierten Sachverständigen für  
Gesundheits- und Krankenpflege“ gem. § 4 Abs 2IVm §

63 GuKG im Ausmaß von 30 Stunden

- März 2006                    **ING. MAG. DIPL. KFM. DICHTL MICHAEL**  
Workshop „Effizient präsentieren – Grundlagen“
- September 2005            **PRIM. WEYER / FA. KCI**  
Praxissymposium Extramurale Pflege, im Ausmaß von  
8 Stunden
- Jänner 2004                **FACHTAGUNG EXPERTENSTANDARD**  
**ENTLASSUNGSMANAGEMENT FRANKFURT**  
2 tägig
- Oktober 2004              **IFF-PALLIATIVE CARE UND**  
**ORGANISATIONSETHIK, DR. CHRISTIAN METZ**  
Seminar „Palliative Care“ im Ausmaß von 8 Stunden
- Februar 2004              **DGKS APOLONER INGEBORG, LEHRERIN FÜR**  
**GuKP**  
Seminar „Pflege durch basale Stimulation fördernd  
gestalten“ im Ausmaß von 8 Stunden
- April 2003                 **DGKS KOTZ MANUELA, PFLEGEBERATERIN**  
Fortbildungsseminar „Pflegeprozess“ im Ausmaß von  
24 Stunden
- Jänner 2003               **DGKS SCHARB BRIGITTE, ALLGEMEIN BEEIDETE**  
**GERICHTLICHE SACHVERSTÄNDIGE FÜR**  
**GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE**  
„Spezielle validierende Pflege – Modul Aufbau“ im  
Ausmaß von 8 Stunden
- Herbst 1993 –  
Herbst 1996               **ALLGEMEINE KRANKENPFLEGESCHULE**  
**AM ALLGEMEINEN KRANKENHAUS DER**

**STADT WIEN, 1090 WIEN**

Diplom mit „ausgezeichnetem Erfolg“

Herbst 1990 –

**SOZIALFACHSCHULE, 3100 ST. PÖLTEN**

Herbst 1993

Abschluss mit „ausgezeichnetem Erfolg“

Herbst 1988 -

**HANDELSAKADEMIE, 3100 ST. PÖLTEN**

Herbst 1990

Herbst 1984 –

**HAUPTSCHULE, 3032 EICHGRABEN**

Herbst 1988

Herbst 1980 –

**VOLKSSCHULE, 3032 EICHGRABEN**

Herbst 1984

**Ehrenamtliche Tätigkeit:**

2006 – 2009

Studienrichtungsververtretung IDS Pflegewissenschaft

**EDV – Kenntnisse:**

- Windows Office
- SAP
- diverse Datenbanken
- sehr gute Kenntnisse in schneller und effektiver Internetrecherche

**Fremdsprachen:**

Englisch in Wort und Schrift

**Interessen:**

Reisen, lesen, wandern

## Anhang III: Eidesstattliche Erklärung

### **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich, Manuela GOREIS, versichere

- dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

---

Datum

---

Unterschrift