



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

## **Entlassungsmanagement älterer Menschen mit Pflegebedarf in Wien**

Verfasserin

**Dafine Mula**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra (Mag.)**

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Univ.-Doz. Dr. Vlastimil KOZON PhD.

## Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	4
0.1. Summary	5
1. Einleitung	6
2. Darstellung der Problematik	7
3. Methodik	11
3.1. Zielsetzung	11
3.2. Literaturrecherche	12
3.2.1. Suchprotokoll	15
4. Begriffsdefinitionen	18
4.1. Entlassungsmanagement	18
4.2. Definitionsversuch Entlassungsmanagement	18
4.3. Case und Care Management im Vergleich zum Entlassungsmanagement	22
4.3.1. Case Management Regelkreis	25
4.3.2. Vergleich Case Management Regelkreis und Ablauf des Entlassungsmanagements	26
5. Tabellarische Darstellung der untersuchten Forschungsstudien	28
6. Ergebnisse	39
6.1. Organisationsformen des Entlassungsmanagements – die Rolle der Pflegepersonen	39
6.1.1. Zentrales oder indirektes Entlassungsmanagement	40
6.1.2. Dezentrales oder direktes Entlassungsmanagement	47
6.1.3. Kombinierte Form der Entlassungsplanung	49
6.1.4. Multidisziplinäre Entlassungsallianzen	50
6.1.5. Entlassungsmanagement durch externe Institutionen	50
6.1.6. Die Rolle der Pflegepersonen in der Entlassungsplanung – Ergebnisse der Studien	51

6.2. Richtlinien und Standards zum Entlassungsmanagement	57
6.2.1. Gesetzliche Richtlinien zum Entlassungsmanagement in Österreich	58
6.2.2. Gesetzliche Richtlinien zum Entlassungsmanagement in Wien	60
6.2.3. Österreichischer Strukturplan Gesundheit	61
6.2.4. Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich	62
6.2.5. Expertenstandard Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege	64
6.2.6. Der Österreichische Standard Entlassungsmanagement	67
6.2.7. Standardisierung des Entlassungsmanagements – Ergebnisse der Studien	69
6.3. Finanzielle Aspekte des Entlassungsmanagements	72
6.3.1. Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)	72
6.3.2. Finanzielle Auswirkungen des Entlassungsmanagements – Ergebnisse der Studien	77
6.4. Pilotprojekte	80
6.4.1. MedTogether – Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung	81
6.4.2. Projekt PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten	82
6.4.3. Modellprojekt PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung	83
6.5. Die Bedürfnisse der PatientInnen im Rahmen des Entlassungsmanagements – Ergebnisse der Studien	88
7. Schlussfolgerungen	93
8. Literaturverzeichnis	97
9. Ehrenwörtliche Erklärung	102
10. Curriculum Vitae	103

## 0. Zusammenfassung

Österreichs Bevölkerung wird immer älter. Bereits im Jahr 2050 wird der Anteil jener Menschen, die über 65 Jahre alt sind auf 27,5% steigen, parallel dazu steigt die Zahl derer mit chronischen und Mehrfacherkrankungen. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen in der Krankenanstaltenfinanzierung hat zur Folge, dass Krankenhausträger das Ziel verfolgen, die Verweildauer der PatientInnen möglichst kurz zu halten, was dazu führen kann, dass PatientInnen aus dem Krankenhaus entlassen werden, obwohl diese einen poststationären Pflegebedarf haben, der nicht abgedeckt ist. Im schlimmsten Fall verschlechtert sich die gesundheitliche Situation der PatientInnen so weit, dass eine Wiedereinweisung ins Krankenhaus innerhalb kurzer Zeit wieder notwendig wird. Ein Entlassungsmanagement, das den Pflegebedarf der PatientInnen erhebt und notwendige Maßnahmen für die Entlassung und die poststationäre Versorgung trifft, ist daher unumgänglich. Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche, sollen in dieser Arbeit Vorschläge und Anleitungen zur Verbesserung des Entlassungsmanagements für ältere pflegebedürftige PatientInnen in Wiener Krankenanstalten gegeben werden.

Die Studienergebnisse belegen, dass die Einführung eines Entlassungsmanagements zu einer Kostenreduktion in den Krankenanstalten beitragen kann, auch wenn – zumindest langfristig – die Wiedereinweisungsraten nicht signifikant reduziert wurden. Zudem führen Standardisierungsmaßnahmen im Rahmen des Entlassungsmanagements zu einer höheren Zufriedenheit, sowohl auf PatientInnen- als auch auf Ebene der beteiligten Berufsgruppen. Ein direktes Entlassungsmanagement, das in der Station angesiedelt ist, hat zur Folge, dass die Maßnahmen des Entlassungsmanagements im Alltagsstress als weniger wichtig eingestuft werden. PatientInnen haben öfter das Bedürfnis bei der Entscheidungsfindung miteinbezogen zu werden, als es tatsächlich der Fall ist.

Für die Krankenanstalten der Stadt Wien kann aus heutiger Perspektive die Implementierung eines indirekten Entlassungsmanagements, das sich am Österreichischen Standard Entlassungsmanagement richtet, empfohlen werden. Die

Einbeziehung der PatientInnen und deren Angehöriger trägt zu einer höheren Zufriedenheit bei und sollte im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns stehen.

## **0.1. Summary**

Austria's population is getting older. 2050 the part of the people, who are 65 years and older, will rise to 27,5%. At the same time the number of those with chronic and multiple diseases increases. Hospital financing based on diagnosis-related groups result in early discharge of elderly patients, many of whom are not yet ready to return to their homes. In the worst case the health situation of the patients got even worse and a rehospitalisation within a short time is necessary. A discharge management, which ascertains the demand of the patients and take measures for the discharge and the post-inpatient care is inevitable. Using a systematic literature review, this study aims to develop suggestions and instructions for improving the discharge management for elderly patients in Viennese hospitals.

The studies demonstrate, that the implementation of a discharge management can contribute to reduced costs, although there is no significant reduction of the long-term rehospitalisation-rates. Standardisation measures in the discharge management results in a higher degree of patient and professionals satisfaction. A direct discharge management has the consequence that the discharge management gets less important in the daily stress. Patients feel the need to get more involved in the decision process than they actually do.

From the present perspective the implementation of indirect discharge management for the Viennese medical institutions can be aligned. This discharge management must be determined by the Austrian standard discharge management, also known as Österreichischer Standard Entlassungsmanagement. The involvement of the patients and their relatives is essential.

## 1. Einleitung

Meine Erfahrung im Bekanntenkreis hat mir gezeigt, vor welcher großen Herausforderung Menschen gestellt werden, deren Angehörige nach einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig sind. Dass dies für die Betroffenen eine sehr belastende Situation ist, liegt auf der Hand. So können vor allem ältere Menschen, beispielsweise nach einem Sturz, schnell pflegebedürftig werden und von einem Tag auf den anderen auf die Hilfe anderer – meistens der Verwandten und Angehörigen (vgl. Pochobradsky et al., 2005, 66) – angewiesen sein. In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, dass die Betroffenen vor beinahe unüberwindbaren Herausforderungen gestellt werden, sowohl auf emotionaler als auch finanzieller und organisatorischer Ebene. Noch vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gilt es, Fragen hinsichtlich der zukünftigen Versorgung zu klären: Was sind die Bedürfnisse der zu pflegenden Person? Wie können diese Bedürfnisse bestmöglich befriedigt werden? Welche Aufgaben kommen auf die Angehörigen zu? Welche Ressourcen werden benötigt? Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es bzw. welche können in Anspruch genommen werden und was sind die Voraussetzungen? Gibt es finanzielle Hilfestellungen?

All diese und zahlreiche andere Fragen gilt es zu klären und nicht selten stehen die Betroffenen, deren Familienmitglieder und Angehörige dabei einem für sie unlöslichen Problem gegenüber.

Ein Entlassungsmanagement, das sich rechtzeitig genau diesen Fragen annimmt, stellt eine wichtige Entlastung, sowohl für die Betroffenen und deren Angehörigen als nicht zuletzt auch für das österreichische Gesundheitssystem dar. Im besagten Fall meiner Bekannten war schnell Hilfe vor Ort. Es wurden rechtzeitig wichtige Maßnahmen eingeleitet, begonnen beim Pflegegeldantrag bis hin zur Organisation einer 24-Stunden-Betreuung – alles in Zusammenarbeit mit den Angehörigen, die heute noch dankbar für die Hilfe sind. Dies hat mir gezeigt, dass ein umfassendes Entlassungsmanagement nicht nur die Kosten für das Gesundheitssystem senken kann, indem eine adäquate Versorgung von Pflegebedürftigen gewährleistet wird, sondern auch maßgeblich zur Entlastung der betroffenen Personen beiträgt.

## 2. Darstellung der Problematik

Das Ziel eines Entlassungsmanagements ist in erster Linie die Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterversorgung von PatientInnen nach einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus durch Vorbereitung auf die Pflege zu Hause, durch ambulante Pflegedienste oder Angehörige oder auch durch Weitergabe relevanter Informationen an stationäre Pflegeeinrichtungen. Zwar sind die meisten Konzepte zur Pflege-Überleitung vor allem für die Gruppe der alten und hochaltrigen PatientInnen entstanden (vgl. Dörpinghaus et al., 2008, 30), ein Entlassungsmanagement kann sich jedoch auch an junge Menschen, chronisch und akut erkrankte PatientInnen, solche mit nur einer Erkrankung und an Multimorbide richten.

Nichtsdestotrotz gilt es natürlich vor allem bei älteren PatientInnen mit komplexem Betreuungsaufwand rasch eine kontinuierliche Betreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen. Dass diese Aufgabe in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen wird, zeigen unter anderem auch folgende Fakten:

Die österreichische Bevölkerung wird immer älter. Die Gruppe der 65- und Mehrjährigen wächst. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt unter anderem durch

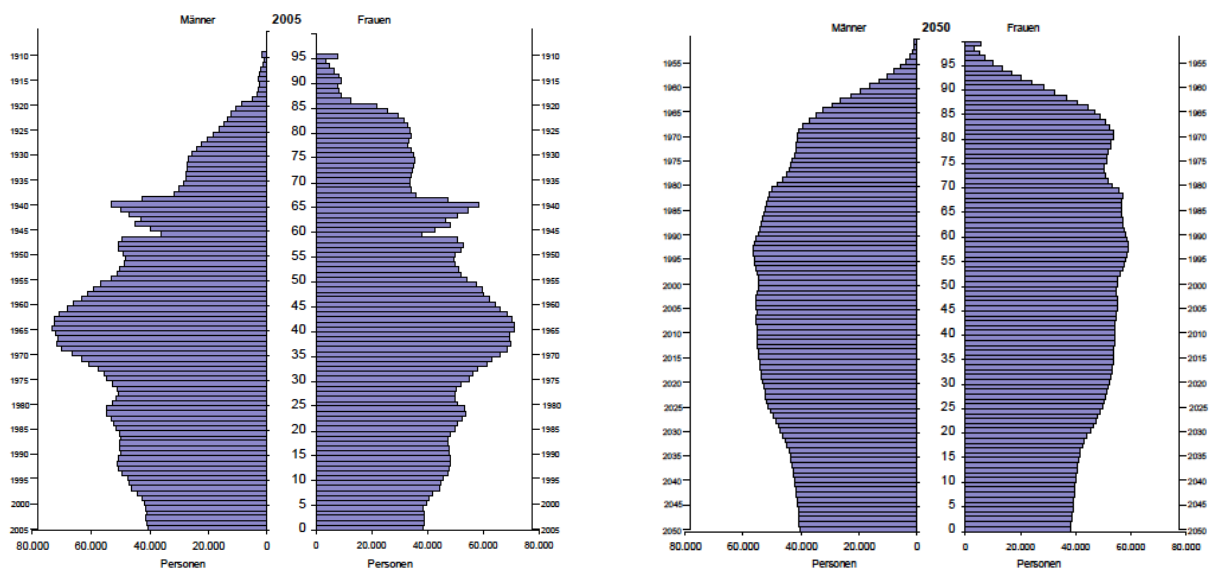
- die gegenwärtige Bevölkerungsstruktur: Die Baby-Boom-Generation der frühen 1960er Jahre wird noch einige Jahre das demographische Bild Österreichs prägen.
- eine niedrige Kinderzahl: Österreich ist und bleibt mit einer durchschnittlichen Kinderzahl von 1,4 Kindern pro Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in Zukunft ein „low fertility country“.
- Lebenserwartungsgewinne: In den vergangenen drei Jahrzehnten stieg die Lebenserwartung bei der Geburt um durchschnittlich 2,5 bis 3,0 Jahre pro Jahrzehnt. (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, KonsumentInnenenschutz, 2009, 48).

Dies hat zur Folge, dass die Gruppe der 65- und Mehrjährigen, den Prognosen der Statistik Austria zufolge, im Jahr 2050 von derzeit 1,34 Millionen auf 2,47 Millionen wächst. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt entsprechend von 16,3% (2005)

auf 27,5% (2050). Jener der über 75-Jährigen steigt 2050 auf über 16% (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, KonsumentInnenenschutz, 2009, 46-47).

Gut dargestellt finden sich diese Fakten auch in der Bevölkerungspyramide, aus der klar hervorgeht, wie sich die Bevölkerungsstruktur im Laufe der nächsten 50 Jahre verändern wird. Die Bevölkerungspyramide, welche genau genommen bereits im Jahr 2005 optisch wenig mit einer Pyramide zu tun hat, verändert sich im Laufe der nächsten Jahrzehnte zur Pilz-Form. Der schmale untere Teil, der „Pilzstiel“, stellt den Teil der unter 25-Jährigen dar, die dem großen Teil der Älteren gegenüberstehen.

Abbildung: Bevölkerungspyramiden Österreichs 2005 und 2050 (vgl. Statistik Austria zit. n. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, KonsumentInnenenschutz, 2009, 47)



Das Altern der Gesellschaft ist eine stabile und langfristige Entwicklung und wird sich dementsprechend auch kaum durch sozialpolitische Maßnahmen, wie beispielsweise eine Erhöhung der Geburtenrate, kurzfristig beeinflussen lassen. Daher liegt es an der Gesundheits- und Sozialpolitik, sich dieser Entwicklung anzupassen, sich auf die Bedürfnisse und Besonderheiten einer älter werdenden Gesellschaft einzustellen und entsprechende Maßnahmen zu setzen (vgl. Gittler-Hebestreit, 2006, 12).

Die Veränderungen im Altersaufbau führen zu einer Verschiebung der Relationen zwischen den Generationen und damit zur Veränderung der Quote von Erwerbstätigen



und den von ihnen Unterhaltenen (vgl. Gittler-Hebestreit, 2006, 12). Die damit einhergehenden Probleme rund um die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems sind natürlich nicht von der Hand zu weisen und werden sich in den nächsten Jahren zusehends verschärfen.

Mit dem Sterblichkeitsrückgang bei älteren Menschen rückt selbstverständlich auch die Frage nach der Qualität der gewonnenen Jahre immer stärker in den Mittelpunkt des Interesses. Parallel zum Anstieg der Lebenserwartung steigt auch die Zahl jener Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen. Während nur jedeR sechste 15- bis 29-Jährige ein dauerhaftes gesundheitliches Problem hat, sind es bei den über 75-Jährigen etwa zwei Drittel (vgl. Klimont et al., 2007, 15). Gleichzeitig ist unser Gesundheitssystem zunehmend betriebswirtschaftlich orientiert. Mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung im Jahr 1997 wurde das sogenannte Pfl egetagsvergütungssystem, welches die Abrechnung nach einem Pauschalbetrag pro Spitalstag vorsah, abgeschafft. Die Ziele, die mit dem neuen Finanzierungssystem verfolgt werden, sind klar: pflegerische/medizinische Leistung bestimmt das Entgelt für den stationären Aufenthalt und es soll sowohl medizinischen als auch ökonomischen Anforderungen genügen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010a, 14-16). Dies hat die Konsequenz, dass Krankenhausträger das Ziel verfolgen, die Verweildauer der PatientInnen möglichst kurz zu halten, nicht zuletzt auf Kosten einer kontinuierlichen Versorgung dieser. In diesem Zusammenhang ist die Annahme, dass PatientInnen möglichst rasch aus dem Krankenhaus entlassen werden, um die Kosten für den Krankenhausträger möglichst niedrig zu halten, durchaus berechtigt. Grießler et. al. gehen davon aus, dass aufgrund der hohen Krankenhaus-Einweisungsraten auch von „Drehtür-Effekten“ in der stationären Versorgung, also Wiedereinweisungen nach kurzer Verweildauer, ausgegangen werden kann (vgl. Grießler et al., 1999, 20). Dies ist nicht nur für die betroffenen PatientInnen ein hoher Belastungsfaktor, auch das Gesundheitssystem hat so „durch die Hintertür“ mit höheren finanziellen Belastungen zu kämpfen, als sie vielleicht tatsächlich notwendig wären.

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielt, sind die mangelnden Kenntnisse der Angehörigen sowohl die Bedürfnisse der PatientInnen als

auch die eigenen Fähigkeiten betreffend. Die große Bandbreite an Versorgungseinrichtungen und Dienstleistungen macht es für LailInnen fast unmöglich einen Überblick über die diversen Unterstützungsmöglichkeiten zu bekommen. Diese beginnen beim Bundespflegegeld und enden in den landes- und gemeindespezifischen Unterstützungsleistungen. In Wien sind dies das Landespflegegeld und Angebote, wie Essen auf Rädern, Reinigungsdienste, Tageszentren, mobile Hauskrankenpflege sowie Wohn- und Pflegeheime (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011, 13-18).

Diese Fakten spiegeln zum einen die Dringlichkeit eines umfassenden Entlassungsmanagements wider und zeigen zum anderen auch die Ziele eines solchen: kontinuierliche Betreuung von PatientInnen über die Grenzen der Versorgungseinrichtungen hinaus, Vermeidung einer Unterversorgung, Unterstützung pflegender Angehöriger, Abbau von Belastungen für das Stationspersonal, Senkung der Kosten durch Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Wiedereinweisungen. Zur Erreichung dieser Zielsetzungen wurden in Österreich im Rahmen von bundes- und landesweiten sowie regionalen Projekten Konzepte zur Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements in Krankenanstalten erprobt und bewertet (vgl. Donner/Fehring, 2003; Stricker et al. 2010; Göbel, Schwaiger, 2010). Diese werden im entsprechenden Kapitel (siehe Kapitel 6.4. - Pilotprojekte) ausführlich dargestellt.

Die genannten Entwicklungen zeigen deutlich, dass der Bedarf an strukturierter Entlassungsplanung klar gegeben ist und in Zukunft steigen wird. Die Sozial- und Gesundheitspolitik muss auf diesen Bedarf reagieren und eine kontinuierliche, adäquate und den Bedürfnissen der PatientInnen und der Angehörigen angepasste Versorgung gewährleisten.

### **3. Methodik**

Die Beantwortung der im Folgenden angeführten Forschungsfragen erfolgt auf Basis einer umfassenden systematischen Literaturanalyse bzw. -synthese. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird ausführlich auf das Thema Entlassungsmanagement eingegangen, wobei ein besonderes Augenmerk auf die unterschiedlichen Begriffe rund um die Planung der Entlassung aus einer Krankenanstalt gerichtet wird. Des Weiteren werden die unterschiedlichen Formen des Entlassungsmanagements dargestellt, die sich auf vielen Ebenen, wie beispielsweise den beteiligten Berufsgruppen, voneinander unterscheiden. Weil das Thema Entlassungs- bzw. Überleitungsmanagement in der Literatur meist im Zusammenhang bzw. teilweise auch synonym mit dem Case Management genannt wird bzw. auf dem Konzept des Case Management beruht, wird auch auf die einzelnen Schritte des Case Managements eingegangen.

Der aktuelle Forschungsstand wird im Bezug auf die Forschungsfragen recherchiert, zusammengefasst, in Tabellenform aufgelistet und abschließend diskutiert. Die Beurteilung der Qualität der Studien erfolgt nach den Kriterien für die kritische Bewertung nach LoBiondo-Wood und Haber (vgl. LoBiondo, Haber, 2005). Im Rahmen dieser Arbeit gilt es folgende Fragen zu beantworten:

- Welche internationalen Erfahrungswerte können für die Verbesserung des Entlassungsmanagements in Wiener Krankenanstalten herangezogen werden?
- Wie kann das Entlassungsmanagement aus der Sicht der PatientInnen verbessert werden? Welche Bedürfnisse bestehen von Seiten der betroffenen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen?

#### **3.1. Zielsetzung**

Das Ziel dieser Arbeit ist es, nach umfassender Literaturrecherche, Empfehlungen für die Gestaltung des Entlassungsmanagements in Wiener Krankenanstalten zu geben. Sowohl im Hinblick auf die Form des Entlassungsmanagements, als auch auf die

beteiligten Berufsgruppen und die angewandten Instrumente. Ebenfalls aufgezeigt werden soll, ob und inwiefern die betroffenen PatientInnen und deren Angehörige von einem umfassenden Entlassungsmanagement profitieren. Hier spielen Parameter, wie die kommunizierte Zufriedenheit dieser, aber auch objektiv messbare Indikatoren wie Krankenhausverweildauer und Rehospitalisierungsraten eine bedeutende Rolle. Nicht zuletzt sollen auch Schwachstellen und Defizite aufgezeigt und, basierend auf den Erfahrungen anderer Krankenanstalten und Länder, Verbesserungsmöglichkeiten im Hinblick auf eine umfassende Versorgung der PatientInnen über die Grenzen einer Betreuungseinrichtung hinaus dargestellt werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird in dieser Arbeit zum einen die Umsetzung des Entlassungsmanagements in österreichischen und internationalen Krankenanstalten zu untersuchen und zum anderen die Frage, wie die Entlassung älterer Menschen mit Pflegebedarf aus einer stationären Einrichtung vonstatten geht, zu beantworten sein. Hierzu werden vor allem der Ablauf des Entlassungsmanagements sowie die in diesem Zusammenhang angewandten Standards genauer beleuchtet. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen AkteurInnen, begonnen bei den PatientInnen und deren Angehörigen über das interdisziplinäre Team in den stationären und ambulanten Einrichtungen bis hin zu den Kooperationen zwischen Krankenanstalten, ambulanten Einrichtungen und privaten DienstleisterInnen. Einen wichtigen Teilbereich stellt hier auch die PatientInnenperspektive dar, die auch Eingang in diese Arbeit finden wird. Im Anschluss an die Darstellung der Erfahrungswerte anderer, sowohl österreichischer als auch internationaler Krankenanstalten, mit den verschiedenen Formen und Ansätzen des Entlassungsmanagements, werden Empfehlungen und Anregungen für Krankenanstalten im Raum Wien abgegeben.

### **3.2. Literaturrecherche**

Das Ziel der Literaturrecherche war es, Studien, die die Implementierung/Durchführung eines Entlassungsmanagements in einer Klinik zum Gegenstand haben zu finden und Antworten und Ergebnisse auf die vorher

formulierten Forschungsfragen zu finden. Die Studien sollten also unter anderem folgende Kriterien bzw. Teile davon beinhalten:

- Der Hauptfokus sollte auf dem Ablauf der Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Umgebung oder eine stationäre Pflegeeinrichtung liegen.
- Die Zielgruppe des Entlassungsmanagements sollten ältere, multimorbide Menschen mit poststationärem Pflegebedarf sein.
- Die Form des Entlassungsmanagements sollte, zumindest grob, aus der Studie abzuleiten sein.
- Die Studien sollten sowohl das Entlassungsmanagement aus der Sicht der Pflegepersonen und EntlassungsmanagerInnen als auch die Erfahrungen und Wünsche der PatientInnen und deren Angehörigen zum Gegenstand haben.
- Studien sollten Ergebnisse hinsichtlich der Effizienz des Entlassungsmanagements liefern.

Die Recherche der Studien, die oben genannte Kriterien zumindest zum Teil erfüllten, erfolgte in den Datenbanken CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und Medline. Deutschsprachige Datenbanken, wie DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), MedPilot und GMS (German Medical Science) brachten keine relevanten Ergebnisse zu Tage. Als Zeitraum für die Veröffentlichung der Studien wurden die Jahre 2000-2012 gewählt, wobei aktuellere bevorzugt wurden. Ältere Quellen kamen nur dann zum Tragen, wenn es sich um besonders wichtige Arbeiten oder Publikationen handelte, die auch in anderen Arbeiten oft zitiert wurden. Dies war beispielsweise bei Joosten (Joosten, 1993, 1995, 1996, 1997) der Fall.

Die Suche beschränkte sich auf deutsch-, englisch- und albanischsprachige Publikationen, wobei bei letzterem die Suche in den Datenbanken ohne Ergebnis verlief. Bei Studien, deren Volltext nicht zugänglich war, weil beispielsweise die Homepage des Verlags nicht erreichbar war oder die Studie trotz Angabe von Jahrgang und Ausgabe nicht gefunden werden konnte, wurden zunächst nur die Abstracts – wenn verfügbar – herangezogen. Weil jedoch die Abstracts zum einen keine Bewertung der Studie zuließen und zum anderen nicht alle notwendigen Informationen beinhalteten, fanden deren Ergebnisse keinen Eingang in die Arbeit.

Der Fokus lag bei der Recherche vor allem auf Studienergebnissen aus Wiener Krankenanstalten und wurde, nicht zuletzt auch aus einer mangelnden Anzahl dieser, auf Ergebnisse von Studien aus dem deutschsprachigen Raum ausgeweitet. Um auch die internationale Expertise bzw. jene aus dem angloamerikanischen Raum mit einzubeziehen, wo das Entlassungsmanagement bereits seit mehreren Jahrzehnten praktiziert und erforscht wird, fanden auch relevante internationale Studien Eingang in die Arbeit.

Studien, die zwar Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement untersuchten, aus denen aber nicht abgeleitet werden konnte, welches Entlassungsmanagement-Konzept zugrunde lag (direktes/indirektes Entlassungsmanagement, welche Berufsgruppe, etc.) hatten eine geringere Priorität, wurden aber, wenn das ansonsten untersuchte Gebiet gut dargestellt war, inkludiert. Wenn beispielsweise die Erfahrung älterer Frauen bei einem Entlassungsgespräch Gegenstand der Studie war, war die Frage, wie das Entlassungsmanagement grundsätzlich organisiert ist, von nicht so großer Bedeutung.

Die im Rahmen der Recherche verwendeten Suchbegriffe waren demnach: „Entlassungsmanagement“, „Entlassungsplanung“, „Pflegeüberleitung“, „Überleitungspflege“, „Übergangspflege“, „Brückenpflege“, „Entlassung“ im Zusammenhang mit dem Begriff „Pflege“ bzw. „discharge planning“, „discharge management“, „liaison nursing“, „transitional care“ und „follow up care“ mit dem Begriff „nursing“.

Diese Suchbegriffe brachten in beiden Datenbanken eine Fülle an Ergebnissen zu Tage, die zu umfassend waren, als das sie alle hätten durchsucht werden können. Die überblickhafte Durchsicht der Suchergebnisse der ersten Seiten zeigte jedoch, dass viele Arbeiten sich mit dem Entlassungsmanagement bei konkreten Erkrankungen beschäftigten. Dies hatte zur Folge, dass der Fokus bei diesen Publikationen nicht auf das Entlassungsmanagement an sich gerichtet war, sondern gezielte (Schulungs-) Maßnahmen bei spezifischen Diagnosen, wie beispielsweise Herzinfarkt oder Schlaganfall untersuchte und bewertete. Aufgrund der dadurch gegebenen

mangelnden Allgemeingültigkeit, wurden diese Studien zwar nicht miteinbezogen, konnten bei der Recherche aber nicht von Beginn an ausgeschlossen werden. Zahlreiche Arbeiten befassten sich mit der Entlassungsplanung von pädiatrischen PatientInnen, weshalb die Begriffe „child“, „infant“ ausgeschlossen wurden. Ein besseres Ergebnis brachte letztendlich jedoch nicht der Ausschluss dieser Begriffe, sondern die Begrenzung auf ältere PatientInnen. Dies erfolgte entweder indem die Begriffe „elder“ und „old“ zu den Suchbegriffen dazu genommen wurden, „Gerontologic care“ als Interessensgebiet ausgewählt wurde, oder die Altersgruppe der PatientInnen auf 65 Jahre und älter eingegrenzt wurde. In der Recherche letztendlich folgte eine Mischung aus diesen genannten Möglichkeiten.

In dieser Arbeit sollen auch die Bedürfnisse der PatientInnen, Angehörigen und des im Entlassungsprozess involvierten (multidisziplinären) Teams dargestellt werden. Die Studien, die diesen Aspekt zum Gegenstand hatten, waren zum Großteil qualitativen Designs, da hier vor allem die subjektive Sicht der relevanten Gesprächspersonen von Bedeutung war. Daher wurden neben quantitativen Studien auch jene mit einem qualitativen Studiendesign einbezogen.

Die Darstellung der Ergebnisse der Literaturrecherche der einzelnen Datenbanken erfolgt in tabellarischer Form, bevor im Anschluss alle relevanten Publikationen in einer Tabelle überblickshaft aufgelistet und abschließend umfassend diskutiert werden.

### 3.2.1. Suchprotokoll

Datenbank	Suchbegriffe	Ein- und Ausschlusskriterien	Anzahl Studien gesamt	Anzahl eventuell relevanter Studien
<b>CINAHL</b>	„discharge management“ AND „nursing“	Veröffentlichungsjahr: 2000-2012	10	<b>2</b>
	„discharge“ AND „management“ AND „nursing“	Veröffentlichungsjahr: 2000-2012 Sprache: deutsch und englisch Altersgruppe: 65+ Gebiet: Gerontologie	59	<b>3</b>

	AND „old*“	keine Kinder (NOT „child“)		
	„discharge“ AND „management“ AND „nurs*“ AND „elderly“	Veröffentlichungsjahr: 2000-2012 Sprache: deutsch und englisch Altersgruppe: 65+ Gebiet: Gerontologie keine Kinder (NOT „child“)	26	<b>1</b>
	„discharge“ AND „planning“	Veröffentlichungsjahr: 2000-2012 Sprache: deutsch und englisch Altersgruppe: 65+ Gebiet: Gerontologie keine Kinder (NOT „child“)	195	<b>11</b>
	„discharge planning“ AND „nurs*“ AND „elderly“	Veröffentlichungsjahr: 2000-2012 Sprache: deutsch und englisch Altersgruppe: 65+ Gebiet: Gerontologie keine Kinder (NOT „child“)	37	<b>3</b>
	„discharge planning“ AND „nurs*“ AND „old*“	Veröffentlichungsjahr: 2000-2012 Sprache: deutsch und englisch Altersgruppe: 65+ keine Kinder (NOT „child*“)	321	<b>10</b>
<b>Medline</b>	„discharge planning“ AND „nursing“ AND „old“ NOT „child*“	Veröffentlichungsjahr: 2000-2012 Sprache: deutsch und englisch Altersgruppe: 65+ in Nursing Journals	75	<b>6</b>

Nach Durchsicht der Abstracts bzw. – falls unmittelbar verfügbar – der kompletten Publikationen, erfolgte eine erneute Bewertung der Forschungsstudien nach den genannten Kriterien, was eine Reduktion auf 19 für diese Arbeit relevante Studien zur Folge hatte.

Zehn der Studien lag ein qualitatives Forschungsdesign zu Grunde, bei acht handelte es sich um quantitative Studien, eine Publikation war eine Metaanalyse quantitativer Studien. Dem Thema PatientInnen- und Angehörigenorientierung widmeten sich sechs Studien, von denen zwei ein quantitatives und vier ein qualitatives Studiendesign als



Grundlage hatten (Seidl et al., 2003; Hartwig et al., 2008; Foss/Hofoss, 2011; Uhlmann et al., 2005; Brüggemann et al., 2002; Efrainsson et al., 2006).

Drei Studien bewerteten die Implementierung eines Entlassungsmanagement basierend auf eine Kosten-Nutzen-Analyse (Saleh et al., 2012; Legrain et al., 2011). bei einer dieser Studien handelte es sich um eine Metaanalyse randomisierter kontrollierter bzw. quasi-experimenteller Studien, die unter anderem auch die Kosten und die Ersparnisse durch ein Entlassungsmanagement für eine Krankenanstalt zum Gegenstand hatten (Preyde at al., 2009).

Die Rolle der Pflegenden wurde in sieben Studien dargestellt, sechs davon waren qualitative Studien (Grundböck et al., 2003; Foust, 2007; Watts/Gardner, 2005; Han et al., 2009; Bräutigam et al., 2005; Schönlau et al., 2005), bei einer handelte es sich um eine quasi-experimentelle Studie (Dedhia et al., 2009).

Drei Studien hatten die Standardisierung von Entlassungsmaßnahmen als Forschungsfrage, zwei von ihnen untersuchten den Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente (Holland/Hemann, 2011; Holland/Bowles, 2012), eine den Einsatz eines Leitfadens zur PatientInnenüberleitung (Pieper/Kolankowska, 2011).

## **4. Begriffsdefinitionen**

### **4.1. Entlassungsmanagement**

Sowohl in der deutsch- als auch in der englischsprachigen Literatur finden sich für die Verlegung von PatientInnen von einer Einrichtung der Gesundheitsversorgung in eine andere oder in die häusliche Umgebung sehr viele unterschiedliche Begrifflichkeiten, die nur schwer voneinander abzugrenzen sind. Die häufigsten Begriffe setzen sich aus den Wörtern „Pflege“ und „Überleitung“ zusammen, wie beispielsweise Brückenpflege, Übergangspflege, Pflegeüberleitung, Überleitungspflege, Überleitungsmanagement oder aber auch Entlassungsplanung und Entlassungsmanagement.

„Diese Vielfalt lässt vermuten, dass die Begriffe nicht immer einheitlich und genau verwendet werden. So werden unterschiedliche Bezeichnungen für den gleichen Ansatz oder der gleiche Begriff für verschiedene Formen benutzt. Unklar bleibt dabei, ob tatsächlich ein bestimmter Ansatz gemeint ist, oder nicht“ (Dangel, 2004, 5).

Es scheint, wie Lusiardi schreibt, dass ein Wort, je mehr es an Popularität gewinnt, umso mehr an Klarheit verliert (vgl. Lusiardi, 2004, 35).

Eine einheitliche Definition lässt sich aus der vorhandenen Literatur nicht ableiten, ebenso wenig wie eine einheitliche Vorgangsweise. Aus diesem Grund werden im Folgenden die wichtigsten Begriffe rund um das Tätigkeitsfeld des Entlassungsmanagements beschrieben.

### **4.2. Definitionsversuch Entlassungsmanagement**

Der Begriff Entlassungsmanagement als Bezeichnung für die von Pflegepersonen begleitete Verlegung oder Entlassung von PatientInnen findet erst relativ spät Eingang in die Fachliteratur. Erst seit 2004, mit der Verbreitung des Expertenstandards Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der

Pflege (DNQP), findet sich auch dieser Begriff vermehrt in der deutschsprachigen Fachliteratur. Gemäß Wingenfeld lässt sich das moderne Verständnis von Entlassungsmanagement wie folgt formulieren:

„Pflegerisches Entlassungsmanagement ist ein Prozess zur Unterstützung des Patienten bei der Bewältigung des Übergangs vom Krankenhaus in ein anderes Versorgungssetting.“ (Wingenfeld, 2011, 9).

Wingenfeld zufolge gibt es in dieser Definition drei wichtige Teilaspekte: Zum einen ist das Entlassungsmanagement ein Prozess und keine vereinzelte Maßnahme. Die Einschätzung des Bedarfs, die Vorbereitung von Rehabilitationsmaßnahmen und die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen sind für sich genommen noch kein pflegerisches Entlassungsmanagement. Zum anderen umfasst die Unterstützung des Patienten/der Patientin bei der Bewältigung des Übergangs sowohl die komplexe Aufgabe der Sicherstellung der Weiterversorgung als auch die Vorbereitung der PatientInnen und Angehörigen auf die Probleme nach der Entlassung. Zuletzt greift das Entlassungsmanagement den Bedarf beim Übergang vom Krankenhaus in ein anderes Versorgungssetting auf, das heißt, es spielt keine Rolle in welche Umgebung – begonnen beim eigenen Zuhause bis hin zu einem Altenheim – der Patient/die Patientin entlassen wird. (vgl. Wingenfeld 2005 zit. n. Wingenfeld 2011, 9-10).

Bereits in den 1990er Jahren beschäftigte sich Marly Joosten intensiv mit den Koordinationsproblemen an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Betreuung beim Transfer der Pflege. Im Rahmen ihrer Arbeit entschied sie sich zunächst für den Begriff „Überleitungspflege“, der zwar den Vorteil hatte, nicht für eine Organisation sondern ein neues Gebiet innerhalb der Pflege zu stehen, andererseits aber den Eindruck erweckte, dass eine neue Art Pflege entstünde. Aufgrund dieser Bedenken entstand der Begriff der „Pflege-Überleitung“ (vgl. Joosten, 1997, 26).

Mit diesem Begriff umfasst Joosten *„alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die notwendig sind, um eine weitere, kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten, und zwar beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung und umgekehrt“* (Joosten, 1997, 27).

Die zentrale Frage „Wo kommt der Patient /die Patientin her, wo will er/sie hin?“ wird laut Joosten in der Pflege-Überleitung nicht vernachlässigt oder gar abgegeben, denn sie ist zentral, um die Pflegeziele zu entwickeln (vgl. Joosten, 1997, 26-27).

Der Expertenstandard des DNQP definiert als Ziel des Entlassungsmanagements die Vorbeugung von Versorgungsbrücken bei der PatientInnenentlassung durch eine gezielte Vorbereitung von PatientInnen und Angehörigen sowie durch einen besseren Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten. Zu den Angehörigen zählt der Expertenstandard explizit auch Bezugspersonen, die nicht im gesetzlichen Sinne verwandt sind. Im Mittelpunkt stehen die Lebenserfordernisse der PatientInnen im nachstationären Setting (vgl. Breloer-Simon et al., 2009, 21). Ein Kritikpunkt am Begriff Entlassungsmanagement ist für Dangel jener, dass das Entlassungsmanagement sich auf das Managen *in* einer Einrichtung richtet und leicht aus den Augen verliert, „*dass es um die Verlegung und Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen geht*“ (Dangel, 2004, 7). Zudem suggeriere der Begriff Management, dass es sich um die Organisation der Entlassung handle und komplexe Prozesse, wie Schulung, Anleitung und Beratung von PatientInnen und Angehörigen in den Hintergrund treten (vgl. Dangel, 2004, 7).

Zahlreiche Begriffe werden zum Teil synonym mit dem Begriff Entlassungsmanagement verwendet, wobei in der untersuchten Literatur insbesondere im deutschen Sprachraum die Begriffe Pflegeüberleitung und Überleitungspflege zu den am häufigsten eingesetzten gehören. Eine einheitliche Bezeichnung lässt sich jedoch aus der vorhandenen Literatur kaum ableiten. Das gleiche gilt für eine Definition. Zudem ist die Beschreibung der Tätigkeitsinhalte eher verwirrend. (vgl. Dörpinghaus et al., 2008, 27).

In Österreich wird der Begriff Übergangspflege einheitlicher verwendet, da er in Anlehnung an die Definitionen und Inhalte des Konzepts der Übergangspflege nach Erwin Böhm verwendet wird. Die Inhalte sind jedoch deckungsgleich mit denen der Pflege-Überleitung in Deutschland (vgl. Dörpinghaus et al., 2008, 27). Laut Böhm, der eines der frühen Konzepts der Pflegeüberleitung entwickelt hat, leistet die Übergangspflege einen pflegerisch therapeutischen Beitrag als Brücke aus dem Krankenhaus in den Alltag. (vgl. Böhm, 1992 zit. n. Dörpinghaus et al., 2008, 27).

Die Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen „H+“ führen als Ziel der Übergangspflege an „Kranken nach einem Spitalsaufenthalt einen Übergang anzubieten, der sowohl ihren medizinischen oder psychiatrischen Bedürfnissen, als auch ihrer Rekonvaleszenz entspricht“ (H+, 2011, 4). Gemäß H+ findet Übergangspflege dann statt, wenn

- die medizinisch- oder psychiatrisch-pflegerische Situation der Patientinnen und Patienten stabil ist.
- ein Austritt aus dem Akutspital stattfinden soll.
- weiterhin mobilisierende und intensive somatische oder psychiatrische Pflege, die ein Spitalarzt/eine Spitalärztin verordnet (so auch Art. 25a Abs. 2 revidiertes KVG), notwendig ist und diese im Vordergrund steht. In einigen Fällen ergänzt eine minimale therapeutische Behandlung die Pflege.
- kein Langzeitpflegeaufenthalt absehbar ist.
- keine Indikation für eine spezialisierte (kardiale, pulmonale, neurologische, geriatrische oder muskuloskelettale) Rehabilitation vorliegt.
- die Übergangspflege zeitlich begrenzt ist.
- der Wille der Patientin oder des Patienten zur Übergangspflege und zur Wiedererlangung der Autonomie und Selbstversorgung vorliegt. (vgl. H+, 2011, 4)

Im angloamerikanischen Sprachraum, wo Entlassungsplanung und Pflege-Überleitung schon lange einen großen Stellenwert sowohl in der Forschung als auch in der Praxis haben, werden die Inhalte des Entlassungsmanagements ähnlich definiert (vgl. Dörpinghaus et al., 2008, 29). Dash et al. führen als Ziel der Entlassungsplanung an, die PatientInnen und deren Angehörige bei der Suche nach Lösungen für ihre Gesundheitsprobleme zu helfen. Dabei soll sichergestellt werden, dass PatientInnen angemessen betreut werden, so kurz wie möglich im Krankenhaus bleiben, nicht unnötigerweise stationär untergebracht sind und für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt ein Betreuungsprogramm erstellt wird, das die Pflegebedürfnisse bei gleichzeitig geringer Einschränkung des Patienten/der Patientin erfüllt (vgl. Dash et al., 2000, 10).

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass Dash eine kurze Aufenthaltsdauer im Krankenhaus als Ziel des Entlassungsmanagements anführt, während in der Literatur der vorhandene „Zwang“ zu möglichst kurzen Krankenhausaufenthalten als zentraler Grund für die Notwendigkeit eines Entlassungsmanagements genannt wird.

Die vielfältigen Aspekte einer Entlassungsplanung fasst Dash wie folgt zusammen:

„Entlassungsplanung bedeutet heute mehr, als den Patienten von einer betreuenden Umgebung in eine andere zu verlegen; sie umfaßt (sic!) vielmehr die Betreuung während und nach einem Krankenhausaufenthalt, bezieht qualitativ hochwertige Patientenbetreuung und fundierte Praktiken des patientenorientierten Case Managements ein und koordiniert einzelne Stationen und Disziplinen, um die Ressourcen zu mobilisieren, die zur Gewährleistung des rechtzeitigen Übergangs von einer Betreuungsebene zur nächsten nötig sind.“ (Dash et al., 2000, 10).

In dieser Arbeit werden die Begriffe Überleitungspflege, Pflege-Überleitung und Entlassungsplanung synonym mit dem Begriff Entlassungsmanagement verwendet. Allen Begriffen ist gleich, dass sie die Problematik des Übergangs von einem stationären Krankenhausaufenthalt in eine ambulante oder andere stationäre Versorgung zum Gegenstand haben.

### **4.3. Case und Care Management im Vergleich zum Entlassungsmanagement**

Die Auseinandersetzung mit dem Begriff Entlassungsmanagement geht in der Literatur selten ohne Bezugnahme auf die Konzepte des Case bzw. des Care Management einher. Aus diesem Grund sollen in diesem Kapitel die beiden Begriffe definiert und zum besseren Verständnis abschließend mit dem Entlassungsmanagement verglichen werden.

Care Management wird vor allem in Großbritannien analog zum Begriff Case Management verwendet. Laut Beikirch et al. sind die Unterschiede zwischen Care und Case Management gering. Während sich das Case Management eher auf konkrete

und akut notwendige unterstützende Hilfeplanung für Einzelne oder Familien in komplexen Problemlagen konzentriert, befasst sich das Care Management stärker mit der Modifizierung und (Neu-) Strukturierung von Hilfsangeboten, d.h. aller formeller und informeller Dienstleistungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich (vgl. Beikirch et al. 1995 zit. n. Dörpinghaus et al., 2008, 112)

Ewers und Schaeffer bezeichnen Case Management als *„eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen und diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen“* (Ewers, Schaeffer, 2000, 8).

Das aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum stammende Case Management steht laut Ewers im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung chronisch kranker, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen. (vgl. Ewers, 1996, 3)

Sowohl aus dem Begriff Case als auch aus der Definition von Ewers und Schaeffer geht klar hervor, dass sich die Unterstützung nicht auf einen konkreten Patienten/ eine konkrete Patientin bezieht, sondern auf einen (Einzel-)Fall.

Der Vorstand der Case Management Society of America bezieht in seiner Definition explizit auch die Bedürfnisse der Angehörigen mit ein und beschreibt Case Management in der aktuellsten Fassung von 2009 wie folgt:

*„Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality, cost-effective outcomes.“* (Case Management Society of America, 2010.).

Die American Nurses Association (ANA) definiert die Ziele des Case Management mit *„providing quality health care along a continuum, decreasing fragmentation of care across many settings, enhancing the client's quality of life, and cost containment. The framework for nursing case management includes five components: assessing, planning, implementing, evaluating, and interacting“* (ANA, o.J. zit. n. Flarey, Blancett,

1996, 4), also mit der Bereitstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung, die auf Kontinuität, Verringerung der Fragmentierung der Pflegeversorgung und Erhöhung der Lebensqualität der KlientInnen bei gleichzeitiger Kostendämpfung beruht. Das pflegerische Case Management inkludiert gemäß ANA die Komponenten Assessment, Planung, Implementierung, Evaluierung und Interaktion (Übers. d. Verf.).

Laut Wingefeld zielt Case Management im Gesundheitswesen darauf ab „*die ausgeprägte Spezialisierung und Zersplitterung des Leistungsangebots zu kompensieren und eine bedarfsgerechte, planvolle Versorgung sicherzustellen*“ (Wingefeld, 2011, 68). Wer diese Aufgabe übernehmen soll, ist bislang umstritten. Unterschiedliche Disziplinen, begonnen bei Pflegepersonen und ÄrztInnen bis hin zu SozialarbeiterInnen aber auch Krankenkassen und Beratungsunternehmen sehen sich als der ideale Partner/die ideale Partnerin in dem sich entwickelnden Berufsfeld (vgl. Lusiardi, 2004, 29-30). Sinnvoll ist sicherlich, diejenige Berufsgruppe zu wählen, die den PatientInnen eine bedarfsgerechte fachliche Unterstützung geben kann. Gemäß der ANA sind KrankenpflegerInnen jene, auf die dies am ehesten zutrifft. (vgl. ANA, 1991 zit. n. Lusiardi, 2004, 30).

Trotz der vorhanden Unterschiede im Zusammenhang mit der Definition des Case Management herrscht in der untersuchten Literatur Einigkeit über die elementaren Funktionen des Case Management (vgl. Ewers, 2000, 63-72; Wingefeld, 2011, 68-69). Zu diesen gehören, erstens, die Advocacy bzw. die anwaltschaftliche Funktion, die darauf abzielt, Menschen zu unterstützen, die nicht in der Lage sind, ihre persönlichen Interessen geltend zu machen (vgl. Ewers 2000, 63). Als Broker bzw. in der Vermittlerfunktion versteht sich das Case Management, zweitens, als Vermittler zwischen den KlientInnen und den AnbieterInnen von Versorgungsleistungen (vgl. Wingefeld, 2011, 69). Die dritte Funktion des Case Managements schließlich, die Gate-Keeper-Funktion, ist in erster Linie als Antwort auf die wachsenden Aufgaben moderner Sozial- und Gesundheitssysteme bei gleichzeitig langfristig begrenzten finanziellen Ressourcen zu verstehen (vgl. Ewers, 1996, 30).

Das methodische Vorgehen beim Case Management basiert auf einzelnen, logisch aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten, die große Ähnlichkeit mit der Schrittfolge



des Entlassungsmanagements haben (vgl. Wingenfeld, 2011, 69). Die wichtigsten Komponenten des Case Management Regelkreises sollen daher im Folgenden kurz erläutert werden.

#### **4.3.1. Case Management Regelkreis**

Die Identifikation stellt den ersten Schritt im Case Management Regelkreis dar und betrifft die Auswahl von KlientInnen, die einer spezifischen Unterstützung bedürfen bzw. in das Case Management Programm aufgenommen werden sollten (vgl. Wingenfeld, 2011, 69), wobei festgehalten werden muss, dass die Identifikation nicht von allen AutorInnen als erster Schritt hervorgehoben wird (vgl. Dörpinghaus et al., 2008, 121). Im Entlassungsmanagement entspricht die Identifikation dem initialen Assessment (vgl. Wingenfeld, 2011, 69).

Im zweiten Schritt, dem Assessment erfolgt die Einschätzung der Situation, indem systematisch Daten über die PatientInnen erhoben werden, wobei hier auch Assessmentinstrumente zur Anwendung kommen können. Der Assessment-Prozess ist von zentraler Bedeutung für das Case Management, weil er die notwendige Voraussetzung für die Erstellung eines angemessenen, bedarfsorientierten und individuellen Versorgungsplans bildet (vgl. Ewers, 2000, 76).

Im Anschluss wird basierend auf den gesammelten Informationen ein Versorgungsplan erstellt. Im Entlassungsmanagement spricht man hierbei vom Entlassungsplan. In beiden Fällen ist die Absprache mit dem Patienten/ der Patientin und die Koordination mit dem sozialen Umfeld zentral (vgl. Wingenfeld, 2011, 69).

In der Phase der Implementierung werden die in der Planungsphase festgelegten Maßnahmen direkt durchgeführt bzw. es werden andere notwendige AnbieterInnen vom Case Manager/von der Case Managerin koordiniert. Der Case Manager/Die Case Managerin fungiert in dieser Phase als Bindeglied zwischen KlientIn und dem Versorgungssystem (vgl. Wingenfeld, 2011, 69).

Mit der Implementierung des Versorgungsplans ist die Aufgabe des Case Managers/der Case Managerin nicht beendet. Vielmehr muss in der Phase des

Monitorings und Reassessments der gesamte Versorgungsverlauf überwacht und dafür Sorge getragen werden, dass dem sich möglicherweise ändernden Bedarf des Patienten/der Patientin kontinuierlich entsprochen wird (vgl. Ewers, 2000, 77-78).

Die Evaluation beinhaltet die Bewertung der erhobenen Daten und geht laut Ewers mit der Entlassung des Patienten/der Patientin bzw. mit der Lösung des Versorgungsproblems einher (Ewers, 2000, 78).

#### 4.3.2. Vergleich Case Management Regelkreis und Ablauf des Entlassungsmanagements

<b>Case Management Regelkreis</b> (Ewers, 2000, 73)	<b>Entlassungsmanagement-Prozess</b> (DNQP, 2009, 25)
1. Stufe: Identifikation der PatientInnen	Assessment (Risikoscreening, Einschätzung des Unterstützungsbedarfs)
2. Stufe: Assessment (Bedarfserhebung)	
3. Stufe: Erstellung eines Versorgungsplans	Entwicklung einer individuellen Entlassungsplanung
4. Stufe: Implementierung des Versorgungsplans	Gewährleistung von Information, Beratung, Schulung für PatientIn und Angehörige  Abstimmung des Entlassungstermins mit Angehörigen und beteiligten Berufsgruppen (intern und extern)
5. Stufe: Monitoring der Leistungserbringung	Abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung 24 Stunden vor der Entlassung  Kontaktaufnahme mit PatientIn/Angehörigen/weiterversorgenden Einrichtung 48 Stunden nach der Entlassung
6. Stufe: Evaluation des Versorgungsplans	

Die Tabelle zeigt deutlich, dass es klare Übereinstimmungen im Ablauf zwischen Case Management und Entlassungsmanagement gibt. Beide haben PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf als KlientInnen und verfolgen das Ziel einer kontinuierlichen Versorgung. Auch die Rekrutierung der KlientInnen erfolgt auf ähnliche Art und Weise: in beiden Fällen werden die PatientInnen hinsichtlich ihres Bedarfs gescreent bevor im Anschluss ein Versorgungs- bzw. ein Entlassungsplan erstellt wird.

Unterschiede zeigen sich vor allem in der Dauer der Versorgung. Während im Case Management die Versorgung der PatientInnen über eine längere Dauer vorgesehen ist, ist diese beim Entlassungsmanagement nicht zuletzt durch die Krankenhausaufenthaltsdauer beschränkt. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQP sieht innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten/der Patientin bzw. den Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung vor, aber keine Versorgung darüber hinaus.

## 5. Tabellarische Darstellung der untersuchten Forschungsstudien

Tabelle: Verzeichnis der untersuchten Studien; Evidenzgrad gemäß der DNQP-Form des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (vgl. DNQP, 2009, 46)

AutorIn, Jahr, Titel, Publikationsort, Land, Evidenzgrad	Ziel der Studie, Methode, Stichprobe	Ergebnisse der Studie	Relevanz für vorliegende Arbeit
<p><b>Grundböck A., Rappauer A., Müller G.</b> (2003): Evaluation des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien</p> <p>Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste (Hrsg.). Österreich</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung welchen Beitrag das Entlassungsmanagement zu einer Versorgung der PatientInnen an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulatem Bereich leisten kann.</p> <p><b>Methode:</b> qualitativ; halbstrukturierte, leitfadensbasierte Interviews, teilnehmende Beobachtung, ExpertInneninterviews</p> <p><b>Stichprobe:</b> PatientInnen mit komplexem Betreuungsbedarf, Angehörige, ExpertInnen</p>	<p>Entlassungsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ bringt Entlastung und Unterstützung in einer emotional sehr belastenden Situation für PatientInnen</li> <li>➤ gewährleistet Kontinuität in der Pflegeversorgung und eine konkrete Ansprechperson ist für Angehörige und PatientInnen vorhanden</li> <li>➤ bringt Arbeitsentlastung für stationäres Personal</li> <li>➤ gewährleistet bessere Einbindung von TherapeutInnen</li> <li>➤ führt zu kürzeren Krankenhausaufenthalten</li> <li>➤ reduziert Krankenhaus-Wiedereinweisungsraten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Untersuchung PatientInnensicht</li> <li>➤ Wien-spezifisch</li> </ul>

<p><b>Seidl E., Maudrey S., Krutter S.</b> (2003): Evaluation des Beratungsgesprächs und Tätigkeitsfeldes der EntlassungsmanagerInnen im Kaiser-Franz-Josef-Spital. Bericht über ein Forschungsprojekt mittels Teilnehmender Beobachtung.</p> <p>Abteilung der Pflegeforschung des IPG der Universität Linz (Hrsg.). Österreich.</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung des Tätigkeitsfeldes der EntlassungsmanagerInnen und des PatientInnengesprächs</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> qualitativ; teilnehmende, offene, passive Beobachtung und teil-strukturierte Interviews mit Personal und PatientInnen</p> <p><b>Stichprobe:</b> zwei EntlassungsmanagerInnen wurden bei 10 Gesprächen beobachtet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zufriedenheit der PatientInnen steigt mit der Miteinbeziehung in Entscheidungsprozesse</li> <li>➤ Verwendung von Anschauungsmaterial und Informationsbroschüren hat positive Effekte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einbeziehung der PatientInnen in Entscheidungsprozesse</li> </ul>
<p><b>Hartwig J., Janzen P., Waller H.</b> (2008): Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger Patienten.</p> <p>Pflege. Deutschland</p> <p>Evidenzgrad 2</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der Wahrnehmung und Sichtweise älterer und pflegebedürftiger PatientInnen auf die Vorbereitung ihrer Entlassung.</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> quantitativ Querschnittsstudie; Interviews mit standardisierten Fragebogen</p> <p><b>Stichprobe:</b> 63 ältere (65+ Jahre), pflegebedürftige PatientInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Großteil der PatientInnen (69%) fühlten sich nicht ausreichend informiert</li> <li>➤ PatientInnen hatten das Gefühl, dass Angehörige mehr in die Entlassungsplanung einbezogen wurden, als sie selbst</li> <li>➤ Unterstützung durch Angehörige wirkt sich positiv auf Wirkung entlassungsvorbereitender Maßnahmen aus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Untersuchung der Auswirkungen der Angehörigenbeteiligung</li> <li>➤ soziale Aspekte bei der Entlassungsplanung werden aufgezeigt</li> </ul>

<p><b>Foss Ch., Hofoss D. (2011):</b> Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process.</p> <p>Patient Education and Counseling. Norwegen.</p> <p>Evidenzgrad 2</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der Erfahrung alter PatientInnen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus im Hinblick auf deren Einbeziehung in die Entlassungsplanung</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> quantitativ; Face-to-face Interview mittels standardisiertem Fragebogen</p> <p><b>Stichprobe:</b> 254 alte Personen (80+ Jahre) nach der Entlassung aus dem Krankenhaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Großteil der PatientInnen hatte den Wunsch, in die Entscheidungsfindung im Entlassungsprozess miteinbezogen zu werden</li> <li>➤ keine Korrelation zwischen Variablen „Wunsch einbezogen zu werden“ und „Gefühl einbezogen worden zu sein“</li> <li>➤ Hauptfokus liegt bei Informationen zu den PatientInnen hin, kaum in die andere Richtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einbeziehung PatientInnen Entscheidungsfindung</li> <li>➤ Informationsbedürfnisse der PatientInnen nach der Entlassung</li> </ul>
<p><b>Pieper C., Kolankowska I. (2011):</b> Health care transition in Germany – standardization of procedures and improvement actions.</p> <p>Journal of Multidisciplinary Healthcare. Deutschland.</p> <p>Evidenzgrad 2</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluation des eingeführten Leitfadens zur PatientInnenüberleitung und Messung der PatientInnenzufriedenheit</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> quantitativ; Befragung mittels standardisiertem Fragebogen</p> <p><b>Stichprobe:</b> 81 medizinische/pflegerische Einrichtungen, 27 AllgemeinmedizinerInnen, 634 PatientInnen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fast alle Einrichtungen (89%) (Krankenhäuser, Pflegeheime) benutzen Instrumente (Faxantwort, Checkliste, Überleitungsbögen, ärztlicher Kurzbericht)</li> <li>➤ niedergelassene ÄrztInnen verwenden Instrument weitaus seltener (9 von 27)</li> <li>➤ Instrument brachte verbesserten Informationsaustausch zwischen stationärer und ambulanter Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bedeutung von standardisierten Instrumenten bei der Entlassungsplanung</li> <li>➤ verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit</li> </ul>

<p><b>Foust J.B.</b> (2007): Discharge planing as a part of daily nursing practice.</p> <p>Applied Nursing Research. USA.</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Interventionsmaßnahmen von KrankenpflegerInnen im Rahmen der Entlassungsplanung</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> qualitativ; teilnehmende Beobachtung und Interviews</p> <p><b>Stichprobe:</b> sieben Frauen nach einem chirurgischen Eingriff</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entlassungsplanung erfolgt durch eine für die Patientin zuständige Krankenpflegerin der Station</li> <li>➤ Krankenpflegerinnen verließen sich auf eigene Erfahrung im Hinblick auf Fortschritt der Patientinnen</li> <li>➤ Pflegerinnen beachteten größtenteils körperliche Aspekte bei der Entlassung, soziale und psychologische Faktoren wurden vernachlässigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entlassungsmanagement durch Pflegepersonen der Station erfolgt nicht standardisiert</li> <li>➤ facettenreiche Faktoren, die bei Entlassung eine Rolle spielen, werden vernachlässigt</li> <li>➤ kaum Dokumentation über Entlassungsmaßnahmen</li> </ul>
<p><b>Holland D.E., Hemann M.E.</b> (2011): Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic.</p> <p>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. USA.</p> <p>Evidenzgrad 2</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluierung der Entlassungsplanung nach Zusammenführung der für Entlassungsmanagement zuständigen Disziplinen und Einführung eines Assessment-Instruments</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> quantitativ; schriftliche Befragung mittels standardisiertem Fragebogen (CTM-3)</p> <p><b>Stichprobe:</b> PatientInnen zweier Krankenhausabteilungen vor (Kontrollgruppe, 416 Personen) und nach (Interventionsgruppe, 387 Personen) der Intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ keine Unterschiede bei den Ergebnissen der CTM-3-Befragung vor und nach der Intervention, d.h. in der Wahrnehmung der PatientInnen hat sich nichts geändert</li> <li>➤ neues Entlassungsmanagement-Team bestehend aus EntlassungsmanagerIn und SozialarbeiterIn ist in doppelt so vielen Fällen involviert</li> <li>➤ Aufenthaltsdauer der PatientInnen konnte gesenkt werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ standardisiertes Assessment filtert PatientInnen heraus, die vorher kein Entlassungsmanagement erhalten hätten</li> <li>➤ PatientInnenzufriedenheit und Kosten-Nutzen-Faktoren korrelieren nicht</li> </ul>

<p><b>Holland D.E., Bowles K.H.</b> (2012): Standardized Discharge Planning Assessments. Impact on Patient Outcomes.</p> <p>Journal of Nursing Care Quality. USA.</p> <p>Evidenzgrad 2</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Auswirkungen des Einsatzes eines Assessment-Instruments (NNAI) auf unbefriedigte Bedürfnisse und Probleme von PatientInnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> quantitativ; Quasi-experimentelles Design, standardisierter Fragebogen</p> <p><b>Stichprobe:</b> 130 Personen aus vier Krankenhausabteilungen nach der Entlassung nach Hause;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PatientInnen, die durch standardisiertes Assessment-Instrument (NNAI – Nursing Needs Assessment Instrument) erfasst wurden, berichteten von weniger Problemen nach der Entlassung</li> <li>➤ PatientInnen der IG hatten ein kleineres Informationsdefizit als jene in der KG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Standardisierung bringt Vorteile für PatientInnen</li> <li>➤ Bedürfnisse der PatientInnen werden mittels standardisiertem Instrument besser erfasst</li> </ul>
<p><b>Preyde M., Macaulay Ch., Dingwall T.</b> (2009): Discharge Planning From Hospital to Home for Elderly Patients: A Meta-Analysis.</p> <p>Journal of Evidence-Based Social Work. Canada.</p> <p>Evidenzgrad 1</p>	<p><b>Ziel:</b> Meta-Analyse von Randomisierten Kontrollierten oder Quasi-Experimentellen Studien zum Entlassungsmanagement von älteren PatientInnen (65+ Jahre), die</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhausaufenthaltsdauer</li> <li>- Rehospitalisierungsraten</li> <li>- PatientInnenzufriedenheit</li> </ul> <p>zum Gegenstand haben</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> Meta-Analyse</p> <p><b>Stichprobe:</b> ältere PatientInnen (65+ Jahre), die Entlassungsplanung erhalten</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ großer Mangel an Studien, in denen Entlassungsmanagement durch SozialarbeiterInnen erfolgt</li> <li>➤ nur wenige Studien vergleichen medizinisch/klinische Ergebnisse</li> <li>➤ Kontaktaufnahme zu den PatientInnen nach der Entlassungen könnte ausgeprägter sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vergleichsmöglichkeit zu in dieser Arbeit untersuchten Studien</li> </ul>



<p><b>Legrain S., Tubach F., Bonnet-Zamponi D., Lemaire A., Aquino J.-P., Paillaud E., Taillandier-Heriche E., Thomas C., Verny M., Pasquet B., Lasserre Moutet A., Lieberherr D., Lacaille S.</b> (2011): A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalizations of Older Adults: The Optimization of Medication in AGEd (AGED oder Aged?) Multicenter Randomized Controlled Trial</p> <p>Journal of the American Geriatrics Society. Frankreich.</p> <p>Evidenzgrad 1</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung, ob eine neue multimodale, umfassende Intervention in der Entlassungsplanung Notfall-Rehospitalisierungen oder Notfall-Besuche für sehr alte PatientInnen (70+ Jahre) reduziert</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> quantitativ; Randomisiert Kontrollierte Studie; Telefoninterviews mit StudienteilnehmerInnen oder Angehörigen sowie Allgemeinmediziner (Hausarzt)</p> <p><b>Stichprobe:</b> 665 ältere (70+ Jahre) PatientInnen aus akutgeriatrischen Einheiten in Paris und Umgebung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ drei Monate nach der Entlassung hatten 23% der Interventionsgruppe eine Notfall-Krankenseinweisung im Gegensatz zu 30,5% der Kontrollgruppe</li> <li>➤ sechs Monate nach der Entlassung war der Prozentsatz der Interventionsgruppe höher als der Kontrollgruppe, aber nicht signifikant</li> <li>➤ Kostensenkung durch Entlassungsmanagement (€ 519 pro PatientIn Ersparnis)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Standardisierung der Prozesse bringt (finanzielle) Vorteile</li> </ul>
--	--	---	---

<p><b>Dedhia P., Kravet S., Bulger J., Hinson T., Sridharan A., Kolodner K., Wright S., Howell E. (2009):</b> A Quality Improvement Intervention to Facilitate the Transition of Older Adults from Three Hospitals Back to Their Homes</p> <p>Journal of the American Geriatrics Society. USA.</p> <p>Evidenzgrad 2</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Auswirkungen einer vielfältigen, multidisziplinären Intervention auf die Entlassung älterer PatientInnen aus dem Krankenhaus</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> quantitativ; Quasi-experimentelles Design, Befragung mittels standardisiertem Fragebogen</p> <p><b>Stichprobe:</b> ältere PatientInnen (65+ Jahre), die nach Hause entlassen werden sollen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interventionsgruppe erhielt im Gegensatz zur Kontrollgruppe die „Safe Transition of Elderly Patients Study Intervention“</li> <li>➤ eine Woche nach der Entlassung gab es in der Interventionsgruppe weniger Krankenhauswiedereinweisungen</li> <li>➤ TeilnehmerInnen in der Interventionsgruppe fühlten sich nach dem Krankenhausaufenthalt besser als jene in der Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Interdisziplinärer Kommunikationsaustausch hat positive Effekte auf Rehospitalisierungsraten</li> </ul>
<p><b>Watts R., Gardner H. (2005):</b> Nurses' perception of discharge planning</p> <p>Nursing and Health Sciences. Australia.</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung, wie KrankenpflegerInnen das Konzept und den Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus wahrnehmen</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> qualitativ; halbstrukturierte Face-to-Face-Interviews</p> <p><b>Stichprobe:</b> 12 Stations-KrankenpflegerInnen eines öffentlichen Krankenhauses in Victoria (Australien)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KrankenpflegerInnen beschreiben ihre Aufgaben im Rahmen des Entlassungsmanagements mit „Planen“ und „Organisieren“, andere Schritte wie „Evaluierung“, „Assessment“ werden nicht angeführt</li> <li>➤ KrankenpflegerInnen wissen, dass Entlassungsmanagement schon mit der Aufnahme ins Krankenhaus beginnen sollte, aber tatsächlich startete es irgendwann zwischen Aufnahme und Entlassung</li> <li>➤ tägliche Pflege wichtiger als Maßnahmen im Rahmen der Entlassungsplanung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entlassungsmanagement durch Stationspflegepersonen hat Nachteile</li> <li>➤ Entlassungsmanagement beginnt oft zu spät</li> <li>➤ Stationspflegepersonen fühlen sich nicht 100%ig für Entlassung verantwortlich</li> <li>➤ PatientInnenpartizipation wird als weniger wichtig eingestuft</li> </ul>

<p><b>Han Ch.Y., Barnard A., Chapman H.</b> (2009): Emergency department nurses' understanding and experiences of implementing discharge planning</p> <p>Journal of Advanced Nursing, Taiwan</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung des Verständnisses und der Erfahrungen von Krankenschwestern der Notaufnahme mit der Entlassungsplanung von PatientInnen</p> <p><b>Methode:</b> qualitativ; halbstrukturierte Interviews, phänomenologischer Ansatz</p> <p><b>Stichprobe:</b> 32 Krankenschwestern in der Notaufnahme in 2 Krankenhäusern</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entlassungsmanagement wird durch Stationspflegepersonen durchgeführt, keine Einteilung der Aufgaben des Entlassungsmanagements auf spezielle MitarbeiterInnen</li> <li>➤ Krankenschwestern geben an, keine Zeit für Entlassungsmanagement zu haben</li> <li>➤ „Grade des Entlassungsmanagements“ reichten von Entlassungsmanagement als Maßnahme zum schnellen „Betten frei machen“ bis hin zu Entlassungsmanagement als eigene Aufgabe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ohne konkreten Leitfaden/Standard funktioniert Entlassungsmanagement sehr unterschiedlich und ist abhängig von MitarbeiterIn und aktueller Belastung</li> <li>➤ Stationäre Pflegepersonen sind bei hoher Belastung mit dem Entlassungsmanagement überfordert</li> </ul>
<p><b>Saleh S.S., Freire Ch., Morrsi-Dickinson G., Shannon T.</b> (2012): The Effectiveness and Cost-Benefit Analysis of a Hospital-based Discharge Transition Program for Elderly Medicare Recipients</p> <p>Journal of the American Geriatrics Society. USA.</p> <p>Evidenzgrad 1</p>	<p><b>Ziel:</b> Kosten-Nutzen-Analyse des Einsatzes des „PDCT“-Programms („Post Discharge Care Transition“) bei Medicare-EmpfängerInnen</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> quantitativ; Randomisiert Kontrollierte Studie; Messung der Selbstpflegefähigkeiten durch CCTM-Survey</p> <p><b>Stichprobe:</b> 333 PatientInnen eines Krankenhauses in New York</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selbstpflegefähigkeiten in der Interventionsgruppe war signifikant höher als in der Kontrollgruppe</li> <li>➤ Rehospitalisierungsraten waren in der Interventionsgruppe niedriger als in der Kontrollgruppe (nicht signifikant)</li> <li>➤ Kosten lagen in der Interventionsgruppe unter jenen in der Kontrollgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist ein ebenso wichtiger Pfeiler wie jene vor der Entlassung</li> <li>➤ Einbindung der HausärztInnen ist für PatientInnen von Vorteil</li> </ul>

<p><b>Uhlmann B., Bartel D., Kunstmann W., Sieger M.</b> (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patienten und Angehörigen</p> <p>Pflege. Deutschland.</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Untersuchung der Erfahrungen von PatientInnen und Angehörigen im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> qualitativ; fokussierte Interviews, Auswertung nach den Regeln der Hermeneutik</p> <p><b>Stichprobe:</b> fünf PatientInnen und fünf Angehörige aus einer der drei teilnehmenden Kliniken</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PatientInnen wollen bei der Einschätzung ihres Pflegebedarfs eingebunden werden und beklagen, dass dies die EntlassungsexpertInnen nicht berücksichtigen</li> <li>➤ Angehörige sehen Defizite aufgrund einer mangelnden interdisziplinären Zusammenarbeit</li> <li>➤ PatientInnen wollen möglichst rasch entlassen werden, während Angehörige der Meinung sind, dass Entlassung nur nach wirtschaftlichen Kriterien und demnach zu früh erfolgt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Miteinbeziehung der PatientInnen erhöht deren Zufriedenheit</li> </ul>
<p><b>Bräutigam Ch., Klettke N., Kunstmann W., Prietz A., Sieger M.</b> (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung</p> <p>Pflege. Deutschland.</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluation der Pflegeüberleitung an drei Krankenhäusern in Deutschland durch teilnehmende Beobachtung</p> <p><b>Methode:</b> qualitativ; teilnehmende, offene, teilstrukturierte Beobachtung</p> <p><b>Stichprobe:</b> zwölf PatientInnen und die an der direkten Versorgung der PatientInnen beteiligten Berufsgruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ AkteurInnen verfügten über eine unterschiedlich ausgeprägte Professionalität</li> <li>➤ fehlende Kooperation macht auch individuelle Bemühungen Einzelner im Rahmen des Entlassungsmanagement zunichte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Probleme in der Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen können nicht durch die Schaffung einer Stelle für Entlassungsmanagement überwunden werden – Krankenhäuser müssen Kommunikationsstruktur ändern</li> <li>➤ EntlassungsmanagerInnen sind nicht in den Stationsalltag integriert</li> </ul>

<p><b>Brüggemann R., Osterbrink J., Benkenstein J. (2002):</b> Patientenüberleitung – die Sicht der Patienten und notwendige Konsequenzen für die Organisation Krankenhaus</p> <p>Pflege. Deutschland</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Evaluationsstudie zur Pflegeüberleitung am Klinikum Nürnberg;</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> qualitativ; problemzentriertes Interview, zum Teil telefonisch durchgeführt</p> <p><b>Stichprobe:</b> 41 PatientInnen und Angehörige</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entlassungsmanagement hat eine große Bedeutung für die Betroffenen: 33 von 41 Befragten gaben an, dass sie ohne die Unterstützung der Überleitungskraft zu Hause nicht oder unzureichend zurecht gekommen wären</li> <li>➤ Überleitungskräfte haben mehr Kontakt zu PatientInnen und genießen deren Vertrauen</li> <li>➤ PatientInnen und Angehörige erfahren Stärkung ihrer Pflegekompetenzen durch Information, Beratung, Schulung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Überleitungskräfte müssen für PatientInnen als AnsprechpartnerInnen erkennbar sein</li> </ul>
<p><b>Schönlau K., Kunstmann W., Plenter C., Sieger M. (2005):</b> Versorgungskontinuität – die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften</p> <p>Pflege. Deutschland</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Erfassung der Organisation der Pflegeüberleitung aus der Perspektive von Pflegeüberleitungskräften</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> qualitativ; Selbstaufschreibung der Arbeitstätigkeiten durch Überleitungskräfte; Interviews</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ unter den PflegeüberleitungsmitarbeiterInnen herrscht Unsicherheit über ihre eigene Tätigkeit im Kontext des Krankenhauses vor</li> <li>➤ die PatientInnen und deren Wünsche werden in den Mittelpunkt gestellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ unterschiedliche Wahrnehmung der Aufgaben und Ziele unter den Berufsgruppen, die Pflegeüberleitung durchführen (KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen)</li> </ul>

<p><b>Efrainsson E., Sandman P.O., Rasmussen B.H.</b> (2006): 'They were talking about me' – elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Science. Schweden.</p> <p>Evidenzgrad 3</p>	<p><b>Ziel:</b> Beschreibung der Erfahrung von alten Frauen die an einem Entlassungsgespräch im Krankenhaus teilnehmen</p> <p><b>Methode/Instrument:</b> qualitativ; follow-up-Interviews nach der Entlassung. Datenanalyse nach phänomenologischem und hermeneutischem Ansatz</p> <p><b>Stichprobe:</b> sieben ältere (70+ Jahre) Frauen, die von Zuhause ins Krankenhaus eingewiesen wurden und Pflege nach der Entlassung benötigen werden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frauen fühlen sich selten in das Entlassungsgespräch eingebunden</li> <li>➤ Ausprägungen des Integrationsgrades im Entlassungsgespräch variierten von dem Gefühl außerhalb des Geschehens zu sein, dem Gefühl im Mittelpunkt zu stehen (positiv und negativ) und unvorbereitet auf das Gespräch zu sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einbindung der PatientInnen erfordert ausreichend Informationen vor dem Gespräch</li> <li>➤ PatientInnen müssen als aktive/r PartnerIn eingebunden werden</li> </ul>
--	---	---	---

## **6. Ergebnisse**

### **6.1. Organisationsformen des Entlassungsmanagements – die Rolle der Pflegepersonen**

Die Darstellung der verschiedenen Formen und Arten des Entlassungsmanagements unterscheidet sich in der untersuchten Literatur. Annähernd allen gleich ist jedoch die grundsätzliche Unterteilung des Entlassungsmanagements in eine zentrale und eine dezentrale bzw. eine direkte und indirekte Form. Dangel beispielsweise unterscheidet zusätzlich noch zwischen aus dem Alltag entwickelten und komplexen Formen pflegerischer Entlassungsplanung, wobei die komplexen Organisationsformen weiter in eine zentrale, dezentrale und kombinierte Form unterteilt werden. Mit aus dem pflegerischen Alltag entwickelten Formen sind jene gemeint, die eine systematische Informationsweitergabe, die Kommunikation sowie die kontinuierliche Versorgung, durch Informationsbroschüren und Instrumente, wie Überleitungsbögen, Verlegungsberichte und Formulare, verbessern sollen (vgl. Dangel, 2004, 20-42). Für Wingefeld gibt es drei Organisationsformen des pflegerischen Entlassungsmanagements: erstens jenes, das in Stellen für Pflegeüberleitung, also gemäß vorheriger Unterteilung einem zentralen Entlassungsmanagement folgend, stattfindet; zweitens die Überleitung durch Pflegepersonen im Stationsdienst, also das Pendant zum dezentralen Entlassungsmanagement und als dritte Form Case Management Konzepte. Dash et al. wiederum verwenden als Unterscheidungsmerkmal der einzelnen Modelle das Ausmaß der pflegerischen Beteiligung und die Aufgaben und Kompetenzen der jeweils betreuenden Personen an der Entlassungsplanung. Diese reichen von der Pflegekraft als autonome EntlassungsplanerIn bis hin zur Kooperation der Pflegepersonen mit anderen Berufsgruppen im Rahmen von Kooperationen zwischen ÄrztInnen und PflegerInnen im Rahmen der Entlassungsplanung oder interdisziplinär koordinierten Entlassungsplanungen (vgl. Dash et al., 2000, 179-181).

Um einen möglichst umfassenden Überblick über die verschiedenen Formen bieten zu können, werden im Folgenden unterschiedliche Gliederungsarten vorgestellt, wobei

das Case Management Konzept bereits in Kapitel 4.3 ausführlich erörtert wurde und aus diesem Grund in dieser Auflistung nicht erneut angeführt wird.

### **6.1.1. Zentrales oder indirektes Entlassungsmanagement**

Ein zentrales Entlassungsmanagement ist dadurch gekennzeichnet, dass die Entlassungsplanung Aufgabe einer Person oder mehrerer Personen ist, die meist in der gesamten Einrichtung oder auf mehreren Abteilungen/Stationen für die Planung von Entlassungen zuständig ist bzw. sind. Ebenfalls unter das zentrale Entlassungsmanagement fallen Ansätze, in denen externe Pflegefachkräfte die Tätigkeiten der Entlassungsplanung übernehmen, wobei es sich hierbei auch um einen mit der Klinik kooperierenden Pflegedienst, der seine MitarbeiterInnen für die Entlassungsplanung in der Klinik freistellt, handeln kann. Eine weitere Möglichkeit stellen selbstständige, extern tätige Pflegefachkräfte, die von der Klinik beauftragt werden, dar (vgl. Dangel, 2004, 26). Das charakteristische organisatorische Merkmal der Stellen der Pflegeüberleitung besteht laut Wingenfeld darin, dass es sich um gesonderte, selbstständig arbeitende Stellen handelt, die über eigene Infrastruktur, wie beispielsweise Personal und Räumlichkeiten, verfügen. (vgl. Wingenfeld, 2011, 65).

Laut dem Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQP in der Pflege ist für die meisten Modelle, über die in der Literatur berichtet wird, charakteristisch, dass die Übernahme der Koordinationsverantwortung für den Prozess der Überleitung durch spezialisierte Pflegefachkräfte erfolgt. Unter Spezialisierung wird dabei verstanden, dass diese Fachkräfte meist über eine besondere fachliche Qualifikation verfügen und das Entlassungsmanagement die einzige Aufgabe oder zumindest den wesentlichen Bestandteil der beruflichen Aufgaben darstellt. Die PflegeexpertInnen übernehmen die Steuerungs- und Koordinationsfunktionen, während die MitarbeiterInnen der Stationen in Abstimmung mit diesen einzelne Aufgaben des Entlassungsmanagements übernehmen. (vgl. Wingenfeld et al., 2009, 61). Diese Modelle werden im Folgenden kurz vorgestellt:



### *Liaison Nursing-Modelle*

In diesen Modellen haben die PflegeexpertInnen vor allem die Funktion eines Bindegliedes zwischen Krankenhaus und anderen Versorgungsbereichen. Die Liaison Nurse verfügt, zumindest im anglo-amerikanischen Raum, in der Regel über einen Master-Abschluss und kann sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Versorgung angesiedelt sein. Die inzwischen in mehreren deutschen Krankenhäusern etablierten Stellen für Pflegeüberleitung weisen viele Gemeinsamkeiten mit Liaison Nursing auf (vgl. Wingenfeld et al., 2009, 61).

### *Clinical Nurse Specialists-Modelle*

Modelle, in denen Clinical Nurse Specialists Funktionen des Entlassungsmanagements wahrnehmen, sind nur sehr schwer von Liaison Nursing abzugrenzen. Clinical Nurse Specialists sind auf die Versorgung bestimmter PatientInnengruppen spezialisiert und erfüllen neben Aufgaben des Assessments und der Versorgungsplanung auch jene der Beratung und Supervision anderer Pflegepersonen. Die Aufgaben des Entlassungsmanagements machen nicht immer den Hauptteil der beruflichen Aufgaben bei dieser Form von Pflegepersonen aus (vgl. Wingenfeld et al., 2009, 62)

### *Nursing Case Management-Modelle*

Im Gegensatz zu den bisher genannten Modellen, liegen die Unterschiede im Case Management in einer stärkeren Akzentuierung und Steuerungsverantwortung für die Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes sowie darin, dass Nursing Case Management häufiger als andere Ansätze mit klinischen Versorgungspfaden verknüpft ist (vgl. Wingenfeld et al., 2009, 62).

### *Transitional Care Modelle*

Transitional Care Modelle haben sich seit Ende der 1980er Jahre in den USA zunehmend entwickelt und sehen vor, dass in Ergänzung zu einer geregelten Entlassungsvorbereitung, eine zeitlich begrenzte Unterstützung nach der Krankenhausentlassung in der häuslichen Umgebung erfolgt (vgl. Wingenfeld, 2011, 62). Das Ziel dieser Übergangsversorgung ist es, den PatientInnen und deren

Angehörigen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus über einen begrenzten Zeitraum Unterstützung und Hilfestellung zu bieten. Die Hilfestellung ist Aufgabe der MitarbeiterInnen – meist Pflegepersonen – des Krankenhauses, wobei das Modell auf Übergänge in die häusliche Umgebung begrenzt ist (vgl. Wingenfeld, 2011, 71).

Die Aufgaben werden von PflegeexpertInnen mit akademischen Qualifikationen vorgenommen. Transitional Care Modelle haben für die Zeit nach der Entlassung drei Arbeitsschwerpunkte:

- 1) fortlaufendes Assessment und Monitoring, um sich anbahnende krisenhafte Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und abzuwenden
- 2) die Vermittlung und Koordination weitergehender Leistungen
- 3) Beratung und Edukation in der häuslichen Umgebung

Der letztgenannte Aufgabenbereich nimmt hierbei den größten Teil der poststationär durchgeführten Interventionen ein. Zudem sehen Transitional Care Modelle sowohl Hausbesuche als auch eine kontinuierliche telefonische Erreichbarkeit vor (vgl. Wingenfeld et al., 2009, 62; vgl. Dedhia et. al, 2009, 1541).

Die Vorteile liegen klar auf der Hand: der gesundheitliche Zustand der PatientInnen kann weiterhin überprüft, der Unterstützungsbedarf festgestellt und notwendige Hilfsleistungen mobilisiert werden. Dies bietet die Möglichkeit kurze Verweildauern im Krankenhaus mit einer umfassenden Qualitätssicherung zu verbinden. Modelle der Übergangsversorgung sind vor allem in den USA populär (vgl. Wingenfeld, 2011, 71-72).

Dangel unterscheidet in ihren Ausführungen nicht zwischen den einzelnen ExpertInnen für Entlassungsmanagement, sondern stellt als zentrale Organisationsformen unterschiedliche Modelle der Entlassungsplanung dar, wie sie in einzelnen Beispielkliniken umgesetzt werden. Damit zeigt sie sehr gut, wie Organisationen die Entlassungsplanung sowohl den Bedürfnissen ihrer PatientInnen und deren Angehörigen als auch bzw. zum Großteil den gegebenen Voraussetzungen, sowohl was die poststationären Versorgungsmöglichkeiten als auch die organisatorischen Möglichkeiten und Ressourcen betrifft, anpassen. Die wichtigsten sollen hier kurz zusammengefasst dargestellt werden:

### *Pflege-Überleitung*

Dieses Modell wurde 1992 im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke als Folge eines wahrgenommenen fehlenden Informationsaustausches und unzureichender Kooperationsmöglichkeiten umgesetzt. Ziel war es, mit Hilfe einer Überleitungsfachkraft und der Einführung von Pflegekursen für Angehörige, eine Brücke zwischen der häuslichen und stationären Versorgung zu schaffen. Die Überleitungsfachkraft ist als Stabstelle der Geschäftsführung unterstellt und erfüllt Aufgaben, wie die Organisation eines Einrichtungswechsels, die Beratung von PatientInnen, die Koordination der LeistungsträgerInnen, Kontakte zu pflegerischen Einrichtungen, Organisation und Durchführung von Pflegekursen für Angehörige, zur Verfügung stehen als AnsprechpartnerIn für beteiligte Berufsgruppen, die Entwicklung und Überwachung eines Berichtsystems sowie Unterricht und Fortbildung für Pflegefachkräfte (vgl. Joosten M., 1993; Universität Karlsruhe, 1997; GSF-Institut und Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung, 1999; Joosten M., 1995; Joosten M., 1996 zit. n. Dangel, 2004, 26-28).

### *Entlassungsplanung als berufsübergreifender Service*

Dangel führt als Beispiele für die Form der Entlassungsplanung als berufsübergreifenden Service zwei Kliniken an. In ersterer wurde durch die Pflegedirektion der Servicebereich Entlassungsplanung eingerichtet. Die MitarbeiterInnen, die eine Weiterbildung zum/zur BeraterIn für Pflegeüberleitung absolviert haben, werden als Ergänzung zum Sozialdienst verstanden. Eine Entlassungsplanung wird erst dann in Gang gesetzt, wenn ein Arzt/eine Ärztin eine Meldung an den Sozialdienst bzw. die Überleitungsfachkraft anordnet (vgl. Plötzl, 1996 zit. n. Dangel, 2004, 31; vgl. Holland/Hermann, 2011).

Diese Form der Entlassungsplanung beinhaltet zwei Faktoren, die die Entlassungsplanung stark beeinflussen und zum Nachteil der PatientInnen sein können. Zum einen wird die Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs ausschließlich von ÄrztInnen durchgeführt. Zum anderen erfolgt die Einschätzung des poststationären Bedarfs der PatientInnen nicht von Beginn an im Zuge der Pflegeanamnese, sondern erst im Laufe des Krankenhausaufenthalts. In Anbetracht

der Tatsache, dass die Organisation einer weiterversorgenden stationären Einrichtung oder eines ambulanten Dienstes bzw. die Schulung der Angehörigen oder auch weniger komplexe Aufgaben, wie das Besorgen von Hilfsmitteln, durchaus mehrere Tage in Anspruch nehmen kann, erhöht diese Form der Entlassungsplanung den zeitlichen Druck enorm. Einen Kritikpunkt, den Dangel anführt, stellt auch die Unklarheit, wie Pflege- und Hilfebedarf unterschieden werden, dar. Zudem sind in diesem Modell die Zuständigkeiten von Überleitungskraft und Sozialarbeit nicht geregelt (vgl. Dangel, 2004, 31).

Als zweites Beispiel nennt Dangel die Sozialvisite, die zwar grundsätzlich die gleichen Ziele verfolgt, wie die Entlassungsplanung, da es sich aber nicht um einen einheitlichen Ansatz bzw. ein definiertes Instrument handelt, wird sie je nach AutorIn und Projekt unterschiedlich verstanden. Auch die Umsetzung ist dementsprechend unterschiedlich, meist sind es jedoch interdisziplinäre Besprechungen mit ÄrztInnen, Krankenpflegepersonen, MitarbeiterInnen des Sozialdienstes und teilweise auch Angehörigen, TherapeutInnen und weiterversorgenden Einrichtungen (vgl. Böhm, 1990 zit. nach Dangel, 2004, 32). Zwar wird in der pflegerischen Praxis die Sozialvisite als sehr positiv bewertet, es muss jedoch beachtet werden, dass die pflegerische Entlassungsplanung weitaus umfassender ist, als die Sozialvisite. Die Sozialvisite ist ein Instrument, das bei der Überleitung Bedeutung haben und zum Einsatz kommen kann (vgl. Grill/Mantel, 1997; Schwarz/Harms, 1997; Schwarz/Harms, 1998; Schwarz/Harms, 1998a; Harms/Schwarz, 1998; Nottenkämper et. al, 1995 zit. n. Dangel, 2004. 31-32).

### *Brückenpflege*

Seit Mitte der 1980er Jahre wurden Projekte gefördert, die das Missverhältnis zwischen zu langer Verweildauer im Krankenhaus bei gleichzeitig unzureichender häuslicher Versorgung, beheben sollten. Das erklärte Ziel war es, eine dem Krankenhaus entsprechende Versorgung für die Betroffenen zu Hause zu erreichen. Aufgrund der Diagnose – in dem beschriebenen Projekt handelte es sich um onkologische PatientInnen – stand nicht die Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit der PatientInnen im Mittelpunkt, sondern deren Lebensqualität.

Die Brückenpflege umfasst zahlreiche Maßnahmen, begonnen bei medizinischen und pflegerischen bis hin zu psychosozialen Maßnahmen, die den Übergang der PatientInnen in die häusliche Umgebung erleichtern und unterstützen sollen. Die Kooperation mit den niedergelassenen ÄrztInnen ist von ebenso großer Bedeutung wie Fähigkeiten in palliativer Therapie und Pflege. Die Tätigkeiten der Pflegefachkräfte in dem Projekt Brückenpflege umfassen

- a) Vorbereitung auf die Entlassung und
- b) Maßnahmen im häuslichen Bereich nach der Entlassung bzw. bei erneuter Aufnahme.

Während im ersten Schritt die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Mittelpunkt steht, geht es im zweiten vor allem um die Einbeziehung der Angehörigen (vgl. Sommerfeldt, 1992 zit. n. Dangel, 2004, 33-35).

### *Übergabe von PatientInnen an das Entlassungsmanagement*

Die Darstellung der Modelle zeigt deutlich, wie sehr sich die Ablauforganisation und der Zuständigkeitsbereich des Entlassungsmanagements von Klinik zu Klinik unterscheiden. Vor allem auch bei der Frage, wie die PatientInnen für das Entlassungsmanagement identifiziert werden, gibt es unterschiedliche Herangehensweisen. Wingenfeld fasst diese zu drei Varianten zusammen:

#### 1. Integration der Pflegeüberleitungen in Besprechungen des Stationspersonals:

Die EntlassungsmanagerInnen erkundigen sich regelmäßig beim Stationspersonal über PatientInnen, bei denen eventuell Überleitungsbedarf besteht. Die Frage, ob und welche PatientInnen Unterstützung benötigen, wird direkt im Gespräch mit den MitarbeiterInnen auf der Station geklärt. Danach erfolgt die Kontaktaufnahme zu den PatientInnen und gegebenenfalls deren Angehörigen (vgl. Wingenfeld, 2011, 66).

#### 2. Morgendliche Rundgänge auf den Stationen:

Hier absolvieren die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements (fast) tägliche Rundgänge durch alle Stationen, wo sie zum einen mit dem Stationspersonal den Bedarf einzelner PatientInnen an einer Entlassungsplanung besprechen und zum anderen durch den Kontakt zu den PatientInnen auf einen eventuell vorherrschenden

Bedarf aufmerksam werden. Sowohl diese als auch die oben genannte Variante haben den Vorteil, dass das Entlassungsmanagement beim Stationspersonal präsent ist. Diese Form ist gleichzeitig jedoch auch sehr zeitaufwändig (vgl. Wingenfeld, 2011, 66).

3. MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung werden bei Bedarf informiert:

Diese Variante, bei der die MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung nicht auf den Stationen präsent, sondern bei Bedarf vom Stationspersonal informiert werden, findet sich bei den meisten Krankenhaussozialdiensten. Entscheidend ist bei diesem Modell, dass die ÄrztInnen und Pflegepersonen auf den Stationen selbst den poststationären Betreuungsbedarf der PatientInnen eruieren und rechtzeitig die Pflegeüberleitung darüber in Kenntnis setzen. Dies hat zum einen den Vorteil, dass die EntlassungsmanagerInnen die knappen zeitlichen und personellen Ressourcen nicht zur Identifizierung der PatientInnen verwenden müssen, zum anderen trägt es dazu bei, dass das Bewusstsein für die Entlassungsplanung beim Stationspersonal erhalten wird (vgl. Wingenfeld, 2011, 66-67).

Bei all den Unterschieden, die sich zwischen den Formen der zentralen Organisation der Entlassungsplanung identifizieren lassen, herrscht, was die Aufgabenbereiche betrifft, weitreichende Einigkeit. Diese umfassen die Beratung und Information der PatientInnen und Angehörigen über den Bedarf an poststationärer Versorgung sowie über die verschiedenen Möglichkeiten diesen Bedarf abzudecken und deren Finanzierungsmöglichkeiten. Weiters übernehmen EntlassungsmanagerInnen sowohl Aufgaben der Koordination der Informationsweitergabe beispielsweise an den Hausarzt/die Hausärztin als auch jene zwischen Klinik, DienstleisterInnen ambulanter Pflegedienste bzw. poststationärer Einrichtungen, Krankenkasse und Angehörigen.

Die zentrale Organisation der Entlassung von PatientInnen mit poststationärem Versorgungsbedarf hat klare Vorteile. Wissen, Informationen und Kompetenzen liegen gebündelt bei einer Person bzw. Abteilung. Die Fachkräfte sind ausgebildete EntlassungsmanagerInnen und können aufgrund der durch eine umfassende Anamnese gewonnenen Informationen, den Betreuungsbedarf der PatientInnen richtig einschätzen und basierend darauf entsprechende Maßnahmen setzen. Zudem haben

sie einen Einblick in die familiäre Versorgungssituation und können durch Schulung und Information der Angehörigen, diese - je nach Ausmaß des vorhandenen Bedarfs - zur vollständigen oder teilweisen Versorgung der PatientInnen befähigen.

Die EntlassungsmanagerInnen kennen die Möglichkeiten und AnbieterInnen von Pflegedienstleistungen in der Region und können schnell den Kontakt zu diesen für den Patienten/die Patientin herstellen. EntlassungsmanagerInnen haben auch einen Überblick über die verschiedenen Formen und Möglichkeiten finanzieller Unterstützung für die PatientInnen und können diese bei der Beantragung unterstützen. Ein zentral organisiertes Entlassungsmanagement hat einen Überblick über alle PatientInnen, die einer koordinierten Entlassung bedürfen und stellt einen wichtigen Pfeiler bei der Entlastung des Stationspersonals dar.

Dangel verweist jedoch auch auf Probleme, die sich durch die Konzentration der Entlassungsplanung auf nur eine Person ergeben. So kann die zentrale Organisation dazu führen, dass sich die Stationspflegepersonen nicht mehr zuständig für die Entlassung der PatientInnen fühlen. Im Extremfall finden der poststationäre Versorgungsbedarf wie auch die Ressourcen der PatientInnen und Angehörigen keine Berücksichtigung mehr und wichtige Informationen bleiben außerdem den EntlassungsmanagerInnen, die auf viele Informationen von Seiten der Stationspflege angewiesen sind, vorenthalten (vgl. Dangel, 2004, 38).

Laut Wingenfeld zeigt die Praxis, dass sich die Stellen für Pflegeüberleitung zum Teil intensiv darum bemühen müssen, das Bewusstsein für das Thema Entlassungsvorbereitung unter den KollegInnen im Krankenhaus wach und die einmal etablierten Kooperationsformen und Prozessabläufe aufrecht zu erhalten (vgl. Wingenfeld, 2011, 67). Nicht selten haben die Fachkräfte auch mit Akzeptanzproblemen zu kämpfen: ihre Arbeit wird als abgehoben und pflegefremd eingestuft (vgl. Dangel, 2004, 38).

### **6.1.2. Dezentrales oder direktes Entlassungsmanagement**

Ein direktes oder dezentrales Entlassungsmanagement ist dadurch gekennzeichnet, dass die Entlassungsplanung nicht in einer eigenen Abteilung angesiedelt ist oder

durch eigene MitarbeiterInnen durchgeführt wird, sondern durch die MitarbeiterInnen der Station. Dadurch gibt es nicht eine Person bzw. einen Personenkreis, der für die Planung der Entlassung der PatientInnen zuständig und verantwortlich ist, sondern alle StationsmitarbeiterInnen teilen sich diese Aufgaben.

Die Vorteile eines dezentralen Entlassungsmanagements liegen ohne Zweifel darin, dass die MitarbeiterInnen der Stationen am besten die Bedürfnisse, die Ressourcen und Fähigkeiten der PatientInnen einschätzen können. Allein durch den täglichen Kontakt zum Patienten/zur Patientin kann eine viel vertrauensvollere Verbindung aufgebaut werden, als dies Entlassungsmanagement-Fachkräften, die beispielsweise einmal täglich in der Station sind, möglich ist. Durch den vermehrten Kontakt zu den Angehörigen, der sich im Stationsalltag zwangsläufig ergibt, können deren Möglichkeiten, Teile der Versorgung nach der Entlassung zu übernehmen, besser eruiert und eingeschätzt werden.

Laut Wingenfeld bleiben die Vorteile des dezentralen Entlassungsmanagements aber nur theoretisch, da der Krankenhausalltag für solche Lösungen wenig Raum bietet. Zahlreiche Punkte, die ein direktes Entlassungsmanagement voraussetzt, können in der Station nicht erfüllt werden. Zum einen sehen sich Pflegepersonen schon jetzt mit einer Zunahme von PatientInnen bei einem gleichzeitigen Personalabbau konfrontiert, eine zusätzliche Aufgabe würde in einigen Stationen aller Wahrscheinlichkeit nach den Rahmen des Möglichen sprengen. Ein weiterer Punkt ist die mangelnde zeitliche Flexibilität der Pflegenden, da pflegerische Aufgaben meist eine höhere Priorität haben als jene des Entlassungsmanagements, die ja zu einem großen Teil bürokratischer Natur sind. Gleichzeitig muss jedoch darauf geachtet werden, dass bestimmte AnsprechpartnerInnen im besten Fall nur zu den üblichen Bürozeiten erreichbar sind, was dazu führen kann, dass weiterversorgende Einrichtungen nicht rechtzeitig kontaktiert oder ambulante DienstleisterInnen organisiert werden können und sich die Verweildauer im Krankenhaus zwangsläufig verlängert, wenn man nicht eine Verschlechterung der Situation durch eine zu frühe Entlassung in Kauf nehmen möchte (vgl. Wingenfeld, 2011, 67-68).



Der Kritikpunkt, der mir am wichtigsten erscheint, ist jener, dass es nahezu unmöglich ist dem gesamten Stationspersonal ausreichende Schulungs- und Qualifikationsmaßnahmen für eine umfassende Beratung der Betroffenen zukommen zu lassen. Zumindest über grundlegende Kenntnisse über das Sozialversicherungssystem, über Ansprüche auf monetäre oder Sachleistungen, die zur Verfügung stehenden Versorgungsdienstleistungen in der Region aber auch über die Fähigkeit PatientInnen und Angehörige zu schulen, müssen EntlassungsmanagerInnen verfügen. Die Schulungen für das gesamte Personal zum umfassenden Erwerb dieser Fähigkeiten würde mit großen zeitlichen und finanziellen Ressourcen einhergehen und könnte dennoch nicht die Erfahrungen ersetzen, die Fachkräfte, deren Hauptaufgabe die Entlassungsplanung ist, im Laufe der Zeit sammeln.

Eine Lösung für diese Problematik stellt Wingefeld vor, der die Vorzüge einer Mischform aus Pflegeüberleitung und Entlassungsmanagement durch StationsmitarbeiterInnen darlegt. In diesen Mischformen werden ein oder zwei MitarbeiterInnen der Station bestimmt, die für alle PatientInnen der Station das Entlassungsmanagement übernehmen. Dies hat den Vorteil, dass die Nähe zu den KollegInnen der Stationen und zu den PatientInnen und Angehörigen gegeben ist und gleichzeitig Voraussetzungen geschaffen werden, damit tatsächlich auch Zeit für die Aufgaben des Entlassungsmanagements bleibt (vgl. Wingefeld, 2011, 68).

### **6.1.3. Kombinierte Form der Entlassungsplanung**

Eine weitere von Dangel genannte Form ist die der kombinierten Form der Entlassungsplanung, die jedoch nicht mit der oben angeführten Mischform verwechselt werden darf. In der kombinierten Form fällt die generelle Zuständigkeit für die Entlassungsplanung auf die Pflegefachkräfte der Station. Diese übernehmen die Entlassungsplanung selbstständig für alle Fälle, die eines „normalen“ Maßes an Überleitungstätigkeit bedürfen. „Komplexe“ Entlassungsplanungen hingegen, die ein Hohes Maß an Koordination und Beratung benötigen und bei denen auch die häusliche Situation problematisch ist, führt eine zentral angesiedelte Überleitungskraft durch. Gerade für problematischere Fälle, bei denen die Koordination der

unterschiedlichen Dienstleistungen aufwändig ist, braucht es MitarbeiterInnen, die über weitergehende Kenntnisse, Kompetenzen und eine spezifische Vorbildung verfügen (vgl. Dangel, 2004, 40-42).

#### **6.1.4. Multidisziplinäre Entlassungsallianzen**

Diese Organisationsform der Entlassungsplanung findet sich sehr häufig bei schwerstkranken PatientInnen, bei denen die Gefahr poststationärer Komplikationen klar gegeben ist, und wird im geriatrischen und pädiatrischen Bereich häufig angewendet. Grundlage dieser Organisationsform ist eine konkrete Absprache der Entlassungsplanung durch ein multidisziplinäres Team bestehend aus Pflegefachkräften, ÄrztInnen und anderem Krankenhauspersonal. Zentral sind auch Fallbesprechungen, bei denen Eltern, zum Teil auch Kostenträger und MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen miteinbezogen werden, die später bei der Versorgung mitwirken. Diese Form hat den Vorteil, dass die Entscheidungsfindung durch die aktive Teilhabe der zahlreichen AkteurlInnen sehr schnell vonstatten geht. Dazu trägt zweifelsohne auch die Miteinbeziehung der KostenträgerInnen bei, weil Fragen der Kostenübernahme sofort beantwortet und notwendige Hilfsmittel angefordert werden können. Zudem können Eltern und andere Bezugspersonen ebenso wie MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste umfassend geschult und angeleitet werden.

Diesen Vorteilen steht der große Nachteil der Kostenintensivität dieses Modells gegenüber, wobei Wingefeld festhält, dass sich insbesondere bei PatientInnengruppen, bei denen ein ungewöhnlich hohes Risiko für poststationäre Komplikationen besteht und bei denen solche Komplikationen ein hohes gesundheitliches Gefährdungspotential nach sich ziehen, der finanzielle Aufwand für das Gesundheitssystem sich durchaus rechnet (vgl. Wingefeld, 2011, 72-73).

#### **6.1.5. Entlassungsmanagement durch externe Institutionen**

Seit den 1990er Jahren beschäftigen sich auch ambulante Pflegedienste und Altenheime mit der Frage, welche Rolle ihnen im Entlassungsmanagement zukommt. Die Entwicklungen verliefen in zwei Richtungen: Der erste Entwicklungsstrang ist

durch neue Angebote gekennzeichnet, bei denen externe Stellen Aufgaben übernehmen, die eigentlich dem krankenhausinternen Entlassungsmanagement zuzuschreiben sind. Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Anbietern dieser Dienste ermöglichten ein Delegieren der Entlassungsvorbereitung. Nicht zuletzt durch die Einführung einer Pflegeversicherung in Deutschland kam diese Form der Entlassungsplanung in Verruf. Kritisiert wurde, dass die Wahlfreiheit der PatientInnen im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Pflege nach dem Krankenhaus beeinträchtigt werde.

Die zweite Entwicklung umfasst Konzepte, die zur Überleitung in das Krankenhaus von stationären Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Diensten entwickelt wurden. Ein Überleitungsverfahren der Krankenhäuser wie es der Expertenstandard des DNQP vorsieht, sollte daher im Idealfall durch entsprechende Bemühungen auf Seiten der Pflegeeinrichtungen ergänzt werden. Davon würden nicht nur die PatientInnen bzw. BewohnerInnen in großem Maße profitieren, sondern auch die beteiligten Fachkräfte (vgl. Wingefeld, 2011, 73-75).

#### **6.1.6. Die Rolle der Pflegepersonen in der Entlassungsplanung – Ergebnisse der Studien**

In den untersuchten Studien finden sich zahlreiche Formen des Entlassungsmanagements, in denen Pflegepersonen unterschiedliche Rollen und Aufgaben zuteil werden. Fast bei allen Studien handelt es sich um qualitative Studiendesigns, die den Ablauf der Entlassungsplanung durch Pflegepersonen anhand von Interviews und teilnehmender Beobachtungen erfassen. Zudem beinhalten die Studien auch Einschätzungen der Pflegepersonen, welche Interventionen im Rahmen des Entlassungsmanagements von Bedeutung sind und welche Verantwortung sie dabei übernehmen. Der größte Teil der untersuchten Studien hat die Erforschung des Entlassungsmanagements durch stationäre Pflegepersonen, also durch ein dezentrales Entlassungsmanagement, zum Inhalt.

Laut Watts und Gardner stellt das Entlassungsmanagement, nicht zuletzt weil die Schritte der Entlassungsplanung jenen des Pflegeprozesses („assessment“, „planing“, „implementation“, „evaluation“) entsprechen, eine Facette der ganzheitlichen Pflege

der PatientInnen dar. Mit ihrer qualitativen Studie verfolgen sie das Ziel, die Art, wie stationäre Pflegepersonen in der Akutversorgung den Entlassungsprozess wahrnehmen, zu untersuchen. Fast alle InterviewteilnehmerInnen waren der Meinung, dass die Pflegepersonen im Zusammenhang mit der Entlassung von PatientInnen aus dem Krankenhaus, Planungs- und Koordinierungsaufgaben in unterschiedlichem Ausmaß übernehmen. Nichtsdestotrotz beschränkten sich bei der Frage, welche Definition vom Entlassungsprozess sie hätten, die Antworten auf die Schlüsselbegriffe „planning“ und „organizing“. Obwohl die Pflegepersonen den Entlassungsprozess als einen dynamischen und kontinuierlichen ansahen, fanden die Schritte „assessment“, „planning“, „implemenatiation“ und „evaluation“ keinen Platz in der Beschreibung des Ablaufs des Entlassungsmanagements. Zwar waren die Pflegepersonen der Meinung, dass der Entlassungsprozess bereits bei der Einweisung beginnen sollte, hielten aber fest, dass dies in Wahrheit irgendwann zwischen Aufnahme und Entlassung geschah. Zudem wurde auch festgehalten, dass je nach aktueller Belastung das Entlassungsmanagement in der Arbeitsroutine einen niedrigeren Stellenwert hat als die tägliche Pflege habe. Bei der Frage nach den Faktoren, die den Entlassungsprozess verbessern bzw. behindern, führten die Pflegepersonen die interdisziplinäre Kommunikation als den wichtigsten Faktor an, während die PatientInnenpartizipation nur von einer Minderheit als wichtig eingestuft wurde (vgl. Watts/Gardner, 2005, 179-181).

Eine Untersuchung von Han et al. im Jahr 2009 kam zu ähnlichen Ergebnissen: Pflegepersonen der Notaufnahme betrachteten das Entlassungsmanagement insbesondere bei hoher Arbeitsbelastung als weniger prioritär. Generell reichte die Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegepersonen im Entlassungsmanagement von einer autonomen Entlassungsplanung bis hin zu einer Maßnahme, *„um PatientInnen loszuwerden und Betten freizumachen“* (vgl. Han et al., 2009, 1287-1289).

Beide Studien zeigen, dass die Entlassungsplanung leidet, wenn stationäre Pflegepersonen sich mit einer hohen Arbeitsbelastung konfrontiert sehen. Nicht selten rutscht die Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Prioritätenliste nach unten, wenn Pflegepersonen das Gefühl haben, die Arbeit nicht mehr bewältigen zu können. Dies belegt die bereits in Kapitel 6.1.2. festgehaltene Befürchtung, dass die

Vorteile eines dezentralen Entlassungsmanagements nur theoretisch sind, weil der Krankenhausalltag wenig Raum für die Aufgaben der Entlassungsplanung zulässt, insbesondere wenn es sich, wie in diesem Fall, um Abteilungen für die Akutversorgung handelt.

Eine Studie, die die Vorteile eines dezentralen Entlassungsmanagements darstellt, untersuchte durch teilnehmende Beobachtung und Interviews, die Maßnahmen, die von KrankenpflegerInnen einer chirurgischen Abteilung getroffen wurden, um die Patientinnen (es handelte sich ausschließlich um Frauen) während ihres Krankenhausaufenthaltes auf die Entlassung vorzubereiten. Jede Pflegekraft war für eine Patientin zuständig. Laut der Autorin unterstützt die Studie die Entlassungsplanung als täglichen Part des pflegerischen Handelns. Die Pflegepersonen überprüften durchgehend die Fortschritte der PatientInnen, Schulungen und Informationen über Risiken und Symptome erfolgten mehrmals während der täglichen Pflege. Am Entlassungstag erfolgte eine Evaluation, ob die Patientin bereit für die Entlassung ist (vgl. Foust, 2007, 74-76).

Die Vorteile eines dezentralen Entlassungsmanagements werden in dieser Studie gut dargestellt. Die Pflegepersonen sind für die Patientinnen, und dementsprechend auch für deren Vorbereitung auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, verantwortlich. Die Überprüfung der Fortschritte und Schulungsmaßnahmen können mehrmals täglich erfolgen, was bedeutet, dass die Pflegenden nicht nur eine Momentaufnahme von der Situation der PatientInnen erhalten. PatientInnen wiederum haben während des gesamten Aufenthalts die Möglichkeit, Fragen ihre Entlassung und die Zeit danach betreffend zu stellen und so für sie wichtige Informationen einzuholen. Da jedoch kein Leitfaden oder Standard zur Entlassung der PatientInnen existiert, greifen die PflegerInnen oftmals auf eigene Erfahrungen zurück, z.B. wenn es darum geht, die Fortschritte der Patientinnen einzuschätzen. Zudem werden die Maßnahmen der Entlassungsplanung kaum bis gar nicht dokumentiert, Kommunikation mit anderen Berufsgruppen über die Entlassung erfolgt nur, wenn es beispielsweise darum geht, einen Entlassungstermin zu bestätigen. Dies zeigt, dass obwohl die Vorteile bei dieser Form der Entlassungsplanung klar auf der Hand liegen, wichtige Messinstrumente zur Einschätzung des Bedarfs oder zur Messung der gesundheitlichen Fortschritte fehlen.

Pflegepersonen mit weniger Erfahrungen haben hier einen Nachteil gegenüber ihren KollegInnen.

Schönlau et al. haben im Rahmen einer Evaluationsstudie zur Einführung der Pflegeüberleitung in drei Krankenanstalten die Selbsteinschätzung der ÜberleitungsmitarbeiterInnen, die sich je nach Krankenhaus aus SozialarbeiterInnen oder diplomierten Pflegepersonen zusammensetzten, untersucht. Das Ergebnis war, dass grundsätzlich zwischen zwei Strukturprinzipien unterschieden werden kann: Bei einer Form der Pflegeüberleitung sieht die Überleitungskraft ihre Rolle als KoordinatorIn und richtet ihre Aktivitäten an dem von PatientInnen, Angehörigen und ÄrztInnen signalisierten Bedarf aus, ohne intensive Bindung an die Betroffenen. Bei der zweiten Form der Pflegeüberleitung wird sich intensiv dem/der jeweiligen PatientIn gewidmet und versucht, vor allem in Gesprächen mit dem Pflegepersonal den konkreten Hilfebedarf diskursiv zu klären. Die ÜberleitungsmitarbeiterInnen stellen die Bedürfnisse der PatientInnen und die Befriedigung dieser in den Mittelpunkt ihres Handelns, nehmen aber auch eine Zielkonkurrenz zwischen den PatientInnenzielen und den Organisationszielen wahr. Die MitarbeiterInnen der Pflegeüberleitung sehen sich in ihrer täglichen Arbeit mit dem Problem konfrontiert, nicht in die Station eingebunden zu sein und äußern den Wunsch, verstärkt in den Stationsalltag integriert zu werden. Schönlau et al. sehen die mangelnde Strukturierung der Überleitungspflege als größtes Problem an, weil dadurch der Konflikt, sowohl die Interessen der PatientInnen als auch jene der Krankenhaus zu wahren, verschärft wird (vgl. Schönlau et al., 2005, 98-102). Eine Untersuchung von Bräutigam et al. im gleichen Setting kommt zu dem Ergebnis, dass die AkteurInnen, also die Überleitungskräfte eine unterschiedlich ausgeprägte Professionalität und eine gering ausgeprägte Kooperation an den Tag legen. Auch in dieser angewandten teilnehmenden Beobachtung zeigt sich der Konflikt zwischen dem vorherrschenden Systemzwang versus der systemübergreifenden Perspektive (vgl. Bräutigam et al, 2005, 119).

Diese Studien zeigen sehr deutlich, dass eine geregelte Entlassungsplanung nicht alleine dadurch zustande kommt, indem Abteilungen, die diese Aufgabe übernehmen sollen, eingerichtet werden. Dies wird auch von den AutorInnen der Studie kritisiert.

Entlassungsplanung oder –management sind keine Bereiche, in denen professionelle Kräfte alleine für sich arbeiten können. Haben sie doch die Aufgabe, eine kontinuierliche Versorgung der PatientInnen über Schnittstellen hinweg sicherzustellen. Dies kann nur in Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen vonstatten gehen. Wenn die Kommunikation in diesem Bereich gestört ist, dann bleibt auch das Bemühen einzelner ÜberleitungsmitarbeiterInnen ohne Erfolg. Die Tatsache, dass die Überleitungskräfte die Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen als sehr wichtig erachten und auch den Wunsch äußern, mehr im Stationsalltag eingebunden zu sein, beweist, dass auch von Seiten der Überleitungskräfte das Bedürfnis nach einer stärkeren Kooperation vorhanden ist.

In der von Dedhia et al. durchgeführten Studie wurde die Auswirkung einer multidisziplinären Intervention im Rahmen des Entlassungsmanagements quantitativ, durch Befragung der PatientInnen mittels standardisiertem Fragebogen, untersucht. Die Planung des Entlassungsmanagements erfolgte im multidisziplinären Team, wobei ein Case Manager/eine Case Managerin die Aufgabe der Koordination übernahm. Das Ergebnis der Studie war, dass nach Interventionsmaßnahmen, wie dem Einsatz eines Aufnahmeformulars mit geriatrischen Schwerpunkten, einer umfassenden Informationsweitergabe an den/die (Haus)Arzt/Ärztin und mehreren Besuche bei den ehemaligen PatientInnen zu Hause, die Wiedereinweisungsraten in der Interventionsgruppe signifikant gesenkt werden konnten. Auch der Gesundheitsstatus der PatientInnen in der Interventionsgruppe war höher als jener in der Kontrollgruppe (vgl. Dedhia et al., 2009,1540-1545).

Deutlich wird in dieser Studie der positive Effekt einer weiteren Versorgung der Betroffenen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Im multidisziplinären Team wird die Entlassung des Patienten/der Patientin besprochen. Der Case Manager/Die Case Managerin trägt hierbei die Verantwortung, die PatientInnenperspektive miteinzubringen. Die Kontaktaufnahme der Case ManagerInnen mit den PatientInnen hat zur Folge, dass deren Bedürfnisse, die sich ja nicht selten, erst ein paar Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus herauskristallisieren, erfasst und Lösungsstrategien mit den Betroffenen erarbeitet werden können. Diese Form der

Überwindung der Schnittstellenproblematik hat ohne Zweifel Vorteile für die PatientInnen. Nicht vergessen werden darf aber der Aufwand, der damit einhergeht.

Die Studie von Grundböck et al., die die Einführung des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital evaluierte, stellt, nicht zuletzt aufgrund ihres Wien-Bezuges, eine wichtige Quelle für diese Arbeit dar. Durch qualitative Untersuchungsmethoden, wie jene der teilnehmenden Beobachtung und Interviews mit PatientInnen, Angehörigen und ExpertInnen, konnte evaluiert werden, welchen Beitrag ambulante AnbieterInnenorganisationen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus leisten können. Bei dieser Form des Entlassungsmanagements erfolgt die Kontaktherstellung zwischen PatientInnen und EntlassungsmanagerInnen durch das Stationsteam. Die Ergebnisse der Evaluationsstudie zeigen ein deutliches Bild: die Unterstützung durch die EntlassungsmanagerInnen wird sowohl von PatientInnen als auch deren Angehörigen als eine wichtige Hilfe in einer emotional sehr belastenden Situation betrachtet. Die Wiedereinweisungsraten können zwar nicht in einem entsprechenden Ausmaß berücksichtigt werden, da die Datenqualität hierfür nicht ausreicht, nichtsdestotrotz lässt sich im Vergleich zu den bereits genannten randomisierten kontrollierten Studien aber ein Trend in Richtung Reduktion erkennen. Die EntlassungsmanagerInnen sehen in ihrer Arbeit sowohl eine Entlastung für die betroffenen PatientInnen und Angehörigen, als auch für das oft unter Zeitdruck stehende Stationspersonal. Nicht erachten sie ihre Arbeit auch als einen Beitrag zu einem verbesserten Image für die Krankenanstalt. Auch wenn die PatientInnenzufriedenheit groß und die Zusammenarbeit von Seiten des stationären Teams als positiv eingeschätzt wurde, haben Grundböck et al. zahlreiche Punkte angeführt, die vor einer weiteren Implementierung dieser Form des Entlassungsmanagements berücksichtigt werden müssten. Zum einen wird eine bessere Einbindung der EntlassungsmanagerInnen in die Station empfohlen, weil so eine rechtzeitige Benachrichtigung der EntlassungsmanagerInnen gewährleistet ist. Zum anderen muss laut Grundböck et al. eine stärkere Standardisierung der Prozesse erfolgen, die eine einheitliche Vorgangsweise bei der Erfassung des poststationären Betreuungsbedarfs, bei der Dokumentation und bei der Evaluation der Maßnahmen im



Rahmen des Entlassungsmanagements, ermöglicht (vgl. Grundböck et al., 2003, 59-75).

Dieses Kapitel zeigt, dass obwohl das Entlassungsmanagement grob in direktes und indirektes bzw. dezentrales und zentrales unterschieden werden kann, die Ausgestaltung in einzelnen Abteilungen und Krankenanstalten letztendlich unterschiedlichste Formen annimmt. Nicht nur die Frage, von welcher Berufsgruppe das Entlassungsmanagement durchgeführt wird, muss bei der Implementierung berücksichtigt werden. Auch Fragen hinsichtlich des Ausmaßes (entlassungsvorbereitende Maßnahmen im Krankenhaus oder umfassendes Case Management mit anschließender Pflege zu Hause), der Organisation und der Strukturierung gilt es zu klären. Mangelnde Akzeptanz gegenüber den EntlassungsmanagerInnen von Seiten des stationären Personals trägt zu einer großen Verunsicherung in deren täglichen Arbeit bei und führt wiederum dazu, dass diese auch in Zukunft von den KollegInnen nicht ernst genommen werden. Die Ansiedlung der Verantwortung für die Entlassung von PatientInnen bei den stationären Pflegepersonen würde zwar diese Aspekte abfedern, hat aber zur Folge, dass das Entlassungsmanagement nicht den Stellenwert in der täglichen Arbeit bekommt, den es verdient. Dies haben die untersuchten Studien deutlich gezeigt: im Alltagsstress haben pflegerische/medizinische Handlung eine höhere Priorität als Entlassungsmaßnahmen.

## **6.2. Richtlinien und Standards zum Entlassungsmanagement**

Das Entlassungsmanagement stellt zum Großteil eine organisatorische Aufgabe dar und verfügt, je nach Art der Gesundheitseinrichtung und den lokalen und regionalen Versorgungsstrukturen, über verschiedene Instrumente und kann unterschiedlich gestaltet sein. Klar ist jedoch auch, dass diese zum Teil durchaus sinnvollen Unterschiede im Sinne österreichweit gleichwertiger Ergebnisse für die PatientInnen bis zu einem gewissen Grad standardisierte Vorgehensweisen voraussetzen.

Diese standardisierten Vorgangsweisen, die sich in Richtlinien, Expertenstandards und auch Gesetzen wiederfinden, sollen in diesem Kapitel erläutert werden. Im

Folgenden werden daher sowohl die Richtlinie der Weltgesundheitsorganisation als auch nationale und internationale Standards zum Entlassungsmanagement dargestellt.

### **6.2.1. Gesetzliche Richtlinien zum Entlassungsmanagement in Österreich**

Mit der Gesundheitsreform 2005 wurde der Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den Gesundheitseinrichtungen in Österreich eine besondere Bedeutung zuerkannt. In der damaligen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG wurde festgehalten, dass in allen Krankenanstalten ein standardisiertes Entlassungsmanagement implementiert werden muss. Jedoch wurde mit der neuen Regierung auch ein neuer Finanzausgleich sowie die hier dargestellte Vereinbarung von 2008 beschlossen und die Frist für das Entlassungsmanagement auf das Jahr 2013 verschoben (vgl. Ninaus-Meznik, 2009, 13).

Auch die aktuelle Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vom Juli 2008 enthält zahlreiche Schwerpunkte, die Grundlage für die Entwicklung von Leitlinien und Standards in Österreich waren. Artikel 3 Absatz 2 hält beispielsweise fest, dass die Gesundheitsstrukturplanung die Beziehungen zwischen den Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung und angrenzender Versorgungsbereiche zu berücksichtigen hat. Artikel 5 besagt, dass das Management an den Nahtstellen verbessert werden muss. (vgl. BGBl. I Nr. 105/2008, Artikel 3 und Artikel 5). Konkret heißt es im Absatz 1:

*„Zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes ist das Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern.“ (BGBl I Nr. 105/2008, Artikel 5)*

Die Rahmenvorgaben im Hinblick auf Struktur, Prozesse und gewünschte Ergebnisse sollen gemäß Artikel 5 Absatz 2 von der Bundesgesundheitsagentur festgelegt werden (vgl. BGBl. I Nr. 105/2008, Artikel 5). Diese wurden im August 2012 in Form der

Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (Gesundheit Österreich GmbH, 2012) veröffentlicht.

Ebenfalls eine Grundlage für die Bundesqualitätsleitlinie stellt das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (GQG) dar. Paragraph 9 sieht die Einrichtung eines Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen vor, welches unter Bedachtnahme auf die Bundeseinheitlichkeit, die bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, die Patientinnen- und Patientenorientierung, die Transparenz, Effektivität, Effizienz und gemäß internationaler Standards insbesondere folgende Aufgaben erfüllen muss:

- Mitwirkung und Erstellung von allgemeinen Vorgaben und Grundsätzen
- Empfehlung sowie Erarbeitung von Qualitätsstandards
- Erstellung des jährlichen Qualitätsberichtes
- Durchführung von bzw. Mitwirkung bei der Setzung von Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen
- Durchführung der bzw. Mitwirkung an der Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen dieses Gesetzes
- Unterstützung bei der bundesweiten Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen (vgl. BGBl. I Nr. 179/2004, §9).

Das GQG sieht des Weiteren im Paragraph 4, Absatz 2 vor, dass Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfohlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien verordnet werden können, wobei diese unter anderem auf PatientInnenorientierung und eine sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise zu achten haben (vgl. BGBl. I Nr. 179/2004, §4). Sie können daher Qualitätsstandards insbesondere auch für das Nahtstellenmanagement darstellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2010b, 107).

Ein weiteres Gesetz, das für das Entlassungsmanagement von Bedeutung ist, ist das Gesundheitstelematikgesetz (GeTelG 2012), dessen neue Fassung mit 01. Jänner 2013 in Kraft getreten ist. Ziele dieses Bundesgesetzes sind unter anderem die Schaffung bundeseinheitlicher Mindest-Sicherheitsstandards bei der Verwendung elektronischer Gesundheitsdaten und die Verbreitung der für die Entwicklung und

Steuerung der Gesundheitstelematik notwendigen Informationsgrundlagen (vgl. BGBl. I Nr. 111/2012).

Die besondere Bedeutung der Telematik für das Gesundheitswesen allgemein und für die Schnittstellen zwischen den Gesundheitseinrichtungen im Speziellen ergibt sich aus der Möglichkeit des multimedialen Datentransfers im Rahmen der Entlassung aus einer stationären Einrichtung. So können Daten und Abbildungen den Gesundheitszustand oder den Krankheitsverlauf betreffend unverzüglich den weiterversorgenden Einrichtungen übermittelt werden. Durch entsprechende, auch im Gesetz verankerte Maßnahmen ist zudem gewährleistet, dass die hochsensiblen Daten geschützt sind, sowohl während des Transfers als auch die EmpfängerInnen betreffend.

### **6.2.2. Gesetzliche Richtlinien zum Entlassungsmanagement in Wien**

Im Krankenanstaltengesetz des Bundeslands Wien finden sich im Paragraph 38 Absatz 1 und 5 Regelungen zur Entlassung von PatientInnen. Absatz 1 besagt klar, dass PatientInnen, die der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, zu entlassen sind. Anstaltsbedürftige PatientInnen hingegen sind erst zu entlassen, wenn die Überstellung in eine andere Krankenanstalt notwendig wird und sichergestellt ist. Des Weiteren besagt Absatz 5, dass gemäß dem Fall, dass sich ein zu entlassender Patient/eine zu entlassende Patientin nicht selbst versorgen kann und auch keine andere Betreuung sichergestellt ist, mit dem Fonds Soziales Wien als zuständigem Sozialhilfeträger rechtzeitig vor der Entlassung Kontakt aufzunehmen ist. Eine Ausfertigung des PatientInnenbriefes ist nach Absatz 2 zum Zweck der Weiterbetreuung nach dem Krankenhausaufenthalt kostenlos auf Anfrage des Fonds Soziales Wien weiterzugeben, sofern die PatientInnen dazu selbst nicht in der Lage sind (vgl. § 38, Wr. KAG in der geltenden Fassung).

Die Kooperationsvereinbarung zwischen dem Fonds Soziales Wien (FSW) und dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) hat das Ziel, die Vernetzung und den raschen Informationsaustausch in der Pflegebetreuung zu optimieren. So soll eine verbesserte Koordination zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhäusern erreicht werden. Sobald Pflegebedürftige, die vom FSW betreut werden, in einem städtischen

Spital aufgenommen bzw. entlassen werden, informieren FSW und KAV auf elektronischem Weg automatisch alle Bezugspersonen, wie z.B. HausärztInnen, Heim- oder PflegehelferInnen (vgl. Rathauskorrespondenz, 2005).

### **6.2.3. Österreichischer Strukturplan Gesundheit**

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist ein verbindlicher Rahmenplan für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Er basiert auf der 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008) und stellt die Grundlage für Detailplanungen auf regionaler Ebene dar. Die vierte Revision, der ÖSG 2012, wurde am 23.11.2012 von der Bundesgesundheitskommission beschlossen und ist mit diesem Datum in Kraft getreten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2012b). Über den ÖSG 2012 werden auf Bundesebene ausschließlich grundsätzliche Planungsaussagen festgelegt, so dass Länder, KrankenhausträgerInnen und soziale KrankenversicherungsträgerInnen auf regionaler Ebene über umfassende Gestaltungsmöglichkeiten verfügen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2012c, III).

Der ÖSG versteht unter dem Begriff Nahtstellenmanagement (NSM) die Organisation der Versorgungsübergänge im Gesundheitssystem insbesondere an den Nahtstellen zum Sozialbereich. Ein funktionierendes NMS umfasst somit soziale, ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgungsbereiche bzw. ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Als Zielgruppen identifiziert der ÖSG alle Berufsgruppen, die in allen Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialbereiches tätig sind und führt als Voraussetzungen einheitliche Standards und kompatible EDV-Lösungen zwischen den Leistungsanbietern an. Als allgemeine NMS-Kriterien sind die Sicherstellung der Voraussetzungen für ein effektives und effizientes Nahtstellenmanagement, institutionalisierte Kooperation/Koordination zwischen den Institutionen und eine standardisierte Informationsweitergabe angeführt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2012c, 121-122).

#### **6.2.4. Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich**

Wie bereits festgehalten, ist im Rahmen der aktuellen 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgeschrieben, dass das Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern ist.

Die Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM) stellt eine Empfehlung dar und gibt den MitarbeiterInnen an den Versorgungsschnittstellen ein Instrumentarium in die Hand, das zur Umsetzung anregen und zur Eigeninitiative ermutigen soll. Die BQLL basiert laut eigener Angabe auf der besten verfügbaren Evidenz im Gesundheitswesen. Sie berücksichtigt nationale und regionale Rahmenbedingungen sowie deren Umsetzbarkeit. Im Sinne eines partizipativen Ansatzes wurde die BQLL in multidisziplinären Arbeitsgruppen entwickelt. Die BQLL AUFEM bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d.h. es werden keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen oder sozialen Interventionen beschrieben. Zu den AdressatInnen und Anwendungsbereichen des BQLL AUFEM zählen alle GesundheitsdienstleisterInnen aus dem medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und sozialen Bereich mit Aufgaben in der PatientInnenversorgung, begonnen bei stationären Einrichtungen über Mobile Dienste bis hin zu niedergelassenen ÄrztInnen (vgl. Gesundheit Österreich, 2012, 1-2).

##### *Prinzipien des Aufnahme- und Entlassungsmanagements*

Neben sieben Prinzipien des Aufnahme und Entlassungsmanagements nennt die BQLL drei Grundprinzipien, zu denen *PatientInnenorientierung*, *Transparenz und systematische Verbesserung der Versorgung* und ein *quantitativ und qualitativ optimaler Mitteleinsatz* gehören. Eine klare Prozessorientierung und die aktive Einbindung und Information der PatientInnen und deren Angehöriger gehören ebenso zu den Prinzipien wie die effektive Kommunikation zwischen den Einrichtungen, die Orientierung am Case Management Regelkreis und das – bei Bedarf – zur Verfügung stellen einer deklarierten Ansprechperson, die den Prozess der Entlassung, die bereits bei der Aufnahme beginnt, koordiniert (vgl. Gesundheit Österreich, 2012, 5).

### *Prozesse des Aufnahme und Entlassungsmanagements*

Die BQLL definiert vier Kernprozesse des Aufnahme und Entlassungsmanagements, die (geplante) Zuweisung, die Aufnahme, die Entlassungsvorbereitung und die Entlassung. Jeder dieser vier Prozesse beinhaltet eine Darstellung der Aufgaben, der Mindestanforderungen und der beteiligten Personen/Berufsgruppen/Organisationen. Aus Gründen der Relevanz wird im Folgenden nur auf die letzten zwei Prozesse eingegangen (vgl. Gesundheit Österreich, 2012, 10-11).

#### Kernprozess Entlassungsvorbereitung:

Ziel dieses Prozesses ist die Organisation aller Maßnahmen im Krankenhaus für einen optimalen Übergang aus dem stationären Bereich nach Hause oder in eine nachbetreuende Einrichtung. Als ersten Schritt der Entlassungsvorbereitung ist, nach der Erhebung des Unterstützungsbedarfs der PatientInnen durch ein Assessment, die Fixierung des vorläufigen Entlassungstags angeführt. Dieser ist mit dem Arzt/der Ärztin gemeinsam festzulegen und kann jederzeit während des Aufenthalts bei Bedarf abgeändert werden. Im zweiten Schritt ist die Durchführung des direkten oder indirekten Entlassungsmanagements (beide Möglichkeiten sind in den BQLL angeführt) vorgesehen. Das BQLL sieht in dieser Phase eine Information der intra- und extramuralen NahtstellenpartnerInnen in der weiterführenden Betreuung sowie eine klare Aufgabenzuteilung bei der Umsetzung vor. Im Schritt 3 wird die Übergabe weiterführender Informationen zur Erkrankung an den Patienten/die Patientin empfohlen. Diese beinhalten neben Informationen zur Erkrankung und weiteren Behandlung auch solche zu Leistungsangeboten, Selbsthilfegruppen, Foldern und Broschüren. Der vierte und letzte Schritt sieht ein Schulungs- und Beratungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen vor. Bei Bedarf können auch Angehörige und nachsorgende Pflegepersonen einbezogen werden (vgl. Gesundheit Österreich, 2012, 23-26).

#### Kernprozess Entlassung

Da der Entlassungsprozess bereits mit der Aufnahme startet, stellt der Kernprozess Entlassung den Abschluss des gesamten Aufnahme- und Entlassungsmanagements dar. Dieser Prozess beinhaltet das Entlassungsgespräch, welches spätestens am

Vortrag der Entlassung stattfinden und der umfangreichen Informationsweitergabe an den Patienten/die Patientin dienen soll, ein Monitoring der Maßnahmen, um im Bedarfsfall eine Adaptierung vorzunehmen und letztendlich einen Entlassungsschein, der den PatientInnen am Entlassungstag mitgegeben wird. Spätestens innerhalb einer Woche, empfiehlt die BQLL, soll der Entlassungsbrief versandfertig sein (vgl. Gesundheit Österreich, 2012, 27-28).

### **6.2.5. Expertenstandard Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege**

Da der österreichische Standard Entlassungsmanagement zumindest zum Teil auf dem Expertenstandard des DNQP beruht, soll dieser im Folgenden ausführlich dargestellt werden. Bereits im Jahr 2004 wurde vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) der Expertenstandard zum Entlassungsmanagement veröffentlicht. Die erste Aktualisierung erfolgte im Jahr 2009. Der aktuellen Veröffentlichung gingen zahlreiche Arbeitsschritte, begonnen bei der Zusammenstellung des ExpertInnenteams, über die Erstellung einer neuen Literaturstudie, der Anpassung des Expertenstandards an den aktuellen Wissensstand, die Einbeziehung der Fachöffentlichkeit bis hin zur Veröffentlichung der aktualisierten Fassung, voraus. Die modellhafte Implementierung und Evaluierung in ausgewählten Einrichtungen wurde für die erste Fassung durchgeführt, entfiel in der aktuellen Version aber angesichts der grundsätzlichen Bestätigung des ursprünglichen Expertenstandards (vgl. Schiemann/Blumenberg, 2009, 12-16).

Im Expertenstandard Entlassungsmanagement sind Standardkriterien auf Ebene von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt. Der Standard richtet sich primär an Pflegefachkräfte, wobei hier sowohl Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, als auch AltenpflegerInnen und jene Fachkräfte im Pflegedienst angesprochen werden, die über eine Hochschulqualifikation in einem pflegebezogenen Studiengang verfügen. Angehörige wurden ausdrücklich in die Standardformulierung miteinbezogen. Zu diesen zählen auch generell primäre Bezugspersonen der PatientInnen, die nicht im gesetzlichen Sinne Verwandte sind.



Der Standard konzentriert sich auf die Entlassungen aus einem Krankenhaus, da diese Situation am häufigsten Versorgungsbrüche erzeugt. Grundsätzlich lässt sich der Expertenstandard zwar auf alle stationären Gesundheitseinrichtungen anwenden, setzt jedoch voraus, dass von jeder Einrichtung, je nach dem Schwerpunktauftrag, den sie hat bzw. der PatientInnengruppe, die sie behandelt, organisationsbezogene Ausgestaltungsvereinbarungen getroffen werden.

Explizit festgehalten wird im Expertenstandard auch, dass dieser nicht das organisatorische Vorgehen des Entlassungsmanagements innerhalb der jeweiligen Einrichtungen regelt, sondern vielmehr in Rechnung stellt, dass viele Einrichtungen bereits über Ansätze einer systematischen PatientInnenentlassung verfügen. Im Bezug auf internationale Studien empfiehlt der Standard, dass die Pflegefachkräfte aufgrund ihrer Nähe zu PatientInnen und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnehmen. Zudem hat die Literaturstudie gezeigt, dass das Entlassungsmanagement wirksamer ist, wenn es mit dafür spezialisierten PflegeexpertInnen belegt ist, als mit Bezugspflegepersonen (vgl. Breloer-Simon et al., 2009, 21-22).

Die erklärte Zielsetzung des Expertenstandards Entlassungsmanagements ist es, dass jeder Patient/jede Patientin mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf, ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung erhalten soll. Als Begründung wird im Expertenstandard das Risiko von Versorgungsbrüchen bei der Entlassung aus einer Klinik, die zu unnötiger Belastung von PatientInnen und Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können, genannt. Mit einem frühzeitigen, systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und die PatientInnen bei der Bewältigung ihrer veränderten Lebenssituation zu unterstützen (vgl. Breloer-Simon et al., 2009, 25).

#### *Standardkriterien auf Strukturebene*

Im Expertenstandard sind auf Strukturebene Standardkriterien für die Einrichtung und die Pflegefachkräfte festgehalten. Die Einrichtung soll über eine schriftliche

Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement verfügen, die die erforderlichen organisatorischen, personellen und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet. Dazu zählen unter anderem ein Organigramm, Aussagen zur Qualifikation der EntlassungsmanagerInnen, Assessmentinstrumente sowie Vorgaben zur Dokumentation des Entlassungsmanagements.

Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung der Instrumente; verfügt über Steuerungskompetenz; kann die PatientInnen und Angehörigen über poststationäre Versorgungsrisiken und –bedarf informieren; Schulungen anbieten und die Koordination der beteiligten Berufsgruppen vornehmen. Sie ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt; kann beurteilen ob der Entlassungsplan den Bedürfnissen der PatientInnen entspricht und ist befähigt abschließend eine Evaluation der Entlassung durchzuführen (vgl. Breloer-Simon et al., 2009, 25-26).

#### *Standardkriterien auf Prozessebene*

Die Prozessebene stellt den eigentlichen Ablauf des Entlassungsmanagements gemäß dem Expertenstandard vor und gestaltet sich wie folgt:

Schritt 1: Die Pflegefachkraft führt mit allen PatientInnen und – wenn möglich – deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme ein erstes Gespräch über die erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken. Diese Einschätzung wird im Laufe des Krankenhausaufenthalts bei Bedarf aktualisiert. Sollte ein poststationäres Versorgungsrisiko identifiziert werden, sieht der Expertenstandard ein differenziertes Assessment vor. Der Expertenstandard empfiehlt, dass das initiale Assessment von Pflegefachkräften der Station und das differenzierte Assessment durch für das Entlassungsmanagement spezialisierte Pflegepersonen durchgeführt wird.

Schritt 2: Im Anschluss wird in Abstimmung mit den PatientInnen, den Angehörigen und den beteiligten Berufsgruppen eine individuelle Entlassungsplanung entwickelt.

Schritt 3: Für die PatientInnen und deren Angehörigen gewährleistet die Pflegefachkraft eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung.

Schritt 4: In Kooperation mit den PatientInnen und deren Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen werden der voraussichtliche Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen abgestimmt.

Schritt 5: Spätestens 24 Stunden vor der Entlassung erfolgt eine Überprüfung der Entlassungsplanung mit den PatientInnen und Angehörigen.

Schritt 6: Innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung erfolgt eine Kontaktaufnahme mit den PatientInnen, deren Angehörigen bzw. der weiterversorgenden Einrichtung, um zu überprüfen, ob die Entlassungsplanung angemessen war (vgl. Breloer-Simon et al., 2009, 25).

#### *Standardkriterien auf Ergebnisebene*

Stufe 1 bis 6 auf der Ergebnisebene sehen vor, dass eine aktuelle systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des –bedarfs vorhanden ist; eine individuelle Entlassungsplanung vorliegt; den PatientInnen und deren Angehörigen bedarfsgerechte Information, Schulung und Beratung angeboten wurden; der Entlassungstermin abgestimmt ist; die Entlassung des Patient/der Patientin bedarfsgerecht vorbereitet ist; der Patient/die Patientin die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten haben (vgl. Breloer-Simon et al., 2009, 25).

### **6.2.6. Der Österreichische Standard Entlassungsmanagement**

Der Österreichische Standard Entlassungsmanagement wurde im Rahmen des Projektes patientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung von einer ExpertInnengruppe entwickelt. Der Standard stellt eine Empfehlung für die Krankenhäuser in Wien dar und ist von jeder Einrichtung auf die jeweiligen Ablaufprozesse abzustimmen. Im Gegensatz zum Expertenstandard des DNQP, richtet sich der Österreichische Standard Entlassungsmanagement ausschließlich an das indirekte Entlassungsmanagement.

Ziel des Standards ist es, die Betreuungs- und Versorgungskontinuität von PatientInnen sowie die Förderung von abgestimmten Handlungsschemata der beteiligten Berufsgruppen sicherzustellen. Durch die Kooperation eines indirekten Entlassungsmanagements mit den Abteilungen der Einrichtung und externen Betreuungseinrichtungen, wird ein Beitrag zur umfassenden Sichtweise sowie zur Nachhaltigkeit des Gesundheits- und Betreuungsprozesses geleistet.

Der Österreichische Standard Entlassungsmanagement bezieht sich auf jene PatientInnen, die einen poststationären therapeutischen, pflegerischen und/oder sozialen Betreuungs- und Versorgungsbedarf haben, einer bedarfsgerechten Abklärung, Beratung, Schulung und/oder Koordinationsleistungen von extramuralen, teilstationären oder weiterführenden stationären Dienstleistungen bedürfen sowie deren Angehörige bzw. Vertrauenspersonen.

Die Standardaussage bzw. die Zielsetzung des Entlassungsmanagements entspricht jener des Expertenstandards des DNQP in der ersten Fassung von 2004 und besagt, dass PatientInnen mit erhöhtem, poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung der kontinuierlichen bedarfsgerechten Betreuung/ Versorgung erhalten (vgl. pik, 2006, 4). Der Expertenstandard des DNQP, der in der aktuellen Fassung die Zielsetzung erweitert hat (siehe 6.2.5.), wollte mit der Änderung dieser, deutlich machen, dass es nicht alleine darum geht, Versorgungskontinuität zu der im Krankenhaus vorgenommenen Behandlung zu erreichen. Der Blick soll auch auf die Vielzahl weiterer gesundheitlicher und sozialer Faktoren gerichtet werden, die für die PatientInnen und ihre Angehörigen poststationär ein Problem darstellen können (vgl. Breloer-Simon et al., 2009, 25).

Der Österreichische Standard Entlassungsmanagement unterscheidet sich in zwei Punkten deutlich vom Expertenstandard des DNQP. Zum einen basiert der österreichische Standard nicht auf einer umfassenden Literaturrecherche und anschließender Einbeziehung der Fachöffentlichkeit, sondern orientiert sich an dem im Rahmen des pik-Projektes erarbeiteten Dienstleistungsstandard „Case Management im Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem poststationärem Betreuungsbedarf“, an einem Konzeptpapier des Expertenbeirates des Projektes MedTogether und zuletzt auch am Expertenstandard des DNQP, was auch die Ähnlichkeit der beiden Standards erklärt.

Zum anderen verfügt der Österreichische Standard Entlassungsmanagement mit den Punkten S2 („Das multiprofessionelle Team verfügt über Kenntnisse der Datenschutzbestimmungen und hält diese ein.“) und S3 („Das multidisziplinäre Team verfügt über eine multidisziplinäre Dokumentation.“) um zwei Schritte mehr als jener der DNQP. Dementsprechend ist hier auch eine schriftliche Einverständniserklärung der PatientInnen für die Weiterleitung betreuungsrelevanter Informationen an

weiterführende Betreuungsorganisationen einzuholen (vgl. pik, 2006, 5). Außerdem wurde im Österreichischen Standard Entlassungsmanagement „die Pflegefachkraft“ auf „das multiprofessionelle Team“ erweitert.

Der Österreichische Standard Entlassungsmanagement führt für die Tätigkeit als EntlassungsmanagerIn eine hohe Qualifikation und eine fundierte, mehrjährige Erfahrung im Gesundheitswesen sowie die Fähigkeit zur multiprofessionellen und organisationsübergreifenden Zusammenarbeit als Voraussetzung an.

Obwohl sich der Standard nur auf das indirekte Entlassungsmanagement bezieht, ist darin klar festgehalten, dass die übrigen MitarbeiterInnen im Betreuungsteam der PatientInnen dadurch nicht aus ihrer Verantwortung im Schnittstellenbereich entlassen werden. Um alle Aufgaben des Entlassungsmanagements ausführen zu können, ist eine der Zielgruppe und des Aufgabenprofils des jeweiligen Entlassungsmanagements entsprechende personelle und finanzielle Verankerung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege, des medizinisch-technischen Dienstes und/oder der diplomierten SozialarbeiterInnen im Krankenhaus sicherzustellen (vgl. pik, 2006, 7-8).

### **6.2.7. Standardisierung des Entlassungsmanagements – Ergebnisse der Studien**

Drei der untersuchten Studien beschäftigten sich mit der Einführung standardisierter Instrumente im Entlassungsmanagement. Zwei von ihnen beinhalteten den Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente zur Bedarfserhebung- Eine Studie hatte die Untersuchung der Auswirkungen des Einsatzes eines Leitfadens für das Entlassungsmanagement zum Gegenstand.

Holland/Bowles untersuchten in einer US-amerikanischen Klinik den Einsatz eines Assessmentinstruments zur Filterung der PatientInnengruppen, die eines Entlassungsmanagements bedurften. Im Rahmen einer kontrollierten randomisierten Studie wurde in der Kontrollgruppe der Einsatz des „nursing needs assessment“- Instruments (NNAI) untersucht. Dieses Instrument beinhaltet unter anderem die Erhebung der kognitiven Fähigkeiten, des gesundheitlichen Status aber auch Aspekte wie finanzielle Möglichkeiten, das häusliche Umfeld und die sozialen Ressourcen der

PatientInnen. Die Interventionsgruppe erhielt ein Assessment mit Hilfe des NNAI, während in der Kontrollgruppe, wie in der Klinik zu diesem Zeitpunkt üblich, die poststationären Bedürfnisse ohne standardisiertes Instrument erhoben wurden. Die Ergebnisse der Intervention wurde mithilfe des PADQ-E (Problems After Discharge Questionnaire) gemessen und sprachen eine deutliche Sprache: Obwohl alle PatientInnen in beiden Gruppen Probleme nach der Entlassung aus dem Krankenhaus hatten, berichteten signifikant weniger PatientInnen der Interventionsgruppe von unbefriedigten Bedürfnissen, trotzdem ihre Antwort durchschnittlich fünf Tage später erfolgte als die der Kontrollgruppe. Bessere Ergebnisse konnten in der Interventionsgruppe auch hinsichtlich der Frage nach Informationsdefiziten oder Schwierigkeiten, die Anweisungen, die im Rahmen des Entlassungsmanagements gegeben wurden, zu befolgen, erzielt werden. Hier berichteten signifikant weniger Personen in der Interventionsgruppe von Problemen und Defiziten (vgl. Holland/Bowles, 2012, 202-205).

Auf ähnliche Ergebnisse kamen Holland und Hemann im Rahmen einer anderen Forschungsstudie, die die Standardisierung des gesamten Entlassungsmanagements zum Gegenstand hatte. Die Erfassung der Daten erfolgte durch das "Three-Items Care Transition Measure" (CTM-3) sechs Wochen vor der Intervention und sechs Wochen danach, wobei diese eine komplette Umstrukturierung des Entlassungsmanagements (bessere Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements durch Zusammenführung der MitarbeiterInnen in eine Abteilung, Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente, tägliche multidisziplinäre Besprechungen, umfangreiche Dokumentation des Entlassungsmanagements) beinhaltete. Zwar konnten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus betreffend, beobachtet werden, jedoch unterschieden sich die Ergebnisse der CMT-3 Befragung kaum. Die Umstrukturierung und Standardisierung des Entlassungsmanagements hatte also keine Auswirkung auf die Wahrnehmung der PatientInnen. Die ForscherInnen führen diesen Sachverhalt auf die bereits vorher bestehende große Zufriedenheit mit dem Entlassungsmanagement zurück. Werte, wie verkürzte Aufenthaltsdauer und die Tatsache, dass nach den Umstrukturierungen das Entlassungsteam in doppelt so vielen Fällen involviert war, zeigen aber deutlich, dass

standardisierte Abläufe zu einer Qualitätsverbesserung führen (vgl. Holland/Hemann, 2011, 30-33).

Eine Publikation, die ebenfalls belegt, dass standardisierte Abläufe im Rahmen des Entlassungsmanagements von Vorteil sind, hat die Evaluation eines Leitfadens zur PatientInnenüberleitung in Essen (Deutschland) zum Gegenstand. Pieper/Kolankowska untersuchten mittels einer schriftlichen Befragung von niedergelassenen ÄrztInnen, medizinisch/pflegerischen Einrichtungen und PatientInnen sowie deren Angehörigen die Auswirkungen des Einsatzes eines Leitfadens zur PatientInnenüberleitung. Dieser beinhaltete ein Standard-Faxformular für Informationsaustausch zwischen ÄrztInnenpraxen und Krankenhäusern, eine Checkliste für die Entlassung aus dem Krankenhaus, einen PatientInnenüberleitungsbogen sowie einen ärztlichen Kurzbericht. Mit der Akzeptanz des Leitfadens berichteten die Einrichtungen auch von einer Reduktion des Arbeitsaufwands. Das wichtigste Ergebnis in diesem Zusammenhang war, dass PatientInnen von Kliniken, die keine standardisierten Instrumente zur Informationsweitergabe nutzten, in 46% der Fälle berichteten, ihr Hausarzt/ihre Hausärztin wäre nicht über die weitere Behandlung informiert gewesen. Bei der Gruppe der anderen PatientInnen lag dieser Wert bei nur 16%. Es besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der PatientInnen mit dem Entlassungsprozess und dem Funktionieren der Informationsweitergabe zwischen HausärztInnen und der Klinik (vgl. Pieper/Kolankowska, 2011, 216-219).

Obwohl die Bedürfnisse von PatientInnen und auch deren Ressourcen sehr unterschiedlich sind, zeigen die Studien, dass die Standardisierung von Abläufen im Rahmen des Entlassungsmanagements, klare Vorteile sowohl für die PatientInnen als auch für die involvierten Berufsgruppen bringt. Der Standard Entlassungsmanagement des DNQP ist aus diesem Grund bewusst sehr allgemein gehalten und bietet für die einzelnen Stationen in Krankenhäusern die Möglichkeit, die Abläufe ihren PatientInnengruppen anzupassen. Ein Assessmentinstrument, das den Pflegepersonen auf der Station hilft, PatientInnen, die ein Entlassungsmanagement benötigen, rasch herauszufiltern und den EntlassungsmanagerInnen zu übergeben, schafft Sicherheit bei den MitarbeiterInnen, die sich ansonsten - wie auch in den

Studien berichtet wurde - nicht selten auf ihre eigenen Erfahrungen verlassen müssten. Leitfäden, wie jener in Essen, die konkret ausgestaltete Überleitungsformulare beinhalten, stoßen zwar nicht immer auf Akzeptanz bei den beteiligten Berufsgruppen (vor allem im niedergelassenen Bereich), führen aber auf lange Sicht, wie von den MitarbeiterInnen in der Studie von Pieper/Kolankowska berichtet, zu einer Reduktion des Arbeitsaufwands.

### **6.3. Finanzielle Aspekte des Entlassungsmanagements**

Die Einführung von Fixpreissystemen (Amerika) bzw. Fallpauschalen (Deutschland, Österreich) hat zu einer Veränderung des Wesens von Krankenhausaufenthalten geführt (Dash et al., 2000, 1). Der Wegfall der undifferenzierten Tagespauschalen bedeutet, dass für die Erstattung der Kosten für einen Patienten/eine Patientin nicht die Anzahl der Krankenhausverweiltage sondern die Diagnose von Bedeutung sind. Dadurch, haben auch die Aufgaben des Entlassungsmanagements größere Bedeutung gewonnen. Zum besseren Verständnis soll daher in diesem Kapitel die Finanzierung der Krankenanstalten in Österreich kurz dargestellt werden.

#### **6.3.1. Die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)**

Die österreichische Bundesverfassung schreibt vor, dass das Krankenanstaltswesen in Österreich sowohl in die Kompetenz des Bundesstaates als auch in jene der Bundesländer fällt, wobei der Bund für die Grundsatzgesetzgebung und die Länder für die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung zuständig sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010a, 8). Der Österreichische Strukturplan Gesundheit enthält die Rahmenbedingungen zur Planung der Spitäler und beinhaltet Festlegungen und Qualitätskriterien zur Akut- und Kurzzeitversorgung, Rehabilitation, medizinischen Großgeräten und auch – für diese Arbeit wichtige – Grundlagen zum Nahtstellen- und Prozessmanagement (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010b.).

Von den derzeit 278 Krankenanstalten in Österreich werden rund die Hälfte – so genannte Fondskrankenanstalten – aus öffentlichen Mitteln finanziert. Diese versorgen



rund 90% der stationären PatientInnen und beinhalten die öffentlichen allgemeinen sowie die privat gemeinnützigen allgemeinen Krankenanstalten. Seit 1978 wird die Spitalsfinanzierung im Rahmen von sogenannten 15a B-VG-Vereinbarungen geregelt. Dies sind zeitlich befristete, auf der österreichischen Bundesverfassung basierende Verträge, zwischen Bund und Ländern. Die Vereinbarungen beinhalten auch eine gemeinsame Steuerung der strukturellen Entwicklung der Spitäler und des Gesundheitswesens mit dem Ziel österreichweit gleichwertige Niveaus der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2012a, 5).

Bis 1996 erfolgte die Abgeltung von Spitalsleistungen in Form von Pauschalbeträgen pro Spitalstag, unabhängig davon, welche Erkrankung dem Aufenthalt zugrunde lag und welche Behandlungen von Nöten waren. Die Sozialversicherung leistete einen sogenannten Pflegegebührenersatz pro Pfl egetag. Die verbleibenden Kosten eines Krankenhauses wurden im Rahmen von Betriebszuschüssen und mit der Betriebsabgabendeckung bezahlt. Die Nachteile dieses Systems liegen klar auf der Hand: Der tatsächliche Aufwand, sowohl aus medizinischer als auch pflegerischer Sicht, bleibt unberücksichtigt. Dies führt dazu, dass eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts automatisch zu Mehreinnahmen führt und verleitet dazu, allein aus ökonomischer Sicht Spitalsaufenthalte über das medizinisch notwendige Maß hinaus zu verlängern.

Aus diesem Grund wurde am 01. Jänner 1997 auch in Österreich ein Fallpauschalensystem für die Finanzierung von stationären Krankenhausaufenthalten eingesetzt, wie es bereits seit längerem in vielen Ländern unter dem Titel DRG-Systeme (Diagnosis-related-Groups) bekannt sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010a, 11-12). Das seither in Österreich verwendete Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LFK) sieht vor, dass ausgewählte medizinische Einzelleistungen nach dem Leistungskatalog des Gesundheitsministeriums erfasst werden. Bereits seit 1989 werden in Österreich zudem die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhoben. Der Diagnosen- und Leistungsbericht basiert auf einem genau definierten Basisdatensatz, der pro stationärem Krankenhausaufenthalt anzulegen ist und neben Informationen zur Diagnose (nach ICD-10) und den LKF-Daten (z.B.

Punkte der Diagnose-Fallgruppen-Pauschale und div. Zusatzpunkte) auch administrative (=aufenthaltsbezogene und patientInnenbezogene) Daten, die unter anderem Informationen beinhalten, in welcher Abteilung der Patient/die Patientin untergebracht waren, beinhalten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010b, 9-10). Um besondere Versorgungsfunktionen unterschiedlicher Krankenanstalten berücksichtigen zu können, gibt es neben dem bundesweit einheitlichen LKF-Kernbereich auch den Steuerungsbereich im LKF-System (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010a, 21). Sonderbereiche, wie Neuromobilisation, Psychiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin sind Teil des LKF-Systems, werden aber derzeit nach Belagtagen und nicht nach Fallpauschalen abgerechnet. Auch wenn diese Art der Finanzierung noch immer dem alten tagesabhängigen System entspricht, so wurde bisher aufgrund der Heterogenität der Belastungsdauer kein Klassifikationssystem für Fallpauschalen gefunden (vgl. Pfeiffer, 2007, 103).

Die Ziele des LKF-Systems sind eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz, langfristige Eindämmung der Kostensteigerung, Optimierung des Ressourceneinsatzes, Reduzierung unnötiger Mehrfachleistungen, Entlastung der Krankenhäuser durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, notwendige Strukturveränderungen, kürzere Krankenhausaufenthalte und ein bundesweit einheitliches, einfach zu administrierendes Instrumentarium für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010b, 7). Dies bedeutet in weiterer Folge, vor allem im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement, dass ein Krankenhaus stets bemüht ist, die Aufenthaltsdauer seiner PatientInnen möglichst kurz zu halten. Das DRG-System beinhaltet damit einen starken Anreiz zur Rationalisierung sowie zur schnellen Behandlung und frühzeitigen Entlassung, die die Erlössituation des Krankenhauses verbessert. Die Erfahrung seit Einführung der DRGs zeigt, dass es tatsächlich zu der intendierten Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer gekommen ist. Besonders in Krankenhäusern, die ökonomisch unter Druck stehen, ist die Tendenz zur frühen Entlassung zu beobachten (vgl. Wingenfeld, 2011, 100-101). Dies hat direkte Auswirkungen auf das Entlassungsmanagement in Krankenhäusern, das bereits vor der Einführung der DRGs, stets unter hohem zeitlichem Druck funktionieren musste.

Zum einen sind Maßnahmen des Entlassungsmanagements oftmals sehr zeitintensiv. Sowohl die Organisation einer poststationären Versorgung oder die Beschaffung von Hilfsmitteln, als auch die Schulung und Anleitung von PatientInnen und Angehörigen benötigen einen gewissen Vorlauf und nehmen viel Zeit in Anspruch, weil diese Tätigkeiten nicht vom Entlassungsmanagement alleine, sondern immer in Zusammenarbeit mit Dritten vonstatten gehen muss. Zum anderen verlassen die PatientInnen die Krankenanstalt „quicker and sicker“, d.h. mit schwerwiegenderen gesundheitlichen Problemen als vor der Einführung der DRG-Systeme. Der Grund hierfür liegt sicherlich auch darin, dass sich der zukünftige Versorgungsbedarf der PatientInnen umso schlechter einschätzen lässt, je früher dieser aus dem Krankenhaus entlassen werden (vgl. Wingenfeld, 2011, 101).

So negativ diese Entwicklung der Krankenhausfinanzierung sich auf die PatientInnen mit poststationärem Versorgungsbedarf auch auswirken mag, so sehr hat sie beispielsweise in den USA zu einem Aufschwung des Entlassungsmanagements beigetragen, weil man feststellte, dass es die Voraussetzungen für frühe Entlastungen verbesserte und zugleich dazu beitrug, Qualitätsprobleme, wie ungeplante Wiedereinweisungen in das Krankenhaus zu vermeiden (vgl. Wingenfeld, 2011, 101).

Zwar hat die Einführung des LKF in Österreich zahlreiche Vorteile, wie eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz und kürzere Verweildauern im Krankenhaus gebracht, gleichzeitig muss aber auch festgehalten werden, dass die Kostensteigerungsrate, die Optimierung des Ressourceneinsatzes und die Reduktion unnötiger Mehrfachleistungen nicht in dem Grad vonstatten gegangen ist, wie ursprünglich erhofft. In einer vierstufigen Skala des Grades der Zielerreichung (1=erreicht, 4=nicht erreicht) lagen diese, gemäß der Evaluierungsstudie von 2007, gerade einmal bei Stufe 3. Ziele, wie eine reduzierte Krankenhaushäufigkeit sowie die Entlastung der Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtökonomisch gerechtfertigte Verlagerung in den ambulanten Bereich, konnten des Weiteren gar nicht erreicht werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010c, 20).

Insbesondere aus der Sicht des Entlassungsmanagements sind diese Ergebnisse durchaus interessant, liegt doch der Verdacht nahe, dass trotz der Bemühungen die

Krankenhaustagehäufigkeit zu senken, andererseits zu früh entlassene und dadurch wiedereingewiesene PatientInnen zu einer höheren Anzahl an Krankenhausaufenthalten, dem sogenannten „Drehtüreffekt“, geführt haben. Ein weiteres Indiz dafür ist die Tatsache, dass auch im Rahmen der Evaluierung festgestellt wurde, dass der Anstieg der Aufenthalte nicht demographiebedingt ist (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010c, 54).

Im Zuge der Evaluierung wurde auch der Versuch unternommen, die Frage, welche Auswirkung das LKF-System an der Schnittstelle zur ambulanten Behandlung hat, zu beantworten. Aufgrund der schlechten Datenlage war es nicht möglich, eine umfassende Analyse der Zusammenhänge von ambulanten und stationären Leistungen vorzulegen. Worum es gemäß den AutorInnen der Evaluationsstudie jedoch geht, ist aufzuzeigen, dass

- die Kosten der stationären Leistungen in der Regel nicht isoliert betrachtet werden können, sondern es zwingend notwendig ist, den ambulanten Bereich einzubeziehen;
- die Anreize des LKF-Systems zur Verlagerung in den ambulanten Bereich nicht kompatibel für die KostenträgerInnen sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2010c, 57).

Die Evaluation des LKF-Systems zeigt zum einen erneut die Notwendigkeit der Etablierung des Entlassungsmanagements in Krankenhäusern, zum anderen gleichzeitig auch dessen Grenzen: das ☺ Bekenntnis zum Entlassungsmanagement muss nicht nur von Seiten der beteiligten Berufsgruppen und Krankenanstalten, sondern auch von den EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitssystem und vom Gesetzgeber vorhanden sein. Vernetzung und Koordination können nicht ausschließlich die Aufgabe der AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen sein. Nur die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen und das zur Verfügung stellen von finanziellen Mitteln kann zur Verbesserung des Übergangs zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren beitragen.

### 6.3.2. Finanzielle Auswirkungen des Entlassungsmanagements – Ergebnisse der Studien

Drei der untersuchten Studien hatten unter anderem auch die Untersuchung der finanziellen Aspekte eines Entlassungsmanagements zum Gegenstand. Bei zwei davon (vielleicht in Klammer die beiden Studien angeben, also die AutorInnen und das Erscheinungsjahr) handelte es sich um randomisierte kontrollierte Studien. Im Rahmen einer Metaanalyse von Untersuchungen, die sich mit der Krankenhausaufenthaltsdauer, mit der Rehospitalisierungsrate und der PatientInnenzufriedenheit beschäftigten untersuchten Saleh et al. die Kosteneffizienz eines Krankenhausüberleitungsprogramms für PatientInnen, die aufgrund ihres Alters oder einer anerkannten Behinderung Leistungen aus der US-amerikanischen Krankenversicherung erhalten. Die Maßnahmen im Rahmen des *postdischarge care transition* – Programms beinhalteten die Einführung einer patientInnenzentrierten Gesundheitsakte, eine strukturierte Entlassungs-Checkliste, Schulungen für PatientInnen und Angehörige, Treffen mit dem/der behandelnden (Haus-)Arzt/Ärztin innerhalb von sieben Tagen nach der Entlassung sowie eine Koordination des Datentransfers. Saleh et al. kamen zu dem Ergebnis, dass die Kosten pro PatientIn um 1.034 Dollar gesenkt werden konnten, abzüglich der Kosten für das *postdischarge care transition* – Programm von 946 Dollar ergab das einen Kosten-Nutzen-Rendite von 1,09. Dies bedeutet, dass für jeden investierten Dollar in das Programm, 1,09 Dollar gespart werden konnten. Diese Einsparungen kamen laut den ForscherInnen durch eine Senkung der Rehospitalisierungsrate zustande (vgl. Saleh et. al, 2012, 1052-1054).

Ein wichtiger Punkt, der in diesem Zusammenhang angemerkt werden muss, ist, dass die Rehospitalisierungsrate in der Interventionsgruppe zwar geringer war als jene in der Kontrollgruppe, das Ergebnis jedoch nicht signifikant war ( $P=0,08$ ). Innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung fanden sich in der Interventionsgruppe sogar mehr Wiederweisungen als in der Kontrollgruppe. Die Entlassungsmaßnahmen in dieser Studie fanden erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus statt. Es ist also durchaus möglich, dass ein Entlassungsmanagement, das schon während des Aufenthaltes im Krankenhaus ansetzt, bessere Ergebnisse gebracht hätte.

Nichtsdestotrotz sind die Ergebnisse dieser Studie relevant, zumal man davon ausgehen kann, dass poststationäre Maßnahmen, wie Besuche in der häuslichen Umgebung der PatientInnen, ressourcenintensiver sind, als beispielsweise Entlassungs-Maßnahmen innerhalb des Krankenhaussettings.

Eine französische Studie beschäftigte sich ebenfalls im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie mit Rehospitalisierungsraten und den damit einhergehenden Ergebnissen auf finanzieller Ebene. Legrain et al. untersuchten, welche Auswirkungen der Einsatz einer neuen multimodalen Intervention, im Rahmen des Entlassungsmanagements für ältere PatientInnen akutgeriatrischer Einheiten, auf die Rehospitalisierungsraten bzw. auf die Häufigkeit des Aufsuchens der Notaufnahme hatte. Die Maßnahmen im Rahmen der Intervention beinhalteten eine Überprüfung der bisherigen Behandlung der chronischen Erkrankungen der PatientInnen inklusive einer eventuellen Medikationsänderung, Selbstpflagemanagement-Schulungen sowie eine verstärkte Interaktion mit dem/der (Haus-)Arzt/Ärztin. Die Ergebnisse zeigen ein eindeutiges Bild: innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus war der Anteil jener, ohne Ereignis in der Interventionsgruppe signifikant größer als in der Kontrollgruppe. Während innerhalb von drei Monaten nach der Entlassung nur 23% der Interventionsgruppe einen Krankenhausaufenthalt oder einen Besuch in der Notaufnahme hinter sich hatten, waren es in der Kontrollgruppe 30,5% ( $P=0.03$ ). Nach sechs Monaten sind die Ergebnisse zwar ähnlich, aber nicht signifikant. Die Kosten waren laut den AutorInnen innerhalb von sechs Monaten nach der Entlassung in der Interventionsgruppe um 797 Euro pro Person niedriger als in der Kontrollgruppe. Abzüglich der Kosten für die Intervention von 278 Euro lagen die Ersparnisse pro PatientIn bei 519 Euro (vgl. Legrain et al., 2011, 2019-2025).

Die Kostenersparnis durch Maßnahmen im Rahmen der Entlassungsplanung wird durch diese Studie klar belegt. Leider werden die Maßnahmen nicht durch Pflegepersonen sondern durch FachärztInnen für Geriatrie durchgeführt, weshalb die Studie zumindest für diese Arbeit eine kleinere Relevanz hat. Nichtsdestotrotz sprechen die Ergebnisse für sich, wenn auch, wie von den ForscherInnen beklagt, nicht genau gesagt werden kann, welche der drei Maßnahmen den Hauptteil zum Ergebnis beigetragen hat. Bis auf den Punkt der Untersuchung der Medikation und

deren Umstellung könnten die Maßnahmen in dieser Studie ebenso von diplomierten Pflegefachkräften durchgeführt werden.

Bei der letzten Studie, die unter anderem auch den finanziellen Aspekt im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement zum Gegenstand hatte, handelt es sich um eine Metaanalyse randomisierter kontrollierter und quasi-experimenteller Studien zum Thema Entlassungsmanagement für ältere PatientInnen. Die AutorInnen, Preyde et al., untersuchten im Zusammenhang mit den finanziellen Aspekten, die Krankenhausaufenthaltsdauer, die Rehospitalisierungsraten sowie die Kosten für die Krankenhäuser. Während in rund der Hälfte der Studien (neun von 19) keine signifikante Verkürzung der Aufenthaltsdauer beobachtet werden konnte, attestierten acht Studien einen kürzeren Aufenthalt in der Interventionsgruppe. In zwei Publikationen waren die PatientInnen in der Interventionsgruppe länger im Krankenhaus als jene in der Kontrollgruppe. Was die Rehospitalisierungsrate betrifft, sind die Ergebnisse eindeutiger: der Großteil der Studien zeigt keine signifikanten Unterschiede und wenn, dann nur kurzfristig nach der Entlassung. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit jenen, der bereits angeführten Studien von Legrain et al. und Saleh et al. Was die Kosten für das Krankenhaus anbelangt, so kommen Preyde et al. in ihrer Metaanalyse zu geteilten Ergebnissen. Zwar berichten fünf im Gegensatz zu drei Studien von einer Kostenersparnis, jedoch sind diese Ergebnisse aufgrund mangelnder Baseline-Erhebungen oder fehlender Angaben zur Signifikanz der Unterschiede, laut den AutorInnen, mit Vorsicht zu interpretieren (vgl. Preyde et. al, 2009, 207-209).

Die untersuchten Studien zeigen deutlich, dass, auch wenn grundsätzlich von einer Kostenersparnis durch ein Entlassungsmanagement ausgegangen werden kann, sich bis dato nicht ausreichend randomisierte kontrollierte und quasi-experimentelle Studien finden, die dies auch zufriedenstellend/aussagekräftig belegen. Die Reduktion der Wiedereinweisungsrate konnte zwar nicht für einen längeren Zeitraum belegt werden, die signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe innerhalb weniger Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus können jedoch als ein Erfolg des Entlassungsmanagements angesehen werden. Zumal es sich bei den untersuchten Personen meist um ältere, nicht selten multimorbide PatientInnen

handelt, bei denen es sich als schwierig gestaltet, nachzuvollziehen, wieso es zu einer Wiedereinweisung gekommen ist. Die Ergebnisse können daher auch so interpretiert werden, dass das Entlassungsmanagement Wiedereinweisungen, die aufgrund einer zu kurzen Krankenhausaufenthaltsdauer oder einer nicht adäquaten Versorgung zu Hause zustande kommen, abfedern konnte, während spätere Krankenhauswiedereinweisungen eher darauf hindeuten, dass diese tatsächlich mit der Erkrankung des Patienten/der Patientin zusammenhängen. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der im Zusammenhang mit einer Kostenersparnis durch das Entlassungsmanagement eine Rolle spielen könnte, ist jener, dass die Pflege durch Angehörige zu Hause weitaus kostengünstiger ist, als die stationäre Unterbringung in einem Altenheim. Ein Entlassungsmanagement, das die Pflegekompetenzen der Angehörigen stärkt, kann also indirekt zu einer Kostensenkung im Gesundheitssystem beitragen, wobei wiederum nicht vergessen werden darf, dass familiäre Pflege- und Betreuungsverpflichtungen eine negative Auswirkung auf die (bzw. auf das Ausmaß der) Arbeitsmarktbeteiligung – insbesondere von Frauen – haben. Allein dieses Beispiel zeigt, dass eine umfassende und die vielen Teilaspekte berücksichtigende Darstellung der Kostenersparnis durch ein Entlassungsmanagement, nur sehr schwer möglich ist. Die Entscheidung für die Implementierung eines umfassenden Entlassungsmanagements sollte sich daher nicht nur auf der zu erwartenden Kostensenkung basieren.

#### **6.4. Pilotprojekte**

Seit über 10 Jahren gibt es sowohl in den einzelnen Bundesländern als auch österreichweit Projekte, die sich mit einer kontinuierlichen Versorgung von PatientInnen, über Versorgungsschnittstellen der einzelnen GesundheitsanbieterInnen hinweg, beschäftigen. Das Modellprojekt „Qualität im Krankenhaus“, das 1998 bis 2000 im Auftrag der Strukturkommission des Bundes mit dem Ziel, Qualitätsarbeit in den österreichischen Krankenhäusern zu unterstützen und zu fördern, durchgeführt wurde, hat auch als eines der ersten im europäischen Raum die Methode des Benchmarking im Gesundheitswesen eingesetzt (vgl. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, o.J., 5). Mit Hilfe von neu entwickelten



Zuweisungsformularen, Maßnahmen zur Beschleunigung der Arztbriefschreibung und einer Entlassungscheckliste konnte in den elf Modellkrankenhäusern, sowohl die Zufriedenheit der PatientInnen als auch jene der KrankenhausmitarbeiterInnen und der niedergelassenen ÄrztInnen verbessert werden (vgl. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, o.J., 35).

Zu weiteren, für diese Arbeit ohne Zweifel wichtigen Projekten zählen „MedTogether“ und „PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten“, die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen. Da sich diese Arbeit zu einem Teil auch mit der Umsetzung des Entlassungsmanagements in Wiener Krankenanstalten beschäftigt, wird im Anschluss auch das Projekt „PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ kurz umrissen.

#### **6.4.1. MedTogether – Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung**

Das Projekt MedTogether wurde vom Strukturfonds des Bundes im Jahr 2002 initialisiert und hatte als Zielsetzung die Optimierung der Aufnahme- und Entlassungsabläufe im Krankenhaus unter Einbeziehung der extramuralen PartnerInnen. Dabei sollte die PatientInnenbetreuung verbessert, die Zufriedenheit der vor- und nachbetreuenden Einrichtungen gesteigert und die Effizienz im Sinne des ökonomischen Mitteleinsatzes gefördert werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2005, 7).

Zu den TeilnehmerInnen des Projekts zählten 122 Institutionen, darunter Fondskrankenanstalten, niedergelassene ÄrztInnen, Träger mobiler Dienste, Rehabilitationseinrichtungen sowie stationäre Pflegeeinrichtungen. Diese wurden in drei Projektgruppen (Projektgruppe Ost mit Wien, Niederösterreich, Burgenland; Projektgruppe Mitte mit Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark; Projektgruppe West mit Salzburg, Tirol, Vorarlberg) unterteilt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2005, 11). Die zentralen Ziele des Projekts waren eine Optimierung des Schnittstellenmanagements, insbesondere des Aufnahme- und Entlassungsmanagements im Krankenhaus unter Einbeziehung der extramuralen

PartnerInnen, eine nachhaltige Implementierung von Maßnahmen zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements in österreichischen Krankenanstalten, eine Verbesserung der PatientInnenbetreuung, die Steigerung der Zufriedenheit der vor- und nachbetreuenden Einrichtungen sowie die Steigerung der Effizienz (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2005, 9). Zu den Kernprozessen des Projekts zählten der Kernprozess „Zuweisung“, der Kernprozess „Aufnahme“, der Kernprozess „Entlassungsvorbereitung“, der Kernprozess „Entlassung“ sowie der Kernprozess „Übergangsversorgung“. Diese Kernprozesse wiederum enthielten unter anderem Maßnahmen zur Verbesserung des medizinischen und administrativen Informationsflusses, zur Standardisierung der Kriterien zur Aufnahme/Übernahme von PatientInnen, zur Verbesserung der Kommunikation gegenüber PatientInnen und Angehörigen sowie zur Standardisierung von Prozessen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2005, 19-28).

Der Erfolg des Projekts MedTogether spiegelt sich in den Evaluationsergebnissen unterschiedlich deutlich wieder. Zum einen konnte sowohl eine deutliche Reduktion der Rehospitalisierungsraten erreicht werden, zum anderen konnten die Verweildauern-Varianzen gesenkt werden, was die AutorInnen auf die verstärkte Standardisierung der Entlassungsprozesse zurückführen. Das Ziel der Kostensenkung durch die Veränderung der Entlassungsabläufe konnte leider nicht in dem gewünschten Maß erreicht werden. Die Veränderungen fielen zum Großteil gering aus (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2005, 93).

#### **6.4.2. Projekt PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten**

Das Ziel des Projekts PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten war eine nachhaltige Verbesserung der PatientInnenorientierung in der stationären Versorgung. PatientInnenorientierung bedeutet für die AutorInnen des Endberichts des Projekts, unter anderem auch, die Sicherstellung von Information und Orientierung für PatientInnen und Angehörige über organisatorische Abläufe/Routinen, die medizinische/pflegerische Diagnose und Behandlung in der intramuralen Betreuung sowie Kontinuität der Versorgung im extramuralen Bereich. Die Benchmarking-Gruppe bildeten insgesamt 21 österreichische Krankenhäuser, die nach einer österreichweiten

Ausschreibung ermittelt wurden. Die wissenschaftliche Begleitung, Beratung und Koordination des Projekts wurde im Auftrag der Strukturkommission des Bundes vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie geleistet (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004, 8-9).

Insgesamt wurden 121 Maßnahmen, die den gesamten Prozess der stationären Versorgung, von der Aufnahme auf die Station über die medizinische und pflegerische Betreuung bis zur Entlassungsvorbereitung umfassten, in 13 Bereichen umgesetzt. Die zehn Maßnahmen im Bereich Entlassungsmanagement betrafen vor allem die Einführung von standardisierten Entlassungsgesprächen und die Erarbeitung von Entlassungsschecklisten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004, 11). Die Evaluation der Ergebnisse erfolgte durch zwei PatientInnen- und MitarbeiterInnenbefragungen nach Umsetzung der Maßnahmen. Die Vergleichsgrundlage bildete eine Status Quo-Erhebung zu Projektbeginn. Die zweite Erhebung nach der Umsetzung zeigte deutliche Verbesserungen beim Qualitätsurteil der PatientInnen. Die PatientInnen fühlten sich besser informiert über den Tagesablauf auf der Krankenhausstation, verfügten über mehr Kenntnisse über die Wiederaufnahme gewohnter Aktivitäten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und fühlten sich von den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal mehr ermuntert, Fragen zu stellen. Negativ bewertet wurde hingegen die Tatsache, dass PatientInnen, obwohl gut informiert, kaum Möglichkeiten hatten am Entscheidungsprozess zu partizipieren. Auch die Befragung der MitarbeiterInnen bestätigte dies. Die MitarbeiterInnen schätzten die Möglichkeiten, PatientInnen bei Entscheidungen den Behandlungsablauf betreffend miteinzubeziehen, als schlecht ein (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004, 15-21). Gerade im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement in Krankenanstalten, wo das Miteinbeziehen der PatientInnen einen grundlegenden Pfeiler darstellt, ist dieser Aspekt von großer Relevanz.

#### **6.4.3. Modellprojekt PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung**

Das Projekt „PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung“ (PIK) wurde im Auftrag der Gemeinde Wien Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung

sowie Finanzmanagement, dem Wiener Krankenanstaltenverbund sowie der Wiener Gebietskrankenkasse durchgeführt. Auf Basis einer Machbarkeitsstudie für ein Wiener Modellprojekt, das neben dem Grundziel der Integration auch die PatientInnenorientierung ins Zentrum rückte, startete das PIK-Projekt im Juli 2002 in der Projektregion Wien-West (Wiener Gemeindebezirke 14 bis 17) mit dem Ziel die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen professionellen BetreuerInnen, den PatientInnen und deren Angehörigen – also die PatientInnenorientierung und Integration der Krankenbetreuung gesamt – zu optimieren. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie.

Zu den PartnerInnen des Projekts zählten PatientInnen, deren Angehörige, Selbsthilfegruppen, drei Krankenanstalten (Wilhelminenspital, Hanusch-Krankenhaus, Krankenhaus Göttlicher Heiland), niedergelassene ÄrztInnen der Region, MitarbeiterInnen von acht Pflege- und Sozialdiensten, vom Fonds Sozialen Wien (FSW) und dem Dachverband der Wiener Pflege- und Sozialdienste, niedergelassene medizinisch-therapeutische Dienste und Apotheken sowie weitere PartnerInnen, wie die Wiener Rettung, etc. (vgl. Peinhaupt et. al, 2004, 7-10).

Im Rahmen des Pilotprojekts wurden drei Teilprojekte für die unterschiedlichen Krankenkategorien bzw. den Betreuungsbedarf sowie für das Leitprinzip „PatientInneneinbeziehung in der Region“ gebildet.

Im Teilprojekt 1 – „Integriertes Zuweisungs- und Entlassungsmanagement“ lag der Fokus auf der Verbesserung der Zusammenarbeit aller beteiligter PartnerInnen bei der Zuweisung von PatientInnen in ein Krankenhaus und bei ihrer Entlassung, wobei diese PatientInnen vor und nach der Einweisung keiner umfassenden Betreuung bedurften. Grob zusammengefasst lässt sich sagen, dass es in diesem Teilprojekt im Sinne einer Stabübergabe um eine verbesserte Kommunikation zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Bereich ging.

Das Teilprojekt 2 – „Integrierte Krankenbetreuung für PatientInnen zu Hause“ verfolgte das Ziel, eine umfassende Betreuung zu Hause zu organisieren, die auf die Bedürfnisse der meist multimorbiden PatientInnen ausgerichtet ist. Für diese

PatientInnen mit einem umfassenden multiprofessionellen Betreuungsbedarf wurde ein Paket von Betreuungseinrichtungen geschnürt. Koordiniert wurde es entweder bei der Entlassung aus dem Krankenhaus oder - wenn kein Krankenhausaufenthalt notwendig war - zu Hause.

Das dritte Teilprojekt – „Diagnosespezifische integrierte Krankenhausbetreuung“ hatte PatientInnen mit schwerwiegenden Erkrankungen, wie onkologische PatientInnen, die häufig zwischen stationärer und ambulanter Betreuung wechseln müssen, als Zielgruppe. In diesem Teilprojekt wurden neue Formen einer engen Zusammenarbeit zwischen allen Professionellen, aber auch mit Selbsthilfegruppen entwickelt.

Das Leitprinzip „PatientInneneinbeziehung in der Region“ lag quer zu den drei Teilprojekten und wurde durch die Einrichtung der Fokusgruppe PatientInnen und Angehörige realisiert. Über je zwei Delegierte der Fokusgruppe konnten so PatientInnen und Angehörige ihre Sichtweise aktiv in die drei Teilprojekte einbringen.

Die Teilprojektgruppen waren interdisziplinär zusammengesetzt und trafen sich im Projektzeitraum zu Arbeitstreffen, die von der Projektbegleitung vorbereitet wurden. Informationen zum Projekt standen allen TeilnehmerInnen auf der Projekthomepage zum Download zur Verfügung (vgl. Peinhaupt et al., 2004, 11-12).

Zur Evaluierung der gesetzten Maßnahmen erfolgte nach der wissenschaftlichen Vorbereitung (sachbezogene Recherchen, Bereitstellung eines Maßnahmenkatalogs etc.) eine erste (Baseline-)Erhebung in der die involvierten AkteurInnen über die Abläufe im Bereich der Schnittstellen und die Zufriedenheit damit befragt wurden. Nach der Implementierung der Maßnahmen, erfolgte ein Jahr später die zweite Erhebung und einige Monate darauf eine dritte Erhebung. In dieser Stabilitätsprüfung wurden die implementierten Maßnahmen in Form von standardisierten Gruppeninterviews auf ihre Stabilität überprüft und in den Routinebetrieb übernommen.

Für die Ergebnisdarstellung des PIK-Projekts wurden sechs Betreuungsphasen, wie sie sich auch entlang einer Krankenkariere ereignen könnten, gewählt. Diese sind

1. die Umfassende Betreuung zu Hause durch LailInnen und/oder Professionelle

2. der Weg in die stationäre Betreuung (Zuweisung)
3. die Aufnahme in stationäre Betreuung bzw. der Aufnahmetag
4. die Betreuungsplanung über den stationären Krankenhausaufenthalt hinaus
5. die Entlassung bzw. der Entlassungstag
6. die poststationäre Betreuung zu Hause (vgl. Peinhaupt et al., 2005, 16)

Zwar spielen alle sechs Phasen eine größere oder kleinere Rolle im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement. Da die Darstellung der Problembereiche und Lösungsansätze aller Phasen den Rahmen dieses Kapitels allerdings sprengen würde, soll im Folgenden nur auf die drei bedeutendsten Betreuungsphasen für das Entlassungsmanagement eingegangen werden. Dies soll jedoch keineswegs bedeuten, dass beispielsweise die Aufnahme in die stationäre Betreuung für das Entlassungsmanagement keine Relevanz hat.

Die vierte Phase wird, nicht wie in der Literatur üblich, Entlassungsplanung oder Entlassungsvorbereitung genannt, sondern als „Betreuungsplanung über den stationären Krankenhausaufenthalt hinaus“ bezeichnet. Dies soll verdeutlichen, dass die Entlassungsplanung bereits bei der Aufnahme beginnt und die Verantwortung des Krankenhauses nicht bei der Entlassung des Patienten/der Patientin endet. Zu den Maßnahmen in dieser Phase zählten unter anderem die Einrichtung eines Beschwerdemanagement-Systems, das den PatientInnen und Angehörigen die Möglichkeit gab, Feedback über ihre Erfahrungen in der extramuralen Betreuung zu geben, ein interdisziplinäres Assessment als Weichenstellung für die weitere Betreuungsplanung, transmurale Visiten während des stationären Aufenthalts sowie die rechtzeitige Informationsweitergabe vom Krankenhaus an extramurale BetreuerInnen (vgl. Peinhaupt et al., 2004, 37-52).

Die fünfte Phase „Entlassung“ hat gemäß der AutorInnen zwei Problemfelder: den Zeitpunkt der Entlassung sowie die rechtzeitige Übermittlung des PatientInnenbriefs. Besonders für Letzteres stellen die Übergabe einer PatientInnen-Informationsmappe im Rahmen des Entlassungsgesprächs, die Übermittlung eines PatientInnenbriefs mit Medikamentenblatt sowie ein ärztlich-pflegerischer Entlassungs-(PatientInnen-)brief eine Lösungsmöglichkeit dar (vgl. Peinhaupt et al., 2004, 53-57).

In der sechsten und letzten Phase der „poststationär umfassenden Betreuung zu Hause“ machen die AutorInnen vor allem deutlich, dass PatientInnen und Angehörige nach der Entlassung oftmals nur unzureichend geschult sind. Daher wurde eine Standardisierung von PatientInnenschulungen und –anleitungen empfohlen. Ebenfalls wird vorgeschlagen, das Bewilligungsverfahren für Heimbeihilfe und Hilfsmittel zu standardisieren und Krankenhaus-ÄrztInnen über die richtige Rezeptausstellung zu schulen, da aufgrund falsch ausgefüllter Rezepte, PatientInnen unter Umständen kein Medikament ausgehändigt bekommen. Zudem soll insbesondere für alleinstehende PatientInnen die Bestellung und Abholung der Medikamente für zu Hause bereits vor der Entlassung im Krankenhaus organisiert werden (vgl. Peinhaupt et al., 2004, 58-64).

Die Umsetzung zahlreicher regionaler und bundesweiter Pilotprojekte zum Thema Entlassungsmanagement, von denen hier nur ein Bruchteil kurz vorgestellt werden konnte, zeigt, dass auch von Seiten des Gesetzgebers der Bedarf an Änderungen in der Gesundheitsversorgung von älteren, pflegebedürftigen Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt, erkannt wurde.

Mit dem Erkennen einer Problematik ist es jedoch nicht getan. Die Modellprojekte müssen auf jeden Fall auch in einer Implementierung der gewonnenen Erkenntnisse in den Krankenhausalltag münden. In Wien ist dies gut gelungen, der Österreichische Standard Entlassungsmanagement, der im Rahmen des pik-Projektes entwickelt wurde, stellt heute die Grundlage für den Ablauf des Entlassungsmanagements im Großteil der Krankenhäuser des Wiener Krankenanstaltenverbands dar. Die bundesweiten Modellprojekte waren nicht selten Anregungen für weitere Projekte auf Landesebene, die dann wiederum in konkrete Maßnahmen mündeten. Die Modellprojekte der letzten Jahre haben wesentlich zur Entwicklung eines umfassenden Entlassungsmanagements in Krankenanstalten in Österreich beigetragen.

## **6.5. Die Bedürfnisse der PatientInnen im Rahmen des Entlassungsmanagements – Ergebnisse der Studien**

Ein Thema, das im Großteil der untersuchten Studien gewisse Rolle gespielt hat, waren die Bedürfnisse der PatientInnen im Entlassungsmanagement. Die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Entlassungsplanung gehörte in den meisten Studien zum wichtigsten Hinweis auf ein funktionierendes Entlassungsmanagement. In diesem Kapitel soll daher auf die von den PatientInnen in den untersuchten Studien artikulierten Bedürfnisse eingegangen und auch dargestellt werden, in welcher Form diesen Bedürfnissen von Seiten des pflegerischen, medizinischen, ambulanten wie stationären Personals, begegnet wurde.

Zwei der sechs untersuchten Studien, die sich mit der Sichtweise älterer PatientInnen ihre Entlassungsplanung betreffend beschäftigten, lag ein quantitatives Studiendesign zugrunde. Foss/Hofoss untersuchten mittels Face-to-face-Interviews die Erfahrungen älterer Menschen mit deren Partizipation beim Entlassungsprozess. Die Untersuchung fand in einem Osloer Krankenhaus statt.

Obwohl die PatientInnen alle mindestens 80 Jahre alt waren, war es für den Großteil von ihnen wichtig, in die Entscheidungen rund um ihre Entlassung aus dem Krankenhaus eingebunden zu werden. Dennoch gaben fast 60% der Befragten an, keine Möglichkeit eines „Shared Decision Making“ gehabt zu haben. Über die Hälfte sah keine Möglichkeit, dem Personal mitzuteilen, was ihnen wichtig war. Die Ergebnisse der Auswertung der Interviews bestätigt dies: es gab keine Korrelation zwischen den Variablen „PatientIn will einbezogen werden“ und „PatientIn hat das Gefühl einbezogen worden zu sein“. Auch gaben die PatientInnen an, sie hätten bei dem Entlassungsgespräch gerne eineN AngehörigeN zur Seite gehabt. Dies war leider nur bei einem Viertel der PatientInnen, die sich die Anwesenheit von Angehörigen gewünscht hätten, auch tatsächlich der Fall. Nichtsdestotrotz waren 65% der PatientInnen der Meinung, dass das Personal ihren Wünschen entsprechend gehandelt hat. Das bedeutet, dass das Personal – zumindest aus der Sicht der PatientInnen – im Stande war, die Bedürfnisse der älteren PatientInnen zu erfüllen, ohne sich nach diesen zu erkundigen. Dieser Sachverhalt, so die AutorInnen der



Studie, könnte dazu führen, dass die Pflegepersonen immer stärker dazu tendieren, Entlassungspläne *für* die PatientInnen zu entwickeln, statt *mit* ihnen (vgl. Foss/Hofoss, 2011, 69-72).

Ähnliche Ergebnisse erzielte die zweite quantitative Studie, die sich mit der Entlassungsvorbereitung aus dem Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger PatientInnen, befasste. Im Rahmen einer Querschnittsstudie wurden 63 ehemalige PatientInnen einer niedersächsischen Klinik mittels standardisiertem Fragebogen befragt. Die Ergebnisse waren auch hier ernüchternd: ein beträchtlicher Teil der PatientInnen (69%) gab an, in zumindest einem Teilbereich nicht ausreichend informiert worden zu sein. Drei Viertel der PatientInnen sagte aus, sie hätten im Rahmen des Entlassungsmanagements überhaupt keine Fähigkeiten erlernt, die für sie nützlich gewesen wären. 38% gaben an, dass überhaupt kein Gespräch über ihre Entlassung mit ihnen geführt worden war. Auch in dieser Forschungsarbeit äußerten die PatientInnen den Wunsch, mehr in die Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden. So gab ein Teil von ihnen an, dass ihre Angehörigen umfassender eingebunden wurden, als sie selbst. Die Untersuchung kam abschließend zu dem Ergebnis, dass PatientInnen, die alleinlebend waren, gegenüber den anderen deutlich benachteiligt sind. Alleinlebende berichteten häufiger davon, überhaupt kein Entlassungsgespräch gehabt zu haben, was bei den AutorInnen zu der Annahme führt, dass sich soziale Unterstützung der PatientInnen vonseiten ihrer Angehörigen auch positiv auf die Intensität entlassungsvorbereitender Aktivitäten auswirkt. Dies wiederum kann bedeuten, dass vor allem jene, die nicht auf ein unterstützendes Netzwerk zuhause bauen können, auch im Krankenhaus vernachlässigt werden (vgl. Hartwig et al., 2008, 158-161).

Die beiden Studien zeigen, dass die Bedürfnisse der PatientInnen im Rahmen des Entlassungsmanagements bei Entscheidungsfindungen einbezogen zu werden, größer sind, als es vom Pflegepersonal wahrgenommen wird. Dies kann daran liegen, dass die PatientInnen aufgrund ihres hohen Alters vom Personal nicht als kompetente AnsprechpartnerInnen angesehen werden, was auch erklären würde, weshalb die PatientInnen das Gefühl haben, mit den Angehörigen würde mehr besprochen, als mit ihnen selbst. Ein weiterer Punkt, der in der zweiten Studie erklären könnte, weshalb

die PatientInnen zu einem beträchtlichen Teil angaben, überhaupt kein Entlassungsgespräch gehabt zu haben, ist jener, dass in der Krankenanstalt das Entlassungsmanagement nicht nach expliziten Mustern abläuft, was dazu führen kann, dass die PatientInnen die im Rahmen der Entlassungsvorbereitung getroffenen Maßnahmen gar nicht als solche identifiziert haben.

Zwei qualitative Studien hatten das Beratungsgespräch zwischen PatientInnen, Angehörigen und den EntlassungsmanagerInnen zum Gegenstand. Seidl et al. beobachteten Beratungsgespräche zwischen EntlassungsmanagerInnen ambulanter DienstleisterInnen mit den PatientInnen und deren Angehörigen. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass eine größere Einbindung der PatientInnen auch eine größere Kooperation Letzterer nach sich zieht. Der konkrete Vorschlag, der daraus folgt ist, die PatientInnen möglichst frühzeitig über den Termin in Kenntnis zu setzen, damit sich diese auch entsprechend vorbereiten können. Außerdem schlagen Seidl et al. vor, eine schriftliche Zusammenfassung des Beratungsgesprächs beim Patienten/bei der Patientin zu lassen, damit diese die Inhalte immer wieder nachlesen können. Damit die Intimsphäre der PatientInnen gewahrt werden kann, sollten Beratungsgespräche nach Möglichkeit nicht am Gang oder in Mehrbettzimmern stattfinden, sondern in eigenen Räumlichkeiten (vgl. Seidl et al, 2003, 123-130).

Die Forschungsarbeit von Efraimsson et al., mit der das Ziel verfolgt wurde, die Erfahrung von älteren Frauen, die an einem Entlassungsgespräch im Krankenhaus teilnehmen, zu beschreiben, kommt ebenfalls zu dem Schluss, die PatientInnen sollten auf ein Entlassungsgespräch zumindest dahingehend vorbereitet werden, dass sie vorab den vereinbarten Termin für ein solches erhalten. Grundsätzlich haben die qualitativen Follow-up-Interviews gezeigt, dass sich die Wahrnehmungen der Frauen zu ihrer Rolle im Entlassungsgespräch in vier Kategorien einteilen lassen: das Gefühl, nicht auf das Gespräch vorbereitet zu sein; das Gefühl aus dem Gespräch ausgeschlossen zu sein, entweder dadurch, dass über sie und nicht mit ihnen geredet wurde oder indem sie Mittelpunkt des Gesprächs waren und nicht TeilnehmerIn; und das Gefühl, in das Gespräch eingebunden zu werden. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass Letzteres selten der Fall war (vgl. Efraimsson et al., 2006, 73-75).

Uhlmann et al., die insgesamt zehn fokussierte Interviews zur Untersuchung der Erfahrungen von PatientInnen und Angehörigen im Kontext der Entlassung aus dem Krankenhaus geführt haben, kamen zu dem Ergebnis, dass PatientInnen sowohl bei der Einschätzung ihres poststationären Versorgungsbedarfs als auch bei der Entlassungsplanung stärker eingebunden werden möchten. Diesen Wunsch äußern auch die befragten Angehörigen, die zudem kritisieren, nicht ausreichend bei den Beratungsgesprächen gehört zu werden. Nichtsdestotrotz erleben sowohl PatientInnen als auch Angehörige die einfühlsame Gesprächsführung der Pflegeüberleitungskräfte als Unterstützung in einer schwierigen und sehr belastenden Situation (vgl. Uhlmann et al., 2005, 107-109).

Brüggemann et al. untersuchten im Rahmen einer Evaluationsstudie die Pflegeüberleitung am Klinikum Nürnberg insbesondere im Hinblick auf die Sichtweise der PatientInnen. Insgesamt wurden 41 PatientInnen und Angehörige mittels problemzentrierten Interviews befragt. Die Ergebnisse waren durchwegs positiv: der Großteil der PatientInnen und Angehörigen war sehr zufrieden mit der Pflegeüberleitung, die sich in diesem Fall nicht nur auf die Entlassung der PatientInnen aus dem Krankenhaus konzentrierte, sondern auch nach der Entlassung Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld der Betroffenen erbrachte. Die PatientInnen gaben an, dass ihnen die Hilfe der Pflegeüberleitungskräfte Sicherheit gab und 33 der 41 Befragten sagten, sie wären ohne diese Unterstützung zu Hause kaum oder gar nicht zurecht gekommen. Sowohl die PatientInnen als auch die Angehörigen gaben an, durch die umfassende Information und Schulung seitens der Überleitungskräfte eine Stärkung ihrer Pflegekompetenzen erfahren zu haben. Verbessert werden sollte jedoch die Information an die PatientInnen, welche Aufgaben und Kompetenzen die Überleitungskräfte haben und für welche Anfragen sie kompetente AnsprechpartnerInnen sind. (vgl. Brüggemann et al., 2002, 81-84.)

Dass PatientInnen den Wunsch haben, in Entscheidungen ihre Entlassung aus dem Krankenhaus betreffend einbezogen zu werden, ist nachvollziehbar und wird durch die dargestellten Studien eindeutig belegt. Dass sich das im Pflegealltag als schwierig erweisen kann, machen die Ergebnisse der Studien deutlich, die eine klare Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der PatientInnen und der tatsächlichen Einbindung dieser

aufzeigen. Nichtsdestotrotz dürfen die PatientInnen aus der Entscheidungsfindung oder gar den Beratungsgesprächen ausgeschlossen werden. Die Tatsache, dass PatientInnen beklagen, ihre Angehörigen würden mehr eingebunden als sie selber, lässt darauf schließen, dass die EntlassungsmanagerInnen – sei es aus Zeitdruck oder der Einfachheit wegen – eher die Angehörigen als AnsprechpartnerInnen ansehen als die tatsächlich Betroffenen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Einbindung der PatientInnen auch deren Zufriedenheit mit dem gesamten Entlassungsmanagement erhöht, sollte eine Entwicklung von der PatientInnenzentrierung hin zu einer Konzentration auf die Angehörigen auf jeden Fall vermieden werden. Standards oder Leitlinien vermögen diesen Umstand kaum zu ändern., Deshalb ist es wichtig, dass Überleitungskräfte und EntlassungsmanagerInnen sich stets vor Augen führen, dass alle Maßnahmen, die im Rahmen der Entlassungsplanung durchgeführt werden, die PatientInnenperspektive im Blick behalten.

## 7. Schlussfolgerungen

Mit dieser Arbeit wurde das Ziel verfolgt, anhand einer umfassenden Literaturrecherche die verschiedenen Formen des Entlassungsmanagements darzustellen, die Vor- und Nachteile der einzelnen Varianten aufzuzeigen und basierend auf nationalen und internationalen Erfahrungswerten sowie österreichischen Pilotprojekten Anleitungen für ein verbessertes Entlassungsmanagement in Wiener Krankenanstalten zu geben.

Dass ein Krankenhausaufenthalt vor allem für ältere Menschen oftmals einen schweren Einschnitt bedeutet, liegt auf der Hand. Wenn die Entlassung aus dem Krankenhaus nicht reibungslos vonstatten geht, sehen sich sowohl die PatientInnen als auch deren Angehörige einer großen Belastung ausgesetzt. Verschärft wird die Situation, wenn ältere Menschen über kein soziales Netzwerk verfügen, was vor allem im städtischen Bereich nicht selten der Fall ist. Ein Entlassungsmanagement, das rechtzeitig die poststationären Bedürfnisse der PatientInnen und deren Kompensationsmöglichkeiten erhebt und gemeinsam mit ihnen, den Angehörigen und gegebenenfalls nachsorgenden Institutionen einen Entlassungsplan entwickelt, kann dazu beitragen, dass sich die Schnittstellenprobleme für die PatientInnen reduzieren oder im besten Fall erst gar nicht ergeben.

Jedoch ist es mit dem Willen, eine Entlassungsplanung für PatientInnen mit poststationärem Betreuungsbedarf zu erstellen und zu implementieren, nicht getan. Es müssen daher klare Regelungen geschaffen werden, wie die PatientInnen, die eines Entlassungsmanagements bedürfen, erfasst werden. Die Zufriedenheit der PatientInnen und der Erfolg einer Entlassungsplanung hängen nicht zuletzt mit dem Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente und einem mit der Einweisung in das Krankenhaus zeitnah liegenden Beginn der Entlassungsvorbereitungen zusammen. Ein Entlassungsmanagement, das in der Station angesiedelt, also ein dezentrales ist, mag zwar den Vorteil haben, dass die Nähe zu den PatientInnen eher gegeben ist, die Nachteile überwiegen jedoch. Entlassungsplanende Maßnahmen rücken in den Hintergrund, wenn die Arbeitsbelastung auf der Station zu hoch ist. Es ist nachvollziehbar, dass organisatorische und administrative Aufgaben, die beim

Entlassungsmanagement tendenziell öfter anfallen als in der täglichen Pflegearbeit, bei einer hohen Arbeitsbelastung eine niedrigere Priorität haben, weil die Auswirkungen des Nicht-Erfüllens der Pflegearbeit unmittelbarer sind. Wenn beispielsweise die Verabreichung von Medikamenten nicht erfolgt, hat dies für gewöhnlich direktere Auswirkungen als wenn das Beratungsgespräch im Rahmen des Entlassungsmanagements verkürzt wird bzw. im schlimmsten Fall gar nicht stattfindet oder die Bestellung von Hilfsmitteln auf den nächsten Tag verschoben wird.

Aus diesem Grund sollte, trotz der dadurch zu Beginn entstehenden Mehrkosten für die Krankenanstalten, auf jeden Fall eine Stelle für Entlassungsmanagement eingerichtet werden, deren MitarbeiterInnen stationsübergreifend sowohl als AnsprechpartnerInnen für PatientInnen und Angehörige zur Verfügung stehen, als auch dazu beitragen, die KollegInnen auf den Stationen zu entlasten. Wie diese Stelle beispielsweise im Bezug auf die Zusammensetzung der MitarbeiterInnen, die räumliche Ausstattung oder die Bürozeiten aussieht, kann je nach Bedürfnis der Krankenanstalt bzw. deren PatientInnen unterschiedlich gestaltet sein. Damit die Arbeit des Entlassungsmanagements jedoch positive Auswirkungen auf die Qualität der PatientInnenversorgung hat, muss mit der Einrichtung der Abteilung auch dafür gesorgt werden, dass die Abläufe der Entlassungsplanung standardisiert werden. Es muss für die MitarbeiterInnen, die sich in den Abteilungen für Entlassungsmanagement ja nicht selten aus unterschiedlichen Disziplinen zusammensetzen, klare Richtlinien geben, wie die Entlassungsplanung vonstatten zu gehen hat. Nicht selten gehen die Bemühungen einzelner EntlassungsmanagerInnen unter, wenn die Arbeit nicht systematisch und strukturiert erfolgt. In diesen Fällen nehmen zum einen PatientInnen das Entlassungsmanagement gar nicht als solches wahr, zum anderen haben die EntlassungsmanagerInnen Probleme, in der Krankenanstalt Fuß zu fassen und von den KollegInnen ernst genommen zu werden. Den TrägerInnen von Krankenanstalten muss zudem bewusst sein, dass ein Entlassungsmanagement nur gut funktionieren kann, wenn die Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus nicht gestört sind. EntlassungsmanagerInnen bauen auf die gute interdisziplinäre Kommunikation auf und können nicht die Aufgabe übernehmen, diese erst zu schaffen. Auch der Gesetzgeber hat erkannt, dass es klarer Standards zur Überwindung der

Schnittstellenprobleme bei der Einweisung ins sowie der Entlassung aus dem Krankenhaus bedarf. Aus diesem Grund wurden in den letzten zehn Jahren zahlreiche bundesweite und regionale Pilotprojekte genehmigt, die sich mit diesen Problematiken und deren Lösungen beschäftigten. Die Erkenntnisse dieser Projekte mündeten nicht selten in konkreten Leitlinien und Standards, wie beispielsweise der Bundesqualitätsleitlinie und dem Österreichischen Expertenstandard Entlassungsmanagement.

Die Kosten der Einrichtung des Entlassungsmanagements sollten die TrägerInnen nicht von einer Implementierung abhalten. Zwar sind die finanziellen Einsparungen, die durch eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer und durch niedrigere Rehospitalisierungsraten zustande kommen, nicht ausreichend durch wissenschaftliche Studien belegt, man kann jedoch davon ausgehen, dass die Einsparungen, wenn nicht für die Krankenanstalt selbst, so doch auf jeden Fall für das Gesundheitsbudget vorhanden sind - nicht zuletzt auch deshalb, weil sich Angehörige durch Schulung, Beratung und Information im Rahmen des Entlassungsmanagements, der Aufgabe die Betroffenen zuhause zu pflegen gewachsen fühlen und sich daher häufiger gegen eine stationäre Aufnahme in ein Altenheim aussprechen.

Der Großteil der Spitäler des Wiener Krankenanstaltenverbands hat die Vorteile eines indirekten Entlassungsmanagements erkannt und verfügt derzeit über Pflegepersonen, die eine Weiterbildung im Entlassungsmanagement absolviert haben und sich der Entlassungsplanung komplexer Fälle annehmen. Die Entlassungsplanung von PatientInnen, die keines umfassenden Entlassungsmanagements bedürfen, erfolgt durch die MitarbeiterInnen der Stationen. So wird gewährleistet, dass die Nähe zu den PatientInnen gegeben ist, die EntlassungsmanagerInnen rechtzeitig über PatientInnen mit Bedarf in Kenntnis gesetzt werden und trotzdem verhindert, dass die StationsmitarbeiterInnen die Entlassung von PatientInnen nicht mehr als ihre Aufgabe ansehen. Somit stellt das Entlassungsmanagement, wie es derzeit im Großteil der Wiener Krankenanstalten vonstatten geht, aus meiner Sicht die Idealform dar.

Studien, die diese Form des Entlassungsmanagements konkret in den Wiener Krankenanstalten untersuchen, fehlen bis dato und könnten/sollten daher in Zukunft Gegenstand von Forschungsstudien sein.

Eine wichtige Perspektive, die unabhängig von der Form des eingesetzten Entlassungsmanagements, bedauerlicherweise zu selten Berücksichtigung findet, ist jene der PatientInnen und deren Angehöriger. Der Wunsch der PatientInnen und der Angehörigen, nicht nur in Entscheidungen einbezogen zu werden, sondern aktiv an der Entscheidungsfindung teilzuhaben, ist vorhanden und sollte auch von den EntlassungsmanagerInnen wahrgenommen werden. Dies kann nicht durch Standards erfolgen, sondern ist eine Frage der Haltung der MitarbeiterInnen den PatientInnen gegenüber. Die KrankenanstaltenträgerInnen sind daher gefordert, eine patientInnenzentrierte Atmosphäre in der täglichen Arbeit zu schaffen, die nicht zuletzt die MitarbeiterInnen des Entlassungsmanagements daran erinnert, dass alle Bemühungen im Rahmen ihrer Arbeit den PatientInnen zugute kommen sollten.



## 8. Literaturverzeichnis

- Beickrich E. et al. (1995): Handbuch für ambulante Pflegedienste – professionell, gemeindenah, wirtschaftlich. Losebl.-Ausg. Grundwerk, Freiburg im Breisgau. In: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover. 112.
- Berger A., Dunkl A., Friedl B., Friedler E., Kaplans H., Klein G., Krainer F., Müller G., Schraml R., Nowak P. (2001): Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien.
- Böhm, E. (1990): Krankenpflege – Brücke in den Alltag. Erfahrungen in der Übergangspflege. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Bräutigam Ch., Klettke N., Kunstmann W., Prietz A., Sieger M. (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung? Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung. Pflege, 18, 2. 112-120.
- Breloer-Simon G., Dangel B., Drauschke Ch., François-Kettner H., Haake J., Höhmann U., Liedtke D., Schaeffer D., Schmidt D., Schröer-Mollenschott C., Pohl A, Widmann B. (2009): Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege – 1. Aktualisierung 2009 In: DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Hochschule Osnabrück.
- Brüggemann R., Osterbrink J., Benkenstein J. (2002): PatientInnenüberleitung – die Sicht der Patienten und notwendige Konsequenzen für die Organisation Krankenhaus. Pflege, 15, 2. 79-85.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, KonsumentInnenschutz (Hrsg.) (2009): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004): PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten – Zusammenfassender Projektbericht. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2005): Med Together. Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Endbericht.  
[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/0/1/CH1063/CMS1292945857655/gesamter\\_medtogether\\_endbericht\\_bm.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/0/1/CH1063/CMS1292945857655/gesamter_medtogether_endbericht_bm.pdf) (11.4.2012).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010a): Das österreichische LKF-System. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010b): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010c): Evaluierungsbericht - Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung 1997 – 2007. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012a): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Systembeschreibung. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012b): Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2012.  
[http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer\\_Strukturplan\\_Gesundheit\\_OeSG\\_2012](http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung/Oesterreichischer_Strukturplan_Gesundheit_OeSG_2012).

- (11.01.2013)
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012c): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Wien.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (o.J.): Aufnahme und Entlassungsmanagement. <http://www.univie.ac.at/qik/mp1/mp1.PDF> (16.024.2012)
- Case Management Society of America (2010): Standards of Practice for Case Management. <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf> (14.12.2012).
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (2009): Standard Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem, poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf. <http://www.pik.or.at/index.php?id=67> (11.4.2012).
- Dedhia P., Kravet S., Bulger J., Hinson T., Sridharan A., Kolodner K., Wright S., Howell E. (2009): A Quality Improvement Intervention to Facilitate the Transition of Older Adults from Three Hospitals Back to Their Homes. *Journals of the American Geriatric Society*, 57, 9. 1540-1546.
- Dörpinghaus S., Grützmacher S., Werbke R.S., Weidner, F. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008): Überleitung und Case Management in der Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Donner E., Fehringer B. (2003): MedTogether: Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Betreuung. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 2, 3. 37.
- DNQP - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Hochschule Osnabrück.
- Efrainsson E., Sandman P.O., Rasmussen B.H. (2006): ‚They were talking about me‘ – elderly women’s experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 1. 68-78.
- Ewers M. (1996): Case Management: anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. No. P96-208. <http://hdl.handle.net/10419/47422> (20.12.2012)
- Ewers M., Schaeffer D. (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Verlag Hans Huber, Bern.
- Ewers M., Schaeffer D. (2000): Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers M., Schaeffer D. (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Verlag Hans Huber, Bern. 7-23.
- Ewers M. (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers M., Schaeffer D. (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Verlag Hans Huber, Bern. 53-90.
- Flarey D.L., Blancett S.S. (1996): Handbook of nursing case management: health care delivery in a world managed care. Aspen Publishers Inc., Gaithersburg, Maryland.
- Fonds Soziales Wien (2011): Wer sorgt für Pflege und Betreuung in Wien? Das Angebot im Überblick. Wien.
- Foss Ch., Hofoss D. (2011): Elderly persons’ experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education und Counseling*, 85,1. 68-73.

- Foust J.B. (2007): Discharge planning as a part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*, 2, 20. 72-77.
- Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) (2012): Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich. Wien.
- Gittler-Hebestreit N. (2006): Pflegeberatung im Entlassungsmanagement. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Göbel G., Schwaiger, K. (2010): Indirektes Entlassungsmanagement – Anspruch und Wirklichkeit dargestellt am Beispiel des Reformpool-Projektes „Case- and Care-Management Tennengau“ Eine Bestandsaufnahme nach einem Jahr operativer Tätigkeit. *Pflegewissenschaft*, 6, 10. 373-376.
- Goreis M. (2006): Entlassungsmanagement als Verbindungsglied zwischen stationärer und ambulanter Betreuung. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 11, 6. 37-38.
- Grießler E., Krajcic K., Peinhaupt C., Pelikan J. (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.
- Grill W., Mantej W. (1997): Die Sozialvisite – Mehr als eine Pflegeüberleitung. *Pflege aktuell* 6. 378-380.
- Grundböck A., Rappauer A., Müller G. (2003): Evaluation des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien. Forschungsbericht. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste. Wien.
- GSF-Institut und Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung: Pflegeüberleitung. Ambulant – stationär – ambulant. gsf, München-Neuherberg.
- H+ Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (2011): H+ präzisiert die Übergangspflege. Definition und Forderungen. Beschluss des H+ Vorstandes vom 3. Februar 2011. [http://www.hplus.ch/de/politik/h\\_positionen/](http://www.hplus.ch/de/politik/h_positionen/) (15.12.2012)
- Han C.Y., Barnard A., Chapman H. (2009): Emergency department nurses' understanding and experiences of implementing discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 6. 1283-1292.
- Harms R., Schwarz A. (1998): Sozialvisite und Übergangspflege. Abschlussbericht. Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Berlin.
- Hartwig J., Janzen P., Waller H. (2008): Entlassungsvorbereitung im Krankenhaus aus der Sicht älterer, pflegebedürftiger Patienten. *Pflege*, 21, 3. 157-162.
- Holland D.E., Hemann M.E. (2011): Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37, 1. 29-36.
- Holland D.E., Bowles K.H. (2012): Standardizing Planning Assessments. Impact on Patient Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 27, 3. 200-208.
- Holzer E., Bauer H., Hauke E. (Hrsg.) (2007): Wirkungsgeleitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben – Patienten- und Leistungsorientierung. Facultas Verlag, Wien.
- Joosten M. (1993): Die Pflege-Überleitung. „Von der Lücke zur Brücke“. Herdecke.
- Joosten M. (1995): Von der Lücke zur Brücke. Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung. *Pflege aktuell* 10. 683-686.
- Joosten M. (1996): „Von der Lücke zur Brücke“. Pflegeüberleitung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. *Mitteilungen* 2. 5-10.

- Joosten M. (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege „Von der Lücke zur Bücke“. Alterla Verlag, Bremen.
- Klimont J., Kytir J., Leitner B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria. Wien.
- Legrain S., Tubach F., Bonnet-Zamponi D., Lemaire A., Aquino J.-P., Paillaud E., Taillandier-Herliche E., Thomas C., Verny M., Pasquet B., Lasserre Moutet A., Lieberherr D., Lacaille S. (2011): A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalizations of Older Adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 11. 2017-1028.
- Lusiardi S. (2004): Überleitungsmanagement – Wege zur Umsetzung in die Praxis. Urban & Vogel Verlag, München.
- Ninaus-Meznik S. (2009): Entlassungsmanagement in Österreich. *Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ*, 50, 6. 12-14.
- Nottenkämper B. et al. (1995): Die Sozialvisite im regionalen Gesundheitsnetzwerk. *krankenhaus umschau*, 64, 5. 468-472.
- Peinhaupt Ch., Nowak P., Bautzmann R., Greiner B., Keclik A., Nagl Cupal M., Reidl Ch., Weisz B.U., Pelikan J.M. (2004): Modellprojekt PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuungi(in Wien 14.-17. Bezirk) – integrierte Versorgung /14 Endbericht. Wien.
- Pfeiffer K. P. (2007): Zur Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen In: Holzer E., Bauer H., Hauke E. (Hrsg.) (2007): Wirkungsgeleitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben – Patienten- und Leistungsorientierung. Facultas Verlag, Wien. 97-109.
- pik – PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (2006): Standard Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem, poststationärem Bereuungs- und Versorgungsbedarf. <http://www.pik.or.at/index.php?id=67> (13.01.2013)
- Plötzl U. (1996): Die Pflegeüberleitung vom Akutkrankenhaus in die ambulante Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger*, 35, 2. 168-170.
- Pochobradsky E., Bergmann F., Brix-Samoylenko H., Erfkamp H., Laub R. (2005): Situation pflegender Angehöriger. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien.
- Preyde M., Macaulay Ch., Dingwall T. (2009): Discharge Planning From Hospital to Home for Elderly Patients: A Meta-Analysis. *Journal of Evidence –Based Social Work*, 6, 2. 198-216.
- Rathauskorrespondenz – MA53 (2005): Enge Kooperation für optimale PatientInnenversorgung. <http://www.wien.gv.at/rk/msg/2005/0906/016.html> (12.01.2013)
- Saleh S.S., Freire Ch., Morrsi-Dickinson G., Shannon T. (2012): The Effectiveness and Cost-Benefit Analysis of a Hospital-based Discharge Transition Program for Elderly Medicare Recipients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 6. 1051-1056.
- Schiemann D., Blumenberg P. (2009): Methodisches Vorgehen zur Aktualisierung der Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege In: DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung –

- Konsentierung – Implementierung. Hochschule Osnabrück.
- Schönlau K., Kunstmann W., Plenter C., Sieger M. (2005): Versorgungskontinuität – die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. *Pflege*, 18, 2. 95-104.
- Seidl E., Maudrey S., Krutter S. (2003): Evaluation des Beratungsgesprächs und Tätigkeitsfeldes der EntlassungsmanagerInnen im Kaiser-Franz-Josef-Spital. Bericht über ein Forschungsprojekt mittels Teilnehmender Beobachtung. Abteilung für Pflegeforschung des IPG der Universität Linz, Wien.
- Sommerfeld S. et al. (1992): Betreuung schwerkranker Tumorpatienten im „Verzahnungsbereich“ von stationärer und ambulanter Versorgung. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 10. 699-704.
- Statistik Austria (o.J.) in: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, KonsumentInnenenschutz (Hrsg.) (2009): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien.
- Stricker S., Tiefenböck W., Keclik A., Haider-Khopp M., Luhan Ch., Friedler E., Toth, H., Zoufal, K. (2010): PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (PIK). Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen, Wien.
- Schwarz A., Harms R. (1997): Sozialvisite und Übergangspflege – das Patient Care Modell im Auguste-Viktoria-Krankenhaus. Drehtüreffekte für chronisch kranke und multimorbide Patienten verhindern. *krankenhaus umschau*, Nr. 11. 892-899.
- Schwarz A., Harms R. (1998): Sozialvisite und Übergangspflege. Das „Patient Care Modell“ im Auguste-Viktoria-Krankenhaus. *Pflegemanagement*, 6, 2. 32-37.
- Uhlmann B., Bartel D., Kunstmann W., Sieger M. (2005): Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung – die Perspektive von Patienten und Angehörigen. *Pflege*, 18, 2. 105-111.
- Universität Karlsruhe (1997): Kontaktstudium Vernetzung in der Pflege. Studienbrief 1: Pflegenetzwerke. Karlsruhe.
- Watts R., Gardner H. (2005): Nurses' perception of discharge planning. *Nursing and Health Sciences*, 7,3. 175-183.
- Wingenfeld K., Bockhorst K., Jansen S. (2009): Literaturstudie In: DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Fachhochschule Osnabrück.
- Wingenfeld K. (2011): *Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen*. W. Kohlhammer, Stuttgart.
- WKAG - Wiener Krankenanstaltengesetz (1987)  
<http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtvorschriften/pdf/s7400000.pdf>  
 (13.01.2013)

## 9. Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, Dafine MULA, erkläre eidesstattlich, dass

- ich die Arbeit selbständig verfasst,
- keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt
- alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert und
- diese Diplomarbeit weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt

habe.

---

Datum

---

Unterschrift

## 10. Curriculum Vitae

Dafine MULA

Geburtsdatum: 14.01.1986  
Geburtsort: Kosovska Mitrovica  
Staatsbürgerschaft: Österreich



### Ausbildung

seit Oktober 2005-2013 Studium IDS Pflegewissenschaften  
Universität Wien

Oktober 2004-Juni 2005: Studium Humanmedizin  
Medizinische Universität Wien

September 1998-Juni 2004: Georg von Peuerbach Gymnasium, Linz

September 1996-Juli 1998: Hauptschule Ostermiething

### Berufserfahrungen

seit Juli 2011: Abteilungsleiterin SPÖ.*Direkt*  
SPÖ-Bundesgeschäftsstelle, Wien

Juli 2008-Juni 2011: Mitarbeiterin, Assistentin SPÖ.*Direkt*  
SPÖ-Bundesgeschäftsstelle, Wien

April 2008-Mai 2008: Callcenter Agent  
Institut für empirische Sozialforschung, Wien

Dezember 2004-September 2005: Betreuerin  
Fast Forward – mobile Medienwerkstatt, Linz

Juli 2002-August 2002: Ferialpraktikantin  
Seniorenheim Engerwitzdorf, Mittertreffling

### Sprachkenntnisse

ausgezeichnete Kenntnisse: Deutsch, Albanisch  
gute Kenntnisse: Englisch, Französisch, Italienisch